



RAPPORT PRINCIPAL

ENQUETE A INDICATEURS MULTIPLES (MICS) AU CAMEROUN

ANNEE 2000

Août 2001



Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

UNICEF

Rapport Principal

Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) au Cameroun, Année 2000

**Ministère de l'Economie et des Finances
Gouvernement du Cameroun**

UNICEF

TABLES DE MATIERES

Avant-propos et remerciements

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
LISTE DES GRAPHIQUES	4
RESUME ANALYTIQUE.....	6
INDICATEURS DE SYNTHESE.....	13
INTRODUCTION.....	15
CONTEXTE DE L'ENQUETE	15
CONTEXTE DU CAMEROUN.....	15
OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	16
CHAPITRE I. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	17
1.1 ECHANTILLONNAGE.....	17
1.2 QUESTIONNAIRES	18
1.3 TRAVAIL SUR LE TERRAIN ET TRAITEMENT	19
CHAPITRE II. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE DES DONNEES	21
2.1 TAUX DE REPONSE	21
2.2 REPARTITION PAR SEXE ET PAR AGE ET DONNEES MANQUANTES	21
2.3 REMARQUES SUR LES TABLEAUX EDITES.....	22
2.4 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES MENAGES	23
2.5 CARACTERISTIQUES DES LOGEMENTS	24
CHAPITRE III. RESULTATS.....	25
3.1 MORTALITE INFANTILE ET INFANTO-JUVENILE	25
3.2 EDUCATION	29
EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE	29
EDUCATION DE BASE	30
ALPHABETISATION DES ADULTES	31
3.3 EAU ET ASSAINISSEMENT.....	31
UTILISATION DE L'EAU DE BOISSON	31
ASSAINISSEMENT	32
3.4 MALNUTRITION DES ENFANTS	32
IODATION DU SEL	32
SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.....	32
FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE	33
3.5 SANTE DE L'ENFANT	34
COUVERTURE VACCINALE	34
DIARRHEE	35
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS	36
INITIATIVE DE LA PCIME.....	36
3.6 VIH/SIDA	38
CONNAISSANCE DU SIDA.....	38
DEPISTAGE DU SIDA.....	40
3.7 SANTE REPRODUCTIVE.....	41
CONTRACEPTION.....	41
CONSULTATIONS PRENATALES	41
ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT	42
3.8 DROITS DE L'ENFANT	43
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL.....	43
ORPHELINS ET SITUATION DE GARDE DES ENFANTS.....	43
TRAVAIL DES ENFANTS.....	44
HANDICAP DES ENFANTS	44
3.9 PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT.....	45

SIGLES ET ABREVIATIONS

EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
IRESKO	Institut de Recherche et des Etudes de Comportements
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISSEA	Institut Sous-Régional des Statistiques et d'Economie Appliquée
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Elargi de Vaccination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIDA	Syndrome Immuno-Déficience Acquise
UNESCO	United Nations Education Scientific and Cultural Organisation
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus Immuno-déficience Humain

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Répartition de la population par âge et par sexe
- Graphique 2 : Evolution de la mortalité des enfants
- Graphique 3 : Fréquentation scolaire des enfants de 5 à 12 ans
- Graphique 4 : Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.
- Graphique 5 : Occupation des femmes selon le secteur d'activité
- Graphique 6 : Taux d'occupation des femmes selon la tranche d'âge

Avant-propos

A l'issue du Sommet Mondial sur les enfants tenu en 1990 à New York, le Cameroun comme la plupart des pays s'est engagé à contribuer, par la réalisation des objectifs du Sommet, à l'amélioration de la situation des enfants dans le monde. Les objectifs énoncés par ce Sommet sont essentiellement basés sur la survie, le développement et la protection des enfants.

Le Gouvernement à travers le Ministère de l'Economie et des Finances/Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale vient de réaliser l'enquête à indicateurs multiples ou MICS (**M**ultiple **I**ndicator **C**luster **S**urvey). Il a le plaisir de présenter au public, les résultats issus de cette investigation et qui permettent d'évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs susmentionnés. C'est une enquête type qui a été exécutée par les pays signataires du Plan d'Action du Sommet Mondial sur les enfants.

Le Cameroun est à la réalisation de sa première MICS. Il s'est largement inspiré des réalisations analogues faites dans d'autres pays.

En vue de faire une évaluation de l'atteinte de ces objectifs en l'an 2000, une liste de 75 indicateurs a été arrêtée pour tous les pays. Tous ces indicateurs n'ont pas fait l'objet d'une collecte systématique dans le cadre de la MICS réalisée au Cameroun. Certains d'entre eux, comme les indicateurs anthropométriques, peuvent être obtenus à partir des statistiques courantes disponibles dans les administrations ou à partir des résultats d'enquêtes ou d'études récentes (Enquêtes Démographiques et de Santé, Enquêtes sur la Nutrition, Enquête Camerounaise Auprès des Ménages, Tableau de Bord sur la Situation des enfants et des femmes (TBS), etc.).

La préparation de la MICS/Cameroun a par conséquent entraîné quelques modifications du questionnaire modèle. Certaines variables ont été introduites dans le but de satisfaire des besoins statistiques spécifiques. Les domaines couverts sont entre autres l'éducation, la santé/nutrition, le travail des enfants, le VIH/Sida.

Le Gouvernement se réjouit de la fructueuse coopération avec l'UNICEF dont l'appui multiforme a permis la réalisation de ce travail. Il adresse par ailleurs ses sincères remerciements à l'O.M.S, au P.A.M et à la Coopération Française, pour leur précieux appui logistique et aux autres institutions (ISSEA, IFORD, IRESCO) pour leur apport conceptuel.

Cette enquête a été une occasion supplémentaire pour consolider les relations de collaboration du réseau interministériel de collecte et de traitement des données statistiques animé par des experts techniques des Ministères en charge des secteurs sociaux impliqués : Ministère de l'Education Nationale, Ministère de la Santé Publique, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Condition Féminine, Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire.

Résumé Analytique

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) du Cameroun est une enquête représentative au niveau national sur les ménages, les femmes et les enfants. Les principaux objectifs de l'enquête consistent à :

- 1)- recueillir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Cameroun à la fin de la décennie ;
- 2)- fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès dans la réalisation des objectifs établis au cours du Sommet Mondial ;
- 3)- élaborer une base de planification des actions futures.

Mortalité infantile et infanto-juvénile

- La nature des données concernant les décès parmi les enfants nés vivants collectées lors de l'enquête ne permet d'obtenir des taux de mortalité des enfants que par une méthode indirecte (Méthode de Brass) dont les niveaux semblaient surestimés. Ce qui a alors nécessité des ajustements. Ainsi donc, le taux de mortalité infantile a été estimé à 76 pour 1000 et le taux de mortalité infanto-juvénile à 149 pour 1000 pour la période de référence centrée sur 1994. Ces résultats sont plausibles au regard des résultats de l'EDSC-II sur la mortalité des enfants (obtenus à partir d'une méthode directe) et qui estimaient la mortalité infantile à 77 pour 1000 et la mortalité infanto-juvénile à 151 pour 1000 relatives à la période quinquennale précédant l'enquête.

Education

- 68 pour 100 des enfants en âge d'aller à l'école primaire (5-12 ans) au Cameroun fréquentent une école primaire. La fréquentation scolaire dans la partie septentrionale du pays (Adamaoua, Nord et Extrême-Nord) est de loin inférieure à celle du reste du pays, avec 40 pour 100. Au niveau national, la fréquentation scolaire des garçons est de 71 pour 100 et celle des filles de 65 pour 100.
- Moins de 7 personnes sur 10 (66 pour 100) parmi la population de plus de 15 ans savent lire et écrire. Le pourcentage de l'alphabétisation diminue avec l'âge. Il passe de 81 pour 100 chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 24 pour 100 parmi la population de 65 ans ou plus.
- Le degré d'alphabétisation des hommes (78 pour 100) est nettement supérieur à celui des femmes (56 pour 100).

Eau et assainissement

- 52 pour 100 de la population a accès à l'eau potable au niveau national soit 75 pour 100 en milieu urbain et 40 pour 100 dans les zones rurales. La situation dans la zone du Centre/Sud/Est est plus préoccupante que celle des autres zones car seuls 38 pour 100 de la population dans cette région ont accès à l'eau potable.
- 75 pour 100 de la population au Cameroun vivent dans des ménages disposant de toilettes ou latrines sanitaires.

Malnutrition des enfants

La collecte des données n'a pas été réalisée sur le statut nutritionnel et l'allaitement au sein dans la mesure où il existe sur ce domaine des données récentes. S'agissant du statut nutritionnel, l'EDSC-II de 1998 a montré que 29 pour 100 des enfants de moins de trois ans accusaient un retard de croissance, 22 pour 100 présentaient une insuffisance pondérale et 6 pour 100 des enfants de cette tranche d'âges étaient émaciés. Par ailleurs, en ce qui concerne l'allaitement, la même enquête montre que 97 pour 100 des enfants nés dans les trois années ayant précédé l'enquête ont été allaités mais que seuls 15 pour 100 ont été exclusivement allaités au sein jusqu'à 4 mois.

Iodation du sel

78 pour 100 des ménages au Cameroun disposent du sel iodé (15+PPM) de façon adéquate. Le pourcentage des ménages disposant de sel iodé de façon adéquate oscille entre 73 pour 100 dans la zone du Centre/Sud/Est et 90 pour 100 à Yaoundé/Douala.

Supplémentation en Vitamine A

- Au cours des six mois précédant l'enquête MICS, 9 pour 100 des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose élevée de supplémentation en vitamine A. Environ 7 pour 100 n'ont pas reçu de supplémentation au cours des 6 derniers mois, mais avaient reçu une avant cette période.
- Il semble ne pas exister une corrélation stable entre le niveau d'instruction de la mère et la probabilité de la supplémentation au cours des 6 derniers mois. En effet, le pourcentage des enfants ayant reçu une supplémentation au cours de la période récente (six derniers mois) est plus élevé chez les enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction : 10 pour 100. Ce pourcentage diminue (8 pour 100) chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire et augmente (9 pour 100) chez les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure.
- Par contre, pour ce qui est de la période postérieure à six mois, la corrélation semble stable. Le pourcentage des enfants qui ont reçu une supplémentation augmente avec le niveau d'instruction de la mère ; il passe de 4,8 pour 100 chez les enfants des mères sans niveau d'instruction à 10 pour 100 chez ceux dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure.
- Seulement 9 pour 100 des mères ayant accouché au cours de l'année précédant la MICS ont reçu une supplémentation en vitamine A, huit semaines après l'accouchement.

Faible poids à la naissance

- Environ 16 pour 100 des nourrissons auraient un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance selon les déclarations des mères. Toutefois, sur la base des enfants effectivement pesés à la naissance, l'enquête indique que 4 pour 100 des nourrissons présentent une insuffisance pondérale à la naissance.

Couverture vaccinale

- 78 pour 100 des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le vaccin BCG et la première dose de la DTCoq a été administrée à 69 pour 100. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de la DTCoq, soit 56 pour 100 pour la deuxième dose et 45 pour 100 pour la troisième.
- De même, 85 pour 100 ont reçu la Polio 1 et ce chiffre tombe à 50 pour 100 pour la troisième dose. La couverture pour le vaccin contre la rougeole est de 62 pour 100.
- Seulement 36 pour 100 des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les huit vaccins recommandés et 10 pour 100 d'enfants n'ont reçu aucun vaccin.
- Le taux de vaccination des garçons est légèrement supérieur à celui des filles ; 39 pour 100 contre 33 pour 100. De la première dose à la troisième dose de DTCoq et Polio, on observe des déperditions plus fortes chez les filles que chez les garçons.
- La couverture vaccinale est plus élevée chez les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure. Les différences de niveau d'instruction sont plus importantes pour les troisièmes doses de la DTCoq et de la Polio ; ce qui revient à dire que les taux d'abandon sont plus élevés chez les enfants dont les mères sont moins instruites.

Diarrhée

- 26 pour 100 des enfants de moins de 5 ans ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant la MICS.
- Presque tous les enfants (96 pour 100) de moins de 5 ans souffrant de diarrhée ont reçu un ou plusieurs traitements recommandés à domicile (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec le SRO ou les fluides recommandés faits à domicile).
- Cependant, seuls 23 pour 100 des enfants souffrant de diarrhée ont reçu davantage de liquide et ont continué à manger tel que recommandé.

Infections respiratoires aiguës

- 7 pour 100 des enfants âgés de moins de 5 ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Seulement 34 pour 100 de ces enfants avaient été présentés à un prestataire de soins de santé qualifié.

Initiative de la PCIME

- Au cours de la période de deux semaines précédant la MICS, 60 pour 100 d'enfants âgés de moins de 5 ans auraient souffert d'une maladie quelconque.
- Parmi les enfants âgés de moins de 5 ans qui auraient eu la diarrhée ou d'autres formes de maladies au cours des deux semaines précédant la MICS, 23 pour 100 avaient reçu davantage de fluides et continuaient de manger selon les recommandations du programme de la PCIME.
- 33 pour 100 des mères ou des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans connaissent au moins deux signes pour lesquels un enfant doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.

Paludisme

- Au Cameroun, où le niveau de risque de paludisme est élevé, 11 pour 100 des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire le jour précédant l'enquête. Cependant, seuls environ 12 pour 100 de ces enfants ont dormi sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide.
- Environ 25 pour 100 des enfants avaient eu une fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 51 pour 100 avaient reçu du Paracétamol pour soigner la fièvre, et 18 pour 100 de la Chloroquine, tandis que moins de 2 pour 100 avait reçu du Fansidar. Tous avaient reçu de la Quinine, 33 pour 100 de la Nivaquine, 4 pour 100 avaient reçu du Quinimax et un pourcentage élevé d'enfants (45 pour 100) avaient reçu d'autres médicaments. Toutefois, 66 pour 100 d'enfants ayant eu la fièvre avaient reçu un remède anti-paludéen approprié.

VIH/Sida

- Dans l'ensemble, 90 pour 100 des femmes âgées de 15 à 49 ont déclaré avoir entendu parler du Sida et 28 pour 100 connaissent les trois principales méthodes de prévention de la transmission du VIH : avoir un seul partenaire sexuel non infecté, utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel, s'abstenir des rapports sexuels.
- 19 pour 100 des femmes ont identifié correctement trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH, à savoir que le VIH ne peut être transmis par les moyens surnaturels, par les piqûres de moustiques, et qu'une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée.
- 57 pour 100 des femmes en âge de procréer connaissent un endroit où l'on peut effectuer le test du Sida.
- 59 des femmes âgées de 15-49 ans identifient correctement les modes de transmissions de la mère à l'enfant.
- Le pourcentage des femmes qui ont des connaissances suffisantes de la transmission du VIH et le pourcentage de celles qui savent où se faire tester pour le VIH augmente considérablement avec le niveau d'instruction.

Contraception

- L'utilisation des moyens de contraception au moment de l'enquête a été déclarée par 25 pour 100 des femmes mariées ou vivant en union. La méthode la plus répandue est l'abstinence périodique qui est utilisée par 11 pour 100 de femmes, puis vient la méthode de l'aménorrhée lactationnelle qui est pratiquée par environ 5 pour 100 des femmes mariées.

Soins prénataux

- Deux femmes sur trois ayant accouché récemment sont protégées contre le tétanos et par conséquent leurs enfants ont été protégés contre le tétanos néonatal. L'écrasante majorité de ces femmes a reçu deux ou plusieurs doses d'anatoxine tétanique au cours des trois dernières années.

- La quasi-totalité des femmes interrogées reçoit sous une forme ou une autre des soins prénataux. Cependant, 75 pour 100 reçoivent des soins prénataux d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme).

Assistance pendant l'accouchement

- Un médecin, un infirmier ou une sage-femme a assisté environ 60 pour 100 de naissances intervenues au cours de l'année précédant l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé (92 pour 100) à Yaoundé/Douala et dans le Littoral/Ouest, et est plus faible (29 pour 100) dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord.

Enregistrement des naissances

- Au Cameroun, 79 pour 100 des naissances des enfants (0 - 5 ans) sont enregistrés à l'état civil. En ce qui concerne l'enregistrement des naissances, il existe des disparités importantes selon le milieu de résidence (94 pour 100 en milieu urbain contre 73 pour 100 en zone rurale), le niveau d'instruction des mères (65 pour 100 chez les enfants de mère sans instruction contre 93 pour 100 chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus) et selon le niveau de vie du ménage (62 pour 100 dans les ménages pauvres contre 97 pour 100 dans les ménages riches).
- Par ordre d'importance, quatre raisons non exclusives avancées pour justifier le non enregistrement des naissances des enfants sont : le coût élevé (65 pour 100), l'éloignement (53 pour 100), l'ignorance (qu'il s'agisse de la nécessité ou du lieu d'enregistrement, 33 pour 100) et /ou la peur de l'amende relative au retard de la déclaration de la naissance (24 pour 100).

