



## MIGRATION URBAINE ET SANTE MATERNELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : L'EXPERIENCE DE LA MIGRANTE (INTERNE/EXTERNE) DANS LE SYSTEME CONVENTIONNEL DE PRISE EN CHARGE PRENATALE DE DOUALA (CAMEROUN)

### URBAN MIGRATION AND MATERNAL HEALTH IN SUB-SAHARAN AFRICA: THE INTERNAL/EXTERNAL MIGRANT EXPERIENCE IN THE CONVENTIONAL SYSTEM OF PRENATAL CARE OF DOUALA (CAMEROUN)

MEVA'A ABOMO Dominique <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Maître de Conférences en géographie, Société Savante Cheikh Anta Diop  
Université de Douala (Cameroun)  
mevaa\_abomo@ss-cad.org

<sup>1</sup>MEVA'A ABOMO Dominique. Migration urbaine et sante maternelle en Afrique subsaharienne : l'expérience de la migrante (interne/externe) dans le système conventionnel de prise en charge prénatale de douala (Cameroun. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 2 (3), 41-62. [En ligne] 2019, mis en ligne le 30 Juin 2019, consulté 2019-07-01 02:35:02, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=45>

#### Résumé

La présente étude pose le problème de la prise en charge prénatale d'une catégorie de patientes à savoir, les migrantes tant internes qu'externes ou transfrontalières, dans un contexte de crise du système urbain d'offre de soins prénataux. L'analyse des empiries collectées à partir d'un sondage directif, des entretiens semi-directifs et des observations *in situ* a permis de constater que le vécu quotidien de ces patientes recourant à l'itinéraire conventionnel de prise en charge est marqué par le phénomène de stress prénatal. Ce stress est causé et entretenu par un fonctionnement en surcharge des hôpitaux, les longues durées d'attente des consultations dans les hôpitaux, l'insuffisance des équipements et matériels de consultation prénatale, le caractère expéditif et peu satisfaisant desdites consultations, les faible et inégale accessibilités aux mesures sociales de santé maternelle,

etc. Ce vécu favorise le phénomène de détournement desdites patientes du circuit conventionnel de prise en charge prénatale pour des itinéraires informels plus onéreux et à risque, où des issues fatales sont régulièrement enregistrées. A l'étude de conclure que la migrante interne/externe enceinte est en situation d'insécurité prénatale dans la ville de Douala.

**Mots clés :** Douala, Migration urbaine, santé maternelle, prise en charge prénatale, insécurité prénatale de la migrante

#### Abstract

The present study outlines a category of patients 'prenatal care, namely internal and external or cross-border migrants in the urban crisis context of prenatal care. The analysis of empirical data collected from a predetermined survey, semi-structured interviews and in situ observations revealed that the daily experience of these patients in the conventional care system is marked by the phenomenon of prenatal stress. This stress is caused and maintained by overloaded hospitals, waiting long times for consultations at hospitals, inadequacy of prenatal consultation equipment and materials, quick and unsatisfactory consultations, low and unequal access to social measures for maternal health, etc. This experience favors the conventional prenatal care circuit rejection phenomenon by the patients. They prefer the informal circuit of prenatal care that is

more expensive and dangerous, where fatal outcomes are regularly recorded. The study concludes that the pregnant internal/external migrant is in prenatal insecurity situation in Douala city.

**Key words:** Douala, Migration, maternal health, pregnant migrant/immigrant, lived, crisis of the urban prenatal care system, prenatal stress, prenatal insecurity.

---

## INTRODUCTION

---

L'Afrique subsaharienne est l'une partie de la planète où le plus grand taux de croissance de la population est enregistré. Sa population qui était de 831 millions d'habitants en 2010 passerait à environ 2,1 milliards en 2050, et serait de l'ordre de 3,8 milliards en 2100 (J.F. May et J.P. Guengant, 2014, p. 19). Les espaces urbains sont des lieux de concentration de cette population. La population urbaine de l'Afrique qui était d'environ 39% en 2007, est en perpétuelle croissance et pourrait représenter 62% de la population totale du continent d'ici 2050 (P. Vimard, R. Fassassi, 2011, p. 333). Cette attraction migratoire urbaine est liée aux meilleures conditions de vie que les villes offrent à cette population majoritairement pauvre par rapport à l'espace rural. En plus de l'exode rural, les grandes villes accueillent également des personnes issues d'une intense dynamique de migration interurbaine.

Les migrants, une fois en ville, développent moult stratégies et mécanismes d'insertion sociale pour faire face au contexte de pauvreté urbaine et d'insuffisance substantielle des services de base tels que l'éducation, la santé, l'habitat, la nutrition... (A. Bassilekin, 2016, p. 288). La croissance rapide des populations urbaines est, par exemple, contrastée par une faible dynamique d'amélioration de l'offre urbaine de santé publique. La crise de santé urbaine qui en résulte est davantage complexifiée par les multiples dysfonctionnements des systèmes urbains d'offre de soins d'une part ; puis, par de profondes inégalités de santé d'autre part (D. Meva'a Abomo, et al., 2017, p. 242). Les migrantes se particularisent par diverse « stratégies d'insertion sociétale faciles », mais à haut

risque sanitaire (Meva'a Abomo D., 2014, p. 127). La procréation, très souvent précoce, constitue, par exemple, une véritable stratégie d'insertion sociale facile des migrantes pauvres tant internes qu'externes. À travers cette stratégie, elles trouvent facilement un abri et sont partiellement ou totalement prises en charge par les auteurs des grossesses. Une seconde, voire même une troisième conception est volontairement planifiée par ces dernières afin de garantir la stabilité concubinale augurant à une éventuelle stabilité conjugale. Cette logique de procréation considérée comme une stratégie de lutte contre la pauvreté participe substantiellement de la forte natalité urbaine, et fait de la migration féminine un levier cardinal de la croissance anarchique de la population dans les villes d'Afrique subsaharienne. Si « la natalité de lutte contre la pauvreté » a favorisé l'amélioration des conditions de vie de certaines migrantes, elle reste cependant incertaine et à haut risque compte tenu de la multitude d'issues concubinales malheureuses ; puis, au regard des conditions de périnatalité précaires desdites migrantes. Les migrantes en situation de maternité constituent ainsi l'une des catégories de la population urbaine les plus exposées et vulnérables en Afrique subsaharienne. La présente étude s'appuie sur ce contexte général pour poser le problème spécifique de la prise en charge de la migrante pauvre en situation de maternité dans un contexte spécifique de crise du système d'offre de soins périnataux comme celui de Douala (Cameroun), une mégapole d'Afrique centrale en proie à d'intenses dynamiques migratoires. L'objectif de cette étude est de faire une analyse empirique du vécu de la migrante en situation de maternité dans le circuit conventionnel de prise en charge prénatale dans cette mégapole. Le but ici est de favoriser une meilleure connaissance scientifique dudit vécu afin de contribuer efficacement à l'amélioration de ladite prise en charge dans l'espace d'étude. La restitution de l'étude porte sur trois articulations : la synthèse de la démarche méthodologique, les principaux résultats obtenus et la discussion.

## 1. Démarche méthodologique

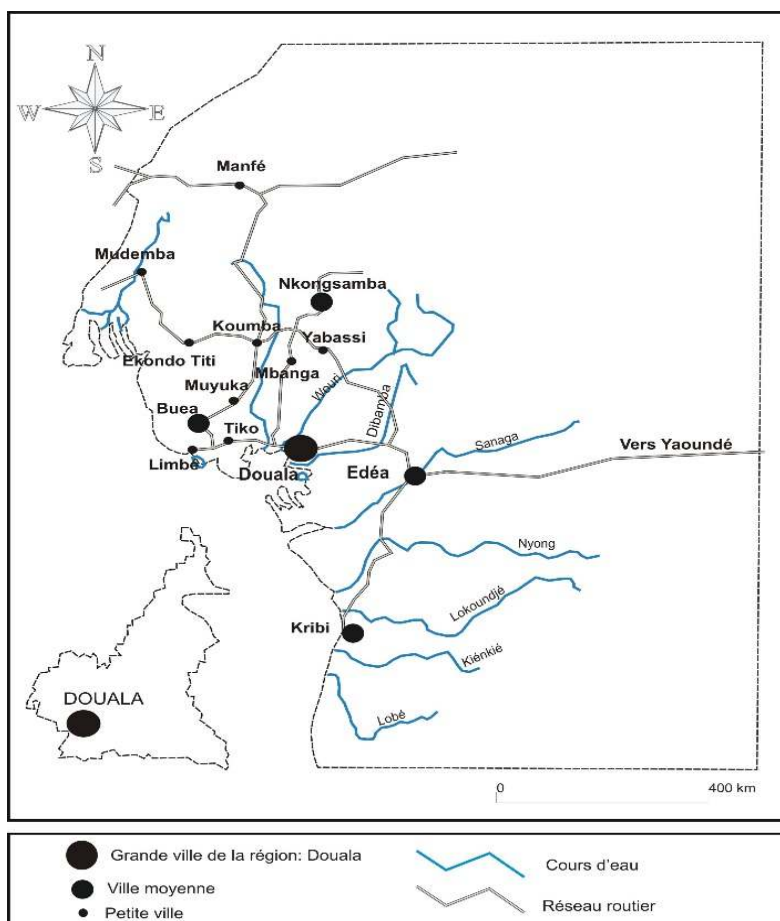
### 1.1. De l'espace et de l'objet de l'étude

#### 1.1.1. La ville de Douala : un laboratoire d'observation et d'étude de la migration féminine et de la périnatalité mes migrantes

La ville portuaire de Douala est la capitale économique du Cameroun avec son port autonome, ses deux principales zones industrielles à l'échelle nationale (Bassa et Bonaberi) et son impressionnant tissu commercial ; elle est également les chefs-lieux de la Région du littoral et du département du Wouri (Carte n°1). L'agglomération est une communauté urbaine de Douala (CUD), créée par la loi N° 87 / 015 du 15 juillet 1987 et comprenant six communes d'arrondissement. Le sixième arrondissement est en zone insulaire : l'île de Manoka dans le Wouri. Cette ville industrielle concentre 35% des unités de production et 65% des grandes entreprises du pays ; elle pèse pour 31,2% environ dans le Produit Intérieur Brut (PIB) National, ce qui représente plus de 3 milliards de FCFA (C.U.D., 2014, p. 6). Douala est également une ville commerciale avec 90 espaces marchands marchés de vente en gros et en détail, parmi lesquels 56 sont formels (C.U.D., 2014, p.28-29). Ce potentiel économique en fait une destination

privilegiée des dynamiques migratoires internes et transfrontalières des populations en quête d'un mieux-être. Il s'agit donc d'un véritable *El Dorado* pour les migrants au sens de A. Etoa Ndende (2018, p. 170). Cette mégapole sous régionale comptait plus de 3 millions d'habitants en 2014, soit environ, 14 % de la population nationale (Communauté Urbaine de Douala., 2014, p.6). Cette population est majoritairement constituée de migrants-pauvres. L'exploration des conditions migratoires et de vie des migrants a amené (D. Meva'a Abomo, J.R. Abessolo Nguema, et *al.*, 2013, p. 27) à qualifier ce phénomène migratoire d'asile de pauvreté. Ces dynamiques se sont nettement intensifiées depuis 2014 avec l'émergence de divers foyers d'agression étrangère et d'instabilité sociopolitique interne. Il en est le cas avec les conflits contre Boko Haram au Nord Cameroun, les bandes armées à l'Est Cameroun, et surtout, la crise anglophone dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du pays. En octobre 2018, cette crise socio-politique comptait déjà plus de 400 morts et 200 000 déplacés (N. Machikou, 2018, p. 120). La ville de Douala qui est à 69 km, soit à moins d'une heure de route bitumée de Buea, la capitale de la région du Sud-Ouest, est l'un des principaux lieux de convergence de ces déplacés.

