

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail- Patrie

**INSTITUT NATIONAL
DE LA STATISTIQUE**



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work- Fatherland

**NATIONAL INSTITUTE
OF STATISTICS**

DEUXIEME ENQUETE CAMEROUNAISE AUPRES DES MENAGES

PAUVRETE ET SANTE AU CAMEROUN EN 2001

Octobre 2002

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	Anti-rétroviraux
BCG	Vaccin contre la tuberculose
BDM	Buts de la Déclaration du Millénaire
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CSP	Catégories Socioprofessionnelles
DSCN	Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DSRP	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DTCOQ	Vaccin contre la Diphtérie, le tétanos et la coqueluche
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDS / DHS	Enquête Démographique et de Santé / Demographic and Health Survey
GSE	Groupes Socio-économiques
INS	Institut National de Statistique
JNV	Journées nationales de vaccinations
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MINEFI	Ministère de l'Economie et des Finances
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ODI	Objectifs de Développement International
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POLIO	(Vaccin contre la) poliomyélite
ROUVAX	Vaccin contre la rougeole
SIDA	Syndrome Immuno Déficient Acquis
SNEC	Société Nationale des Eaux du Cameroun
UNICEF	United Nations Children's Fund / Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIGLES ET ABREVIATIONS	1
SOMMAIRE	Erreur ! Signet non défini.
RESUME EXECUTIF	3
Introduction	6
Chapitre 1. Etat de santé des populations.....	8
1.1 NIVEAU DE MORBIDITE GENERALE.....	8
1.2 MORBIDITE DECLAREE DE LA PETITE ENFANCE	9
1.3 PREVALENCE DE QUELQUES PATHOLOGIES LES PLUS COURANTES AU CAMEROUN	11
Chapitre 2. Les consultations de santé	14
2.1 ANCIENNETE DES CONSULTATIONS DE SANTE.....	14
2.2 PROPENSION DES POPULATIONS A RECOURIR OU NON AUX CONSULTATIONS DE SANTE EN CAS DE MALADIE	15
2.3 TYPE DE RECOURS.....	17
Chapitre 3. Natalité, mortalité, santé de la reproduction.....	20
3.1 NATALITE ET MORTALITE.....	20
3.1.1 <i>Mouvement naturel.....</i>	20
3.1.2 <i>Mortalité des enfants.....</i>	20
3.2 SANTE DE LA REPRODUCTION	21
3.2.1 <i>Prévention de grossesses.....</i>	21
3.2.2 <i>Raisons de non-prévention des naissances</i>	23
3.2.3 <i>Lutte contre les MST et SIDA.....</i>	25
3.2.4 <i>Assistance à l'accouchement.....</i>	26
Chapitre 4. Couverture vaccinale des enfants de moins de 3 ans	29
4.1 POSSESSION D'UN CARNET DE VACCINATION	29
4.2 IMMUNISATION DES ENFANTS CONTRE LES MALADIES CIBLES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATIONS (PEV)	30
4.2.1 <i>Immunisation complète contre l'ensemble des maladies cibles du PEV</i>	30
4.2.2 <i>Immunisation contre la tuberculose.....</i>	32
4.2.3 <i>Immunisation contre la poliomyélite.....</i>	33
4.2.4 <i>Immunisation par le DTCOQ.....</i>	33
4.2.5 <i>Immunisation contre la rougeole</i>	34
4.2.6 <i>Absence totale d'immunisation contre les maladies-cibles du PEV</i>	35
4.3 PARTICIPATION AUX JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV).....	37
Chapitre 5. L'accessibilité aux services de santé	39
5.1 L'ACCESSIBILITE PHYSIQUE	39
5.1.1 <i>Accessibilité géographique des ménages au centre de santé le plus proche</i>	39
5.1.2 <i>Accessibilité des ménages à l'hôpital de district le plus proche.....</i>	43
5.1.3 <i>Accessibilité des ménages à la pharmacie ou pro pharmacie la plus proche.....</i>	44
5.2 ACCESSIBILITE FINANCIERE	45
5.2.1 <i>Coût de la dernière consultation de santé.....</i>	45
5.2.2 <i>Dépenses annuelles de santé.....</i>	48
CONCLUSION	56
ANNEXE : Situation des principaux engagements du Cameroun sur le plan sanitaire.....	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59