Orphelins et situation de la garde des enfants

- D'une manière générale, 81 pour 100 des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent 11 pour 100 et les enfants qui ont perdu un ou les deux parents représentent 5 pour 100 de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans.
- La situation des enfants dans le Centre/Sud/Est est différente de celles des autres enfants. Dans cette région, seulement 75 pour 100 des enfants vivent avec les deux parents. 2 pour 100 vivent avec leur mère uniquement, bien que leur père soit vivant et un pourcentage élevé (15 pour 100) ne vit avec aucun des parents biologiques.

Travail des enfants

- Dans l'ensemble, 5 pour 100 des enfants de 5 à 14 ans effectuent un travail rémunéré et 24 pour 100 participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.
- Près de 7 enfants sur dix effectuent des tâches domestiques, telles que la cuisine, la collecte d'eau, et s'occupent d'autres enfants, pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 11 pour 100 consacrent plus de quatre heures par jour à ces tâches.

Handicaps de l'enfant

- Environ 23 pour 100 des enfants de 2 à 9 ans présentent au moins un handicap. Parmi ces enfants 16 pour 100 ont un seul handicap, 6 pour 100 ont deux à trois handicaps.
- les principaux types d'handicaps identifiés chez les enfants de 2 à 9 ans sont : le retard mental qui concerne 6 pour 100 ; les difficultés de se faire comprendre 6 pour 100 et les problèmes de crises 4 pour 100.

Indicateurs de Synthèse

Indicateurs du Sommet Mondial pour les Enfants		
Mortalité infanto – juvénile^a	Probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans (pour 1000)	149
Mortalité infantile^a	Probabilité de mourir avant l'âge d'un an (pour 100)	76
Prévalence de l'insuffisance pondérale^b	Proportion des moins de trois ans qui sont trop minces pour leur âge (pour 100)	22
Prévalence du retard de croissance^b	Proportion des moins de cinq ans qui sont trop courts pour leur âge (pour 100)	29
Prévalence de l'émaciation^b	Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur taille (pour 100)	6
Accès à l'eau potable	Proportion de la population qui utilise de l'eau potable (pour 100)	52
Accès aux toilettes	Proportion de la population utilisant des toilettes et sanitaire (100)	75
Proportion des enfants atteignant la classe de cinquième	Proportion des enfants entrant en première année de l'école primaire et qui atteignent, en définitive, la cinquième (pour 100)	59
Taux net de scolarisation	Proportion des enfants en âge de l'école primaire fréquentant une école primaire (pour 100)	68
Taux d'alphabétisation des adultes	Proportion de la population âgée de plus de 15 ans sachant lire une lettre ou un journal (pour 100)	66
Accès aux soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont vues au moins une fois pendant la grossesse par un agent de santé qualifié (pour 100)	75
Prévalence de la contraception	Proportion des femmes mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (pour 100)	25
Assistance à l'accouchement	Proportion des naissances assistées par un agent de santé qualifié (pour 100)	60
Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 grammes (pour 100)	12
Consommation du sel iodé	Proportion des ménages qui consomment du sel iodé de façon adéquate (pour 100)	78
Supplémentation en vitamine A des enfants	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois (pour 100)	9
Supplémentation en vitamine A des mères	Proportion des mères qui ont reçu une supplémentation en vitamine A avant que le nourrisson n'atteigne 8 semaines (pour 100)	9
Allaitement exclusif^b	Proportion des nourrissons âgés de moins de 4 mois qui sont allaités exclusivement (pour 100)	15
Alimentation complémentaire à temps^b	Proportion des nourrissons âgés de 7 à 9 mois qui reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires (pour 100)	86
Poursuite de l'allaitement^b	Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités (pour 100)	84 (12 –15 mois) 29 (20 –23 mois)
Couverture vaccinale de la DTCoq	Proportion des enfants de 12-23 mois vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (pour 100)	45 / 43^c
Couverture vaccinale de la rougeole	Proportion des enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole (pour 100)	62 / 56^c
Couverture vaccinale de la polio	Proportion des enfants de 12-23 mois vaccinés contre la polio (pour 100)	50 / 47^c
Couverture vaccinale du BCG	Proportion des enfants de 12-23 mois vaccinés contre la tuberculose (pour 100)	78 / 76^c
Couverture vaccinale complète	Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés ^d (pour 100)	36 / 30^e
Protection des enfants contre le tétanos néonatal	Proportion des enfants âgés de moins d'un an protégés contre le tétanos néonatal grâce à la vaccination de la mère (pour 100)	66
Utilisation de la TRO	Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec les sels de réhydratation orale ou avec une solution faite à domicile appropriée (pour 100)	96
Prise en charge à domicile de la diarrhée	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui	23

	ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation pendant l'épisode (pour 100)	
Recherche des soins de santé pour les IRA	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu une IRA au cours des 2 dernières semaines et qui ont été présentés à un prestataire de soins de santé approprié (pour 100)	35
Développement préscolaire	Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent une forme ou une autre de programme d'éducation préscolaire (pour 100)	15
Indicateurs de suivi des droits des enfants		
Enregistrement des naissances à l'état civil	Proportion des enfants de moins de cinq ans dont les naissances seraient enregistrées à l'état civil (pour 100)	79
Disposition relatives à la vie des enfants	Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans dans les ménages ne vivant pas avec un parent biologique (pour 100)	11
Enfants orphelins dans les ménages	Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui sont orphelins et vivant dans les ménages (pour 100)	1 (les deux parents) 5 (un parent)
Travail des enfants	Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent à l'heure actuelle (pour 100)	58
Indicateurs pour le monitoring de la PCIME et du paludisme		
Prise en charge à domicile de la maladie	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient été malades au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation. (pour 100)	13
Connaissances sur la recherche des soins de santé	Proportion des personnes à charge des enfants âgés de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux signes nécessitant la recherche immédiate des soins. (pour 100)	33
Moustiquaires	Proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide. (pour 100)	1,33
Traitement du paludisme	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été malades et ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines et ont reçu des antipaludéens. (pour 100)	66
Indicateurs de suivi du VIH/Sida		
Connaissances pour éviter le VIH/Sida.	Proportion des femmes qui ont identifié correctement les 3 principales méthodes de prévention de l'infection à VIH. (pour 100)	28
Connaissances des conceptions erronées sur le VIH/Sida.	Proportion des femmes qui ont identifié correctement 2 conceptions erronées concernant le VIH/Sida. (pour 100)	23
Connaissances de la transmission mère-enfant.	Proportion des femmes qui identifient correctement les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant. (pour 100)	59
Attitude des gens à l'égard du VIH/Sida	Proportion des femmes exprimant une attitude discriminatoire à l'égard des gens qui ont le VIH/Sida (pour 100)	11
Femmes sachant où se faire tester pour le VIH	Proportion des femmes qui savent où effectuer le test du VIH. (pour 100)	57
Femmes qui ont été testées pour le VIH.	Proportion des femmes qui ont été testées pour le VIH. (pour 100)	Non. disp.

^a - L'année de référence des indicateurs est 1994.

^b - Les données issues de l'EDSC-II, 1998.

^c - Ppourcentage d'enfants vaccinés avant 12 mois.

^d - Tous les vaccins du PEV, (fièvre jaune non compris).

Introduction

Contexte de l'enquête

Le Sommet Mondial pour les Enfants, qui s'est tenu à New York en 1990, a fixé un certain nombre d'objectifs à travers par l'adoption d'une déclaration et d'un plan d'action en faveur des enfants.

Souscrivant aux recommandations pertinentes de la communauté internationale, le Cameroun a élaboré un plan d'action pour l'application de la Déclaration et du Plan d'action mondial de 1990. Ce plan national prévoit des mécanismes de suivi des progrès en vue de la réalisation des buts et des objectifs fixés à l'horizon 2000.

Dans la perspective de l'évaluation des progrès accomplis depuis le Sommet Mondial de 1990, l'UNICEF a élaboré en collaboration avec l'OMS, l'UNESCO et les autres organisations internationales, une série de 75 indicateurs de base concernant les aspects spécifiques de la situation des enfants.

L'enquête MICS 2000 du Cameroun a été mise en œuvre en vue de recueillir des informations sur de nombreux indicateurs à la fin de la décennie, ce d'autant qu'il n'a pas effectué la MICS de la mi-décennie.

La MICS du Cameroun a été exécutée par la Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du Ministère de l'Economie et des Finances. Le financement a été assuré conjointement par le Bureau de l'UNICEF du Cameroun et par le Gouvernement camerounais. Cette opération a bénéficié de l'appui des autres bailleurs de fonds (OMS, PAM et Coopération Française) qui ont fourni un appui logistique (matériel roulant) lors de la collecte des données sur le terrain. Ont pris part aux travaux méthodologiques, notamment d'adaptation du modèle de questionnaire UNICEF au contexte national, les administrations publiques (Ministère de la Santé Publique, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Condition Féminine, Ministère de l'Education Nationale, Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire) et les institutions de formation et de recherche telles que l'ISSEA, l'IFORD et l'IRESO.

Le présent rapport porte sur les résultats des principaux thèmes couverts par l'enquête et relatifs aux objectifs du Sommet Mondial.

Contexte du Cameroun

Le Cameroun compte aujourd'hui une population d'environ 15 millions d'habitants avec un léger déséquilibre en faveur de la population féminine. Cette population est caractérisée par sa jeunesse. Les enfants de moins de 6 ans représentant 20 pour 100 et ceux entre 6 et 14 ans 24,3 pour 100 constituent une des préoccupations majeures du Gouvernement notamment en matière d'éducation. L'accent est mis sur l'universalisation de l'enseignement primaire, l'amélioration de l'accès à l'éducation, l'équité et la qualité des enseignements dispensés avec la participation de la communauté au soutien et à la gestion des établissements scolaires. La population active, tous secteurs confondus, est de 36 pour 100. La natalité est encore élevée avec un taux brut de 38 pour 100.

Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun sont : la diarrhée dont l'incidence demeure élevée (10 pour 100) au sein de la population des 0 à 4 ans; le paludisme qui affecte 46 pour 100 de la population et la rougeole qui concerne 120 personnes sur

100.000 habitants. Le système national de santé est axé sur le concept de districts de santé depuis 1990 (découpage des aires de santé en unités plus opérationnelles, création des pharmacies d'approvisionnement en médicaments essentiels...).

Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de l'enquête MICS 2000 du Cameroun sont :

- Fournir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Cameroun à la fin de décennie et pour la prochaine décennie ;
- Fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès dans la réalisation des buts et des objectifs fixés au cours du Sommet Mondial pour les enfants et élaborer une base de planification des actions futures ;
- Contribuer à l'amélioration des données et des systèmes de suivi au Cameroun et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en œuvre et d'analyse de ces systèmes.

CHAPITRE I. Méthodologie de l'enquête

1.1 Echantillonnage

Un échantillon initial de 4500 ménages a été tiré.

Par souci d'économie de temps et de ressources d'une part, et pour les besoins de l'analyse et de rapprochement des résultats avec ceux de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC- 1998) d'autre part, la réalisation de la MICS s'est appuyée sur la base de sondage de celle-ci. Le principe retenu et appliqué a été un échantillonnage aléatoire stratifié à deux degrés, avec une stratification en 9 strates dont :

Cinq urbaines :

- Yaoundé/Douala ;
- Adamaoua/Nord/Extrême-Nord urbain ;
- Littoral/Ouest urbain ;
- Centre/Sud/Est urbain ;
- Nord-Ouest/Sud-Ouest urbain ;

et quatre rurales :

- Adamaoua/Nord/Extrême-Nord rural ;
- Littoral/Ouest rural ;
- Centre/Sud/Est rural ;
- Nord-Ouest/Sud-Ouest rural.

Au premier degré l'on a tiré les grappes aréolaires et au second degré les ménages.

- Au cours de la première étape, 150 grappes ont été tirées au hasard parmi les 203 de l'EDSC-1998 et réparties entre les strates proportionnellement à leur taille (en termes d'effectifs des ménages tirés à l'EDSC-1998). Le tirage des grappes à l'intérieur de la strate Yaoundé/Douala a été effectué de manière séparée pour tenir compte des poids démographiques respectifs des deux villes.
- Au cours de la seconde étape, l'échantillon des ménages à enquêter dans chaque grappe a été tiré de façon systématique à partir de la liste des ménages de la grappe.

L'échantillon a été conçu afin de fournir des estimations sur les indicateurs de santé au niveau national pour les zones urbaines et rurales, et pour chacun des cinq grands domaines ci-après :

- i. Yaoundé/Douala ;
- ii. Adamaoua/ Nord/Extrême-Nord ;
- iii. Littoral/Ouest ;
- iv. Centre/Sud/Est ;
- v. Nord-Ouest/Sud-Ouest.

Etant donné que l'échantillon était stratifié en 9 grandes strates, il n'existe pas de pondération automatique. Pour l'élaboration des résultats au niveau national, les pondérations de l'échantillon ont été utilisées.

1.2 Questionnaires

La MICS a utilisé trois types de questionnaires :

- Le questionnaire ménage ;
- Le questionnaire individuel femme âgée de 15 à 49 ans ;
- Le questionnaire individuel enfant âgé de moins de cinq ans.

Ces questionnaires sont conformes aux questionnaires modèles de la MICS en général, avec quelques modifications et adjonctions.

Les questionnaires ont été élaborés en français et en anglais compte tenu du caractère bilingue du Cameroun, versions qui ont servi de support de collecte. Ils ont aussi été traduits dans trois langues locales largement usitées, à savoir l'Ewondo pour les trois Provinces méridionales, le Ffuldé pour les trois Provinces septentrionales, et le Pidgin pour les deux Provinces anglophones et leurs environs. Ces traductions ont permis aux personnes enquêtées de mieux comprendre certains concepts et de répondre à certaines interrogations.

Le questionnaire ménage administré dans chaque ménage au chef de ménage et aux personnes ayant la charge des enfants du ménage a permis de recueillir différentes informations sur le ménage (sa taille, sa composition, les caractéristiques du logement par exemple) et ses membres, notamment le sexe, l'âge, l'alphabétisation, la situation de famille et le statut d'orphelin. Ce questionnaire comporte également des modules sur l'éducation, le travail des enfants, l'iodation du sel, l'eau et l'assainissement. Par rapport au modèle général, le questionnaire ménage de la MICS du Cameroun a été enrichi du module sur les handicaps des enfants de 2 à 9 ans.

En ce qui concerne le questionnaire individuel femme administré à chaque femme éligible (15-49 ans) dans tous les ménages sélectionnés, il comprend les modules suivants tirés du questionnaire modèle :

- la mortalité des enfants ;
- l'anatoxine tétanique ;
- la santé maternelle et du nouveau-né ;
- la contraception ;
- le VIH/Sida.

Il a été enrichi par l'adjonction d'un module sur la participation de la femme au développement.

Enfin, le questionnaire individuel enfant, administré dans chaque ménage à la mère ou à la personne en charge de chaque enfant âgé de moins de cinq ans, comprend les modules ci-après :

- l'enregistrement de la naissance à l'état civil et l'apprentissage précoce ;
- la supplémentation en vitamine A ;
- la prise en charge des maladies ;
- le paludisme ;
- l'immunisation (vaccination).

Dans ce questionnaire, économie a été faite des modules sur l'allaitement au sein et sur l'anthropométrie récemment traitée par l'EDSC -1998.

Les procédures de collecte, la qualité des outils et les modalités de leur gestion ont été testées à l'avance en début mai 2000. A partir des enseignements de l'enquête pilote, des aménagements

ont été apportés au libellé ou à la traduction de certaines questions et à certaines modalités de réponses dans les questionnaires.

En outre, certaines instructions aux personnels d'enquête ont été précisées et complétées dans les manuels d'enquête.

1.3 Travail sur le terrain et traitement

Le travail de terrain s'est effectué en trois phases : les travaux cartographiques, l'enquête pilote et l'enquête proprement dite.

La mise à jour de la cartographie des grappes sélectionnées a été effectuée en mars/avril 2000 pour le milieu urbain.