### Carte n°1 : Localisation de la ville de Douala dans la région du Littoral au Cameroun



Source : Institut Nationale de la Cartographie du Cameroun, 2017

D'une manière générale, la ville de Douala est une destination très convoitée par les migrants non seulement à l'échelle nationale, mais aussi, à l'échelle sous régionale et même transcontinentale. Son dividende de massification sociodémographique annuelle est positif et d'environ 47 723 habitants / an ; la ville est donc en situation de sur-massification de l'armature sociodémographique urbaine (D. Meva'a Abomo et N.J. Fogwé, 2018, p. 16). Cette mégapole est particulièrement en proie à la migration féminine de par la multitude d'opportunité qu'elle offre. La rareté des emplois et l'absence de qualification amènent plusieurs migrantes à développer des « stratégies d'insertion sociétale faciles » évoquées plus haut, et parmi lesquelles, la prostitution, la natalité de lutte contre la pauvreté,... Cette dernière stratégie est initiée dans un contexte de dépassement des capacités urbaines en

matière d'offre des services de base parmi lesquels l'offre de santé publique. L'inadéquation entre la demande et l'offre de santé qui en résulte s'accompagne d'un profil d'inégalités de santé et d'une crise d'accessibilité des pauvres aux soins de qualité (J.P. Mbaha, et A.P. Nsommo, 2018, p. 125). Les migrantes en situation de maternité constituent globalement l'une des catégories de la population la plus exposée et la plus vulnérable dans ce contexte de crise du système de santé publique en général, et de précarité de la prise en charge périnatale en particulier.

#### 1.1.2. La prise en charge périnatale des migrantes en milieu urbain : un objet d'étude complexe et marginal

La prise en charge périnatale faisant l'objet de la présente étude désigne

l'ensemble des soins médico-sanitaires<sup>1</sup> et socio-affectifs à apporter à la femme avant, pendant et après la grossesse afin de garantir une issue maternelle et périnatale positive pour la mère et l'enfant. Cette prise en charge est particulièrement dysfonctionnelle en Afrique subsaharienne (A.A. Sumera, A.A. Dero et al., 2018, p. 43 ; A. Bassilekin, 2016, p. 287 ; J. Saizonou, D.V. Agueh et al., 2014, p. 256), au regard de la forte mortalité maternelle néo-natale ici enregistrée. Cette partie du globe a d'ailleurs le taux de fécondité le plus élevé au monde avec en moyenne 5,1 enfants / femme (M.L. Esses Esme, L. Konan Loukou et al., 2019, p. 4598 ; L. Merdad et A. Mohamed (2018, p. 1). Les tendances générales font état, d'après l'UNICEF, d'un risque d'accouchement mortel des parturientes d'environ 6,250% contre 0,025% dans les pays développés :

« Toutes les minutes, une femme meurt de complications liées à l'accouchement – environ 529 000 par an – dont la vaste majorité dans les pays en développement. *Pour les femmes d'Afrique subsaharienne, le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement est de 1 pour 16, contre 1 sur 4 000 dans les pays industrialisés.* »<sup>2</sup> Allant dans le même sens de tendances générales, l'Organisation Mondiale pour la Santé souligne que la mortalité infantile néo-natale la plus forte est également enregistrée dans cette partie du globe : « ... 3,6 millions de nouveau-nés meurent en raison de complications en grande partie évitables au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. De plus, chaque année, on enregistre près de 3 millions d'enfants mort-nés. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à faible revenu parce que les femmes – souvent pauvres et marginalisées – n'ont pas accès à des services de santé efficaces ni à des professionnels de santé qualifiés »<sup>3</sup>.

Si ces tendances générales ne sont pas spécifiques à la périnatalité urbaine des

migrantes de par leurs indisponibilités, elles révèlent au moins l'endémicité d'un drame périnatal intégrant lesdites migrantes tant internes que transfrontalières, avec des répercussions épidémiologiques et socioéconomiques sévères dans les espaces autant ruraux qu'urbains de l'Afrique subsaharienne. Cette vulnérabilité ne concerne pas seulement celles qui résident dans le continent. Les immigrantes d'Europe en provenance d'Afrique subsaharienne constituent également la catégorie de la population féminine la plus enclin à la vulnérabilité périnatale, d'autant plus que ces dernières ont le taux de suivi prénatal inadéquat le plus élevé et font le plus l'objet de soins différenciés (P. Sauvegrain, Z. Stewart, 2017, p. 389).

La prise en charge périnatale repose sur quatre principaux paradigmes : médico-sanitaire, socioéconomique, socio-affectif et psycho-affectif. Ces paradigmes interfèrent en continu dans trois champs d'action : préventif, curatif et promotionnel. Le paradigme médico-sanitaire est sous l'emprise d'une double insuffisance quantitative et qualitative des infrastructures, équipements, matériels et intrants, et de ressources humaines utiles et nécessaires. Si les espaces urbains sont des lieux de concentration de cette prise en charge en Afrique subsaharienne, ils restent cependant plombés de diverses disparités d'accessibilité conformément à tous les secteurs de la prise en charge sanitaire (D. Meva'a Abomo, 2016, p. 26). Il s'agit par exemple des disparités en matière d'accessibilité financière, géographique, informationnelle, culturelle qui concernent d'ailleurs tous secteurs d'offre des soins de santé (A. Patouossa Njikam, 2018, p. 218). Plusieurs études s'accordent sur la très faible perceptibilité d'une quelconque différence entre les migrantes internes et externes dans les villes d'Afrique subsaharienne d'une part,

<sup>1</sup> Dans le système de santé camerounais, la prise en charge des femmes enceintes renvoie en théorie à l'ensemble des soins prénataux à apporter à ces dernières, à savoir : au moins quatre visites (ou consultations) prénatales pendant la grossesse ; la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ; la prévention des maladies ; l'identification des pathologies préexistantes ; la détection précoce des complications ; la dépistage et le traitement des IST ; le dépistage de l'anémie ; le conseil et le dépistage du VIH ; la prophylaxie des carences en micronutriments (fer, folates et multivitamines) ; le dépistage des IO telles que la tuberculose ; la prophylaxie au Cotrimoxazole pour la

prévention de la pneumocystose, de la toxoplasmose et du paludisme ; la prévention à la moustiquaires imprégnées d'insecticide en utilisant de préférence les Moustiquaires Imprégné à Longue durée d'Action (MILDA) ; la vaccination contre le tétanos ; la planification des naissances, la planification pour être prêt en cas de complication ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et conseil en la matière (Programme de Prévention du VIH/SIDA, 2012).  
<sup>2</sup> <https://www.unicef.org/french/mdg/maternal.html>, consulté le 5 mai 2019.

<sup>3</sup> [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/midwifery\\_report\\_20110620/fr/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/midwifery_report_20110620/fr/), consulté le 5 mai 2019.

puis entre les migrantes en général, et les non-migrantes d'autre part, en matière de prise en charge médico-sanitaire périnatale (J.P. Zamwangana Tungu 2003, p. 219). Les différences sont beaucoup plus relatives à la couche sociale d'appartenance. Cette crise du paradigme médico-sanitaire qui concerne d'ailleurs tous les secteurs de l'offre des soins de santé est simultanément une cause et une réponse logique de la situation de pauvreté ambiante dans cette région du globe (D. Meva'a Abomo, 2016, p. 26 ; A. Bassilekin, 2016, p. 288). Le paradigme socioéconomique est prédominé par une pauvreté qui limite substantiellement les capacités des acteurs publics et municipaux relatives à l'amélioration des capacités de prise en charge périnatale tant en milieu urbain que rural d'Afrique subsaharienne. Cette incapacité a favorisé l'émergence en milieu urbain de l'offre informelle des soins modernes périnataux. Le même contexte bénéficiant de la tolérance de l'incivisme public a permis l'affirmation de l'offre traditionnelle et spirituelle ou prophétique des soins périnataux dans les villes d'Afrique subsaharienne (B. Bekolo Engoudou 2018, p. 504). La pauvreté et les multiples dysfonctionnements des systèmes urbains de santé maternelle sont, enfin, en faveur de l'exacerbation des phénomènes tels que l'automédication, la corruption dans les établissements sanitaires, le détournement des patientes des itinéraires conventionnels de prise en charge, etc. (D. Meva'a Abomo, 2015, p. 229 ; V. Bayemi, 2008, p. 24-25). Les migrantes désœuvrées en phase de maternité font généralement recourt à trois options. La première consiste à se confier à l'itinéraire conventionnel en supportant tous ses dysfonctionnements. La seconde renvoie au recours à des itinéraires de prise en charge douteux relevant soit de l'offre urbaine de soins périnataux modernes (mais informels), traditionnels ou prophétiques en dépit des risques encourus conformément aux comportements sanitaires des populations déjà dénoncés par B. Mounkama Nguedeu (2016, p.89), Yves Bertrand Djouda Feudjio (2015, p. 142) et B. Bekolo Engoudou (2008, p. 77). La troisième option est la résignation assortie d'une intense pratique de

l'automédication. Plusieurs arrivent à l'accouchement sans faire l'objet d'un suivi prénatal, accouchent à domicile dans des conditions insalubres, et ne se soumettent non plus à un quelconque suivi postnatal. Ces comportements de santé maternelle sont également observés chez les non-migrantes en situation de précarité sans une grande différence (J.P. Zamwangana Tungu 2003, p. 219).

