

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF HISTORY

**LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE,
NEONATALE ET LA PROMOTION DES SOINS OBSTETRICAUX
ET NEONATAUX D'URGENCE AU CAMEROUN : CAS DE LA
FONDATION CHANTAL BIYA DE YAOUNDE (1994-2020)**

Mémoire présenté et soutenu le 16 septembre 2024 en vue d'obtention
du diplôme de Master en Histoire

Spécialité : Histoire Economique et Sociale

par :

Eléonor Irénée NGOUBI

(Licenciée en Histoire)

Matricule : 18D272

Jury

Qualité	Noms et prénoms		Université
Présidente	Virginie WANYANKA BONGUEN	Professeure	UYI
Rapporteur	Raymond Anselme EBALE	Professeur	UYI
Examineur	Jeanne MBARGA MESSOMO	Chargée de cours	UYI



Septembre 2024

A la grande famille Atangana

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME.....	v
ABSTRACT	v
TABLE DES ILLUSTRATIONS	vii
SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I. CONTEXTE GENERAL DE L’ETUDE.....	1
II. INTERÊT DE L’ETUDE	6
III. RAISONS DU CHOIX DU SUJET	6
IV. CADRE SPATIO-TEMPOREL.....	7
V. REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE.....	7
VI. PROBLEMATIQUE	13
VII. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	14
VIII. APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE.....	15
IX. DIFFICULTES RENCONTREES	19
X. PLAN DU MEMOIRE	19
CHAPITRE I : LES POLITIQUES SANITAIRES ET LES INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU CAMEROUN	21
I- EVOLUTION ET STRATÉGIES D’OPÉRATIONNALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE AU CAMEROUN	21
II- SITUATION ET BESOINS DU SECTEUR (NORMES ET BESOINS) DE LA SANTE	29
III- CAPACITES D’OFFRE EN SOINS OBSTETRICIAUX ET NEONATALES	41
CHAPITRE II : PRESENTATION GENERALE DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	45
I- La Fondation Chantal Biya : historique, missions principales et structuration administrative..	45
II- PATRIMOINE SANITAIRE ET INSTITUTIONNEL DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	52
CHAPITRE III : LES ACTIONS ET LES REALISATIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA EN MATIERE DE PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE	64
I- RAPPEL DU CADRE GENERAL DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	64
II- LA FONDATION CHANTAL BIYA ET LA PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE SOUS L’ANGLE DES CONSULTATIONS PRE ET	

POSTNATAUX, DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION AU VIH/SIDA ET LES ACTIONS CARITATIVES	74
III- LES ACTIONS DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENTS MEDICAUX AU BENEFICE DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE ET NEONATALE	83
CHAPITRE IV : MANQUEMENTS, ENTRAVES ET PERSPECTIVES DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	90
I- LES MANQUEMENTS DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE AU SEIN DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	90
II- L'ARCHIVAGE DES DOCUMENTS, LA QUESTION DE LA RESSOURCE HUMAINE SPECIALISEE ET LES PROBLEMES D'ORDRE ETHIQUE.....	97
III- QUELQUES SUGGESTIONS SUSCEPTIBLES DE RENOVER LA DYNAMIQUE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU SEIN DE LA FCB	110
CONCLUSION GENERALE	115
ANNEXES	120
SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	133
TABLE DES MATIERES.....	139

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait certainement pas vu le jour sans le soutien d'un certain nombre de personnes, à qui il convient d'exprimer toute notre gratitude. A cet effet, nous adressons notre reconnaissance au Professeur Raymond Ebalé, qui a dirigé ce travail, en dépit de son emploi de temps très chargé. Ce dernier, de par sa disponibilité, ses conseils, son expertise, ses critiques et ses encouragements constants nous a accompagné tout au long de cette expérience.

A Madame Mbarga qui nous a régulièrement accompagné tout au long de notre recherche. Nos profonds remerciements vont aussi à l'endroit de nos enseignants du Département d'Histoire de l'Université de Yaoundé I, pour leur encadrement tout au long de notre cursus académique. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Ces remerciements vont aussi à l'endroit des proches à l'instar de Stanislas Victor Atangana, Stanislas Atangana Essimi, Camille Nsouandele, Prisque Ng'Onana Mboa et Jeanne Eulalie Atangana pour la disponibilité et l'assistance accordées. Nous ne pouvons oublier les nombreux informateurs mentionnés au niveau des sources de ce travail.

A nos parents Nestor Louis Ngoubi et Josephine Louise Ngo Baoumha

Notre gratitude va également à l'endroit du personnel de la Fondation Chantal Biya Yaoundé-Cameroun et de ses centres hospitaliers annexes, lequel nous a fourni des informations importantes pour la conception de ce travail. Nous remercions les formateurs des Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales sans oublier d'autres personnes ressources pour les informations mises à notre disposition.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, mais dont les noms ne figurent pas ici, qu'ils y trouvent la preuve que leur appui n'aura pas été vain, et qu'ils reçoivent notre reconnaissance.

RESUME

Le thème de recherche de ce mémoire a pour intitulé : « **La lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun : le cas de la Fondation Chantal Biya (1994-2020)** ». C'est une étude qui se veut interpellatrice dans la mesure où elle pose en filigrane le problème du phénomène de mortalité maternelle et néonatale au Cameroun vu de façon générale. Aussi, la thématique se veut à bien d'égard novatrice et pertinente en ce sens qu'elle réévalue le sens et la portée des actions impulsées par cette institution dans cette optique. Il apparaît que le Cameroun a connu des taux de mortalité maternelle et néonatale indéniables. Les pouvoirs publics camerounais, confrontés à des pesanteurs socio-économiques, conjoncturelles et structurelles ont vu leurs capacités d'actions sanitaires, d'offres médicale et hospitalière se réduire en peau de chagrin. La création de la Fondation Chantal Biya intervient donc comme une aubaine afin de proposer des alternatives à une offre sanitaire publique en crise. Arpenter les contours de cette enquête suppose de définir un intervalle spatio-temporel et appliquer le canevas méthodologique exigé. A l'évidence, les analyses dans l'ensemble tendent à prouver que la Fondation Chantal Biya a démontré une certaine pro-activité en matière de promotion de la santé maternelle, reproductive et néonatale. Ce faisant, elle a conçu et défini un agenda structurel et opérationnel visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. Une vision aussi ambitieuse implique des moyens, des ressources humaines et des partenariats à l'échelle nationale et internationale. Des batteries de mesures ont été mobilisées à cet effet. Cependant, aucune œuvre humaine n'étant parfaite, les actions menées par la Fondation Chantal Biya et ses institutions hospitalières connexes fait face à de nombreux obstacles et autres manquements divers. Ces insuffisances et obstacles contribuent de près ou de loin à freiner le dynamisme de cette organisation. Pour le rappeler, il s'agit d'obstacles structurels, managériaux, logistiques et enfin éthiques. C'est sur la base de l'identification de ces contraintes qu'il s'avère opportun sinon urgent de proposer quelques pistes de solution au problème posé. Evidemment, ces solutions, loin d'être des panacées, ne visent qu'à donner un aperçu prospectif dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun.

Mots clés : Mortalité maternelle, mortalité néonatale, soins obstétricaux et néonataux, offre médicale, santé.

ABSTRACT

The research theme of this dissertation is entitled: “The fight against maternal and neonatal mortality and the promotion of emergency obstetric and neonatal care in Cameroon: the case of the Chantal Biya Foundation (1994-2020)”. This is a study that aims to raise questions insofar as it implicitly raises the problem of the phenomenon of maternal and neonatal mortality in Cameroon seen in general. Also, the theme is intended in many respects to be innovative and relevant in the sense that it reassesses the meaning and scope of the actions initiated by this institution in this perspective. It appears that Cameroon has experienced undeniable maternal and neonatal mortality rates. The Cameroonian public authorities, faced with socio-economic, cyclical and structural constraints, have seen their capacity for health actions and medical and hospital services reduced to nothing. The creation of the Chantal Biya Foundation therefore comes as a godsend in order to offer alternatives to public health provision in crisis. Surveying the contours of this investigation requires defining a space-time interval and applying the required methodological framework. Obviously, the analyzes overall tend to prove that the Chantal Biya Foundation has demonstrated a certain pro-activity in terms of promoting maternal, reproductive and neonatal health. In doing so, it designed and defined a structural and operational agenda aimed at reducing maternal and neonatal mortality in Cameroon. Such an ambitious vision requires means, human resources and partnerships on a national and international scale. Batteries of measures have been mobilized for this purpose. However, no human work is perfect, the action carried out by the Chantal Biya Foundation and its related hospital institutions face numerous obstacles and other various shortcomings. These inadequacies and obstacles contribute directly or indirectly to slowing down the dynamism of this organization. To reiterate, these are structural, managerial, logistical and finally ethical obstacles. It is on the basis of the identification of these constraints that it appears appropriate, if not urgent, to propose some possible solutions to the problem posed. Obviously, these solutions, far from being panaceas, only aim to provide a prospective overview in the direction of reducing maternal and neonatal mortality in Cameroon.

Keys words: *Maternal mortality, neonatal mortality, obstetric and neonatal care, medical offer, health.*

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. TABLEAUX

1: Distribution des cadeaux de la fête de Noel aux mères et enfants	22
2: Les différents niveaux du secteur de la santé et leurs fonctions	25
3: Répartition des formations sanitaires visitées par Région et secteur d'administration.....	28
4: Répartition des ressources humaines en santé par région en 2011	30
5: Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau (en milliards de FCFA).....	33
6: Proportion des naissances par césarienne dans les formations sanitaires (enquêtées) par Région ...	35
7: Taux de létalité obstétricale directe dans les formations sanitaires SONU potentielles enquêtées, par Région d'enquête.....	37
8: Taux de létalité par région d'enquête suivant les types de complications obstétricales directes	39
9: Pourcentage des formations sanitaires disposant des unités ou salles essentielles pour offrir les soins obstétricaux et néonataux, selon certaines caractéristiques.....	43
10: Présentation de prestations sanitaires et de leurs prix au sein de quelques centres hospitaliers de Yaoundé	92
11: Situation du personnel en fin 1971	99

2. GRAPHIQUES

1: Répartition en pourcentage du financement de la santé au Cameroun par type de Source (2012) ...	32
2: Evolution du pourcentage du budget de la santé par rapport au budget national entre 2008 et 2015	33
3: Taux de létalité par cause directe dans les Formations Sanitaires enquêtées.....	38
4: Taux de létalité par cause indirecte dans les Formations Sanitaires enquêtées.....	40
5: Effectifs d'admission par mois au service de Néonatalogie A.....	85
6: Effectifs d'infectées nosocomiales.....	85
7: Décès et anomalies enregistrés en services d'urgences	86
8: Taux d'admission au Service d'Hémo-oncologie	87
9: Taux d'admission au Service d'Hémo-oncologie	88
10: Evolution des besoins en personnel sanitaire entre 1980 et 1984.....	100

3. PHOTOS

1: Entrée principale de l'hôpital général de Yaoundé.....	22
2: Entrée principale de l'hôpital central de Yaoundé.....	24
3: Vue principale de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Ngoussou (Yaoundé).....	31
4: Entrée principale de la Direction de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé.....	46
5: Un des pavillons central de la FCB à Yaoundé.....	52
6: Entrée principale du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya.....	56
7: Une vue partielle du Service Pharmacie de la FCB.....	57
8: Vue interne et partielle de la salle de documentation de la FCB.....	61
9: La première dame lors d'une cérémonie de remise de cadeaux aux enfants.....	62
10: La Première Dame lors d'une visite au Centre Mère et Enfant de Yaoundé en 2014.....	77
11: La Première Dame à l'occasion d'une campagne de vaccination et de sensibilisation à la santé Mère et Enfant à Yaoundé.....	80
12: Distribution des cadeaux de la fête de Noël aux mères et enfants.....	82

4. FIGURES

1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes.....	29
2: Organigramme de la Fondation Chantal Biya.....	50
3: STRUCTURE DE LA FONDATION.....	55

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV : Anti Rétro-Viraux

BM : Banque Mondiale

BUCREP : Bureau Central des Recensements et des Etudes de la Population

CDC : Centre de Documentation et de la Communication

CENAME : Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux

CHGA : Cercle Histoire-Géographie-Archéologie

CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

CIRCB : Centre International de Référence "Chantal Biya"

CIV : Centre International de Vaccination

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

CME : Centre Mère et Enfant

CNPS : Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale

CPN : Consultation Périnatale

CPNR : Consultation Périnatale Recentrée

CSI : Centre de Santé Intégré

ECAM : Enquête de Consommation Auprès des Ménages

EDS : Enquêtes Démographiques de Santé

FALSH : Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

FCB : Fondation Chantal Biya

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

FINEX : Financements Extérieurs

FMI : Fonds Monétaire Internationale

FOSA : Formation Sanitaire

FPAE : Fondation Paul Ango ELa

GE : Goutte Epaisse

GS : Groupe Sanguin

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDH : Indices de Développement Humain

IFC : Institut Français de la Culture
IFC : Institut Français de la Culture
INS : Institut National de la Statistique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MINAS : Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE : Ministère de la Santé
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
NFS : Numérotation de Formule Sanguine
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
PCV : Prélèvement Cervico-Vaginal
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut.
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PSE : Protection de la Santé de l'Enfant
PSGA : Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement
PTME : Prévention et Transmission Mère et Enfant
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS : Ressources Humaines pour la Santé
RMM : Ratio de Mortalité Maternelle
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète
TH : Taux d'Hémoglobine
UA : Union Africaine
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH : Virus d'Immuno-Déficience Humaine
VS : Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION GENERALE

I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Notre thème d'étude s'intitule : **''La lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun : cas de la Fondation Chantal Biya de Yaoundé (1994-2020)''**. C'est un thème de recherche qui, à partir de sa formulation et son objet, s'inscrit dans le champ d'étude de l'histoire sociale. Par ailleurs, ce n'est qu'un truisme de relever que les problèmes de santé constituent un souci et une préoccupation permanents pour de nombreux Etats, sinon tous les Etats à travers le monde. D'ailleurs, ce souci et cet enjeu s'expliquent par les projets et les nombreuses politiques conçues par des Etats et d'autres acteurs étatiques et non-étatiques visant à promouvoir la santé en l'occurrence les femmes en couche. Aussi, les politiques sanitaires orientées pour la lutte contre la mortalité maternelle en couche et infantile varient et évoluent suivant le poids économique des pays, la volonté politique des dirigeants, les contextes et les conjonctures socio-économiques sans oublier la place des partenariats dans ce domaine.¹ Il va sans dire que tout cela vise à réduire non seulement les disparités sociales mais également à juguler les tragédies du phénomène de la mortalité maternelle en couche et celle des nouveau-nés, dans les pays du tiers-monde en particulier. Bruno Magloire Kamgho Tezanou rappelle à cet effet :

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 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 morts-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.²

L'Afrique qui connaît un boom démographique sans précédent est particulièrement touchée par le drame de la mortalité des femmes en couche et des nouveau-nés. Certes, depuis les 30 dernières années, la population africaine connaît un essor et un dynamisme de

¹ Evolution de la mortalité maternelle de 2000 à 2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF de l'UNFPA, du Groupe de la Banque Mondiale et de la Division de la population des Nations Unies, 2019, p.3.

² B. M. Kamgho Tezanou, « Mortalité maternelle et néonatale au Cameroun : évaluation des efforts consentis depuis 1990. Défis et perspectives », <http://uaps2011.popconf.org/Cairn.info.fr>, consulté le 06 février 2023, à 18h33 min.

croissance naturelle et biologique. Selon les chercheurs Stephen Smith et Jean de la Guerivière :

La jeune Afrique est le résultat d'une forte croissance démographique sur près d'un siècle. Le nombre des habitants du continent est passé de 150 millions dans les années 1930 à 1,3 milliard aujourd'hui. (...). Dans une quarantaine de pays au Sud du Sahara, chaque nouvelle génération est encore sensiblement plus nombreuse que la précédente. Et même si, par extraordinaire, le planning familial y était adopté par tous du jour au lendemain, la croissance de la population s'y poursuivrait encore pendant plusieurs décennies du fait de l'inertie propre aux changements démographiques. D'où la prévision médiane des Nations Unies (...) : dans trente ans, l'Afrique comptera probablement 2,5 milliards d'habitants. Le quasi-doublement de la population africaine d'ici à 2050, va décupler (...).³

Tout cela tend à dissimuler la réalité d'un phénomène plus dramatique : celui du taux élevé de la mortalité maternelle en couche et celle des nouveau-nés.⁴ Heureusement, de nombreux acteurs, hier comme actuellement, ne cessent de tirer la sonnette d'alarme sur la gravité de la situation. A ce titre, les chiffres sont suffisamment parlants sur le caractère dramatique et d'ampleurs phénoménales de cette situation. Selon l'OMS,

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart en Afrique subsaharienne.⁵

A l'évidence, l'ampleur du drame semble flagrante. Toutefois, il convient de mentionner que le phénomène a connu une nette régression. Ceci grâce à l'adoption de politiques sanitaires plus efficaces et durables à la sensibilisation liée à la santé reproductive (maternelle), aux aides et à l'assistance internationale mais surtout aux initiatives soutenues par les autorités publiques de nombreux pays africains. De même, la lutte contre la mortalité maternelle semble apparaître de plus en plus comme l'un des principaux chevaux de bataille des gouvernants. Au point où, des initiatives de coopération et de synergies ont été élaborées en incluant les Etats et les partenaires nationaux et internationaux. Les politiques sanitaires en Afrique subsaharienne s'inscrivent désormais comme des outils efficaces visant à promouvoir, à préserver ou à sauvegarder la vie des femmes en couche et des enfants. Dans cette trame, la coopération sanitaire et médicale est apparue comme un tremplin dans ce sens.⁶

Compte tenu généralement du faible budget dans de nombreux pays du continent noir, la lutte contre la mortalité maternelle en couche et celle des nouveau-nés est appelée à s'accroître et à se perfectionner dans ses stratégies d'approche. A cet effet, cette nouvelle approche doit être holistique, c'est-à-dire totale. En ce sens, elle doit intégrer une batterie de

³ S. Smith & J. De la Guerivière, *L'Afrique en cent questions. 2,5 milliards de voisins en 2050*, Paris, Tallandier/Légende cartographie, 2021, pp.10-11.

⁴ OMS, Rapport Mondial sur la Santé et la mortalité maternelle et infanto-juvénile, septembre 2019, p. 4.

⁵ *Ibid*, p.2.

⁶ *Ibid*, p. 4.

stratégies, d'instruments, des mécanismes et de visions efficaces. L'optique à ce niveau est censée intégrer des paramètres tels que la sensibilisation, le renforcement des capacités en matière d'équipement et de prise en charge, l'octroi des financements, l'augmentation des budgets alloués à la santé et plus spécifiquement à la santé reproductive.⁷ La conjoncture socio-économique et souvent le poids de l'endettement ne permettent pas toujours aux Etats d'augmenter leur budget en matière de santé. La faiblesse des équipements médicaux et le caractère limité de l'accès aux soins y compris de base, contribuent à compliquer la situation des femmes en couche et de nouveau-nés en Afrique. La santé de la femme⁸ et de l'enfant, qui fait l'objet des Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5, intervient dans la réalisation de tous les OMD : éliminer l'extrême pauvreté et la faim. La pauvreté favorise les grossesses non désirées, 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. 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. 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.⁹

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. L'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes ont une incidence positive sur la santé de la femme et de l'enfant et augmentent 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

⁷ *Ibid.* pp. 3-4.

⁸ B. M. Kamgho Tezanou, « Mortalité maternelle ... », p.3.

⁹ *Ibid.*

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.¹⁰

Dans cette valse, le Cameroun n'est pas épargné.

En effet, la mortalité des femmes en couche et des enfants nouvellement nés est un phénomène encore réel au Cameroun. Pour le rappeler le phénomène en question reste un fait observable bien qu'il ait connu une réduction certaine depuis les 30 dernières années. Ici aussi comme un peu partout en Afrique noire, le boom démographique est parlant du point de vue des chiffres. Toutefois, ce boom démographique pourrait tout aussi dissimuler la relative ampleur du drame qui constitue le principal centre d'intérêt de cette étude. Les pouvoirs publics camerounais, malgré la conjoncture socio-économique délétère ont défini un ensemble de programmes, d'outils et de stratégies visant à réduire la mortalité des femmes en couche et celle des nouveau-nés.¹¹

Dans ce processus, il est apparu urgent de promouvoir des politiques sanitaires en proposant une nouvelle gamme d'actions s'inscrivant dans le cadre général de la promotion de la santé publique. Aussi, la démarche a visé non pas seulement à initier de nouvelles politiques sanitaires, mais surtout à augmenter autant que possible l'offre en matière d'infrastructures de santé et d'équipements médicaux susceptibles de répondre aux nouveaux défis de la santé publique à l'ère du 21^e siècle.¹² A ce titre, l'Etat du Cameroun semble avoir compris la nécessité soit de créer, soit de développer ou de renforcer toute forme de coopérations sanitaires, d'où les initiatives de création de grands centres hospitaliers de référence à l'instar de la Fondation Chantal Biya.

Faut-il le souligner, cette institution médicale contribue dans une large mesure à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale au Cameroun et dans la ville de Yaoundé. A l'occasion de la journée africaine dédiée à la réduction de ce phénomène, le Ministère de la Santé publique a dévoilé le 08 2023, des stratégies afin d'améliorer « le suivi de la mère et de l'enfant ». ¹³ 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. En 2007-2008, ce taux est estimé à 1000 décès pour 100.000 naissances

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ MINSANTE, Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun. 5^e programme de coopération Cameroun-UNFPA, Mai 2011, p. 5.

¹² *Ibid.*

¹³ A. Ngapout, « Mortalité maternelle et infantile : on peut éviter de nombreux décès », *Cameroon Tribune*, 12 mai 2020, p. 1.

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 absence d'un personnel qualifié (40%) avec un taux d'accouchement assisté relativement faible (60%)¹⁴

A cela s'ajoutent la faiblesse du système de référence et d'évacuation 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 (particulièrement en milieu rural) et la promotion élevée des avortements qui représente 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 l'infirmière pour 3100 habitants) et sa mauvaise répartition géographique ; le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes.¹⁵

Le planning familial est l'intervention clef pour réduire la fécondité et par conséquent diminuer le risque des décès maternel. D'une manière générale, la prévalence contraceptive bien qu'ayant connu 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-Douala-23%) et ruraux (10%). Ce taux de prévalence s'explique par : la combinaison des barrières socioculturelles et l'insuffisance des ressources nationales allouées aux méthodes contraceptives comparativement aux besoins nationaux ; le nombre limité des formations sanitaires offrant des prestations de planning Familial ; les ruptures fréquentes de stocks aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; l'insuffisance de l'offre de planning familial en milieu rural et par les formations sanitaires périphériques ; la faible couverture des services à base communautaire en milieu rural.¹⁶

La survie des femmes pendant l'accouchement est le reflet du niveau de développement d'un pays. Aussi, un taux de mortalité maternelle élevé 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

¹⁴ B. M. Kamgho Tezanou, « Mortalité maternelle », p.5.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

dynamiques solidement installés en des endroits stratégiques et bénéficiant d'un contexte favorable aux droits des femmes et des enfants.

Tous ces facteurs ont favorisé le choix ou l'intérêt pour cette thématique de recherche. Un intérêt qui, évidemment, sera présenté et analysé dans les lignes suivantes.

II. INTERÊT DE L'ETUDE

Toute thématique de recherche s'inscrivant notamment dans le champ académique et scientifique repose sur un socle d'intérêts. Celui qui constitue notre centre d'intérêt actuel n'en fait pas exception. En effet, cette thématique présente un intérêt essentiellement double : d'une part, un intérêt qui s'inscrit dans le champ moral, social et d'autre part, un intérêt scientifique. Pour entrer dans le vif du sujet, tout partirait du fait que les problématiques inhérentes à la santé constituent une préoccupation majeure pour de nombreux Etats. Du point de vue social, cette thématique est intéressante dans la mesure où elle interpelle les uns et les autres sur les enjeux de préservation de la vie des femmes en phase de parturition. Idem pour la sauvegarde de la vie des nouveau-nés au Cameroun.

Autrement dit, l'intérêt de ce sujet est autant social que moral. Toutefois, cet intérêt s'évalue avec pour échantillon d'étude la Fondation Chantal Biya. Sur ce, le présent thème vise à interpeller l'opinion collective sur la réalité de la mortalité maternelle lors des accouchements. Du point de vue scientifique, l'optique visée à ce niveau consiste à aborder la place de la prise en charge des femmes en couche et des enfants dans l'agenda des politiques sanitaires. A ceci, de manière spécifique au sein de la Fondation Chantal Biya. Sous cet angle, il est question d'inscrire le problème dans le champ scientifique de l'histoire sociale.

III. RAISONS DU CHOIX DU SUJET

A l'instar de l'intérêt de l'étude, la présente recherche a été déterminée par des raisons personnelles assorties de raisons scientifico-académiques. En effet, les tristes expériences vécues au sein de certains centres hospitaliers notamment les conditions souvent difficiles dans lesquelles les femmes donnent la vie, ont contribué à orienter notre choix. Celle des enfants s'intègre dans la même perspective.

Dimanche 13 mars 2016, Alvine Monique Koumaté, 31 ans, enceinte de jumeaux, couchée sur le parvis de l'hôpital Laquintinie, et dont le ventre était ouvert au scalpel par une autre femme pour en extirper deux fœtus. Très vite, le personnel médical de l'hôpital est mis en cause, accusé de négligence d'inhumanité et de cupidité.¹⁷

¹⁷ « Le Cameroun horrifié par l'éventration d'une femme enceinte dans un hôpital », <http://www.Le monde.fr>, 17 Mars 2016.

En vérité, la réalité de la mortalité des femmes en couche et celle des nouveau-nés constitue un fait indéniable. Par conséquent, la dimension morale de ce problème a balisé le sentier de l'investigation scientifico-académique dans la mesure où l'exploration du répertoire des thématiques au département d'histoire de l'Université de Yaoundé 1 présente un inventaire peu fourni sur les questions des politiques sanitaires et plus particulièrement celles de la mortalité maternelle et néonatale. Aussi, il nous a paru important d'enrichir ce champ d'étude en espérant y apporter notre modeste contribution.

IV. CADRE SPATIO-TEMPOREL

Le cadre spatio-temporel est en histoire, un critère fondamental de la méthodologie de rédaction. Ici, le canevas méthodologique de rédaction du travail de recherche académique se déploie dans un cadre spatial et précis. Il en est de même pour le cas de cette étude. En effet, le cadre spatial où s'effectue cette étude est Yaoundé mais de manière plus précise, le centre hospitalier qu'est la Fondation Chantal Biya. Avant de préciser le sens des repères temporels de cette étude, peut-être serait-il judicieux de rappeler en quelques lignes l'importance de la périodisation en histoire. Pour le chercheur Ivan Herbek :

L'histoire ne peut atteindre de véritables dimensions si on ne la situe pas dans la perspective dynamique du temps. La périodisation historique est un des moyens par lesquels l'historien peut suivre le développement historique, non seulement en tant que succession chronologique d'évènements et de faits, mais en tant que phénomène doté de ses propres lois internes et caractérisé par différentes phases qui peuvent être interprétées en termes de causalité et qui se prêtent à une synthèse.¹⁸

Ainsi, la borne inférieure c'est-à-dire 1994 fait référence à la création de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé au Cameroun. La borne supérieure, 2020 renvoie à la fin de la première phase du lancement du programme de lutte contre la mortalité néonatale et infantile, initiée en 2017. Ce programme inclut notamment l'amélioration de la santé reproductive, la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Cameroun.

V. REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

La revue critique de littérature est une étape fondamentale qui permet au chercheur d'avoir une vision non pas exhaustive mais synthétique. Dans les faits, il s'agit ici d'avoir en esprit que : *« on est rarement le premier à aborder une question. Plus exactement, le champ thématique que l'on entreprend a déjà été balisé par des études voisines, cousines ou bien, il se réfère à des études fondamentales sur lesquelles des bibliothèques entières ont été*

¹⁸ I. Herbek, « Vers une tentative de périodisation de l'histoire africaine, in perspectives nouvelles sur l'histoire africaine », Compte tenu du Congrès International d'Historiens de l'Africa University College, Dar-es-salam, octobre 1965, 1971, p. 125.

écrites ». ¹⁹ Du point de vue de Maurice Angers, on ne peut choisir un thème de recherche, on ne peut négliger de prendre connaissance de ce qui a pu être écrit sur le sujet. En se renseignant sur le sens exact d'un sujet pressenti et sur les travaux auxquels il a donné lieu, on évite ainsi de s'engager à l'aveuglette dans une recherche. Tout chercheur scientifique, à l'aube d'une recherche, doit d'abord consulter les textes, les publications sur le thème choisi. ²⁰

En outre, Angers estime que la revue de la littérature fait partie de toute recherche d'ordre scientifique. On évite ainsi les termes inexacts, les thèmes imprécis, l'ignorance à propos de ce qui s'est fait précédemment et on ne gaspille pas son énergie en s'aventurant dans un thème sans savoir si le matériel nécessaire existe. La documentation disponible permet ainsi de s'alimenter à des définitions, à des façons de faire, à des façons de se conduire qui serviront tout au long de la démarche scientifique. Les lectures préalables donnent par conséquent plus d'assurance et permettent d'amorcer sa recherche sur un bon pied. ²¹

Pour être plus précis, la revue critique de littérature apparaît comme un répertoire synthétique des sources d'origines diverses et de typologie variée. Dans le cas d'espèces, il s'agit ici des sources documentaires en général.

Bruno Magloire Kamgho Tézano ²² est intéressant à plus d'un titre. Dans la mesure où il fait une lecture autocritique, analytique et prospective sur le problème de la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, il tire la sonnette d'alarme sur les statistiques de décès mais également pose le problème des différentes politiques sanitaires en la matière. Dans le même élan, il fait un état des lieux, de manière graduelle sur la situation de la santé mère-enfant depuis 1991 jusqu'en 2015. Toutefois, ce travail de recherche n'aborde pas le problème de la santé maternelle et infantile dans les centres hospitaliers qui nous intéressent.

Dans le *Programme National Multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun, plan stratégique 2014-2020* ²³, on découvre l'ensemble des initiatives et des projets initiés par les pouvoirs publics, les partenaires nationaux et extérieurs engagés dans la lutte contre la mortalité maternelle en couche et infanto-juvénile au Cameroun. Ce document met en exergue l'idée de promouvoir la santé mère et enfant pour en faire un socle pour le développement du pays. L'optique étant fondé

¹⁹ G. Frangnière, *Comment réussir un mémoire, comment présenter une thèse, comment rédiger un rapport*, Paris, La Découverte, 1986, p. 75.

²⁰ Angers, *Initiation pratique à la méthodologie ...*, p.89.

²¹ *Ibid.*, p.92.

²² Tezanou, « Mortalité maternelle ... », p.4.

²³ Programme National Multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun ; Plan stratégique (2014-2020).

sur la capitalisation des moyens, des ressources avec un cap fixé à partir de 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020. Et néanmoins, ce document est très synthétique et ne nous fournit qu'un aperçu global du vaste programme en question, sans en préciser les détails et les contours.

Le document intitulé 'L'Evolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA du Groupe de Banque Mondiale et de la division de la population des Nations Unies'.²⁴ Nous présente tout d'abord des statistiques et des pourcentages sur la mortalité néonatale à l'échelle mondiale. Ensuite, ce texte ressort les objectifs de développement durable et la stratégie mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il indique au passage les principales zones du monde où la mortalité maternelle et néonatale demeure encore présente. A cela, le même document souligne les perspectives visées dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui, prévoyaient de réduire la mortalité maternelle en couche de 5,5% entre 2000 + 2010. En dépit de son mérite, cette étude synthétique demeure très généralisante et ne met pas en exergue la situation de ce phénomène au Cameroun en particulier.

Carine Tsiele²⁵ dans : « Santé : le taux de mortalité maternelle en baisse », présente des informations très intéressantes sur le phénomène en question. Une déclaration du Ministère de la Santé Publique Manaouda Malachie révèle des chiffres alarmants sur la mortalité néonatale et infantile au Cameroun. Cet auteur souligne avec emphase la situation de la femme enceinte et du nouveau-né sans oublier les révisions faites en matière de politique nationale de santé de reproduction. C'est un effort de réévaluation qui est ainsi mis en exergue en mettant en avant les initiatives de coopération incluant notamment la Banque Islamique de Développement. Au-delà de ces différentes remarques, il faut relever que cet article ne nous donne aucune idée de l'action du centre hospitalier qui constitue pourtant notre échantillon d'étude.

Avec un document²⁶ du MINSANTE de 2016, on se familiarise avec un ensemble de programmes censés promouvoir la lutte contre certaines maladies, pathologies et autres affections plus ou moins graves. Il est question d'un rapport d'activités qui met en exergue non seulement les programmes, mais également les outils, les méthodes et les bilans obtenus au terme des stratégies opérationnelles. Ce document est donc intéressant dans la mesure où il remet au goût du jour la dynamique d'implémentation d'un système de surveillance intégré de

²⁴ L'Evolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA du Groupe de Banque Mondiale et de la division de la population des Nations Unies, 2019.

²⁵ C. Tsiele, « Santé : le taux de mortalité maternelle en baisse », *Mère &Enfant*, N° spécial, mai-juin 2018.

²⁶ MINSANTE, *Guide Technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte au Cameroun*, UNICEF/OMS/Helen Keller international, Copyright 2016.

la maladie et les perspectives de riposte pouvant permettre soit de la juguler, soit de la vaincre à court ou à moyen terme. Malgré ces atouts, ce rapport d'ailleurs riche en information sanitaire pour le Cameroun ne consacre qu'un pan marginal à la problématique de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun.

La recherche réalisée sous la direction de Jean Stéphane Mbiatcha : *Fondation Chantal Biya (1994-2020), 26 ans d'engagement pour le bien-être de l'Homme*²⁷ est enrichissante à plus d'un égard. Tout d'abord, c'est un document qui restitue non seulement l'historique et l'évolution de cette formation sanitaire, mais également permet à tout observateur de mieux s'imprégner des activités et des actions impulsées dans le cadre de la promotion de la santé mère et enfant. Aussi, on peut y découvrir des données statistiques et chiffrées qui tendent à donner un aperçu nettement précis sur l'action de ladite fondation dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. A côté de cela, ce document se veut significatif dans la mesure où il restitue l'implication des acteurs et d'autres partenaires lesquels œuvrent pour la santé maternelle, reproductive et néonatale. Cependant, les mérites observables n'excluent pas la dimension quelque peu subjective et même partisane qui transparaît dans la présentation globale de l'institution. Pour être précis, aucun des rapports sur le Fondation Chantal Biya, ne met en exergue les entraves et les limites pourtant observables dans le fonctionnement de cette formation sanitaire.

Le texte intitulé: « Associations à caractère humanitaire et développement social du Cameroun : cas de la Fondation Chantal Biya (1994-2003) »²⁸ est un travail de recherche qui met en exergue le rôle joué par la Fondation Chantal Biya dans le prisme social et de l'action humanitaire. A cet effet, c'est une enquête interne dont l'importance se décèle dans les articulations analytiques contenues dans ce travail. En outre, on y découvre les facteurs internes et externes ayant contribué à la mise sur pied de cette formation sanitaire d'utilité publique depuis 1999. L'auteur restitue les différents domaines socio-sanitaires à travers lesquels se déploie ladite structure. Toutefois, ce mémoire de recherche demeure très synthétique et ainsi, ne consacre que peu d'intérêt à notre objet d'étude fondamental.

Pierre Sendé²⁹ s'est penché sur le processus de gestion des problèmes relatifs à la maternité en Afrique en générale et au Cameroun en particulier. Ainsi, dans *Guide pratique de la maternité*, il propose à tout lecteur attentif un corpus de méthodes pouvant permettre

²⁷ *Fondation Chantal Biya (1994-2020)*, Magazine de la FCB, Yaoundé, 2020.

²⁸ F. D. Mbakop, « Associations à caractère humanitaire et développement social du Cameroun : cas de la Fondation Chantal Biya (1994-2003) », Mémoire de maîtrise en Histoire, Université de Yaoundé I, Octobre 2003.

²⁹ P. Sendé, *Guide pratique de la maternité*, Yaoundé, CLE, 2009.

d'appréhender et de mieux cerner la complexité des femmes en état de maternité. Aussi, ce document se veut davantage important dans la mesure où il restitue en quelques lignes les principales phases, les normes comportementales et médicales à respecter pour s'assurer une maternité sans risque majeur. En outre, il remet en question certaines pratiques et usages susceptibles de compromettre en milieu social comme en milieu médical, le suivi des femmes dans le domaine de la santé maternelle et reproductive. Toutefois, le document en question demeure quelque peu vague, et ne fournit qu'un aperçu synthétique sur les étapes préliminaires liées à la santé maternelle.

Dans une autre réflexion, le même auteur³⁰ s'est intéressé aux *Principes de pathologies obstétricales en pays tropicaux*. Il ressort les normes fondamentales qui régissent et déterminent le mode de gestion médicale des pathologies obstétricales dans les pays du Sud. Aussi, son analyse et ses principaux champs d'intérêts permettent de se familiariser avec des concepts et des terminologies propres à la santé maternelle et reproductive en Afrique Noire notamment. Au vu de ces réflexions, il apparaît que de nombreux pays africains en particulier souffrent d'un déficit criard de personnel médical, d'équipements modernes, et de moyens financiers conséquents. Une telle étude présente donc un mérite certain ; en ce sens qu'elle permet d'identifier les maux dont souffre le système sanitaire sous l'angle des pathologies obstétricales. En dépit de son mérite, cette investigation de Pierre Sendé demeure trop généralisante, dans la mesure où elle ne fait nullement référence à des exemples précis en matière de santé reproductive et néonatale. De même, l'auteur ne se focalise que sur des cas de pathologies obstétricales.

Le magazine spécialisé *Mère & Enfant* s'est intéressé au 4^e forum national des journées mère-enfant. Dans cette édition spéciale, l'on a pu découvrir le contexte, les objectifs, les enjeux, les acteurs, le bilan et les initiatives impulsées par les autorités publiques et d'autres acteurs, partenaires nationaux et extérieurs impliqués dans la santé maternelle, néonatale et les problèmes qui y sont liés. Pour le rappeler, le forum en question s'est tenu du 7 au 13 novembre 2015 à Yaoundé avec pour thème : « Les accouchements à risque et facteurs de mortalité maternelle et infantile ». Cette rencontre se veut importante dans le cadre de cette recherche en ce sens qu'elle remet au goût du jour la problématique fondamentale de cette étude. Elle semble clairement illustrer que la santé et la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale constituent des défis importants à relever.

³⁰ P. Sendé, *Principes de pathologies obstétricales en pays tropicaux*, Yaoundé, CLE, 2003.

André Kamdoum³¹ a exploré la problématique de la gestion du secteur sanitaire en contexte de crise économique et des politiques d'ajustement structurel au Cameroun. Grâce à ses investigations, il nous révèle à juste titre que le processus de gestion des politiques sanitaires initié au lendemain de l'indépendance officielle a connu une phase de ralentissement notable à la fin des années 80 et au milieu des années 90. Sa réflexion a le mérite de révéler et de démontrer les impacts néfastes de la libération et de l'abolition du système de développement planifié sous le prisme de ce qui a été appelé Plan Quinquennaux de développement. Toutefois, il n'en demeure pas moins que cette enquête se focalise essentiellement sur ces aspects sans explorer le problème de la santé maternelle et néonatale. En fait, l'auteur s'est borné à mettre en exergue les incidences de la conjoncture socio-économique sur la planification sanitaire à l'ère des politiques d'ajustement structurel au Cameroun.

Yves Jaffré n'a pas manqué de porter un regard autoptique, analytique et prospectif sur la réforme des services de santé au sein des pays tropicaux subsahariens. Mais son mérite se situe largement au-delà de cet aspect, car il questionne tout d'abord les fondements structurels et les politiques sanitaire de nombreux pays subsahariens. Après avoir présenté les types de services de santé les plus accessibles, il met un accent particulier sur les dysfonctionnements qui compromettent le dynamisme d'ensemble et un meilleur accès aux soins de santé pour le bénéfice des populations à travers des enquêtes probantes et des données statistiques, il ressort les disparités criardes entre service de santé tout en faisant une halt sur leurs impacts au sein des pays qui font objet d'échantillon. De même, son étude propose la mise sur pied d'un certain nombre d'outils susceptibles de promouvoir des services de santé et de qualité pour tous. Néanmoins, l'investigation scientifique de Jaffré demeure extrêmement synthétique et le Cameroun n'y occupe qu'une place marginale.³²

Morelle Ambroise et Didier Tabutau ont mené une enquête sur la problématique de la santé publique dans le monde en général. Dans leur étude, ces deux auteurs ont tout d'abord mis en relief l'historique de la santé publique au sein des sociétés et de certains Etats Euro-Occidentaux. En effet, il apparaît dans leur enquête que le système de santé publique a non seulement évolué, mais également de nombreux facteurs contextuels, conjoncturels et politico-structurels ont largement contribué à redéfinir et même à reconfigurer les modèles de santé publique au sein des pays à travers le monde. En outre, le secteur sanitaire constitue dans de nombreux pays, au 20^e et 21^e siècle un domaine primordial. Cela laisse clairement

³¹ A. Kamdoum, *Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun*, Paris, CEPER, 1994.

³² Y. Jaffré, « Prolégomènes à une réforme des services de santé : de l'identification des dysfonctionnements à la définition d'outils efficaces », *Médecine tropicale*, N° 06, Volume 64, 2004.

supposer que les indices d'accès à la santé ou aux soins de santé constituent des paramètres pouvant renseigner sur le niveau de développement humain d'un pays quelconque. Au vu de ces observations, cette réflexion ne manque pas de mérite. Eu égard à cela, elle demeure particulièrement généralisante de par ses approches, ses centres d'intérêt scientifiques et ses échantillons d'analyses.³³

« L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun (1916-2000) »³⁴ de Luc Fongang Kontcheu constitue une étude pertinente. En effet, de par son intitulé révélateur, il est question d'une investigation scientifico-historique qui ressort le processus évolutif des politiques sanitaires au Cameroun depuis la défaite et l'expulsion des Allemands. Aussi, la réflexion de Fongang Kontcheu a tout d'abord le mérite d'être diachronique tout en fournissant un inventaire détaillé mais synthétique des principaux programmes sanitaires conçus et impulsés au Cameroun. A travers ce mémoire de recherche, l'on se familiarise avec la question sanitaire sur une longue période. Cependant, il ne serait pas mal venu de reconsidérer le contenu des recherches dans la mesure où les approches restent restrictives et mettent peu l'accent sur la lutte contre la santé maternelle et néonatale au Cameroun.