L'enquête pilote a ensuite été réalisée en début mai auprès de 50 ménages choisis à Yaoundé et dans les environs de Soa, une banlieue de la capitale du Cameroun. Cette opération a été réalisée par une dizaine de cadres de l'équipe technique de la MICS formés pendant une semaine.

Le personnel d'exécution de l'enquête proprement dite a été retenu après un test de sélection et formé pendant 12 jours (22 Mai au 3 Juin 2000). Il a été ensuite réparti en douze équipes constituées chacune de 4 enquêtrices/enquêteurs, d'un agent de contrôle et d'un chef d'équipe. Chacune des douze équipes a réalisé la collecte dans une des 10 Provinces du Cameroun ou dans l'une des deux principales villes que sont Yaoundé et Douala.

A l'exclusion des équipes de Yaoundé, Douala et du Centre qui avaient un accès relativement facile au transport public, les neuf autres équipes disposaient chacune d'un véhicule tout terrain et d'un chauffeur.

Après deux semaines consacrées aux solutions des problèmes de logistique et d'administration (contrats de travail temporaire, mise en place des fonds,...), le travail de collecte proprement dit sur le terrain n'a pu commencer que le 1er Juillet et s'est achevé le 27 Août 2000. Or, cette période qui est celle des vacances scolaires coïncidait avec la saison des pluies dans certaines régions du pays.

La collecte a été supervisée par l'équipe d'encadrement technique de la MICS à travers des missions permanentes. D'autres missions ponctuelles de supervision, ont été conjointement effectuées par les membres de cette équipe et les cadres de l'UNICEF.

La saisie des données a été effectuée au fur et à mesure de la collecte de celles-ci, en utilisant le logiciel EpiInfo, par 20 agents préalablement formés et répartis en deux équipes de 10 membres dont un chef d'équipe ou moniteur de saisie, 2 contrôleurs de saisie et 7 opérateurs de saisie. Le traitement des données a commencé en août 2000 et s'est achevé en mi-octobre 2000.

Afin d'assurer le contrôle de la qualité, tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double entrée, et des contrôles de cohérence interne ont été effectués sur deux ordinateurs réservés à cet effet. Les procédures et les programmes standards élaborés au titre de la MICS et adaptés aux questionnaires du Cameroun ont été appliqués pendant tout le processus.

L'apurement des fichiers s'est poursuivi jusqu'en mi-novembre 2000 et les premiers tableaux statistiques ont été disponibles en fin novembre 2000.

L'analyse de ces données a été assurée par une équipe multi-sectorielle constituée à cet effet.
(Voir constitution du groupe en Annexe).

CHAPITRE II. Caractéristiques de l'échantillon et qualité des données

2.1 Taux de réponse

Sur les 4500 ménages prévus pour l'échantillon de la MICS du Cameroun, 4347 logements étaient occupés (tableau 1). Parmi ceux-ci, 4260 ont été interrogés avec succès pour un taux de réponse de ménages de 98 pour 100. Les taux de réponse étaient pratiquement les mêmes dans les zones urbaines (97,8 pour 100) que dans les zones rurales (98,2 pour 100).

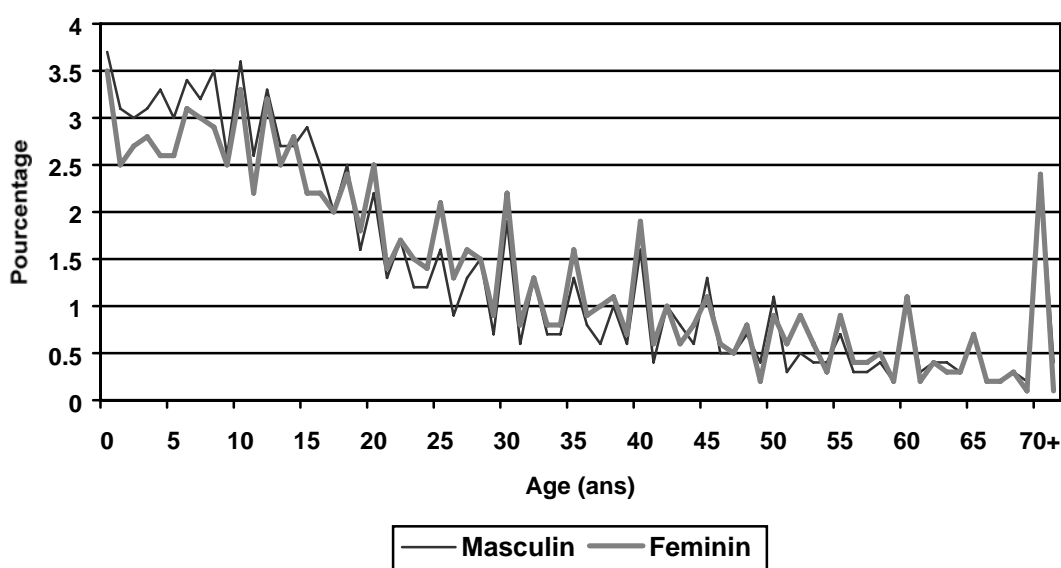
Au sein des ménages sondés, 5929 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées. Parmi celles-ci, 5069 ont été interrogées avec succès, soit un taux de réponse de 85,5 pour 100 seulement ; ceci du fait surtout des absences et des réticences.

Par ailleurs, 3581 enfants âgés de moins de cinq ans ont été enregistrés au titre du questionnaire sur les ménages. Parmi ceux-ci, les questionnaires ont été complètement remplis pour 3401 enfants soit un taux de réponse de 95 pour 100.

2.2 Répartition par sexe et par âge et données manquantes

Tel qu'indiqué au tableau 2 et au graphique 1, la répartition année par année de l'âge des membres du ménage par sexe présente de nombreuses distorsions pour les deux sexes. Il existe une préférence évidente pour les âges se terminant par les chiffres 0 et 5 ; ce qui est typique des populations pour lesquelles les âges ne sont pas toujours bien connus. En effet, l'on observe des pics accentués aux âges se terminant par 0, et dans une moindre mesure aux âges se terminant par 5. L'indice de Whipple dont la valeur ici est de 1,63 confirme d'ailleurs cette attraction des chiffres ronds. Il en est de même de l'indice de Myers. De plus, cet indice fait ressortir une plus forte répulsion des âges se terminant par le chiffre 7.

Graphique 1 : Répartition de la population des ménages par âge et par sexe , Cameroun, 2000



Le tableau 3 indique le pourcentage des informations manquantes pour certaines questions. Il ressort que moins d'un pour 100 des membres des ménages ont des informations manquantes concernant leur âge, le niveau d'instruction et l'année d'études. Deux pour 100 ont les informations manquantes pour le nombre d'heures de travail. Cependant, le fait que l'enquête se soit déroulée pendant les vacances scolaires a justifié certaines absences des jeunes, et a semblé créer la confusion dans l'esprit de nombreux enquêtés en ce qui concerne la classe fréquentée l'année dernière et celle fréquentée actuellement (au moment de l'enquête).

Parmi les femmes enquêtées, 40 pour 100 n'ont pas donné une date de naissance complète (le mois et l'année) ; cependant toutes ont donné soit l'année de leur naissance soit leur âge. Soixante six pour 100 des femmes qui avaient accouché au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas indiqué la date précise de leur dernière injection d'anatoxine tétanique.

En ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans 24 pour 100 des enquêtés ont des informations manquantes sur la date de naissance complète (le mois et l'année) et 1 pour 100 sur la survenance de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Le faible niveau des données manquantes, sauf en ce qui concerne les déclarations de dates précises, indique qu'il n'existait pas de problèmes importants au sujet de la quasi-totalité des questions ou du travail sur le terrain.

Les lacunes observées en proportions peu élevées, ne sont pas susceptibles de remettre en cause la qualité globale des données de l'enquête.

2.3 Remarques sur les tableaux édités

L'examen des tableaux publiés a révélé l'existence de quelques problèmes. Certains de ces problèmes sont soit liés à la terminologie (concepts et définitions), soit aux problèmes de tabulations.

Signalons pour commencer que l'une des grandes difficultés est relative à la traduction des documents de travail (de l'anglais en français), qu'il s'agisse des questionnaires, des programmes de tabulation et des titres des tableaux. La traduction n'a pas toujours été fidèle, ce qui a laissé traîner beaucoup d'incompréhensions, de points d'ombre et par conséquent une lente assimilation et donc la résolution des problèmes identifiés. Dans certains cas, la mauvaise traduction ou interprétation pouvait générer une situation de blocage.

Les tableaux sur le VIH/Sida ont posé des problèmes d'interprétation et d'analyse. L'on a semblé observer un mélange de concepts : mode de prévention, méthodes de prévention et attitudes et croyances (ou conceptions erronées).

S'agissant du tableau 20, la méthodologie utilisée dans le programme de tabulation standard ne permettait pas d'avoir directement les indicateurs à analyser. Un traitement spécial était donc nécessaire afin d'avoir des éléments de comparaison avec des sources existantes.

Le tableau 21 sur la vaccination demandait un traitement supplémentaire (ce qui n'avait pas été clairement spécifié dans les programmes de tabulation). En fait, il fallait recalculer les taux de couverture des vaccins avant le premier anniversaire pour l'ensemble de la population cible (enfants 12-23 mois) à partir des taux observés chez les seuls enfants pour qui les informations vaccinales avaient été relevées à partir des carnets. Cela nécessitait la combinaison des résultats figurant dans les tableaux édités.

Les tableaux 24 et 26 sont les mêmes car dans le questionnaire, il y a eu un saut inapproprié qui a entraîné l'exclusion des questions Q4 et Q5 pour les enfants qui avaient la modalité « oui=1 » à la question du module III « traitement des maladies d'enfants » (voir questionnaire Enfant). Dans cette situation, seuls les enfants ayant eu la diarrhée ont été pris en compte dans les tableaux 24 et 26.

Ces problèmes et bien d'autres ont rendu fastidieux les travaux de tabulation et même d'analyse des données. Ce n'est progressivement que ces problèmes ont trouvé des solutions apprises.

2.4 Caractéristiques de la population des ménages

Les informations concernant les caractéristiques de la population des ménages et celles des répondants individuels, sont fournies pour faciliter l'interprétation des résultats et pour servir de mécanismes de contrôle de base de la mise en œuvre de l'échantillonnage.

Le tableau 4 présente la répartition en pourcentage des ménages de l'échantillon (après pondération) selon les caractéristiques du contexte. Environ 35 pour 100 des ménages (1490 ménages) sont urbains et 65 pour 100 (2760 ménages) sont ruraux¹. La zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord comporte le plus grand nombre de ménages par rapport aux autres domaines d'études, avec 26 pour 100 des ménages, suivi par le Centre/Sud/Est, le Nord-Ouest/Sud-Ouest avec respectivement 23 et 22 pour 100. Les autres domaines, à savoir Yaoundé/Douala et Littoral/Ouest représentent respectivement 13 et 16 pour 100 des ménages. La plupart des ménages comptent deux à sept membres : 20 pour 100 ont entre 2 et 3 membres, 23 pour 100 entre 4 et 5 membres et 21 pour 100 entre 6 et 7 membres. Signalons que 10 pour 100 des ménages ne sont constitués que d'une seule personnes. Par ailleurs 75 pour 100 des ménages ont au moins un enfant âgé de moins de quinze ans ; 52 pour 100 des ménages compte au moins un enfant de cinq moins de ans comme membre ans et 79 pour 100 des ménages comptent au moins une femme âgée de 15 à 49 ans.

Le tableau 5 présente les caractéristiques des femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans. Les femmes âgées de 15 à 19 ans représentent le pourcentage le plus important de l'échantillon des femmes interrogées, soit près de 22 pour 100. Ce pourcentage baisse au fur et à mesure que l'âge augmente ; au groupe d'âge de 45-49 ans, il n'est plus que de 7 pour 100. Cette situation est typique des pays de l'Afrique Sub-saharienne. Environ 64 pour 100 des femmes de l'échantillon sont mariées et 74 pour 100 ont déjà accouché. Quatre femmes sur dix ont le niveau d'études primaires ; 29 pour 100 des femmes ont au moins le niveau du secondaire, et presque autant (28 pour 100) n'ont aucun niveau d'instruction.

Le tableau 6 présente les caractéristiques des enfants âgés de moins de cinq ans. Cinquante deux pour 100 des enfants sont des garçons et quarante huit pour 100 des filles. Environ 36 pour 100 des enfants âgés de moins de cinq ans ont des mères (ou des personnes en charge d'eux) qui n'ont reçu aucune instruction ; un pourcentage qui est pour ainsi dire un peu plus élevé que le pourcentage global des femmes qui n'ont pas reçu d'instruction au sein de l'échantillon. Il convient de souligner que pour les enfants dont les mères ne vivent pas au sein du ménage, le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant a été pris en compte.

Il existe presque autant d'enfants âgés de moins de six mois que d'enfants âgés de 6 à 11 mois

¹ Cette situation est fortement tributaire de la base de sondage du RGPH de 1987 et pourrait ne pas refléter la réalité actuelle.

(4 pour 100) en zone urbaine. Ce phénomène s'observe également en zone rurale, mais dans des proportions plus élevées (8 pour 100) ; ce qui traduit une bonne structure de la population à ces âges-là.

2.5 Caractéristiques des logements

Lors de la collecte des données de la MICS, les enquêteurs ont recueilli des informations sur les caractéristiques des logements (matériel du sol, matériaux du plancher, utilisation de l'électricité), ainsi que sur la possession de certains biens en vue de mesurer le niveau du confort du ménage. Un indicateur « wealth index » a été élaborée et permet de faire une typologie des ménages selon le niveau de confort des ménages.

2.5.1 Source principale d'énergie pour la cuisine

Près de 84 pour 100 des ménages utilisent le charbon/bois/paille pour faire la cuisine. L'utilisation de l'électricité est nulle. Les sources d'énergie varient considérablement selon que le ménage réside à Yaoundé/Douala ou pas (tableau 50). Dans ces deux grandes villes, 42 pour 100 des ménages utilisent le gaz, 17 pour 100 le pétrole et 37 pour 100 le charbon de bois/paille alors qu'ailleurs, 79 pour 100 des ménages ou plus utilisent cette dernière source.

2.5.2 Matériaux de revêtement du sol

Le plancher de 50 pour 100 des logements est en terre battue et 43 ménages sur 100 ont un sol cimenté. La grande majorité des logements urbains (78 pour 100) ont un sol en ciment ou carrelage, alors que 67 pour 100 des ménages ruraux ont un sol en terre battue. Les matériaux de revêtement du sol varient selon les domaines d'étude (tableau 49). A Yaoundé/Douala et SW/NW, le ciment est prédominant (81 pour 100 et 70 pour 100 respectivement). Au centre/Sud/Est, on retrouve plus la terre battue avec 77 pour 100, tout comme à l'Adamaoua/Nord/Extrême Nord (63 pour 100) et à l'Ouest/Littoral (54 pour 100).

2.5.3 Possession de certains biens

Le tableau 51 fournit les informations sur le niveau de possession de certains biens dont l'analyse sur les plus importants est présentée ci-après.

Electricité

41 pour 100 des ménages disposent de l'électricité qui semble être encore un privilège des ménages urbains. En effet, 79 pour 100 des ménages urbains sont équipés en électricité contre seulement 21 pour 100 en milieu rural.

Radio

Plus de la moitié (55 pour 100) des ménages camerounais disposent d'une radio. La grande majorité des ménages de Yaoundé/Douala (83 pour 100) possède ce récepteur de communication alors dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord cette proportion n'est que 35 pour 100.

Téléviseur

S'agissant de la télévision, 17 pour 100 des ménages camerounais disposent d'un poste téléviseur. A Yaoundé/Douala, plus de la moitié des ménages ont un téléviseur. Pour le reste du pays, moins de 17 pour 100 des ménages y ont accès. Dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord seuls 5 pour 100 des ménages possèdent ce bien.

CHAPITRE III. Résultats

3.1 Mortalité infantile et infanto-juvénile

Le niveau de mortalité des enfants est considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. L'un des objectifs du SME était de réduire de moitié la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les résultats fournis par la MICS2 seront utiles pour l'évaluation de cet objectif et pour la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Ces résultats concernent les niveaux et tendances de la mortalité des enfants et selon certaines caractéristiques des enfants ou de leur région de résidence.