Les paradigmes socio-affectifs et psycho-affectif qui sont en rapport avec l'environnement sociétal de la femme en phase de maternité où la communauté, la famille et la femme en situation de maternité elle-même en sont les principaux acteurs. Lorsque la psycho-affectivité se fonde sur le vécu de la femme en elle-même ; ce vécu est largement déterminé par l'environnement sociétal de ladite femme. La psycho-affectivité est donc interne ou intravertie, et se rapporte aux mécanismes s'opérant dans sa psyché, ainsi qu'aux constructions psychiques associés au fonctionnement psycho-mental qui façonnent et gouvernent les émotions (à l'exemple du stress au sens de A. Michel, 2016, p. 2) ainsi que les sentiments de la femme en situation de maternité et expliquant certains comportement comme la dépendance (M. Epiney, M. Boulvain et O. Irion, 2011, p. 2069 ; C. somon et *al.*, 2010, p. 21). Ce dispositif forge également les perceptions, les représentations, les considérations et croyances de cette dernière dans la société en l'assouplissant et en la flexibilisant, ou en la figeant et en la radicalisant (C. somon et *al.*, 2010, p. 28), avec des répercussions sur le développement de l'enfant (G. Lochard, 2014, p. 113). La socio-affectivité se fonde également sur le vécu de la femme, non plus en elle-même, mais son vécu dans la société. Elle est donc externe ou extravertie et se rapporte au fonctionnement socio-comportemental de la femme. Mécaniquement déterminée par la psycho-affectivité, la socio-affectivité façonne donc son comportement et commande ses actes dans la société conformément au constat de G.M. Pola (2015, p. 22) et de M. Epiney, M. Boulvain et O. Irion (2011, p. 2069). D'une manière générale, ces deux paradigmes caractérisant

l'environnement sociétal et agissant en continuum, sont fortement influencés en Afrique subsaharienne par une précarité vectrice du déficit d'affection sociale et communautaire, des tensions socio-relationnelles faisant de la maternité un fardeau. Les migrantes tant internes qu'externe en souffrent le plus dans les villes d'Afrique subsaharienne par rapport au non migrantes.

En corollaire, la prise en charge périnatale reste globalement problématique et dysfonctionnelle dans les espaces urbains et surtout ruraux d'Afrique subsaharienne. Des différences en matière de prise en charge périnatale sont indéniables, aussi petites soient-elles, entre les migrantes et les non-migrantes en situation de maternité dans les villes d'Afrique subsaharienne. Ces différences sont peu évidentes à travers les paradigmes médico-sanitaire et socioéconomiques de prise en charge ; car, bien de non-migrantes en situation de maternité vivent dans la même précarité que les migrantes, et sont pareillement victimes des insuffisances et dysfonctionnements des systèmes de santé maternelle. Ces différences sont cependant évidentes au niveau des paradigmes psycho-affectif et socio-affectif dans la mesure où les migrantes ne sont pas toujours entourées et accompagnées autant familialement que communautairement comme les non-migrantes. Ces tendances générales sont par ailleurs marquées de disparités géographiques liées aux variations des réalités empiriques entre les pays d'une part, puis entre les villes autant d'un même pays que des pays différents d'autre part. Des études de cas, à l'exemple de la présente recherche sur la ville de Douala ayant très peu fait l'objet d'investigations à ce sujet, se révèlent très importantes pour constituer un corpus de savoirs élaborés sur la prise en charge périnatale des migrantes. Ces connaissances renseignent à suffisance sur les réalités locales spécifiques et peuvent servir de référence pour les politiques en vue de la prise de décisions correctives ou régulatrices.

La présente étude empirique s'articule sur la composante périnatale de la prise en charge périnatale. Elle est analysée suivant deux variables opérationnelles du paradigme médico-sanitaire où le

système de santé publique en général, et maternelle en particulier, est le principal acteur. La première est la consultation prénatale dans le système conventionnel d'offre des soins périnataux. Elle désigne au sens de Z.A. Bhutta, G.L. Darmstadt et al. (2005, p. 527-528), T. Sangaré Awa Bréhima (2010, p. 23), I. Tiembré, J.B. Bi Vroh et al. (2010, p. 222), un ensemble de mesures permettant de prévenir la mortalité maternelle par la détection à temps et la prise en charge des complications potentielles ainsi que des facteurs de risque. En principe, la grossesse est une période à risque en termes de morbidité et de mortalité périnatales et/ou maternelles. Un suivi régulier est donc nécessaire afin de diminuer l'apparition de ces risques au cours d'une grossesse. La consultation prénatale permet de sensibiliser sur les dangers, de détecter et de traiter précocement les situations à risque et d'améliorer le recours à l'aide appropriée lors de l'accouchement (I. Tiembré, J.B. Bi Vroh et al., 2010, p. 222 ; P. Ndiaye et al., 2005, p. 536). Z.A. Bhutta, G.L. Darmstadt et al. (2005, p. 520) et R.C. Bonono, P. Ongolo Zogo (2012, p. 4) soulignent que la consultation prénatale de qualité offre des prestations dépassant le seul cadre de la grossesse pour inclure l'adoption d'un style de vie sain et la lutte contre la malnutrition. Elle est, selon Z.A. Bhutta, G.L. Darmstadt et al. (2005, p. 520) et R.C. Bonono, P. Ongolo Zogo (2012, p. 5), le point de départ et le maillon critique du continuum de soins périnataux permettant d'améliorer les morbi-mortalités maternelle et périnatale ; l'un des quatre piliers de la maternité sans risque. Cette première variable opérationnelle est analysée à partir de deux indicateurs : la durée et la qualité de la consultation prénatale.

La seconde variable opérationnelle analysée est l'accessibilité aux mesures sociales relevant de la promotion de la santé maternelle par le système urbain de santé publique. En principe, la politique de santé maternelle du Cameroun accorde un ensemble de mesures d'accompagnement des femmes en âge de procréer. Il s'agit par exemple des subventions induisant la gratuité du dépistage du VIH, des antirétroviraux, de la vaccination

antitétanique, de la supplémentation en vitamine A, du traitement préventif intermittent du paludisme, des moustiquaires imprégnées d'insecticides... A cela s'ajoute le renforcement de l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec notamment des kits de césarienne etc. (Bonono, Ongolo Zogo, 2012, p. 8-9). Cette variable opérationnelle est également décryptée à partir de deux indicateurs : la disponibilité dans les hôpitaux conventionnels des éléments relevant des mesures sociales, puis, l'effectivité de l'accès équitable et permanent auxdits éléments par toutes les patientes, et particulièrement, les migrantes.

## 1.2. Collecte et analyse des données

La présente étude a été réalisée à partir de la méthode mixte qui combine les démarches qualitative et quantitative de recherche scientifique (M.R. Guével et J. Pommier, 2012, p. 23-24). Les investigations de terrain ont été menées en janvier 2018. Ce mois correspondant au lendemain des fêtes de fin d'année est généralement marquée par des difficultés financières particulières par rapport au reste de l'année. Ces difficultés affectent toutes les formes de prise en charge dans les ménages. Il s'agit donc d'une période favorable à la collecte des récits de vie reflétant le mieux les réalités empiriques de la prise en charge périnatale. Les investigations ont été menées auprès des migrantes en situation de maternité rencontrées dans les structures sanitaires conventionnelles des trois types d'offre de soins périnataux. Il s'agit premièrement de l'offre publique où cinq structures ont fait l'objet d'investigations, et parmi lesquelles deux Centres de Santé Intégrés - CSI (le CSI de la cité-SIC, le CSI de Bonedalè) ; un Centre médicalisés d'Arrondissement – CMA (CMA de Bépanda) ; un hôpital de district (l'hôpital de district de Deido) ; et enfin, un hôpital central (l'hôpital Laquintinie). Le second type est l'offre privée laïque où deux cliniques ont été investiguées (la polyclinique Soppo Priso et le Cabinet médical Santé Plus). Le troisième type est l'offre privée confessionnelle où trois hôpitaux ont été investigués (l'hôpital des sœurs de Logpom, l'hôpital Evangélique

de la Cité-SIC, l'hôpital des sœurs de Logbaba). Les investigations ont donc été menées dans une dizaine de structures échantillonnées à partir du croisement de divers critères d'éligibilité tels que l'ancienneté, la localisation géographique, l'accessibilité financière et la réputation de la structure en matière d'offre de soins périnataux.

La structure de cet échantillon fait état de trois catégories d'établissements de prise en charge périnatale conventionnelle. Ces catégories sont fonction de la prédominance de sollicitations par les classes sociales des migrantes. La première catégorie est composée de structures davantage sollicitées par la classe des pauvres (CSI, CMA, hôpitaux confessionnels), bien que sollicitées également par plusieurs migrantes de classe intermédiaire. Cette catégorie représente 60 % de l'échantillon. La seconde catégorie qui représente 20% de l'échantillon, est composée de structures davantage sollicitées par les migrantes de la classe intermédiaire et auxquelles plusieurs pauvres font recours en cas de force majeure (hôpital de district, hôpital central). La dernière catégorie qui représente aussi 20% de l'échantillon, est composée de structures des migrantes aisées de la classe des nanties, et auxquelles certaines migrantes de la classe intermédiaire font parfois recours. Au total, 80 % de l'échantillon de structures sanitaires investiguées sont davantage sollicitées par les migrantes des classes pauvres et intermédiaires, et 20% par les migrantes de classe riche et parfois intermédiaire. Cette représentativité est sensiblement proportionnelle à la structure sociodémographique de la population urbaine de migrantes qui sont pauvres dans la très grande majorité.

Les investigations proprement dites ont principalement été menées à partir d'un sondage directif auprès de cent cinquante migrantes en situation de maternité et sélectionnées à partir de la méthode non probabiliste d'échantillonnage par quota. Quinze migrantes en situation de maternité ont été échantillonnées dans chaque structure sanitaire investiguée. Ce quota a été retenu dans la mesure où il



correspond au seuil de saturation de la population de migrantes en situation de maternité. Dans la pratique, ce seuil renvoie au nombre moyen d'individus statistiques enquêtés (lesdites patientes) à partir duquel des informations nouvelles ne sont pratiquement plus enregistrées. Ce quota a donc permis une diversification optimale des données collectées. Le mode de tirage sans remise a permis d'éviter qu'une patientes soit sondée à plusieurs reprises. La nature de tirage était à probabilité égale à des fins d'équité, d'uniformité, et de rationalité des résultats obtenus. Le mode d'administration des questionnaires était directif pour plus de fiabilité du recueil des données. D'autres données ont été recueillies à partir des observations in situ et des entretiens semi-directifs menés auprès de plusieurs autres migrantes enceintes et non-enceintes mais en âge de procréer, auprès des femmes ménopausées, non migrantes ou autochtones, auprès des cliniciens et des autorités en charge de la santé publique.