VI. PROBLEMATIQUE

La problématique constitue une étape décisive dans le processus de rédaction d'un travail de recherche. A dire vrai, elle constitue l'une des épines dorsales pouvant permettre aux chercheurs de saisir l'ossature fondamentale de la réflexion à mener. Pour le comprendre, il serait judicieux de proposer une approche définitionnelle à ce concept. Ainsi, Michel Beaud y voit « *l'ensemble construit autour d'une question principale, des hypothèses de recherche et des lignes d'analyses qui permettent de traiter un sujet choisit* ». ³⁵ Aussi, le dictionnaire *Le Petit Larousse illustré* voit dans la problématique « *un ensemble de questions qu'une science ou une philosophie peut valablement poser en fonction des moyens, de son objet d'étude et de ses points de vue* ». ³⁶

Ces approches définitionnelles tendent à donner un aperçu synthétique sur ce qui est la problématique. Dans le cas de ce thème de recherche, il convient de relever une articulation fondamentale de la problématique et des articulations secondaires de celle-ci. Comme problématique fondamentale on est appelé à s'interroger ; quelle est la place des politiques sanitaires dans le processus de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au sein de la

³³ A. Morelle et D. Tabuteau, *La santé Publique*, Paris, PUF, 2010.

³⁴ L. Fongang Kontcheu, « L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun (1916-2000) », Mémoire de DEA an Histoire, Université de Yaoundé I, 2008-2009.

³⁵ M. Beaud, *L'Art de la thèse. Comment préparer et rédiger un mémoire de Master, une thèse de Doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du net*, Paris, La découverte, 2006, p. 55.

³⁶ *Le Petit Larousse illustré*, Paris, Editions Larousse, 1983, p. 810.

Fondation Chantal Biya ? En ce qui concerne les problématiques secondaires, celles-ci s'articulent sur cinq piliers interrogatifs :

1. Quelles sont les fondements de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun ?
2. Comment se présente la Fondation Chantal Biya ?
3. Quelles sont les différentes actions engagées et impulsées par la Fondation Chantal Biya en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun ?
4. Quels sont les principaux manquements observés dans les actions de lutte contre la mortalité maternelle néonatale au sein de la Fondation Chantal Biya ?
5. Quelles sont les suggestions envisageables et susceptibles d'améliorer le processus de lutte contre la mortalité maternelle en couche et infantile au sein de le FCB en particulier et au Cameroun en général ?

De ce qui précède, il revient à dire que la présente thématique repose sur une problématique fondamentale comme socle et des articulations interrogatives secondaires qui gravitent autour de celle-ci.

VII. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Toute recherche en science humaine notamment dans le domaine académique repose sur une démarche précise. L'histoire, en tant que science humaine n'en fait pas exception. Ainsi, l'effectivité de cette recherche a été rendue possible grâce à un ensemble de méthodes. Selon Maurice Angers, la méthode peut se rapporter à une façon d'envisager et d'organiser un travail. La méthode dicte alors une manière de concevoir et de planifier une recherche sur un objet d'étude en particulier ; elle peut intervenir, de façon plus ou moins impérieuse, plus ou moins précise, à toutes les étapes de la recherche ; ou à l'une ou à l'autre. Le mot méthode peut aussi renvoyer à un domaine particulier comportant un ensemble de procédures spécifiques à son champ d'étude.³⁷

La méthode désigne ici une façon de saisir la réalité et de produire des connaissances. Elle définit les qualités nécessaires à l'esprit scientifique et la connaissance scientifique. La méthode scientifique est donc à la fois une attitude devant la réalité, une façon de la questionner et d'y puiser des réponses provisoires qui amènent à une nouvelle attitude et à de nouvelles questions.³⁸ La première phase a consisté à identifier les différents sites ou lieux susceptibles d'abriter des sources documentaires et des informations capitales pour l'étude à mener. La deuxième phase concernait la conception d'un questionnaire pour les sources

³⁷Angers, *Initiation pratique ...*, p. 60.

³⁸ *Ibid.*

orales. La troisième phase s'attèle à effectuer un travail de sélection de différents matériaux de recherche récoltés de part et d'autres. Pour récapituler, la première étape dans le cadre de cette recherche a consisté à effectuer des fouilles documentaires.

Ces fouilles ont été faites au Cercle Histoire Géographie-Archéologie, à la bibliothèque de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines (FALSH) de l'Université de Yaoundé 1, à la Fondation Paul Ango Ela, à l'Institut Français de la Culture, à la bibliothèque du Ministère de la Recherche et de l'Innovation à la FCB au Centre de Vaccination Internationales de Yaoundé et dans certains sites en ligne. Ces différents lieux et centres de recherche ont permis d'accéder à des archives, des rapports d'activités, des Thèses de Doctorat, des mémoires, des ouvrages, des articles et des textes juridiques (Décrets et lois sur la santé publique au Cameroun).

A partir du questionnaire, les descentes sur le terrain ont permis de récolter des informations orales et écrites à la Fondation Chantal Biya. Au finish, nous avons fait usage de la méthode qualitative ; laquelle consiste à sélectionner les données recueillies en fonction de leur pertinence, leur valeur et leur intérêt pour la rédaction de ce travail. Selon Clotilde Coron, l'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond, (de qualité). Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification.³⁹

VIII. APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE

Selon Emile Durkheim : « *Les mots de la langue usuelle comme les concepts qu'ils expriment sont toujours ambigus et les savants (ou le chercheur) qui les exploiteraient tels qu'ils les reçoivent de l'usage sans les faire subir d'autres élaborations s'exposeraient aux plus graves confusions.* »⁴⁰ D'après Maurice Angers, les concepts peuvent être des mots déjà utilisés dans la question de recherche. Ils sont ce par quoi le chercheur va appréhender la réalité. Ils vont tracer la route qui mène à l'observation. Le concept permet ainsi de nommer certains phénomènes que l'on veut étudier. Il s'agit d'une représentation intellectuelle que l'on se fait d'une certaine réalité. C'est une abstraction qui met de l'ordre dans l'ensemble complexe des phénomènes qui lui sont rattachés. Le concept est une généralisation comme on en utilise tous les jours sans le savoir. Le concept réunit donc un certain nombre d'éléments

³⁹ C. Coron, *La boîte à outils de l'analyse de données en entreprises*, Paris, Dunod, in <https://www.dunod.com>, consulté le 13 février 2023.

⁴⁰ E. Durkheim, *Le suicide*, Paris, PUF, 1987, p.1.

sous un même vocable. Plus le degré d'abstraction d'un concept est élevé, plus il y a d'opérations à faire pour l'amener au niveau de la réalité observable (il existe un cadre conceptuelle dans ce mémoire).⁴¹

La présente thématique présente des concepts divers et variés. A première vue, ces concepts s'inscrivent dans le champ lexical du secteur médical. Parmi eux, on peut noter « *politiques sanitaires* », « *lutte* », « *mortalité maternelle* », « *mortalité néonatale* », « *hôpital gynéco-obstétrique* ». La définition de ces notions clés constitue un facteur méthodologique important pour la compréhension du sujet. Parlant du concept « *politiques sanitaires* », il renvoie au fait de « *fixer collectivement des caps pour donner à chacun les moyens de se soigner et de rester en bonne santé le plus longtemps possible* ». ⁴² « *La lutte* » quant à elle fait référence à « *l'ensemble des actions menées pour vaincre un mal* ». ⁴³

S'agissant de la « *mortalité maternelle en couche* », il s'agit du « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison* ». ⁴⁴ L'expression « *mortalité infantile* » est généralement présentée comme étant « *un ensemble de statistiques calculé en faisant le rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an sur le nombre total d'enfants nés vivants* ». ⁴⁵ Le terme « *hôpital* » fait référence à « *un établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes trop complexes pour être traités à domicile ou dans un cabinet de médecin* ». ⁴⁶

Quant au conseil prénatal, il fait avant tout référence à un ensemble de méthodes éducatives, pédagogiques, soutenu ou effectué par des membres du corps médical (médecins, infirmières, etc.) dont l'objectif essentiel consiste à échanger, à écouter, mais également à conseiller et accompagner les femmes durant toute la période précédant l'accouchement. De même, les conseils prénataux peuvent être considérés comme des causeries, lesquelles peuvent revêtir une dimension pédagogique, éducative, interactive et qui visent à garantir aux femmes enceintes un suivi et un accompagnement sur un intervalle de trois mois jusqu'à l'accouchement. ⁴⁷

Explorant ce qu'il en est de la « *néonatalogie* » et des « *soins maternels et obstétricaux* ».

⁴¹ Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, pp. 106-107.

⁴² Dictionnaire français en ligne, <https://www.larousse.fr>, consulté le 13 septembre 2022.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Entretien avec Thierry Kondé Nla'a, 33 ans, médecin généraliste, ancien stagiaire à la FCB, à Yaoundé les 24 et 26 septembre 2023.

La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.⁴⁸ Les soins maternels et obstétricaux sont des soins de santé dispensés avant la conception, pendant la grossesse, l'accouchement et pendant la période post-partum afin de garantir la santé de la personne enceinte et de son fœtus ou nouveau-né.⁴⁹

Cette grille conceptuelle permet d'avoir une nette appréhension sur le sens des notions et expressions clés de cette thématique de recherche. Par ailleurs, le champ théorique se veut être un aspect crucial dans les démarches académiques en histoire. Avant de l'explorer, il serait intéressant de faire une petite halte sur le concept de "théorie" ; pour l'anthropologue et universitaire camerounais Mbonji Edjenguele,

La théorie peut être entendue comme un ensemble systématisé d'idées, ou de connaissances ; une vision du réel enveloppée dans un échafaudage de pensées qui structure un principe directeur ; un modèle explicatif articulant hypothèses, concepts, résultats et affirmations acceptables de par leur cohérence dans l'ordre du savoir.⁵⁰

En outre, pour Maurice Angers, la science construit une série d'énoncés sur un phénomène ou un objet d'études. Cet ensemble de propositions qui veut rendre compte de cette partie de la réalité considérée s'appelle une théorie. La théorie joue un rôle majeur en science. Par son ensemble de propositions, elle permet d'unifier et d'éclairer ce que l'on affirme sur la réalité étudiée. Elle sert ensuite de guide au chercheur dans l'élaboration de leur problème de recherche. La théorie est l'expression du langage scientifique, univoque, cohérent et précis.⁵¹

Aussi, la théorie donne consistance à un domaine du savoir en proposant une ou des explications. Car la théorie, en liant des termes entre eux, offre ainsi une vue cohérente d'un ordre de phénomènes, toujours susceptible d'être soumis aux jugements des faits. La théorie est à la science ce que la boussole est à l'explorateur. Elle est un guide indispensable dans le choix des chemins à parcourir, elle met de l'ordre dans la multitude des sensations, elle justifie les moyens à prendre, bref, elle oriente la recherche. Une théorie, une fois vérifiée et précisée, devient un système d'informations sur ce qu'elle a ainsi permis de connaître et l'assise de nouvelles formulations, d'explications encore plus générales ou plus approfondies. Une théorie, par son caractère déductif et forcément abstrait, peut paraître rébarbative à

⁴⁸ C'est quoi le service néonatal ? <https://www.le-gifrance.gouv.fr>, consulté le 22 septembre 2023.

⁴⁹ Qu'est-ce qu'un soin obstétrical ? <https://www.engenderhealth.org>, Guide linguistique soins maternels et obstétricaux, 10 juin 2022, consulté le 22 septembre 2023.

⁵⁰ Mbonji Edjenguele, *Culture-vérité*, Yaoundé, Editions Etoile, 2000, pp. 76-77.

⁵¹ M. Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des Sciences humaines*, Montréal, Centre Educatif et Culturel, p.24.

première vue. C'est qu'elle est perçue comme une série de définition à apprendre alors que ces dernières devraient être vues comme des outils qui prendront leur sens lors de leur utilisation pour mieux saisir les phénomènes observés.⁵²

Fort de cette définition, il est maintenant question d'aborder les principales théories convoquées dans le cadre de cette recherche. Ainsi, nous avons fait recours à trois théories développées dans le cadre du secteur médical et psycho-médical. Il s'agit notamment de la théorie du "*Sunrise enabler*" développée par Madeleine Leininger en 1970. Aussi, on note également la théorie de la prise en charge transculturelle formulée par Sœur Callista Roy en 1976 en enfin la théorie du dialogue développée par Bakhtine.

En effet, la théorie du *Sunrise enabler* développée par Madeleine Leininger a pour objectif principal la promotion des soins infirmiers pour s'adapter ou avoir une signification et des résultats bénéfiques pour la santé des personnes d'origine culturelles différentes ou similaires. Formulée en 1970, en tant que modèle, puis affinée en catalyseur, elle décrit de multiples facteurs censés influencer les expressions de protection de la culture et leurs significations. De même, Leininger propose qu'il existe trois modes pour guider les jugements, les décisions ou les actions des infirmières (ou du personnel médical en général) afin de fournir des soins appropriés, bénéfiques et significations : conservation et/ou entretien ; accommodation et/ou négociation ; remaniement et/ou restructuration.

Callista Roy a développé une théorie connue sous le nom de "model d'adaptation de Roy". Cette théorie stipule que l'objectif des soins infirmiers est de favoriser à l'adaptation du patient. Son modèle pose des questions sur la personne qui fait l'objet de soins infirmiers, la cible de ces soins et le moment où ces soins sont indiqués. La théorie de Bakhtine est connue sous le nom de "dialogisme" et a été formulée vers les années 70. Bakhtine rappelle ainsi ce qu'est le dialogisme en ces termes :

L'expression d'un énoncé est toujours, à des degrés divers, une réponse, autrement dit : elle manifeste non seulement son propre rapport à l'objet de l'énoncé, mais aussi le rapport du locuteur aux énoncés d'autrui. Les formes de réactions-réponses qui remplissent un énoncé sont extraordinairement variées et, jusqu'à présent, elles n'ont jamais été étudiées.⁵³

Bakhtine développa la théorie du « *dialogisme interlocutif* » qui stipule la promotion d'une communication interactive entre acteurs et protagonistes afin d'aboutir à des décisions raisonnables, à la compréhension de l'autre et à la conciliation des points de vues. Ces différentes théories dans leurs spécificités nous ont permis de mieux analyser le problème de

⁵² *Ibid.*, pp. 24-25.

⁵³ Bakhtine, cité par J. Bres, « Vous les entendez ? Analyse du discours et dialogisme » <https://journals.open.editions.org>, consulté le 14 septembre 2022.

la prise en charge et d'autres paramètres y afférents concernant la mortalité maternelle en couche et infantile au Cameroun et dans les centres hospitaliers choisis.

IX. DIFFICULTES RENCONTREES

A l'évidence, l'exécution de ce modeste travail de recherche ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, les difficultés et les obstacles ont été multiples et variés. Le premier obstacle a été d'ordre académique ; dans la mesure où au département d'Histoire, le répertoire des travaux de recherche notamment Thèses de Doctorat et mémoires n'est pas assez fourni en thématiques s'inscrivant dans le champ de notre étude. Par conséquent, peu de travaux jusqu'ici ont permis de combler ce manquement. Pour cela, il a fallu recourir à d'autres champs d'étude. La deuxième difficulté a concerné l'accès à certaines institutions et milieux sociaux pour y disposer d'informations orales suffisantes, de photos, sans oublier le caractère quelque peu susceptible des membres ou autre personne travaillant dans l'institution hospitalière concernée.

X. PLAN DU MEMOIRE

Cette investigation s'articule sur quatre chapitres. Le premier chapitre porte sur : « Les politiques sanitaires et les initiatives de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun ». Dans cette première étape de la rédaction, l'investigation s'articule autour de trois grands axes : le premier axe porte sur l'évolution et les stratégies d'opérationnalisation de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. Dans cette rubrique, il sera essentiellement question d'explorer les caractéristiques majeures des systèmes de santé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun et les stratégies en matière sanitaire pour cette lutte. La deuxième articulation porte sur la situation et les besoins du secteur de la santé. Cette sous-partie inclut notamment la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, les fondements sociaux et opérationnels, enfin les ressources financières mobilisées à cette fin. Quant à la 3^e articulation, celle-ci présente les capacités d'offre de soins obstétricaux et néonataux.

Le second chapitre portera sur la : « Présentation générale de la fondation Chantal Biya ». A ce niveau, la recherche est articulée sur 3 principaux aspects : la structuration administrative, les ressources et moyens et enfin les principaux services de promotion de la santé reproductive et néonatale. La présentation de la structuration administrative de la fondation met en relief les directeurs, le personnel et les partenaires. En ce qui concerne les ressources et les moyens, l'on mettra en exergue les ressources humaines, financières et

logistiques. La rubrique portant sur les services de promotion analyse des offres, à l'instar de la réanimation pédiatrique, les urgences, la cardiologie et la pneumologie.

Aussi, le chapitre trois s'intéresse à : « Les actions et les réalisations de la Fondation Chantal Biya en matière de promotion de la santé maternelle et néonatale ». Ici, on distingue trois articulations fondamentales à savoir : l'action de sensibilisation, les actions caritatives et la prise en charge médico-hospitalière. L'action de sensibilisation aborde la mise en relief des conseils prénataux et de campagnes de sensibilisation à certaines périodes. Elles incluent l'octroi des dons aux patients, les campagnes de vaccination et quelques réductions des coûts de traitement. La prise en charge médico-hospitalière sera appréhendée à travers les actions obstétricales, la prise en charge néonatale et les offres d'urgence.

Quant au dernier chapitre, il s'évertue à analyser les : « Manquements, entraves et perspectives des actions de la Fondation Chantal Biya en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ». Il s'agira d'investiguer sur les trois centres d'intérêt majeurs que sont : les manquements des actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, l'archivage des documents, la crise de la ressource humaine spécialisée et les problèmes d'ordre éthique et quelques suggestions fondamentales. La rubrique portant sur les manquements s'articulera sur les coûts élevés du suivi pré et post-natal et l'irrégularité des actions caritatives. Le problème lié à l'archivage et d'autres aspects sus-évoqués mettent en lumière la crise de la ressource humaine spécialisée, les problèmes inhérents à la maintenance et à l'entretien du matériel et la négligence des patients démunis. Le volet portant sur les suggestions analysera l'extension de la Fondation Chantal Biya à l'échelle nationale, le recrutement quantitatif et qualitatif du personnel, l'application des sanctions contre les écarts de conduite et le respect de la déontologie médicale, la réduction des coûts de traitement et la promotion de l'assurance santé.

CHAPITRE I : LES POLITIQUES SANITAIRES ET LES INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU CAMEROUN

Le problème de la mortalité maternelle et néonatale constitue un enjeu de portée notable pour la quasi-totalité des Etats. Toutefois, le phénomène apparaît nettement plus préoccupant en Afrique Noire. Car ici, les chiffres sont suffisamment alarmants pour le démontrer. Le Cameroun, n'étant pas en reste a résolument pris la mesure de la situation. C'est ce qui explique la conception et l'opérationnalisation d'une batterie de programmes et d'initiatives visant à réduire drastiquement le taux, relativement élevé, de la mortalité maternelle et néonatale dans le pays. Pour ce faire, la mise sur pied du système des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est apparue comme une initiative salutaire. Il s'agira dans ce chapitre de présenter l'évolution et les stratégies d'opérationnalisation, la situation, les besoins du secteur sanitaire et enfin les capacités d'offres de soins obstétricaux et néonataux.

I- EVOLUTION ET STRATÉGIES D'OPÉRATIONNALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE AU CAMEROUN

A ce niveau, l'enjeu fondamental consistera à réexplorer le processus évolutif ayant marqué les politiques sanitaires en matière de santé maternelle et néonatale au Cameroun. Par la suite, il sera question d'aborder les principaux objectifs et les stratégies opérationnelles soutenues par les pouvoirs d'hier à aujourd'hui.

A. Evolution historique des politiques sanitaires au Cameroun en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Les politiques sanitaires concernant la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale constituent une réalité depuis longtemps inscrite dans l'agenda des pouvoirs publics camerounais. L'historien Luc Fongang Kontcheu l'a d'ailleurs abordé dans son mémoire intitulé précisément « L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun (1916-2000) ». Pour juste le rappeler, l'auteur de cette étude met en exergue, de façon d'ailleurs diachronique le processus historique de lutte contre la mortalité maternelle impulsé tout juste après l'expulsion des colons allemands du Cameroun.⁵⁴

⁵⁴ L. Fongang Kontcheu, « L'évolution des politiques sanitaires... », p. 28

Photo 1: Entrée principale de l'hôpital général de Yaoundé



Source : Eleanor Ngoubi, le 03 juin 2023 à Yaoundé

Cette photo est celle de l'Hôpital Général de Yaoundé. Il s'agit d'une institution hospitalière publique située en pleine capitale. Sa construction et sa mise en service s'inscrivent dans l'agenda des pouvoirs publics à relever les défis de santé nationale. C'est une structure dont la capacité d'accueil et l'infrastructure mettent au premier plan la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Elle dispose de pavillons spéciaux à cet effet.

Le tableau ci-après illustre en quelques mots l'historique de la politique et des programmes de la santé maternelle.

Tableau 1: Distribution des cadeaux de la fête de Noel aux mères et enfants

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 néonatal (SONU)	Adoption de la stratégie basée sur le modèle des 3 délais e 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

Source : B. M. Kamgho Tezanou, « Mortalité maternelle ... », p. 4.

Ce tableau donne des indications intéressantes, donc pertinentes, sur le processus évolutif de la politique sanitaire et des programmes de santé maternelle au Cameroun. On peut aisément constater qu'à partir de 1970, la primauté fut accordée à la santé infantile. Cependant, les femmes pouvaient bénéficier de certaines initiatives de planification familiale. De même, les données révèlent que quatre ans après, l'Etat camerounais initia le PSE, c'est-à-dire la protection de la santé de l'Enfant. Aussi, les autorités initièrent les visites prénatales donc une en postnatale avec le maintien des programmes de 1970.

En revanche, l'année 1987 était marquée par une véritable nouveauté. Il s'agissait notamment du Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA). L'instauration de l'initiative sanitaire connue sous le sigle de S.O.N.U. (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence). Cette initiative fut marquée par l'adoption d'une stratégie basée sur le modèle des 3 délais et le lancement des S.O.N.U. avec un volet concernant l'amélioration de l'offre de soins de qualité pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. L'année 2010

constitue une période phare dans les initiatives nationales de réduction drastique de la mortalité maternelle. Ceci fut opérationnalisé par le biais de l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de soins et la gouvernance.

Photo 2: Entrée principale de l'hôpital central de Yaoundé



Source : Eleanor Ngoubi, 26 mai 2023 à Yaoundé.

La photo ci-dessus donne une vue parcellaire de l'Hôpital Central de Yaoundé. Nous pouvons voir ici l'entrée principale à travers laquelle les usagers de tous bords peuvent y accéder. Il est question d'une institution sanitaire qui vit le jour pendant le contexte colonial français au Cameroun. Toutefois, les pouvoirs publics en ont rapidement fait une institution hospitalière de premier plan. Bénéficiant d'un appui constant de l'Etat, mais également de partenaires extérieurs, l'hôpital central de Yaoundé apparaît comme une formation sanitaire importante et d'intérêt public. On peut apercevoir un des premiers bâtiments peints en jaune et vert pâle. Plus au fond à gauche, c'est le Service des Urgences et de Réanimation, construit avec l'aide de la Corée du Sud.

B. Caractéristiques majeures du système de santé au Cameroun

1. Organisation du système de santé

Le secteur de la santé au Cameroun comporte trois sous-secteurs : un sous- secteur public, un sous-secteur privé à but non lucratif (confessionnelles, associations) et à but lucratif et un sous-secteur de la médecine traditionnelle. Le secteur de la santé est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) qui disposent chacun de structures administratives et de dialogue, comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2: Les différents niveaux du secteur de la santé et leurs fonctions

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structure de dialogue
Central	Cabinet du Ministre Secrétaire Général, Directions et Structures assimilées	-élaboration des politiques - coordination - régulation	Hôpitaux généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, hôpitaux centraux et assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP)	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	-Appui technique aux districts de santé -coordination régionale -régulation	Hôpitaux régionaux et assimilés : -Centres d'Approvisionnement pharmaceutique Régionaux	Fonds Régionaux pour la Promotion de la santé
Périphérique	189 Districts de santé	-offre de soins - coordination du district - Régulation	- Hôpitaux de District - Cliniques ; - CMA - CSI, Cabinet de soins	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Minsanté, plan de développement des ressources humaines : états des lieux et diagnostic, 2012, p.3.

Le secteur de la santé a été augmenté en 5 composantes verticales qui sont principalement :

- la promotion de la santé ;
- la prévention des maladies
- la prise en charge des cas concernant les composantes horizontales ou transversales, elles incluent essentiellement :
 - le renforcement du système de santé
 - la gouvernance et le pilotage stratégique

2. Objectifs et actions de la stratégie en matière sanitaire

Il faudrait partir du constat suivant lequel le gouvernement camerounais s'est fixé cinq objectifs à atteindre avant l'échéance annuelle de 2015.

- amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un district de santé ;
- amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ;
- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de 2/5 la mortalité maternelle.⁵⁵

Les interventions dans le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent visent à long terme la réduction de la mortalité tant maternelle qu'infantile. A court terme, les objectifs suivants étaient attendus avant 2015 :

- qualité des soins fournis aux femmes enceintes, aux parturientes et en post partum améliorée ;
- accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgences de qualité accru ;
- accès aux services de planification familiale accru ;
- cancers génésiques davantage dépistés et pris en charge ;
- offre des soins et services d'immunisation améliorée avec une couverture vaccinale (au DTC3, VDR, VP03, BCG) de 92% ;
- fistules obstétricales davantage dépistées et prises en charge ;
- accès au traitement des enfants infectés au VIH/Sida assuré ;
- capacité des adolescents relative à la vie courante accrue ;
- santé des étudiants et des enfants fréquentant des établissements scolaires améliorés ;
- accès universel des orphelins aux soins de qualité assuré.⁵⁶

De manière plus spécifique, les objectifs généraux de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonatales d'urgence au Cameroun se résument essentiellement à :

- déterminer la capacité actuelle des formations sanitaires à fournir des services en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de qualité ;
- constituer une base de données sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services en SONU en vue de guider la définition des politiques, la planification et l'établissement des

⁵⁵ MINSANTE, Rapport d'activités T4 service de la santé Maternelle (UNFPA), sous la coordination du Directeur de la santé familiale, pr. Mbu Robinson, janvier 2015, p. 7

⁵⁶ MINSANTE, Soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun, p. 33

priorités à tous les niveaux pour le renforcement du système de santé en utilisant les SONU comme porte d'entrée.⁵⁷

De même, la démarche opérationnalisante consiste à :

- produire des données nécessaires au calcul des indicateurs en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence pour l'évaluation et l'établissement d'une base pour le suivi de la disponibilité, de la distribution géographique, du niveau d'utilisation et de la qualité des SONU ;
- déterminer la disponibilité des éléments relatifs aux SONU dans les domaines clés ci-après :
 - Infrastructures de SONU ;
 - Équipements médicaux, matériels, consommables et médicaments essentiels ;
 - Ressources humaines assurant les soins ;⁵⁸
- faire une analyse de la disponibilité, accessibilité, l'utilisation et la qualité des SONU jusqu'au premier niveau de référence qu'est l'Hôpital de district ;
- déterminer les indicateurs SONU ;
- évaluer les éléments/fonctions manquants dans l'offre de services SONU par formation sanitaire enquêtée (base de données sur la disponibilité et l'utilisation des services SONU ;
- produire une cartographie de l'offre et de l'utilisation des services de SONU au Cameroun ;
- élaborer un répertoire indiquant le statut de SONU des formations sanitaires évaluées selon la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services en SONU ;
- constituer une base de données couplée à un système d'Information Géographique sur l'offre de services de SONU par les formations sanitaires évaluées.⁵⁹

⁵⁷ *Mère & Enfant*, Magazine d'information sur la santé, l'éducation de la mère, de l'enfant et de la famille, N° 33, Décembre 2015, p. 7

⁵⁸ MINSANTE, Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun, p. 38.

⁵⁹ *Ibid.*, pp. 38-39.

Tableau 3: Répartition des formations sanitaires visitées par Région et secteur d'administration

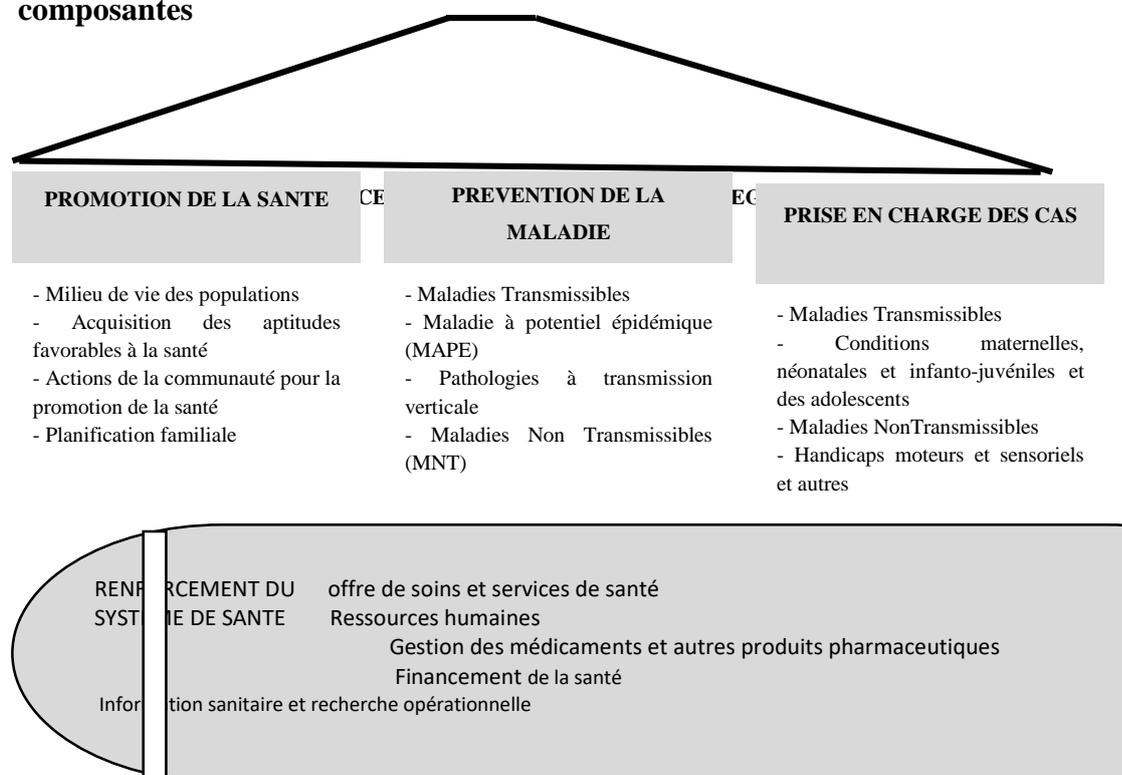
	Catégorie de la FOSA			
	FOSA de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} catégories (Hôpitaux Généraux et Hôpitaux Centraux)	FOSA de 3 ^{ème} catégorie (Hôpitaux Régionaux ou assimilés)	FOSA de 4 ^{ème} catégorie (Hôpitaux de District ou assimilés)	Nombre total de FOSA –SONUC partielles
Région				
Adamaoua	0	1	7	8
Centre (sans Yaoundé)	0	1	28	29
Douala	4	0	28	32
Est	0	1	18	19
Extrême-Nord	0	3	29	32
Littoral (sans Douala)	0	2	16	18
Nord	0	1	13	14
Nord-Ouest	0	1	21	22
Ouest	0	1	31	32
Sud	1	1	10	12
Sud-Ouest	0	2	30	32
Yaoundé	6	0	10	16
Secteur d'administration				
Public	11	14	159	184
Privé laïc/ONG	0	0	27	27
Privé confessionnel	0	0	55	55
Ensemble	11	14	241	266

Source : Enquête Rapide d'Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015/INS.

Le tableau 3 présente le ratio population/structure de santé par catégorie. Ce ratio varie suivant la Région. Concernant les FOSA (Formations Sanitaires Agrées) de 3^e catégorie (hôpitaux régionaux et assimilés), le ratio population / structure de santé est plus élevé dans

les régions du Nord, du Nord-Ouest et de l’Ouest. Pour ce qui est des FOSA de 4^e catégorie (hôpitaux de district ou assimilés), ce ratio est plus élevé à Yaoundé, suivi du Nord et de l’Extrême-Nord.

Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes



Source : Minsanté, Rapport sur la segmentation du secteur de la santé, 2016-2027, 2015, p.5

II- SITUATION ET BESOINS DU SECTEUR (NORMES ET BESOINS) DE LA SANTE

Les besoins globaux en personnels ont été identifiés au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011 et décrits dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH). L’effectif des personnels en 2011 a été évalué à 38. 207 personnels dont 25183 dans le public (66%) et de 13024 (34%) dans le privé. Sur les données du 3^e Recensement Général de la Population et de l’Habitat de 2005 (RGPHS), le ratio personnel/ population était alors de 1,07 (médecin, sage-femme, infirmier) pour 1000 (norme de l’OMS : 2,3 pour 1000 habitants). Il y avait 01 infirmier pour 3197 habitants et 01 médecin pour 11335 habitants au niveau national dans le sous-secteur public comme le révèle le tableau (1).

Tableau 4: Répartition des ressources humaines en santé par région en 2011

Qualifications	Région										Cameroun
	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	
ARC	3	26	27	131	6	11	47	97	11	8	367
Assistant social	1	54	1	9	9	3	0	12	5	11	105
Autres professionnels de santé	7	305	55	176	508	26	499	555	44	237	2412
Personnel administratif	47	770	58	69	191	58	184	131	64	152	1724
Chirurgien-dentiste	4	22	0	4	17	1	2	3	3	2	58
Commis de pharmacie	5	133	42	166	137	92	211	234	24	134	1178
Infirmiers	817	4512	874	1733	3276	965	1590	2599	781	1804	18951
Médecin généraliste	38	500	53	71	307	42	82	116	45	94	1348
Médecin spécialiste	16	192	5	10	127	3	9	26	11	16	415
Paramédicaux	176	1343	204	342	786	160	377	593	175	368	4524
Personnel d'appui	77	1401	120	816	1534	227	844	726	100	825	6673
Pharmacien	7	38	4	12	40	8	2	26	4	21	162
Tradipraticien / matronne	0	0	0	189	0	10	0	1	1	4	205
Total	1198	9296	1443	3728	6938	1606	3847	5119	1268	3679	38122
Population	1200970	4159492	835642	3993007	3354978	24423578	1968578	1921590	749552	1553320	22179707

Source : MINSANTE, Recensement Général des Personnels du Secteur de la Santé au Cameroun, 2011, BUCREP, Projections Démographiques volume III, Tome 03

De manière générale, les ressources humaines du MINSANTE sont insuffisantes en qualité et en quantité et sont inégalement réparties. De même, il n'existe pas encore une étude

pouvant permettre ou maîtriser la cartographie des Ressources Humaines Sanitaires dans ce secteur⁶⁰.

Photo 3: Vue principale de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Ngoussou (Yaoundé)



Source : Eleanor Ngoubi, le 03 juin 2023 à Yaoundé

La présente photo nous donne une vue de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique est situé au quartier Ngoussou à Yaoundé. L'image montre l'entrée principale réservée au grand public et aux usagers. C'est une formation sanitaire d'intérêt public issue du cadre de coopération et d'assistance sanitaire entre l'Etat camerounais et la République Populaire de Chine. Aussi cet hôpital a pour vocation principale et majeure de promouvoir la santé reproductive, notamment en proposant une gamme de prestations sanitaire et médicale. On peut voir sur la photo quelques usagers ; ce qui donne une certaine idée du niveau de fréquentation du lieu.

A. Ressources financières

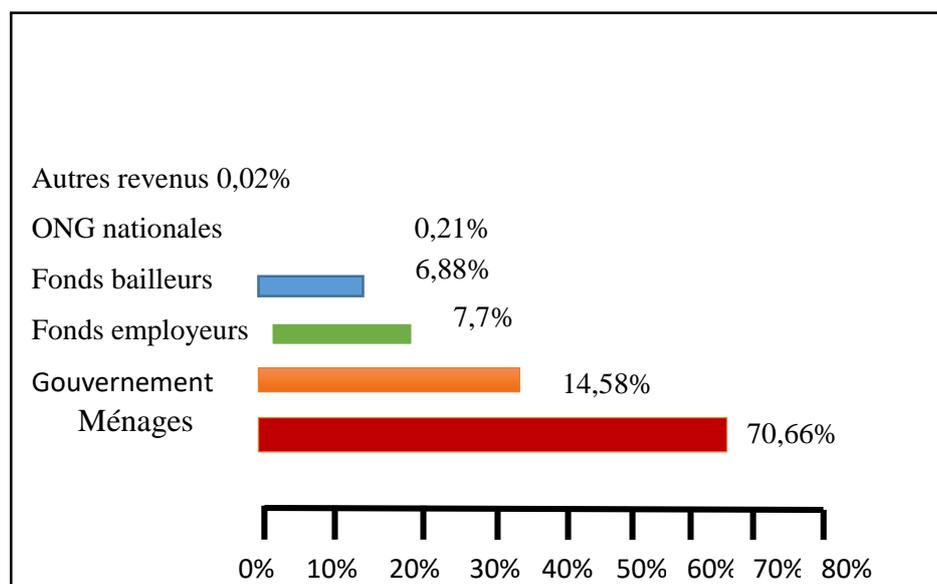
Le Cameroun ne dispose pas encore d'un document de politique nationale de financement de la santé. En 2011, les dépenses totales de santé étaient de 504 milliards de FCFA, soit 4% du Produit Intérieur Brut et plus de 60 us\$ par habitant. Les dépenses relatives à la prévention de la maladie s'élevaient à 13,6 milliards de FCFA, soit seulement 2,9% des dépenses totales de la santé.⁶¹ Pour la promotion de la santé, ces chiffres ne présentent que 0,3% en 2007-2009 et 1% de la programmation budgétaire dans le Programme National de Développement de la

⁶⁰Agenda de transformation du système de santé camerounais. Rapport d'enquête et perspectives, 2014-2017, p.18.

⁶¹ *Ibid.*, pp.17-18.

Santé (2011-2015) du Ministère de la Santé Publique.⁶² Les principales sources de financement en 2012, comme l'indique le graphique (1) étaient les ménages (70,60%), le Gouvernement (14,58%), le secteur privé (7,72) et les bailleurs de fonds (6,88%). Concernant le financement venant des ménages, la contribution des ménages aux dépenses de santé a connu une baisse en 2013 (par rapport à 2012) et représentait près de 61% des dépenses totales de santé, soit la 3^e plus importante contribution en Afrique subsaharienne derrière le Soudan et le Nigéria.⁶³

Graphique 1: Répartition en pourcentage du financement de la santé au Cameroun par type de Source (2012)



Source : MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé, 2012, p.17.

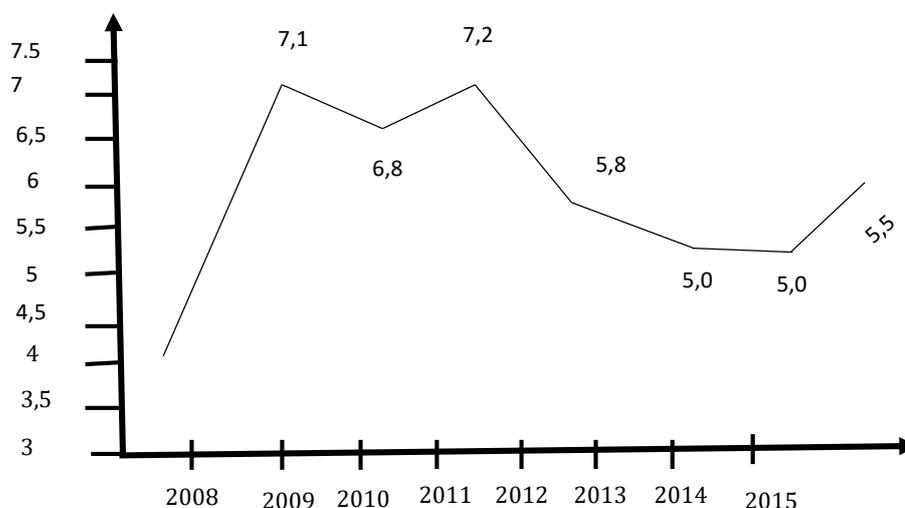
Financement de l'Etat : le montant total du budget national alloué au MINSANTE a augmenté en volume depuis 2008. Cependant, le pourcentage par rapport au budget national a baissé entre 2011 et 2015. Celui-ci oscille entre 5% et 7% du budget de l'Etat depuis 2011. Cette proportion est en dessous de l'engagement des chefs d'Etats africains pris lors du sommet des Etats africains à Abuja en avril 2011 de dédier 15% du budget national au domaine de la santé d'ici 2015.⁶⁴

⁶² *Ibid.*

⁶³ MINSANTE, Base de données des Comptes Nationaux de la santé, WHO, 2013.

⁶⁴ MINSANTE, Cinquième programme de coopération Cameroun-UNFPA. Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun en 2010, Mai 2011, p. 22

Graphique 2: Evolution du pourcentage du budget de la santé par rapport au budget national entre 2008 et 2015



Source : Institut National de statistique, Annuaire Statistique du Cameroun, 2013 et Lois de Finance 2013, 2014 et 2015

B. Lutte contre la mortalité maternelle

En dépit de la politique de décentralisation en cours, il existe encore une importante centralisation de l'allocation budgétaire. En réalité, les fonds décentralisés représentaient encore moins de 5% (10 milliards) du budget du MINSANTE en 2015. Une forte part des crédits destinés au niveau périphérique est engagée au niveau central.⁶⁵

Tableau 5: Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau (en milliards de FCFA)

Niveau	2013	2014	2015	Total	
Central	79,31	62,41	93,49	235,21	44%
Périphérique (DA+RT)	82,73	103,5	113,6	299,76	56%
Total	162	165,9	207,1	534,97	100%

Source : Institut National de la statistique, Annuaire statistique du Cameroun, 2015 et Lois de Finance 2013, 2014 et 2015, p.18

Le taux d'exécution budgétaire (base engagement) a été estimé à 88% en 2014, soit 95% pour le fonctionnement et 79% pour le budget d'investissement.