Les indicateurs de mortalité présentés ici sont calculés à partir d'informations sur le nombre d'enfants que la femme a mis au monde et sur les enfants survivants. Les indicateurs suivants sont calculés à partir de ces informations :

quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ;

quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (le terme taux de mortalité infantile sera aussi utilisé pour désigner le quotient de mortalité infantile);

quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire;

La nature de ces données permet de calculer les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile à partir d'une technique d'estimation indirecte (Méthode de Brass). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les groupes d'âge de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés. La technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte tant des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir.

L'estimation de la mortalité à partir du nombre d'enfants nés vivants et du nombre d'enfants survivants présente à la fois des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. La collecte des informations ne donne aucune information sur la date des naissances des enfants, ni l'âge aux décès pour les enfants décédés (Nations Unies, 1984). Des ajustements ont alors été nécessaires pour avoir des informations fiables.

3.1.1 Niveaux et tendance

Les données utilisées pour les estimations de la mortalité sont indiquées au tableau 7. Le nombre moyen d'enfants nés vivants est de 0,367 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et augmente régulièrement jusqu'à 6,534 chez les femmes âgées de 45 à 49 ans; ce qui semble normal. Cependant, la proportion d'enfants décédés présente une évolution irrégulière. La proportion d'enfants décédés chez les femmes plus jeunes (15-19 ans) est très faible. Par contre les femmes du groupe d'âge immédiatement suivant (20-24 ans) enregistrent une proportion de mortalité

relativement plus élevée. Les proportions de mortalité des enfants chez les femmes des groupes d'âge 40-44 ans et 45-49 ans sont les plus élevées. Cette situation peut être expliquée par la pointe d'âge constatée au graphique 1 ci-dessus.

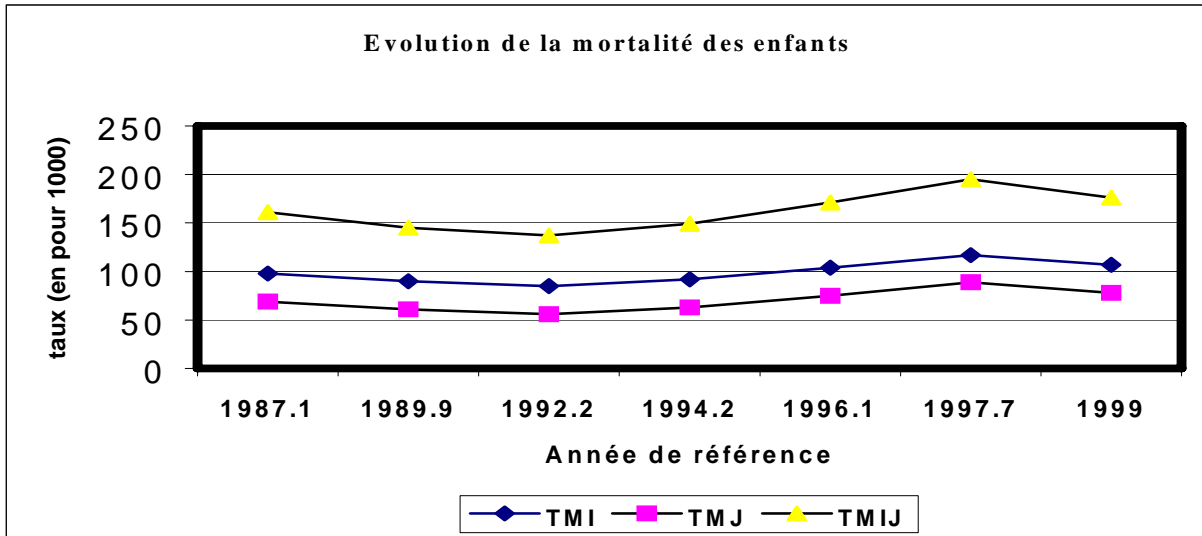
Si certaines femmes âgées de 15 ans ont surestimé leur âge, mais ont signalé les naissances et les décès de leurs enfants correctement, le nombre de décès baisserait effectivement vers l'âge de 20 ans. En outre, l'analyse des ratios des sexes à la naissance montre que les naissances des filles pourraient avoir été sous déclarées chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, de 25 à 29 ans et de 45 à 49 ans pour lesquelles les rapports de masculinité à la naissance sont respectivement de 152 garçons, pour 100 femmes, 113 et 115 garçons pour 100 femmes, alors que ces rapports se situent dans la fourchette plausible de 101 et 107 pour les groupes d'âges restants.

Les estimations de la mortalité ont été obtenues à l'aide du programme QFIVE des Nations Unies. Sur la base des estimations précédentes de la mortalité infantile et juvénile pour le Cameroun, la table type de mortalité de la « famille Nord » a été considérée comme la plus appropriée.

Le graphique 2 présente l'évolution des estimations des mortalités infantile, juvénile et infanto-juvénile. Les résultats du tableau 8 montrent que le niveau de la mortalité infantile est de 107 pour mille et celui de la mortalité infanto-juvénile de 176 pour mille en 1999, période de référence la plus récente.

L'évolution des indicateurs présente une phase de baisse de la mortalité de 1987 à 1994 puis une tendance à la hausse jusqu'en 1998 et l'amorce d'une tendance à nouveau de la baisse. Toutefois, il est à souligner que les indicateurs de la mortalité infantile pour les années de référence récentes, fondés sur les groupes d'âges des femmes plus jeunes (15-29 ans) sont manifestement surestimés; tandis que ceux fondés sur les rapports concernant les femmes âgées de 30 à 49 ans sont un peu moins élevés et ont des périodes de référence plus anciennes. Ceci est également vérifié pour la mortalité infanto-juvénile. Quoiqu'il en soit, l'utilisation des estimations fondées sur les trois premiers groupes d'âges n'est pas recommandée. Ainsi donc, les estimations plausibles pour les années les plus récentes ne peuvent être ainsi obtenues à partir de ces données. Compte tenu des distorsions observées par ailleurs, seules les estimations pour 1994 semblent constituer les chiffres les plus récents que l'on pourrait utiliser avec une certaine confiance. Par ailleurs la structure de la mortalité des enfants n'est pas celle généralement observée au Cameroun et même dans la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne, avec une surmortalité juvénile par rapport à la mortalité infantile. Ceci appelle donc à des ajustements.

Graphique 2 : Evolution de la mortalité des enfants



3.1.2 Méthode d'ajustement

Les estimations sur la mortalité sont généralement très sensibles à la méthode utilisée et des précautions techniques particulières doivent souvent être prises avant leur validation. Aussi les résultats présentés ci-dessus peuvent être considérés comme des chiffres bruts. En effet la méthode d'estimation indirecte utilisée se fonde sur l'hypothèse que la fécondité et la mortalité juvénile sont restées récemment constantes. Aucune des deux situations n'est vérifiée au Cameroun. S'agissant de la fécondité, les résultats de l'EDSC 1991 et de l'EDSC 1998 indiquent une tendance à la baisse (L'ISF passe de 5,8 à 5,2) ; par contre en ce qui concerne la mortalité des enfants, les mêmes sources indiquent une tendance à la hausse (la mortalité infantile est passée de 65 pour 1000 à 77 pour 1000 alors que la mortalité infanto-juvénile passait de 126 pour 1000 à 151 pour 1000).

Au-delà de cette hypothèse de constance, cette méthode indirecte considère que la probabilité de décéder avant le premier anniversaire est supérieure à celle de décéder entre 1 et 5 ans. En d'autres termes, les enfants courent moins de risque de mourir entre 1 et 4 ans qu'entre 0 et 12 mois. Cependant, les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées au Cameroun en 1991 et 1998 à l'instar du Niger (1992 et 1998), du Mali (1996), du Sénégal (1997), du Burkina Faso (1999) et du Tchad (1997), montrent que les quotients de mortalité juvénile sont encore supérieurs aux quotients de mortalité infantile au cours de la période de 5 ans avant l'enquête. Ainsi, si la valeur de 5q0 estimée à partir de la méthode indirecte peut représenter le niveau de la mortalité des enfants de moins cinq ans au Cameroun, ce n'est pas le cas pour les valeurs de 1q0 et 4q1 que fournit cette même méthode.

Pour pallier à ce problème, nous avons utilisé les estimations directes de l'EDSC 1998 pour mesurer la distribution de la mortalité entre la période infantile et la période juvénile. En d'autres termes, nous avons utilisé le ratio 1q0/5q0 qui mesure le rapport de la mortalité infantile à la mortalité infanto-juvénile comme indicateur de cette distribution. Ce ratio sera multiplié à l'estimation indirecte de 5q0 fournie par la méthode indirecte pour, enfin, estimer le quotient 1q0. Le quotient 4q1 est calculé à partir de la formule $(1-5q0) = (1-1q0)(1-4q1)$, ce qui signifie que $4q1 = 1 - (1-5q0)/(1-1q0)$.

Si cette technique d'estimation de 1q0 et 4q1 est, sans aucun doute, moins biaisée que celle proposée par les modèles de Coale et Demeny (1966), elle présente certaines limites qu'il importe

de souligner. La principale est inhérente au fait que l'applicabilité du ratio suppose que la distribution de la méthode directe est exacte et qu'elle est constante pour une période plus ou moins courte. Eu égard aux déplacements de dates de naissance dans les enquêtes de type EDS, il est toujours possible que la mortalité juvénile soit légèrement sous-estimée. Ceci constitue la principale limite de la méthode directe qui est basée sur l'historique des naissances.

En résumé, la méthode d'ajustement retenue consiste à :

- estimer la mortalité des enfants de moins cinq ans (5q0) à partir de la méthode indirecte de Brass en utilisant le logiciel QFIVE ;
- estimer le ratio 1q0/5q0 à partir de l'EDSC 1998 pour déterminer la structure de la mortalité ;
- appliquer le ratio 1q0/5q0 obtenu de l'EDSC 1998 au quotient 5q0 obtenu de la méthode indirecte pour, enfin, obtenir le quotient 1q0 ; et
- estimer le quotient 4q1 en fonction de 5q0 et 1q0 précédemment obtenus

$$4q1 = 1 - (1 - 5q0) / (1 - 1q0)$$

L'application de la méthode d'ajustement conduit donc aux résultats suivants pour la période centrée sur l'année 1994 : 76 enfants pour 1000 décèdent avant leur premier anniversaire, 79 enfants pour 1000 ayant atteint un an d'âge meurent avant leur cinquième anniversaire et enfin 149 enfants pour 1000 pris à la naissance meurent avant l'âge de cinq ans. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'EDSC 1998 dont la période de référence était centrée sur l'année 1996 et pour laquelle ces estimations étaient respectivement de 77 pour 1000, 80 pour 1000 et 151 pour 1000.

3.1.3 Mortalité différentielle des enfants de moins de cinq ans

Sur la base de cette méthode d'ajustement exposée plus haut, il a été possible d'estimer les quotients de mortalité retenus pour certaines caractéristiques, notamment le sexe de l'enfant, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la région de résidence et selon le niveau de confort du ménage.

Le tableau 8b présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de référence centrée sur l'année 1994. Les hauts niveaux de mortalité durant les cinq premières années de vie de l'enfant touchent aussi bien les filles que les garçons (145 pour 1000 contre 153 pour 1000).

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. La mortalité infantile est nettement moins élevée en milieu urbain (55 pour 1000) qu'en milieu rural (92 pour 1000). Après le premier anniversaire, les différences de mortalité selon le milieu de résidence demeurent importantes : en milieu urbain, sur 1 000 naissances survivantes au premier anniversaire, 48 décèdent avant le cinquième anniversaire alors qu'en milieu rural, 85 n'atteignent pas le cinquième anniversaire. Dans l'ensemble, la mortalité infanto-juvénile est moins importante en milieu urbain (100 pour 1000) qu'en milieu rural (169 pour 1000). L'amélioration des conditions sanitaires et l'accessibilité aux services de santé dans les zones urbaines expliqueraient ces différences de mortalité.

Selon le niveau d'instruction de la mère (ou de la personne en charge de l'enfant), on observe une forte réduction de la mortalité des enfants en général lorsque le niveau d'instruction augmente. Il ressort des résultats qu'un enfant dont la mère est sans instruction a une probabilité de mourir avant le premier anniversaire qui est près de deux fois supérieure à celle

d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (104 pour 1000 contre 58 pour 1000). Cette différence de mortalité devient plus importante pour la période juvénile (106 pour 1000 contre 49 pour 1000). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 199 pour 1000 pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, et de 105 pour 1000 lorsque celle-ci a atteint, au moins, le niveau secondaire. Les enfants dont la mère a le niveau d'instruction primaire courent significativement moins de risques de mortalité cinq ans que ceux des enfants dont la mère est sans instruction. Pour les enfants de mère de niveau d'instruction primaire, les risques de mortalité avant cinq ans sont à peu près les mêmes que ceux des enfants de mère de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Par rapport aux régions de résidence, la mortalité infantile est nettement moins élevée à Yaoundé/Douala (49 pour 1000) que dans l'ensemble du pays. La zone Nord-Ouest/Sud-Ouest présente un niveau de mortalité bien inférieur à la moyenne nationale et se distingue ainsi des autres zones agro-écologiques du pays alors la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord se singularise par une forte mortalité infantile (98 pour 1000). Les disparités observées quant à ce qui concerne la mortalité infantile conservent le même profil pour ce qui est de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile.

Le confort des ménages semblent influencer la mortalité des enfants au cours des premières années de vie. Ainsi, les risques de décéder avant 5 ans présentent des écarts selon le niveau de confort des ménages. Les résultats de l'enquête montrent que, sur 1000 enfants vivants dans les ménages pauvres, 204 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire, alors que sur 1000 enfants vivants dans les ménages non pauvres, 106 meurent avant 5 ans. Que ce soit avant un an ou après, les différences de mortalité des enfants sont importantes. S'agissant de la mortalité infantile, 104 enfants sur 1000 vivant dans les ménages à faible confort meurent avant leur premier anniversaire, contre 71 chez ceux des enfants de niveau intermédiaire et 60 parmi les enfants des ménages non pauvres. Ces écarts se creusent davantage pendant la période juvénile. En effet, pour 1000 enfants ayant atteint un an et vivant dans les ménages pauvres, 112 n'atteignent pas l'âge de 5 ans ; dans les ménages au confort intermédiaire, le taux de mortalité juvénile n'est plus que de 57 pour 1000, et atteint seulement 49 pour 1000 dans les ménages ayant un niveau de confort élevé.

3.2 Education

L'élargissement des activités de développement du jeune enfant, l'universalisation de l'accès à l'éducation de base et l'achèvement de l'école primaire par les enfants du monde constituent les objectifs les plus importants du Sommet Mondial pour les enfants. L'éducation constitue une condition sine qua non de lutte contre la pauvreté, de l'habilitation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux, l'exploitation, par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

3.2.1 Education de la petite enfance

Environ 15 pour 100 d'enfants âgés de 36 à 59 mois suivent un programme d'éducation de la petite enfance organisé ; notamment une école maternelle ou des structures communautaires d'encadrement des enfants ayant des activités d'apprentissage (tableau 9).

Ces programmes sont suivis par presque autant de filles que de garçons. Il existe des disparités importantes selon la région, de 3 pour 100 dans la Région de l'Adamaoua/ Nord/Extrême-Nord ; cet indicateur atteint sa plus grande valeur dans la Région du Nord- Ouest/Sud-Ouest où il est de

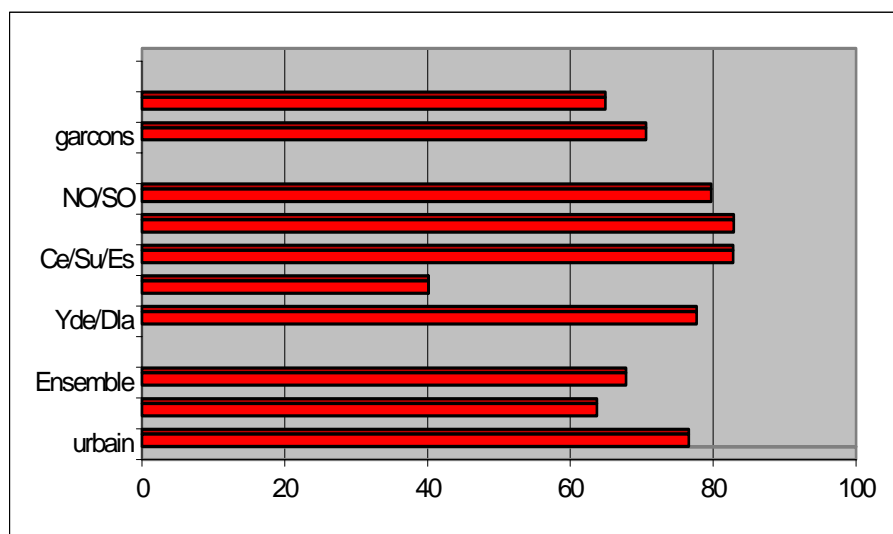
20 pour 100, les villes de Yaoundé/Douala se distinguant par 39 pour 100. Par ailleurs, les enfants des zones urbaines ont presque trois fois plus de chance de suivre les activités préscolaires que les enfants des zones rurales. Par rapport à l'âge, seulement un enfant sur dix âgé de 36 à 47 mois suit un programme d'éducation de la petite enfance contre deux enfants sur dix dont l'âge est compris entre 48 et 59 mois. Enfin, il semble exister une corrélation étroite entre l'éducation de la mère ou de la personne principalement en charge du petit enfant et la possibilité pour celui-ci de suivre un programme d'éducation préscolaire. En effet, le pourcentage des enfants qui suivent un programme d'éducation de la petite enfance croît, passant de 5 pour 100 parmi les enfants de mère (ou de personnes en charge de l'enfant) sans niveau d'instruction à 35 pour 100 chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction au moins égal au niveau secondaire ou plus.