Les données recueillies ont fait l'objet d'une double exploitation quantitative et qualitative. Les données de sondage ont été traitées à partir d'un logiciel (SPSS.21) approprié à l'analyse descriptive des données statistiques qui a été appliquée à l'étude. L'exploitation des données traitées à partir d'un autre outil d'analyse des données (Excel. 2013) a permis de réaliser des illustrations graphiques (diagrammes et courbes) pour une meilleure interprétation de l'étude. Les données qualitatives ont été exploitées à partir de l'analyse de contenu.

---

## 2. RESULTATS

---

### 2.1. Un système d'offre de consultation prénatale vecteur de l'insécurité maternelle des femmes-migrantes

#### 2.1.1. Le stress lié aux longues durées d'attente lors des consultations prénatales

Le suivi de la femme enceinte est assuré dans la ville de Douala par un système

urbain d'offre de consultations prénatales bipolaire : le pôle conventionnel ou formel et le pôle non conventionnel ou informel. Une prédominance de sollicitations du pôle conventionnel (53,33%) a été enregistrée chez les patientes enquêtées par rapport au pôle non-conventionnel (40 %). Plusieurs patientes enquêtées (6,66%) n'avaient pas encore fait une quelconque consultation prénatale au moment de l'enquête. Ces dernières avaient toutes des grossesses de plus de trois mois. Le premier pôle analysé dans cette section a pour support les établissements hospitaliers publics, privés laïcs et confessionnels exerçant en toute légalité. Le fonctionnement en surcharge de ces établissements transforme l'itinéraire conventionnel de consultation prénatale en un véritable calvaire. Trois principaux indicateurs mettent cette pénibilité en évidence.

La prise en charge prénatale dans les hôpitaux publics est particulièrement marquée par de longues durées d'attente de l'enregistrement et surtout de la consultation proprement dite. Les patientes sont tenues d'arriver très tôt à l'hôpital pour attendre pendant trois à quatre heures une consultation qui dure à peine une dizaine de minutes. Une centrafricaine enceinte interviewée à l'hôpital Laquintinie affirme à cet effet que :

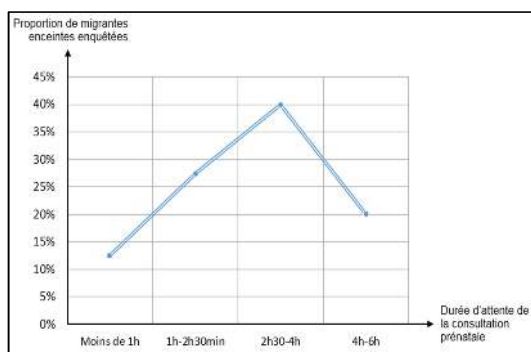
*« ...Pour que je sois vite reçue comme il a été le cas aujourd'hui (à 12h30), il a fallu que j'arrive ici très tôt, soit, à 6h 30 minutes. J'ai trouvé une douzaine de patientes qui étaient déjà là. Nous avons attendu les infirmières qui sont arrivées vers 8h30min pour commencer les enregistrements. A leur arrivée, il y avait déjà près d'une trentaine de patientes. Les médecins sont arrivés vers 9h 30 minutes et ont d'abord fait la ronde au service de la maternité. C'est à 11h 30 minutes précisément que les consultations ont débuté... ; ...j'ai même eu la chance aujourd'hui, le mois passé, j'avais été consultée vers 14 heures parce que j'étais*

Migration urbaine et sante maternelle en Afrique subsaharienne : l'expérience de la migrante (interne/externe) dans le système conventionnel de prise en charge prénatale de douala (Cameroun)

arrivée après 8 heures. C'est d'ailleurs pour cela que j'ai été matinale aujourd'hui...»<sup>4</sup>.

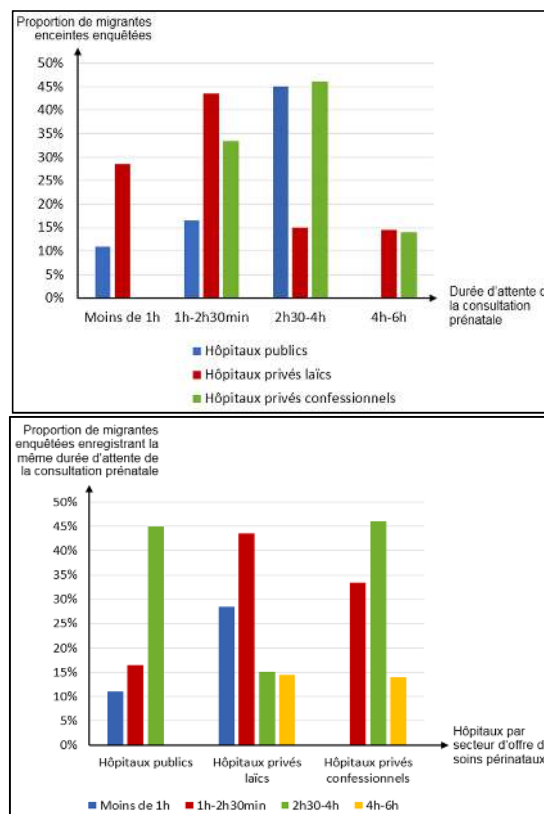
La durée d'attente varie donc d'une patiente à une autre en fonction du rang d'enregistrement de la patiente et de la fin de la ronde au service d'hospitalisation de la maternité. Dans les 53,33% de femmes enceintes empruntant l'itinéraire conventionnel de prise en charge, 60 % sont victimes de longues périodes d'attente de consultation allant de deux heures trente minutes à six heures, voire même plus (Graphique n°1). Cette durée varie aussi en fonction des secteurs d'offre de soins. Les plus longues durées sont observées dans les hôpitaux du secteur public suivi des établissements du secteur privé confessionnel et enfin du secteur privé laïc (Graphique n°2 et n°3). La durée d'attente est également influencée par le phénomène de corruption dans les hôpitaux avec une prédominance du phénomène dans le secteur public (Graphique n°4). Le stress lié aux longues durées d'attente d'une consultation prénatale est donc inégalement vécu entre les femmes-migrantes enceintes des ménages riches et celles des ménages pauvres.

### Graphique n°1 : Fluctuation des durées d'attente des consultations prénatales



Source : Enquête de terrain, janvier 2018

### Graphique n°2 et n°3 : Variation des durées d'attente des consultations prénatales en fonction des secteurs d'offre de soins prénataux

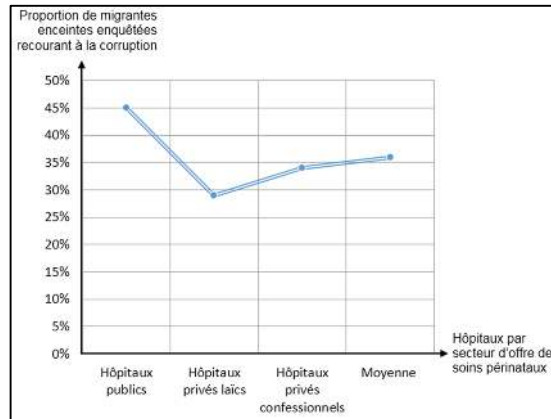


Source : Enquête de terrain, janvier 2018

<sup>4</sup> Récit de vie sur le vécu prénatal d'une migrante externe pauvre d'une vingtaine d'années d'âge, d'origine centrafricaine, qui s'est réfugiée au Cameroun (Douala) depuis fin 2015 face à l'instabilité sociopolitique que connaissait son pays. Elle est totalement prise en charge

par son concubin camerounais qui l'a enlevée de la rue et avec qui elle a déjà un premier enfant d'environ un an. Il s'agit donc d'un pertinent exemple de « natalité de lutte contre la pauvreté » (Hôpital Laquintini, mardi 16 janvier 2018).

#### Graphique n°4 : Evaluation de la corruption par secteur du système d'offre de soins prénataux conventionnels



Source : Enquête de terrain, janvier 2018

Lorsque ce dernier groupe assume désespérément le fait de pauvreté en subissant intensément ce stress, le premier groupe, par contre, développe deux principales stratégies de résilience. Celles-ci sont fondées sur l'exploitation du pouvoir financier pour obtenir des facilités d'accès aux consultations prénatales. Premièrement, les femmes enceintes nanties font recourt à « *la corruption* » dans les hôpitaux suivant deux niveaux d'échelle, à savoir, au niveau des infirmières à l'exemple du témoignage ci-dessous et au niveau du médecin-gynécologue-obstétricien lui-même. D'après le témoignage ci-dessous, les infirmières perçoivent des sommes d'argent entreposées dans les carnets de consultation de la part de certaines patientes nanties pour que celles-ci soient rapidement introduites chez les médecins dans le non-respect de l'ordre d'arrivée, conformément aux déclarations de la patiente suivante rencontrée à l'hôpital de district de Deido :

« ...J'ai du mal à me lever très tôt pour venir discuter les premières places à l'hôpital. Déjà, j'habite très loin et il y a tellement d'embouteillages le matin que... ; je préfère venir négocier pour être introduite en

consultation rapidement. J'ai enregistré le numéro de téléphone de l'infirmière qui est au service d'accueil. Quand j'arrive généralement à neuf heures, je l'appelle elle vient récupérer mon carnet de consultation contenant quelque chose pour elle (deux ou trois mille FCFA) à l'entrée de l'hôpital. Elle insère discrètement mon carnet dans le lot et continue à appeler les femmes que j'ai trouvé comme si de rien n'était. Quarante-cinq minutes à une heure après, elle m'appelle et je me fais consulter... ; j'ai fait connaissance de cette infirmière à ma première grossesse. Nous avons tellement sympathisé au point où j'envoie même souvent mes copines enceintes vers elles pour qu'elles aussi soient rapidement consultées... »<sup>5</sup>.

Ces nanties prennent directement un rendez-vous auprès du médecin lui-même un ou plusieurs jours avant. Les patientes enquêtées ont révélées que lesdits médecins ont aménagé une tranche horaire pour leurs réceptions spéciales dans les hôpitaux tant publics et privés laïcs que privés confessionnels. Il s'agit généralement des fins d'après-midi. Car, ils consacrent généralement la matinée pour les consultations prénatales ordinaires. Néanmoins, plusieurs patientes nanties sont aussi reçues en matinée à titre exceptionnel, en cas de force majeure. La seconde stratégie repose sur le recourt « *aux cliniques haut-standings* » où le coût de la consultation n'est qu'à la portée des nanties. Au total, la longue durée d'attente dans les structures du pôle conventionnel d'offre des consultations prénatales est une source incontestable de stress et d'inconfort de la femme-migrante enceinte dans la ville de Douala.