C. Financements Extérieurs (FINEX)

Les Financements Extérieurs, à travers des prêts et dons confondus, représentent chaque année une part très importante du financement du secteur (14%). Par ailleurs, les

⁶⁵ *Ibid.*, p. 23.

politiques de santé publique basées sur la gratuité des intrants et prestations subventionnées reposent essentiellement sur les Financements Extérieurs qui représentaient 65,6 milliards en 2015, 2014, les Financements Extérieurs couvraient essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles à la hauteur de 63%, paludisme 51%, VIH Sida 12% et tuberculose 0,3%, la santé de la mère et de l'enfant 27%, et 5% pour le renforcement du système.⁶⁶

La société civile, à travers environ 160 organisations non gouvernementales et associations, participe de manière formelle aux activités de santé (Lettres d'Accord de Collaboration-Convention- cadres et contrats d'Exécution). Bien que plusieurs administrations publiques œuvrent pour le renforcement de l'action communautaire (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, etc.), le budget pour la promotion de la santé ne représentait que 0,3% du budget dans le Programme National de Développement de la Santé (PNDS) 2011-2015 du Ministère de la Santé Publique.⁶⁷

D. Les fondements sociaux et opérationnels de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun

1. Le recours à la césarienne

Dans le souci de rendre accessible la césarienne en tenant compte des implications d'une forte pratique sur la qualité des soins, l'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé un taux minimum de césarienne de 5% et un taux maximum de 15%. Durant la période allant de décembre 2014 à novembre 2015, 20.080 naissances par césariennes ont été réalisées dans les structures potentiellement Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence qualifiées. Le taux de naissances par césarienne dans les structures en question A s'élève ainsi à 0,7% contre 1,6% dans les structures Non Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence.⁶⁸

L'analyse des taux de césariennes dans les structures SONU potentielles enquêtées montre qu'au niveau régional, on observe une variation de 0,4% dans le Nord à 4,9% dans le Littoral (sans la ville de Douala). En effet, les taux de naissances par césarienne les plus élevés dans les formations sanitaires (FOSA) sont observés dans le Littoral sans Douala (4,9%), à Douala (4,6%) et au Sud-Ouest (4,5%). En revanche, les régions d'enquête qui enregistrent les plus faibles taux de césarienne sont le Nord (0,4%), l'Extrême-Nord (0,6%) et le Centre sans Yaoundé (0,8%).

⁶⁶ MINSANTE, Soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun, p.36.

⁶⁷ *Ibid.* pp.36-37

⁶⁸ Agenda de transformation du système de santé camerounais ..., p.14.

Tableau 6: Proportion des naissances par césarienne dans les formations sanitaires (enquêtées) par Région

Caractéristiques de la FOSA	Nombre de naissances attendues	FOSA SONUC	NON	FOSA SONUC		Ensemble FOSA enquêtées	
		Nombre de césariennes	Taux de césariennes	Nombre de césariennes	Taux de césariennes	Nombre de césariennes	Taux de césariennes
Région d'enquête							
Adamaoua	47 318	160	0,3	578	1,2	738	1,6
Centre (sans Yaoundé)	54 502	392	0,7	37	0,1	429	0,8
Douala	92 189	2 807	3,0	1 463	1,6	4270	4,6
Est	31 922	428	1,3	522	1,6	950	3,0
Extrême-Nord	173 696	1025	0,6	92	0,05	1117	0,6
Littoral sans Douala)	19 063	927	4,9	na	na	927	4,9
Nord	111 382	1613	2,5	22	0,02	488	0,4
Nord-Ouest	65 554	1613	2,5	1 114	1,7	2727	4,2
Ouest	76 671	2 424	3,2	267	0,3	2691	3,5
Sud	24 061	387	1,6	na	na	387	1,6
Sud-Ouest	48 774	1 862	3,8	312	0,6	2174	4,5
Yaoundé	97 348	1 246	1,3	1936	2,0	3182	3,3
Ensemble	847 265	13737	1,6	6 343	0,7	20080	2,4

Source : Institut National de Statistiques, / Enquête rapide d'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015, P.8.

2) Taux de létalité causés par des facteurs obstétricaux directs

Il est question à ce niveau d'un indicateur concernant la proportion des femmes admises dans une formation sanitaire disposant de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence avec complications obstétricales directes majeures ou qui développent ces complications après

l'admission et meurent avant de sortir de l'hôpital.⁶⁹ Cet indicateur est calculé et obtenu en rapportant le nombre total de décès maternels au nombre total de femmes présentant des complications obstétricales directes enregistrées dans les formations sanitaires. Aussi, cet indicateur permet d'apprécier la qualité des soins offerts aux populations. Les normes recommandent qu'il soit compris entre 0 et 1 pour juger d'une bonne qualité des soins.⁷⁰

Dans l'ensemble des Formations Sanitaires enquêtées, on a enregistré 281 décès maternels pour 17838 complications obstétricales directes, soit un taux de létalité obstétricale directe de 1,5%. Ce taux est de 1,2% dans les Formations Sanitaires disposant de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et 1,5% dans les Formations Sanitaires Non SONU. Seules les Formations Sanitaires de l'Adamaoua (0,6%) respectent la norme présentée plus haut. Les taux de létalité obstétricale due aux causes directes les plus élevés sont enregistrés dans le Sud-Ouest (5,4%), le Nord (3,0%) et l'Est (2,0%).

⁶⁹ MINSANTE, Cinquième Programme de coopération Cameroun-UNFPA, p.17.

⁷⁰ *Ibid.*

Tableau 7: Taux de létalité obstétricale directe dans les formations sanitaires SONU potentielles enquêtées, par Région d'enquête

Caractéristiques de la FOSA	FOSA SONUC			FOSA NON SONUC			Ensemble FOSA enquêtées		
	Nombre de femmes avec des complications obstétricales directes	Nombre de décès maternels dus aux causes directes	Taux de létalité obstétricale directe dans les FOSA SONUC	Nombre de femmes avec des complications obstétricales directes	Nombre de décès maternels dus aux causes directes	Taux de létalité obstétricale directe dans les FOSA non SONUC	Nombre de femmes avec des complications obstétricales directes	Nombre de décès maternels dus aux causes directes	Taux de létalité obstétricale directe dans les FOSA
Région d'enquête									
Adamaoua	2298	14	0,6	926	6	0,6	3224	20	0,6
Centre (sans Yaoundé)	18	0	0,0	667	7	1,1	685	7	1,0
Douala	1524	7	0,5	3451	50	1,5	4975	57	1,2
Est	656	22	3,4	1075	13	1,2	1731	35	2,0
Extrême-Nord	217	0	0,0	1837	40	2,2	2054	40	1,9
Littoral (sans Douala)	Na	na	na	1171	16	1,4	1171	16	1,4
Nord	72	2	2,8	1331	40	3,0	1403	42	3,0
Nord-Ouest	308	14	4,6	1581	11	0,7	1889	25	1,3
Ouest	48	3	6,3	1596	17	1,1	1644	20	1,2
Sud	Na	na	na	1251	9	0,7	1251	9	0,7
Sud-Ouest	339	13	3,8	840	51	6,1	1179	64	5,4
Yaoundé	1641	9	0,6	1685	18	1,1	3326	27	0,8
Ensemble	7121	84	1,2	17411	278	1,6	24532	362	1,5

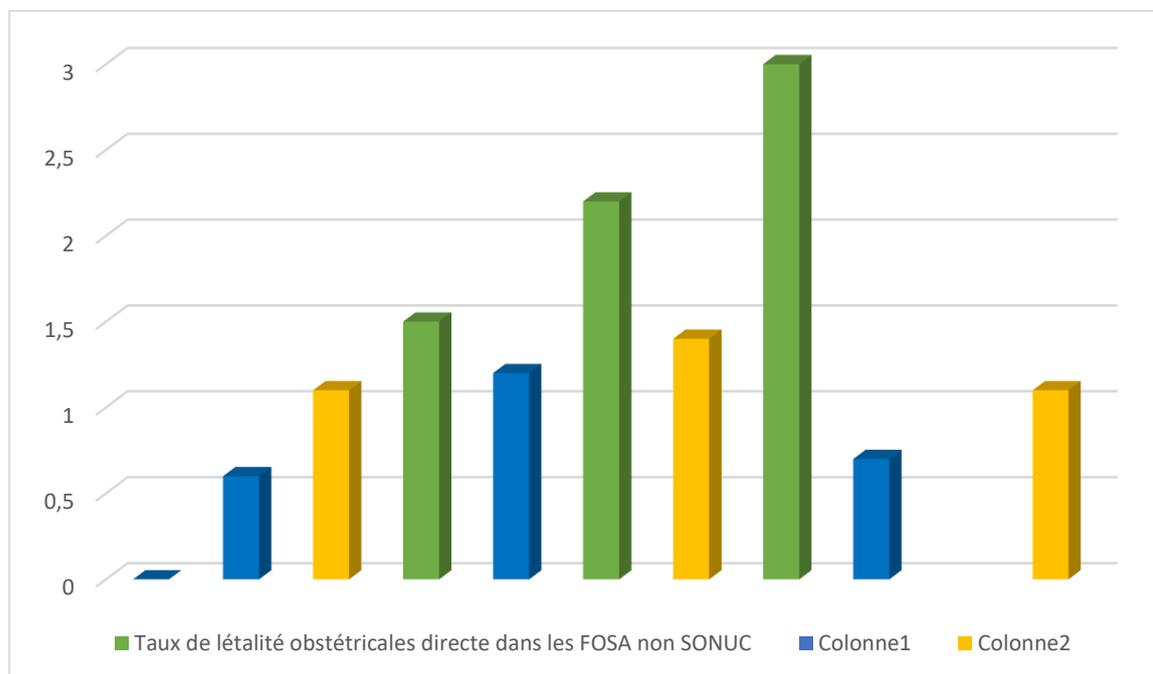
Source : Institut National de Statistiques, Enquête rapide d'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015, p.9.

c. Taux de létalité obstétricale due aux causes directes par type de complications

Le taux de létalité obstétricale ne peut être cerné que sous le prisme des données chiffrées, issues elles-mêmes d'enquêtes menées à différentes périodes, au sein de nombreuses Formations Sanitaires disposant de système de soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence. En effet, on constate aisément que le taux de létalité est plus élevé pour la rupture utérine

(6,1%), les hémorragies de l'ante-partum (3,9%), la pré-éclampsie sévère/ éclampsie (3,1%), les hémorragies du post-partum (2,7%) et l'infection sévère du post-partum (2,4%).

Graphique 3: Taux de létalité par cause directe dans les Formations Sanitaires enquêtées



Source : Institut National de Statistiques, Enquêtes rapide d'évaluation des besoins en soins obstétricaux..., pp.10-11.

Suivant les régions d'enquête, dans les Formations Sanitaires disposant du système Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, la rupture utérine est la complication la plus mortelle dans les régions du Nord, du Sud-Ouest, de l'Adamaoua et de l'Est, ainsi que dans la ville de Douala. L'hémorragie de l'ante-partum est plus mortelle dans la région de l'Extrême-Nord et la pré-éclampsie sévère / éclampsie dans la région du Sud-Ouest.

Tableau 8: Taux de létalité par région d'enquête suivant les types de complications obstétricales directes

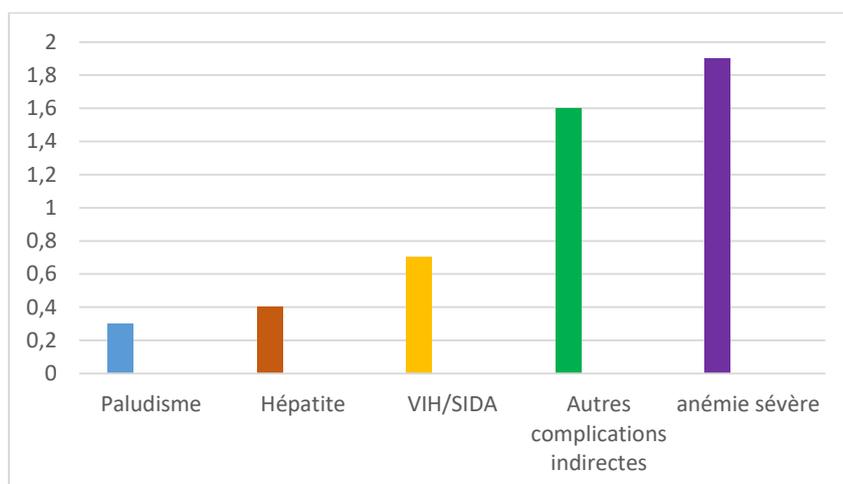
Caractéristiques de la FOSA	Type de complication obstétricale directe										
	Hémorragie de l'antépartum	Hémorragie du post-partum	Rétention du placenta	Travail prolongé / dystocie	Rupture utérine	Infection sévère du post-partum	Pré-éclampsie sévère / éclampsie	Complications de l'avortement	Grossesse extra-utérine	Autres causes directes	Taux de létalité obstétricale directe dans les FOSA SONU
Région d'enquête											
Adamaoua	4,8	1,8	2,3	0,0	10,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,1	0,6
Centre (sans Yaoundé)	00	1,6	0,0	0,0	3,1	0,0	1,8	1,8	0,0	1,9	1,0
Douala	3,9	2,9	0,0	0,4	11,3	0,0	0,9	2,1	1,1	0,2	1,2
Est	3,0	3,2	1,4	0,7	10,0	2,7	4,5	0,0	9,7	1,7	2,0
Extrême-Nord	31,5	1,3	0,0	0,0	0,0	6,9	2,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Littoral sans Douala)	1,6	2,3	0,0	1,2	7,7	0,0	0,0	6,4	2,2	0,7	1,4
Nord	8,3	1,6	3,9	0,4	24,2	3,2	6,8	1,1	0,0	0,4	2,9
Nord-Ouest	2,3	2,1	1,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	2,0	1,6	1,3
Ouest	1,4	2,7	0,0	0,2	5,3	4,2	2,4	4,8	3,8	0,4	1,2
Sud	0,0	2,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	00	2,9	0,0	0,7
Sud-Ouest	2,1	12,2	0,0	2,0	10,3	0,0	13,0	33,3	0,0	4,2	5,4
Yaoundé	0,5	2,6	2,4	0,5	1,9	6,6	1,4	0,0	0,8	0,1	0,8
Ensemble	3,9	2,7	0,9	0,4	6,1	2,4	3,1	1,0	1,3	0,5	1,5

Source : Institut National de Statistiques, Enquête rapide d'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015.

3) Taux de mortalité obstétricale due aux causes indirectes par type de complications

De manière générale, l'anémie sévère est la première cause indirecte de mortalité dans les Formations Sanitaires disposant de système de soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence potentielles. Le graphique ci-dessous donne certainement un aperçu sur le taux de létalité par cause indirecte dans les Formations Sanitaires enquêtées.

Graphique 4: Taux de létalité par cause indirecte dans les Formations Sanitaires enquêtées



Source : Institut National de Statistiques, Enquête rapide d'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015.

Le graphique est suffisamment révélateur de plusieurs choses. Premièrement, on constate que l'anémie sévère constitue la cause principale des décès maternels au sein des Formations Sanitaires enquêtées. Celle-ci est suivie de près par d'autres complications indirectes, lesquelles se situent à la barre de 1,6. Or, et en même temps, le VIH/SIDA, l'hépatite et le paludisme constituent les causes indirectes les plus bas, quant aux données chiffrées.

Il convient de rappeler, à la suite de l'organisation Mondiale de la Santé que les causes indirectes des décès maternels ne sont rien de moins que le résultat « *de maladies préexistantes ou de maladies qui se sont développées durant la grossesse et qui ne sont pas dues à des causes obstétricales directes, qui se sont aggravées par les effets physiologiques de la grossesse.* »⁷¹ Le taux de mortalité intra hospitalière liée aux causes indirectes est le rapport du nombre de décès maternels dus aux causes indirectes et du nombre total des décès maternels enregistrés dans les Formations Sanitaires. Il mesure l'efficacité des stratégies d'intégration des grandes endémies (le paludisme, le VIH/Sida et la tuberculose) dans les services de Santé de la Reproduction (SR). Il mesure également la qualité de prise en charge des causes indirectes des décès maternels.⁷²

La proportion des décès maternels due à des causes indirectes est de 9,8% dans l'ensemble des Formations Sanitaires enquêtées. Les décès maternels dus aux causes

⁷¹ Lignes directrices, Manuel révisé, 2009, cité dans MINSANTE, Cinquième programme de coopération Cameroun-UNFPA. Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux..., p.41.

⁷² MINSANTE, Cinquième programme de coopération ..., p.41.

indirectes surviennent majoritairement dans les Formations Sanitaires dépourvues de système de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence qui enregistrent 71,4% de décès maternels liés aux causes indirectes.

Dans l'ensemble des Formations Sanitaires disposant d'un système de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, on a enregistré 113 décès maternels dus aux complications obstétricales indirectes pour 580 décès maternels enregistrés, soit une proportion de décès maternels dus à des causes obstétricales indirectes de 19,5%. Cette proportion est de 18,2% dans les Formations Sanitaires disposant de système de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et de 19,9% dans les formations sanitaires disposant de ce système de prise en Charge.⁷³

III- CAPACITES D'OFFRE EN SOINS OBSTETRIC AUX ET NEONATALES

Cette section vise à apprécier la disponibilité des infrastructures et matériels des formations sanitaires. Elle présente l'offre des services en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence pratiqués par des Formations Sanitaires et autres fonctions essentielles. Ensuite, les informations sur la disponibilité temporelle des catégories de ressources humaines sont abordées dans cette partie ainsi que celles relatives aux médicaments, équipements et fournitures essentiels. Enfin, une description des prestations et administrations des services/soins des fonctions essentielles sera faite.

Il s'agit des unités ou salles telles que la salle de travail, la salle d'accouchement, la salle de suite de couches, le bloc opératoire, le laboratoire, et les autres infrastructures essentielles pour offrir les services en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (laboratoire et banque/dépôt de sang dans une salle, salle de consultation prénatale).

A- Salle de travail

L'enquête a révélé qu'au niveau national, parmi les 263 formations sanitaires de la 1^{ère} à la 4^e catégorie, 8 sur 10 (84%) disposent d'une salle de travail. Les résultats du tableau (8) montrent aussi que toutes les Formations Sanitaires de l'Adamaoua et de Yaoundé disposent d'une salle de travail. Par contre, le Sud est la région du pays dont le pourcentage des Formations Sanitaires disposant d'une salle de travail est la moins élevée, soit 66,7%. La plupart des Formations Sanitaires disposant de salle de travail appartiennent au secteur privé, plus précisément le privé confessionnel.⁷⁴

⁷³ MINSANTE, Soins obstétricaux et néonataux, p.66.

⁷⁴ *Ibid*, p. 68.

B- Salle d'accouchement

A la question de savoir si la Formation Sanitaire disposait d'une salle d'accouchement, l'enquête a révélé, comme l'indique le tableau (5) qu'au niveau national, 99,2% des Formations Sanitaires sont potentiellement outillées en soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence en sont dotées. Suivant la catégorie, toutes les Formations Sanitaires de la 1^{ère} à la 3^e catégorie disposent d'une salle d'accouchement. Le pourcentage des Formations Sanitaires de la 4^e catégorie disposant d'une salle d'accouchement est de 99,2%. Par ailleurs, toutes les Formations Sanitaires du secteur privé laïc ou confessionnel en disposent, contrairement à celles du secteur public 98,9%.⁷⁵

C- Salle de suite de couches

Pour ce qui est de la salle de suite de couches, on note que 93,2% des Formations Sanitaires outillées en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en sont dotées. Toutes les Formations Sanitaires enquêtées dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est et de l'Ouest disposent d'une salle de suite de couches. La région du Nord présente le pourcentage de Formations Sanitaires disposant de salle de suite de couches le plus faible (78,6%). Toutes les Formations Sanitaires de la 1^{ère} à la 3^e catégorie sont dotées d'une salle de suite de couches. Quant aux formations sanitaires de la 4^e catégorie (HD ou assimilés), 92,4% d'entre elles sont dépourvues d'une salle de suite de couches.⁷⁶

D- Bloc opératoire

S'agissant du bloc opératoire, seulement 89,4% des Formations Sanitaires disposant du système de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en disposent. La totalité de ces Formations Sanitaires, qui sont situées dans les régions d'enquête de l'Adamaoua, du Nord, du Littoral (sans Douala) et Nord-Ouest disposent d'un bloc opératoire. La région du Centre sans Yaoundé présente le pourcentage le plus faible des formateurs sanitaires, avec soins obstétricaux et Néonataux d'urgence disposant d'un bloc opératoire (72,4%). En ce qui concerne la catégorie de la formation sanitaire, et le secteur, on observe les mêmes tendances que celles relevées par les infrastructures précédentes.⁷⁷

E- Laboratoire et Salle de consultation prénatale

Dans l'ensemble, 93,9% de Formations Sanitaires avec système de soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont dotées d'un laboratoire. Le pourcentage le plus faible est enregistré

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*, pp.68-69.

dans les régions de l'Adamaoua et de l'Ouest (87,5%) et plus élevé dans les régions du Littoral (sans Douala), du Nord et de Yaoundé (100%).⁷⁸

Concernant les salles de consultation prénatale, sur les 263 formations sanitaires disposant du système de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, près de 226, soit 85,9% en disposent ce pourcentage est de 100% pour les formations sanitaires de la 1^{ère} à la 3^e catégorie.

Tableau 9: Pourcentage des formations sanitaires disposant des unités ou salles essentielles pour offrir les soins obstétricaux et néonataux, selon certaines caractéristiques

Caractéristiques de la FOSA	Unités ou salles essentielles pour offrir les services en Soins Obstétricaux et Néonataux											
	Salle de travail	Salle d'accouchement	Salle de suite de couches	Bloc opératoire	Unité de soins du nouveau-né	Coin du nouveau-né en salle d'accouchement	Coin Kangourou	Banque/dépôt de sang	Laboratoire	Laboratoire et banque / dépôt de sang dans une	Salle de consultation prénatale	Effectif
Région d'enquête												
Adamaoua	100,0	100,0	100,0	100,0	37,5	62,5	37,5	25,0	87,5	25,0	87,5	8
Centre (sans Yaoundé)	72,4	100,0	93,1	72,4	17,2	62,1	10,3	13,8	96,6	10,3	89,7	29
Douala	81,3	100,0	96,9	96,9	56,3	87,5	21,9	28,1	90,6	12,5	93,8	32
Est	94,4	100,0	100,0	88,9	50,1	88,9	16,8	27,8	94,4	5,7	83,4	18
Extrême-Nord	78,1	100,0	87,5	75,0	34,4	37,5	21,9	9,4	90,6	9,4	78,1	32
Littoral sans Douala)	83,3	100,0	94,4	100,0	55,6	77,8	27,8	11,1	100,0	11,1	77,8	18
Nord	100,0	100,0	78,6	100,0	21,4	42,9	7,1	14,3	100,0	7,1	85,7	14
Nord-Ouest	90,9	95,5	95,5	100,0	50,0	77,3	18,2	18,2	95,5	31,8	81,8	22
Ouest	84,4	100,0	100,0	90,6	40,6	78,1	15,6	12,5	87,5	9,4	93,8	32
Sud	66,7	91,7	91,7	91,7	58,3	66,7	25,0	16,7	91,7	8,3	66,7	12
Sud-Ouest	80,0	100,0	86,7	93,3	63,3	26,7	43,3	96,7	40,0	83,3		30
Yaoundé	100,0	100,0	93,8	81,3	50,0	81,3	25,0	31,3	100,0	6,3	100,0	16
Catégorie de la FOSA												
FOSA 1 ^{ère} et 2 ^e catégories	90,9	100,0	100,0	100,0	81,8	90,9	36,4	90,9	100,0	27,3	100,0	11
FOSA 3 ^e catégorie	100,0	100,0	100,0	100,0	92,9	85,7	42,9	57,1	100,0	14,3	100,0	14
FOSA 4 ^e (HD)	82,8	99,2	92,4	88,2	39,9	68,1	18,1	15,5	93,3	14,7	94,3	23

⁷⁸ Ibid.

ou assimilé)												
Secteur d'administration												
Public	81,4	98,9	94,0	86,3	38,8	64,5	18,6	19,1	93,4	10,9	80,5	25
Privé laïc/ONG	81,5	100,0	85,2	92,6	51,9	81,5	22,2	22,2	88,9	26,9	88,5	20
Privé confessionnel	94,3	100,0	94,3	98,1	60,4	83,0	24,5	26,4	89	25,9	89	22
Ensemble	84,0	99,2	93,2	89,4	44,5	70,0	20,2	20,9	82,3	5,2	85,3	28

Source : Institut National de Statistiques, Enquête rapide d'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Cameroun, 2015.

Ce tableau est révélateur sur la dimension foncièrement inégalitaire entre formations sanitaires enquêtés dans les Régions à l'échelle du territoire national camerounais. Aussi, concernant les formations sanitaires on constate un net équilibre, en dépit de quelques disparités au niveau quantitatif incluant notamment les salles de travail, d'accouchement, le bloc opératoire, les unités de soins du nouveau-né, les soins du nouveau-né en salle d'accouchement, les coins Kangourou, les Banques de dépôts de sang, les laboratoires, et les salles de consultation prénatale. Il apparaît que le public et le privé confessionnel occupent nettement la tête du peloton dans les différents secteurs évoqués. Certes, le privé laïc et les Organisations Non Gouvernementales ne sont pas en reste. Car, la disparité n'est pas large entre eux et ceux du public et privé confessionnel. Du reste, tous ces acteurs contribuent à n'en point douter, à améliorer la qualité et la quantité de l'offre sanitaire en matière d'équipements, d'infrastructures et de secteurs d'administration spécifiques.

Au demeurant, il était question dans le cadre de ce premier chapitre, de présenter et d'analyser le cadre général et les principales initiatives de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, avec à la clé les politiques sanitaires qui les sous-tendent. Au vu des données et informations recueillies, il apparaît que les initiatives de lutte reposent avant tout sur l'identification des besoins du secteur sanitaire. Ces besoins sont représentés par les ressources financières, les ressources humaines, les systèmes de financements extérieurs et les fondements opérationnels visant la promotion de la santé reproductive, maternelle et néonatale. Des données statistiques ont fourni des informations hautement pertinentes en ce qui concerne les équipements et les dispositifs logistiques et techniques des formations sanitaires ayant fait l'objet d'enquête.

CHAPITRE II : PRESENTATION GENERALE DE LA FONDATION CHANTAL BIYA

Le chapitre 1 a fourni une vue globale, mais néanmoins synthétique, des principales politiques sanitaires et de quelques palettes d'initiatives de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. Les faits ont aussi révélé que les pouvoirs publics camerounais semblent avoir compris l'enjeu de promotion de la santé dans ce domaine. A côté de cela, il est également important d'aborder, de questionner ce qu'il en est de la structure sanitaire qui constitue le principal centre d'intérêt de cette recherche, à savoir la Fondation Chantal Biya. Aussi, il sera question, essentiellement, de présenter l'institution dans son ensemble. C'est-à-dire de ressortir son historique, son organisation administrative, ses moyens d'action et enfin ses principales offres en matière de services sanitaires.

I- La Fondation Chantal Biya : historique, missions principales et structuration administrative

Dans le cadre de cette rubrique, il s'agira de mettre en exergue tout d'abord l'historique. Ensuite, l'intérêt sera porté sur la structuration proprement dite, c'est-à-dire la présentation des principaux responsables, le personnel et enfin les partenaires qui interviennent dans le fonctionnement de cette machine institutionnelle.

1. Historique, missions et structuration administrative

Après son mariage le 23 avril 1994 à Yaoundé, la désormais "Première Dame" du Cameroun choisit de s'engager résolument, dans la lutte contre la redoutable épidémie du VIH/SIDA, aux problèmes relatifs à la mortalité maternelle et néonatale, aux enfants malades ou en détresse, aux personnes sinistrées et aux femmes rurales.⁷⁹ Aussi, fondée sous la houlette de Madame Chantal Biya en 1994, ladite Fondation est une organisation non gouvernementale et non confessionnelle à but non lucratif et à caractère humanitaire. Elle fut reconnue d'utilité publique en 1999. Elle acquiert le statut consultatif spécial du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies en 2006.⁸⁰

Sous la supervision du Conseil de Fondation présidé par sa Présidente fondatrice, la Fondation Chantal Biya est animée par une équipe de volontaires sous la coordination d'un secrétaire Général assisté de deux adjoints et des responsables répartis dans six (06) sections

⁷⁹ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement pour le bien-être de l'Homme, 2020, p. 74.

⁸⁰ Centre Mère et Enfant, Rapport d'activités pour l'année 2018, Yaoundé, décembre 2018, p.4.

spécialisées : actions sociales et sports, santé et action SIDA, éducation et formation, gestion des dons, développement et coopération internationale, relations publiques et communication.⁸¹ Elle dispose de trois centres opérationnels : le *Children First Center* (CFC, 2002), le Centre Mère et Enfant (CME, 1999) et le Centre Médical de Meyomessala (CMM, 1998). Le Centre de Chirurgie endoscopique (CCE, 1998) est désormais érigé en formation sanitaire publique de référence : le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH).⁸²

Photo 4: Entrée principale de la Direction de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé



Source : Eléonor Ngoubi, le 28 mars 2023 à Yaoundé

La photo ci-dessus présente une vue principale et partielle du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé. A l'arrière-plan, on peut apercevoir un pan d'un des bâtiments de ladite institution. Bref, la présente photo constitue une preuve palpable de la place accordée à la santé Mère et Enfant dans l'agenda de la Fondation Chantal Biya.

En outre, la Fondation Chantal Biya s'est fixée un certain nombre d'objectifs fondamentaux à savoir :

- la prévention et le soulagement des souffrances humaines ;
- la protection, l'éducation et les actions sociales et sanitaires en faveur de la mère et de l'enfant ;

⁸¹ Centre Mère et Enfant, *Rapport d'activités...*, p.4.

⁸² *Ibid.*

- l'assistance aux malades démunis ;
- l'assistance et l'encadrement des enfants abandonnés ;
- l'assistance aux personnes âgées ;
- la lutte contre la pauvreté et la misère ;
- la protection de la famille ;
- l'assistance en matériels et en médicaments aux hôpitaux et centres de santé nécessaires.⁸³

Pour plus d'éclaircissements, et de manière synthétique, les objectifs de cette institution l'articulent autour de la santé, le social, l'économie, l'éducation et le sport. A moyen et à longs termes, ladite Fondation s'est donnée pour missions à atteindre :

- 1- La consolidation des actions déjà menées pour en améliorer les résultats et les performances ;
- 2- l'intensification de la recherche des financements ;
- 3- la création d'autres centres de santé dans d'autres régions du Cameroun ;
- 4- la construction d'un centre social moderne avec salles de jeux, orphelinat et salles de classe ;
- 5- l'intensification de la participation de la Fondation à la lutte contre certaines pandémies et maladies endémiques au Cameroun ;
- 6- l'élargissement des activités de la Fondation Chantal Biya sur toute l'étendue du territoire ;
- 7- l'institution au Cameroun d'un grand prix Chantal Biya destiné aux meilleures élèves filles dans les matières scientifiques ;
- 8- l'assistance en matériels et équipements médicaux à certaines collectivités locales ;
- 9- la contribution à une assurance maladie pour les indigents et les plus démunis ;
- 10- la mise en place d'un ensemble de téléconsultations, télé-soins médico-chirurgicaux et téléformation médicale continue en réseau dans les centres de santé et l'hôpital pour la mère et l'enfant ;⁸⁴
- 11- la mise en place d'un hôpital de jour comprenant des consultations de spécialistes et sous-spécialistes, avec en particulier une aile chirurgicale de jour ;
- 12- Un projet englobant des activités à l'éducation et à la culture pour les enfants malades hospitalisés et pour les abandonnés ;

⁸³ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement..., p.6.

⁸⁴ *Ibid*, p.8.

13- la remise à niveau des plateaux techniques disponibles au Centre Mère et Enfant par un investissement dans la rénovation de services prioritaires : le service des Urgences, le Service des Consultations Externes, le Service de Réanimation Polyvalente ;⁸⁵

14- le plateau technique moderne actuel devra à court ou à moyen terme être bâti et enrichi des Services tels que : les Services d'Hémo-oncologie, des Urgences, Soins intensifs et de la lutte contre le VIH/SIDA ;

15- la formation des personnels pour des performances du plus haut niveau, dans ces unités ;

16- l'équipement des Services ainsi modernisés.⁸⁶

Il convient de rappeler que la nouvelle équipe dirigeante de la Fondation Chantal Biya a adopté, depuis 2005, un plan d'urgence dont les principaux objectifs consistent à :

- l'optimisation de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles, etc. ;
- la rationalisation du fonctionnement pour plus d'efficacité, d'efficience et de transparence ;
- le renforcement de l'intégrité et du bilinguisme ;
- l'individualisation des Centres, conformément aux statuts et au règlement intérieur ;
- l'élaboration du plan stratégique pour la période 2006-2010 et au-delà ;
- le développement de la coopération selon les orientations stratégiques ;
- l'adoption d'une stratégie de communication conforme aux valeurs de la Fondation ;
- l'intensification de l'assistance aux populations vulnérables ;⁸⁷

L'organisation

Comme toute institution humaine digne de nom, la Fondation Chantal Biya est clairement structurée. Ainsi, elle regroupe l'Assemblée générale, le Conseil de la Fondation, le Bureau du Conseil, les centres et enfin les Antennes.

1- L'Assemblée Générale et le Conseil de la Fondation

L'Assemblée Générale est l'organe suprême de délibération et de décision de la Fondation. Elle se réunit une fois tous les deux ans sur convocation de la Présidente Fondatrice. En ce qui concerne le Conseil de la Fondation, il s'agit de l'organe de régulation et de contrôle permanent de la gestion des décisions de la Fondation. Tout cet organe

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Ibid.*, pp.8-9.

⁸⁷ Centre Mère & Enfant, Rapport d'activités pour l'année 2018, Yaoundé, décembre 2018, p.6.

comprend 15 membres qui sont des membres de droit, ou des membres désignés.⁸⁸ À la Fondation.

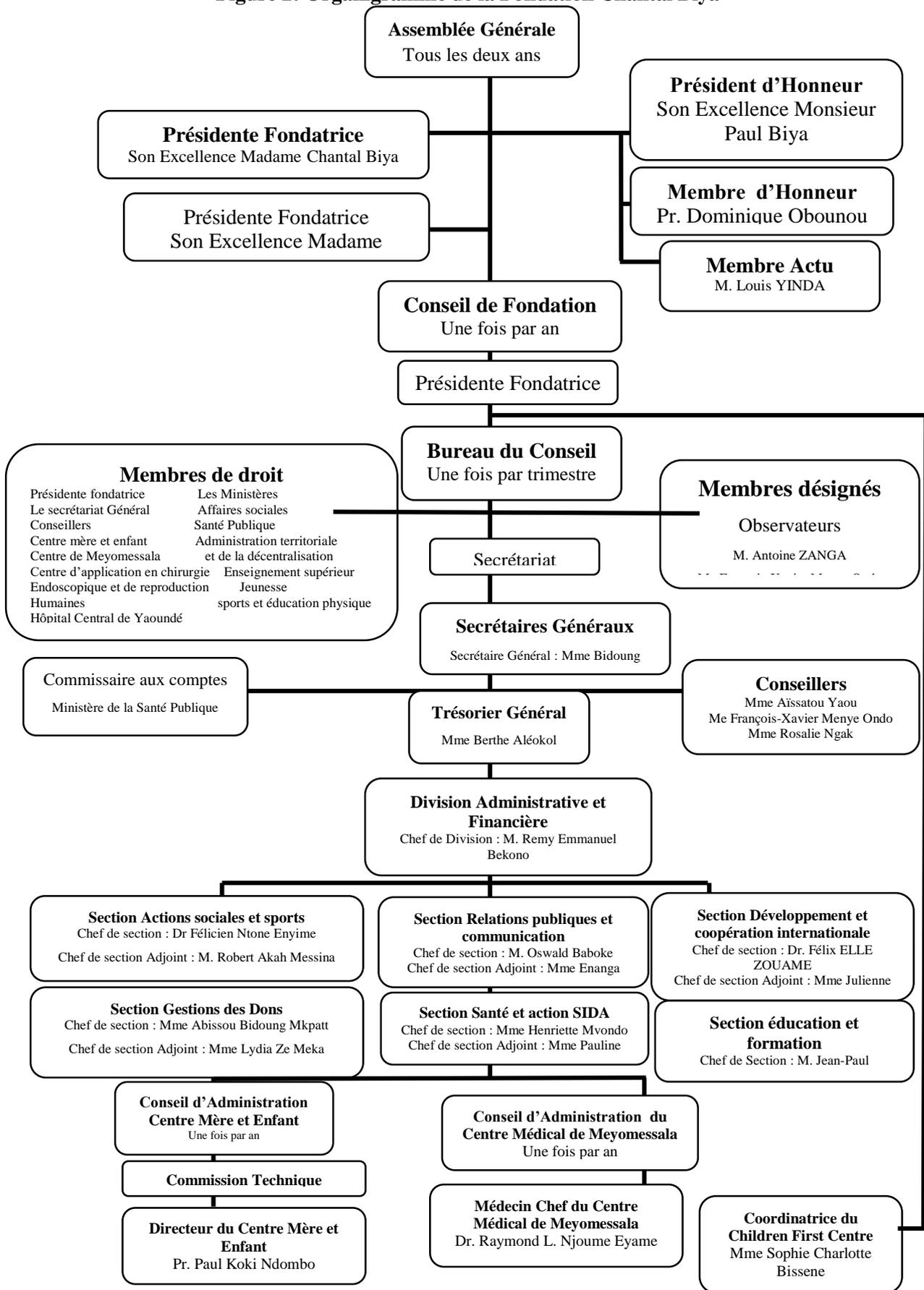
2- Le Bureau du Conseil

C'est un organe de la Fondation Chantal Biya. Il est chargé de l'administration, de la gestion et de la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée Générale. Il peut faire des propositions sur des orientations à donner à la Fondation. Le Bureau du Conseil comprend notamment la Division administrative, la Division financière, et les actions spécialisées. Il est par ailleurs présidé par la Présidente Fondatrice et animé par le Secrétariat Général.⁸⁹ L'organigramme ci-après donne un aperçu plus précis de la structuration de la Fondation Chantal Biya.

⁸⁸ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans ..., p.7.

⁸⁹ *Ibid.*

Figure 2: Organigramme de la Fondation Chantal Biya



Source : Fondation Chantal Biya, (1994-2020). 26 ans d'engagement..., p.82.

Une claire observation de ce schéma éclaire tout observateur attentif. En fait, il nous permet d'avoir une idée plus précise, plus détaillée et plus nette de la manière avec laquelle la Fondation Chantal Biya est structurée. On constate que sa structuration est pyramidale et hiérarchisée. Au sommet se positionne l'Assemblée Générale, suivie du Conseil de Fondation, du Bureau du Conseil et du Secrétariat Général. Le Secrétariat Général, regroupe deux secrétaires généraux, puis survient la Trésorerie Générale, avec la Division administrative et financière, la Section des Relations publiques et de la Communication. Tout cela inclut d'autres sections avec leurs sous-organisations et leurs attributions bien précises.

Il convient de relever que la Fondation Chantal Biya a en son sein des membres bienfaiteurs qui, jusqu'en 2020 étaient représentés par le général Remi Simonet, Nassar Bouhadir, et André Giacomoni. Quant aux Membres de Droit, ils regroupent la Présidente Fondatrice, le Secrétariat Général, des Conseillers, le Centre Mère et Enfant, le Centre de Meyomessala, le Centre d'Application en chirurgie endoscopie et de Reproduction Humaines, l'Hôpital Central de Yaoundé.⁹⁰ D'autres Membres de Droit incluent les ministères à savoir : le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Administration Territoriale, et de la Décentralisation, le Ministère, de l'Enseignement Supérieur, le Ministère de la Jeunesse et le Ministère des Sports et de l'Education Physique. La Section Actions Sociales et Sports a à sa tête un chef de section, un chef de Section adjoint et un autre chef de section et deux chefs de Section adjoint.⁹¹

D'autre part, nous ne pourrions manquer de mentionner le poste de Président d'Honneur, de Membre d'Honneur, de Membre Actif, de Membre désignés. Les Membres Désignés regroupant essentiellement des observateurs, lesquels sont au nombre de 03. A cela il faudrait relever la Section Développement et coopération Internationale. Cette section comprend un chef de Section et deux chefs de Section Adjoint. La Section Education et Formation a à sa tête un chef de section et un chef de section adjoint.⁹² Il est maintenant question d'analyser ce qu'il en est des principales structures qui animent le système de fonctionnement de la Fondation Chantal Biya.

⁹⁰ Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya, Synthèse annuelle des données managériales des activités du CME/FCB, année 2020, p.3.

⁹¹ Fondation Chantal Biya, Rapport d'activités 2019, Synopsis VIP, 2020, p.9

⁹² *Ibid*, pp.9-10.

II- PATRIMOINE SANITAIRE ET INSTITUTIONNEL DE LA FONDATION CHANTAL BIYA

L'organigramme et la présentation générale des acteurs institutionnels ont certainement donné une idée générale de la structuration de la Fondation Chantal Biya. Toutefois, dans cette partie de notre investigation, l'objectif consiste à mettre en lumière les moyens structurels et institutionnels d'action que ladite fondation a conçue pour se déployer en matière sanitaire. Dans cette optique, il s'agira essentiellement de présenter des acteurs institutionnels tels que le Centre Médical de Meyomessala, le Centre Mère et Enfant et enfin le *Children First Center*.

Photo 5: Un des pavillons central de la FCB à Yaoundé



Source : Eleanor Ngoubi, le 28 mars 2023 à Yaoundé.

Cette photo est une vue partielle de l'un des nombreux pavillons sanitaires que compte la Fondation Chantal Biya. On voit sur l'image un bâtiment haut de deux étages, d'ailleurs de

grandes dimensions. Au rez de chaussée, on peut voir quelques membres du personnel médical s'entretenant avec des usagers et sans doute des patientes venues pour diverses raisons.