RESUME EXECUTIF

L'étude de la pauvreté est généralement faite sur le plan monétaire à partir du revenu des ménages. Dans le cadre de la Deuxième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM II), l'approche a consisté à estimer le revenu d'un ménage à partir des dépenses de consommation qu'ils allouent aux différents biens et services. Le revenu utilisé pour s'offrir ces biens provient principalement des activités que les membres du ménage exercent à l'aide de leur force de travail. La force de travail d'un individu est étroitement liée à son état de santé. Ainsi, il s'est avéré important d'étudier l'état de santé des membres des ménages de même que leur suivi sanitaire qui sont, des déterminants indirects de leur niveau de vie.

Il ressort des résultats de l'ECAM II que dans l'ensemble, près d'une personne sur trois au Cameroun a déclaré avoir été malade au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête. Il s'agit de la morbidité déclarée ; elle est donc sujette à la subjectivité du répondant qui n'est pas spécialiste en matière de santé. Le niveau de cette morbidité déclarée ne varie pas sensiblement d'une région à l'autre, ni d'un milieu de résidence à l'autre. Cependant, les personnes de moins de cinq ans et celles de plus de cinquante cinq ans sont plus vulnérables vis-à-vis des maladies. Il en est de même des femmes par rapport aux hommes. Selon les groupes socio-économiques, les retraités et les invalides connaissent plus de problèmes de santé que les autres groupes.

Suivant le niveau de vie, les membres des ménages pauvres se sont déclarés être moins malades que ceux des ménages non pauvres. En effet, les membres des ménages non pauvres, disposant d'un peu plus de moyen, s'assurent généralement un suivi médical contrairement aux ménages pauvres dont un membre ne s'avoue souvent malade que lorsque son état de santé se détériore. Dans cet esprit et suivant les quintiles de dépenses, les 20% des ménages les plus pauvres ont déclaré être moins malades que tous les autres.

En ce qui concerne la petite enfance, son état de santé s'avère moins réconfortant que celui de l'ensemble de la population. Près de la moitié des enfants de moins de trois ans ont été déclarés malades au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête. Les enfants des ménages pauvres l'ont été moins que ceux des ménages non pauvres.

Des quatre types de pathologies (paludisme, diarrhée, maladies respiratoires et méningite) dont la prévalence déclarée a été étudiée au cours de l'enquête, le paludisme est apparu comme celui qui sévit le plus sur le territoire national, avec une prévalence de 11%. Les régions du Centre et du Sud-Ouest sont les plus menacées. Le paludisme est suivi dans sa domination par les maladies respiratoires et les maladies diarrhéiques. Pour toutes ces pathologies, les pauvres souffrent plus que les non pauvres. La méningite est presque inexistante. Mais, elle n'est pas en voie de disparition car son absence apparente est due à la période d'enquête qui ne correspondait pas à la saison où elle sévit souvent.

Pour ces maladies ou pour d'autres raisons, les ménages font recours aux personnels de santé pour se faire consulter. Ainsi, seulement près de 60% des camerounais se sont fait consulter au cours des douze derniers mois qui ont précédé l'enquête. Quant aux consultations des deux dernières semaines, elles sont de 14 % sur le plan national et varient entre 9 et 16% selon la région. On note une absence de consultations pour un bilan de santé car 90% des consultations concernent des cas de maladies et le reste, les grossesses et les accouchements. Dans l'ensemble, près de trois personnes sur cinq déclarées malades au cours des deux dernières semaines n'ont pas eu de consultation de santé.