#### 2.1.2. La qualité de la consultation prénatale entre insatisfaction et insécurité médico-sanitaires prénatale

Le fonctionnement en surcharge des établissements du pôle conventionnel d'offre des consultations prénatales est un élément précurseur de l'altérité de la qualité de la prise en charge des femmes enceintes. Cette surcharge est

périnatale de la ville de Douala (Hôpital de district de Deido, mercredi 17 janvier 2018).

<sup>5</sup> Récit de vie d'une migrante interne nantie et d'une trentaine d'années d'âge, recourant à la corruption pour éviter les longues durées d'attente de la consultation prénatale dans le système conventionnel de prise en charge

davantage renforcée par l'insuffisance de médecins gynécologues-obstétriciens spécialisés. Malgré l'implication de plusieurs médecins généralistes et infirmiers dans les consultations prénatales pour pallier l'insuffisance des gynécologues, la demande demeure largement supérieure à l'offre. Le nombre élevés de femmes enceintes à consulter amène les médecins, qui ont aussi d'autres obligations professionnelles, à privilégier le diagnostic de présomption et à être expéditif, au lieu d'accorder le maximum de temps aux patientes lors des consultations prénatales. Un sentiment d'insatisfaction a globalement été enregistré auprès des femmes enceintes. Le témoignage de cette femme-migrante enceinte rencontrée au Centre Médicalisé d'Arrondissement de Bépanda renseigne à suffisance à cet effet :

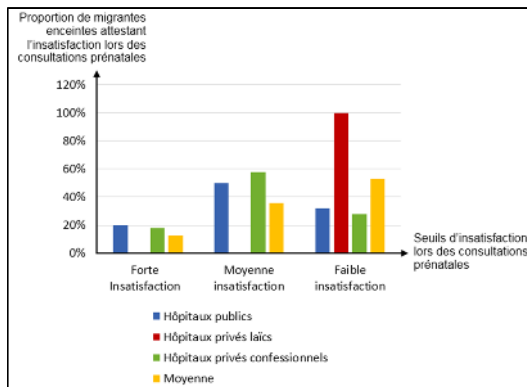
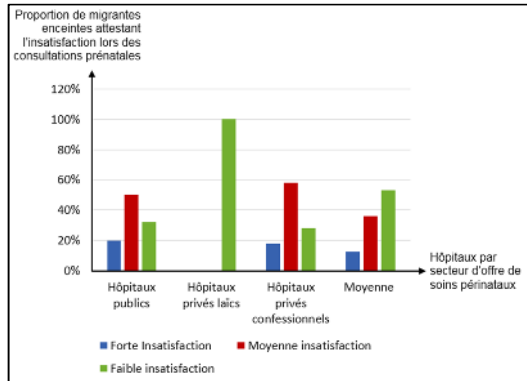
*« ... Au terme de ma consultation, je ne peux vraiment pas vous dire que je suis satisfaite. J'ai plutôt le sentiment d'avoir accompli tout simplement mon devoir d'aller en consultation prénatale. Car, j'ai mis moins de dix minutes dans le bureau de l'infirmière. Déjà, il n'y a pas de salle de consultation prénatale avec des équipements adéquats... ; ...je n'ai pas eu le temps de poser même une seule question. C'est elle qui m'a posé quatre à cinq petites questions : comment je vais ?, si j'ai eu un problème de santé pendant le mois ?, si je mange bien ? Si je prends bien mes médicaments ?... ;... ce qui me désole davantage est que, dès que je suis entrée, elle m'a salué et m'a directement demandé de me déshabiller. Elle a commencé à me poser ces questions au fur et ma mesure que je me déshabillais. Et moi, je répondais simultanément ainsi que pendant les une ou deux minutes du touché. Ensuite, elle est rentrée à sa place pour écrire dans mon carnet de consultation. Pendant ce temps, moi je m'habillais à sa demande. Lorsqu'elle a levé la tête, c'était pour me dire au revoir, en me remettre mon carnet et en me demandant d'acheter les produits qu'elle a mentionné... »<sup>6</sup>.*

Ce sentiment d'insatisfaction a été évalué à partir des discours des femmes-migrantes enceintes. Il en ressort que, ce sentiment prédomine dans le secteur public en proie à une profonde crise déontologique depuis la double baisse des salaires lors de la crise économique des années 1990. L'insatisfaction a également été enregistrée dans les hôpitaux du secteur confessionnel, certes. Mais, à une ampleur nettement peu significative par rapport aux hôpitaux publics. Les prestations du secteur privé laïc sont le moins insatisfaisantes. D'une manière générale, autant le sentiment d'insatisfaction varie d'un secteur conventionnel de l'offre des consultations prénatales à un autre, autant son ampleur varie d'une migrante en situation de maternité à une autre, (Graphique n°5 et n°6).

<sup>6</sup> Traduction française d'un récit en Pigin (déformation de la langue anglaise en vigueur dans la zone anglophone du Cameroun) sur le sentiment d'insatisfaction d'une migrante interne et pauvre, d'une trentaine d'années d'âge, résidente de Douala depuis un an suite à un déplacement forcé en provenance du Sud-Ouest, l'une des régions du pays où sévit la crise anglophone. Cette primipare est au quatrième mois de grossesse au moment de l'enquête ; elle est

totale prise en charge par son concubin rencontré à son arrivée dans la ville de Douala. Celui-ci lui a permis d'avoir un comptoir de fortune pour un petit commerce de rue, et héberge son petit frère. Il s'agit d'une autre situation assimilable à un cas de « natalité de lutte contre la pauvreté » (Centre Médicalisé d'Arrondissement de Bépanda, Jeudi 18 janvier 2018).

**Graphique n°5 et n°6 : Evaluation de seuils d'insatisfaction des migrantes en situation de maternité en fonction des pôles d'offre de soins prénataux conventionnels**



Source : Enquête de terrain, janvier 2018

Cette crise de satisfaction est un autre déterminant du surenchérissement de la prise en charge prénatale. Le recourt à la corruption a une fois de plus été évoqué comme stratégie de quête à succès d'une consultation de qualité dans les structures conventionnelles. Plus de 85 % des patientes reçues sur rendez-vous ont attesté bénéficier d'une satisfaisante consultation de trente minutes au moins. L'un des mérites de la politique des prix du système de santé publique est d'avoir favorisé l'accessibilité tarifaire aux consultations prénatales en fixant le coût de la prestation ordinaire à un montant accessible à toutes les couches de la population, soit, en moyenne 700 FCFA dans les structures de la base de la pyramide de santé publique (Centres de santé Intégrés, les Centres Médicalisés d'Arrondissement et les hôpitaux de district, hôpital Laquintinie). Cependant,

la même prestation coûte 3000 FCFA à l'hôpital militaire de Douala et 6000 FCFA à l'Hôpital Général de Douala qui sont également des établissements publics. Son coût varie entre 1000 et 2000 FCFA dans les structures confessionnelles et entre 10 000 et 15 000 dans les cliniques. Cette inégalité tarifaire résultant de la libéralisation du secteur est révélatrice de l'inégale qualité de la même prestation en fonction du coût. Autrement dit, l'insatisfaction, au mieux, la crise de qualité des consultations prénatales enregistrée auprès des établissements pratiquant la politique de prix social est donc structurelle.

**2.2. L'accessibilité des migrantes aux mesures sociales de santé maternelle entre disparités, inégalité et discrimination**

Les femmes enceintes bénéficient d'un ensemble de mesures sociales en rapport avec leur prise en charge au Cameroun. Si l'effectivité de la mise en œuvre a été constatée sur le terrain, il faut cependant noter qu'elle est marquée par des disparités et des inégalités d'accès en fonction des hôpitaux de prise en charge périnatale. D'une part, tous les établissements sanitaires de la ville ne sont pas impliqués dans tous les programmes sociaux. Pour bénéficier des mesures d'un quelconque programme à l'exemple de la prévention contre le paludisme ou le VIH/SIDA chez les femmes enceintes, il faut être pris en charge par un hôpital faisant partie du système d'alerte-réponse de la surveillance épidémiologique desdites maladies. Il en est de même de toutes les autres mesures sociales initiées par les pouvoirs publics. En définitive, toutes les femmes enceintes indépendamment du statut de migrante ou non, ne bénéficient donc pas des mesures sociales octroyées par les pouvoirs publics dans la ville de Douala, et encore moins, dans l'arrière-pays. D'autre part, tous les hôpitaux faisant partie du système d'alerte-réponse de la santé maternelle ne sont pas

permanemment approvisionnés en produits faisant l'objet de gratifications aux femmes enceintes (moustiquaires, antipaludiques, anti-rétroviraux, etc.). Les établissements qui le sont reçoivent généralement des quantités largement en dessous de la demande qui croît de manière quasi-quotidienne sous l'effet de la migration urbaine. En plus, ces derniers connaissent des ruptures de stocks de manière régulière, et parfois, des ruptures de longues durées conformément à ce témoignage d'un praticien :

*« ...En tant qu'établissement sanitaire public, et plus précisément, un hôpital de district, nous sommes, d'office, un centre pilote d'implémentation des multiples programmes étatiques de la santé maternelle. Nous distribuons les moustiquaires et les antipaludiques. Nous faisons les tests du VIH/SIDA et distribuons les antirétroviraux gratuitement aux femmes enceintes, nous administrons certains vaccins aux enfants... ; ...Néanmoins, je reconnais que les quantités que nous recevons sont toujours et toujours insuffisantes. Car, elles sont déterminées à partir des statistiques de l'année d'avant, et ne prennent donc pas en compte, les fluctuations de la demande qui sont toujours croissantes ici à l'hôpital de district.*

*En outre, il y a souvent des ruptures de stocks des différents produits. Les retards de livraisons desdits produits par les gestionnaires des différents programmes peuvent parfois mettre des mois, surtout en fin d'exercice budgétaire pendant lesquels les livraisons sont totalement interrompues à des fins de comptabilités, d'élaboration des bilans et de planification des budgets de l'année suivante. Il arrive même souvent qu'il n'y ait plus de stock même au niveau des services centraux. L'attente de l'importation prend souvent bien du temps... ; ... Néanmoins, cette situation ne concerne que les produits des programmes de gratification. Dans ces cas de figure, nous orientons les femmes vers la pharmacie communautaire ou vers les pharmacies publiques où ces produits sont commercialisés... »<sup>7</sup>.*

Les petites quantités disponibles sont objets de spéculations égocentriques et mercantilistes. D'après les discours empiriques portant sur quelques mesures

sociales, 60% de patientes enquêtées et consultées dans les hôpitaux conventionnels signalent n'avoir pas reçu gratuitement une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Aucune patiente enquêtée n'a attesté avoir reçu des antipaludiques gratuitement lors des consultations prénatales. De même, 55,5% de patientes enquêtées auprès des structures conventionnelles attestent n'avoir pas bénéficié d'un dépistage gratuit du VIH/SIDA. L'absence de réponse à la question portant sur le statut sérologique a empêché d'évaluer la proportion de femmes-migrantes enceintes séropositives dans cette étude. S.C. Bilong, J. Fokam et al., (2015, p. 7) signalent néanmoins que la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes est de 7,8% à l'échelle nationale et de 10,2% dans la région du littoral où Douala est la principale agglomération. Les femmes enceintes séropositives, indépendamment de leur statut de migrante ou non, reçoivent toutes des antirétroviraux gratuitement dans les hôpitaux publics lors des consultations prénatales. En définitive, plusieurs disparités et inégalités d'accès à ces mesures sociales sont observées entre les secteurs publics, le privé laïc et privé confessionnel d'offre de soins d'une part, puis entre les hôpitaux d'un même secteur. Ces mesures sociales restent tout de même plus accessibles dans les hôpitaux du secteur public.