A. Le Centre Médical de Meyomessala

Le Centre Médical de Meyomessala fut créé le 18 avril 1998. C'est une formation sanitaire située dans la Région du Sud, dans la ville dont ledit centre porte d'ailleurs le nom. Le centre en question se détermine notamment par ses activités, son animation, sa structuration, sa capacité d'accueil.⁹³

Il est dirigé par un Médecin chef, lui-même assisté dans sa fonction par quatre autres médecins. En 2021, Docteur Njoume Eyame Raymond Léopold, y officie comme Directeur du centre. A sa suite, il est assisté par le Docteur Beti Fils Bernard, qui occupe le poste de chef de service santé du District de Meyomessala. En dessous de ces deux premiers, il y a trois autres médecins qui les assistent directement dans leurs fonctions au sein de cette institution. Actuellement, il s'agit des docteurs Pengou Nguiffo Achille, Pointeu Jean, et enfin Yonta Lambert. La structuration sanitaire du Centre Médical de la Fondation Chantal Biya de Meyomessala se présente comme suit :

17- Cabinet dentaire

18- Laboratoire

19- Pharmacie et parapharmacie

20- Salles d'hospitalisation, capacité d'accueil : 25 lits

21- Boxes de consultation (02)

22- Salle d'électro-cardiogramme et d'échographie

23- Salle d'accouchement (01)

24- Salle de néonatalogie (01), équipée de 02 couveuses dont une à photothérapie

25- Toilettes externes

26- Ambulance (01)

27- Unité de prise en charge des PVVIHS

28- 05 antennes du Centre Médical de la Fondation Chantal Biya de Meyomessala à SUDCAM, fruit du partenariat Fondation Chantal Biya/Sud Cameroun Hevea S.A. (04 centres de santé at 01hôpital central).⁹⁴

⁹³ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement..., p. 83.

⁹⁴ *Ibid*, p.26.

En ce qui concerne les objectifs, ils s'articulent autour d'une stratégie fixe et d'une stratégie avancée. Le volet de la Stratégie fixe comporte entre autres les soins curatifs et permanents, dont la vaccination, l'entretien des équipements spécialisés, les ressources humaines, l'Unité de Prise en charge des PVVIHS.⁹⁵ Quant à la Stratégie Avancée, elle se fixe de manière opérationnelle à proposer des campagnes d'opération, de consultations et de dépistages des pathologies diverses, dont l'horizon (ou le cap) fut fixé à 2016. Dans le cadre de son action, le Centre Médical de Meyomessala dispose de nombreuses équipes médicales mobiles. Ces équipes sillonnent les villages, les zones reculées ou enclavées afin de rapprocher les soins de santé primaire ou d'urgence des populations nécessiteuses. Cela s'articule dans la vision de la Stratégie avancée de la Fondation Chantal Biya.⁹⁶

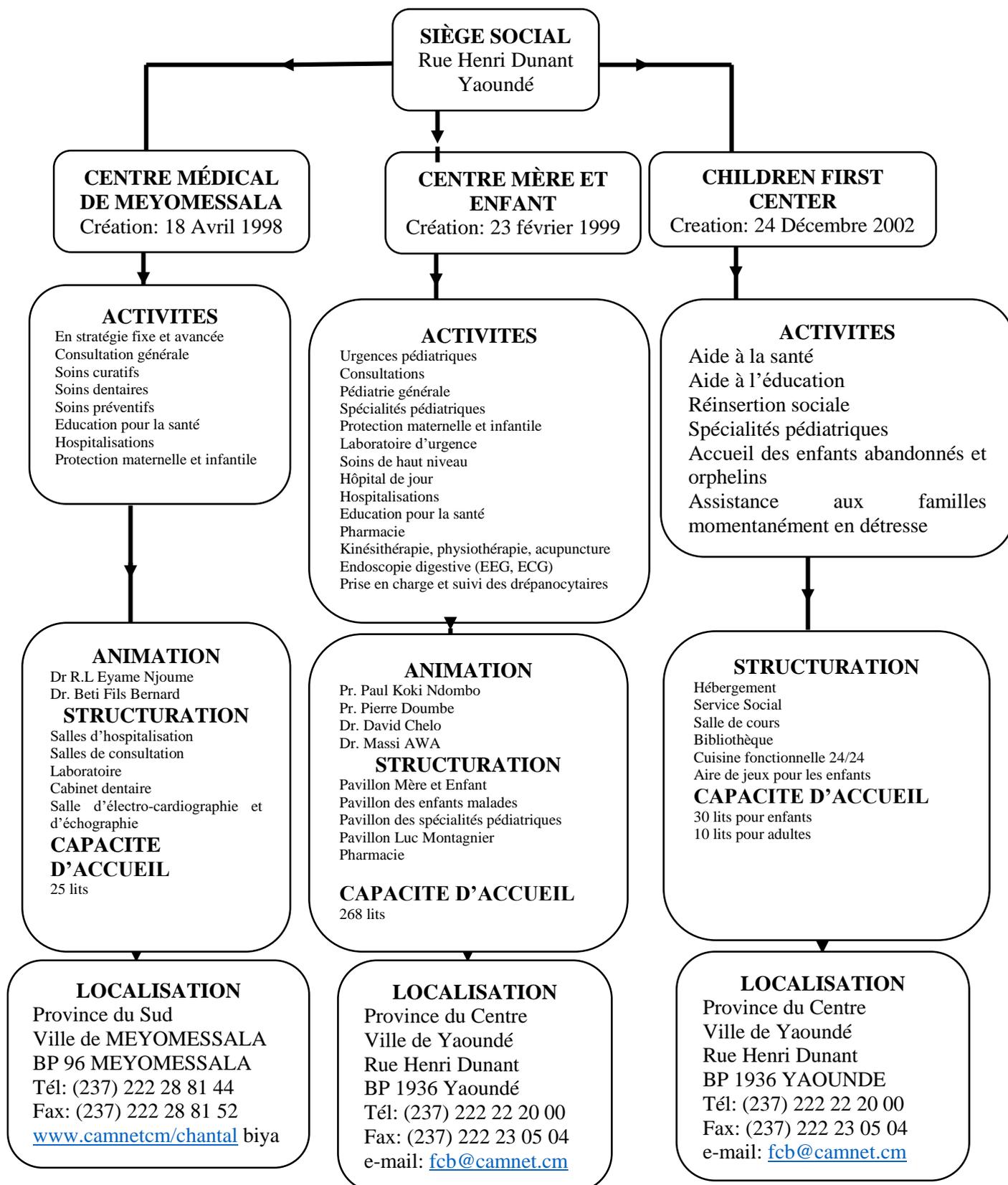
Dans la Stratégie Avancée, il est prévu la prodigation des soins curatifs et préventifs de proximité, la médecine du travail, les campagnes de vaccination, les conseils prénataux et Néonataux et l'accompagnement dans les phases d'accouchement, les hospitalisations de durée courte ou moyenne, la disponibilité des ambulances, l'organisation des causeries éducatives, les formations et les recyclages des pairs éducateurs sur la prévention du VIH/SIDA en milieu socio-professionnel, les initiatives de formation dans les domaines de soins d'urgence en réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation, et sur l'utilisation des défibrillateurs semi-automatiques.⁹⁷

⁹⁵ *Ibid.* p.31

⁹⁶ *Ibid.* p.31.

⁹⁷ *Ibid.* p. 31.

Figure 3: STRUCTURE DE LA FONDATION



B. Le Centre Mère et Enfant et ses différents Services

Il fut créé le 23 février 1999. C'est un établissement hospitalier essentiellement spécialisé dans la santé de la mère et de l'enfant et dans la prise en charge des malades indigents. De façon générale, cette formation sanitaire dispose d'une unité de formation et de recherches universitaires, des services de Néonatalogie, Néphrologie, Infectiologie, Drépanocytose, Neurologie, Cardiologie, Endocrinologie et diabète de l'enfant, une unité d'hématologie et des laboratoires pour différents types de diagnostics. Il est également un centre-pilote d'Oncologie pédiatrique pour le traitement des cancers de l'enfant.⁹⁸ Il serait important de présenter, un peu plus en détails les domaines socio-sanitaires qui déterminent le mode de fonctionnement opérationnel du Centre Mère et Enfant de Yaoundé.

Photo 6: Entrée principale du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya



Source : Eleanor Ngoubi, le 28 mars 2023 à Yaoundé

1. L'Unité de jour pédiatrique, la Rééducation, physio-kinésithérapie, réhabilitation psychomotrice et Service de Néonatalogie (Enfants à terme)

Les objectifs de l'Unité de jour pédiatrique partent sur : la prise en charge de la cohorte d'enfants et d'adolescents vivant avec le VIH, le soutien psychologique, nutritionnel, social, aux familles de la cohorte, le soutien et l'encadrement des adolescents vivant avec le VIH, la

⁹⁸ *Ibid*, p. 28.

formation des personnels et des parents, centre de référence pour les Programmes de Ministère de la Santé Publique. Le volet de la Rééducation, physio-kinésithérapie et de la réhabilitation psychomotrice vise à promouvoir l'intensification de consultations de pédopsychologie, la prise en charge quotidienne et en ambulatoire des troubles moteurs et psychomoteurs de l'enfant, l'apport d'un soutien quotidien aux familles d'enfants atteints de perturbations psychomotrices ou de malaises rares. Ce Service prévoit et promeut également une mise à disposition de rééducation des motricités grosse et fine, et des acquisitions psychomotrices en général et enfin un entraînement à la socialisation.⁹⁹

Le service de Néonatalogie pour enfants à terme a pour missions essentielles : l'accueil et les soins aux nouveau-nés malades, le traitement des infections néonatales, des asphyxies néonatales, les détresses respiratoires et de toutes les affections du nouveau-né, la promotion du service national de référence pour le traitement des malformations congénitales : spina bifida, fentes labiales, occlusions néonatales, ambiguïtés sexuelles, malformations orthopédiques, atrésies de l'œsophage, atrésie des voies biliaires, etc. sans oublier la formation des personnels des hôpitaux régionaux aux meilleures pratiques en néonatalogie.¹⁰⁰

2. Le Service des nouveau-nés de faible poids, le service de cardiologie et de Pneumologie, le service des maladies digestives et de nutrition et le service de la Drépanocytose

Le Service des nouveau-nés s'occupe de l'accueil, des soins, de la prise en charge des nouveau-nés prématurés ou de faible poids (c'est-à-dire moins de 2500g ou moins de 1500g). il promeut le traitement des complications de la prématurité et du faible poids, l'élevage en couveuse ou par la méthode Kangourou, le soutien aux mères et familles vulnérables pour la meilleure prise en charge des prématurés avant et après la sortie d'hôpital.¹⁰¹

S'agissant du service de cardiologie et de pneumologie, il s'occupe notamment des consultations externes, de diagnostic et de suivi des affections cardiaques de l'enfant, de l'expertise nationale pour les cardiopathies congénitales, du traitement en hospitalisations des formes compliquées des cardiopathies de l'enfant, la formation du personnel aux bonnes pratiques en cardiologie et pneumologie pédiatrique.¹⁰²

⁹⁹ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement ..., p. 30.

¹⁰⁰ *Ibid*, p. 30.

¹⁰¹ *Ibid*, p. 30.

¹⁰² *Ibid*, p.32.

Photo 7: Une vue partielle du Service Pharmacie de la FCB



Source : Eleanor Ngoubi, le 26 mai 2023 à Yaoundé

Le service des Maladies digestives et de la Nutrition met à la disposition des usagers ou des patients, une consultation quotidienne en gastro-entérologie pédiatrique, des sessions hebdomadaires d'éducation à la nutrition à base d'ingrédients locaux, une session d'éducation quotidienne des familles d'enfants malnutris, en prélude au retour en communauté, des sessions quotidiennes de formation au diagnostic, à la prise en charge et à la prévention de la malnutrition aigüe sévère et des carences en nutriments.¹⁰³

En ce qui concerne le Service de lutte contre la Drépanocytose, il propose des consultations externes en continu pour enfants drépanocytaires, une consultation d'expert hebdomadaire pour le suivi et la prévention des complications de la drépanocytose, des soins en hospitalisation aux enfants drépanocytaires en crise, la tenue d'une assemblée hebdomadaire des familles ayant des enfants drépanocytaires, pour la communication, la prévention et enfin le soutien moral.¹⁰⁴

c. Le service des maladies endocriniennes, du diabète, des maladies de la croissance, le service de Néphrologie, le Service de Neurologie et le service d'Hématologie-Oncologie

Le Service de Néphrologie s'occupe, au sein de cette institution, de l'organisation des consultations externes des néphropathies de l'enfant, le traitement en hospitalisation des

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ *Ibid.*

syndromes néphrotiques et des glomérulonéphrites aiguës de l'enfant, le suivi d'une cohorte d'enfant atteint de maladies rénales, l'éducation des familles à la surveillance à domicile de ces enfants. Le service de Neuroplogique inclut l'admission transitoire des atteintes neurologiques diverses, motrices ou complexes, travaille au relais préopératoire pour les malformations opérables du système nerveux central, effectue des explorations neurologiques et le suivi des affections chroniques du système nerveux, sans oublier la prise en charge des enfants atteints de maladies rares.¹⁰⁵

En parlant du Service d'Hématologie-Oncologie, il prend en charge des enfants atteints de cancer et ceux victimes d'affections hématologiques, du traitement et du suivi des tumeurs malignes de l'enfant. Il fournit une éducation communautaire au dépistage précoce de tumeurs de l'enfant et enfin, à la formation continue des personnels en service.¹⁰⁶

3. Le Service des Maladies Infectieuses de l'Enfant, le Service des soins Périnataux aux Mères, le Service des vaccinations et le Service du laboratoire

En effet, le service des Maladies Infectieuses de l'Enfant s'occupe du diagnostic et de la prise en charge des infections bactériennes, virales et fongiques graves de l'enfant, assure le leadership pour le contrôle des épidémies à Yaoundé et dans le pays, des consultations externes et du suivi des patients. Aussi, le service des Soins Périnataux aux Mères organise des séances régulières de consultations prénatales, de la préparation à l'accouchement et de la lutte contre la mortalité maternelle, de la lutte contre la transmission du VIH de la mère au fœtus, du planning familial, des consultations gynécologiques en ambulatoire et du soutien psychologique aux adolescents vivant avec le VIH.¹⁰⁷

Le service des vaccinations, comme l'indique son nom, organise des vaccinations gratuites des nouveau-nés et des jeunes enfants, selon le Programme Elargi de Vaccination (PEV), de la vaccination par des antigènes recommandés au nourrisson et à l'enfant en dehors du PEV, de l'éducation des mères sur la vaccination et la prise en charge des jeunes enfants, de la participation à la lutte contre les épidémies et à la veille épidémiologique du Centre Mère et Enfant.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement ..., p. 30.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*, pp. 33-34.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 34.

Quant au Service du laboratoire, il travaille au soutien biologique de l'activité clinique, se présente comme une sentinelle contre les diarrhées, les méningites bactériennes et constitue un site de référence pour les pneumonies bactériennes et la tuberculose.¹⁰⁹

4. Le Service de Radiologie et de l'Unité de Jour pédiatrique

Le travail du Service de Radiologie porte sur le redémarrage du service après une longue période d'interruption pour mise à jour et réparations. Quant à l'Unité de jour pédiatrique, elle propose des consultations externes des enfants et des familles vivant avec le VIH, de la fourniture des ARV à ces enfants et à leurs familles, du soutien psychologique, nutritionnel et social aux enfants vivant avec le VIH et à leurs familles, de l'activité de relais communautaire pour augmenter l'adhérence au suivi et au traitement, des consultations spécialisées, du dépistage des complications et des échecs thérapeutiques, de l'éducation thérapeutique au bénéfice des familles, du soutien et de l'encadrement des adolescents vivant avec le VIH.¹¹⁰ Le CMF dispose de 268 lits.

5. Le Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine de Yaoundé (CHRACERH) et *Child First Center*

Cette formation hospitalière a été créée le 06 mars 1998. En 2020, elle disposait de 30 lits. En effet, ledit centre travaille essentiellement dans la chirurgie Endoscopique, la procréation médicalement assistée, et les activités de formation en endoscopie et reproduction humaine, la sénologie (cancer du sein), la prise en charge des grossesses à haut risque, diagnostic anténatal.¹¹¹ Depuis le 13 octobre 2011, ce centre a été érigé par le président de la république du Cameroun en Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine, établissement public administratif de type particulier.¹¹²

Le *Children First Center* de Yaoundé fut créé le 24 décembre 2002. C'est un orphelinat de 48 lits pour enfants et 10 lits pour adultes. Les missions principales du *Children First Center* sont : l'accueil des enfants abandonnés et orphelins, l'assistance aux familles en détresse, l'aide à la santé, l'aide à l'éducation, la réinsertion sociale, et l'offre de différentes spécialités pédiatriques.¹¹³

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement pour le bien-être..., p.34.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 69.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*, p.70.

Photo 8:Vue interne et partielle de la salle de documentation de la FCB



Source : Eleanor Ngoubi, le 27 mai 2023 à Yaoundé

D. La Fondation Chantal Biya et ses partenaires

Comme toute organisation moderne, la Fondation Chantal Biya a de nombreux partenaires. Ces partenaires sont publics, privés, bilatéraux et même multilatéraux. Parmi les partenaires publics, on peut entre-autres citer : le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère de la Jeunesse, le Ministère des Sports et de l'Education Physique. Néanmoins, il serait trop fastidieux de développer, point par point, aspect par aspect, comment se déploie le partenariat entre la Fondation Chantal Biya et ces acteurs étatiques institutionnels. C'est pourquoi, nous nous appesantirons sur quelques cas de partenariats endogènes extérieurs de ladite Fondation.

Photo 9: La première dame lors d'une cérémonie de remise de cadeaux aux enfants



Source : Archives du centre de documentation de la FCB, consulté le 26 mai 2023.

1. Le cas du partenariat Japon et de la Fondation Chantal Biya

La Fondation Chantal Biya dans sa dynamique d'action a mis en avant, depuis sa création et ensuite sa reconnaissance comme institution hospitalière d'utilité publique, l'enjeu de se créer des partenaires locaux ou extérieurs. Le cas avec le Japon, certes en 2019, constitue un cas d'école. En effet, il faut souligner que la conclusion de partenariats importants, concrétisés en quelques mois par des formations pour le personnel et d'équipements de soins a constitué une véritable aubaine. En font partie, le contrat de don avec l'ambassade du Japon qui a donné au Centre Mère et Enfant des équipements pour une valeur de 50 000 000 FCFA ; le projet TB qui octroie à cette formation sanitaire un appareil de radiologie mobile et digital.¹¹⁴

A cela il faudrait mentionner le contrat de don japonais pour le projet de la survie du nouveau-né au Centre Mère et Enfant de Yaoundé. Ce contrat de don japonais est censé avoir 5000 bénéficiaires au minimum, soit tous les nouveau-nés admis, c'est-à-dire que 1500 nouveau-nés par an à 2100, soit une augmentation de 40% et une autre augmentation nette de 3000 nouveau-nés reçus en consultations externes. Il aura au finish 6000 bénéficiaires indirects, soit tous les enfants reçus au Centre Mère et Enfant par an, bénéfice venant de l'amélioration du laboratoire.¹¹⁵ C'est par conséquent un effet multiplicateur certain, lié à la nature et à l'utilisation des équipements souhaités.

Dans le même ordre d'idées, ce don japonais vise à augmenter la capacité d'accueil des nouveau-nés par l'augmentation du nombre de couveuses. Il est censé améliorer les capacités

¹¹⁴ Fondation Chantal Biya, Rapport d'activités 2019. Synopsis VIP, p. 9.

¹¹⁵ *Ibid.*, 9-10.

diagnostiques pour les principales situations d'urgence et en particulier les urgences métaboliques et hématologiques du nouveau-né, par l'équipement adéquat du laboratoire d'Hématologie et de Biochimie. En outre, il est appelé à réduire de manière considérable la morbidité des nouveau-nés par l'équipement des services de nouveau-nés de tunnel de photothérapie, ainsi que par la mise à disposition d'un automate permettant une large gamme de dépistages néonataux.¹¹⁶

2. Les cas du partenariat entre le Centre Mère et Enfant et les équipes de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Central de Yaoundé, de l'Hôpital Gyneco-Obstétrique et pédiatrique et de la coopération entre le Ministère des Postes et Télécommunication et le Centre Mère et Enfant de Yaoundé

La collaboration entre le Centre Mère et Enfant et l'Hôpital Central de Yaoundé est très ancienne. Elle remonte au lendemain de la création même de la Fondation Chantal Biya et du Centre Mère et Enfant de Yaoundé. La coopération s'est néanmoins accentuée au début des années 2000 et connaît une évolution relativement dynamique et régulière. Elle porte sur les expertises mutuelles, la gestion du matériel logistico-médical, les campagnes sanitaires de sensibilisation, les campagnes mutuelles de vaccination pour les nouveau-nés, les éducations à la santé maternelle et néonatale, etc.¹¹⁷

En effet, la coopération entre le Centre Mère et Enfant et les équipes de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Central de Yaoundé s'est davantage accrue en 2021, comme l'ont révélé les travaux du Congrès conjoint de la Société camerounaise de Chirurgie Pédiatrique et de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique, tenu les 4 et 5 novembre 2021 à Yaoundé. Ses succès nombreux malgré l'indigence et les plateaux techniques incomplets sont remarquables.¹¹⁸

Dans le second cas de partenariat, il convient de relever que le Ministère des Postes et Télécommunications a poursuivi l'installation d'un centre de télémédecine au Centre Mère et Enfant en 2021. Ce centre de télémédecine, évidemment, fait faire un important saut qualitatif (la borne va de 1994 à 2020) aux soins cliniques au sein du Centre Mère et Enfant, mais offre aussi l'expertise du Centre Mère et Enfant au pays tout entier. En même temps, cette expertise multiplie les opportunités de formation continue et de téléconsultation pour le personnel du Centre Mère et Enfant. Les opportunités de formation continue et de téléconsultation pour le personnel du Centre Mère et Enfant.¹¹⁹

¹¹⁶ *Ibid*, p.10.

¹¹⁷ Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya, Synthèse annuelle des données managériales des activités du Centre Mère et Enfant /Fondation Chantal Biya, année 2020, p.6.

¹¹⁸ *Ibid*.

¹¹⁹ *Ibid*.

CHAPITRE III : LES ACTIONS ET LES REALISATIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA EN MATIERE DE PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE

Comme toute organisation humaine, la Fondation Chantal Biya s'est fixée des objectifs précis à atteindre. Elle a ainsi conçu un agenda d'actions et de réalisations visant à promouvoir la santé, l'humanitaire et le bien-être, tout en allégeant les peines et les souffrances. Pour y parvenir progressivement, il est apparu urgent de se doter d'un ensemble de moyens, de ressources et de compétences, afin de passer des paroles et des discours aux actions concrètes. Ce qui est davantage significatif, c'est le fait que la promotion de la santé maternelle, en l'occurrence son volet reproductif, et néonatal a été inscrite comme priorité. Il sera par conséquent question, dans le cadre de ce chapitre, de proposer une esquisse des actions impulsées par la Fondation Chantal Biya et ses structures connexes, dans les domaines liés à la santé maternelle et infanto-juvénile. Le présent chapitre sera articulé sur trois principaux axes d'analyse : le premier consistera à rappeler le cadre général des actions de la Fondation Chantal, le second mettra en exergue les actions de sensibilisation et l'apport des partenariats et le dernier axe analysera la question des services sanitaires et obstétricaux au bénéfice des mères et des nouveau-nés et des enfants en bas âge.

I- RAPPEL DU CADRE GENERAL DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA

Dans l'optique de mieux cerner les contours de cette rubrique, il semble judicieux d'effectuer un modeste regard panoramique sur le cadre général des actions de la Fondation Chantal Biya. L'objectif consiste essentiellement, non pas à revenir de façon détaillée sur les articulations de cet aspect mais de pouvoir disposer d'éléments basiques pour une compréhension de ce qui sera analysé par la suite.

A. L'action sanitaire

Selon Descartes Franky Mbakop, les années 1994 furent caractérisées par un marasme socio-économique au Cameroun. Cette situation d'ensemble, qui affecta le pays dans tous les

secteurs de la vie collective, engendra de graves et fâcheuses conséquences sur la politique nationale de santé publique, laquelle, évidemment connaissait de nombreuses insuffisances.¹²⁰

La quête sans cesse permanente de cet équilibre psycho-somatique justifie l'existence même de l'Organisation Mondiale de la Santé, organisme à vocation universelle voué à la lutte contre les endémo-épidémies et la promotion des normes de santé. D'ailleurs, sa constitution stipule précisément que: la procession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quels que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa considération économique et sociale ; l'administration de tous les peuples au bénéfice des connaissances requises, par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé. Les gouvernements ont la responsabilité de leurs peuples, ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.¹²¹

Cet extrait de l'Organisation Mondiale de la Santé semble avoir donné comme une exhortation à promouvoir la santé, elle-même principal socle du bien-être pour tous. Dans le cas d'espèce, la Fondation Chantal Biya semble avoir reçu et compris l'importance de cette exhortation. Pour Francky Mbakop, l'appel en faveur de la santé pour tous les Camerounais est d'abord et fondamentalement un appel au bien-être social. Aussi, il est avéré que la "santé pour tous" est un processus conduisant à une amélioration progressive de la santé ; d'où l'ambition pour la Fondation de prolonger l'action des pouvoirs publics au travers des mesures visant à amener les populations camerounaises à un niveau de santé raisonnable.¹²²

C'est probablement dans la perspective de répondre à ces attentes que la Fondation Chantal Biya prit l'initiative de suppléer ou de renforcer les capacités opérationnelles et structurelles du Ministère de la Santé Publique, étant donné de surcroît que ses budgets connaissent une baisse drastique. Malgré tout et par conséquent contre toute attente, la Fondation Chantal Biya lança un ambitieux programme d'assistance en matériel et en logistique pour des hôpitaux du Cameroun.¹²³

B. Le programme d'assistance

Il s'agit d'un programme conçu dans l'optique de proposer et de fournir aux différentes formations ou structures hospitalières du matériel médical composé des appareils chirurgicaux, des seringues jetables, des pinces, des lits et matelas. Aussi, un accent particulier était mis sur la fourniture des hôpitaux en médicaments essentiels. Le même

¹²⁰ Mbakop, « Associations à caractère humanitaire », p. 53.

¹²¹ OMS, Service de la documentation du Bureau OMS-Cameroun, Constitution de l'OMS, 1948, p.4.

¹²² Mbakop, « Associations à caractère humanitaire... », p. 53.

¹²³ *Ibid.*, p. 54.

programme intégrait également le volet de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, des infections sexuellement transmissibles et du SIDA.¹²⁴

La Fondation Chantal Biya fournissait, à fréquence régulière, du matériel nécessaire à l'éducation (des dizaines de cartons, cahiers, livres, tables-bancs, etc.) tout en œuvrant à la sensibilisation des populations contre les fléaux sus-mentionnés. La Fondation Chantal Biya assista et assiste encore annuellement plusieurs hôpitaux et centres de santé publics du Cameroun notamment l'hôpital Nanga-Eboko en octobre 1996 et septembre 1997 ; l'hôpital central de Yaoundé en février 1998 ; l'hôpital Jamot, le Centre des Handicapés d'Etoug-Ebé, les hôpitaux de Limbé, Douala, Maroua, Garoua, Belabo de 1997 à 2001, etc, en dons de médicaments, lingerie, lits et produits d'entretien des hôpitaux. Dans l'ensemble, le programme d'assistance logistique soutient la politique de santé publique du gouvernement camerounais. Ceci, en apportant aux hôpitaux et dispensaires une aide matérielle multiforme. Mais il ne s'agissait-là que de l'une des facettes de l'activité polyforme de l'intervention de la Fondation Chantal Biya. Le plus significatif et le plus marquant sans doute demeure l'élaboration et la réalisation d'un hôpital pour mère et enfant à Yaoundé et d'un Centre de Santé Intégré avec des équipements de pointe à Meyomessala.¹²⁵

C. Le programme de modernisation et de densification

L'ouverture d'un Centre de Santé Intégré n'est rien de plus qu'une structure qui résulte, de près ou de loin d'une dynamique de restructuration de la carte sanitaire du Cameroun. Pour espérer le comprendre, il faudrait partir du fait que par le passé, le dispensaire était la structure sanitaire de base ; cela dit, il ne couvrait pas toutes les zones et ne pouvait combler ou satisfaire les besoins des populations où il était implanté. Dans l'optique de remédier à cette situation, en comblant les nombreuses insuffisances et manquements observés, le gouvernement décida officiellement de promouvoir la création des Centres de Santé Intégrés.¹²⁶ Il s'agit, dans les normes, de petites unités sanitaires de la carte de Santé du Cameroun. Aussi, on les retrouve soit dans des zones rurales les plus reculées, soit dans certains quartiers des zones urbaines. Malgré leur faible capacité d'accueil, avec environ 25 lits pour hospitalisation. Néanmoins, les Centres de Santé Intégrés contribuent dans une certaine mesure au décongestionnement des dispensaires et hôpitaux qui assurent leur tutelle.¹²⁷

¹²⁴ Mbakop, « Associations à caractère ... », p. 53.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 54.

¹²⁶ Direction de la Santé Communautaire, Organigramme du Ministère de la Santé, Yaoundé, 2000, p.4.

¹²⁷ *Ibid.*

Par ailleurs, l'ouverture d'un centre de santé intégré dans une zone rurale comme Meyomessala dans la Région du Sud est certainement intéressante à plus d'un titre. Cette localité connaît pratiquement les mêmes problèmes économiques et sociaux que d'autres municipalités rurales du Cameroun. Au moment de sa construction, tout restait encore à construire, en l'occurrence les écoles et les centres de soins.¹²⁸ Cette zone était affectée par des problèmes d'hygiène, de maladies, d'extrême pauvreté. L'érection du Centre de santé Intégré de Meyomesala visait, dans une large mesure, à combler ce déficit sanitaire de la localité. Aussi, mais de façon substantielle, la vertu de ce centre est qu'avec sa construction, il contribuait désormais à rapprocher les populations rurales et enclavées, c'est-à-dire éloignées des centres de soin de santé.¹²⁹

Cela se démontre aisément par le fait qu'au moment de la construction dudit Centre de santé Intégré, le transport du tronçon allant de Meyomessala à Sangmelima (60 km) coûtait 1000F c'est-à-dire presque autant que la distance Sangmélina à Yaoundé, soit 150 km environ qui ne coûtait alors que 2000FCFA à l'époque. La construction d'un centre de santé intégré sur place, constituait une véritable aubaine pour ces masses rurales, lesquelles pouvaient dès lors se faire soigner à moindre frais et de surcroît à proximité immédiate de leur lieu (ou cadre) de vie. Or avant, ils étaient contraints de parcourir de très longues distances pour aller se faire soigner à Sangmélina. Ainsi, le malade pouvait désormais se rendre à pied ou dépenser la modique somme de 200FCFA, c'est-à-dire 5 fois moins qu'auparavant pour se rendre à l'hôpital.¹³⁰

Ce qui est d'autant plus intéressant à ce niveau tient du fait que les conditions d'accès à ce Centre étaient assez alléchantes. En ce sens que les premiers soins (visites, injections, perfusion) étaient gratuits. A ce titre, les médicaments des centres de santé créés par la Fondation étaient servis à des prix étudiés d'avance. Par exemple, au Centre Mère et Enfant de Yaoundé, une boîte de Tot'hema coûtant 4500 FCFA en pharmacie était cédée aux malades à 2900 FCFA. Le taux de réduction avoisinant donc 40%. Il convient de rappeler au passage que Tot'hema est un médicament essentiel qui comble les carences en fer ; étant donné qu'il constitue une carence nutritionnelle le plus répandu dans le monde.¹³¹

D'ailleurs, cette carence très fréquente chez les femmes enceintes a des conséquences dramatiques tant pour la mère que pour le fœtus. Selon le Dr. Sanogo Diabaté Diallo, les carences en fer sont à l'origine de 17% des morts maternelles, 12% des morts fœtales en

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ *Ibid.*, p. 56.

Afrique Subsaharienne. A cela s'ajoute les complications qui surviennent généralement pendant l'accouchement. On pourrait ainsi prendre les cas de quelques produits pharmaceutiques pour tenter de l'illustrer :

- Poliginax qui traite les infections vulvo-vaginites coûte 4250 F en pharmacie, alors que jusqu'à une période assez récente, il coûtait autour de 2500 F
- Atrican qui traite la trichomonas uro-génitale chez la femme coûte 3400F en pharmacie, alors qu'à la Fondation Chantal Biya il coûtait dans les 2400 au début des années 2000 ;
- Bactox, un antibiotique contre les infections bactériennes chez la femme coûte 1950F en pharmacie, or à la Fondation Chantal Biya, son coût s'élevait à 1000F ;
- Zentel coûtait 1600F en pharmacie, cependant on peut se le procurer à 600F à la Fondation Chantal Biya à l'aube des années 2000.¹³²

De manière générale, toutes ces actions sanitaires permirent aux populations indigentes d'avoir accès aux soins de santé et aux médicaments à des prix raisonnables. Cela constituait par conséquent un moyen, une stratégie efficace de lutte contre la pauvreté ; car un peuple ou une société ne saurait s'engager activement dans la promotion de son développement avec une santé précaire. L'autre grand chantier de la Fondation Chantal Biya fut pensé dans le cadre de la mobilisation contre le SIDA. En réalité, les actions en faveur de la prévention contre le VIH/SIDA à travers le territoire national, la création des centres de dépistages permanents gratuits dans huit (08) grandes métropoles du pays, à savoir Yaoundé, Douala, Bafoussam, Garoua, Maroua, Ngaoundéré, Limbé et Bertoua. De même, la Fondation Chantal Biya se déploie régulièrement dans une campagne de sensibilisation contre le VIH/SIDA ainsi que des femmes enceintes porteuses de cette maladie, plus particulièrement celles qui ont pris l'initiative de se rendre auprès des centres de santé de la Fondation Chantal Biya. Ainsi, il convient de rappeler qu'entre 1998 et 2022, le nombre des cas de prise en charge des malades atteints du VIH/SIDA atteignit 20.000.¹³³ En dix ans pratiquement, la Fondation Chantal Biya a offert aux malades en question près d'une centaine de tonnes de médicaments.¹³⁴

D. L'action socio-éducative de la Fondation Chantal Biya

Dans le principe, il est couramment admis et soutenu que l'éducation est indispensable pour le développement réel et durable de toute société. Et, comme le rappelle si bien Khodia Ndiaya : « L'éducation n'est pas seulement un droit fondamental pour toute personne. C'est également la clé du développement. Apprendre c'est commencer à s'ouvrir sur le monde et

¹³² *Ibid.*

¹³³ Fondation Chantal Biya, Document et rapport d'activités de la FCB, 2001, p.18.

¹³⁴ *Ibid.*

sur l'autre. »¹³⁵ Pour Joseph Ki-Zerbo, une réflexion, tout comme une initiative faisant intervenir l'éducation ou encore orientée dans la perspective de sa promotion, apparaît comme primordiale. Elle doit être située dans une perspective positive qui prenne en compte toutes les dimensions des aspirations de l'Homme considéré en tant que finalité et agent central du développement. Les buts de l'éducation, précise l'historien, ne doivent pas être définis uniquement à partir des exigences d'ordre économique.¹³⁶

Un autre auteur, en la personne de Jean Doum-Hani Douksidi s'est penché sur la question. De son point de vue, l'éducation a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant (ou la personne) un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. En d'autres termes, l'éducation est un processus par lequel l'individu apprend tout au long de sa vie, les normes socioculturelles et autres de son milieu, les intègre dans la structure de sa personnalité sans le regard (direct ou indirect) des agents socialisateurs et, par-là, s'adapte mieux à l'environnement dans lequel il est appelé à vivre¹³⁷

Sans doute et l'ayant compris, il s'avère que les actions de la Fondation Chantal Biya s'inscrivant dans cet élan, venaient en appui, en supplément de l'engagement de l'Etat Camerounais à mettre en œuvre la déclaration mondiale sur la survie, le développement et la protection des enfants, adoptée en Septembre 1990 à New York aux Etats-Unis d'Amérique.¹³⁸ Cette déclaration de base visait l'accès universel des enfants à l'éducation de base et la réduction de l'analphabétisme. En effet, l'appui de la fondation Chantal Biya consistait à assister matériellement les jeunes camerounais dans leurs cursus de formation. Le mode d'action privilégié consistait en des dons en matériel didactique. Ainsi, le centre des handicapés d'Etoug-Ebé, à Yaoundé reçut en Octobre 1995 de la Fondation Chantal Biya 100 machines à écrire ; 100 machines à coudre et des centaines de tissus divers.¹³⁹

Diverses localités du Sud, notamment Ebolowa, Amba, Sangmelima, Kribi et certaines du centre à l'instar de Nanga Eboko, Yaoundé, Mfou, Akonolinga, Mbalmayo reçurent régulièrement et à titre gracieux du matériel scolaire par milliers. Ce matériel scolaire comprenait des cahiers, des stylos à bille, des cartables, des milliers de boîtes de craie. Dans la même lancée, la Fondation exprime une certaine générosité à l'endroit de certaines

¹³⁵ Khodia Ndiaya, *La Fondation Karanta en croisade contre l'analphabétisme*, Dakar, Nouvelles Editions Africaines, 1999, p.7.

¹³⁶ J. Ki-Zerbo, *Eduquer ou périr*, Dakar, Unicef-Unesco, 1990, pp.11-12.

¹³⁷ J. Doum- Hani Donksidi, *Le mariage chez les moussey/ MOSSI d'Afrique et sa portée éducative aujourd'hui (lieu)*, Editions AB Alke Bulan, Juillet 2023, p.101.

¹³⁸ Bema Kaka Lobé, *Les Nations Unies au Cameroun*, p.74.

¹³⁹ Mbakop, « Associations à caractère.... », p. 59.

institutions d'Enseignement Supérieur comme en témoigne le don, en octobre 1996 et novembre 1997, d'un lot de matériel logistique et didactique à l'Université de Buéa.¹⁴⁰

De nombreux étudiants démunis ou encore certains souvent issus de couches vulnérables purent bénéficier d'aides spéciales. Aussi, certaines étudiantes des universités camerounaises qui s'étaient particulièrement distinguées dans différentes filières académiques, soit environ 15.000 (élèves et étudiants) en bénéficièrent. En outre, mais toujours dans le domaine socio-éducatif, les actions de la Fondation Chantal Biya visaient, à ce moment précis, à améliorer l'accès à l'éducation des jeunes filles et plus particulièrement celles des zones de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord, de l'Extrême-Nord ainsi que des zones enclavées du Cameroun. Faut-il le souligner, il s'agissait essentiellement des zones où les taux de scolarisation des jeunes filles (10-24 ans) était de l'ordre de 10%, 18% et 25% respectivement.¹⁴¹

1) Les actions de promotion sociale

Selon Francky Mbakop, la Fondation Chantal Biya entreprit d'organiser au siège de la Fondation à Yaoundé une cérémonie annuelle de l'arbre de Noël. En effet, c'est une cérémonie annuelle et opportune qui rassemble en fin d'année, plus précisément la veille du jour de Noël, autour de la Présidente Fondatrice, les enfants malades, abandonnés ou déshérités. Ceci, afin de leur permettre de passer les fêtes de Noël sans frustration, dans la gaieté, c'est-à-dire avec le minimum nécessaire pour fêter comprenant entre autre des jouets, des biscuits, des bonbons, des vêtements.¹⁴²

Il convient de rappeler que cette cérémonie de l'arbre de Noël a également une double signification : c'est d'abord un moment de recueillement, de rassemblement, de rencontre pour les enfants, sans distinction de tribu, de race, de religion, de sexe et de classe sociale. C'est ensuite un moment de générosité envers ceux qui souffrent ou qui sont privés de l'assistance des leurs. Un tout autre indice de la Fondation Chantal Biya en faveur des exclus sociaux, des personnes et groupes marginalisés est perceptible au travers de sa sollicitude envers les communautés pygmées en 2000.¹⁴³ Il s'agissait des communautés pygmées d'Abong-Mbang, Mindourou, Doumé, Yokadouma. A deux reprises, notamment en août 1995, et en novembre 1996 des présents par dizaines de ballots, des vêtements, des données alimentaires, des dizaines de sacs de riz, d'oignons, des cartons d'huile, de savons, des sacs de sel, furent distribués aux populations vulnérables. Aussi, des produits d'entretien et médicaux

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ PNUD, Rapport mondial pour le développement humain, Paris, 2000, p. 218.

¹⁴² Mbakop, « Associations à caractère humanitaire... », p. 61.

¹⁴³ *Ibid.*

furent mis à la disposition des Pygmées des campements de Dimako. Des dons de mêmes natures avaient déjà été affectés aux léproseries de Ngallan à Ebolowa, près de Mbalmayo, de la Dibamba près de Douala, du centre Jamot à Yaoundé ou encore de Maroua rural pour ne citer que ces cas-là. L'action bienfaitrice de la Fondation Chantal Biya s'étend à d'autres catégories d'exclus sociaux comme en témoignent sa générosité affichée envers des non-voyants et autres handicapés.¹⁴⁴

Il était question à ce moment des localités de Dimako, Bertoua, Bagangté, Nanga Eboko, Maroua, Tibati, Ngaoundéré, Monatélé. Celles-ci reçurent depuis 1995 des dons en matériels à l'instar des lunettes, des appareils pour faciliter le développement des sens, des béquilles, des vélos pour surmonter leur handicap.¹⁴⁵

2) Le Centre Panafricain de Chirurgie Endoscopique

La femme africaine souffre de multiples maladies gynécologiques. Pour aller plus loin, il convient de partir de l'idée que l'espoir d'une prise en charge clinique et d'un suivi approprié comme celui de la procréation, résidait encore exclusivement il y a quelques années dans une évaluation sanitaire à l'extérieur ; ce qui nécessitait d'énormes moyens financiers hors de la portée des ménages appartenant à la classe moyenne de la société camerounaise.¹⁴⁶

Ainsi donc, de nombreuses femmes stériles se heurtaient-elles à cet obstacle. Le Centre Panafricain de Chirurgie Endoscopique, Gynécologique et de Reproduction Humaine, de l'Hôpital Général de Yaoundé offrait aux ménages camerounais en mal d'enfants, des possibilités et un espoir de réaliser leur aspiration. Chantal Biya, initiatrice fondamentale de ces projets n'a pas manqué d'affirmer :

L'action que nous engageons dès maintenant pour une stratégie concertée de l'Afrique médicale, en vue de trouver des réponses urgentes et efficaces aux problèmes scientifiques de gynécologie de notre continent, redonne espoir à la Mère Africaine puis aux couples et femmes sans enfants.¹⁴⁷

Avant de poursuivre, il faudrait rappeler ce qu'est la chirurgie endoscopique. En effet, la chirurgie endoscopique est une discipline médicale qui consiste à pratiquer avec la main nue ou armée d'instruments, des modifications sur un corps vivant sans l'ouvrir, c'est-à-dire une pratique relative à l'examen d'une cavité interne du corps avec un endoscope.¹⁴⁸ Dans notre cas d'étude, la première pierre du centre de Formation Panafricain de Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine fut posée, le 03 décembre 1999 à l'Hôpital

¹⁴⁴ *Ibid*, p. 63.

¹⁴⁵ *Ibid*.

¹⁴⁶ Mbakop, « Associations humanitaires... », p.64.

¹⁴⁷ Extrait du discours de Madame Chantal Biya, lors du 1^{er} Congrès panafricain de Chirurgie endoscopique, in *Cameroon Tribune*, Yaoundé, décembre 1999, p.3.