3.2.2 Education de base

D'une manière générale, 68 pour 100 des enfants en âge d'aller à l'école primaire au Cameroun fréquentent un établissement primaire (tableau 10). Dans les zones urbaines, 77 pour 100 de ces enfants vont à l'école primaire, tandis que dans les zones rurales, 64 pour 100 seulement vont à l'école. La fréquentation scolaire dans la Région de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord est de loin inférieure à celle du reste du pays, soit 40 pour 100. Au niveau national, on observe une différence *significative* entre la fréquentation scolaire des garçons (71 pour 100) et celle des filles (65 pour 100) dans le primaire.

Près de 6 enfants sur 10 (59 pour 100) qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive, la cinquième année (tableau 11). Si la différence entre le milieu urbain (63 pour 100) et la zone rurale (57 pour 100) ou entre les sexes est faible, l'observe néanmoins de grandes disparités entre régions. Si 87 pour 100 des enfants dans la zone Sud-Ouest/Nord-Ouest atteignent la cinquième classe du primaire, 61 pour 100 atteignent cette classe dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord alors que seulement 41 pour 100 y parviennent dans la zone Centre/Sud/Est. Des disparités sont aussi observées selon les conditions de vie des ménages. Ainsi, seuls 58 pour 100 des enfants vivant dans des ménages pauvres atteignent la cinquième année de l'école primaire contre 70 pour 100 chez les enfants des ménages riches.

Graphique 3 : Fréquentation scolaire des enfants de 5 – 12 ans.



3.2.3 Alphabétisation des adultes

En l'an 2000, une grande majorité (66 pour 100) de la population âgée de plus de 15 ans au Cameroun sait lire et écrire l'une ou l'autre des langues officielles (tableau 12). D'une manière générale, les femmes ont moins de chances que les hommes de savoir lire et écrire l'une au moins des deux langues officielles (56 pour les femmes contre 78 pour 100 pour les hommes). Le pourcentage de la population qui sait lire et écrire au moins une langue officielle est très faible dans la zone de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (33 pour 100) par rapport aux provinces du Sud-Ouest/Nord-Ouest où il atteint son maximum (77 pour 100). Bien que ce pourcentage ne soit pas très faible dans la région du Littoral/Ouest, on observe dans cette région la plus grande proportion des individus dont le statut d'alphabétisation n'est pas connu (7 pour 100).

Le niveau d'alphabétisation baisse par âge, passant de 81 pour 100 chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 24 pour 100 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Enfin, le niveau d'alphabétisation à Yaoundé/Douala est plus élevé que partout ailleurs.

3.3 Eau et assainissement

3.3.1 Utilisation de l'eau de boisson

Les populations qui utilisent les sources d'eau potable sont celles qui utilisent l'un des types d'approvisionnement en eau suivants : l'eau courante, les fontaines publiques, les forages/puits, les puits protégés, l'eau de source protégée ou l'eau de pluie.

L'eau potable est un préalable à la bonne santé. L'eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut être contaminée également par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. Outre les aspects de santé, l'accès à l'eau de boisson peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, en particulier dans les zones rurales, auxquels incombe la principale responsabilité du transport de l'eau, souvent sur de longues distances.

D'une manière générale, 52 pour 100 de la population ont accès à l'eau potable. Soixante quinze pour 100 dans les zones urbaines et 40 pour 100 dans les zones rurales. La situation dans le Centre/Sud/Est est moins bonne que dans les autres domaines; seuls 38 pour 100 de la population dans cette région ont accès à l'eau potable.

La source d'eau potable la plus usitée est la borne fontaine publique (18 pour 100). Seize pour 100 de la population font recours aux puits non protégés et 15 pour 100 aux sources non protégées. L'eau de pluie et l'eau minérale sont des sources négligeables.

Les sources d'approvisionnement en eau de boisson des populations varient considérablement selon les domaines (tableau 13). Dans Yaoundé/Douala, 42 pour 100 de la population utilisent l'eau courante achetée à la borne fontaine publique et 27 pour 100 l'eau courante dans la logement. Dans la partie septentrionale du pays, ces deux dernières sources sont utilisées par 11 pour 100 de la population. Les habitants des Provinces du Nord, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord utilisent davantage les puits : puits non protégés 33 pour 100, puits à pompe 18 pour 100 et puits protégés 18 pour 100. Dans la zone Centre-Sud-Est, respectivement 34 et 20 pour 100 de la population s'approvisionnent en eau à boire dans les sources non protégées et les puits non protégés. Dans les deux régions du Littoral/Ouest et Sud-Ouest/Nord-Ouest, les deux principales sources d'eau à boire sont les bornes fontaines publiques et les Sources non protégées.

3.3.2 Assainissement

L'élimination inadéquate des excréments humains et l'insuffisance d'hygiène personnelle, sont la cause d'une gamme de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la poliomyélite. L'élimination sûre des excréments humains comprend : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à des fosses septiques, les autres toilettes à chasse d'eau, les fosses d'aisance améliorées et les fosses d'aisance traditionnelles. Dans l'ensemble, près de 75 pour 100 de la population du Cameroun vit dans des ménages disposant de toilettes (tableau 14). Ce pourcentage est de 90 pour 100 dans les zones urbaines et de 67 pour 100 dans les zones rurales. Les populations du Centre/Sud/Est utilisent moins les toilettes que les autres. Plus de la moitié de ces populations utilisent des trous (52 pour 100). Par ailleurs, les installations les plus répandues dans tout le pays sont les latrines traditionnelles.

3.4 Malnutrition des enfants

3.4.1 Iodation du sel

La carence en iode dans l'alimentation constitue la cause la plus importante au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et peut réduire le quotient intellectuel (QI) moyen d'une population dans des proportions pouvant atteindre treize points. L'iodation du sel constitue un moyen efficace et à faible coût d'éviter les troubles dus à la carence en iode (TDCI). Le sel iodé de façon adéquate contient 15 ppm (partie par million) d'iode et plus. Dans le cadre de la MICS, les agents enquêteurs ont testé le sel des ménages pour les niveaux d'iode grâce à un kit de test.

Pendant la MICS 2000, le sel a été testé dans environ 92 pour 100 des ménages concernés par l'enquête (tableau 17). Parmi ces ménages, 84 pour 100 disposaient du sel iodé de façon adéquate. Ainsi l'on peut conclure que 78 pour 100 des ménages au Cameroun consomment du sel iodé de façon adéquate. Ce pourcentage varie de 72 pour 100 parmi les ménages pauvres à 86 pour 100 dans les ménages non-pauvres. Les ménages urbains (84 pour 100) utilisent relativement plus de sel iodé que les ménages ruraux (75 pour 100). Cependant les écarts entre les différentes régions ne sont pas très importants.

3.4.2 Supplémentation en Vitamine A

La carence en vitamine A (CVA) affaiblit les systèmes immunitaires des enfants, accroît leurs risques de mourir de maladies courantes de l'enfance et mine la santé de la femme enceinte et allaitante. Elle peut provoquer également des dégâts aux yeux et la cécité chez les enfants. Toutefois, elle peut être évitée facilement par la supplémentation en vitamine A ou par la fortification des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de cinq ans dépasse 70 pour 1000 naissances vivantes ou dans lesquels la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique mettent en place un programme de lutte contre la carence en vitamine A. Conformément aux directives de l'UNICEF/OMS, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun recommande que les enfants âgés de 6 à 11 mois reçoivent une capsule d'une dose de vitamine A de 100 000 UI tous les six mois et que les enfants âgés de plus d'un an reçoivent une dose élevée de 200 000 UI tous les six mois. De même les femmes post-partum (8 semaines après l'accouchement) doivent recevoir une capsule de 800 000 UI.

Au cours des six mois précédant la MICS 2000, 9 pour 100 des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose de supplémentation en vitamine A (tableau 18). Environ 7 pour 100 des enfants n'avaient pas reçu de supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois mais

en avaient reçu avant cette période. Près de 2 pour 100 des enfants avaient reçu une dose de supplémentation en vitamine A à un moment quelconque du passé mais leur mère/personne en charge n'avait pu préciser quand. La couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la MICS 2000 varie de 5 pour 100 dans la région du Sud-Ouest/Nord-Ouest à 10 pour 100 dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Yaoundé/Douala a une couverture assez élevée par rapport aux autres zones urbaines et aux zones rurales qui présentent très peu de différences entre elles.

L'examen de la structure par âge révèle que la supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la MICS 2000 augmente de 7 pour 100, pour les enfants âgés de 6 à 11 mois, à environ 12 pour 100 pour les enfants âgés de 12 à 23 mois. De là, elle baisse constamment avec l'âge pour s'établir à environ 8 pour 100 pour les enfants les plus âgés. La couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la MICS 2000 est plus élevée chez les garçons (10 pour 100) que chez les filles (8 pour 100).

Le niveau d'instruction de la mère ne semble pas avoir une influence sur la probabilité de la supplémentation en vitamine A. En effet, la couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la MICS 2000 était d'environ 11 pour 100 pour les enfants dont la mère n'a reçu aucune instruction contre 8 et 9 pour 100 pour les enfants dont les mères ont respectivement le niveau primaire et le niveau secondaire ou plus.

D'une manière générale, 9 pour 100 des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des douze mois précédant la MICS 2000 avaient reçu une dose de supplémentation en vitamine A, 8 semaines après l'accouchement (tableau 19). Ce pourcentage est plus faible dans la région du Centre/Sud/Est (4 pour 100) alors que la région de l'Ouest/Littoral se place au dessus de la moyenne nationale avec plus de 12 pour 100. Les régions rurales sont mal couvertes avec 7 pour 100 contre 19 pour 100 pour Yaoundé/Douala et 13 pour 100 pour les autres régions urbaines.

3.4.3 Faible poids à la naissance

Les nouveaux-nés qui pèsent moins de 2500 grammes (2,5kg) à la naissance sont considérés comme ayant un faible poids. Etant donné que de nombreux nouveaux-nés ne sont pas pesés à la naissance, ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances. Par conséquent, le poids à la naissance notifié ne peut être utilisé pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance chez tous les enfants. En outre, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire : l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids de l'enfant ou le poids tel qu'enregistré sur un carnet de santé si l'enfant a été pesé à la naissance.

D'après la MICS 2000, au Cameroun 51 pour 100 des nouveaux-nés avaient été pesés à la naissance. Les deux éléments ont été tabulés pour les enfants qui avaient été pesés à la naissance afin d'obtenir la proportion des naissances dans chaque catégorie de la taille qui pesaient moins de 2500 grammes. Cette proportion est ensuite multipliée par le nombre total d'enfants appartenant à la catégorie de la taille pour obtenir le nombre estimatif des enfants dans chaque catégorie de taille qui avait un faible poids à la naissance. Les chiffres pour chaque catégorie de la taille sont résumés afin d'obtenir le nombre total des enfants ayant un faible poids à la naissance. Ce chiffre est divisé par le nombre total de naissances vivantes afin d'obtenir le pourcentage du faible poids à la naissance.

Environ 12 pour 100 des bébés auraient un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes (tableau 20). Ce pourcentage est inférieur à la moyenne de l'Afrique au Sud du Sahara (16 pour 100, UNICEF 1997). Par rapport au milieu rural, la prévalence du faible poids à la naissance est moins élevée à Yaoundé/Douala mais plus élevée dans les autres régions urbaines. Cependant elle ne semble pas varier beaucoup entre les différentes régions du pays. De même, le niveau d'instruction ne semble pas influencer la prévalence du faible poids à la naissance. Ainsi le pourcentage des bébés ayant un faible poids à la naissance est de 13 pour les nourrissons dont la mère n'a reçu aucune instruction contre 11 pour 100 pour les bébés dont la mère a atteint le niveau primaire et pour les bébés dont la mère a fait des études secondaires ou plus.

3.5 Santé de l'Enfant

3.5.1 Couverture vaccinale

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir avant l'âge de 12 mois le vaccin de BCG afin de le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTCoq pour le protéger contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses de vaccin contre la Poliomyélite et un vaccin contre la rougeole. Le Cameroun a souscrit à ces directives à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) du Ministère de la Santé Publique.

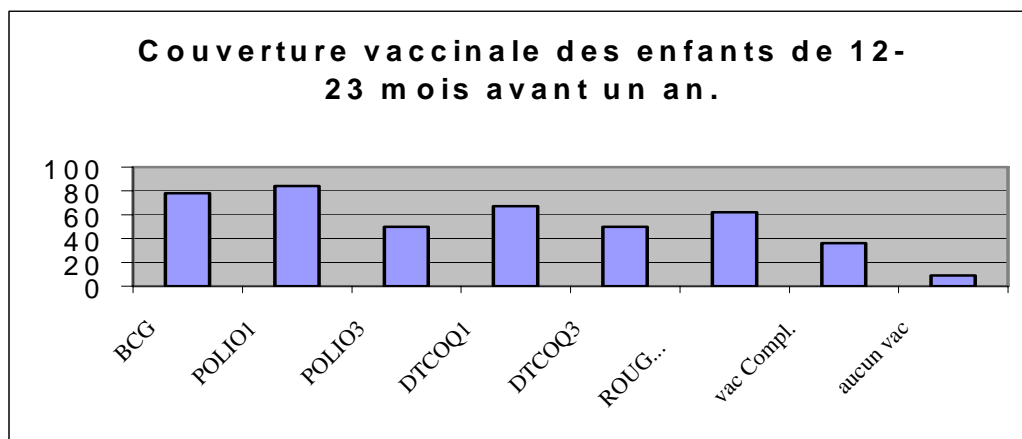
Dans le cadre de la MICS, les mères ont été invitées à présenter les carnets de vaccination de leurs enfants âgés de moins de cinq ans. Les agents enquêteurs ont recopié les informations contenues dans les carnets et relatives à la vaccination. Les mères ont également été interrogées sur toute vaccination reçue par l'enfant, mais non mentionnée dans le carnet. Pour 86 pour 100 des enfants, les mères ont déclaré que les enfants disposaient des carnets de santé ; mais seuls 39 pour 100 des carnets avaient été présentés. En conséquence, si l'enfant n'avait pas de carnet, on lisait à la mère une brève description de chaque vaccin et on lui demandait de se rappeler si l'enfant l'avait reçu ou non. Pour le DTCoq et la Polio, on demandait ensuite à la mère combien de fois l'enfant avait reçu ces vaccins.

Le tableau 21 présente les pourcentages d'enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance. Les estimations de ce tableau concernent tous les enfants vaccinés avant ou après l'âge de 12 mois. D'une manière générale, en tenant compte à la fois des informations relevées sur la carte (ou carnet) de vaccination et de la déclaration de la mère, les résultats indiquent que 78 pour 100 des enfants de 12-23 mois ont reçu le vaccin BCG, 69 pour 100 ont reçu la première dose de DTCoq, 56 pour 100 la deuxième dose alors que 45 pour 100 en recevaient la troisième. S'agissant du vaccin contre la poliomyélite, 85 pour 100 ont eu la première dose, 73 pour 100 la seconde dose alors que 50 pour 100 d'enfants en recevaient la troisième dose. La couverture vaccinale contre la rougeole est de 62 pour 100. De plus seuls 36 pour 100 des enfants ont été complètement vaccinés (enfants ayant eu tous les 8 vaccins), tandis que près de 10 pour 100 n'en ont reçu aucun.