Par ailleurs, des discriminations entre les patientes ont été enregistrées en matière d'accès aux mesures sociales. Ces discriminations ne sont pas liées au statut de migrante ; car, le vécu des migrantes est similaire à celui des non-migrantes ou autochtones appartenant à la même classe sociale. En principe, les patientes tout comme les cliniciens sont majoritairement des migrants dans la ville de Douala. Il en résulte une presque banalisation de ce statut dans les services de santé maternelle. Les

<sup>7</sup> Extrait d'un entretien mené avec un praticien au service de pédiatrie de l'Hôpital de district de Deido (Mercredi 17 janvier 2018).

pratiques discriminatoires se fondent davantage sur le tribalisme qui sévit de manière endémique. Ce fondement applicable aux migrantes internes marginalise et discrimine, de fait, les migrantes externes en situation de maternité. Ces discriminations sont entretenues et renforcées par le contexte d'insuffisances et de pénuries régulières des intrants relevant desdites mesures sociales, par le contexte de disparités et d'inégalités d'accès entre les hôpitaux d'une part, puis, entre les secteurs d'offre de soins maternelle.

### **3. DISCUSSION**

#### **3.1. Une démarche méthodologique adaptée à la complexité de l'étude**

La démarche méthodologique implémentée dans cette étude se fonde sur une délimitation conceptuelle fine de l'étude compte tenu de l'extensivité du concept de prise en charge prénatale, objet de la présente étude. En principe, la prise en charge prénatale renvoie à l'ensemble de soins préventifs et curatifs d'ordre médico-sanitaire et socio-affectif, utiles et nécessaires à la femme avant, pendant et après la grossesse, afin de garantir l'épanouissement maternel et périnatal autant de la mère que de l'enfant. Elle implique donc autant les politiques et les praticiens de la santé, que la famille ou l'environnement social par extension. Cette prise en charge est régie par un corpus de dispositions législatives et juridico-réglementaires de sécurité maternelle. Elle est précurseur de ce qui peut être qualifié d'« économie de la maternité » qui s'organise autour de la recherche opérationnelle, la fabrication, la distribution, la consommation, l'élimination durable des déchets... des appareils et équipements techniques et technologiques, des médicaments, intrants et accessoires... en rapport avec la maternité. Cette économie dite de la maternité se veut d'ailleurs très fluorescente en Afrique subsaharienne où de forts taux de natalité sont enregistrés... En clair, la prise en charge prénatale est un objet

d'étude obtus, dense et complexe, qui nécessite une circonscription rigoureuse au préalable.

L'analyse exclusive de deux variables opérationnelles (*la consultation prénatale et l'accessibilité aux mesures sociales*) d'un seul paradigme médico-sanitaire sur les quatre qui régissent la prise en charge périnatale (*en guise de rappel, les trois autres sont : les paradigmes socioéconomique, socio-affectif et psycho-affectif*), ainsi que l'analyse exclusive de deux indicateurs de chacune desdites variables, rendent globalement compte de cette délimitation rigoureuse et fine de l'objet d'étude. Cette délimitation a cependant favorisée une analyse partielle de l'objet d'étude. Les autres variables opérationnelles de la prise en charge prénatale restent donc scientifiquement non-maîtrisées. Malgré ces incomplétudes, il faut cependant noter que la prise en charge périnatale est une thématique dense, obtuse et complexe. La présente étude ne saurait avoir la prétention d'analyser les quatre paradigmes de cette thématique (*médico-sanitaire, socioéconomique, socio-affectif et psycho-affectif*) dans leur globalité, et suivant les trois champs d'action où ils interfèrent en continu (les champs préventif, curatif et promotionnel). En outre, l'analyse des deux variables retenues renseigne substantiellement sur le vécu périnatale de l'une des catégories de la population de migrantes la plus exposée et vulnérable : les femmes-migrantes. Elle peut éclairer la prise de décision en vue de la régulation des dysfonctionnements de l'offre de consultation prénatale et de l'amélioration de l'accessibilité aux mesures sociales ; elle peut ainsi impacter globalement, et surtout positivement, le vécu de cette catégorie de la population de manière durable. Par ailleurs, la méthode mixte exploitée s'est révélée mieux appropriée à l'étude de la prise en charge prénatale des migrantes pauvres ; un objet d'étude de santé publique transversale qui nécessite également des outils d'analyse

transversaux (M. Bujold et *al.*, 2018, p. 24-25 ; F. Bosisio et Santiago-Delefosse, 2014, p. 39). L'exploitation simultanée des démarches quantitative et qualitative en matière de collecte et d'analyse des données constitue l'essence même de cette méthode. Conformément à toute association de plusieurs outils, la principale insuffisance de cette méthode réside dans la relative capitalisation de chaque démarche prise individuellement. En dépit de cette insuffisance, elle a permis de catégoriser certaines réalités du vécu périnatal des migrantes à partir des récits de vie, puis de mesurer et de configurer quelques indicateurs desdites réalités.

### **3.2. Des résultats révélateurs de l'insécurité prénatale des femmes-migrantes**

Les résultats de cette étude révèlent globalement que, le pôle conventionnel qui devait garantir une meilleure offre de prise en charge prénatale souffre malheureusement d'un ensemble de dysfonctionnements préjudiciables aux couches de de la population urbaine les plus défavorisés comme les femmes-migrantes issues de l'asile de pauvreté. Le stress des longues périodes d'attente d'une consultation, les multiples disparités, discriminations et inégalités d'accès aux mesures sociales relatives à la promotion de la santé maternelle, la crise de qualité desdites consultations marquée par l'affirmation des sentiments d'insatisfaction et d'insécurité des femmes enceintes, etc., démontrent à suffisance l'exposition et la vulnérabilité médico-sanitaire de cette catégories de la population urbaine. Ce vécu n'est pas spécifique aux migrantes. Il est similaire chez les autochtones enceintes appartenant à la même classe sociale. Trois principales réponses sociales ont été enregistrées face à cette crise. La première, qui a déjà été évoquée, n'est autre que la corruption, un phénomène qui gangrène tout le système urbain de santé publique de la ville, et même, de toutes les villes du pays (B. Bekolo Engoudou 2018, p. 504 ; V. Bayemi,

2008, p. 24-25). Elle s'est révélée comme étant une stratégie de quête, à succès dans la plupart des cas, d'une prise en charge de qualité. La seconde réponse sociale est le phénomène de décrochage des patientes de l'itinéraire conventionnel de prise en charge et leur enrôlement vers des itinéraires informels de qualité douteuse (D. Meva'a Abomo, 2015, p. 229). La troisième est le recours à la prise en charge traditionnelle qui est également à risque (Meva'a Abomo, 2016, p. 26 ; Bekolo Engoudou, 2008, p. 123). D'une manière générale, les réponses sociales renforcent l'exposition et la vulnérabilité prénatales.

Les résultats de l'étude sont révélateurs du phénomène de « *régression de la prise en charge médico-sanitaire de la femme enceinte* » en général dans la ville de Douala. Ce phénomène vécu autant par les migrantes internes et externes, que par les autochtones, est un effet induit de l'inadéquation entre la forte demande toujours croissante en soins prénataux et la faible offre du système conventionnel de santé maternelle qui peine à s'améliorer proportionnellement dans le temps. Les dynamiques migratoires féminines intensifiées ces dernières années avec les crises d'instabilité sociopolitique de plusieurs régions du pays et caractérisées par « la natalité de lutte contre la pauvreté », participent énormément de cette inadéquation en renforçant la situation de pauvreté.

Le phénomène de régression de la prise en charge médico-sanitaire de la femme enceinte est perceptible à travers cinq modalités cardinales. La première est la régression de la prise en compte du besoin d'une *écoute attentive lors des consultations* au lieu d'une expédition formelle. Juste l'infime couche des nanties de la population de femmes enceintes en bénéficie dans ce système où les soins de qualité sont réservés aux plus offrants. La seconde modalité consécutive à la première est la non-prise en compte du *besoin d'une augmentation substantielle des capacités quantitative et*



*qualitative de l'offre publique (centre de soins prénataux et personnels médico-sanitaires)*. Si l'accessibilité financière à la consultation prénatale dans les formations sanitaires publiques a considérablement été améliorée (moins de 700-1000 FCFA), toutes les femmes enceintes n'ont toujours pas accès dans un contexte où l'offre publique est très faible (Patouossa Njikam, 2018, p. 218), et où le revenu moyen des ménages a drastiquement chuté depuis les années de crise économique de 1990. La troisième modalité est relative à la non-prise en compte du besoin d'une offre publique des soins maternels d'urgence de qualité à toutes les classes de la population de femmes enceintes, et particulièrement aux femmes enceintes pauvres généralement délaissées.<sup>8</sup> Les issues fatales pour la mère et/ou l'enfant sont régulièrement enregistrés dans les hôpitaux publics<sup>9</sup> plus sollicités par les pauvres ; des établissements qui malheureusement, sont constamment vidés de leurs spécialistes qui priorisent les prestations auprès cabinets privés. La quatrième modalité renvoie à la régression de la prise en compte du besoin d'accessibilité permanente et équitable aux mesures sociales accordées aux femmes enceintes. Les témoignages recueillis dans cette étude révèlent des pratiques de discriminatoires et d'inaccessibilité pour toutes aux dites mesures. La dernière modalité est relative à la régression de la prise en compte du besoin d'une couverture juridique efficiente de la femme enceinte ; une couverture qui doit être renforcée dans les pratiques pour pouvoir faire face à l'incivisme médico-sanitaire ambiant dans la ville. Au total, la prise en compte de la volonté de la femme-migrante, en tant que patientes, est globalement mitigée et soumise à l'épreuve des