¹⁴⁸ Sende, *Principes de pathologies...*, pp. 29-30.

Général de Yaoundé. La création de ce centre constituait une véritable aubaine pour tout le monde (Etat, personnel hospitalier et patients). Dans un premier temps, il contribuait à réduire le coût de la formation de spécialistes dans ce domaine de la médecine de pointe. Ainsi, il faut savoir que le coût d'une année de formation en Occident à l'instar des pays comme la France, la Belgique, l'Italie et les Etats-Unis variait entre 3.000.000 FCFA et 8.000.000 FCFA.¹⁴⁹ Heureusement, l'existence d'un centre de formation sur place à Yaoundé réduisant les coûts, en l'occurrence en les ramenant à 500.000FCFA environ. Ce centre, en principe ne manqua pas de redonner espoir à de nombreux couples sans enfant(s) et sans espoir d'en faire. Aussi, il facilitait l'harmonie dans les ménages. Cette réalisation confirmait la vision prospective de la Marraine de la Fondation d'une famille stable et d'une humanité plus épanouie.¹⁵⁰

Au regard de cela, il ne serait pas mal venu d'apprécier cette initiative de la Fondation Chantal Biya. Dans la mesure où, comme on peut aisément le constater, elle est venue en appui à une réalisation scientifique d'une telle portée. Surtout que l'on sait où devaient être formés ses experts africains de la chirurgie endoscopique, tout en étant capables de faire fonctionner des unités spécialisées dans tous les Etats du continent noir. Une telle initiative, de par son essence et ses contours novateurs constituait à n'en point douter un progrès certain pour la santé, la formation et évidemment la recherche médicale. Faut-il le préciser, c'était la toute première fois qu'un congrès panafricain consacré à la chirurgie endoscopique se réunissait en terre africaine, à en croire les déclarations et allégations des participants.¹⁵¹

Un hommage très spécial fut d'ailleurs rendu à la Première Dame du Cameroun par d'éminents participants, en l'occurrence les Professeurs Kasia, expert camerounais et par ailleurs le président du comité d'organisation dudit congrès et Sangaret (prénom), président d'honneur du congrès. Sans oublier Ahouou et Maurice Antoine Bruhat, doyen de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand en France. Dans son allocution inaugurale, la génitrice de la Fondation expliqua que son implication directe à ce forum scientifique exprimait en fait sa détermination de continuer à œuvrer sinon à lutter contre les maladies et les souffrances, notamment au sein des couches sociales défavorisées d'Afrique et même, selon ses propres dires, des tiers-monde.¹⁵²

¹⁴⁹Mbakop, « Associations à caractères humanitaires... », p.65.

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ T. E. Mvogo, « Le congrès panafricain de chirurgie endoscopique au service de la femme », *Cameroon Tribune*, n°6990 du 03 décembre 1999, p. 5.

¹⁵² D. F. Mbakop, « Associations humanitaires... », p.65.

3. Les actions en faveur des femmes

Parmi les œuvres sociales de grande envergure, on ne saurait oublier entre autres les initiatives prises par la Fondation Chantal Biya en faveur des femmes. Compte tenu de leur condition dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement, les statistiques d'ONU-Femme révélaient qu'au milieu des années 1990, plus de 40% de femmes souffraient de malnutrition. C'est en partie pourquoi et du fait de la précarité, elles enfantent difficilement et meurent souvent en donnant la vie. Dans des cas moins dramatiques, elles mettent au monde des nourrissons trop petits, lesquels, très souvent souffrent également de malnutrition. Ainsi donc, 1/3 des enfants des pays en développement sont victimes de retard mental et physique. Au regard de cela, le moyen le plus efficace de s'attaquer au problème est de s'en remettre ou du moins de mettre en avant les femmes.¹⁵³ Bien des faits et des études démontrent que lorsque les femmes ont accès à la nourriture et à un revenu, les enfants sont généralement mieux nourris et toute la famille en profite.¹⁵⁴

Le cas de la femme rurale est assez révélateur à cet égard. Celle-ci constitue au Cameroun le principal socle de la vie économique, elle-même essentiellement tributaire de la production agricole et vivrière. Il est d'ailleurs avéré et prouvé que ce sont elles qui constituent la mamelle nourricière des sociétés humaines et des pays.¹⁵⁵ C'est en l'ayant compris que chaque année la Fondation Chantal Biya soutient, pratiquement et dans différentes zones du Cameroun, les femmes dans leurs activités agricoles. Ladite Fondation s'investit en ce sens en fournissant des engrais, des machettes, des houes, des brouettes, des semences, des moto-pompes, et même des machines à écraser le maïs. Ainsi, cette initiative vise à encourager le travail agricole et à réduire le problème de la meilleure alimentation en milieu campagnard et même dans une certaine mesure, en milieu urbain. Avoir des populations mal nourries dans un pays aux immenses et extraordinaires potentialités constitue un véritable paradoxe. Un paradoxe inadmissible auquel s'attaque la Fondation Chantal Biya en s'engageant à réduire à court ou à moyen termes la faim.¹⁵⁶

¹⁵³ S. Bessis, *Economies sociales au féminin*, Montréal, Centre Educatif et Culturel, 1987, p. 36.

¹⁵⁴ *Ibid*, p.52.

¹⁵⁵ Programme des Nations Unies pour le Développement, Rapport mondial sur la condition sociale des femmes rurales, section Afrique subsaharienne, 2006-2008, p. 4.

¹⁵⁶ D. F. Mbakop, « Associations à caractère humanitaire... », p. 73.

II- LA FONDATION CHANTAL BIYA ET LA PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE SOUS L'ANGLE DES CONSULTATIONS PRE ET POSTNATAUX, DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION AU VIH/SIDA ET LES ACTIONS CARITATIVES

Dans cette partie, il est question de mettre en exergue l'implication de la Fondation Chantal Biya en matière de promotion de la santé maternelle, reproductive et néonatale au Cameroun. Dans un premier temps, il s'agira d'analyser les actions menées par cette institution au travers des conseils pré et postnataux, des campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA et les aides à caractère caritatif.

A- Les consultations pré et postnatales

De manière générale, les consultations pré et postnatales constituent une étape cruciale et déterminante dans le processus de suivi des femmes déclarées médicalement enceintes à partir d'examens médicaux reconnus et signés par un médecin. Selon Sendé, les conseils pré et postnataux renvoient à deux phases inhérentes au suivi et à l'accompagnement des femmes enceintes. Comme on s'en aperçoit de par la désignation, ils sont répartis en deux étapes, mais il convient de ne pas oublier que chacune présente des contours et des caractéristiques particulières. Autrement dit, qu'il s'agisse du volet prénatal et du volet postnatal, il apparaît que chacun a des modalités spécifiques, tout en présentant des pratiques et finalités ultimes et convergentes.¹⁵⁷

De même, on doit commencer par esquisser une définition des concepts que l'on utilisera. Cette première opération de définition provisoire des concepts permet de dissiper les imprécisions, les incertitudes.¹⁵⁸

Dans les normes, les conseils prénataux sont prodigués sur un écart de trois (03) mois minimum. Toutefois, il existe des cas particuliers qui nécessitent un suivi et un accompagnement plus régulier, constant en fonction de l'état de santé de la femme enceinte concernée.¹⁵⁹ En vérité, il y a de nombreux cas de femmes enceintes victimes d'affections ou encore de complications spécifiques impliquant un suivi et un accompagnement y afférents. La Fondation Chantal Biya et les formations sanitaires qui lui sont rattachées misent énormément sur ce paramètre. En effet, les conseils prénataux constituent le principal leitmotiv même des actions des actions sanitaires de la Fondation Chantal Biya en faveur de

¹⁵⁷ Sendé, *Guide pratique de la maternité*, p.14.

¹⁵⁸ *Ibid*, p. 107.

¹⁵⁹ *Idem*.

la santé maternelle, reproductive et infanto-juvénile. Aussi, il revient à dire que les conseils prénataux sont à la base de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.¹⁶⁰

Les Services hospitaliers de la Fondation Chantal Biya œuvrent en la matière. Ce faisant, l'institution en question a mis en place, sinon instauré un système où les conseils prénataux doivent bénéficier aux femmes enceintes. Aussi, pour la Fondation Chantal Biya, la réduction de la mortalité maternelle, reproductive et néonatale est impensable sans consultations prénatales. C'est pourquoi, ces consultations sont présentées implicitement aux femmes comme une étape prioritaire pour un accouchement à moindre risque. Les consultations prénatales organisées par la Fondation Chantal Biya contiennent plusieurs modules. Mais dans l'ensemble, ces modules comprennent entre autres des conseils sur l'alimentation, les traitements éventuels, la santé du fœtus, les symptômes de la grossesse, les types d'activités à mener ou à ne pas mener, la psychologie de la femme enceinte, le cadre de vie, la sexualité, la prise de médicaments prescrits et de leurs effets à court ou à moyens termes, les risques éventuels qu'encourent la mère ou l'enfant, l'éducation de la grossesse, etc. Pour ainsi dire, la Fondation Chantal Biya dispose d'un personnel suffisamment qualifié et par conséquent apte à assurer ce rôle.¹⁶¹

Au regard de ce qui vient d'être rapporté, il apparaît que la Fondation Chantal Biya met constamment un point d'honneur aux consultations prénatales. Ces consultations prénatales, comme nous l'avons relevé plus haut, constituent un élément, un vecteur déterminant, préventif contre tout risque éventuel de mortalité maternelle et néonatale. Les conseils ou consultations en question ont, rappelons-le, un double volet : un volet théorique et une dimension pratique. Car en réalité, ces échanges visent à fournir aux femmes enceintes, des conseils et des outils de connaissance sur ce qu'est la grossesse et par conséquent, tout ce que cet état particulier implique aussi bien pour la future mère, l'enfant, et même, dans une certaine mesure la société.¹⁶²

La fréquence des consultations prénatales au sein du Centre Mère et Enfant est particulièrement en augmentation depuis les quinze dernières années. Cela s'explique logiquement et aisément ; puisque la démographie augmente, considérablement, il en est de même pour la demande en matière de suivi et d'accompagnement. Selon le rapport d'activités 2017, synopsis vip élaboré par le Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya, les consultations prénatales ont connu une augmentation assez exponentielle de plus de 19,63%

¹⁶⁰ Entretien avec Paul Koki Ndombouo, 67 ans, Directeur du Centre Mère et Enfant, à Yaoundé, les 27-28 septembre 2023.

¹⁶¹ Entretien avec Paul Ndombouo, Koki, 67 ans, à Yaoundé, les 29-30 août 2023.

¹⁶² Entretien avec Thierry Konde Nla'a, 33 ans, médecin généraliste, en service à la Croix Rouge, à Yaoundé, le 26 septembre 2023.

depuis les sept dernières années. Et selon le même document, cette réalité est en hausse constante. D'ailleurs, les prévisions prévoyaient qu'elle atteindrait 22% entre 2019 et 2022.¹⁶³

Les consultations postnatales ne sont pas en reste. Il s'agit d'un ensemble de dispositions incluant le suivi, le conseil et l'accompagnement de la femme après l'accouchement. Aussi, on pourrait y voir un ensemble de stratégies, à caractère pédagogique ou éducative orienté dans le sens du suivi, du conseil et l'accompagnement pour la femme après l'accouchement. Pour le rappeler, les consultations postnatales font suite aux consultations prénatales et leur objectif majeur vise à aider la femme nouvellement mère à s'assumer comme tel, pour son intérêt et celui du nouveau-né.¹⁶⁴ En outre, une consultation postnatale peut inclure la prise en charge de la mère, de l'enfant ou même les deux en même temps. Ainsi, ce qu'il faut retenir à ce niveau concerne la promotion du suivi et l'accompagnement de la santé maternelle et néonatale. Dans certains cas, l'état de santé de la mère peut nécessiter un suivi et une prise en charge continue. Or, dans d'autres, le problème pourrait venir de la santé de l'enfant. Ce qui est indéniable c'est que la mauvaise santé postnatale de la mère peut impacter sévèrement sur celle de son enfant ou même causer le décès de l'un ou l'autre. C'est pourquoi la Fondation Chantal Biya a investi dans une perspective double ; le but est d'espérer faire d'une pierre deux coups.¹⁶⁵

Les consultations pré et postnatales constituent le socle même de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au sein des formations sanitaires de la Fondation Chantal Biya. Faut-il le préciser, le Centre Mère et Enfant joue à ce niveau un rôle particulièrement important. Aussi, il convient de retenir que la Fondation Chantal Biya met un accent particulier sur ces consultations ; étant donné que la santé de la mère et de l'enfant en dépendent. D'ailleurs, il existe au sein de cette structure deux types de pratiques de consultations : les consultations régulières et les consultations non régulières.¹⁶⁶

Les consultations pré et postnatales régulières sont des formes de consultations mises en pratique de manière « classique » au sein des institutions sanitaires de la Fondation Chantal Biya. Elles ont par conséquent lieu de manière tout à fait normative, sans réelle discontinuité ni irrégularité. Or, les consultations irrégulières sont celles qui peuvent être organisées de façon circonstancielle et périodique. Ainsi, elles peuvent revêtir les contours d'une campagne de promotion, tout en revêtant les contours ou les caractéristiques des consultations régulières. Leur particularité fondamentale est que celles-ci, au sein de la Fondation Chantal Biya dans le

¹⁶³ Fondation Chantal Biya / Centre Mère et Enfant, Rapport d'activités 2013, p.7.

¹⁶⁴ Sendé, *Guide pratique de la maternité*, p.12.

¹⁶⁵ Entretien avec Paul Ndombouo Koki, 67 ans, Directeur du Centre Mère et Enfant, au CME à Yaoundé, les 29 et 30 août 2023.

¹⁶⁶ *Idem*.

cas qui nous concerne, permettent à de nombreuses femmes et jeunes filles de bénéficier de conseils pré ou postnataux. D'ailleurs, il convient d'admettre que de telles campagnes contribuent dans une certaine mesure à la promotion de l'image (ou de la réputation) de la Fondation.¹⁶⁷ Autrement dit, on peut supposer qu'elles revêtent un caractère humanitaire et caritatif.¹⁶⁸

B. Les campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA et autres : le cas de la dynamique Synergies Africaines

La Fondation Chantal Biya, à l'aube de l'année 2000 a intégré les campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA, notamment mais également d'autres maladies qui font des ravages au Cameroun et dans de nombreux pays d'Afrique Noire. Cette perspective louable peut-on dire, s'inscrit dans une dynamique d'ensemble. Et, cette dynamique en elle-même vise à impulser un processus de lutte contre la pandémie du siècle, c'est-à-dire le VIH/SIDA en Afrique en général et au Cameroun en particulier. En effet, maints faits laissent penser que depuis plusieurs années, la présidente fondatrice ne ménage pas d'efforts, et a multiplié les contacts extérieurs pour soutenir la création d'une Organisation Non Gouvernementale panafricaine de lutte contre le VIH/SIDA et les souffrances.¹⁶⁹

Photo 10: La Première Dame lors d'une visite au Centre Mère et Enfant de Yaoundé en 2014



Source : Fondation Chantal Biya (1994 - 2020). 26 ans d'engagement ..., p. 108.

¹⁶⁷ Entretien avec Germaine Abeng, 58 ans, infirmière retraitée à Yaoundé, le 21 septembre 2023.

¹⁶⁸ *Idem*.

¹⁶⁹ Anonyme, « Les Synergies Africaines à l'assaut contre le VIH/SIDA », *Cameroon Tribune*, n°7721 du 16 septembre 2002, p. 2.

L'historien Descartes Francky Mbakop rapporte qu'en janvier 2001, en marge du sommet Afrique-France, la Première Dame avait réuni les épouses de nombreux chefs d'Etat et de gouvernement présentes dans la capitale camerounaise. D'ailleurs, aux termes de cette rencontre, une déclaration sous forme d'engagement fut adoptée. Au courant de la même année, plus précisément au mois de novembre, une autre réunion s'est tenue à Yaoundé. Elle regroupait des représentations des Premières Dames d'Afrique. Cette seconde rencontre que l'histoire retiendra probablement comme la première réunion préparatoire en vue de la tenue de la première de l'Organisation Non Gouvernementale Synergies Africaines contre le VIH/SIDA et les souffrances'' peut être considérée comme la traduction en acte.¹⁷⁰

Il s'agit plus exactement de la traduction en acte, par la Fondation de l'engagement exprimé par les Premières Dames d'Afrique dans la Déclaration de Yaoundé sur le VIH/SIDA, le 18 janvier 2001. A ce moment précis, le point sur les préparatifs de la première conférence des Synergies Africaines était aussi au menu des entretiens entre la marraine de la Fondation Chantal Biya et le savant français, le Professeur Luc Montagnier, découvreur du HIV, le mardi 10 septembre 2002, à l'hôtel Waldorf Astoria, la résidence du couple présidentiel camerounais pendant son séjour newyorkais.¹⁷¹ Dans ce contexte, la presse officielle rapporta que le Professeur Luc Montagnier se montra particulièrement intéressé et promit son soutien sans réserve à l'entreprise de Chantal Biya de lutte contre le SIDA.¹⁷²

La Conférence de Yaoundé sur le VIH/SIDA et les souffrances devait être également réhaussée par la présence remarquée du Professeur Robert Gallo. Cette première conférence panafricaine sur le VIH/SIDA s'est tenue du 15 au 16 novembre 2002 à Yaoundé. Elle regroupait, comme cela a été mentionné, les Premières Dames d'Afrique ainsi que leurs représentantes. De nombreux acteurs et protagonistes de tous ordres comprenant des sommités scientifiques du monde médical ou de la recherche médicale, des groupes pharmaceutiques, sans oublier des organisations inhérentes à l'organisation des Nations Unies à savoir ONU-SIDA, l'OMS, l'UNICEF et l'UNESCO s'investissent dans ce sens. On y retrouve également quelques décideurs politiques, des chercheurs et des représentants d'associations humanitaires œuvrant dans le sens de la lutte contre le VIH/SIDA.¹⁷³

En outre, l'on pourrait convenir que ces rencontres constituèrent un vecteur moteur de l'action de la Fondation Chantal Biya dans la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun notamment. Ladite Fondation œuvre depuis lors contre la propagation de cette pandémie.

¹⁷⁰Mbakop, « Associations à caractère humanitaire... », p. 66.

¹⁷¹ Anonyme, « Les Synergies Africaines à l'assaut... », p. 2

¹⁷² Mbakop, « Associations à caractère humanitaire... », pp.66.

¹⁷³*Ibid*, p. 68.

Pour cela, elle organise de nombreuses campagnes de sensibilisation sur les mesures à prendre pour réduire et contenir la propagation du virus au niveau des populations. Ce qui est davantage intéressant, sans doute, c'est le fait que des campagnes de sensibilisation sont assez régulièrement organisées contre cette maladie auprès des futures mères et enfants. En effet, la Fondation Chantal Biya œuvre en ce sens dans l'optique de réduire la mortalité maternelle et néonatale causée par le VIH/SIDA au Cameroun. Il est question à ce niveau d'éviter que se produise le principe de transmission de la mère enceinte à l'enfant. ¹⁷⁴

A la lumière de ces propos, on devrait préciser que la Fondation Chantal Biya a initié de nombreuses campagnes et autres projets allant dans ce sens. C'est-à-dire que sous la houlette de sa fondatrice et des partenaires tels que l'Etat camerounais, ONU-SIDA et d'autres institutions hospitalières, une batterie d'initiatives a été soutenue pour limiter les décès maternels et infanto-juvéniles causés par le VIH-SIDA. Pour le rappeler, de nombreuses femmes enceintes ont souvent présenté un taux de prévalence relativement élevé. Toutefois, les campagnes et les actions initiées ou encore soutenues par la Fondation Chantal Biya ont dans une certaine mesure, permis de réduire l'ampleur du mal. Comme on peut aisément le constater, la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a vu son agenda être enrichi de la prise en compte du VIH-SIDA comme facteur grave de risque pour la mère ou l'enfant. ¹⁷⁵

Sur ce, la dynamique des Synergies Africaines a de nouveau mis le pied à l'étrier ; notamment en œuvrant dans le sens de la lutte contre cette pandémie suivant l'angle de la promotion de la santé maternelle, reproductive et néonatale. Il y a eu des actions de sensibilisation, des consultations pré ou postnatales, sans oublier les mesures de prise en charge qui ont permis de réduire le taux jusqu'ici assez élevé de la mortalité en ce sens. ¹⁷⁶

C- Les actions caritatives : les cas de l'octroi des dons et des campagnes de vaccination

Nous avons pu relever, à l'entame de cette étude que la Fondation Chantal Biya s'est définie une idéologie humanitaire. Sans doute, les éléments scientifiques et factuels proposés en ont fourni un aperçu certain. Aussi, cette vocation à l'humanitaire, à laquelle cette institution semble intimement liée, se déploie sous le cachet des actions caritatives de divers ordres. Dans la pratique, maints faits tendent clairement à démontrer que la Fondation Chantal

¹⁷⁴ Entretien avec Paul Koki Ndombouo, 67ans, Directeur du Centre Mère et Enfant, à Yaoundé, le 29 Août 2023.

¹⁷⁵ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement pour le bien-être de l'Homme, p.37.

¹⁷⁶ Entretien avec Paul Koki Ndombouo, 67ans, Directeur du Centre Mère et Enfant, à Yaoundé, le 29 Août 2023.

Biya investit dans ce sens. Cela se perçoit à travers l'octroi de dons, des campagnes de vaccination gratuite et la réduction relative des coûts de traitement.

En effet, la Fondation Chantal Biya a pu se forger, depuis plusieurs années déjà, une image assez positive. Cette image, de façon tout à fait logique, est indissociable des nombreuses actions qu'elle a impulsées et qu'elle soutient encore, sous l'angle des dons au bénéfice des patients et des enfants. En guise de rappel, la Fondation Chantal Biya depuis l'aube des années 2000 a, à plusieurs reprises et occasions, organisé des campagnes de remise de dons divers. De telles actions ne peuvent être comprises que si on les replace dans la vision et les idéaux défendus par leurs initiateurs. Ce qui est tout aussi intéressant, c'est le fait que certaines de ces campagnes de remise des dons sont constamment orientées au profit des femmes enceintes, des femmes désormais mères et des enfants.¹⁷⁷

Photo 11: La Première Dame à l'occasion d'une campagne de vaccination et de sensibilisation à la santé Mère et Enfant à Yaoundé



Source : Fondation Chantal Biya (1994 - 2020). 26 ans d'engagement ..., p. 108.

¹⁷⁷ *Idem*, à Yaoundé le 30 août.

A cet effet, l'octroi des dons s'observe en l'occurrence à plusieurs niveaux. Evidemment, nous nous efforçons de ne proposer ici d'un aperçu assez synthétique. L'octroi des dons est perceptible à travers, comme en août 2005, des remises de manuels scolaires, des appuis financiers et matériels (à l'instar des machines à coudre), des fauteuils roulants, des cannes blanches, l'accueil des nouveau-nés abandonnés, la création d'un réseau de contact avec des familles et d'autres centres d'accueil, etc. On a pu dénombrer, pour la seule année 2005, près d'une dizaine d'enfants encadrés par le Centre Mère et Enfants de la Fondation Chantal Biya. De 2005 à 2014, on a pu dénombrer plus d'une centaine de nouveau-nés et d'enfants en bas âge qui ont pu bénéficier de dons et autres formes d'assistance. En outre, les actions caritatives sont perceptibles à travers de nombreuses campagnes de vaccination organisées au profit des femmes enceintes, des femmes nouvellement mères et des nouveau-nés. De nombreuses femmes et jeunes filles ou celles en phase postnatales ont bénéficié de vaccination. Toutefois, au sein de la Fondation Chantal Biya, ce sont les nouveau-nés qui en ont le plus fait l'objet. Selon des statistiques fournies par la Fondation Chantal Biya, en vingt ans, de 2001 à 2020, à partir des consultations prénatales et postnatales la structure a prodigué des vaccins à plus de 7.355 personnes au sein de ses formations sanitaires. Pour des cas de prise en charge contre le paludisme des nouveau-nés et des enfants de deux à cinq ans, les laboratoires de la Fondation Chantal Biya ont reçu plus de 5.027 patients, dont plus des $\frac{3}{4}$ sont constitués de femmes et d'enfants de moins de cinq ans.¹⁷⁸

Il convient de rappeler que la création d'une plate-forme de coopération entre le Japon et la Fondation Chantal Biya a apporté des résultats significatifs à ce niveau. D'emblée, il faut relever que cela s'inscrit dans l'idéologie d'action humanitaire de la Fondation Chantal Biya. Ainsi, il avait été décidé, depuis 2013-2014, le contrat d'un don japonais pour la survie du nouveau-né au Centre Mère et Enfant. Ce projet visait à atteindre 5000 bénéficiaires immédiats, soit tous les nouveau-nés admis (1500 nouveau-nés par an à 2100). Il s'agit d'une augmentation exponentielle de 40%, autrement dit une augmentation de 3000 nouveau-nés sur 5 ans. Cette initiative a commencé à porter ses fruits, notamment pour des nouveau-nés reçus avec leurs mères, en consultation externe. A moyen et à long terme, l'ambition définie dans l'agenda est d'atteindre le cap de 6.000 bénéficiaires indirects, soit tous les enfants reçus au Centre Mère et Enfant par an. Il s'agirait là d'un effet multiplicateur certain de l'action

¹⁷⁸ Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement..., p.25.

caritative (ou humanitaire) elle-même étant intrinsèquement liée aux idéaux officiels de la présidente fondatrice.¹⁷⁹

Dans sa dimension caritative et humanitaire, il est question, pour la Fondation Chantal Biya, d'augmenter considérablement sa capacité d'accueil des nouveau-nés, en l'occurrence avec le nombre de couveuses. Ce programme contribue à court et à moyen termes à améliorer les capacités diagnostiques pour des situations d'urgence mais particulièrement les urgences métaboliques et hématologiques des nouveau-nés. L'équipement adéquat du laboratoire spécialisé a été mis à la disposition à cet effet. Rappelons qu'en matière d'investissements à vocation officiellement caritative et humanitaire, le Centre Mère et Enfant a investi, pour la période 2015-2018, soit en 3 ans, 1.831.863.951 FCFA. Ces dépenses comprennent un constant soutien aux indigents, c'est-à-dire 191.769.725 FCFA entre 2015 et 2018.¹⁸⁰

Photo 12: Distribution des cadeaux de la fête de Noel aux mères et enfants



Source : Fondation Chantal Biya (1994 - 2020). 26 ans d'engagement ..., p. 109.

De même, toujours en matière vaccinale, plus de 3.779 doses vaccinales ont été administrées par antigène et 458 VAT femmes enceintes dans un cadre de promotion de la santé maternelle, reproductive régulière et irrégulière. Autrement dit, dans le cadre des campagnes de vaccination. On ne pourrait occulter la promotion de la santé de la jeune fille enceinte et celle des enfants en âge mineur. Il s'agit en 3 ans, de 133 patients mis sous ARV, dont 6 enfants de moins de 15 ans, 91 femmes, 33 hommes et 03 femmes enceintes.¹⁸¹ Les faits, à ce niveau, parlent d'eux-mêmes.

¹⁷⁹ MINSANTE, Directives nationales pour les soins maternels et néonataux au Cameroun (avec la collaboration du Projet d'appui à la santé maternelle, néonatale et infantile au Cameroun), juin 2020, p. 9.

¹⁸⁰ Fondation Chantal Biya, (1994-2020). 26 ans d'engagement..., p. 23.

¹⁸¹ *Ibid*, p.25.

III- LES ACTIONS DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENTS MEDICAUX AU BENEFICE DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE ET NEONATALE

La Fondation Chantal Biya, à travers ses institutions sanitaires connexes s'active de manière concrète dans le processus de prise en charge et de traitements obstétricaux et néonataux urgents ou à titre préventif. La présente partie vise à en donner un aperçu certain. Les actions qui seront étudiées concernent notamment les soins prodigués pendant la grossesse et l'accouchement, les soins immédiats pour nouveau-nés et la prise en charge des complications maternelles et néonatales.

A. Les soins pratiqués pendant la grossesse et l'accouchement

Dans la vision de l'Organisation Mondiale de la Santé, toutes les femmes enceintes, sans distinction quelconque, ont pleinement droit à des soins de haute qualité avant, pendant et après l'accouchement. Cela comprend notamment les soins prénatal, néonatal, postnatal et même de santé mentale. Ces différents principes sont clairement formulés dans le code d'actions de la Fondation Chantal Biya. Ainsi, celle-ci, dans son système de promotion de la santé maternelle pendant et après la grossesse met en pratique :

- Le traitement des patientes avec respect et dignité
- Elle exige la présence constante d'un compagnon de choix présent lors de l'accouchement si possible ;
- La Fondation Chantal Biya effectue constamment un travail de communication claire au travers de son personnel de maternité ;
- Elle applique une batterie de stratégies appropriées pour soulager les femmes enceintes ou nouvellement mères, de la douleur ;
- Elle veille, pendant la phase de travail, pour que la femme puisse accoucher dans une position de son choix.¹⁸²

En outre, les équipes médico-hospitalières de la Fondation Chantal suivent constamment, les principes de la norme nationale Pour les stades du travail (1, 2 et 3) et le post-partum immédiat, sans oublier le respect, plus ou moins strict, des mesures de l'Infection Prévention Contrôle. En cas de suspicion, ou encore de cas confirmé, si la femme n'est pas en travail, le personnel médical de la Fondation retarde habituellement l'induction / l'accouchement pendant la période d'isolement fixée à 14 jours.¹⁸³

¹⁸² MINSANTE, Directives nationales pour les soins maternels..., p.4

¹⁸³ *Ibid.*

D'autre part, au sein de cette institution, le travail et l'accouchement n'ont généralement pas lieu dans la même pièce. C'est pourquoi, il existe d'ailleurs une Unité pour les accouchements. Ici également, l'offre de soins aux patients (couple mère / nouveau-né) est généralement individualisée en fonctions des besoins. Des indications maternelles, obstétricales et fœtales sont plus ou moins prises en compte selon chaque cas. Dans certains cas, la surveillance de la mère et du fœtus pendant le travail n'est pas moins fréquente, ainsi que la mesure de la saturation maternelle en oxygène effectuée toutes (ou presque) les heures. Cela, au niveau de la Fondation Chantal Biya, vise l'atteinte d'une saturation en oxygène supérieure à 94%.¹⁸⁴

Les services de santé maternelle et reproductive de la Fondation Chantal Biya œuvrent à la stabilisation de l'état de la femme et du nouveau-né, avec la mise à la disposition de traitements médicaux standards comme dans le cas d'autres urgences obstétricales (hémorragies¹⁸⁵, pré-éclampsie¹⁸⁶, aseptis¹⁸⁷, asphyxie¹⁸⁸, prématurité¹⁸⁹, petit poids de naissance¹⁹⁰, infection nosocomiale¹⁹¹ etc.).¹⁹²

B. Service de Néonatalogie A et B et l'action obstétricale

Le service reçoit en moyenne 241 patients par mois, dont les âges varient entre 0-28 jours. Des nouveau-nés reçus, 6 (2,48%) avaient été transférés vers d'autres formations sanitaires pour une meilleure prise en charge. Les mois de janvier et février 2017 sont ceux ayant eu le nombre d'admission le plus élevé avec respectivement 34 nouveau-nés (14,1%) suivi du mois de mai avec 32 patients (13,27%), au contraire du mois d'avril pendant lequel le taux d'admission était le plus bas, soit 11 nouveau-nés donc 4,46%.¹⁹³

¹⁸⁴ MINSANTE, Directives nationales pour les soins..., pp. 4-5.

¹⁸⁵ « Libération de sang à partir d'un vaisseau sanguin rompu, à l'intérieur ou à l'extérieur du corps », in <https://www.Elsan.care>, consulter le 13 janvier 2023 à 8h00.

¹⁸⁶ Complication potentiellement dangereuse durant la grossesse, caractérisée par une hypertension artérielle. Elle apparaît après 20 semaines de grossesse chez une femme présentant une tension artérielle normale.

¹⁸⁸ Etat pathologique déterminé par le ralentissement ou l'arrêt de la respiration.

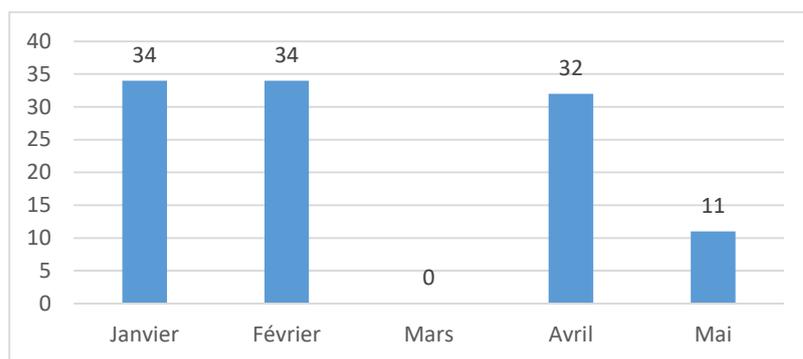
¹⁸⁹ Naissance qui intervient avant la 37^e semaine de grossesse (car une grossesse normale c'est environ 40 semaines).

¹⁹⁰ Poids de naissance inférieur à 2500g.

¹⁹¹ Infection contractée au cours d'un séjour dans un établissement de soins.

¹⁹² *Ibid.*

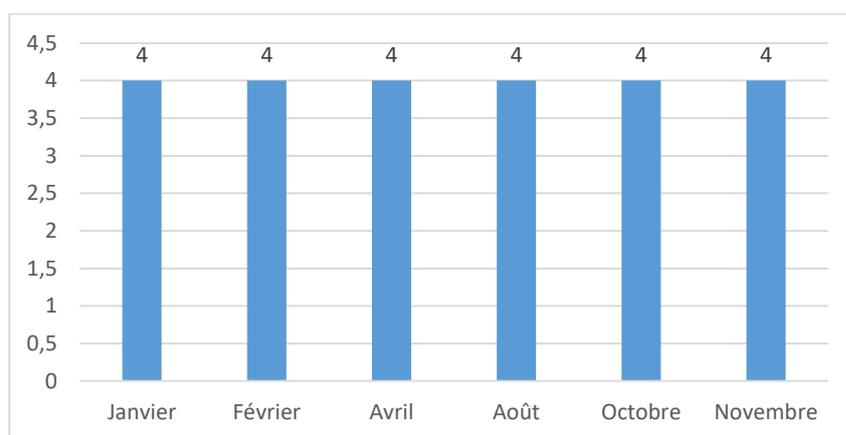
¹⁹³ Fondation Chantal Biya, Rapport d'activités 2020. Synopsis VIP, p. 11.

Graphique 5: Effectifs d'admission par mois au service de Néonatalogie A

Source : Faits sur Excel à partir des données du Minsanté, directives pour les soins... ; pp.6-7.

La pathologie la plus retrouvée était l'ictère néonatal¹⁹⁴ associé à la prématurité, 57 patients, soit 27,65% ; suivi de l'ictère néonatal et une infection bactérienne probable ou confirmée. Les petits poids de naissance étaient la quatrième morbidité la plus représentée, soit 41 admissions et 17,01%. Un total de 21(8,71%) sorties contre avis médical ont été enregistrées au cours de l'année et le mois de Mars a été celui pendant lequel il a été répertorié le plus de décharges soit 8, donc 38,09%.¹⁹⁵

Les mois de mars, avril et juillet ont eu des durées moyennes d'hospitalisation les plus élevées (17 jours) ; suivis de près du mois de juin avec 16 jours. Le mois de mai arrivait en dernier avec une durée moyenne de 9 jours.¹⁹⁶ Le taux de mortalité total était de 12,86%. Le mois d'avril avait la mortalité la plus élevée, suivi du mois de février et en 3^e position le mois de juin.¹⁹⁷

Graphique 6: Effectifs d'infectées nosocomiales en 2017-2018

Source : Faits sur Excel à partir des données du Minsanté, directives pour les soins... ; pp.6-7.

¹⁹⁴ Maladie du foie qui provoque un jaunissement de la peau et des yeux du nouveau-né. Il est plus fréquent chez les prématurés causés par un foie insuffisamment développé.

¹⁹⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ *Ibid.*

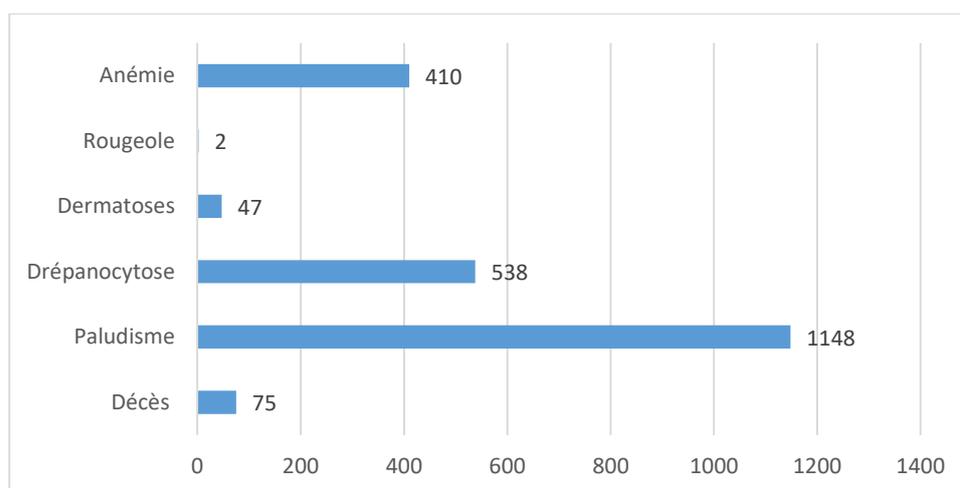
Quant au Service de Néonatalogie B, il a reçu au total 631 patients dont les âges variaient entre 0-28 jours. Des nouveaux nés reçus, 18, soit 2,85% avaient été transférés vers d'autres formations sanitaires pour une autre prise en charge. Les mois de février et mars étaient ceux ayant eu le nombre d'admission le plus élevé avec respectivement 80 (12,67%) et 78 (12,36%) nouveau-nés, au contraire du mois d'août pendant lequel le taux d'admission était le plus bas, soit 35 (5,7%). La pathologie la plus retrouvée était l'infection néonatale 394, soit 62,44%. Suivie de l'ictère néonatal, avec 70, soit 11,09%. Le Service a enregistré un total de 36 (5,7%) cas d'infections nosocomiales et les mois de janvier, février, avril, août, octobre et novembre sont ceux ayant connu le plus de cas, soit 4 (11,11%) chacun. Au cours de la même année, il a été dépisté 27 cas d'infection au VIH, soit 4,27%.¹⁹⁸

Les mois d'avril et mars ont eu des durées moyennes d'hospitalisation les plus élevées avec respectivement 9 jours et 8 jours. Concernant les taux d'occupation des lits, le mois de mars est celui ayant le plus haut taux, 78,66%.¹⁹⁹

C. Le Service des Urgences, d'Hémo-oncologie, de Petite chirurgie et de soins intensifs

Au cours de l'année 2017-2018, le Service des Urgences a enregistré au total 4826 admissions parmi lesquels un total de 75 décès, soit 1,55%. Aussi, la pathologie la plus récurrente était le paludisme, avec 1148 cas (23,78%) ; suivi des cas de drépanocytose, 538 soit 11,14% et en dernier venait les dermatoses, soit 47 (0,9%). Au cours des trois derniers mois de la même période, le service des Urgences a enregistré au total 2 cas de rougeole mais aucun cas de décès lié à la pathologie. Parallèlement, 410 cas d'anémie ont été enregistrés.²⁰⁰

Graphique 7: Décès et anomalies enregistrés en services d'urgences en 2017-2018



Source : Faits sur Excel à partir des données du Minsanté, directives pour les soins... ; pp.7-8.

¹⁹⁸ Fondation Chantal Biya, Rapport d'activités 2020, pp.11-12.

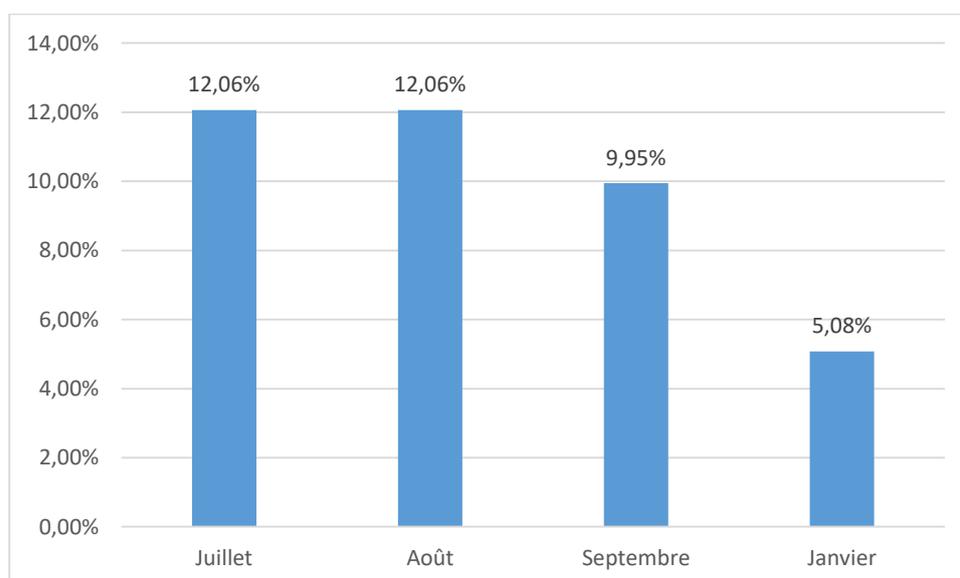
¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ Fondation Chantal Biya, Services de Pédiatrie (Nourrissons, & Grands enfants, p.3.

Le Service d'Hémo-oncologie a, à la même période, reçu au total 472 patients âgés de 29 jours et plus. Aux mois de juillet, août et septembre, on a constaté un nombre d'admission hautement élevé, respectivement 57 (12,06%) et 47 (9,95%) nouveau-nés contre le mois de janvier pendant lequel le taux d'admission était le plus bas, soit 5,08% d'admissions. Les affections les plus courantes, au sein de ce Service de la Fondation Chantal Biya étaient les tumeurs, dont 159 patients, soit 33,68%. La pathologie la plus retrouvée était la leucémie, avec 112 cas, soit 23,72%, suivie du lymphome de Buritt avec 90 patients (19,06%).²⁰¹

D'autre part, les mois d'octobre et novembre ont été marqués par des données moyennes de séjour les plus élevés, respectivement 29 et 24 jours minimum. Concernant le taux d'occupation des lits, le mois d'octobre est celui ayant le plus haut taux, soit 64,58%. La Fondation Chantal Biya a relevé un taux de mortalité de 9,11% tandis que le mois de septembre avait la mortalité la plus élevée avec 19,15%.²⁰²

Graphique 8: Taux d'admission au Service d'Hémo-oncologie en 2017-2018



Source : Faits sur Excel à partir des données du Minsanté, directives pour les soins... ; pp.7-8.