La plupart de ces consultations ont lieu dans les services publics de santé. Cependant, le secteur privé est plus sollicité en milieu urbain. Les consultations opérées dans le secteur informel sont estimées à 24,5% en 2001 contre 64% en 1996. Cette baisse n'est pas seulement imputable au changement des habitudes, mais aussi à la formalisation des anciennes structures informelles de santé. Ces consultations informelles sont beaucoup plus le fait des pauvres que celui de non pauvres. Quant à la qualité du personnel consulté, huit personnes sur dix ont fait recours à un personnel qualifié tels que les médecins et autre personnel paramédical pour leurs consultations. Le recours à un personnel qualifié semble être fonction du niveau de vie car les non pauvres sont plus nombreux à faire recours au personnel de santé de qualification reconnue.

A propos de la prévention des grossesses, et par ricochet des MST/SIDA, en moyenne deux femmes sur cinq âgées entre 15 et 49 ans ont déclaré en 2001 utiliser une méthode préventive. Ce chiffre est à la hausse par rapport à 1998 où il était d'une femme sur cinq. Suivant les régions, la sensibilisation doit être accentuée dans les régions du grand nord surtout dans l'Extrême-Nord où très peu femmes utilisent les contraceptifs et où beaucoup d'autres en ignorent l'existence. La méthode de contraception la plus utilisée par les femmes est l'abstinence périodique, suivie de l'utilisation des condoms. La plupart des femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs déclarent ne pas en avoir besoin et évoquent aussi l'ignorance.

En ce qui concerne le suivi médical des femmes à l'accouchement, environ 64% des femmes qui ont accouché en 2001 l'ont fait dans un centre de santé formel. Cette proportion est ainsi restée la même qu'en l'an 2000 selon l'enquête MICS (Multiple Indicators Cluster Survey). Jusqu'ici, dans certaines parties du pays, plus particulièrement dans les provinces de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Est, c'est en dehors d'un centre de santé formel qu'ont eu lieu la plupart des accouchements.

Chez les enfants de moins de trois ans, une attention a été portée à la possession d'un carnet de vaccination, synonyme de recours aux services assurant l'immunisation contre certaines maladies. Sur le plan national, seulement 70% des enfants de moins de trois ans possèdent un carnet de vaccination. Tout comme pour le suivi des femmes à l'accouchement, cette proportion est encore très faible dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Est. Les enfants de non pauvres sont plus nombreux à posséder un carnet de vaccination que ceux des pauvres.

Quant à l'administration des vaccins contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole qui sont les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV), seulement 55% des enfants de 12 à 23 mois sont totalement immunisés, c'est-à-dire ont reçu les quatre vaccins recommandés contre toutes ces maladies. Environ 19% des enfants de cette tranche d'âge n'ont reçu aucun de ces vaccins ; les enfants des plus pauvres sont les plus nombreux dans cette situation. Le taux d'immunisation est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Le vaccin contre la tuberculose est le plus administré car près de trois enfants sur quatre l'ont reçu. Viennent ensuite le vaccin contre la polio et celui du DTCOQ. Le vaccin contre la rougeole est le plus négligé par les parents ; seulement trois enfants sur cinq âgés de 0 à 35 mois ont déjà reçu ce vaccin au moment de l'enquête. Pour tous ces vaccins, les enfants du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Est sont les moins couverts.

Dans l'ensemble, seulement un enfant de moins d'un an sur quatre a participé aux journées nationales de vaccination. Ce chiffre ne varie pas entre les enfants des ménages pauvres et ceux de ménages non pauvres. De même, il n'y a pas de différence significative selon le milieu de résidence. Par contre, pour cette participation, il existe des disparités régionales, les enfants des ménages du Sud et du Centre paraissant favorisés par rapport aux enfants des ménages du Nord.

L'étude de l'accessibilité des ménages aux services de santé a distingué l'accessibilité physique et l'accessibilité financière.

Sur le plan physique, il ressort qu'en 2001, un individu parcourt au Cameroun environ 4 km de route de son logement au centre de santé le plus proche. Cette distance est d'environ un km en milieu urbain contre 5 km en milieu rural. Entre les régions, les différences sont plus criardes. De 1 km en moyenne à Yaoundé et Douala, 2 à 3 km à l'Ouest et au Littoral, cette distance avoisine 6 à 7 km dans les régions du Centre, de l'Est et du Nord.