dysfonctionnements d'un système urbain d'offre de santé maternelle en crise. Par ailleurs, le vécu des femmes-migrantes dans le cadre des consultations prénatales ou de l'accessibilité aux mesures sociales, présente globalement des nuances peu significatives par rapport à celui des femmes non-migrantes appartenant à la même couche sociale. Les quelques rares nuances liées au statut de migrante sont d'ailleurs en faveur des migrantes démunies qui bénéficient parfois des mesures institutionnelles d'accompagnement des indigents. Une banalisation des discriminations liées au statut de migrante s'affirme au quotidien en faveur d'un profil de discriminations sur fond de tribalisme et de corruption. La différenciation cardinale entre les migrantes et les autochtones en situation de maternité en matière de prise en charge périnatale dans la ville de Douala s'articule beaucoup plus sur les trois paradigmes de prise en charge périnatale autres que le paradigme médico-sanitaire. Il s'agit des paradigmes socioéconomiques, socio-affectifs et psycho-affectif. Cette différenciation fait état d'une asymétrie de prise en charge périnatale en défaveur des migrantes, et surtout des migrantes pauvres, dont les capitaux socioéconomique, socio-affectif et psycho-affectif sont généralement déficitaires. Ces dernières ne bénéficient pas toujours de la même attention de la communauté où elles sont étrangères, et surtout de la famille laissée dans l'arrière-pays avant la migration par rapport aux autochtones. Allant des résultats obtenus, la présente étude prescrit l'action corrective à l'endroit, non seulement du paradigme médico-sanitaire, mais aussi, des paradigmes socioéconomiques, socio-affectifs et psycho-affectif de ladite prise en charge de la migrante (interne ou externe). Ces

<sup>8</sup> Dita A. (2016), *Tragédie à Laquintinie : une femme enceinte décède faute de prise en charge*, Quotidien d'information « Nouvelle Expression », N°4185 du 14 mars, p. 3.

<sup>9</sup> Bounou F. (2016), *Drame à Laquintinie : trois corps sans vie devant la salle des urgences*, Quotidien d'information « Le Messager », N°4534 du 14 mars, p. 2-3. (Ces trois

corps sont ceux de la femme enceinte Monique Koumatéké et ces deux fœtus. Elle a été éventrée le samedi 12 mars 2016 par une de ces amies qui voulait sauver les enfants encore vivants dans l'enceinte de l'hôpital Laquintinie (qui a rang d'hôpital central), et plus précisément, devant le service d'urgence, à la suite justement d'une non-assistance d'urgence).

résultats sont donc de nature à éclairer la prise de décision politique ; et par conséquent, à impacter substantiellement le vécu périnatale de la migrante dans sa globalité à Douala. La présente recherche quasi-empirique s'inscrit dès lors dans le cadre de la recherche-action en santé maternelle.

## CONCLUSION

La prise en charge médico-sanitaire de la femme enceinte constitue un objet d'étude marginale au Cameroun. Cette marginalisation entretient la méconnaissance scientifique de son vécu médico-sanitaire et la perpétuation des exactions dont celle-ci fait l'objet au quotidien. La présente étude empirique menée dans la ville de Douala sur ce vécu révèle une bipolarisation (conventionnelle et informelle) du système urbain d'offre de consultations prénatales. Trois principaux itinéraires (public, privé laïc et privé confessionnel) de prise en charge ont été identifiés dans le pôle conventionnel. Un sentiment général de satisfaction a été enregistré auprès des femmes-migrantes enceintes prise en charge par l'offre privée laïque qui se veut très onéreuse, et donc, très peu accessible. L'offre publique, plus accessible sur le plan tarifaire, s'en démarque profondément avec un sentiment d'insatisfaction multidimensionnelle des femmes-migrantes enceintes. Le stress lié aux longues durées d'attente des consultations, le caractère expéditif desdites consultations, la faible et inégale accessibilité aux mesures sociales de santé maternelle, le phénomène de détournement des femmes enceintes de l'itinéraire public de prise en charge, etc., sont autant de mobiles justiciables d'une espèce d'insécurité médico-sanitaire prénatale dénoncée par les patientes empruntant l'itinéraire conventionnel de l'offre publique de consultation prénatale.

Ce contexte de rareté de la qualité constitue un terreau pour la spéculation et le surenchérissement de la prise en charge prénatale dans un environnement où la demande est toujours croissante, où la prise en compte de la volonté de la femme enceinte dans sa prise en charge

est globalement en nette régression par rapport à la période d'avant la crise économique des années 1990. D'une manière générale, la femme-migrante enceinte, en tant que patiente, n'est pas intégrée et ne participe pas à l'élaboration des politiques et des stratégies d'offre de soins prénataux. Elle n'est non plus impliquée dans les processus d'implémentation des dispositifs managériaux élaborés en son absence. En plus, elle est mitigée dans les rapports médico-cliniques directs entre patient-clinicien. Au lieu d'être une partie prenante au sens participatif du terme en démocratie sanitaire, la femme-migrante enceinte est réduite en un sujet, une exécutante des instructions et injonctions du clinicien ; une victime des frustrations socioprofessionnelles des praticiens. La politique urbaine de santé maternelle en général, et de l'offre de soins périnataux en particulier, se révèlent territorialement déconnectée. Les problèmes inhérents sont de plus en plus préoccupants même à l'échelle nationale tels que constaté par Tsingaing et *al.* (2011).

Au terme de cette étude, cinq principales prescriptions sont formulées pour réguler la crise du paradigme médico-sanitaire de prise en charge périnatale en général, compte tenu du fait que le vécu des non-migrantes en la matière ne diffère pratiquement pas de celui des migrantes. L'étude prescrit premièrement l'intégration immédiate de la femme-migrante et de la femme en général, en tant que patiente, dans toutes les instances d'élaboration des politiques, des stratégies et des programmes de santé maternelle, puis dans toutes les instances délibératives et décisionnelles à ce sujet. La deuxième prescription est relative à la création d'un Observatoire Urbain de Santé Maternelle (OUSM) faisant partie des organigrammes de la Communauté Urbaine et des communes d'arrondissement, les institutions en charge de la santé publique dans l'actuel contexte de décentralisation. Cette structure en partenariat avec les délégations régionale et départementale de la santé publique, est chargée de suivre les pratiques urbaines en matière d'offre de consultations prénatales, ainsi que plusieurs autres variables de la santé maternelle ; d'élaborer une base de

données sur la santé maternelle et de formuler des propositions directement exploitables aux politiques. Quatrièmement, l'étude recommande la création d'un système urbain d'Information, Education et Communication (IEC) pour la santé maternelle afin de promouvoir le militantisme socio-sanitaire (D. Meva'a Abomo D. 2017, p.69) de restaurer des rapports femme enceinte-clinicien de qualité dans tous les secteurs public et privé de prise en charge prénatale conventionnelle, de lutter contre les détournements de patientes (D. Meva'a Abomo, 2015, p. 229), contre les barrières socioculturelles à la consultation prénatale, etc. ; cette à dire, de promouvoir les paradigmes de socio-affectivité et de psycho-affectivité au sein de la communauté citadine.

### Références bibliographiques

BASSILEKIN Achille, 2016, « Chapitre 14 La coopération ACP-UE et la santé publique : Un partenariat pour le développement humain ? » Dans : Dominique KEROUEDAN et Joseph BRUNET-JAILLY (Dir), Santé mondiale : Enjeu stratégique et jeux diplomatiques, Paris, Collection Académique, Presses de Sciences Po, p. 287-306.

BAYEMI, Victor 2008, Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala : le schéma d'une organisation tripolaire, *Governing Health Systems in Africa*, p. 34-43.

BEKOLO ENGOUDOU Bruno, 2018, « Médecines de proximité et santé à Douala (Cameroun) : une perspective anthropologique, dans : Dominique MEVA'A ABOMO et Zephania NJI FOGWE (Dir), Collection DOUALA-FUTURIS. Tome 3, Défis et enjeux de l'émergence urbaine : regards croisés entre Santé et Territoire, Actes de la 1ère Edition du Symposium International DOUALA-FUTURIS, Editions Cheikh Anta Diop, p. 498-522.

BEKOLO ENGOUDOU Bruno, 2008, La relation thérapeutique dans les interférences entre médecine conventionnelle et traditionnelle. Une lecture anthropologique à l'hôpital Laquintinie et à l'African clinic de Douala

(Cameroun), Mémoire de DEA d'Anthropologie de la santé, Département d'Anthropologie, FLSH - Université de Douala, 180 p.

BILLONG Serge-Clotaire, FOKAM Joseph, BILLONG Edson-Joan, NGUEFACK-TSAGUE Georges, ESSI Marie-Josée, FODJO Raoul, SOSSO Samuel-Martin, GOMBA Armelle, MOSOKO-JEMBIA Joseph, LONI-EKALI Gabriel, COLIZZI Vittorio, ZOUNG-KANI BISSEK Anne-Cécile, MONEBENIMP Francisca, ELAT NFETAM Jean-Bosco, 2015, Distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implications stratégiques pour les programmes de prévention, *The Pan African Medical Journal*, 20:79. DOI : 10.11604/pamj.2015.20.79.4216.

BHUTTA Zulfiqar, DARMSTADT Gary, HASAN Babar, et HAWS Rachel, 2005, "Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of evidence" *Pediatrics*, Vol.115, N°2, p. 519-617.

BONONO Renée Cécile, ONGOLO ZOGO Pierre, 2012, Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun, Note d'information stratégique, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – (CDBPS), initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIpNet), Organisation Mondiale de la Santé, 14 p.

BOSISIO Francesca et SANTIAGO-DELEFOSSE Marie, 2014, Intérêts et limites de l'utilisation d'une méthodologie mixte : à propos d'une recherche en psychologie de la santé, in : *Pratiques psychologiques*, Volume 20, n° 1, p. 39-53.

BUJOLD Mathieu, NHA HONG Quan, PLUYE Pierre, 2018, « Transcender les frontières disciplinaires pour affronter les défis des méthodes mixtes », In : Bujold M., Quan Nha Hong, Ridde V., Bourque C. J., Dogba M. J., Vedel I. et Pluye P. (Dir), *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*, Cahiers scientifiques de l'ACFAS, Actes du 84e Congrès de l'ACFAS,

Université du Québec à Montréal, 11 mai  
2016, p. 21-26.

COMMUNAUTÉ URBAINE DE DOUALA  
(C.U.D.), 2014, Actualisation de l'état des  
lieux des équipements marchands et  
pôles commerciaux de la ville de Douala,  
Etude du schéma directeur des  
équipements marchands et des pôles  
commerciaux de la ville de Douala,  
Mission N°1, 67 p.

DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, 2015,  
« Acteurs de soins informels et leur  
légitimité face au défi de la transition  
vers la ville-santé au Cameroun : Le  
cas des cabinets de soins médicaux à  
Yaoundé », dans : Dominique MEVA'A  
ABOMO (Dir.), De la faillite de la santé  
urbaine à la ville-santé au Cameroun :  
regard croisé entre acteurs, pratiques,  
défis et enjeux, Collection Étude et  
Recherche Action pour le  
Développement de l'Afrique, des  
Caraïbes et du Pacifique, Vol.2, p. 142-  
161.

EPINEY Manuella, BOULVAIN Michel et  
IRION Olivier, 2011, « Facteurs de risque  
psychosociaux et accouchement avant  
terme », Revue Médicale Suisse, N°7, p.  
2066-2069.

ESSES ESME Marie Laure, KONAN  
LOUKOU Léandre, BAMBA Iba, LATTE  
Claudine, KO Dossevi-Diaby, et al.  
(2019), « Profil des femmes ayant des  
besoins non satisfaits en planning familial  
en Côte d'Ivoire », African population  
studies, Vol.33, N°1, p. 4598-4610.

ETOA NDEDE Arlette, 2018, « Douala :  
de l'eldorado au désillusionnement des  
migrants infortunés », dans : Dominique  
MEVA'A ABOMO et Zephania NJI  
FOGWE (Dir), Collection DOUALA-  
FUTURIS. Tome 1, Défis et enjeux de  
l'émergence urbaine entre Gouvernance,  
Aménagement et dynamiques  
socioéconomiques, Actes de la 1ère  
Edition du Symposium International  
DOUALA-FUTURIS, Douala, Editions  
Cheikh Anta Diop, p.170-189.

GUEVEL Marie-Renée, et POMMIER  
Jeanine, 2012, Recherche par les  
méthodes mixtes en santé publique :  
enjeux et illustration, In : Santé publique,  
Volume 24, n° 1, p. 23-38.

HAMELIN-BRABANT Louise, DE  
MONTIGNY Francine, ROCH  
Geneviève, DESHAIES Marie-Hélène,  
MBOUROU-AZIZAH Ginette, BORGES  
DA SILVA Roxane, COMEAU Yvan et  
FOURNIER Claudia, 2015, «  
Vulnérabilité périnatale et soutien social  
en période postnatale : une revue de la  
littérature », Santé Publique Vol. 27, N°1,  
p. 27-37.

LOCHARD Gladys, 2014, Santé mentale  
des femmes enceintes et développement  
de l'enfant. Psychologie et  
comportements, Thèse de Santé  
publique, Université Pierre et Marie Curie  
- Paris VI, p. 113.

MACHIKOU Nadine, 2018, utopie et  
dystopie ambazoniennes : Dieu, les  
Dieux et la crise anglophone au  
Cameroun », Politique africaine, N° 150  
p. 115-138.

MAY John et GUENGANT Jean-Pierre,  
2014, « Les défis démographiques des  
pays sahéliens », Études, N°4206, p. 19-  
30.

MBAHA Joseph pascal et NSOMMO  
André Parfait, 2018, « Evaluation de  
l'offre de soins médico-sanitaires dans le  
district de santé de Deido à Douala-  
Cameroun, dans une dynamique de  
l'émergence urbaine », dans : Dominique  
MEVA'A ABOMO et Zephania NJI  
FOGWE (Dir), Collection DOUALA-  
FUTURIS. Tome 3, Défis et enjeux de  
l'émergence urbaine : regards croisés  
entre Santé et Territoire, Actes de la 1ère  
Edition du Symposium International  
DOUALA-FUTURIS, Editions Cheikh  
Anta Diop, p. 91-128.

MERDAD Leena, MOHAMED Ali, 2018,  
"Timing of maternal death: Levels, trends,  
and ecological correlates using sibling  
data from 34 sub-Saharan African  
countries", PLoS ONE 13(1), Do  
i.org/10.1371/journal.pone.0189416.

MEVA'A ABOMO Dominique et NJI  
FOGWE Zephania (Dir), 2018, « Editorial  
», dans : Dominique MEVA'A ABOMO et  
Zephania NJI FOGWE (Dir), Collection  
DOUALA-FUTURIS. Tome 1, Défis et  
enjeux de l'émergence urbaine entre  
Gouvernance, Aménagement et  
dynamiques socioéconomiques, Actes

de la 1ère Edition du Symposium International DOUALA-FUTURIS, Douala, Editions Cheikh Anta Diop, p. 15-22.

MEVA'A ABOMO Dominique, 2017, « Militantisme socio-sanitaire et changement socio-spatial dans les villes tropicales : bilan de l'expérience camerounaise », Reflets, Revue d'intervention sociale et communautaire, 23(2), p. 69-108.

MEVA'A ABOMO Dominique, BA'ANA ETOUNDI Marie Louise, MOUKAM NGEUDEU Bienvenue, et NGANAFEI Sylvain, 2017, « Géopolitique de métropolisation de la santé publique au Cameroun : défis et enjeux », dans : Marie Louise BA'ANA ETOUNDI (Dir), Dynamiques urbaines et transformations socio-spatiales dans les villes du Cameroun : regards croisés entre logiques, stratégies et pratiques d'acteurs, Collection Etude et Recherche Action pour le Développement de l'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (CERAD-ACP), Vol.6, p. 233-254.

MEVA'A ABOMO Dominique, 2016, « Le fardeau du paludisme urbain au Cameroun : état des lieux, enjeux et perspectives », Revue Canadienne de Géographie Tropicale, Vol. 3(2), p. 26-42.

MEVA'A ABOMO Dominique, 2015, « Les détournés des patients des hôpitaux publics vers les cabinets de soins privés de Douala et Yaoundé », dans : François KENGNE FODOUOP (Dir), Le Cameroun, jardin de la débrouillardise, Paris, L'Harmattan, Collection Etudes Africaines, p. 229-245.

MEVA'A ABOMO Dominique, 2014, Migration et santé, In : Babacar Ndione (Dir.), L'Afrique centrale face aux défis migratoires, Bruxelles, Facilité Intra-ACP pour les migrations, Organisation International pour les Migrations, Union Européenne, p. 127-141.

MEVA'A ABOMO Dominique, ABESSOLO NGUEMA Jean Roger, BEGOUMENIE Bertrand, BA'ANA ETOUNDI Marie Louise, MANGA ENGAMA Edgard, FOTSO WOUGAING Jeannette, et NKOUANDOU NJIEMESSA Marcel, 2013, Migrations

internes au Cameroun : Contrainte ou moteur du développement urbain et sanitaire ?, Rapport de Recherche ACPOBS/2013/PUB13, Observatoire Afrique, Caraïbes, Pacifique (ACP), pour les Migrations, OIM, UE, 92 p.

MICHEL Alain, 2016, « Les risques psychosociaux », La Lettre de l'OCIM, N°168, DOI : 10.4000/ocim.1721.

MOUKAM NGEUDEU Bienvenue, 2016, Répercussions du rapport entre l'offre et la demande en soins médico-sanitaires sur l'émergence urbaine : le cas du district de santé de New-Bell, Mémoire de Master en Géographie, Université de Douala, 180 p.

NDIAYE Pap, TAL Dia, DIEDIOU Abdoulaye, DIEYE E., DIONE Demba, 2005, Déterminants socioculturels du retard de la 1ère consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Santé publique, 17, p. 531-538.

PATOUOSSA NJIKAM Abdoulaye, 2018, « Crise d'accessibilité culturelle aux soins médico-sanitaires : un défi de l'émergence urbaine de Douala », dans : Dominique MEVA'A ABOMO et Zephania NJI FOGWE (Dir), Collection DOUALA-FUTURIS. Tome 3, Défis et enjeux de l'émergence urbaine : regards croisés entre Santé et Territoire, Actes de la 1ère Edition du Symposium International DOUALA-FUTURIS, Editions Cheikh Anta Diop, p. 217-247.

POLA Gyscard Merlin, 2015, Psychoaffectivité des personnes âgées en situation de marginalisation dans les villes d'Afrique subsaharienne, Douala, Editions Cheikh Anta Diop, 262 p.

SAIZONOU Jacques, AGUEH Damienne Victoire, AGUEMON Badirou, MONGBO ADE Virginie, ASSAVEDO Sibylle, et MAKOUTODE Michel, 2014, « Évaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin », Santé publique volume, 26 / N°2, p. 249-257.

SANGARE Traoré et BREHIMA AWA, 2010, Consultation prénatale recentrée : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Sénou, Thèse de médecine, Faculté de Médecine de

Pharmacie et d'Odontostomatologie,  
Bamako, 104 p.

SAUVEGRAIN Priscille, STEWART  
Zelda, GONTHIER Clémentine,  
SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe,  
SAUCEDO Monica, DENEUX-THARAUX  
Catherine, et AZRIA Élie, Accès aux  
soins préna-tals et santé maternelle des  
femmes immigrées. Bull Epidémiol  
Hebd., (19-20): 389-95.

SIMON Catherine, TONNELIER  
Stéphanie, DISERBO C., BODENEZ P et  
RIGAUD A., 2010, « Aperçus préalables  
de la psychologie d'une femme enceinte  
alcoolo-dépendante pour organiser la  
prise en soins de la mère et de son enfant  
», Psychotropes, Vol. 16, N°3, p. 17-32.

SUMERA Aziz Ali, DERO Aftab Ahmed,  
SAVERA Aziz Ali, et GULSHAN BANO  
Ali, 2018, Factors affecting the utilization  
of antenatal care among pregnant  
women: A literature review, Journal of  
Pregnancy and Neonatal Medicine,  
Volume 2 Issue 2, p.41-45.

TIEMBRE Issaka, BI VROH Joseph  
Bénie, AKE TANO Odile, DOGOU-  
WAWAYOU Brigitte, TAGLIANTE-  
SARACINO Janine, ODEHOURI-  
KOUDOU Paul, DAGNAN N'cho Simplicé  
et KOUADIO Daniel Ekra, 2010, «  
Evaluation de la qualité des consultations  
prénatales dans le district sanitaire de  
Grand Bassam (Côte d'Ivoire) », Santé  
Publique, Vol. 22, p. 221-228.

VIMARD Patrice, FASSASSI Raïmi,  
2011, « Démographie et développement  
en Afrique : éléments rétrospectifs et  
prospectifs », Cahiers québécois de  
démographie, Vol. 40, N°2, automne, p.  
331-364.

ZAMWANGANA TUNGU Jean-Pierre,  
2003, Migration féminine et  
comportements de fécondité à Kinshasa,  
African Population Studies Supplement B  
to vol 19, p. 219-242.