Le Service de Petite Chirurgie n'est pas en reste. En effet, les données récentes indiquent qu'il a reçu au total 229 patients dont les âges variaient entre 29 jours et plus. Les mois de février et septembre sont généralement ceux ayant le nombre d'admissions le plus élevé, depuis les dix dernières années, avec en moyenne 59 (25,76%) et 45 (19,65%) patients. Au contraire, sur le même intervalle d'une dizaine d'années c'est-à-dire entre 2008 et 2019, le mois de mai connaît un taux d'admission et de prise en charge le plus bas, avec 4 patients, soit

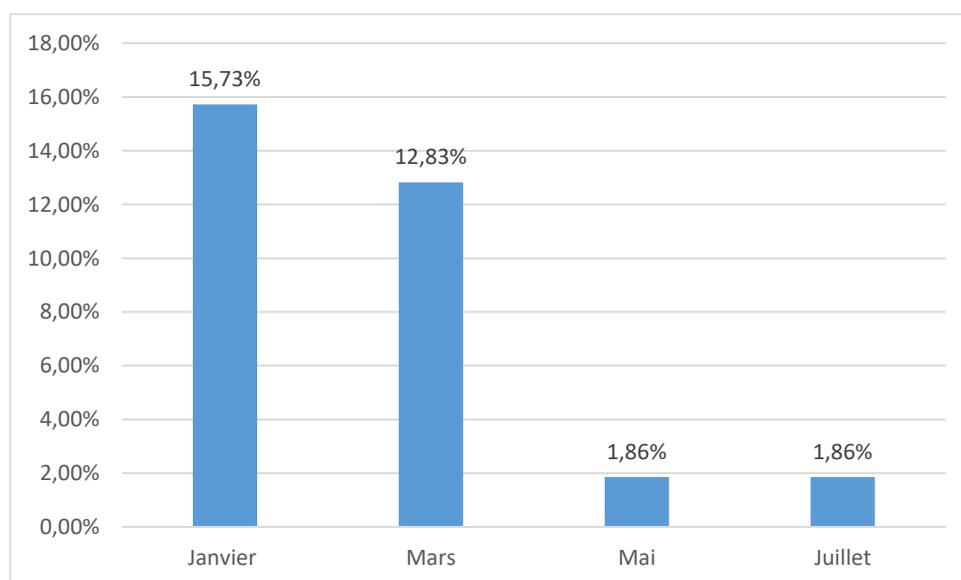
²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² *Ibid.*, pp.3-4.

1,74%). Pour suppléer aux actions médico-sanitaires entre ses services hospitaliers, la Fondation Chantal Biya a misé sur le Service des Soins Intensifs.²⁰³

En effet, sur un intervalle de dix ans (2008-2019), ce Service reçoit et prend en charge, en moyenne 483 patients, dont les âges varient entre 29 jours et plus. Sur cette même période, il apparaît que les mois de mars et janvier demeurent ceux ayant eu le nombre d'admission le plus important, avec respectivement 76 (15,73%) et 62 (12,83%). Et ceci, à une différence nette avec les mois de mai et juillet pendant lesquels les taux d'admission étaient les plus bas, avec 9 (1,86%)²⁰⁴. Les données illustrent que la pathologie la plus souvent retrouvée est le paludisme grave, avec en moyenne 157 patients (32,5%), suivie de la méningite bactérienne avec 50 admissions (10,35%). Sur cet intervalle, il est avéré que les mois de juillet et de septembre connaissent des durées moyennes de séjour les plus élevés, respectivement 8 et 7 jours. En matière de soins intensifs, le taux de mortalité total était de 13,7%. Toutefois, sur tout cet intervalle, les mois d'avril et d'août présentent les indicateurs de mortalité les plus élevés, avec 27,27% et 25% respectivement.²⁰⁵

Graphique 9: Taux d'admission au Service d'Hémo-oncologie en 2017-2018



Source : Faits sur Excel à partir des données du Minsanté, directives pour les soins... ; pp.8-9.

Au demeurant, il était question dans ce chapitre d'étudier les actions et les réalisations engagées par la fondation Chantal Biya en matière de santé maternelle, reproductive et néonatale. Dans cette démarche, l'intérêt scientifique a porté sur une présentation générale du cadre structurel dans lequel s'inscrit l'agenda d'action de la Fondation Chantal Biya et ses

²⁰³ *Ibid.*

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ Fondation Chantal Biya, Rapport d'activités 2020. Synopsis VIP, p.5.

structures connexes. Les actions, dans un premier temps, s'articulent dans le cadre socio-sanitaire mais, comme l'exige l'objet d'étude, un accent particulier a été mis sur le volet de la santé maternelle, reproductive et infanto-juvénile au sein de cette organisation. Il ressort qu'en la matière, les actions sont perceptibles en matière de consultations pré et postnatales, de campagnes de sensibilisation et des actions caritatives diverses. Celles-ci, comme on a pu le constater, concerne l'octroi des dons et des campagnes de vaccination. Le troisième axe de l'analyse a mis en relief les types de soins pratiqués au profit des femmes pendant et après la grossesse. Aussi, la Fondation Chantal Biya œuvre à la prise en charge obstétricale et néonatalogique pour enfant. Parallèlement, certains de ses Services contribuent largement à la prise en charge de cas urgents, avec des prises en charge sous forme de petite chirurgie et des soins intensifs.

CHAPITRE IV :

**MANQUEMENTS, ENTRAVERES ET PERSPECTIVES
DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA
EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE
MATERNELLE ET NEONATALE**

Après l'analyse des actions et des réalisations de la Fondation Chantal Biya pour ce qui est de la santé maternelle et néonatale dans le chapitre précédent ; le présent chapitre examine les manquements et les entraves dans cette structure. Quelques suggestions sont également présentées, dans l'optique d'une amélioration de la situation de cette Fondation.

L'étude précédente a probablement fournie un aperçu certain sur l'apport de la fondation Chantal Biya, en l'occurrence le Centre Mère et Enfant. Pour le rappeler, cet apport a pu être décelé à divers niveau ; ceci dans l'optique de promouvoir la santé reproductive et néonatale. Cependant, les actions menées par la Fondation Chantal Biya se caractérisent parallèlement par des manquements et des entraves. Ce qui par conséquent contribue dans une certaine mesure à compromettre son dynamisme et sa réputation. Au-delà de ces aspects, le présent chapitre aura pour objectif une mise en lumière assortie de quelques suggestions.

**I- LES MANQUEMENTS DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE
MATERNELLE ET INFANTILE AU SEIN DE LA FONDATION CHANTAL BIYA**

A ce niveau, il s'agira de mettre en exergue quelques manquements majeurs observés et relevés à partir des enquêtes de terrain et de sources documentaires.

A- Les coûts élevés du suivi pré et post-natal

Au Cameroun en général, et depuis plusieurs années, on constate une augmentation exponentielle des coûts de traitement en matière sanitaire. Ce qui est davantage déconcertant, c'est le fait que ce phénomène n'épargne nullement le secteur de la santé reproductive, maternelle et néonatal. En effet, qu'il s'agisse des formations sanitaires, publiques, parapubliques ou privées, la réalité est à peu près identique.²⁰⁶En ce qui concerne la fondation Chantal Biya, l'un des principaux manquements flaquant est observable au niveau des coûts

²⁰⁶ Entretien avec M.Ela, 38 ans représentant de Helen Keller International, Yaoundé, 30 Mai 2023.

du suivi pré et post-natal. Pour le rappeler, le suivi prénatal renvoie à l'ensemble des normes et des dispositions médicales structurées sous formes de conseils, d'approche pédagogique et de prise en charge orientés dans l'optique du suivi des femmes enceintes. Ce processus inclut des conseils, des phases de sensibilisation, des examens à effectuer avec pour visée majeure l'accompagnement des jeunes filles et des femmes en état de grossesse. Par ailleurs, dans l'inconscient collectif, la réputation de la Fondation Chantal Biya est quelque peu entamée par le problème des coûts élevés du suivi pré et post-natal. Dans les faits, et à partir des observations, cette situation est difficile à récuser et à contester.

De manière concrète, la Fondation Chantal Biya propose une gaine de services pré et post natal. Toutefois, il apparaît que ces coûts sont particulièrement élevés pour l'écrasante majorité des ménages camerounais et des patientes. A n'en point douter, la conjoncture socio-économique du Cameroun, le coût de plus en plus élevé de la vie ne favorisent pas les patientes qui se rendent au sein de cette formation sanitaire. Il est avéré que plus de 75% de la population camerounaise dépend du secteur informel et vit avec moins d'un dollar par jour.²⁰⁷ Partant de ce constat, les services sanitaires proposés par la FCB en matière de suivi prénatal ne sont pas accessibles aux personnes démunies ou de modeste condition sociale. Aussi, il convient de rappeler que les différentes étapes du suivi prénatal par exemple doivent être directement payées par les patients.

Autrement dit, les visites, les conseils prénataux, la sensibilisation, les prescriptions médicales, les examens, etc., font l'objet d'une sorte de marchandisation.²⁰⁸ Ce point de vue semble davantage être confirmé par le témoignage d'une ancienne patiente pour le suivi de sa grossesse :

En 2016, après un test de grossesse qui s'avère positif, une tante maternelle qui travailla autre fois au sein du Centre Mère et Enfant me conseilla d'aller y effectuer les visites prénatales. Au début, tout avait l'air normal ; car le médecin gynécologue qui me suivait se montrait gentil et cordial. Cependant, lorsque j'ai pris la mesure de la situation en constatant que les coûts du suivi et des visites étaient largement élevés par rapport à ceux des travaux publics, j'ai compris assez vite que mon fiancé et moi ne pouvions pas tenir. Aussi, dans le suivi prénatal au sein de la fondation. Il existe de nombreuses étapes dont les moindres sont particulièrement coûteuses pour les Camerounais de modeste condition. Certaines consultations faites par des gynécologues notamment dépassent 20.000F la séance. Cette situation, devenue intenable, ne m'a pas permis de terminer tout le processus au sein des services de cette institution.²⁰⁹

Ce témoignage ne donne qu'un modeste aperçu sur l'ampleur de la réalité. En fait, tout semble indiquer que les principales étapes du suivi parental perçus globalement, sont cinq à

²⁰⁷ MINFI, *50 ans de l'économie camerounaise*, 2011, p. 7.

²⁰⁸ Anonyme, 36 ans, infirmière stagiaire au Centre Mère Enfant de la Fondation Chantal Biya, Yaoundé, 23 Août 2023.

²⁰⁹ Entretien avec Madeleine Tchafack Kamdem, 39 ans, institutrice et ancienne patiente du Centre Mère et Enfant de la Fondation, Yaoundé, 24 Juin 2023.

sept fois plus élevées que les taux fixés au sein des hôpitaux et formations sanitaires publics. A cela s'ajoute le problème du coût élevé du suivi post natal. Selon le Docteur Manguele Jean-Claude, le suivi post-natal renvoie à l'ensemble des dispositions inhérentes à la prise en charge et à l'accompagnement des femmes après l'accouchement. C'est une étape déterminante qui met toujours en avant des consultations, des conseils des examens et des traitements en fonction de l'état de santé de la patiente.²¹⁰

Au-delà de cette clarification conceptuelle, il convient de rappeler que les coûts élevés du suivi s'observent également au niveau post-natal. La réalité demeure donc globalement identique. En effet, le suivi post-natal constitue une étape capitale pour les femmes en phase post-grossesse. Cela tient du fait que bon nombre d'entre elles est souvent victime de certaines pathologies ou de complications survenues pendant la grossesse ou après parturition. Cette situation pas toujours prévisible à l'absolu nécessite une prise en charge et un suivi rigoureux. Le problème se situe au niveau des coûts trop élevés observables au Centre Mère et enfant de la Fondation Chantal Biya.²¹¹

Tableau 10: Présentation de prestations sanitaires et de leurs prix au sein de quelques centres hospitaliers de Yaoundé

Prestations sanitaires	Fondation Chantal Biya	Hôpital Central	Hôpital Général	CHRACERH
Examens				
NFS (Numérotation de Formule Sanguine)	5.000	4.000	4.000	8.000
GE (Goutte Epaisse)	2.500	1000	1000	2.000
TH (Taux d'Hémoglobine)	3000	2.000	2.000	4.000
PCV+ATB	10.000	8.000	8.000	16.500
GS+électrophorèse	7.000	5.000	5.000	10.000
HIV/LAV	3500	2.000	2.000	4.500
Hépatites B, C	11.000	8.000	8.000	18.000
TPHA	6.500	4.000	4.000	9.000
Mycoplasme	12.000	9.000	9.000	18.500à 20.000
VS (Vitesse de sédimentation)	4.000	2.000	2.000	6.000
Echographie	13.000	10.000	10.000	10.000F
Coût moyen de la chambre	15.000	10.000 à	10.000	15.000F

²¹⁰ Entretien avec Jean Claude Manguele, 51 ans, Médecin radiologue au Centre médico-social de l'Université de Yaoundé I, Yaoundé, 24 Juin 2023.

²¹¹ Entretien avec Thierry Kondé Nla'a, 33 ans, Médecin généraliste à la Croix Rouge-Cameroun et ancien stagiaire à la FCB, Yaoundé, 28 mars 2023.

d'hospitalisation		12.000		
Coût de l'opération par césarienne	250.000 sans Kits	150.000	250.000 sans kits	200.000F + achat de 3kits accouchement : 40.000F anesthésie : 160.000F Chirurgie : 80.000F
Coût d'autres types d'opération liés à la grossesse		100.000F ; 50.000F 10.000F		

Source : Tableau conçu sur la base d'enquête de terrain et d'entretiens avec les Dr. Thierry Konde et Jean-Claude Manguele, les 28 au 30 Mars 2024 à Yaoundé.

En outre, les informations recueillies tendent clairement à démontrer que le suivi post-natal est bien plus coûteux que le suivi prénatal. Comme nous l'avons dit plus haut, cet état de chose est intimement lié à de nombreux facteurs incluant entre certaines complications post-grossesse. Le suivi et la prise en charge se déploient suivant des procédés et des méthodes nettement différentes de celles de la période prénatale. Certes, les services du Centre Mère et Enfant offrent une gaine en matière de prise en charge et de suivi ; en même temps, les coûts sont quatre à six fois plus élevés que la moyenne des formations sanitaires publiques. Cela est notamment observable en ce qui concerne les complications à caractère obstétricale elles-mêmes, nécessitant une intervention chirurgicale.²¹²

B- Coûts élevés des traitements pré et post-natal

En réalité, les aspects précédemment analysés fournissent les informations et indications capitales pour la présente rubrique. A la seule différence qui est la problématique est abordée sous l'angle des coûts élevés des traitements pré et post-nataux. Avant d'entrer dans le vif du sujet, il serait judicieux de définir ce que l'on entend par traitement "pré et post natal". On entend par traitement prénatal l'ensemble des procédures structurées et implémentées selon des normes médicales tout en s'intégrant dans la prise en charge des femmes patientes avant l'accouchement. Aussi, le traitement prénatal pourrait renvoyer à une prise en charge médicale sous la houlette d'un médecin ou d'un spécialiste en vue de favoriser le processus devant aboutir à l'accouchement de l'enfant. Ce traitement prénatal peut inclure la médication contre une maladie, des soins à prodiguer mais également des conseils et le

²¹² *Idem.*

suivi censé aller avec.²¹³ A la Fondation Chantal Biya et ses services sanitaires connexes, les coûts élevés de traitements prénataux ne sont pas une fiction. En effet, tout ce qui se rapporte au traitement médical dans cette institution constitue un tremplin ou des dépenses pour les usagers et les patientes qui s'y rendent.

Les coûts de traitements pré et post-nataux sont nettement plus élevés dans les structures sanitaires privées par rapport à celles publiques. Cette réalité n'est pas surprenante étant donné que le suivi et l'offre de soins sont généralement plus garantis dans les formations sanitaires privées. Les structures sanitaires rattachées à la Fondation Chantal Biya à l'instar du Centre Mère et Enfant contribuent à confirmer le point de vue du départ. Il serait par ailleurs judicieux d'analyser ce qu'il en est des coûts de traitements post-nataux.

En effet, les formations sanitaires rattachées à ladite Fondation proposent une gamme très riche de traitements sanitaires pour la phase post-natale. D'ailleurs, le chapitre précédent a fourni un aperçu certain. Toutefois, les faits démontrent à juste titre que les coûts de traitement post-natal orientés pour la prise en charge de la mère comme de l'enfant, sont particulièrement onéreux (coûteux). Dans les faits, les traitements les plus onéreux sont généralement ceux qui font intervenir des opérations chirurgicales et les soins obstétricaux. Cela concerne les femmes dont la grossesse et la phase post-accouchement ont été marquées par des complications.²¹⁴ Les types de complications les plus courantes sont représentées par des déchirures et des grossesses extra-utérines. Ces problèmes nécessitent des traitements, lesquels impliquent des coûts financiers pour les malades. Au sein de la Fondation Chantal Biya, les coûts de traitement liés au suivi post-natal demeurent particulièrement élevés. Dans l'ensemble, elles ne sont pas à la portée des patients de modeste condition sociale.²¹⁵

Célestine Biloa Ngonu nous fournit un témoignage qui rend compte de ces réalités :

Il y a quelques années, une de mes sœurs aînées se rendit au Centre Mère et Enfant pour son suivi post-natal. Il faut savoir qu'en 2015, elle était âgée de 33 ans. Le suivi prénatal se passait normalement. Cependant, les dernières visites révélèrent des jumeaux de sexes opposés mais ayant un poids dépassant 3.3 kg. Les médecins de la Fondation préconisèrent par la suite le recourt à la césarienne. Le jour de l'accouchement, ils affirment que la grossesse était à risque et qu'il était impossible que celui-ci se déroule sans complication(s) éventuelle(s). Effectivement, la césarienne fut pratiquée. Elle coûta avec les kits exigés, plus de 550.000F. Toutefois, il s'avéra que l'utérus fut affecté pendant l'opération : ce qui nécessita une autre opération chirurgicale. Evidemment, tout cela impliquait un coût très élevé pour le suivi et le traitement post-natal au sein de la FCB. Le mari de ma sœur, c'est-à-dire mon beau-frère, qui exerçait de petits métiers dans la vie active, fut très affecté

²¹³ Entretien avec Calixte Nathalie Ngobi, 33 ans, infirmière en service à l'hôpital de la garnison Militaire d'Edéa, Yaoundé, 04 octobre 2023.

²¹⁴ Entretien (par téléphone) avec Calixte Nathalie Ngobi, 33 ans, infirmière en service à l'hôpital de la garnison militaire d'Edéa, 04 octobre 2023.

²¹⁵ Entretien avec Eliane Nsouandélé, 58 ans, infirmière retraitée anciennement en service à l'hôpital Central de Yaoundé et au Centre Mère Enfant de la FCB, Yaoundé, 06 octobre 2023.

lorsque les coûts de traitement lui furent présentés par le service concerné. Une bonne partie de ses économies fut orientée dans ce but.²¹⁶

D'autres dires ne manquent pas pour confronter la réalité qui nous intéresse. C'est le cas d'Anastasia Kamdem qui nous a révélé sa propre expérience :

En 2019, après avoir suivi toutes les étapes prescrites pour le suivi prénatal, je suis parvenue à terme sans grandes difficultés. Toutefois, la première inquiétude exprimée par le personnel médical de l'une des formations sanitaires de la FCB située à Ngoussou révéla un poids important du bébé, c'est-à-dire 4,95kg. A priori, tout était normal y compris le jour de l'accouchement. J'ai ressenti de fortes douleurs pendant la sortie du bébé et ses larges épaules n'ont pas facilité sa libération. En fait, le bébé, de sexe masculin fut pendant quelques instants bloqués à cause de ses épaules. J'ai pu pousser en éprouvant d'atroces douleurs au niveau du bas-ventre et dans mon appareil génital. Brusquement, le sang se mit à couler mais l'enfant a pu sortir. Cette coulée fut considérée comme anormale à cause de la quantité relativement importante. Les médecins et infirmières affirmaient qu'il y a complication post-natale.

J'ai pu les entendre dire : ‘‘ elle a sûrement une grave déchirure’’. J'ai perdu connaissance et à mon réveil, je me suis retrouvée dans un pavillon où il y avait une grande salle avec des blocs opératoires. Ma famille attendait tout à côté. Lorsque certains membres de la famille ont été autorisés à me rendre visite, le chirurgien présent n'a pas manqué de rappeler que ma situation nécessitait une opération urgente étant donné que ma déchirure était relativement grande. J'avais pu bénéficier des premiers soins mais il était question de recoudre la partie déchirée. Ma famille a demandé combien cela pouvait coûter. on nous demanda de prévoir 630.000 F. Il était question d'une prise en charge, mais le coût était élevé au point où certains membres de la famille ont commencé à regretter d'être venus à la Fondation. Il fallut mobiliser encore au moins 217.000F Le suivi post-natal jusqu'ici était très coûteux et plus encore avec les complications qui nécessitaient un traitement adéquat.²¹⁷

Il s'agit là d'un témoignage éloquent qui illustre la réalité des coûts élevés des traitements pour la phase post-natale à la Fondation Chantal Biya. Dans un premier temps, l'objectif consistait essentiellement à donner un aperçu sur la persistance et la récurrence d'un phénomène constamment décrié par de nombreux usagers et des patientes.

Aussi, après enquête, tout donne ici l'impression que les coûts de traitement post-nataux ne sont pas à la portée de toutes les bourses. En réalité, il faut bien admettre que les coûts ne sont pas en phase avec les normes tarifaires décidées par l'Etat et le MINSANTE. A côté de cela ; il serait judicieux de questionner cet aspect mais en prenant les cas d'enfants souffrant de maladies congénitales.

Pour l'illustrer, prêtons une oreille attentive au témoignage d'une jeune mère :

En 2014, j'étais à terme, ma grossesse me menaçait énormément et mon suivi pré-natal se faisait dans un hôpital public de Yaoundé. Une de mes cousines infirmière contractuelle dans une clinique catholique me conseilla de me rendre dans l'une des formations sanitaires de la FCB pour l'accouchement. Elle me donna ce conseil pour deux raisons : la première raison était liée au fait que la clinique dans laquelle elle travaillait n'avait plus de place au sein de son pavillon maternité et la seconde était en rapport avec les moyens et les capacités logistiques pour le suivi post-natal. J'ai pu accoucher sans grande difficulté dans l'une des formations sanitaires de la FCB situé à NGOUSSO. Toutefois, l'enfant est né très petit avec un poids anormal et son cœur battait très faiblement. Le médecin et les infirmières m'ont fait savoir que le bébé avait besoin d'une prise en charge urgente. Aussi, mon petit ami ainsi que ma mère furent rapidement informés de la situation. Après avoir été rassurés par le personnel médical, on leur a fait comprendre que le bébé avait des problèmes congénitaux.

Par conséquent, mon petit ami et ma mère ont demandé ce qu'il fallait. Le médecin leur a fait savoir que tout leur sera communiqué après examen minutieux de l'état de l'enfant. L'enfant n'était

²¹⁶ Entretien avec Célestine Biloa Ngono, 31 ans, commerçante à Yaoundé, Yaoundé, 17 septembre 2023.

²¹⁷ Entretien avec Anastasia Kamdem, 42 ans, ménagère, Yaoundé, 29 août 2023.

pas prématuré mais il a été mis en couveuse avec assistance respiratoire. Le lendemain soir, le premier versement fut effectué mais le médecin nous a fait savoir que la prise en charge néonatale devait se faire sur plusieurs mois, quatre minimums. Nous étions rassurés jusqu'au moment où les taux nous ont été communiqués. La joie et l'enthousiasme du départ ont malheureusement été remplacés par une amertume. Tout cela était lié au coût très élevé du traitement néonatal. (taux) la prise en charge cardiaque s'est avérée le traitement le plus coûteux, nous devrions par conséquent mobiliser au moins 120.000 à 210.000, sinon plus de 700.000 F en cas d'opération chirurgicale cardiaque.²¹⁸

Ce témoignage à l'instar des précédents, donne une idée certaine des coûts élevés non seulement de la césarienne, des soins obstétricaux, mais également du suivi post-natal avec ou sans complications. Sans être exhaustif, il s'agit là de quelques faits qui illustrent à n'en point douter que tout ce qui relève de la prise en charge durant la phase de grossesse au sein de la FCB et de ses institutions hospitalières n'est pas à la portée de toutes les bourses.

C- L'irrégularité des actions caritatives

Les études faites dans le chapitre précédent ont donné un éclairage certain sur la promotion des actions caritatives au sein de la FCB. L'on a d'ailleurs pu constater que les différentes formations sanitaires rattachées à celle-ci s'investissent à divers niveaux et de différentes façons dans les actions caritatives. Toutefois, les enquêtes et un regard critique laissent cependant penser que ces actions caritatives restent à relativiser. En effet, sans nier l'apport de ces actions et œuvres, il apparaît que celles-ci présentent une caractéristique d'irrégularité criarde. Dans la mesure où précisément, les actions caritatives sont extrêmement discontinues. Cela signifie qu'elles ne se déroulent pas de manière constante, régulière et soutenue.²¹⁹

Il se pose donc un problème fondamental à ce niveau : les œuvres et actions caritatives au sein de cette formation ne paraissent pas suffisantes face à la mortalité maternelle et néonatale. En filigrane, même si on peut saluer et soutenir les initiatives impulsées en ce sens, le caractère inconstant et irrégulier ne paraît pas apte à moyen et à long terme à soulager les peines et les souffrances de ces femmes et enfants qui en bénéficient. En outre, le caractère irrégulier et inconstant des actions dites caritatives semblent s'apparenter à une stratégie visant à promouvoir et à redorer l'image de la Fondation Chantal Biya cela ne signifie pour autant que les œuvres caritatives sont inutiles. Autrement dit, la logique qui les sous-tend laisse clairement supposer que nous sommes dans une logique de promotion de l'image mais parallèlement d'assistantat.²²⁰

²¹⁸Entretien avec Mariama Nfendoum Ndam, 27 ans, Commerçante, à Yaoundé, le 23 septembre 2023.

²¹⁹ Anonyme, 36 ans, infirmière stagiaire au Centre Mère et Enfant de la FCB, au Centre Mère et Enfant de la FCB, le 23 Août 2024.

²²⁰ *Idem.*

Or, la logique d'assistanat observable ne constitue pas absolument une option efficace, efficiente et durable compte tenu de l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun enfin de compte, les faits observés et les enquêtes menées à partir des données disponibles démontent à juste titre, que les actions caritatives impulsées au sein de la Fondation Chantal Biya présentent des caractéristiques irrégulières et inconstantes. Certes, elle constitue des actions à saluer du point de vue moral notamment. Toutefois, l'ampleur et la complexité du problème de la mortalité maternelle néonatale invite l'observateur à relativiser quelque peu la logique d'aide. Car, à moyen et à long termes, les actions caritatives ne constituent pas une option durablement valable et efficace face aux problèmes posés. La mise en lumière d'un tel manquement ne vise qu'à interpeller les uns et les autres sur les choix des stratégies en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.²²¹

II- L'ARCHIVAGE DES DOCUMENTS, LA QUESTION DE LA RESSOURCE HUMAINE SPECIALISEE ET LES PROBLEMES D'ORDRE ETHIQUE

Dans cette rubrique de l'étude, il s'agira d'explorer d'autres manquements et blocages observables au sein de la Fondation Chantal Biya. Les aspects qui seront abordés concernent notamment le problème de l'archivage des documents et des activités, la crise de la ressource humaine spécialisée, l'absence d'un système de maintenance, d'entretien du matériel et la négligence envers les patients démunis.

A- Le problème de l'archivage des documents

L'archivage des documents et des activités constituent un des manquements observables au sein de cette institution. Pourtant, les activités des formations sanitaires telles que le centre mère et enfant sont récurrentes en matière de lutte contre la mortalité néonatale. En effet, les différentes institutions sanitaires rattachées à ladite formation accueillent des dizaines de patients notamment les femmes enceintes mais également de nombreux nouveaux nés. On a pu constater que tous les patients sont enregistrés avant toute prise en charge véritable. Il existe d'ailleurs un service d'accueil et d'orientation qui remplit ce rôle.²²²

Aussi, les femmes qui y accouchent sont enregistrées selon leurs éléments d'identification mais le problème se pose au niveau d'un archivage systématisé et disponible. Il devient très difficile faute d'archivage des activités de connaître avec plus ou moins d'exactitude les statistiques autres données quantitatives relatives à la mortalité maternelle et néonatale au sein de la Fondation Chantal Biya. De surcroît, même la publication de quelques

²²¹ Anonyme, 36 ans, infirmière stagiaire au Centre Mère et Enfant de la FCB, au Centre Mère et Enfant de la FCB, le 23 Août 2024.

²²² Entretien avec Thierry Konde Nla'a, 33 ans, Médecin généraliste et ancien stagiaire à la FCB, le 28 Mars 2023 à l'hôpital de la Croix Rouge.

rapports d'activités et les magazines n'y changent pas grand-chose. Dans la mesure où, il ne s'y trouve point d'informations chiffrées et susceptibles de renseigner avec sérénité sur l'implication réelle de la FCB dans la promotion de la santé maternelle et néonatale.²²³

Un tel constat ne relève pas de la fiction. Car, une meilleure connaissance de l'action de cette institution en faveur de la santé maternelle ne pourrait être mieux évaluée que sur la base des données statistiques mises à la disponibilité du grand public et des chercheurs. D'autre part, certains observateurs n'ont pas manqué de décrire ce problème d'archivage. Les opinions courantes et les observations conjuguées relèvent la persistance d'un manquement structurel aux conséquences insoupçonnables. A la vérité, il est extrêmement difficile de connaître avec certitude et objectivité le nombre de femmes et enfants qui décèdent, le volume quantitatif de celles prises en charge pour des problèmes de santé divers.²²⁴

En d'autres termes, il est indéniable qu'au sein des formations sanitaires de la Fondation Chantal Biya certaines femmes et enfants décèdent. Le plus grave encore est que les informations disponibles demeurent insignifiantes, un peu opaques ou alors enveloppées d'un voile de mystère. Sans être excessif, tout donne l'impression qu'un certain flou est entretenu.²²⁵

B- La crise de la ressource humaine

La problématique de la crise de la ressource humaine spécialisée constitue un autre problème au sein de la Fondation Chantal Biya. Cela ne signifie pas à priori que la ressource humaine fait défaut. Mais ce que nous essayons de mettre en exergue concerne la dimension quantitative de la ressource humaine spécialisée. Le premier pan d'analyse révèle clairement que le problème de la ressource humaine spécialisée dans le secteur sanitaire camerounais en général ne relève ni d'une vue de l'esprit ni d'une quelconque imagination.²²⁶

1. Historique et analyse de la crise du personnel spécialisé

Au début des années 1960 et 1970, le personnel spécialisé comprenait : les techniciens de laboratoire, les manipulations de radiologie, les infirmiers anesthésistes, les kinésithérapeutes et le personnel aide-soignant. Ils recevaient une formation accélérée dans six centres du Cameroun.

²²³ Entretien avec Thierry Konde Nla'a, 33 ans, Médecin généraliste et ancien stagiaire à la FCB, le 28 Mars 2023 à l'hôpital de la Croix Rouge.

²²⁴ Anonyme, 66 ans, Gynécologue retraité, à Yaoundé, le 27 août 2023.

²²⁵ *Idem.*

²²⁶ Fongang, « L'évolution des politiques publiques », p.137.

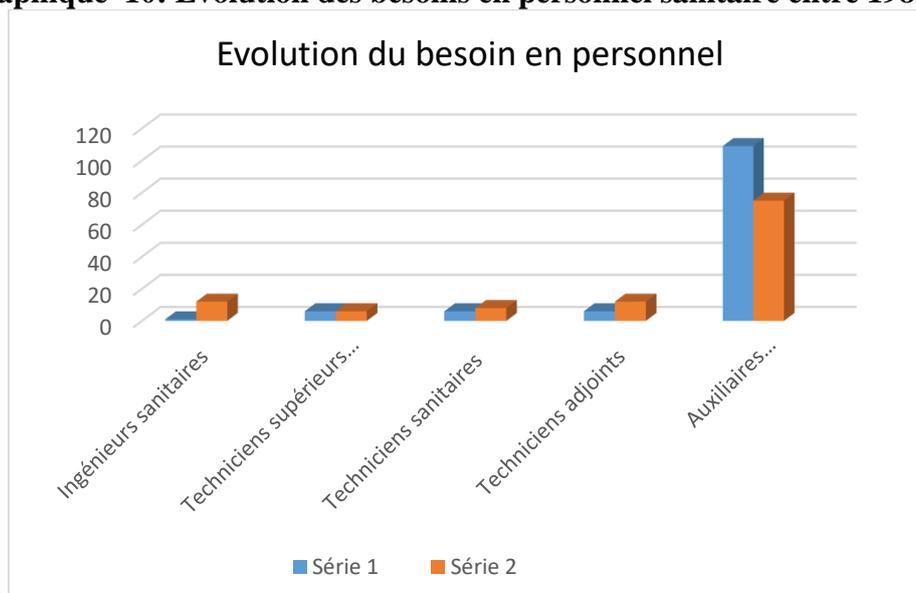
Tableau 11: Situation du personnel en fin 1971

Catégorie	Secteur public	Secteur privé	Total	Perspectives jusqu'en 1980
Sages-femmes	104	16	120	352
Infirmiers diplômés d'Etat	496	160	656	583
Infirmiers brevetés	670	282	952	
Aide soignants	404	176	580	1130
Techniciens adjoints de laboratoire				
TOTAL PAR SECTEUR	1674	634		

Source : Données du rapport de la conférence des Ministres de la santé tenue à Paris en 1972. p.73.

En analysant la structure des ressources humaines pour cette période, il ressort que l'administration centrale, bien qu'ayant élaboré un vaste programme de développement des ressources humaines pour la santé, ne s'est pas donné les moyens nécessaires pour les atteindre, car l'essentiel du personnel provenait de l'assistance technique et surtout, cette formation était dispensée dans les pays étrangers. Bien plus, elle était réservée aux cadres de santé publique dont certains ne se souciaient plus de retourner au pays au terme de leur formation. De fait, au cours des années 1980, les besoins en personnel médical se sont faits croissants, avec un futur compromis par la crise économique qui s'annonçait. C'était là le grand défi à relever par le gouvernement camerounais, et en même temps, qui pouvait justifier les besoins futurs en formation.

Ces besoins concernant tous les corps de métiers dans la santé. Néanmoins nous avons sur la base des données disponibles, effectué une analyse des besoins tels qu'il ressort dans la figure ci-après :

Graphique 10: Evolution des besoins en personnel sanitaire entre 1980 et 1984

Source : Conçu à partir des données collectées dans les documents de politique du MINSANTE.

Sur toute la ligne, le besoin en personnel est resté largement supérieur à celui existant. Ce qui traduit le déficit en personnel sanitaire qui ne pouvait assumer des soins de qualité aux populations. On constate qu'entre 1980 et 1984 ; les besoins en personnel étaient faibles. Or, au milieu des années 80 ; ce besoin a connu une croissance exponentielle allant de 50 à 150 au sens qualitatif et quantitatif.

2. Caractéristiques générales des ressources humaines pour la santé au Cameroun

Dès les années 1975, la population du Cameroun est passée de 7,4 millions d'habitants en 1975, pour atteindre 15,1 millions en 2000. Le taux de croissance annuel se situe à 2,7%, et le taux de croissance urbain à 4,9% plus de 45% de la population réside actuellement en ville. Les indicateurs de santé, qui avaient progressé depuis l'indépendance accusent, sous l'influence de la crise économique, un net fléchissement depuis 1991.²²⁷

Si l'espérance de vie à la naissance est passée de 45,8 en 1960 à 54,3 ans en 1991, et à 59ans en 1998, le taux brut de mortalité de 12,8 en 1991 à 10,1 en 1998, l'état sanitaire de la mère et de l'enfant s'est dégradé. Les femmes et les enfants demeurent les groupes les plus exposés aux risques de mortalité infantile et maternelle encore très élevé. En effet, le taux de mortalité infantile qui était descendu de 170 pour 1000 en 1960 à 65 en 1991 est remonté à 77 en 1998 et le taux de mortalité néo-natale est passé de 33,1 à 37,2. Aussi, il paraît surprenant que l'indice de développement humain soit passé du 124^{ème} rang en 1996 sur 173 au 132^e rang

²²⁷ E. Ngue, « La croissance démographique accélérée de Yaoundé entre 1957 et 1976 », Thèse de Doctorat de 3^e cycle, Bordeaux, 1982, p. 8.

en 1996 sur 173, au 132^e rang sur 175 en 1998.²²⁸ Par ailleurs, 38,5% des habitants sont touchés par la pauvreté, selon l'indice de pauvreté humain (IPH)%.

Les indicateurs de santé dénotent une mauvaise productivité du système, bien que le réseau d'infrastructure soit bien développé et couvre assez bien les besoins du pays. La croissance économique des années 1970, et surtout le boom pétrolier de la première moitié des années 1980 avaient favorisé un développement appréciable des structures de santé. En 1960, il y avait un lit d'hôpital pour 315 habitants et un médecin pour 20.000 habitants. En 1997, selon Tsangsi Joseph, le pays comportait 1031 structures publiques de santé appuyées par 14.292 personnels de santé. En 1996, on estime le nombre de médecins à 1007 et d'infirmiers à 4.363.²²⁹

Une autre évaluation du Ministère de la Santé Publique, avance le chiffre d'un lit d'hôpital pour 456 habitants, d'un médecin pour 11.000 habitants, un infirmier pour 2081 habitants et un aide-soignant pour 3.000 habitants. On compte un hôpital pour 45.000 habitants et un centre de santé pour 12.000 habitants, soit un lit par habitants. Mais ces équipements quantitativement importants non entretenus sont très vite devenus inutilisables. On estime que 20 à 25% d'entre eux sont réellement opérationnels, alors que le taux d'utilisation des hôpitaux est de seulement 30%. Quant au personnel, sous la pression de la crise, des plants d'ajustement structurels et la dévaluation, les recrutements ont été stoppés, suivis d'une baisse considérable de salaire déjà pas satisfaisant. Cela a entraîné une démoralisation accentuée du personnel dont le vieillissement s'accélère au point que beaucoup vont prendre la retraite les années suivantes. Le secteur privé, quant à lui comporte 539 établissements qui appartiennent pour la plupart au secteur confessionnel. En bonne place, le Service de Pharmacie qui opère avec 8 hôpitaux et un personnel de 1315 personnes. Le Département de la Santé, qui regroupe les églises protestantes, gère 147 formations dont 28 hôpitaux avec un personnel de 2,474 employés dont 78 membres et 90 expatriés. Mais le secteur non lucratif se débat dans des difficultés économiques considérables. C'est le cas de plusieurs écoles de formation d'infirmiers du secteur privé confessionnel qui ont dû fermer leurs portes depuis 1986.

A première vue, le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé (médecine curative de diverses spécialités, professionnels de la médecine préventive, professionnel de santé publique, administrateurs de santé,

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ *Ibid.*, pp.9-10.

planificateurs, etc.²³⁰ Seulement, jusqu'en 1999, les statistiques liées au personnel de santé ont révélé des insuffisances notables en personnel. Ainsi, on compte dans les années 2000, un médecin pour 11 000 habitants, un infirmier pour 2000, un aide-soignant pour 3000 habitants. Ces chiffres se situent dans la moyenne observée en Afrique subsaharienne. Les gels de recrutement du personnel de santé à la fonction publique, à l'exception des diplômés de la faculté de médecine ont occasionné le vieillissement du personnel.²³¹

De plus, la gestion du personnel au niveau central ne paraît pas rationnelle. Pour illustration, si l'insuffisance des spécialistes dans les zones périphériques est reconnue au niveau central, il n'en demeure pas moins que des médecins formés et sortis de l'école attendent une éventuelle affectation pendant des longues périodes. Bien plus, on rencontre souvent des personnels formés pour la gestion des districts qui se trouvent au niveau central, alors qu'en même temps, un personnel pas ou peu formé se débrouille tant bien que mal sur le terrain.

A ce problème de rationalisation des ressources humaines en santé, s'ajoutent ceux de la détérioration du cadre de travail, l'absence de récompense des personnels, le niveau bas de salaire toutes choses qui contribuent à la démotivation du personnel. Cet environnement de travail a donné naissance à des pratiques peu enclines à assurer des soins de qualité. Le personnel de santé ainsi "clochardisé" s'est tournée vers une recherche effrénée du gain, parfois plus lucratif que leur profession même. D'autres trouvent des moyens d'escroquer les patients en vue de maintenir un niveau de vie raisonnable.

Par ailleurs, il se pose des problèmes de recyclage et de mise à niveau. En effet, selon les chiffres du MINSANTE (de quel document s'agit-il), jusqu'en 1999, moins de 20% des médecins chefs de district disposent d'une formation professionnelle en management de la santé. Toutes les provinces étaient déjà dotées des écoles de formation. Cependant, ces institutions sont délabrées et manquent de matériel pédagogique, et dispensent des formations désuètes, dont les programmes n'étaient guère pris en compte dans la politique de santé.

Tous ces éléments permettent d'expliquer le contexte actuel de développement des ressources humaines pour la santé, qui demeure une préoccupation. Il devient impératif pour un passage à l'échelle que le Cameroun puisse mettre sur pied des outils et stratégies lui permettant de coordonner les actions de formation, et surtout de mieux gérer l'apport de la

²³⁰ Ngue, « La croissance démographique accélérée ... », p. 8.

²³¹ Ibid., pp.10-11.

coopération dans ces actions, pour qu'on sorte définitivement de cette dissonance tant observée et décriée dans la gestion des ressources humaines.²³²

Néanmoins, on retient que la période de 1960 à 1990 se caractérise par le développement des ressources humaines pour la santé, par la formation du personnel, notamment la création d'institutions sanitaires comme le CUSS en 1969. Toutefois, son financement fait intervenir les partenaires extérieurs tels que l'OMS et le PNUD. Dans les années 1990, la crise économique a altéré tout espoir de l'Etat à compter sur ses propres ressources pour développer la santé.