En ce qui concerne le temps moyen mis pour se rendre dans le centre de santé le plus proche, il est en moyenne de 25 min chez les non pauvres et de 40 min chez les pauvres. Il est à noter que ce temps de parcours est fonction du moyen de transport utilisé. L'hôpital de district le plus proche du ménage est toutefois plus éloigné que le centre de santé intégré. Sa distance moyenne au ménage est 3 à 4 fois plus grande que celle séparant le ménage du centre de santé intégré le plus proche. Quant au temps mis pour atteindre un hôpital de district, il est 1,5 fois plus grand que celui mis pour atteindre le centre de santé le plus proche.

Le coût d'une consultation de santé s'élève en moyenne à 680 FCFA au Cameroun en 2001. Cette moyenne varie selon le secteur, le coût d'une consultation étant plus élevé dans le privé que dans le public. Ceci peut être mis en relation avec les différences de coûts observés chez les pauvres et les non pauvres. Ces derniers sollicitent plus le privé formel et payent plus chers que les pauvres. Dans l'ensemble, la dépense moyenne annuelle de santé par tête s'élève à 22 000 FCFA en 2001. Ce montant varie considérablement selon le niveau de vie, les non pauvres dépensant pour leur santé en moyenne cinq fois plus que les pauvres. C'est dans les régions de Douala et de Yaoundé que les dépenses de santé sont les plus élevées. L'Extrême-Nord est la région dans laquelle les populations dépensent le moins pour leur santé. Suivant le milieu de résidence, la dépense annuelle moyenne est trois fois plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Enfin, l'analyse des actions de l'Etat révèle qu'en 2000/2001 les dépenses publiques de santé sont inégalement réparties entre pauvres et non pauvres. Les non pauvres sont les plus grands bénéficiaires. De même, l'offre des services de santé s'avère insuffisante au Cameroun. En effet, les difficultés d'accès aux soins de santé relevées dans cette étude confirment les résultats du rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement de 1998 selon lequel, le pays présentait en cette date un ratio de un médecin pour plus de 9000 habitants et de un infirmier pour plus de 2000 habitants.

INTRODUCTION

La santé des populations revêt une importance capitale dans la mesure où celle-ci constitue une ressource essentielle dont devrait disposer l'homme pour générer des revenus et accroître ainsi son niveau de vie. C'est dans ce contexte qu'il existe une étroite relation entre l'état de santé des populations et la pauvreté.

Les personnes vivant dans des conditions précaires en ce qui concerne leur habitat, leur alimentation, etc. sont plus exposées aux maladies. Ces maladies peuvent diminuer voire annihiler leur force de travail et engendrer d'énormes dépenses, détériorant leur niveau de vie et pouvant aggraver leur statut de pauvreté. De plus, des coûts élevés d'accès aux services de santé, aux soins et aux médicaments contribuent à réduire la part de revenu que les ménages peuvent consacrer à d'autres besoins essentiels pour assurer leur bien-être. D'autre part, les ménages ayant une meilleure situation financière ou matérielle sont susceptibles de bénéficier le plus de soins préventifs et curatifs en cas de problèmes de santé. Ils disposent en effet de plus de moyens pour accéder aux services de santé et d'éducation (y compris en matière d'hygiène et autres mesures préventives, de recours aux soins), payer des consultations, vivre dans un environnement décent. Etant donné que la pauvreté est un phénomène complexe et multidimensionnel, il importe d'apprécier dans le contexte camerounais la part des facteurs d'ordre sanitaire dans l'explication du statut de pauvreté des individus.

La réalité des interrelations étroites entre santé et niveau de vie au Cameroun devrait suggérer que l'amélioration de l'état de santé des individus s'inscrive au centre des stratégies de lutte contre la pauvreté.