Sur la base de ces résultats l'on a estimé la proportion d'enfants qui ont été vaccinés avant leur premier anniversaire, c'est-à-dire conformément aux recommandations du PEV. Pour cela, l'on a supposé que la couverture vaccinale chez les enfants pour lesquels l'information vaccinale est basée uniquement sur la déclaration de la mère est la même que la couverture vaccinale des enfants dont l'information vaccinale a été extraite du carnet. On déduit donc que (voir dernière ligne du tableau), les taux de vaccination avant 12 mois se présentent comme suit BCG : 76 pour 100 ; DTCoq 1 et 3 : 66 pour 100 et 43 pour 100 respectivement; Polio 1 et 3 : 83 pour 100 et 47 pour 100 respectivement ; Rougeole : 56 pour 100. Au total donc seuls 30 pour 100 d'enfants âgés de 12 à 23 mois ont été vaccinés avant un an, c'est-à-dire conformément au calendrier du

Programme Elargi de Vaccination (PEV) sur la base des recommandations de l’OMS et du Ministère de la Santé Publique du Cameroun.

Graphique 4 : Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont été vaccinés à l’âge de 12 mois.



Le tableau 22 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacun des vaccins selon certaines caractéristiques. Le taux de vaccination complète des garçons est de 39 pour 100 contre 33 pour 100 pour les filles. Les enfants des zones urbaines ont plus de chances d’être vaccinés que les enfants des zones rurales. Les estimations pour certaines régions reposent sur des effectifs réduits d’enfants et devraient donc être prises avec précaution. La couverture vaccinale est la plus élevée parmi les enfants dont les mères ont reçu une éducation secondaire ou plus. L’influence du niveau d’instruction est plus déterminante pour les troisièmes doses de DTCoq et de la Polio ; ce qui expliquerait que les taux d’abandon soient plus élevés parmi les enfants dont les mères sont moins instruites.

3.5.2 Diarrhée

La déshydratation due à la diarrhée constitue une cause importante de mortalité chez les enfants au Cameroun. La prise en charge à domicile de la diarrhée, à l’aide soit des Sels de Réhydratation Orale (SRO) soit des préparations liquides recommandées faits à domicile, permet d’éviter nombre de ces décès. La prévention de la déshydratation et de la malnutrition, grâce à l’augmentation de l’absorption de liquides et à la poursuite de l’alimentation de l’enfant, constitue également une stratégie importante de la prise en charge de la diarrhée.

Dans le questionnaire de la MICS, les mères (ou les personnes en charge) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l’enquête. Le cas échéant, la mère a été invitée à répondre à une série de questions concernant les fluides et la nourriture donnée à l’enfant pendant l’épisode et à dire s’il s’agissait plus ou moins de ce que l’enfant avait coutume de manger et de boire. D’une manière générale, 26 pour 100 des enfants âgés de moins de cinq ans avaient fait de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l’enquête (tableau 23). La prévalence de la diarrhée était de loin supérieure dans l’Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, avec 40 pour 100 environ, suivi du Centre/Sud/Est (24 pour 100) par rapport aux autres régions. En effet, le taux de prévalence se situe autour de 15 pour 100 dans le reste des régions. La pointe de la prévalence de la diarrhée intervient au cours de la période de sevrage, chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

Le tableau 23 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de fluides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de liquide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Quatre enfants sur dix avaient reçu du lait maternel pendant la diarrhée. Les enfants âgés de moins de 12 mois ont particulièrement plus de chances de recevoir du lait maternel. Environ 61 pour 100 des enfants avaient reçu des bouillies et 14 pour 100 des SRO. Les enfants des mères ayant une éducation secondaire semblent avoir plus de chances que les autres enfants de recevoir de la SRO et moins de chances que les autres de recevoir du lait maternel. Les enfants des mères sans niveau d'instruction ont plus de chances de recevoir de la bouillie. Dans l'ensemble, 96 pour 100 d'enfants ayant eu la diarrhée ont reçu un ou plusieurs des traitements à domicile recommandés (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les fluides faits à domicile recommandés).

Un peu plus de quatre enfants sur dix âgés de moins de cinq ans ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 54 pour 100 ont bu la même quantité ou moins (Tableau 24). Environ 60 pour 100 avaient mangé un peu moins, la même quantité ou plus que d'habitude, tandis que 39 pour 100 avaient mangé beaucoup moins que d'habitude ou pas du tout. D'une manière générale, seuls 23 pour 100 des enfants ayant la diarrhée avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger tel que recommandé.

3.5.3 Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës de la voie inférieure, en particulier la pneumonie, constituent l'une des principales causes de décès chez les enfants du Cameroun. Dans le questionnaire de la MICS, les enfants ayant une infection respiratoire aiguë sont considérés comme ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes étaient dus à un problème au niveau de la poitrine ou à la fois à un problème au niveau de la poitrine et à l'obstruction nasale ou dont la mère ne connaissait pas la cause du problème. Seuls sept pour 100 des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête selon ces critères (tableau 25). Parmi ceux-ci, 35 pour 100 avaient été présentés à un médecin, un infirmier ou un assistant de santé pour traitement. Environ 2 pour 100 avaient été présentés à un agent santé du village pour traitement, et 28 pour 100 avaient été emmenés chez un guérisseur traditionnel ou un membre de la famille, un ami ou un voisin. D'une manière générale, 34 pour 100 des enfants ayant des IRA avaient été emmenés chez un prestataire de soins approprié (c'est-à-dire, un médecin, un spécialiste, un infirmier/assistant de santé, un hôpital).

3.5.4 Initiative de la PCIME

La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance(PCIME) est un programme qui a été élaboré par l'UNICEF et l'OMS et qui combine les stratégies de lutte et de traitement des cinq principales causes de décès des enfants – les infections aiguës de la voie respiratoire inférieure, la déshydratation due à la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Le programme met l'accent sur l'amélioration des aptitudes de prise en charge des cas par les agents de santé, l'amélioration du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires pour la prévention et la prise en charge précoce des maladies de l'enfance. La prise en charge adéquate à domicile de la maladie est une composante de la PCIME. Cette approche enseigne aux mères que la prise en charge appropriée à domicile de la diarrhée ou de n'importe quelle autre maladie nécessite que l'on donne davantage de fluides et que l'on continue de nourrir normalement les enfants malades.

Le tableau 26 présente des informations sur le comportement des enfants malades face aux fluides et à la nourriture. Six enfants sur dix auraient eu la diarrhée ou d'autres maladies au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 41 pour 100 avaient bu plus de fluides que

d'habitude pendant la maladie et près de 60 pour 100 avaient continué de manger (c'est-à-dire, qu'ils mangeaient moins, la même quantité ou plus). D'une manière générale, seuls 23 pour 100 environ des enfants malades avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger conformément aux recommandations du programme de la PCIME.

La promotion des connaissances au niveau des personnes en charge en ce qui concerne le moment approprié pour rechercher les soins pour les enfants malades constitue un autre volet essentiel du programme de la PCIME. Dans la MICS du Cameroun, les mères ou les personnes en charge des enfants ont été invitées à citer tous les symptômes qui pourraient les conduire à emmener immédiatement un enfant dans un établissement de santé. La réponse la plus courante, donnée par 66 pour 100 des mères, était qu'elles emmèneraient l'enfant dans un établissement de santé s'il avait de la fièvre (tableau 27). Près de 29 pour 100 ont déclaré que si l'état de l'enfant s'aggravait, elles l'emmèneraient dans un établissement de santé, tandis que 7 pour 100 ont mentionné la difficulté respiratoire. Près de 3 à 9 pour 100 des mères ont cité l'incapacité d'allaiter, la respiration rapide, le sang dans les selles et l'incapacité à boire comme il faut comme causes susceptibles de les pousser à emmener immédiatement l'enfant dans un établissement de santé.

Parmi les régions, les mères du Sud-Ouest/Nord-Ouest, dans une moindre mesure, celles du Centre/Sud/Est ont plus de tendances que les mères des autres régions de connaître les signes de la recherche immédiate des soins. D'une manière générale, 42 pour 100 des mères dans la Sud-Ouest/Nord-Ouest connaissent au moins deux signes de la recherche des soins, contre 31 pour 100 dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, 26 pour 100 à Yaoundé/Douala et 23 pour 100 dans l'Ouest/Littoral. Par contre, les disparités sont moins importantes dans les différences de niveau d'instruction et entre les zones urbaines et les zones rurales, oscillant entre 31 et 35 pour 100. Toutefois, les mères rurales et celles qui n'ont pas reçu d'éducation avaient moins de tendances de mentionner au moins deux signes de la recherche des soins par rapport aux autres mères.

3.5.6 Paludisme

Le paludisme constitue l'une des principales causes de la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans au Cameroun. Il provoque également l'anémie chez les enfants et représente une cause importante d'absentéisme à l'école. Les mesures de prévention, en particulier l'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide, permettent de réduire de façon appréciable les taux de mortalité du paludisme chez les enfants. Dans les zones où le paludisme est répandu, les recommandations internationales suggèrent le traitement de toute fièvre chez les enfants tout comme s'il s'agissait de paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens recommandés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère tels que la fièvre ou les convulsions, devraient être emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme devraient recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et devraient continuer d'être allaités.

Le questionnaire de la MICS comprend des questions concernant l'utilisation des moustiquaires chez les enfants. Dans la MICS du Cameroun, ces questions ont été posées dans toutes les régions. Les résultats montrent que seulement 11 pour 100 des enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête (tableau 28). Ce pourcentage baisse constamment avec l'âge même si l'on observe un léger relèvement entre 24-47 mois. Une faible proportion des enfants âgés de moins de 6 mois (19 pour 100) dormaient sous une moustiquaire, contre 13 pour 100 des enfants âgés de 12-23 mois, et 8 pour 100 des enfants âgés de 48 à 59 mois. Cependant, la plupart des moustiquaires ne sont pas traitées à l'insecticide. D'une manière générale, seuls environ 12 pour 100 des moustiquaires utilisées sont imprégnées à l'insecticide. En combinant ces deux types d'informations, l'on peut conclure que, 1 pour 100 seulement des enfants dorment sous des moustiquaires traitées.

Les questions concernant la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Près d'un enfant sur quatre âgés de moins de cinq ans avait fait de la fièvre au cours des deux semaines précédant la MICS (tableau 29). La prévalence de la fièvre est faible avant 6 mois (15 pour 100) ; elle double chez les enfants âgés de 6 à 23 mois, puis baisse progressivement pour s'établir à 21 pour 100 chez les enfants plus âgés (48-59 mois). Par ailleurs, les disparités régionales de la prévalence de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans sont assez importantes ; celle-ci oscillent entre 20 et 34 pour 100 pour les cinq régions.

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pendant la maladie, tant les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits par un établissement de santé. Environ 51 pour 100 des enfants avaient reçu du paracétamol et 18 pour 100 avaient reçu de la Chloroquine, tandis que moins de 2 pour 100 avait reçu du Fansidar. Une proportion importante d'enfants (45 pour 100) avaient reçu d'autres médicaments. D'une manière générale, les enfants fébriles à Yaoundé/Douala (72 pour 100), dans l'Ouest/Littoral (71 pour 100), le Sud-Ouest/Nord-Ouest (70 pour 100) avaient plus de chances de recevoir un antipaludéen approprié, tandis que ceux de la région Centre/Sud/Est (64 pour 100) où le paludisme est peut-être le plus endémique, avaient moins de chances de recevoir un médicament approprié. Les enfants des zones urbaines ont plus de chances que les enfants des zones rurales d'être traités de façon adéquate tout comme les enfants des mères ayant fait des études secondaires ou plus.

3.6 VIH/Sida

3.6.1 Connaissance du Sida

L'une des stratégies les plus importantes de réduction du taux d'infection du VIH/Sida concerne la promotion des connaissances précises sur les modes de transmission du Sida et les moyens de prévenir sa transmission. Parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans au Cameroun, 90 pour 100 avaient entendu parlé du VIH/Sida (tableau 30). Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (96 pour 100) qu'en milieu rural (87 pour 100). La région de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord a le pourcentage le plus bas (77 pour 100). A Yaoundé/Douala 97 pour 100 de femmes avaient déjà entendu parlé du VIH/Sida.

Plusieurs déclarations sur les modes de prévention, de transmission et des croyances ont été lues aux femmes lors de l'enquête et elles ont été invitées à dire si elles pensent que ces déclarations étaient vraies.

Pour ce qui est de la prévention, trois méthodes ont été expliquées aux enquêtées et leurs réactions ont été les suivantes : 49 pour 100 de femmes pensent que le fait d'avoir un seul partenaire sexuel non infecté permet de prévenir le VIH/Sida. Quarante un pour 100 ont déclaré que l'utilisation du condom pendant chaque rapport sexuel permet de prévenir la transmission et ce même pourcentage de femmes pensent que l'abstinence sexuelle permet de prévenir la transmission du VIH.

Les femmes de la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord ont moins de chance que les autres d'être informées des trois méthodes de prévention. D'une manière générale, 28 pour 100 des femmes connaissent ces trois méthodes tandis que 56 pour 100 connaissent au moins une méthode de prévention. Le niveau d'instruction semble avoir une corrélation avec la connaissance des méthodes de prévention du VIH/Sida. En effet, le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention est neuf fois plus élevé parmi les femmes ayant fait les études

secondaires ou supérieures par rapport aux femmes qui n'ont reçu aucune instruction. La différence n'est pas très significative d'un groupe d'âges un autre. Le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention oscille entre 21 pour 100 chez les femmes âgées de 40 à 44 ans et 31 pour 100 chez celles âgées de 25 à 29 ans. Cependant, le milieu de résidence influence la connaissance des méthodes de prévention. En effet, 20 pour 100 d'enquêtées en milieu rural et 40 pour 100 en milieu urbain connaissent les trois méthodes de prévention.

En ce qui concerne les modes de transmission, trois conceptions de la transmission du VIH ont été déclarées aux enquêtées. Quarante un pour 100 des femmes ont indiqué correctement que le Sida ne peut être transmis par des moyens surnaturels, tandis que 29 pour 100 ont affirmé que le VIH/Sida ne peut être répandu par les piqûres de moustiques alors que 51 pour 100 pensent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée (tableau 31). Dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, les femmes sont plus susceptibles de croire aux conceptions erronées sur la transmission du Sida par rapport aux autres femmes. Les femmes de Yaoundé/Douala ont plus tendance à reconnaître toutes ces trois conceptions erronées. Cinquante sept pour 100, 49 pour 100 et 81 pour 100 savent respectivement que le Sida ne peut pas se transmettre ni par voies surnaturelles, ni par piqûres de moustiques et qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée. En général 19 pour 100 seulement de femmes identifient correctement ces trois conceptions. La différence entre les niveaux d'instruction est très importante. Quinze pour 100 seulement de femmes sans niveau d'instruction identifient correctement ces trois conceptions, contre 43 pour 100 pour celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus.

Par ailleurs, plus de la moitié des enquêtées (59 pour 100) savent que le Sida peut se transmettre de mère à l'enfant. Interrogées plus particulièrement sur les mécanismes par lesquels la transmission de la mère à l'enfant s'effectue, 57 pour 100 ont déclaré que le Sida peut être transmis d'une mère à son enfant pendant la grossesse, 47 pour 100 ont affirmé que la transmission au moment de l'accouchement est possible, et 44 pour 100 ont admis que le Sida peut être transmis par le lait maternel. D'une manière générale, seules 36 pour 100 des femmes connaissent ces trois mécanismes de transmission alors que 41 pour 100 n'en connaissent aucune. En ce qui concerne le niveau d'instruction, seules les femmes sans niveau ont une moindre connaissance (19 pour 100) de tous ces trois mécanismes de transmission. L'écart est faible entre les femmes ayant le niveau primaire (42 pour 100) et celles ayant le niveau secondaire ou plus (44 pour 100). Les résultats montrent une fois de plus que les femmes de la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord sont moins informées que les autres sur les mécanismes de transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant. Seules 16 pour 100 connaissent les trois modes de transmission de la mère à l'enfant. Pour ce qui est du milieu de résidence, 33 pour 100 seulement de femmes en milieu rural contre 41 pour 100 en milieu urbain connaissent ces trois mécanismes de transmission. Les différences entre les groupes d'âge ne sont pas très importantes.

L'enquête de la MICS s'est attachée également à étudier les comportements et les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec les VIH/Sida. Pour ce faire, il a été demandé aux répondantes de donner leur avis sur les deux questions suivantes :

- si un enseignant ou une enseignante a le virus du Sida mais n'est pas malade, devrait-il/elle être autorisé(e) à continuer à enseigner ?
- Si vous savez qu'un marchand ou une vendeuse de nourriture avait le Sida ou le virus qui le cause, achèteriez-vous sa nourriture ?