Pour revenir aux moyens de formation pris au niveau local, parallèlement aux renforcements de capacités dont bénéficient des médecins camerounais dans les pays partenaires, le CUSS devenu la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I, joue un rôle clé dans la formation médicale. Pour les médecins, on dénombre de nouvelles facultés de médecine (Douala, Buéa etc.), et pour les autres catégories de personnel, il existe dans chaque région une école de formation, des infirmiers, techniciens d'analyse médicale et aide-soignants. Depuis la fin des années 1990 en effet, l'offre des formations s'est éclatée et l'Etat n'est plus le seul à détenir les institutions de formation.

Il faut dorénavant compter avec les structures privées formant les médecins, dont les plus éminents sont l'Université des Montagnes, l'Institut Supérieur de Technologies Médicales de Nkolodom, l'Institut Universitaire des Sciences Médicales, de Technologie et de Gestion de l'Université Presbytérienne d'Enongal à Ebolowa, qui a été fermée. Ceci sans compter la panoplie d'autres Instituts de formations et Universités privées dans la zone anglophone qui s'étend sur deux régions. Seulement, contrairement au système des années avant la crise, l'intégration du personnel sorti des écoles de formation à la fonction publique n'est plus tacite. Il faut passer par un concours d'intégration et les privés s'insèrent quelques fois dans les hôpitaux ou cliniques privées du pays, à défaut de trouver une place au sein de l'Etat. D'une manière générale, la question de la formation du personnel demeure une problématique actuelle, sujet des préoccupations des pouvoirs publics, au vue du déficit observé et de la mauvaise gestion des ressources humaines existantes.

Au fur et à mesure de l'évolution du temps, et le contexte financier s'y prêtant, on est loin de s'attendre à une refondation de la santé, au mieux, les états généraux de la santé, dont

²³² Ngue, « La croissance démographique accélérée ... », pp. 117-118.

les principes collent tant aux réalités locales qu'à une nouvelle dynamisation des ressources humaines.²³³

3. L'alternative et l'offre des formations privées sanitaires

Pour faire face aux nouvelles exigences, l'Etat a procédé à la création des structures nouvelles, plus adaptées à apporter une réponse globale au problème de médicaments essentiels. Pour une bonne gestion des médicaments, l'administration coloniale française avait mis sur pied une pharmacie centrale d'approvisionnement à Yaoundé et Douala, qui est devenue plus tard la CENAME.²³⁴ C'est pourquoi les principales institutions pharmaceutiques étaient basées au niveau central, Yaoundé et Douala. Néanmoins, l'administration coloniale a trouvé une formule pour que les médicaments arrivent aux populations locales des zones.

A partir de ces démonstrations et les données statistiques fournies par le Ministère de la Santé et plus encore l'Institut National de la Statistique, tout démontre que le mal est bien profond. Au point où en dépit de la création ou de l'ouverture de nombreuses formations sanitaires, le problème demeure réel. Ainsi, la création de la Fondation Chantal Biya et les différentes institutions sanitaires qui lui sont rattachées avaient suscitées une certaine euphorie auprès des Camerounais. Toutefois, le problème de la ressource humaine spécialisée se présente toujours comme une sorte de serpent de mer. En effet, il est avéré que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale constitue une des priorités fondamentales au sein de la FCB. Le problème est que le boom démographique, l'accélération de l'urbanisation et l'augmentation de la demande en matière d'offre sanitaire n'ont pas été accompagnés d'un recrutement massif du personnel qualifié et compétent dans différents domaines incluant la santé maternelle et néonatale.²³⁵

Ce qui paraît en cause à ce niveau ne concerne pas une quelconque absence de ressource humaine spécialisée mais plutôt le volet optimal et quantitatif de celle-ci. A l'évidence, les institutions sanitaires rattachées à la FCB disposent de nombreux spécialistes dans le domaine de la santé reproductive, maternelle et néonatale. Ici également, on retrouve des chirurgiens obstétriciens, des gynécologues, des pédiatres, etc. Compte tenu des facteurs qui imposent d'augmenter la quantité de l'offre en matière de compétences spécialisées, la réalité révèle une insuffisance qualitative et quantitative. C'est-à-dire à une demande urbaine et nationale de plus en plus croissante. Déjà, il convient de rappeler que le personnel médical en général ne parvient pas toujours efficacement à satisfaire l'attente des usagers et patients

²³³ F. Eboko, « Politique de lutte contre le SIDA, un modèle de dissonance dans le champ de la santé », Thèse de Doctorat, p.196.

²³⁴ Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux.

²³⁵ Entretien avec Félix Essiben, 46 ans, gynécologue obstétricien à la FCB, Yaoundé, mardi 30 mai 2023.

en l'occurrence des mères, femmes enceintes et nouveau-nés. La crise de la ressource humaine spécialisée ne serait que la cerise sur le gâteau. En d'autres termes, elle n'est que la révélation d'un mal bien profond.²³⁶

Dans les faits, de nombreux usagers et patients ont à plusieurs reprises fait ce constat et l'ont même décrié. Ainsi, il est arrivé que certaines patientes ne puissent être consultées ou prises en charge du fait soit de l'absence, soit généralement du manque de spécialistes. Souvent également, il en existe bel et bien, mais ces derniers sont saturés par d'autres patients. Cela prouve une fois de plus qu'il y a crise de ressource humaine spécialisée. Hermine Ngo Mbock ancienne patiente nous livre un témoignage saisissant en ce sens :

En septembre 2018, je me suis rendue au Centre Mère et Enfant à cause de mon fils âgé de quatre mois. Le bébé vomissait presque chaque fois qu'il prenait du lait maternel et manquait de vivacité. Il était frêle et faible et son poids diminuait de jour en jour. L'inquiétude m'envahissait et l'idée m'est venue d'une voisine de mon quartier à Ngoussou. Arrivée au Centre Mère et Enfant, j'ai d'abord été surprise du nombre de femmes aussi élevé qui attendaient généralement avec des bébés ou des enfants en bas-âge. Beaucoup d'enfants apparemment malades pleuraient. Les infirmières de passage au hall d'accueil nous ont demandé d'attendre, en affirmant que le médecin pédiatre était occupé, mais qu'il allait recevoir tout le monde. Certaines femmes murmuraient en disant : « Nous sommes là depuis et on ne nous a pas reçu parce qu'il n'y a pas assez de médecins pédiatres pour s'occuper de nos cas ». Malgré cela, j'ai gardé tout mon calme et je me suis armée de patience. Toutefois, avec les pleurs croissants de l'enfant, un sentiment de découragement m'a envahi. Et ce n'est qu'après plus de trois heures d'attente dans cette salle que nous avons été reçus par le médecin pédiatre au Centre Mère et enfant.²³⁷

Ce témoignage se veut saisissant et au fond n'est pas dénué de véracité. En réalité, il ne fait que relever un mal profond mais bien réel. L'observation faite sur le terrain et d'autres témoignages tout aussi poignants tendent à le confirmer. Aussi, il est couramment dit aux usagers de toujours faire preuve de patience. Cela pose un réel problème ; étant donné que très souvent il existe des cas qui exigent une prise en charge urgente et impérative. Evidemment, il y existe un service d'urgence mais le problème est que les patientes, pour être prises en compte dans de tels cas doivent présenter les symptômes directement visibles ou perceptibles. Il en est de même pour les nouveau-nés que l'on y amène. La réalité du phénomène ici décrié semble illustrer qu'il se pose ici un problème qui révèle des contours pluriels. Ces contours sont d'ordres déontologique, moral, socio-professionnel et même structurel. Une telle situation contribue à écorner l'image de la Fondation Chantal Biya au niveau de la ville de Yaoundé et même sur le plan national. Tout observateur qui se pencherait sur cet aspect ne manquerait pas de relativiser certains discours élogieux souvent propagés à grand renfort médiatique.

²³⁶ *Idem.*

²³⁷ Entretien avec Hermine Ngo Mbock, 38 ans, Secrétaire de direction, Yaoundé, 05 septembre 2023.

On constate avec une certaine amertume qu'un problème structurel c'est-à-dire celui lié à la ressource humaine en quantité et en qualité a un effet dominant sur le plan moral et déontologique de la profession médicale au sein de la quasi-totalité des formations sanitaires rattachées à la Fondation Chantal Biya.²³⁸

En outre, on ne saurait occulter le fait que le nombre relativement réduit du personnel en quantité et en matière de compétence spécialisée ne rend pas la tâche facile aussi bien aux usagers, aux patientes qu'au personnel sanitaire lui-même. Dans la mesure où effectivement le personnel médical disponible se trouve saturé à certains moments. Cette situation a des conséquences dommageables sur tous les acteurs concernés. L'afflux des usagers et surtout des patients arrivant au sein des formations de la FCB ne facilite pas la situation à l'équipe médicale disponible. Car ici, le taux de croissance naturel oscille entre 2,9 et 3,2% par an selon le Fonds des Nations Unies pour la Population.²³⁹

La demande en offre sanitaire et en prise en charge augmente également de façon exponentielle. En réalité, la crise de la ressource humaine analysée sous le prisme et avec comme échantillon d'étude les formations sanitaires de la FCB ne serait que l'arbre qui cache la forêt. A l'évidence, une simple observation et les données du terrain prouvent à juste titre que les femmes constituent le pourcentage le plus élevé des usagers et des patients. Au niveau des formations sanitaires de la Fondation Chantal Biya, cette réalité s'observe aisément. De plus, des pavillons et certains services médicaux relèvent une majorité totalement écrasante de personne de sexe féminin. C'est le cas des pavillons maternité et des services gynécologiques des pavillons mère-enfant. Le taux de fréquentation par les usagers de sexe féminin y est élevé. Mais les manquements quantitatif et qualitatif n'arrangent guère les choses. Certes, des efforts ont été déployés en ce sens mais beaucoup reste à faire. Selon les Indices de Développement Humain présenté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y avait au Cameroun un médecin pour plus de 40.000 personnes en 2016.²⁴⁰

C. La négligence des patients démunis

Le Cameroun, depuis de nombreuses années fait face à une conjoncture socio-économique délétère qui affecte pratiquement toutes les sphères de la société. Dans ce contexte, le pays présente en divers points observables la réalité d'une crise éthique et morale profonde. Le philosophe Eboussi Boulaga figure sans doute parmi ces penseurs qui ne

²³⁸ Anonyme, 66 ans, gynécologue retraité anciennement en service à l'hôpital de Meyom-Messala, 27 Août 2023, Yaoundé.

²³⁹ Fonds des Nations Unies pour la Population, Rapport mondial sur le développement humain en Afrique Subsaharienne, 2017-2020, 2020, p.7.

²⁴⁰ OMS, Rapport Mondial sur les soins médicaux de base, 2018, p.9.

manquaient pas de tirer la sonnette d'alarme sur la crise morale et profonde qui ruine les fondements et la cohésion sociale au Cameroun. Il mit ainsi en exergue l'idée d'une société dominée par l'empire du faux et où le mensonge se fait monde tout en incluant l'expropriation, la privation et la destruction des capacités humaines de se construire ensemble avec les autres.²⁴¹

Toujours selon lui, le Cameroun patauge en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire dans la misère, sans possibilité d'accès au répit du combat harassant contre la faim, la maladie, l'ignorance, de manière à se poser les questions essentielles. Tout cela ouvre la grande porte au mépris, à la corruption, à la prédation généralisée et à la banalisation toute entière où les droits fondamentaux de l'humain sont méprisés ou banalisés est devenu un univers en crise de valeur morale, et éthique.²⁴²

Dans la même lancée, l'historien André Tassou semble s'inscrire dans la même lecture que son homologue universitaire Eboussi Boulaga. Ceci, en mettant en lumière la crise éthique et morale qui affecte le Cameroun dans son ensemble. Pour lui en effet, des Camerounais (hommes ou femmes, adolescents ou adultes, jeunes ou vieillards) sont, depuis plusieurs décennies, enclins aux pratiques sociétales complètement perverties ou déviantes. Dans les espaces privés, les bureaux et enceintes des établissements scolaires, les centres de santé et les espaces publics, l'éthique est devenue la chose la moins partagée. A cela s'ajoutent d'autres comportements inciviques, irrévérencieux et immoraux. Le respect du prochain et / ou de l'aîné, valeur cardinale de la société traditionnelle, existe de moins en moins au sein d'une population camerounaise totalement au bord de l'implosion sociale.²⁴³

Par conséquent, chacun se comporte comme bon lui semble, étant donné que ces écarts de comportements dépravés sont tacitement normalisés. Auparavant pourtant, la société camerounaise se référait au sentiment de partager avec les autres citoyens. En fait, tout le monde avait le sentiment d'avoir un destin commun. C'est ainsi que vivre ensemble était partagé, les valeurs communes, avoir une même société a de nos jours, d'énormes difficultés à partager ces mêmes valeurs. En réalité, le vivre ensemble se heurte de plus en plus dans l'ensemble du territoire national au vivre pour soi. Ceci se manifeste également par l'évolution des mêmes valeurs traditionnelles qui soutendent la société camerounaise.²⁴⁴

²⁴¹ Eboussi Boulaga, « Penser africain : raison, identité et liberté », entretien avec Achille Mbembé et C. Monga, *Un esprit*, N°330, Volume 12, Décembre 2012, p. 113.

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ A. Tassou, *Désordre urbain et insécurités au Cameroun évaluation et plaidoyer pour une gouvernance urbaine rationnelle*, Yaoundé, Ifrikiya, 2018, pp.34-35.

²⁴⁴ *Ibid.*, p.35.

Au finish, cela expliquerait en grande partie pourquoi la notion d'égalité semble se transformer en un égalitarisme d'avantages. Il en est de même de la notion de liberté qui se confond désormais avec l'individualisme sans limites, au libertinage et celle de fraternité se traduisant par une solidarité calculée et partisane.²⁴⁵

Les faits qui viennent d'être présentés constituent malheureusement des réalités indéniables et observables pratiquement à tous les niveaux de la société camerounaise. Ce qui vient d'être présenté ne donne qu'un aperçu global du profond, d'ordre moral et éthique qui compromet le progrès et la cohésion sociale du Cameroun. Le plus grave encore est lié au fait que même le secteur médical n'est pas épargné. En effet, la crise éthique et sanitaire est réelle à différents degrés. Dans notre cas, celle-ci affecte également les formations sanitaires attachées à la Fondation Chantal Biya. Ce qui a retenu notre attention par-dessus tout concerne essentiellement cette sorte de culture de négligence observée au sein de cette institution. La crise éthique est perceptible à travers l'attitude de négligence à laquelle de nombreux malades sont confrontés. En réalité, la réputation de la Fondation Chantal Biya est fortement écornée et édulcorée par de nombreux cas relevant de la négligence, de la banalisation et même parfois du mépris venant de certains membres du personnel sanitaire de cette institution.

Il convient de rappeler que des exemples abondent pour le démontrer. Toutefois, pour le comprendre il serait opportun d'en questionner les contours et les principales manifestations. En effet, la crise éthique et morale au sein des institutions de la FCB s'observe dans certains cas : au niveau de l'accueil ou du type d'accueils aux usagers. Ainsi, de nombreux usagers ont fait l'objet de négligence et de mépris dès leur arrivée notamment au Centre Mère et Enfant, mais aussi ailleurs. A leur arrivée, ils dénoncent l'indifférence et l'accueil peu enthousiaste dont ils ont fait l'objet de la part de certaines infirmières. Ce faisant, il existe des cas où certains usagers ont été victimes de mépris au point où cela a généré des éclats de voix et des querelles avec certains membres du personnel sanitaire.²⁴⁶

Il existe également d'autres formes de négligence déterminées par l'idée que certains membres du personnel médical se font du statut social de certains usagers et patientes. A cet effet, certains usagers font l'objet de négligence du seul fait de l'apparence qu'ils présentent. Autrement dit, de nombreux témoignages recueillis au sein des institutions de la FCB soutiennent que avoir une apparence de démunis ou alors présenter des facteurs extérieurs de pauvreté peut constituer une cause de mépris ou tout au moins de négligence. Cela signifie que tout usager ou dans certains cas des patients qui ne présentent pas une apparence de noble condition sociale peuvent être victime d'ostracisation sous diverses formes. Avoir un

²⁴⁵ *Ibid.*, pp.35-36.

²⁴⁶ Entretien avec Ndzida Abbo Aissatou, 42 ans, commerçante, Centre Mère et Enfant, Yaoundé, 25 juillet 2023.

accoutrement peu luxueux ou peu attrayant peut susciter dénigrement, mépris ou encore négligence venant en particulier des infirmières dès le service d'accueil.²⁴⁷

La réalité démontre à partir d'exemples précis, qu'une apparence physique peu reluisante peut être source ou cause de la non-prise en charge optimale. Pour Jeanne Ngono, il n'est pas bon de présenter une apparence de pauvre ou d'indigent social lorsqu'on arrive ou lorsqu'on se rend à l'une des institutions sanitaires de la FCB. Ici, si vous ne voulez pas faire l'objet de mépris, il faut présenter une apparence de personne fortunée. Car, c'est un facteur et un aspect souvent déterminant pour le type d'accueil qu'on vous réserve. Là-bas, les personnes qui se présentent sur leurs plus beaux atouts vestimentaires et artificiels sont accueillies avec courtoisie et respect. Au contraire, celles qui présentent un accoutrement plus ou moins délabré, ne font pas l'objet du même traitement de préférence. En vérité donc, on a l'impression à tort ou à raison que les gens sont jugés et traités selon des facteurs en déphasage total avec l'éthique et la déontologie médicale.²⁴⁸

En outre, l'on ne saurait occulter le fait que la négligence des patients est également perceptible à travers les phases de prise en charge proprement dites. En effet, la condition sociale notamment sous le prisme de l'indigence financière contribue à alimenter les attitudes de négligence relevées plus haut. Nous avons pu voir que la conjoncture socio-économique du Cameroun est extrêmement délétère depuis les 90 dernières années. Les inégalités et les écarts sociaux se sont considérablement creusés entre les classes sociales. Aussi, le revenu par habitant est particulièrement bas ; ce qui a pour effet de compromettre l'accès optimal et aisé aux traitements médicaux de base ou non. Or, il a été démontré que les coûts de traitements sont particulièrement onéreux au sein de la FCB. Le problème est que cette situation n'est nullement favorable aux usagers et aux personnes de condition sociale humble. Ainsi, la négligence et même le mépris surgissent à partir du moment où l'utilisateur et même la patiente exprime ses difficultés à payer les frais médicaux, sa prise en charge.²⁴⁹

Il existe des témoignages pour illustrer cette situation, par exemple celui de Christelle Ngono Noah rapporté au mois d'Août 2023 :

Une de mes sœurs s'était rendue dans un hôpital après avoir accouchée d'un enfant prématuré dans une clinique. Malheureusement, la clinique en question ne disposait pas de couveuse pour des bébés prématurés et fragiles comme l'était ma nièce. A l'hôpital public, il y avait des couveuses disponibles pour bénéficier d'un meilleur suivi pour l'enfant. D'abord désespérées, cette proposition nous a redonné confiance et nous nous sommes rendues à la Fondation. Arrivées là-bas, l'accueil n'a pas

²⁴⁷ Entretien avec Ngono Jeanne, 30 ans, ménagère, Yaoundé, 15 mai 2023.

²⁴⁸ *Idem.*

²⁴⁹ Entretien avec Ela Martin, 38 ans, représentant de l'ONG Helen Keller international, Mardi 30 mai 2023, Yaoundé.

été ce à quoi on s'attendait. Ainsi à peine arrivées, une infirmière nous a répondu avec un certain mépris mêlé d'arrogance dès que nous avons exposé notre situation. L'accueil qui nous a été réservé s'est manifesté à travers la réponse de l'infirmière en question. De façon odieuse, irrespectueuse et non courtoise. Et pourtant, il était question de nous dire simplement que toutes les couveuses étaient occupées de façon polie. L'état de l'enfant s'aggravait et sa prise en charge devenait urgente. Déçues, une patiente nous a conseillé l'hôpital de la Cité-Verte ; malheureusement, en raison de la négligence et du manque de matériel disponible, l'enfant est décédé.²⁵⁰

D'autres dires tendent à confirmer la réalité de cette culture de négligence plus ou moins ancrée dans les mentalités de certains membres du personnel sanitaire de la FCB. Ainsi, certaine Flora Mbazona nous a rapporté ce qui suit :

Une de mes tantes avait accouché par césarienne dans l'hôpital public de la place. Toutefois, elle eut des complications justes quelques semaines après l'opération. Malheureusement, le médecin chirurgien qui l'avait opéré était en déplacement et il nous a été rapporté qu'il était le seul à pouvoir gérer ce cas urgent. De retour à la maison, une infirmière retraitée du quartier nous conseilla tout d'abord l'hôpital obstétrique de Ngouso mais en insistant sur la Fondation Chantal Biya. Ignorant certaines réalités, nous avons porté le choix vers la Fondation Chantal Biya. Compte tenu de la situation, ma tante en question et un grand cousin paternel s'y sont rendus. Je les ai rejoint quelques heures après, du fait de mes occupations et de mes études. Au service d'accueil, tout a basculé. La situation de ma tante devenait de plus en plus inquiétante mais curieusement, le personnel nous fit savoir qu'il fallait d'abord commencer par payer la totalité des frais de prise en charge. Nous avons pu mobiliser près de 60% des frais totaux exigés. Malheureusement, un chirurgien nous rappela ouvertement que la Fondation n'était pas une institution de charité pour tous et par conséquent, il nous a fait savoir qu'il n'a pas beaucoup de temps à discuter. Face à cette situation, nous avons opté pour l'hôpital gynéco où la prise en charge de ma tante a été effective.²⁵¹

Ces différents témoignages donnent un aperçu du phénomène de la crise éthique sous l'angle de la négligence des usagers et de certaines patientes au sein de la FCB.

III- QUELQUES SUGGESTIONS SUSCEPTIBLES DE RENOVER LA DYNAMIQUE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU SEIN DE LA FCB

Dans cette dernière rubrique, il sera essentiellement question d'explorer quelques pistes de solutions durables et efficaces pouvant permettre d'améliorer le système global de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale à la FCB. A cet effet, l'intérêt a été défini sur trois axes de perspectives.

²⁵⁰ Entretien avec Ngono Noah, Christelle 32 ans, Etudiante à l'Université de Yaoundé I, 6 septembre 2023, Yaoundé.

²⁵¹ Entretien avec Mbazona Flore, 25 ans, étudiante à l'Université de Yaoundé I/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé, 3 octobre 2023.

A- L'extension de la Fondation Chantal Biya à l'échelle nationale et le recrutement quantitatif du personnel spécialisé

Un constat saute aux yeux : la Fondation Chantal Biya n'est présente qu'à Yaoundé, à l'exception du Centre Hospitalier de Meyomessala. En effet, l'une des premières suggestions susceptibles de favoriser le processus de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale c'est l'extension de cette fondation sur une bonne partie du territoire. Bien des raisons peuvent justifier cette initiative. L'extension du réseau sanitaire de la Fondation Chantal Biya contribuerait à court et à moyen terme à combler le déficit criard en matière de formations sanitaires et de prise en charge médicale.²⁵² Aussi, l'extension en question aurait le mérite de favoriser une sorte de maillage sanitaire afin de combler dans une cage les besoins de prise en charge de plus en plus croissantes. A l'heure actuelle, la réalité démontre à juste titre que la Fondation Chantal Biya dispose des moyens logistiques et techniques souvent de pointe. Dans un premier temps, la mise sur pieds d'un maillage sanitaire impliquerait de nouveaux équipements pour une prise en charge plus soutenue, efficiente et durable des malades. Faut-il le rappeler, l'augmentation croissante de la demande et le développement de l'urbanisation constituent des raisons supplémentaires devant encourager l'élargissement du système d'offre sanitaire de la FCB, tout au moins dans les chefs-lieux de régions.²⁵³

En ce qui concerne l'autre aspect de ce paramètre, il convient d'admettre que l'extension demeurerait lettre morte si elle n'intègre pas le volet du recrutement au sens quantitatif et qualitatif. Ce qui est en jeu à ce niveau met en exergue un processus structurel où la ressource humaine qualifiée constitue un axe prioritaire. A Yaoundé d'abord, les problèmes relevés plus haut ont donné un aperçu sur la dimension impérative des enjeux. A cet effet, la Fondation Chantal Biya devrait tout d'abord augmenter ses effectifs au sens qualitatif et quantitatif en misant sur les capacités opérationnelles et l'optimisation des moyens de prise en charge de manière précise, dans le cas particulier de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Il serait important de recruter de nombreux spécialistes et autres membres du personnel médical afin de combler le déficit. De même, l'extension et le maillage sanitaire relevés plus haut suppose également la prise en compte de cette perspective. Autrement dit, pour espérer combler une demande sanitaire de plus en plus croissante, et booster la logistique tout comme les capacités opérationnelles, le recrutement du

²⁵² Entretien avec Mvogo Jean-Marie, 56 ans, directeur des archives au ministère de la Santé, Yaoundé, 29 Mai 2023.

²⁵³ Entretien avec Essibem Félix, 46 ans, gynécologue obstétricien et professeur à la FMSB, 30 Mai 2023, Yaoundé.

personnel constituerait une option bénéfique pour les usagers et les Camerounais en général.²⁵⁴

B- L'application des sanctions contre les écarts de conduite et le respect de la déontologie médicale

La crise éthique, morale et socio-professionnelle qui s'observe à bien d'égards au sein des formations sanitaires rattachées à la Fondation Chantal Biya invite à une remise en question urgente mais également à des suggestions pour y remédier. Nous avons pu voir que le phénomène de négligence dont de nombreux patients ont fait l'objet est devenue courant au point d'imposer en quelque sorte des perspectives de rupture. Il convient avant toute chose de rappeler que l'Etat camerounais a défini et conçu un cadre juridique contre des écarts de conduite et des fautes professionnelles avérées après enquête judiciaire dans le meilleur des cas. Définissant ce qu'est le cadre juridique, le chercheur français Guy de Lacharrière y voit un ensemble de mécanismes juridiques (conception et application du droit) permettant de mettre en exécution une idéologie politique par une institution publique ou une intense privée, en prenant le droit comme un instrument d'expression.²⁵⁵

Dans le cas précis qui nous intéresse, il serait envisageable de faire appliquer des sanctions prévues par la réglementation en vigueur notamment en ce qui concerne les cas plus ou moins avérés de négligence ou de toute autre faute professionnelle. Aussi, pour que cela soit possible, les responsables de la Fondation Chantal Biya devraient militer en ce sens. C'est-à-dire être les artisans du respect de la loi et de la réglementation établie. L'application des sanctions pourrait se faire à deux niveaux : au niveau interne et au niveau externe.²⁵⁶ En partant du code de déontologie médical, officiel, les responsables de la Fondation Chantal Biya pourraient ainsi mettre sur pied des commissions d'enquête internes en cas de dénonciation faite par un usager ou un patient. Dans un premier temps, l'application des sanctions pourrait se faire au sein même de l'institution en partant d'un ensemble de principes normatifs. Ces sanctions pourraient être appliquées à la suite d'une enquête et de la décision d'un conseil de discipline. L'accusé aurait la possibilité de se défendre et même de bénéficier d'un plaidoyer. Au cas où la culpabilité est avérée des sanctions telles que la suspension, la

²⁵⁴ Entretien avec Guifo Odette, 60 ans, pédiatre et Spécialiste en parthénologie (Méthode Kangourou, 30 mai 2023, Yaoundé.

²⁵⁵ G. de La Charrière, *La politique juridique extérieure*, Institut Français des Relations Internationales, Paris, Economica, 1985, p.236.

²⁵⁶ Entretien avec Manguele Jean Claude, 51 ans, Médecin radiologue, ancien stagiaire à la FCB et en service au Centre médico-social de l'Université de Yaoundé I, 24 juin 2023, Yaoundé.

verbalisation et dans des cas extrêmes l'exclusion définitive devraient être appliquées contre tout contrevenant.²⁵⁷

Au cas échéant, la justice pourrait être saisie. Toutefois, le principe de solidarité professionnelle est susceptible de mettre en mal un tel processus. C'est une difficulté notoire qui contribue sans doute au développement des phénomènes décrits plus haut. Parallèlement, l'application des sanctions au sein de la FCB devrait avoir pour armature l'éthique de la déontologie médicale. Toutefois, il serait judicieux pour les responsables de cette institution d'initier des campagnes internes portant sur le respect et l'application de la déontologie médicale que reconnaît d'ailleurs l'Ordre National des Médecins du Cameroun. Aussi, le respect des usagers, des patients, l'accueil chaleureux, la promotion de la santé et de la vie humaine doivent en constituer les principaux leitmotivs.²⁵⁸

C- La réduction des coûts de traitement et la promotion de l'assurance santé

Les coûts élevés des traitements au sein des institutions sanitaires de la Fondation Chantal Biya sont bel et bien une réalité. Une réalité qui comme on a pu le constater s'observe également dans le secteur de la santé maternelle reproductive et néonatale. Cependant, il s'avère important d'aller au-delà du simple constat et suggérer quelques perspectives face au problème posé. En effet, la Fondation Chantal Biya gagnerait à réduire même sensiblement les coûts trop onéreux de ses traitements, notamment dans le domaine qui nous intéresse. Car compte tenu de la pauvreté ambiante, et de la conjoncture socio-économique qui prévaut, la masse des Camerounais se retrouve de moins en moins capable de payer normalement les traitements au sein des formations sanitaires de la FCB. Evidemment, la réduction des coûts ne pourrait se faire que de manière sectorielle, ciblée et progressive. Ceci dit, les responsables et les principaux partenaires de la Fondation Chantal Biya pourraient ainsi identifier des domaines sanitaires prioritaires à l'instar de la santé reproductive, maternelle et néonatale.²⁵⁹ A l'évidence, promouvoir la santé maternelle et néonatale c'est promouvoir et garantir la vie au sein de la société. Cela suppose que s'il y a réduction même de 25%, on aura contribué à sauver de nombreuses vies. Aussi, un accent particulier sur la prise en charge pré et post-natale permettrait d'augmenter considérablement le pourcentage des usagers et des patients au sein des formations sanitaires de la FCB. Parallèlement, la réduction des coûts devrait

²⁵⁷ *Idem.*

²⁵⁸ *Idem.*

²⁵⁹ Entretien avec Guiffo Odette, 60 ans, pédiatre parthénologue (Méthode Kangourou), Yaoundé, 30 mai 2023.

apparaître ici comme une sorte d'attrait Marketing avec des bénéfices financiers importants.²⁶⁰

Une telle initiative a une dimension morale et humaine et contribuerait au rayonnement positif de la FCB. En outre, la réduction des coûts de traitement pourrait s'accompagner d'un système d'assurance santé comme le suggère Yves Jaffré.²⁶¹ La promotion de l'assurance santé pourrait s'effectuer à travers la mise sur pied d'un système de cotisation mensuelle ou annuelle que la FCB pourrait instaurer. A ce niveau, des citoyens camerounais pourraient ainsi s'affilier à la CNPS et parallèlement une plateforme de coopération devrait être mise sur pied. Aussi, l'instauration de ce système d'assurance est susceptible de favoriser un accès aux traitements, eux-mêmes à priori réduits. Les cotisations qui seront faites peuvent partir des taux financiers moyens afin de favoriser un attrait plus important pour la clientèle et les usagers. L'utilisateur ou le patient qui aura cotisé pourrait être exonéré de l'achat de certains produits tout en bénéficiant de taux préférentiel.²⁶²

En définitive, le présent chapitre s'est articulé sur l'étude des manquements, des entraves et des pistes de solutions inhérents à la problématique de la santé maternelle et néonatale au sein de la FCB. A l'entame de cette partie de notre réflexion, il a été question d'une mise en lumière des manquements parmi lesquels les coûts élevés du suivi pré et post-natal, des coûts élevés des traitements pré et post-nataux et l'irrégularité des actions caritatives. Dans le même temps, on a pu démontrer que de nombreux obstacles parsèment le dynamisme d'actions de ladite institution. L'investigation nous a ainsi permis de relever entre autres le problème de l'archivage des documents, la crise de la ressource humaine et la négligence des patients démunis. Cependant, l'autopsie de ces pesanteurs est apparue comme le facteur déterminant de la suggestion de modestes pistes de solutions. Parmi celles-ci, on a pu retenir : l'extension de la Fondation Chantal Biya à l'échelle nationale et le recrutement du personnel spécialisé, l'application des sanctions contre les écarts de conduite et le respect de la déontologie médicale, la réduction des coûts de traitements et la promotion de l'assurance maladie.

²⁶⁰ *Idem.*

²⁶¹ I. Jaffré, « Prolégomènes à une réforme de santé, de l'identification », *Médecine tropicale*, N°06, Volume 64, 2004, p.29.

²⁶² Entretien avec J.M. Mvogo, 56 ans, Directeur des archives du MINSANTE, Yaoundé, 30 mai 2023.

CONCLUSION GENERALE

Au demeurant, il était question d'étudier le phénomène de la mortalité maternelle et néonatale sous l'angle de la lutte et avec pour échantillon d'étude principal la Fondation Chantal Biya et ses Services hospitaliers. En effet, c'est une investigation scientifique qui s'est appuyée sur des constats et un ensemble de paramètres statistiques, lesquels donnent une idée générale de la mortalité maternelle et néonatale dans le monde, en Afrique noire et enfin au Cameroun. Toutefois, compte tenu des exigences et du canevas méthodologique, il a fallu articuler et circonscrire l'objet et le champ d'étude. L'ampleur du phénomène de la mortalité maternelle et néonatale ne semble pas avoir laissé indifférent aussi bien les acteurs sociaux que des acteurs politiques.

En parlant de l'ampleur du phénomène de mortalité maternelle et néonatale, il n'a été question, pour une énième fois, que de tirer la sonnette d'alarme et d'interpeler la conscience collective camerounaise. Ce qui semble intéressant, c'est le fait que la présente enquête s'est efforcée de montrer et d'évaluer le rôle de la Fondation Chantal Biya en matière de lutte ou de promotion de la santé maternelle et néonatale au Cameroun. Pour cela, la trame de cette modeste réflexion a été définie dans un cadre temporel allant de l'année 1994 à 2020. Nous avons pu voir que la borne supérieure renvoie à la création de la Fondation Chantal Biya, tandis que la borne inférieure fait référence à la fin de la première phase du lancement de programme de lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infantile, initiée en 2017.

Dans l'optique de concrétiser l'enquête, nous avons fait recours à une méthode de recherche propre au département d'Histoire de l'Université de Yaoundé I. En effet, cette méthode a consisté tout d'abord par l'identification des différentes institutions susceptibles de disposer de supports documentaires à l'instar des ouvrages, des articles publiés, des mémoires, des thèses, des rapports d'activités. Pour le préciser, la première phase a donc consisté non seulement à identifier ces lieux, mais surtout à y exploiter et à consulter les différents supports documentaires s'inscrivant de près ou de loin dans notre champ d'étude. Pour ainsi dire, il a fallu se rendre dans des centres de documentation, des fondations scientifiques, des bibliothèques, au Ministère de la Santé, au centre de vaccination international de Yaoundé et enfin à la Fondation Chantal Biya. Evidemment, la consultation et l'exploitation des sources documentaires au sein de ces lieux nous ont permis de glaner des informations enrichissantes et pertinentes inhérentes à la thématique d'étude.

Il convient de rappeler que les informations récoltées, avant d'être exploitées dans le cadre spécifique et opératoire du travail, ont fait a priori l'objet d'un tri ou d'un travail de

sélection assez minutieux et rigoureux. Autrement dit, il a fallu passer au peigne fin certaines d'entre elles afin de déterminer avec plus de certitude celles susceptibles de correspondre à notre problématique et nos préoccupations de recherche. En outre, la deuxième phase a reposé sur l'enquête de terrain. Pour cela, il a été question d'identifier ou de définir les différents profils sociaux des personnes ressources à interroger. Parallèlement, nous avons dû élaborer un questionnaire conçu selon deux modèles : le questionnaire directif et le questionnaire semi-directif. Dans les deux cas, les informations recueillies nous ont permis non seulement d'appréhender l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale mais surtout d'évaluer l'action soutenue par la Fondation Chantal Biya en la matière.

De même, les entretiens avec différentes personnes de statuts sociaux variés ont constitué un atout déterminant pour la compréhension du phénomène étudié. Ce qui est davantage intéressant, concerne les entretiens menés auprès de certains membres du personnel médical de ladite institution et hors, mais également des patients et des anciens patients avec lesquels les échanges se sont avérés assez fructueux et édifiants. Certes, nous avons dû faire face à des attitudes de méfiance voire de suspicion venant de certaines personnes interrogées. Dans l'ensemble, cette étape n'a pas été évidente à surmonter. Il aura fallu donc faire preuve de patience, de subtilité, mais surtout de détermination pour capitaliser les données orales recueillies. En tout état de cause, d'autres obstacles ont parsemé la rédaction de ce mémoire de recherche. Mais il ne semble plus nécessaire de les évoquer de manière détaillée et précise.

Cette étude a été structurée sur quatre axes. Le premier axe avait pour objectif fondamental de mettre en exergue les fondements et le processus de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. En effet, dans cette première rubrique, il a été question d'analyser les facteurs et les dynamiques structurelles initiées ou soutenues par les pouvoirs publics camerounais, afin de réduire de manière notable l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale au sein des institutions et des formations sanitaires camerounaises couvrant à des degrés divers l'ensemble du pays. Pour cela, il a fallu étudier la question en partant des variables structurelles et du système de gouvernance sanitaire au Cameroun. De façon concrète, nous avons mis en relief l'état des besoins du secteur sanitaire notamment les ressources humaines, les ressources financières, les moyens logistiques et les politiques structurelles de pilotage sanitaire, orientées vers la santé maternelle néonatale. Aussi, il a pu être établie que l'offre sanitaire en la matière peine encore à combler les besoins, lesquels s'avèrent de plus en plus importants et cela tient en grande partie non seulement de la croissance naturelle exponentielles, des capacités et moyens relativement limités de l'Etat, sans oublier les disparités qui caractérisent ce secteur. L'analyse des variables liées au taux de

létalité obstétricale a permis de mieux comprendre la dynamique évolutive, les permanences et ruptures qui ont marqué la promotion de la santé maternelle et néonatale au Cameroun.

Dans le second axe majeur de cette enquête, il s'est agi de proposer une présentation générale de la Fondation Chantal Biya et de ses services sanitaires connexes. En effet, la première tranche de cet axe d'analyse concernait le volet de l'historique de la Fondation Chantal Biya, avec ses missions ou ses objectifs. Aussi, on a pu découvrir que cette institution vit le jour en 1994, en plein contexte de crise économique sans oublier que le pays se remettait difficilement des contestations socio-politiques du tout début des années 1990. La création de la Fondation Chantal Biya semble donc survenir comme une aubaine pour un système sanitaire non épargné par les conséquences de la crise économique et des Plans d'Ajustement Structurels plus ou moins imposés par les institutions de BrettonWoods (Fonds Monétaire International et Banque Mondiale).

A partir de ses missions, tout semble clairement indiquer qu'il était devenu urgent de suppléer au manque quantitatif et qualitatif et de combler dans une certaine mesure le déficit des formations sanitaires publiques dans le domaine de la santé reproductive et néonatale. On a pu constater que la Fondation Chantal Biya est structurée de manière hiérarchique. Elle se compose de formations sanitaires à savoir : l'hôpital de Meyomessala, le Centre Mère et Enfant etc. Toutefois, il convient de préciser que le centre Mère et Enfant constitue le principal pivot des actions menées par la Fondation Chantal Biya en matière de promotion de santé maternelle et infanto-juvénile. Cette unité sanitaire apparaît par conséquent comme la pierre angulaire de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. C'est en partant de cet aspect d'analyse que nous avons exploré le volet des actions ou des réalisations impulsées par la FCB dans le secteur concerné. Ainsi, les actions de la Fondation Chantal Biya s'articulent de diverses manières et dans les secteurs variés.

Ce faisant, nous avons pu constater que la Fondation Chantal Biya s'investit dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en organisant des campagnes de sensibilisation, des séminaires ateliers et des échanges individuels et collectifs avec des patientes et même des couples. Dans le même temps, elle organise des campagnes de dons envers des patients jugés démunis. Hormis ces dons matériels, il faudrait ajouter la réduction plus ou moins périodique des consultations prénatales et post-natales. Les recherches et les enquêtes ont clairement démontré que certains patients et patientes ont pu bénéficier des réductions relatives des coûts de soins et de traitements de diverses pathologies. Cela a permis de soulager de nombreuses souffrances et de sauver des vies.

Cependant, aucune œuvre n'étant parfaite, nous avons pu identifier et mentionner bien des insuffisances et des blocages inhérents aux actions de la FCB en faveur de la santé néonatale et maternelle. Dans un premier temps, nous avons fait mention des coûts élevés du suivi pré et post-natales et l'irrégularité des actions caritatives. A partir des sources documentaires et des enquêtes de terrain, il apparaît que les coûts en général sont nettement plus élevés au sein de cette Fondation, par rapport à ce que l'on observe au niveau des centres hospitaliers publics.

Ces coûts élevés comme on a pu le voir ne sont pas toujours payables pour le citoyen lambda au regard de la conjoncture socio-économique et de la pauvreté ambiante. L'irrégularité des actions caritatives constitue un tout autre manquement dans la mesure où celles-ci ne sont faites qu'assez rarement. Or, une approche inverse pourrait permettre de booster la dynamique de l'offre caritative et de promouvoir le rayonnement de l'institution au Cameroun et au-delà. En outre, il se pose au sein de cette Fondation l'épineux problème de l'archivage des documents, la crise de la ressource humaine spécialisée et les problèmes relevant de l'éthique socio-professionnelle.

Il s'agit là d'une autopsie critique de quelques entraves au fonctionnement optimal de la Fondation Chantal Biya. Tout semble démontrer que le problème de l'archivage est avant tout structurel et managérial ; mais la réalité prouve que ses conséquences sont néfastes pour la bonne marche de cette institution sanitaire. Il devient difficile de disposer de données précises détaillées et évolutives sur les actions de la FCB en matière de santé maternelle et infanto-juvénile. S'agissant de la ressource humaine, c'est un problème qui apparaît comme un manquement et un blocage. Dans la mesure où le personnel disponible ne parvient pas toujours à combler les besoins face à une demande devenue exponentielle en matière d'accès aux soins. Autrement dit, il y a déséquilibre entre la demande et l'offre. Cette situation se complique davantage avec la crise d'ordre éthique observable dans les comportements de certains membres du personnel médical. Ce cancer social, ne semble donc pas avoir épargné la FCB. C'est en prenant conscience de ces limites et ces entraves qu'il nous a paru indispensable d'articuler quelques modestes suggestions. Pour le rappeler, il ne s'agit pas de solutions miracles, encore moins d'une panacée mais plutôt de modestes pistes suggestives concernant le problème posé.