Dans toute société, la nécessaire quête d'une bonne santé de la population est une œuvre à la fois individuelle et collective. Il s'agit pour les individus et les ménages de se prémunir contre les maladies et de recourir lorsque possible aux soins de santé plus ou moins modernes, formels ou non. Cette prévention et ce recours sont fonction des moyens dont disposent les ménages, de leurs croyances, de la disponibilité des services, etc. afin de mener une vie décente (normale) et de réduire leur risque de mortalité.

Conscients de ce fait, les pouvoirs publics avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux se sont engagés à améliorer la santé des populations en se fixant pour objectif d'atteindre la santé pour tous (en l'an 2000 ?). Pour ce faire, à la suite des conférences de Alma Ata 1978, Lusaka 1985 et du Sommet mondial de l'Enfance de 1990, ils ont initié une série de réformes de politique et d'actions ayant trait à la santé des populations. Dans le registre de ces réformes et actions, on peut citer notamment : la création et la libéralisation de la création des infrastructures sanitaires pour les rapprocher des populations, en particulier la création de centres de protection maternelle et infantile et autres structures spécialisées orientées vers les femmes et les enfants, l'option pour la baisse des prix des médicaments essentiels, particulièrement en promouvant l'utilisation des médicaments génériques et la tri-thérapie contre le Sida, la réorganisation du système de santé avec une implication accrue des populations dans la gestion des centres de santé, l'amélioration de la couverture vaccinale par exemple en intensifiant les campagnes de vaccination à l'occasion des journées nationales de vaccination (JNV) organisées chaque année et les vaccinations contre la méningite dans les provinces les plus touchées comme le Nord et l'Extrême-Nord, la vulgarisation des méthodes contraceptives modernes et des centres de planning familial, etc.

Au vu de ces politiques et actions que l'on peut apprécier à travers divers indicateurs de santé, on peut se poser plusieurs questions. Par exemple, les résultats de ces politiques et actions sont-ils palpables et ressentis de la même façon par les populations quels que soient le niveau de vie, la région et le milieu de résidence, le sexe et les autres caractéristiques individuelles ? Plus particulièrement, le niveau de vie basé sur l'approche monétaire a-t-il un impact sur l'état de santé des populations ? Les inégalités en matière de situation de santé, d'accès aux services de santé et aux soins de qualité, à l'eau et à l'assainissement, n'expliquent-elles pas une large part des différences de niveau de vie ou tout au moins la vulnérabilité de certaines populations vis-à-vis de la pauvreté au Cameroun ? Comment a évolué la situation sanitaire des populations au entre 1996 et 2001 ? Face aux engagements pris tant au niveau national qu'international par le Cameroun et en particulier ceux figurant dans l'importante 'Déclaration du millénaire', quels sont les aspects susceptibles d'être évalués à partir de l'ECAM II et à quel point en est-on actuellement dans l'accomplissement des objectifs fixés ?

Pour répondre à ces questions et bien examiner les manifestations de la pauvreté sur la santé, la présente étude s'articulera en six points. A la suite de l'état actuel de santé et des caractéristiques de la dernière consultation de santé seront analysées la natalité, la mortalité et la santé de reproduction, puis, la couverture vaccinale des enfants de moins de trois ans. Enfin, dans les deux derniers chapitres seront respectivement examinés l'accessibilité aux services de santé et les principaux engagements du Cameroun dans le domaine de la santé.

CHAPITRE 1. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS.

Le présent chapitre traite de la morbidité générale des populations et particulièrement de celle de la petite enfance. La notion de morbidité renvoie quant à elle à l'état de santé déclaré de l'individu au moment de l'enquête.

1.1 Niveau de morbidité générale.

L'ECAM II a permis d'apprécier l'état de santé des individus et leurs principaux problèmes de santé en leur posant des questions faisant appel à l'appréciation de leur état de santé (le diagnostic verbal). En l'absence de diagnostic clinique (ce qui relève plutôt de la compétence des praticiens de la santé), ces informations serviront à compléter les méthodes objectives telles que l'étude de l'anthropométrie nutritionnelle.