Les modalités de réponses attendues étaient « oui », « non » ou « ne sait pas ». Les résultats de l'enquête montre que 77 pour 100 des femmes ont manifesté au moins une attitude discriminatoire face aux personnes porteuses du VIH/Sida. En effet, 54 pour 100 des femmes

pensent qu'un enseignant atteint du VIH/Sida ne devrait plus continuer à donner des cours et 75 pour 100 estiment qu'elles ne devraient plus acheter la nourriture chez un vendeur atteint du Sida. La différence par âge est relativement faible quelque soit l'attitude discriminatoire.

D'une manière générale, seules 23 pour 100 des femmes ont adopté une attitude positive vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/Sida. Cette attitude est relativement plus favorable en milieu urbain qu'en milieu rural. De même, les femmes de Yaoundé/Douala et celle de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord ont dans l'ensemble moins manifesté des attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Le tableau 34 synthétise dans une certaine mesure l'état des connaissances de la population féminine de 15-49 ans sur le VIH/Sida. Il en ressort que seules 10 pour 100 des femmes de 15-49 ans ont une connaissance suffisante tant sur les modes de prévention et de transmission du Sida. Les femmes de Yaoundé/Douala (22 pour 100) ont une connaissance suffisante plus élevée que celles des autres villes (15 pour 100) et celles du milieu rural (6 pour 100). Le niveau d'instruction de la femme est déterminante dans la connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/Sida. En effet, seulement 1 pour 100 de femmes sans niveau d'instruction ont une connaissance suffisante sur la transmission et la prévention du VIH/Sida contre 7 pour 100 chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 22 pour 100 chez celles de niveau secondaire ou plus. Selon les régions, l'on observe une disparité de situation ; les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (3 pour 100) ont un très faible niveau de connaissance du VIH/Sida, ce niveau est assez modeste dans les autres régions mais il atteint 14 pour 100 chez les femmes du Sud-Ouest/Nord-Ouest.

3.6.2 Dépistage du Sida

Le dépistage volontaire du Sida, accompagné du conseil permet aux personnes infectées de rechercher les soins de santé et d'éviter d'infecter les autres. Le dépistage est particulièrement important pour les femmes enceintes qui peuvent ainsi prendre des mesures pour éviter d'infecter leurs bébés. Les indicateurs présentés au Tableau 35 visent à assurer le suivi pour savoir si les femmes connaissent les endroits où elles peuvent effectuer le test du VIH/Sida.

Cinquante sept pour 100 des femmes en âge de procréer au Cameroun connaissent un endroit où l'on peut effectuer le dépistage du Sida. Les femmes vivant dans les Provinces du Sud-Ouest/Nord-Ouest ont plus de chance de connaître un endroit, puis viennent celles de Yaoundé/Douala, du Littoral/l'Ouest, du Centre/Sud/Est, de l'Adamaoua/Nord/Extrême Nord, respectivement. Seuls 23 pour 100 de femmes qui n'ont reçu aucune instruction connaissent un endroit où on peut effectuer le test, contre 59 pour de femmes ayant une éducation primaire, 84 pour 100 pour celles ayant fait des études secondaires ou plus et 93 pour 100 pour celles ayant reçu une éducation non formelle. Les femmes vivant en milieu rural (46 pour 100) connaissent moins l'endroit où on fait le test que celles vivant en milieu urbain (75 pour 100).

Il est à noter que les questions relatives soit à la soumission de l'enquêtée au test soit au résultat éventuel n'ont pas été posées au cours de cette enquête.

3.7 Santé Reproductive

3.7.1 Contraception

L'utilisation de la contraception à l'heure actuelle a été mentionnée par 25 pour 100 des femmes mariées ou vivant dans une union (tableau 36). La méthode la plus répandue est l'abstinence périodique qui est utilisée par une femme sur dix au Cameroun. La méthode suivante la plus populaire est la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, pratiquée par presque 5 pour 100 des femmes. Seulement 2 pour 100 des femmes utilisent le condom et la pilule, et 1 pour 100 ont déclaré être soumises aux injections ou à la stérilisation féminine. Moins d'1 pour 100 utilise le DUI, les implants, la stérilisation masculine, le retrait et les méthodes vaginales.

Dans l'ensemble, la situation a très peu évolué depuis 1998 bien que l'on soit passé à une prévalence contraceptive de 19 à 25 pour 100. De plus, l'on note la faible utilisation des méthodes modernes plus efficaces (6 pour 100) et la prépondérance des méthodes populaires ou traditionnelles peu efficaces (19 pour 100).

La prévalence contraceptive actuelle est plus élevée à Yaoundé/Douala, avec 36 pour 100, et est presque aussi élevée dans la Région du Sud-Ouest/Nord-Ouest avec 35 pour 100. Trente pour 100 des femmes mariées du Centre/Sud/Est et du Littoral/Ouest utilisent une méthode contraceptive. Dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, l'utilisation de la contraception est faible ; seules 13 pour 100 des femmes mariées affirment utiliser une méthode contraceptive. Les adolescentes (15-19 ans) et les femmes de 45-49 ans ont moins de chances d'utiliser la contraception que les autres femmes. Par rapport à l'âge, l'on observe alors une évolution en cloche de la prévalence contraceptive, le maximum étant atteint à 30-34 ans.

Les résultats révèlent une forte corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation des contraceptifs. Le pourcentage des femmes utilisant une méthode contraceptive augmente, passant de 14 pour 100 parmi celles qui n'ont pas d'instruction à 29 pour 100 parmi celles ayant fait des études primaires et à 38 pour 100 chez les femmes ayant fait les des études secondaires ou supérieures. Outre les différences de prévalence, le choix des méthodes varie selon le niveau d'instruction de la femme. En effet, près de 80 pour 100 des femmes utilisatrices et sans niveau d'instruction ont porté leur choix sur des méthodes populaires et traditionnelles (abstinence, retrait, allaitement, etc.) alors que chez les femmes ayant un niveau primaire et surtout chez celles ayant un niveau secondaire ou plus, l'utilisation des méthodes modernes commence à rentrer dans les habitudes.

3.7.2 Consultations prénatales

Les consultations prénatales de qualité peuvent contribuer à prévenir la mortalité maternelle par la détection à temps et la prise en charge de complications potentielles et des facteurs de risque, notamment la pré-éclampsie, l'anémie et les maladies sexuellement transmissibles. Les consultations prénatales constituent également des opportunités pour les femmes de connaître les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, d'être vaccinées contre le tétanos, d'apprendre les soins à prodiguer au nourrisson et d'être traitées des affections existantes, notamment le paludisme et l'anémie.

Les injections de l'anatoxine tétanique sont administrées aux femmes pendant la grossesse pour protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal qui constitue une cause importante de la mortalité infantile due essentiellement aux conditions non hygiéniques pendant l'accouchement. Deux doses de l'anatoxine tétanique pendant la grossesse assurent une protection complète.

Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse précédente, il se peut qu'elle n'ait plus besoin que d'un rappel pour lui assurer une protection complète. Cinq doses assureraient une protection complète pour la vie.

Deux femmes sur trois ayant accouché récemment (12 derniers mois précédant l'enquête) au Cameroun sont protégées contre le tétanos néonatal (tableau 37). La grande majorité de ces femmes ont reçu deux ou plusieurs doses de l'anatoxine tétanique au cours des trois dernières années. Par rapport aux régions, les femmes qui vivent à Yaoundé/Douala ont plus de chance d'être protégées (87 pour 100) tandis que celles qui vivent dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord ont le moins de chance d'être protégées (49 pour 100). Il convient de souligner cependant que les estimations régionales reposent sur un nombre limité de cas et devraient donc être interprétés avec une prudence. Les chances d'être protégées augmentent avec le niveau d'instruction.

Les répondantes, qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS du Cameroun, ont été interrogées pour savoir si elles avaient reçu des soins prénatals et une assistance pendant l'accouchement et, le cas échéant, quel type de personne en avait assuré la prestation. Si la femme avait cité plus d'un type de prestataires de soins, ils étaient tous enregistrés dans le questionnaire. Le tableau 38 présente la répartition par pourcentage de femmes ayant accouché au cours de l'année précédant la MICS par type de personnel qui a fourni les soins prénatals. Si plus d'un prestataire a été mentionné par la répondante, elle est considérée comme ayant vu la personne la plus qualifiée qu'elle a mentionnée.

La quasi-totalité des femmes du Cameroun reçoivent un type ou un autre soins prénatals et 76 pour 100 reçoivent des soins prénatals d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme). Un peu moins d'une femme sur quatre ayant accouché au cours de l'année précédant l'enquête avaient reçu des soins prénatals d'un médecin (23 pour 100), 50 pour 100 d'un infirmier ou sage-femme (figure 6). Les auxiliaires ou assistants de santé ont fourni les soins prénatals pour 3 pour 100 des femmes et accoucheuses traditionnelles pour 2 pour 100.

3.7.3 Assistance à l'accouchement

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel de santé qualifié permet d'améliorer considérablement les performances du système de santé pour les mères et les enfants grâce à l'utilisation des procédures appropriées sur le plan technique, et au diagnostic précis et rapide, ainsi qu'au traitement des complications. Par assistance qualifiée pendant l'accouchement, on entend une assistance apportée par un médecin, un infirmier ou une sage-femme. Environ 60 pour 100 des naissances intervenues au cours de l'année précédant l'enquête MICS avaient été assistées par un personnel qualifié (tableau 39). Ce pourcentage est plus élevé Yaoundé/Douala avec 92 pour 100 et dans la Littoral-Ouest; le niveau d'assistance à l'accouchement est encore important dans la zone Sud-Ouest/Nord-Ouest avec 87 pour 100 mais le Centre/Sud/Est (avec 56 pour 100) et la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (avec 29 pour 100) ont des faibles niveaux d'assistance des femmes à l'accouchement. Plus la femme est instruite, plus il y a de chances qu'elle accouche avec l'assistance d'une personne qualifiée.

Les infirmiers ou sages-femmes ont assisté à 43 pour 100 des accouchements intervenus au cours de l'année précédant l'enquête de la MICS. Les médecins avaient assisté l'accouchement de 13 pour 100 des femmes et les auxiliaires (aide-soignants) à seulement 4 pour 100. Il y a lieu de souligner que 40 pour 100 des accouchements ont bénéficié de l'assistance des personnes non qualifiées dont les accoucheuses traditionnelles (avec 23 pour 100) et d'autres personnes (17 pour 100). Le milieu rural, les zones de l'Adamaoua/Nord/Extrême et du Centre/Sud/Est se distinguent par la prépondérance des accouchements non assistés par un personnel de santé ; par contre en

milieu urbain et dans les autres Provinces la majorité des accouchements sont assistés par un personnel de santé.

3.8 Droits de L'Enfant

3.8.1 Enregistrement des naissances à l'état civil

La Convention relative aux droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom, à une nationalité et à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement des naissances à l'état civil constitue un moyen fondamental de préserver ces droits pour les enfants.

Selon les résultats de la MICS, 79 pour 100 des naissances survenues au Cameroun au cours des cinq dernières années avant l'enquête ont été enregistrées (tableau 40). Il n'existe pas de disparités appréciables en ce qui concerne l'enregistrement des naissances à l'état civil entre les sexes et les âges. Toutefois, l'on observe des différences notables selon les niveaux d'instruction de la mère : plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus le niveau d'enregistrement des naissances est élevé ; seuls 65 pour 100 des naissances issues de mère sans instruction ont été enregistrées contre 93 pour 100 chez celles de mère ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les enfants de la zone Adamaoua/ Nord/ Extrême-Nord ont moins de chances de voir leurs naissances enregistrées à l'état civil par rapport au reste des enfants du pays. Cette situation s'expliquerait surtout par le taux d'analphabétisme élevé particulièrement pour les mères de cette région, eu égard à la relation constatée entre le niveau d'instruction et l'enregistrement des naissances dans l'ensemble et s'agissant des enfants dont les naissances ne sont pas enregistrées.

Les raisons de non-enregistrement des naissances à l'état civil les plus évoquées par les parents sont le coût (66 pour 100), l'éloignement par rapport au centre d'état civil (53 pour 100) et, dans une certaine mesure le manque ou l'insuffisance d'informations (33 pour 100) et même le refus de payer l'amende consécutive au dépassement du délai prescrit (15 jours au plus tard après la naissance).

3.8.2 Orphelins et situation de garde des enfants

Les enfants qui sont orphelins ou qui vivent loin des parents peuvent être exposés à un risque accru d'appauvrissement, de discrimination, de déni des droits de propriété et des droits d'héritage, de différentes formes de sévices, de négligence et d'exploitation par le travail ou par la sexualité. Le suivi du niveau de l'orphelinat et des dispositions relatives à la garde des enfants permet d'identifier ceux qui peuvent être exposés aux risques et de suivre l'évolution de leur situation au fil du temps.

Au Cameroun, 81 pour 100 des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (tableau 41). Deux pour 100 vivent avec leurs mères uniquement, bien que leurs pères soient vivants. Environ 6 pour 100 ne vivent avec aucun des parents, bien que ceux-ci soient vivants. Les enfants qui ne vivent pas avec l'un des parents biologiques représentent 11 pour 100 et ceux dont l'un ou les deux parents sont décédés représentent 5 pour 100 de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les enfants plus âgés courent plus de risques de vivre loin de leurs parents biologiques par rapport aux enfants plus jeunes. Ainsi, 4 pour 100 des enfants âgés de moins de cinq ans ne vivent avec aucun parent biologique contre 15 pour 100 des enfants de 10.

La situation des enfants dans la zone Centre/Sud/Est est relativement prononcée par rapport à celle des autres zones couvertes par l'enquête : 15 pour 100 des enfants de cette zone ne vivent pas avec l'un des parents biologiques. Le niveau de cet indicateur semble s'expliquer surtout par

les us et coutumes selon lesquelles les enfants nés de filles non mariées sont en règle générale confiés à leurs grands parents surtout leur grand-mère.

3.8.3 Travail des enfants

Il est important d'apprécier l'ampleur du travail des enfants, ainsi que le type de travail qu'ils effectuent pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent ont moins de chances d'être scolarisés et plus de risques d'abandonner l'école. Les enfants peuvent ainsi être piégés dans un cycle de pauvreté et de privations. Les conditions de travail des enfants ne sont pas souvent réglementées et comportent peu de mesures de protection contre les sévices potentiels. En outre, de nombreux types d'activités sont fondamentalement dangereux, et présentent des risques évidents pour les enfants, notamment l'exposition aux pesticides dans les activités agricoles, le transport de charges lourdes et la fouille et vidange des poubelles.

Au Cameroun, le travail des enfants de moins de 14 ans est proscrit par la loi. Ainsi, la réglementation sur les conditions de travail des enfants ne concerne que ceux de la tranche d'âge comprise entre 14 et 18 ans. Or d'après les résultats de l'enquête MICS, 5 pour 100 des enfants âgés de 5 à 14 ans ont effectué un travail rémunéré (tableau 42), et 24 pour 100 participent à un travail non rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.

Par "travail domestique", on entend dans le cadre de la MICS : faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de l'eau et s'occuper des enfants. Dans l'ensemble, près de 7 enfants sur 10 accomplissent ces tâches pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 11 pour 100 y consacrent plus de quatre heures par jour. D'une manière générale, les filles sont un peu plus exposées (13 pour 100) que les garçons (9 pour 100).

Les enfants plus âgés de 10 à 14 ans (15 pour 100) sont aussi plus exposés que les enfants plus jeunes de 5 à 9 ans (7 pour 100). Les disparités entre les régions sont plus appréciables en ce qui concerne le pourcentage des enfants qui consacrent plus de quatre heures par jour aux tâches domestiques. Cet indicateur culmine à 16 pour 100 dans les zones l'Adamoua/Nord/Extrême-Nord, du Sud-Ouest/Nord-Ouest, et reste élevé dans les régions du Centre/Sud/Est et Ouest/Littoral avec plus de 11 pour 100. A Yaoundé/Douala (6 pour 100), en milieu urbain (8 pour 100) et dans les ménages non pauvres (7 pour 100), les enfants courent relativement moins de risques de consacrer plus de 4 heures par jour aux travaux domestiques que ceux du milieu rural (12 pour 100) et des ménages pauvres (14 pour 100).