La première suggestion a mis en exergue l'extension de la FCB à l'échelle nationale et le recrutement quantitatif et qualitatif du personnel spécialisé. Ici, il a été question de proposer à moyen échéance d'étendre le réseau sanitaire de la FCB dans d'autres régions du Cameroun en y incluant le volet de la ressource humaine. Compte tenu de la relative faiblesse de l'offre

sanitaire publique elle-même liée à une démographie galopante, la perspective d'extension du réseau sanitaire devient impérieuse. Il faudrait pour cela que des sanctions soient appliquées contre tout contrevenant à l'éthique socio-professionnelle et médicale. Car, le laxisme et la complaisance contribuent au développement de ce phénomène. De même, cela nourrit des préjugés et certains clichés parfois orientés contre la Fondation Chantal Biya. Il semble impérieux de prendre ce problème à bras le corps en envisageant de promouvoir toutes les mesures qui s'imposent. Si cela est effectué, il est évident que les formations sanitaires de la FCB regagneront davantage en crédibilité et en confiance auprès des populations et des usagers. La réduction des coûts comme perspective n'a pas été en reste. En ce sens qu'elle permettrait à de nombreux Camerounais d'accéder aux soins et par conséquent d'épargner à de nombreuses femmes des risques de mort éventuels pendant ou après l'accouchement. Idem pour ces nouveau-nés et enfants en bas âge qui eux aussi ont le droit sacré à la vie. Ce processus peut notamment passer par l'instauration d'une sorte d'assurance santé.

A ce niveau, il s'agirait premièrement d'instaurer un système où les Camerounais s'affilient à la CNPS, elle-même à priori en partenariat avec la Fondation Chantal Biya. L'optique suggérée consisterait pour chaque citoyen intéressé de cotiser périodiquement à la CNPS et, en cas de maladie ou de situation de grossesse, les fonds cotisés pourront être réorientés pour la prise en charge avec des exonérations pour chaque malade. Toutefois, ces exonérations pourraient varier avec des cotisations faites et le type de pathologie. Un tel système d'assurance sanitaire contribuerait non seulement à renflouer les caisses, mais également réduire dans le meilleur des cas le taux de mortalité maternelle et néonatale.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Extrait du texte juridique portant sur la liberté d'association au Cameroun

Loi n° **90-53** du 19 décembre 1990

portant sur la liberté d'association.

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté,

La République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I

Dispositions générales

Article premier. - (1) La liberté d'association proclamée par le préambule de la Constitution est régie par les dispositions de la présente loi.

(2) Elle est la faculté de créer une association, d'y adhérer ou de ne pas y adhérer.

(3) Elle est reconnue à toute personne physique ou morale sur l'ensemble du territoire national.

Art. 2. - L'association est la convention par laquelle des personnes mettent en commun leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices.

Art. 3. - Tout membre d'une association peut s'en retirer à tout moment après paiement des cotisations échues de l'année en cours.

Art. 4. - Les associations fondées sur une cause ou en vue d'un objet contraires à la Constitution, aux lois et aux bonnes mœurs, ainsi que celles qui auraient pour but de porter atteinte notamment à la sécurité, à l'intégrité territoriale, à l'unité nationale, à **l'intégration** nationale et à la forme républicaine de l'Etat, sont nulles et de nul effet.

Art. 5. - (1) Les **associations obéissent à deux régimes :**

- le régime de la déclaration ;
- le régime de l'autorisation.

(2) Relèvent du régime de l'autorisation, les associations étrangères et les associations religieuses.

(3) Toutes les autres formes d'associations sont soumises au régime de déclaration. Toutefois, les régimes prévus à l'alinéa ci-dessus ne s'appliquent pas aux associations de fait d'intérêt économique ou socio-culturel.

(4) Les partis politiques et les syndicats sont régis par des textes particuliers.

TITRE II
Du régime des associations déclarées

CHAPITRE I

De la création

Art. 6. - Sous réserve des cas de nullité prévus à l'article 4 ci-dessus, les associations se créent librement. Toutefois, elles n'acquièrent de personnalité juridique que si elles ont fait l'objet d'une déclaration accompagnée de deux exemplaires de leurs statuts.

Art. 7. - (1) La déclaration prévue à l'article précédent est faite par les fondateurs de l'association à la préfecture du département où celle-ci a son siège. Un récépissé leur est délivré dès que le dossier est complet si l'association n'est pas nappée de nullité.

CHAPITRE II

Du fonctionnement

Art. 9. - Les associations s'administrent librement dans le respect de ; leurs statuts et de la législation en vigueur.

Art. 10. - (1) Toute association déclarée dans les conditions prévues par la présente loi peut librement :

- gérer et disposer des sommes provenant des cotisations ;
- acquérir à titre onéreux et posséder:
 - a) le local destiné à son administration et aux réunions de ses membres ;
 - b) les immeubles nécessaires à l'accomplissement du but qu'elle poursuit.

Source : <https://www.sinotables.com>, consulté le 17 Décembre 2023, à 10h.

ANNEXE 2 : Récapitulatif des activités de la Fondation Chantal Biya pour le Centre Mère et Enfant

**ACTIVITÉS
DE LA FONDATION**

(suite) **CENTRE MÈRE ET ENFANT (CME)**

DOMAINE	ACTIVITES REALISEES
Service des maladies digestives et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une consultation quotidienne en gastro-entérologie pédiatrique ■ Deux sessions hebdomadaires d'éducation à la nutrition à base d'ingrédients locaux ■ Une session d'éducation quotidienne des familles d'enfants malnutris, en prélude au retour en communauté ■ Des sessions quotidiennes de formation au diagnostic, à la prise en charge et à la prévention de la malnutrition aiguë sévère ; et des carences en micronutriments
Service de la drépanocytose	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des consultations externes en continu pour enfants drépanocytaires ■ Une consultation d'expert hebdomadaire pour le suivi et la prévention des complications de la drépanocytose ■ Des soins en hospitalisation aux enfants drépanocytaires en crise ■ Une assemblée hebdomadaire des familles ayant des enfants drépanocytaires, pour la communication, la prévention et le soutien mutuel
Service des maladies endocriniennes, du diabète et des maladies de la croissance	
Service de Néphrologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations externes des néphropathies de l'enfant ■ Traitement en hospitalisation des syndromes néphrotiques et des glomérulonéphrites aiguës de l'enfant ■ Suivi d'une cohorte d'enfant atteint de maladies rénales ■ Education des familles à la surveillance à domicile de ces enfants
Service de Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Admission des séquelles de méningite bactérienne ■ Admission transitoire des atteintes neurologiques diverses, motrices ou complexes ■ Relais préopératoire pour les malformations opérables du système nerveux central ■ Explorations neurologiques et suivi des affections chroniques du système nerveux ■ Prise en charge d'enfants atteints de maladies rares
Service d'Hématologie - Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic des cancers de l'enfant et des affections hématologiques ■ Traitement et suivi des tumeurs malignes de l'enfant ■ Fourniture d'une éducation communautaire au dépistage précoce de tumeurs de l'enfant ■ Formation continue des personnels du service
Service des Maladies Infectieuses de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic et prise en charge des infections bactériennes, virales et fongiques graves de l'enfant ■ Leadership pour le contrôle des épidémies à Yaoundé et dans le pays ■ Consultations externes et suivi ambulatoire des patients

Source : Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement ..., p. 30

ACTIVITÉS DE LA FONDATION

L'ANNÉE 2020 AU CENTRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

DOMAINE	ACTIVITÉS RÉALISÉES
Gestion administrative et technique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmation du leadership médical avec les promotions universitaires du Chef DMT et du Chef DARH ■ Augmentation des capacités d'enseignement avec des outils de Conferencing ■ Formation de plusieurs cadres au leadership en hématologie, endocrinologie et néphrologie ■ Poursuite de la modernisation des archives ■ Poursuite des préparatifs à l'accréditation ■ Poursuite de la gestion du service de chirurgie cardiaque
Cadre de travail	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientation de la Planification de l'activité du Centre de Chirurgie cardiaque ■ Augmentation des ressources humaines dans la section hygiène hospitalière ■ Création d'un mécanisme de quarantaine d'urgence au sein du Centre, pour les affections hautement contagieuses (choïéra) <p>Le CME a reçu plusieurs stagiaires de l'Université de N'Gaoundéré pour des stages en maintenance de systèmes hospitaliers (biomédicaux, informatiques, mécanique générale et gaz médicaux, électricité et générateurs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hygiène Hospitalière à la pointe du combat contre les infections hospitalières
Triage et consultations externes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accueil et orientation des patients et des familles ■ Education pour la santé et les bonnes pratiques en santé ■ Conseil pour la prévention du VIH/SIDA et dépistage de l'infection à VIH proposés à toutes les familles ■ Evaluation de la croissance staturo-pondérale des enfants amenés en consultation
Service des Urgences	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en charge immédiate des enfants arrivés en détresse ■ Réanimation et orientation après stabilisation et amélioration du pronostic vital ■ Délivrance de soins à tous les enfants indigents ou non ■ Formation et recyclage des personnels et des apprenants à la prise en charge immédiate des urgences pédiatriques
Service des Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réanimation pédiatrique et prise en charge de toutes les détresses vitales ■ Soins urgents, prise en charge des complications des maladies affectant tous les systèmes

RESULTATS OBTENUS	PERSPECTIVES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation des activités de dépistage et de mise sous traitement des enfants et de familles en 2018, grâce à l'offre systématique de dépistage à toutes les portes d'entrée ■ Achèvement de plusieurs travaux de recherche sur la qualité de vie de l'adolescent et le développement psychomoteur des enfants ■ Confirmation de partenariats internationaux pour l'extension et la diffusion des meilleures pratiques pour une offre meilleure et mieux acceptée de dépistage systématique de l'infection à VIH chez l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pharmacie des ARV à soutenir ■ Motivation des groupes d'adolescents à entretenir, en vue du passage à la vie adulte ■ Défi des familles économiquement vulnérables
<ul style="list-style-type: none"> ■ Physio kinésithérapie : prise en charge en ambulatoire et longitudinale de 10 cas d'élongation obstétricale du plexus brachial, 5 myopathies, 53 cas de paralysies cérébrales ■ Psychomotricité : diagnostic et suivi longitudinal de 25 retards de langage, et de troubles du comportement chez l'enfant de moins de 3 ans. ■ 90 nouvelles consultations à visée diagnostique pour des perturbations du développement psychomoteur chez des enfants de moins de 5 ans ■ Sollicitation accrue de la consultation de psychologie clinique pour l'enfant ■ Soins quotidiens en psychomotricité des nouveau-nés hospitalisés pour prématurité, asphyxie néonatale ■ Soins quotidiens de kinésithérapie aux enfants hospitalisés aux soins intensifs, et en pneumologie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation - recyclage des 4 psychomotriciens du CME ■ Remise à nouveaux des équipements du service ■ Revalorisation des services rendus par le personnel
<ul style="list-style-type: none"> ■ 596 nouveau-nés à terme hospitalisés en 2018 ■ 15% des consultations externes du CME ont été en néonatalogie ■ 90% des activités vaccinales annuelles ont été pour les nouveau-nés ■ La mortalité des nouveau-nés à l'arrivée a été nettement diminuée par la mise en réseau des services de néonatalogie à Yaoundé ■ Organisation-participation, au niveau national à une dizaine de sessions de formation aux meilleures pratiques en néonatalogie ■ Une dizaine de travaux de recherche achevés ont eu pour sujet la pathologie du nouveau-né et ses conséquences 	<p>Configuration du service à moderniser, pour mieux</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ appliquer les meilleures pratiques et rationaliser l'usage des consommables (oxygène notamment) ■ Formation de remise à niveau des personnels à tous les niveaux en commençant par le personnel infirmier.
<ul style="list-style-type: none"> ■ 293 prématurés et nouveau-nés de faible poids admis en 2018 ■ Mortalité en recul grâce à la mise en jeu du réseau de néonatalogie, et une meilleure disponibilité de l'oxygène en début d'année ■ Une dizaine de sessions de formation aux meilleures pratiques en néonatalogie organisée avec le leadership du personnel de néonatalogie ■ Une leçon inaugurale délivrée à l'ouverture nationale de la semaine nationale de la prématurité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disponibilité des consommables (L'oxygène reset critique) ■ Renouvellement du parc de couveuses ■ Mise en place d'un niveau supérieur d'interventions au bénéfice du prématuré, précédée d'une formation intensive des personnels ■ Revalorisation des services du personnel
<ul style="list-style-type: none"> ■ 728 patients hospitalisés dans ce service en 2018 ■ Deux consultations externes hebdomadaires et de haut niveau d'expertise en cardiologie ■ Une consultation externe quotidienne en cardiologie et pneumologie pédiatriques ■ Une activité quotidienne de formation des médecins généralistes à la pratique de la cardiologie pédiatrique ■ Une demi-douzaine de travaux de recherche achevés en 2018, en cardiologie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Extension de l'offre en électrocardiographie et échocardiographie ■ Début de la formation des personnels infirmiers en réanimation cardiaque, en vue de l'ouverture à venir de l'unité de chirurgie cardiaque

ANNEXE 3 : Tableaux synoptiques des activités des centres

	RESULTATS OBTENUS	PERSPECTIVES
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les relais d'autorité ont été mieux assurés, surtout en période de grande fréquentation du CME ■ Augmentation des opportunités de formation ■ Participation à la semaine du RMEF ■ Gros œuvre du centre de chirurgie cardiaque disponible 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Initiation et extension d'une gestion informatisée du Centre Mère et Enfant ■ Accord mis avec succès sur l'hygiène hospitalière ■ Acquisition très prochaine d'une unité de dialyse péritonéale
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination réussie et pérenne avec le Ministère de la Santé Publique pour l'équipement et la formation des ressources humaines du centre de chirurgie cardiaque ■ Une poignée de cas de choléra reçus et traités au cours des deux alertes à l'épidémie. Pas de contamination du personnel soignant ■ 5 alertes à des germes multi résistants au cours de l'année 2018, ont été circonscrites et neutralisées par le mécanisme interne mis en place au CME ■ Inventaire des besoins en maintenance et surveillance du fonctionnement des appareils desservant le CME 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CME a reçu les félicitations du Ministre de la Santé Publique. Grande maîtrise de la gestion des épidémies au sein du CME ■ Démonstration de bonnes pratiques dans la prévention et la lutte contre les germes hospitaliers multi résistants ■ Plaidoyer pour que le Ministère de la Santé Publique augmente les capacités du CME à détruire les déchets hospitaliers ■ Plaidoyer pour une maintenance hospitalière systématisée et rationalisée ; en partenariat avec milieux industriels et universitaires
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 17448 enfants reçus en consultation en 2018, soit une augmentation de plus de 1000 enfants sur une année. Dépistage du VIH offert à la totalité de ces enfants, et taux de retrait des résultats de 100% ■ Dépistage de 3 cas de choléra confirmés, mis en quarantaine, traités et guéris aux CME ■ Dépistage d'une dizaine de cas de rougeole, et de plusieurs cas de rougeole chez des patients immunocompétents ■ Indice de satisfaction des parents en forte augmentation vis-à-vis de la promptitude et de la compétence des consultations 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le rajeunissement et la formation continue concomitante des médecins intervenant en consultations externes a fait une grande différence ■ L'effort en cours pour la mise à disponibilité de commodités pour les familles venant en consultation gagne à s'intensifier ■ La satisfaction de la clientèle est en nette hausse
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 8158 enfants reçus en urgence en 2018 ■ Réduction importante du nombre d'enfants arrivés décédés aux urgences ■ Plus grande disponibilité des kits d'urgence pour les familles indigentes ■ L'incidence des anémies sévère n'a pas baissé, et le nombre de transfusions en urgence reste très élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation de haut niveau aux urgences pédiatriques, en partenariat avec le CURY, pour toutes catégories de personnel.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 572 patients reçus en 2018, durée de séjour a sensiblement augmenté, et mortalité en nette baisse ■ Rajeunissement net de l'équipe de soins, et intensification de la formation des nouveaux arrivants ■ Disponibilité plus grande des gaz médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion des gaz médicaux attendue ■ Introduction d'une assistance ventilatoire ■ Préparation des équipes à la création de l'unité de chirurgie cardiaque du CME

RÉSULTATS OBTENUS	OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> ■ 37.374 patients consultés dans 77 localités et dans 8 des 10 régions du territoire national ; ■ Et 55.543 pathologies ophtalmologiques diagnostiquées de novembre 2010 à 2018. En tête, la presbytie, suivie des conjonctivites allergiques et l'hypermétropie. 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins curatifs et préventifs de proximité ; ■ Médecine du travail (visites d'embauche, visites systématiques annuelles, accidents de travail) ; ■ Vaccination ; ■ CPNR et accouchements ; ■ Hospitalisations de courte durée ; ■ Des ambulances disponibles en permanence pour référer ; ■ Causeries éducatives, prévention, ciné-débat et distribution des préservations ; ■ Formation et recyclage des pairs éducateurs sur la Prévention du VIH/SIDA en milieu de travail ; ■ Formation sur les soins d'urgences en réanimation cardiopulmonaire et défibrillation, et sur l'utilisation des défibrillateurs semi-automatiques AES/BLS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Matériels de support pour IEC pour la lutte contre le SIDA (Matériels audio – visuels), pour la prévention des pathologies infectieuses et contagieuses, pour la sensibilisation sur l'hygiène de l'eau et prévention des maladies diarrhéiques.



RÉSULTATS OBTENUS	OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations générales : 7.355 malades enregistrés/ reçus (au Centre médical FCB de Meyomessala et dans les quatre centres de santé FCB/SUDCAM). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réhabilitation des infrastructures et équipements (pour la 1ère fois depuis la création en 1998).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Laboratoire : 5.027 patients reçus au laboratoire, 3.897 positivités (39% de paludisme suivi des affections digestives). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficulté à acquérir les réactifs pour le laboratoire
<ul style="list-style-type: none"> ■ PMI et Maternité : 757 femmes reçues en CPNR, 243 accouchements, augmentation et bonne prise en charge des accouchements ; 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation : 1.445 malades hospitalisés pour 3.887 jours d'hospitalisation dans l'année, bonne administration des soins dans le respect de la prescription ; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de matelas
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pharmacie : Elargissement de l'éventail de certains produits spécifiques dans les rayons y compris dans les pharmacies des antennes, 85% de prise en charge gratuite 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins payés par 15% de malades seulement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cabinet dentaire : 182 nouveaux malades reçus et traités dont 34 anciens, réduction de la recrudescence des affections bucco-dentaires ; (Centre Médical FCB de Meyomessala) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Matériels de support pour IEC pour l'hygiène bucco - dentaire (Matériels audio - visuels) ; Chaise dentaire : maintenance plus régulière ; Fauteuil dentaire portatif pour la stratégie avancée.
<ul style="list-style-type: none"> ■ PEV : Vaccins régulièrement administrés ; 3.779 doses vaccinales administrées par anti-gène et 458 VAT femmes enceintes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessité d'une moto pour la vaccination
<ul style="list-style-type: none"> ■ Appareil d'hématologie ; Spectrophotomètre de biochimie acquis ; Microscope binoculaire reçu : Don de l'OMS ; Couveuse complète avec photothérapie : Partenaire chinois. Défibrillateurs semi-automatiques AES/BLS acquis ; FCB/SUDCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés d'acquisition des réactifs Maintenance et réactifs pour Hématomètre Maintenance plus régulière (ex : cf HCY).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcement du personnel médical et paramédical ; Réduction sensible du taux de mortalité en urgence ; Amélioration de la qualité d'accueil et de soins. Amélioration globale du fonctionnement du centre ; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recyclage et formation continue du personnel;
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cytomètre de flux acquis : FCB -Coopération chinoise. Cytomètre de flux acquis de marque Cyflow Count II.9 ; Sysmex-Partec à travers le CNLS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficulté d'acquisition des réactifs appropriés pour le cytomètre de flux ;
<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation de la fille active : 126 patients sous ARV dont 06 enfants de mois de 15ans, 91 femmes, 33 hommes et 03 femmes enceintes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés d'approvisionnement de certains Intrants (Névirapine Sirop; traitement anti-toxo...).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Acquisition d'une moto AG pour la recherche des perdus de vues et la prise en charge des maladies opportunistes, récupération de plusieurs PVVIH perdus de vue. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Don de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Source : Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans ..., pp.27-29

ANNEXE 4 : Activités du Centre Médical de Meyomessala

<p>■ Stratégie avancée</p>	<p>■ Opération 80.000 consultations et dépistages des pathologies ophtalmologiques en zone rurale pour l'horizon 2016 : Fondation Chantal BIYA / Ordre de Malte France s'associent pour améliorer les conditions de vue des populations.</p> <p>■ Ouverture de 05 antennes du Centre Médical de la Fondation Chantal BIYA à SUDCAM, fruit du partenariat Fondation Chantal BIYA/ SUD CAMEROUN HEVEA S.A. :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le « Health Center FCB-SUDCAM HEVEA » du Village 2 de SUDCAM ouvert en Mai 2015 ; 2. Le Centre de Santé du Village SUDCAM de NJIKOM ouvert en Janvier 2016. 3. L'hôpital SUDCAM/FCB ouvert en décembre 2016. 4. Le Centre de santé du village 6 de SUDCAM ouvert le 10 mai 2018. 5- Le Centre Médical FCB/SUDCAM du village 7 Usine SUDCAM, inauguré le 07 octobre 2019.
----------------------------	---

STRUCTURES DU CENTRE MEDICAL DE LA FONDATION CHANTAL BIYA DE MEYOMESSALA

ANIMATION

- **Dr NJOUME EYAME Raymond Léopold,**
Directeur du Centre
- **Dr BETI Fils Bernard,**
Chef Service Santé du District de Meyomessala
- **Dr PENGOU NGUIFFO Achille**
- **Dr POINTEU Jean**
- **Dr YONTA Lambert**

STRUCTURATIONS DU CENTRE

- Cabinet dentaire
- Laboratoire
- Une Pharmacie et Parapharmacie
- Salles d'hospitalisation, capacité d'accueil : 25 lits
- Boxes de consultation (02)
- Salle d'électro cardiogramme et d'échographie
- Salle d'accouchement (01)
- Salle de néonatalogie (01), équipée de 02 couveuses dont une à photothérapie
- Toilettes externes
- Ambulance (01)
- Une Unité de Prise En Charge des PVVIHs
- 05 antennes du Centre Médical de la Fondation Chantal BIYA de Meyomessala à SUDCAM, fruit du partenariat Fondation Chantal BIYA/SUD CAMEROUN HEVEA S.A. (04 centres de santé et 01 hôpital central)

DOMAINE	ACTIVITÉS RÉALISÉES
■ STRATÉGIE FIXE	■ Soins curatifs et préventifs permanents (stratégie fixe) Vaccination.
	■ Entretien des équipements spécialisés
	■ Ressources humaines
	■ Unité de Prise en Charge des PVVIH (UPEC)

Source : *Fondation Chantal Biya (1994-2020), 26 ans d'engagement...*, pp.26-28.

ANNEXE 5 : Tableaux synoptiques des activités du Secrétariat Général (Relations Publiques et Communication)

DOMAINE	ACTIVITÉS RÉALISÉES	RÉSULTATS OBTENUS	OBSERVATIONS
Suivi des activités	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture médiatique des événements de la Fondation ■ Production d'un documentaire vidéo ■ Suivi et mise à jour du site internet 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les événements de l'année couverts par la télévision, la radio et la presse ■ Cassettes et DVD disponibles ■ Site de la FCB réactivité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Divers organes de média sollicités, publics et privés ■ Mise en place d'une vidéothèque et d'une photothèque envisagée ■ Connexion du SG envisagée en 2006
Documents et bilans	<ul style="list-style-type: none"> ■ Production d'un journal magazine récapitulatif les activités de la Fondation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Activité initiée, mais non achevée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Délais trop brefs pour obtenir le résultat avant la cérémonie de l'Arbre de Noël 2005

**TABLEAUX SYNOPTIQUES
DES ACTIVITÉS
DES CENTRES**

CHILDREN FIRST CENTER (CFC, YAOUNDÉ)

DOMAINE	ACTIVITÉS RÉALISÉES	RÉSULTATS OBTENUS	OBSERVATIONS
Prise en charge des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accueil des enfants abandonnés ou en situation difficile ■ Poursuite du Programme de vaccinations ■ Affectations de 2 médecins au suivi des enfants du CFC ■ Inscription des enfants à l'école. ■ Enquêtes sociales auprès des familles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 17 enfants encadrés dans le Centre ■ Vaccins des enfants mis à jour ■ PEC médicale assurée ■ PEC psycho-sociale assurée ■ Rentrée 2005 bien préparée ■ Suivi scolaire assuré ■ Contacts maintenus avec les familles des enfants de souches connues ■ Contacts établis avec des centres d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 bébé et 1 enfant récupérés par leurs familles ■ Enfants en bonne santé et scolarisés ■ Bonne tenu et suivi du carnet de vaccination de chaque enfant ■ Amélioration du système de mise à disposition des produits précis ■ Fournitures scolaires disponibles, encadrement des enfants assuré par les mamans ■ Lancement de procédure légale, en collaboration avec le MINAS, pour établissement des actes de naissance et placements en familles
Amélioration du cadre d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaménagement des chambres ■ Achats de jouets 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bébé séparés des plus grands ■ Cadre récréatif et d'éveil des bébés garni 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acquérir aussi des jouets appropriés aux aînés: vélos, puzzles, scrabble, ...
Gestion du CFC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Restructuration du cadre de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Postes de travail et organigramme redéfinis ■ Personnel en place 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Besoin d'ordinateur pour le Secrétariat-comptable

Source : *Fondation Chantal Biya (1994-2020), 26 ans d'engagement...*, pp.32-34

ANNEXE 6: Photo de séance de remise de dons en fin d'année 2014 aux enfants malades à la direction de la FCB à Yaoundé.



Source : Fondation Chantal Biya (1994-2020), 26 ans d'engagement..., p.36

ANNEXE 7 : Photo de famille des Synergies Africaines à la FCB à Yaoundé.



Source: Fondation Chantal Biya (1994-2020), 26 ans d'engagement..., p.38.

SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I- SOURCES PRIMAIRES

A- RAPPORTS D'ACTIVITES

- Evolution de la mortalité de 2000 à 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA du Groupe de la Banque Mondiale et de la Division de la Population des Nations Unies, 2019.
- Fondation Chantal Biya (1994-2020). 26 ans d'engagement pour le bien-être de l'Homme, Paris, Kronos Regies, 2020.
- Fondation Chantal Biya, Document et rapport d'activités de la FCB, 2001.
- Fondation Chantal Biya, Rapport d'activité 2020. Synopsis VIP, 2021.
- Fondation Chantal Biya, Services de Pédiatrie (Nourrissons & Grands enfants), 2017-2018.
- Fonds des Nations Unies pour la Population, Rapport mondial sur le développement humain en Afrique subsaharienne (2017-2020), 2020.
- MINFI, 50 Ans de l'Economie camerounaise (1960-2010), 2011.
- MINSANTE, Direction de la santé communautaire. Organigramme du MINSANTE, Yaoundé, 2000.
- MINSANTE, Directives nationales pour les soins maternels et néonataux au Cameroun (avec la collaboration du Projet d'appui à la santé maternelle, néonatale et infantile au Cameroun), juin 2020.
- MINSANTE, Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun. Cinquième programme de coopération Cameroun-UNFPA, mai 2011.
- MINSANTE, Guide Technique pour la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte au Cameroun, UNICEF/OMS/Hellen keller International, 2016.
- MINSANTE, Rapport d'activité T4 : Service de la santé maternelle, janvier 2015.
- MINSANTE, Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Cameroun. Rapport de l'évaluation rapide des besoins, UNFPA, Juin 2016.
- OMS, Rapport mondial sur la santé et la mortalité maternelle et infanto-juvénile, septembre 2019.
- OMS, Rapport mondial sur les soins médicaux de base, 2018.
- OMS, Service de la Documentation du Bureau de OMS-Cameroun, 1948.
- PNUD, Rapport mondial sur la condition sociale des femmes rurales. Section Afrique subsaharienne (2006-2008), 2009.

- PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, Paris, 2000.
- Programme National Multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun, plan stratégique (2014-2020), 2011.

B- SOURCES ORALES

N°	Noms et prénoms	Age	Fonction / Statut social	Date et lieu d'entretien
1.	Abeng G.	58 ans	Infirmière retraitée, anciennement en service à la FCB	21 septembre 2023 à Yaoundé.
2.	Anonyme	36 ans	Infirmière stagiaire au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya	23 Août 2023 au Centre Mère et Enfant Yaoundé
3.	Anonyme	66 ans	Gynécologue retraité, anciennement en service à la Fondation Chantal Biya	27 août 2023 à Yaoundé
4.	Bilola Ngono C.	31 ans	Commerçante et ancienne patiente de la Fondation Chantal Biya	17 septembre 2023 à Yaoundé
5.	Ela M.	38 ans	Représentant de l'ONG Keller International	30 mai 2023 à Yaoundé
6.	Essiben F.	46 ans	Gynécologue-obstétricien et enseignant à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé	30 mai 2023 à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I
7.	Guifo O.	60 ans	Pédiatre et spécialiste en parthénologie (Méthode de Kangourou)	30 mai 2023 à Yaoundé
8.	Kamdem A.	42 ans	Ménagère	29 août 2023 à yaoundé
9.	Koki Ndombouo P.	67 ans	Directeur du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya	29-30 août 2023 et 27-28 septembre 2023 au Centre Mère et Enfant (Yaoundé)
10.	Kondé Nla'a T.	33	Médecin	28 mars 2023 à

		ans	généraliste, ancien stagiaire à la Fondation Chantal Biya	l'hôpital de la Croix-Rouge, à Yaoundé
11.	Manguete J.-C.	51 ans	Médecin radiologue au Centre Médico-social de l'Université de Yaoundé I	Université de Yaoundé I 24 juin 2023
12.	Mbazoa F.	25 ans	Etudiante à l'Université de Yaoundé I (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales)	03 octobre 2023 à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé
13.	Mvogo J. M.	56 ans	Directeur du Centre des Archives et de la Documentation du Ministère de la Santé	29 mai 2023 à Yaoundé
14.	Ndjida Abbo A.	42 ans	Commerçante	25 juillet 2023 au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé
15.	Ngo Mbock H.	38 ans	Secrétaire de Direction	05 septembre 2023 à Yaoundé
16.	Ngobi N.	33 ans	Infirmière en service à l'hôpital de la Garnison militaire d'Edéa	(par téléphone) le 04 octobre 2023.
17.	Ngono J.	30 ans	Ménagère, ancienne patiente de la Fondation Chantal Biya	15 mai 2023 à Yaoundé
18.	Ngono Noah C.	32 ans	Etudiante à l'Université de Yaoundé I	06 septembre 2023 à l'Université de Yaoundé I
19.	Nsouandele E.	58 ans	Infirmière retraitée, anciennement en service à l'hôpital central de Yaoundé et au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya	06 octobre 2023 à Yaoundé
20.	Tsafack Kamdem M.	39 ans	Institutrice	24 juin 2023 à Yaoundé

II- SOURCES SECONDAIRES

A- OUVRAGES

- Angers M., *Initiation pratique à la méthodologie des Sciences Humaines*, Montréal, Centre Educatif et culturel, 1992.
- Beaud M., *L'Art de la thèse. Comment préparer et rédiger un mémoire de Master, une thèse de Doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du net*, Paris, la Découverte, 2006.
- Bema Lobé S., *Les Nations Unies au Cameroun*, Yaoundé, Saint-Paul, 1999.
- Bessis S., *Economies sociales au féminin*, Montréal, Centre Educatif et Culturel, 1987.
- Bessis S., *Rôle des femmes dans la vie rurale, économique et sociale en Afrique Noire, Afghanistan, Amérique Latine*, Montréal, Centre Educatif et Culture, 1989.
- De la Charrière G., *La politique juridique extérieure*, Paris, Institut Français des Relations Internationales, Editions Economica, 1985.
- De la Guerivière J.& Smith S., *L'Afrique en 100 questions. 2,5 milliards de voisins en 2050*, Paris, Tollandier, 2021.
- Doum –Hani Douksidi, *Le mariage chez les Moussey/Mossi d'Afrique et sa portée éducative aujourd'hui*, Ndjamena, Editions AB Alke Bulan, 2023.
- Durkheim E., *Le Suicide*, Paris, PUF, 1987.
- Frangnière G., *Comment réussir un mémoire, comment présenter une thèse, comment rédiger un rapport*, Paris, La Découverte, 1986.
- Kamdoum A., *Planification sanitaire et ajustement Structurel au Cameroun*, Yaoundé, CEPER, 1994.
- Ki-Zerbo J., *Eduquer ou périr*, Dakar, Unicef-Unesco, 1990.
- Klodia Ndiaya, *La Fondation Karanta en croisade contre l'analphabétisme*, Dakar, Nouvelles Editions Africaines, 1999.
- *Le Petit Larousse illustré*, Paris, Editions Larousse, 1983.
- Mbonji Edjenguele, *Culture-Vérité*, Yaoundé, Editions Etoile, 2000.
- Morelle A. & Tabutau D., *La santé publique*, Paris, PDF, 2010.
- Sendé P., *Guide Pratique de la maternité*, Yaoundé, CLE, 2009.
- Sendé P., *Principes de pathologies obstétricales en pays tropicaux*, Yaoundé, CLE, 2003.
- Tassou A., *Désordre urbain et insécurité au Cameroun. Evaluation et plaidoyer pour une gouvernance urbaine rationnelle*, Yaoundé, Ifrikiya, 2018.

B- THESES ET MEMOIRES

1) Mémoires

- Fongang Kontcheu L., « L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun (1916-2000) », Mémoire de Diplôme d'Etude Approfondie en Histoire, Université de Yaoundé I, 2008-2009.
- Mbakop F.D., « Associations à caractère humanitaire et développement social du Cameroun : Cas de la Fondation Chantal Biya (1994-2023) », Mémoire de Maîtrise en Histoire, Université de Yaoundé I, 2003.

2) Thèses

- Fongang Kontcheu, L., « L'évolution des politiques publiques en matière de santé au Cameroun 1960-2015. Approche historique », Thèse de Doctorat Ph.D en Histoire, Université de Yaoundé I, 2014.
- Ngwé E., « La croissance démographique accélérée de Yaoundé entre 1957 et 1976 », Thèse de Doctorat 3^e cycle en Histoire, Université de Bordeaux, 1982.

C- ARTICLES SCIENTIFIQUES

- Eboussi Boulaga F., « Penser africain : raison, identité et liberté », *Esprit*, n° 330, volume 12, décembre 2012.
- Herbek I., « Vers une tentative de périodisation de l'histoire africaine », *Perspectives nouvelles sur l'histoire africaine. Compte rendu du Congrès international d'Historiens de l'Africa University College*, par Es-Salam, octobre 1965, Paris, Unesco/Présence Africaine, 1971.
- Jaffré Y., « Prolégomène à une réforme de santé : de l'identification aux perspectives », *Médecine Tropicale*, n° 06, Volume 64, 2004.

D- JOURNAUX

- Ngapout A., « Mortalité maternelle et infantile : on peut éviter de nombreux décès », *Cameroon Tribune*, 12 mai 2020.
- Tsiele C., « Santé : le taux de mortalité maternelle en baisse », in *Mère et Enfant*, N° spécial, mai-juin 2018.

E- SOURCES NUMERIQUES

- Bres J., « Vous les entendez ? Analyse du discours et dialogisme », <https://journals.open.editions.org>, consulté le 14 septembre 2022.
- « C'est quoi le service néonatal ? », <https://www.le.gifrance.gouv.fr>, consulté le 22 septembre 2023.

- Coron C., *La boîte à outils de l'analyse de données en entreprises*, Paris, Dunod, <https://www.dunod.com>, consulté le 13 février 2023.
- Dictionnaire français en ligne, <https://www.larousse.fr>, consulté le 13 septembre 2022.
- « Le Cameroun horrifié par l'éventration d'une femme enceinte dans un hôpital », <http://www.Le monde.fr>, 17 Mars 2016.
- « Libération de sang à partir d'un vaisseau sanguin rompu, à l'intérieur ou à l'extérieur du corps », in <https://www.Elsan.care>, consulter le 13 janvier 2023 à 8h00
- « Mortalité maternelle et néonatale au Cameroun : Evaluation des efforts consentis depuis les années 1990. Défis et perspectives », <http://uaps2011.popconf.org/Cairn.info.fr>, consulté le 18 mars 2023.
- « Qu'est-ce qu'un soin obstétrical ? », <https://www.engenderhealth.org>, Guide linguistique des soins maternels et obstétricaux, 10 juin 2022, consulté le 22 septembre 2023.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME.....	v
ABSTRACT	v
TABLE DES ILLUSTRATIONS	vii
SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	1
II. INTERÊT DE L'ETUDE	6
III. RAISONS DU CHOIX DU SUJET.....	6
IV. CADRE SPATIO-TEMPOREL	7
V. REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE.....	7
VI. PROBLEMATIQUE.....	13
VII. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	14
VIII. APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE	15
IX. DIFFICULTES RENCONTREES.....	19
X. PLAN DU MEMOIRE	19
CHAPITRE I :	21
LES POLITIQUES SANITAIRES ET LES INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU CAMEROUN.....	21
I- EVOLUTION ET STRATÉGIES D'OPÉRATIONNALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE AU CAMEROUN... 21	21
A. Evolution historique des politiques sanitaires au Cameroun en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	21
B. Caractéristiques majeures du système de santé au Cameroun	24
1. Organisation du système de santé	24

2. Objectifs et actions de la stratégie en matière sanitaire	26
II- SITUATION ET BESOINS DU SECTEUR (NORMES ET BESOINS) DE LA SANTE.....	29
A. Ressources financières	31
B. Lutte contre la mortalité maternelle	33
C. Financements Extérieurs (FINEX).....	33
D. Les fondements sociaux et opérationnels de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun.....	34
1. Le recours à la croissance	34
2) Taux de létalité causés par des facteurs obstétricaux directs.....	35
c. Taux de létalité obstétricale due aux causes directes par type de complications.....	37
3) Taux de mortalité obstétricale due aux causes indirectes par type de complications...	39
III- CAPACITES D'OFFRE EN SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALES	41
A- Salle de travail	41
B- Salle d'accouchement	42
C- Salle de suite de couches.....	42
D- Bloc opératoire.....	42
E- Laboratoire et Salle de consultation prénatale	42
CHAPITRE II :	45
PRESENTATION GENERALE DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	45
I- La Fondation Chantal Biya : historique, missions principales et structuration administrative.....	45
1. Historique, missions et structuration administrative.....	45
1- L'Assemblée Générale et le Conseil de la Fondation.....	48
2- Le Bureau du Conseil	49
II- PATRIMOINE SANITAIRE ET INSTITUTIONNEL DE LA FONDATION CHANTAL BIYA.....	52
A. Le Centre Médical de Meyomessala.....	53

B. Le Centre Mère et Enfant et ses différents Services	56
1. L'Unité de jour pédiatrique, la Rééducation, physio-kinésithérapie, réhabilitation psychomotrice et Service de Néonatalogie (Enfants à terme)	56
2. Le Service des nouveau-nés de faible poids, le service de cardiologie et de Pneumologie, le service des maladies digestives et de nutrition et le service de la Drépanocytose.....	57
c. Le service des maladies endocriniennes, du diabète, des maladies de la croissance, le service de Néphrologie, le Service de Neurologie et le service d'Hématologie-Oncologie	58
3. Le Service des Maladies Infectieuses de l'Enfant, le Service des soins Périnataux aux Mères, le Service des vaccinations et le Service du laboratoire	59
4. Le Service de Radiologie et de l'Unité de Jour pédiatrique	60
5. Le Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine de Yaoundé (CHRACERH) et <i>Child First Center</i>	60
D. La Fondation Chantal Biya et ses partenaires	61
1. Le cas du partenariat Japon et de la Fondation Chantal Biya	62
CHAPITRE III :.....	64
LES ACTIONS ET LES REALISATIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA EN MATIERE DE PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE	64
I- RAPPEL DU CADRE GENERAL DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	64
A. L'action sanitaire.....	64
B. Le programme d'assistance	65
C. Le programme de modernisation et de densification	66
D. L'action socio-éducative de la Fondation Chantal Biya	68
1) Les actions de promotion sociale.....	70
2) Le Centre Panafricain de Chirurgie Endoscopique	71
3. Les actions en faveur des femmes	73

II- LA FONDATION CHANTAL BIYA ET LA PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE SOUS L'ANGLE DES CONSULTATIONS PRE ET POSTNATAUX, DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION AU VIH/SIDA ET LES ACTIONS CARITATIVES	74
A- Les consultations pré et postnatales.....	74
B. Les campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA et autres : le cas de la dynamique Synergies Africaines	77
C- Les actions caritatives : les cas de l'octroi des dons et des campagnes de vaccination	79
III- LES ACTIONS DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENTS MEDICAUX AU BENEFICE DE LA SANTE MATERNELLE, REPRODUCTIVE ET NEONATALE	83
A. Les soins pratiqués pendant la grossesse et l'accouchement	83
B. Service de Néonatalogie A et B et l'action obstétricale.....	84
C. Le Service des Urgences, d'Héματο-oncologie, de Petite chirurgie et de soins intensifs	86
CHAPITRE IV :	90
MANQUEMENTS, ENTRAVES ET PERSPECTIVES DES ACTIONS DE LA FONDATION CHANTAL BIYA EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	90
I- LES MANQUEMENTS DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE AU SEIN DE LA FONDATION CHANTAL BIYA	90
A- Les coûts élevés du suivi pré et post-natal	90
B- Coûts élevés des traitements pré et post-natal	93
C- L'irrégularité des actions caritatives	96
II- L'ARCHIVAGE DES DOCUMENTS, LA QUESTION DE LA RESSOURCE HUMAINE SPECIALISEE ET LES PROBLEMES D'ORDRE ETHIQUE	97
A- Le problème de l'archivage des documents.....	97
B- La crise de la ressource humaine	98
1. Historique et analyse de la crise du personnel spécialisé	98

2. Caractéristiques générales des ressources humaines pour la santé au Cameroun	100
3. L'alternative et l'offre des formations privées sanitaires	104
C. La négligence des patients démunis	106
III- QUELQUES SUGGESTIONS SUSCEPTIBLES DE RENOVER LA DYNAMIQUE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU SEIN DE LA FCB	110
A- L'extension de la Fondation Chantal Biya à l'échelle nationale et le recrutement quantitatif du personnel spécialisé	111
B- L'application des sanctions contre les écarts de conduite et le respect de la déontologie médicale	112
C- La réduction des coûts de traitement et la promotion de l'assurance santé	113
CONCLUSION GENERALE	115
ANNEXES	120
SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	133
TABLE DES MATIERES	139