Il apparaît qu'en 2001, la morbidité générale ne varie pas considérablement d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, une personne sur trois a déclaré avoir été malade au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Ces résultats contrastent avec ceux de 1996 (ECAM I) où le niveau de la morbidité générale déclarée était seulement de 21% et l'on notait des disparités régionales variant de 12% en zone de Savane du Grand Nord à près de 30% à Yaoundé et Douala.

L'analyse des taux de morbidité déclarée en 2001 confirme une fois de plus la vulnérabilité relative des plus jeunes (notamment de moins de 5 ans) et des plus âgés (55 ans et plus) vis-à-vis des maladies. En effet, le taux de morbidité déclarée est de 40,9 % et de 52,0 % respectivement dans ces deux groupes. Après l'âge de 5 ans, le taux de morbidité croît en fonction de l'âge : 23,1 %, 23,2 % et 31,7 % respectivement chez les personnes de 5 à 14 ans , 15 à 19 ans et 20 à 54 ans. Les taux observés ne varient pas significativement suivant le milieu : il tourne autour de 31% tant en zone rurale qu'en zone urbaine. Cependant, les femmes seraient plus fréquemment malades que les hommes : elles se sont le plus déclarées malades au cours des deux dernières semaines quel que soit le milieu. Suivant le groupe socioéconomique (GSE), deux catégories de personnes se démarquent avec des taux élevés de morbidité générale déclarée, ces taux avoisinent le double de la moyenne nationale. Il s'agit des retraités et des invalides dont les taux de morbidité déclarée sont respectivement de 55% et de 64%.

Bien que l'on observe une légère décroissance du taux de morbidité déclarée en fonction des quintiles de revenus, la tendance générale permet de conclure que les membres des ménages pauvres ont été presque autant malades que ceux des ménages non pauvres. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le niveau de morbidité déclarée dépend de la perception que les gens ont de la santé, et de la gravité des états morbides. L'on peut penser que les personnes pauvres ne se déclarent malades que lorsque leur état de santé s'est véritablement détérioré. L'appréciation des différences de morbidité déclarée devrait donc être modulée par les différences en matière de perception de la santé et de recours aux services de santé qui sont par ailleurs fonction d'autres variables telles que le niveau d'éducation des populations ou de leurs revenus.

1.2 Morbidité déclarée de la petite enfance

L'état de santé des enfants de moins de 3 ans serait moins bon que celui de l'ensemble de la population camerounaise : près de 5 enfants sur 10 ont été déclarés malades au cours des deux dernières semaines contre une moyenne de 3 personnes sur 10 pour l'ensemble de la population tous âges confondus. Ce constat confirme un résultat déjà obtenu à l'ECAM I, à savoir la vulnérabilité des petits enfants et des personnes du troisième âge en matière de santé.

La situation sanitaire de la petite enfance se serait considérablement détériorée par rapport à 1998. En effet, le taux de morbidité déclarée pour cette tranche d'âge est passé de 30% (EDSC – II 1998) à 45% au cours de l'année 2001.

Si le niveau relativement élevé de morbidité des petits enfants peut être attribué à leur plus grande fragilité, son aggravation entre 1998 et 2001 pourrait traduire soit une différence au niveau de la collecte des informations sur ce sujet, soit une détérioration effective de leurs conditions de vie.

En 2001 comme en 1998, le niveau de morbidité des enfants varie peu selon le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage.

Tableau 1.1 : Taux de morbidité déclarée et auto-appréciation de l'état de santé des populations