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux ont été considérés comme des "travailleurs". Ainsi sur la base de cette définition, les résultats montrent, 58 pour 100 des enfants sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle. Il n'existe pratiquement aucune différence entre les garçons et les filles (59 pour 100 des garçons et 57 pour 100 des filles). Au plan régional, le pourcentage des enfants qui travaillent est le plus faible dans les métropoles de Yaoundé/Douala (38 pour 100), et le plus élevé dans les zones du Centre/Sud/Est (69 pour 100) et du Sud-Ouest/Nord-Ouest (66 pour 100). Les enfants dans les zones rurales participent plus aux travaux domestiques que ceux des zones urbaines avec 64 pour 100 contre 46 pour 100.

3.8.4 Handicap des enfants

Au Cameroun, environ 23 pour 100 des enfants âgés de 2 à 9 ans ont au moins un problème de handicap (tableau 48). Parmi ces enfants, 16 pour 100 ont un seul handicap, 6 pour 100 ont deux à trois handicaps, moins d'un pour 100 ont plus de 3 handicaps.

Ces indicateurs varient sensiblement avec les régions, passant en règle générale des valeurs basses dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord aux valeurs maximales dans celles de l'Ouest/Littoral, du Sud-ouest/Nord-Ouest. Ils varient aussi avec l'âge, passant des niveaux maxima (26 pour 100) à 2 - 3 ans aux niveaux planchers (15 pour 100) à 8-9 ans.

Les handicaps des enfants se présentent par ordre de grandeur décroissant ainsi qu'il suit : difficulté de se faire comprendre (6 pour 100), retard mental (6 pour 100), difficulté de compréhension (4 pour 100), problèmes de crises (4 pour 100), difficultés d'apprentissage (3 pour 100), difficultés de se mettre debout (3 pour 100), problèmes de surdité (2 pour 100), difficultés pour marcher (2 pour 100), problèmes de vue (2 pour 100).

Il est à faire remarquer que les enfants âgés de 2-3 ans sont beaucoup plus représentés parmi les enfants qui ont au moins un handicap. S'agissant du handicap, difficulté à se faire comprendre, 25 pour 100 d'enfants qui souffrent de ce type de handicap appartiennent à cette tranche d'âge.

3.9 Participation de la femme au développement

Un module de participation de la femme au développement a été intégré à l'enquête MICS afin d'obtenir des données supplémentaires sur certaines préoccupations relatives à ce thème.

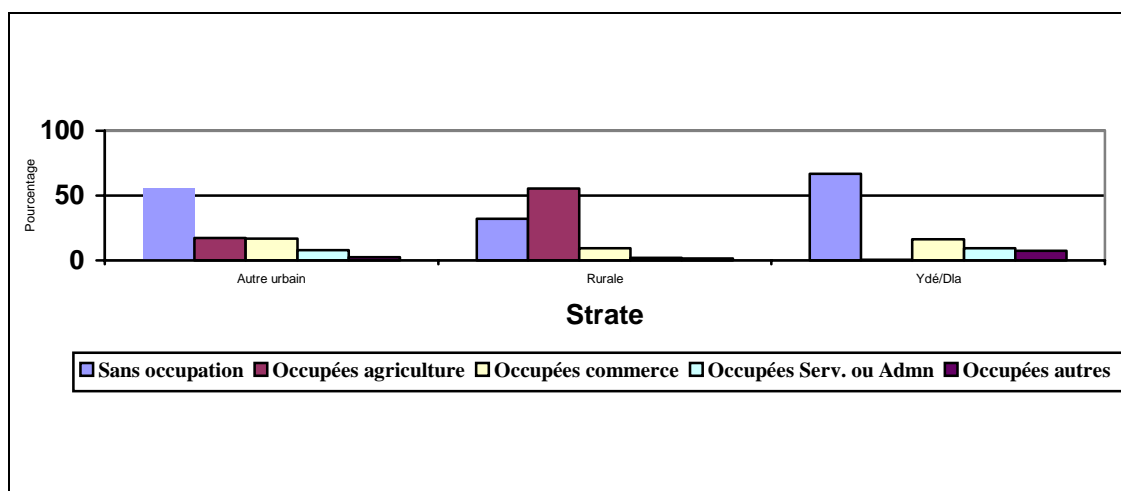
Participer au développement signifie y prendre part, c'est-à-dire avoir son mot à dire sur la façon dont les choses sont faites et sur la manière dont les ressources sont distribuées. Il s'agit donc de la participation au processus de prise de décision. Ainsi, le simple fait pour la femme d'avoir des ressources favorise la recherche du bien-être de la famille. Placée dans les instances décisionnelles, la femme dispose de capacité pour orienter et/ou influencer la mise en œuvre des mesures susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs de la décennie en ce qui concerne les enfants.

3.9.1 Vie économique de la femme

Cinquante sept (57) pour 100 de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent avoir un travail, c'est-à-dire une occupation autre que les tâches domestiques et l' cole (tableau 45). La proportion des femmes ainsi occupées varie en sens inverse du degré d'urbanisation. Plus de deux tiers des femmes actives occupées sont dans le secteur agricole. A Yaoundé/Douala, la proportion des femmes actives occupées est de 33 pour 100 contre 44 pour 100 et 68 pour 100 respectivement pour les autres villes et le milieu rural. A Yaoundé/Douala, les femmes sont occupées d'abord dans le commerce (49 pour 100) et ensuite dans les services et l'Administration (29 pour 100).

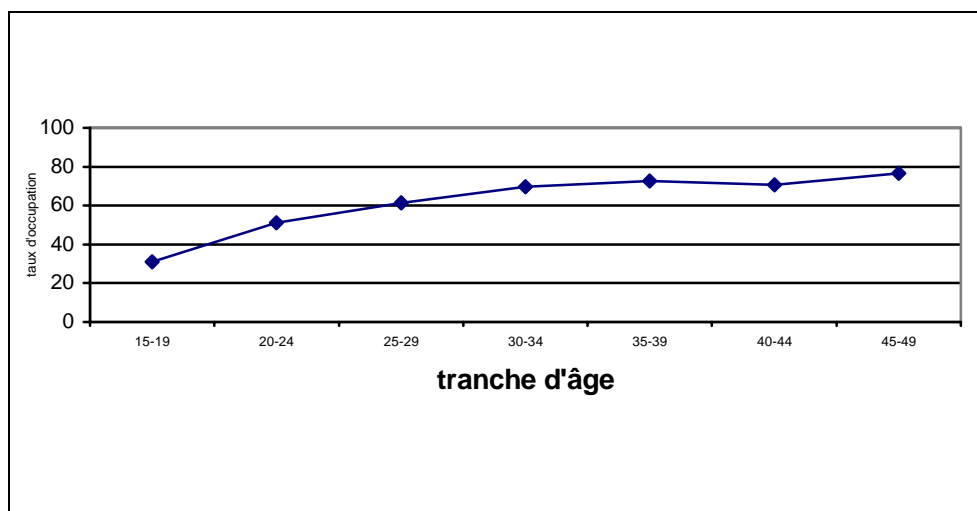
Dans les autres centres urbains et surtout dans le milieu rural, elles le sont d'abord dans l'agriculture (39 pour 100 et 82 pour 100 respectivement) et ensuite dans le commerce (38 pour 100 et 14 pour 100 respectivement). En milieu rural, seulement 3 pour 100 de femmes ont leurs activités dans les services et l'Administration.

Graphique 5 : Occupation des femmes selon la strate et le secteur d'activité



Le taux d'occupation croît avec l'âge de la femme et varie de 31 pour 100 pour celles qui sont âgées de 15 à 19 ans à 77 pour 100 pour celles qui sont âgées de 45 à 49 ans. Entre 15 et 19 ans, plus de deux femmes sur cinq vont à l'école, ce taux n'est plus que de 15 pour 100 entre 20 et 24 ans et tombe à 4 pour 100 entre 25 et 29 ans. A partir de 30 ans, il n'y a presque plus de femmes qui vont à l'école. Pour les tranches d'âge 15-19 et 45-49 ans, une femme sur cinq est occupée principalement par les tâches domestiques. Pour les autres tranches d'âge, cette proportion varie peu et se situe au-dessus de 25 pour 100.

Graphique 6 : Taux d'occupation des femmes selon la tranche d'âge



De plus, moins la femme est instruite, moins elle a des chances d'être occupée dans un secteur autre que l'agriculture (graphique 5). Le pourcentage de femmes occupées qui exercent dans le secteur agricole est de 83 pour 100 pour celles qui n'ont pas de niveau et 73 pour 100 pour celles qui ont le niveau primaire contre 37 pour 100 seulement pour celles qui ont le niveau secondaire ou plus. Ces dernières sont 23 pour 100 dans les services et l'Administration contre 3 pour 100 pour celles qui ont le niveau primaire.

3.9.2 Participation des femmes aux dépenses personnelles

Près du quart (25 pour 100) des femmes âgées entre 15 et 49 ans déclarent ne prendre en charge aucune de leurs dépenses propres (tableau 46). Cette catégorie de femmes est relativement plus nombreuse en milieu urbain (29 pour 100) qu'en au milieu rural (22 pour 100). S'agissant spécifiquement du milieu urbain, le pourcentage est de 35 pour 100 à Yaoundé/Douala contre 26 pour 100 dans les autres villes. De plus, selon que le chef de ménage est un homme ou une femme, le degré de non prise en charge des dépenses personnelles varie. Ainsi, l'on observe un écart de comportement non négligeable entre les femmes des ménages dirigés par un homme (25 pour 100) et celles vivant dans un ménage dont le chef est une femme (18 pour 100).

Les femmes sans niveau sont les plus nombreuses à ne prendre en charge aucune de leurs dépenses propres (33 pour 100), elles sont suivies de celles qui ont le niveau secondaire ou plus (26 pour 100). Celles de niveau primaire sont 18 pour 100 à ne prendre en charge aucune de leurs propres dépenses.

Pour les dépenses propres, les femmes sont plus nombreuses dans l'ensemble à prendre en charge leur habillement (69 pour 100), viennent ensuite les charges d'alimentation (43 pour 100), les charges de santé et soins personnels (38 pour 100) et les charges d'équipement de maison (17 pour 100). Les charges d'éducation et de logement viennent en 5^e et 6^e position avec respectivement 7 pour 100 et 4 pour 100. Ce classement est valable quel que soit le milieu de résidence, l'âge et le niveau d'instruction des femmes. L'on peut observer que plus les femmes sont âgées, plus elles sont susceptibles de s'occuper de leurs propres dépenses d'équipement de maison et de logement : entre 45 et 49 ans, 29 pour 100 et 11 pour 100 de femmes respectivement déclarent s'occuper de ces deux types de dépenses contre 17 pour 100 et 4 pour 100 pour la tranche 25-29 ans.

3.9.3 Participation des femmes aux dépenses du ménage

Plus du tiers des femmes âgées entre 15 et 49 ans (36 pour 100) ne prennent en charge aucune dépense du ménage (tableau 47). A Yaoundé/Douala, la moitié de ces femmes sont dans cette catégorie contre 37 pour 100 dans les autres villes et 32 pour 100 en milieu rural. Ce pourcentage diminue avec la tranche d'âge à laquelle appartient la femme. Il varie de 62 pour 100 parmi les femmes âgées entre 15-19 ans à 17 pour 100 seulement parmi celles qui sont âgées entre 45 et 49 ans. Plus la femme est âgée, plus la probabilité est grande qu'elles prennent en charge tout ou partie des dépenses personnelles ou du ménage.

Lors qu'on prend en compte les dépenses du ménage, les femmes sont plus nombreuses à participer aux charges d'alimentation. Les charges d'habillement occupent la deuxième place, elles sont suivies des charges d'équipement de maison qui prennent ainsi la place qu'occupent les dépenses de santé et soins personnels s'agissant des dépenses propres. Les charges de santé et soins personnels occupent la 4^e place, les charges d'éducation et de logement conservent respectivement la 5^e et 6^e place.

3.9.4 Vie associative et politique des femmes

Près de 2 femmes sur 3 âgées entre 15 et 49 ans sont membres d'au moins une association (Tableau 53). Cette proportion dépasse 50 pour 100 quelle que soit la tranche d'âge et varie de 51 pour 100 pour les 15-19 ans à 77 pour 100 pour les 45-49 ans. Dans les villes comme dans les campagnes, une forte majorité des femmes âgées de 15 à 49 ans appartiennent à une association

au moins. Par domaine d'étude, on note une différence entre d'une part Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, et les autres et d'autre part entre le Sud-Ouest/Nord-Ouest et le reste.

Dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, seulement 39 pour 100 de femmes sont membres d'au moins une association alors que dans les autres régions, ce taux varie de 64 pour 100 à Yaoundé/Douala à 88 pour 100 dans le Sud-Ouest/Nord-Ouest. Ce dernier taux est supérieur de 14 points à celui du Centre/Sud/Est. Cette dichotomie entre l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord et les autres régions se répercute sur le classement selon le niveau d'instruction. Les femmes les moins associatives sont celles qui n'ont pas de niveau.

D'une manière générale, les femmes sont d'abord membres des associations religieuses (40 pour 100), ensuite des associations de tontine simple (39 pour 100) et des associations culturelles (20 pour 100). Les associations politiques occupent la cinquième place (11 pour 100) après les comités de développement (12 pour 100), avant les amicales (7 pour 100) et les associations sportives (5 pour 100).

3.9.5 Responsabilité dans le quartier/village/ville/association.

Plus de 77 pour 100 des femmes âgées entre 15-49 ans n'occupent aucune responsabilité à quelque niveau que ce soit dans un quartier, un village, une ville ou dans une association (tableau 53). Cette proportion est plus élevée en milieu rural (79 pour 100) qu'en milieu urbain, 74 pour 100 et 72 pour 100 dans les autres villes et à Yaoundé/Douala respectivement. Dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, cette proportion est de 92 pour 100, soit presque autant que celle qui est observée parmi les femmes sans niveau (91 pour 100). Dans les autres régions, ces proportions sont de 69 pour 100, 74 pour 100 et 70 pour 100 respectivement dans le Centre/Sud/Est, l'Ouest/Littoral et le Sud-Ouest/Nord-Ouest. Bien qu'elle soit "petite", la chance qu'une femme occupe une responsabilité dans la société augmente avec l'âge ou le niveau d'instruction. Le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans assumant au moins une responsabilité dans la société est de 32 pour 100 pour les 45-49 ans contre 22 pour 100 pour les 25-29 ans, 20 pour 100 pour les 20-24 ans pour 100 et seulement 13 pour 100 pour les 15-29 ans. De même ce taux est de 33 pour 100 parmi les femmes de niveau secondaire et plus, 25 pour 100 parmi celles de niveau primaire et 9 pour 100 seulement parmi celles qui n'ont aucun niveau. Enfin, les femmes assument des responsabilités beaucoup plus dans les associations (21 pour 100) qu'au niveau des quartiers ou des villages/villes (10 pour 100).

3.9.6 Accès aux moyens de production : accès à la propriété et aux crédits d'investissement

Moins de 12 pour 100 de femmes âgées de 15-49 ans déclarent être propriétaires soit d'une maison, soit d'un terrain, avec ou sans titre foncier (Tableau 49). Cependant, l'on peut noter une nette augmentation de ce taux entre 35 et 49 ans où il dépasse 20 pour 100.

S'agissant de l'accès aux crédits, 9 pour 100 de femmes déclarent avoir obtenu un crédit d'investissement au cours des 24 derniers mois (tableau 51). Les femmes du Sud-Ouest/Nord-Ouest sont en proportion plus nombreuses (18 pour 100) à avoir obtenu des crédits d'investissement, suivies de celles de l'Ouest/Littoral (12 pour 100) et de celles du Centre/Sud/Est (7 pour 100). A Yaoundé/Douala, 6 pour 100 de femmes âgées entre 15-49 ans ont obtenu un crédit d'investissement. Dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, elles sont seulement 2 pour 100. Enfin, 12 pour 100 de femmes vivant dans les ménages dont le chef est une femme ont obtenu un crédit d'investissement contre 8 pour 100 pour celles qui vivent dans les ménages dont le chef est un homme.

La principale source du dernier crédit obtenu est le secteur informel : les tontines (5 pour 100) et les parents/amis (2 pour 100). Les sources de financement formelles : les banques, les coopératives et les organismes de financement demeurent des sources très marginales s'agissant des crédits d'investissement aux femmes. Les tontines occupent la première place partout comme source du dernier crédit obtenu sauf dans la zone Adamaoua/Nord/Extrême-Nord où elles sont devancées par les parents/amis.