Variable catégorielle	% des individus malades les 2 dernières semaines	% d'enfants de 0-35 mois malades les 2 dernières semaines	Prévalence déclarée des maladies				Appréciation état de santé			
			Palu- disme	Diarrhé- -que	Mal. Respi- ratoire	Menin- gite	Bon	Assez bon	Passable	Mauvai s
REGION										
Douala	30,4	48,1	11,7	2,0	6,4	0,2	37,8	29,8	24,3	8,0
Yaoundé	27,9	45,0	7,1	0,9	3,5	0,3	49,4	25,7	19,9	5,0
Adamaoua	28,6	37,5	9,7	1,7	4,8	0,0	61,5	24,2	11,8	2,5
Centre	38,5	55,3	23,1	4,8	13,4	0,1	33,7	22,0	32,6	11,7
Est	24,3	47,2	6,0	1,9	5,6	0,2	65,9	18,4	10,6	5,1
Extrême-Nord	28,2	45,9	8,7	2,2	1,9	0,0	59,0	25,3	12,5	3,1
Littoral	27,3	47,5	9,9	1,2	4,9	0,3	33,4	33,8	24,5	8,3
Nord	31,8	40,5	12,9	6,0	10,0	0,0	57,0	20,5	18,6	3,9
Nord-Ouest	32,3	35,9	8,0	2,1	6,9	0,1	56,4	24,6	11,1	7,9
Ouest	37,6	47,8	9,7	2,3	9,7	0,3	24,8	35,0	29,7	10,4
Sud	34,1	45,4	11,4	3,0	7,6	0,3	42,3	32,8	18,7	6,2
Sud-Ouest	29,0	48,1	20,5	5,9	9,8	0,4	54,4	26,9	13,1	5,5
NIVEAU DE VIE										
Pauvres	28,8	42,1	11,1	2,7	6,3	0,1	49,5	26,2	17,6	6,7
Non pauvres	32,6	47,7	11,5	2,8	7,0	0,2	46,6	27,0	19,9	6,4
QUINTILE DE LA DEPENSE										
1	28,2	38,2	10,4	2,7	6,1	0,1	50,5	25,9	17,5	6,1
2	29,5	46,1	11,9	2,9	6,7	0,1	48,5	26,6	17,7	7,2
3	31,4	43,1	11,8	3,1	7,1	0,2	45,2	28,1	20,1	6,7
4	33,4	50,9	11,2	3,0	7,1	0,2	46,8	26,6	19,6	6,9
5	33,0	49,1	11,1	2,0	6,6	0,2	48,2	26,2	19,8	5,9
MILIEU DE RESIDENCE										
Urbain	30,9	48,5	10,7	2,1	5,9	0,2	47,3	26,5	19,4	6,7
Rural	31,2	44,0	11,6	3,1	7,2	0,2	48,1	26,8	18,7	6,4
GSE DE L'INDIVIDU										
Cadres/patrons du public	32,4		13,0	1,2	8,2	0,3	50,6	24,8	18,7	6,0
Autres salariés du public	31,6		11,3	4,6	8,1	0,2	47,8	23,9	21,0	7,3
Cad./patr. du privé formel	32,7		12,1	2,1	5,7	0,0	48,3	29,0	18,0	4,7
Autres salariés du privé formel	30,5		10,3	1,5	3,9	0,3	48,5	27,5	18,8	5,3
Exploitants agricoles	38,4		14,1	3,2	8,9	0,1	41,6	28,6	21,7	8,2
Dépendants agricoles informels	23,4		7,1	1,6	3,9	0,0	49,7	28,1	17,2	5,1
Patrons non agricoles informels	31,5		9,9	0,5	5,5	0,0	43,7	31,1	20,2	5,1
Travailleur à compte propre non agr. informels	34,8		12,4	2,8	5,9	0,2	44,8	27,3	21,0	6,9
Salariés non agr. Informels	29,1		8,7	1,3	4,1	0,2	53,4	26,0	16,1	4,5
Chômeurs	29,4		12,6	2,5	5,5	0,1	46,1	27,2	20,3	6,3
Elèves/étudiants	21,4		8,1	1,2	4,5	0,3	52,6	26,9	16,7	3,8
Retraites	54,6		23,1	4,5	12,4	0,0	16,6	28,1	36,7	18,6
Invalides	63,9		21,9	4,6	19,8	0,6	14,6	13,7	35,8	36,0
Autres inactifs	29,2		11,1	1,8	4,8	0,1	50,8	23,3	18,4	7,5
TOTAL	31,1	45	11,3	2,7	6,7	0,2	47,8	26,7	19,0	6,5

Source: ECAM II, I.N.S.

Suivant les régions d'enquête, les enfants de la province du Centre hormis Yaoundé ont le plus eu des problèmes de santé au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête : plus de la moitié de ces enfants ont été déclarés malades au cours des dernières semaines. Le taux de morbidité déclarée des enfants de moins de 3 ans est au-dessus des 35% dans les autres régions du pays et oscille autour de la moyenne nationale de 45% ; seuls le Nord-ouest et l'Adamaoua ont des taux relativement faibles, inférieurs à 40%.

Paradoxalement, les enfants des ménages les plus pauvres en termes de niveau de dépenses par tête ont été déclarés les moins malades au cours des deux dernières semaines. Le taux de morbidité déclarée des enfants croît globalement avec le niveau des dépenses par tête des ménages et atteint son maximum au quatrième quintile. Il se pourrait que les plus pauvres, par ailleurs pour la plupart des ruraux peu instruits, ayant peu eu recours à un personnel de santé au cours de la période récente et ayant une perception différente de la maladie eu égard aux croyances diverses, aient été moins enclins à déclarer spontanément comme tels tous leurs problèmes de santé.

1.3 Prévalence déclarée de quelques pathologies les plus courantes

En raison de leur classement parmi les principales causes de morbidité et de mortalité au Cameroun par le Ministère de la Santé Publique¹, quatre maladies ont fait l'objet d'une mesure de prévalence déclarée dans le cadre de l'enquête. Il s'agit du paludisme, des maladies diarrhéiques, des maladies respiratoires et de la méningite.

Sur la base des déclarations des personnes enquêtées, le paludisme reste la plus fréquente des quatre maladies sur l'ensemble du territoire avec une prévalence de 11%. Ceci corrobore le fait que le paludisme constitue la première cause de morbidité au Cameroun² indépendamment du milieu de résidence des populations, même si ce taux de morbidité déclarée pourrait s'avérer surestimé par rapport à la réalité eu égard à l'absence de qualification des populations en matière de santé.

D'après les déclarations recueillies auprès des ménages, le paludisme menace toute la population quel que soit le niveau de vie. Les membres des 20% de ménages les plus riches sont autant touchés que ceux des autres quintiles. Suivant le groupe socioéconomique (GSE) du chef de ménage, les ménages des invalides et des retraités - comme pour la morbidité générale- sont les plus affectés avec des taux de prévalence déclarée plafonnant à 20%.

Les régions du Centre et du Sud-ouest apparaissent comme étant les plus menacées par le paludisme avec une prévalence déclarée de plus de 20% tandis que l'Est, Yaoundé et dans une certaine mesure le Nord-Ouest sont les moins touchées (prévalence déclarée de 6 à 8%). Les autres régions présentent des taux relativement proches, inférieurs à la moyenne nationale sauf Douala, le Nord et le Sud.

¹ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (1997), Annual Activity Report for First level Health Care Facilities (Health Centres).

² I.N.S./MINEFI (2001) Annuaire Statistique du Cameroun 2000 page 121 et 122. Le paludisme est la première cause de morbidité pour les six provinces présentés par l'annuaire en 2000 (Adamaoua, Extrême-Nord, Nord, Littoral, Nord-ouest et Sud). Il est aussi la première cause de mortalité pour quatre des cinq provinces présentées (Extrême-Nord, Nord, Nord-ouest et Sud)

Le paludisme persiste depuis des décennies au Cameroun, favorisé en cela par le climat et la végétation. D'après l'EDSC- I, cette maladie avait déjà en 1991 le taux de prévalence déclarée le plus élevé de toutes pathologies étudiées : 11% (503 046 cas déclarés et plus de 729 052 de nouveaux cas sur les 11 000 000 d'habitants cette année-là). En 1998, cette prévalence n'avait presque pas changé (EDSC-II). D'après les statistiques du Ministère de la Santé Publique (confère Annuaire statistiques de 1997 à 2000), le paludisme reste la plus fréquente et compte parmi les pathologies à forte létalité qui terrassent les populations : il détient le plus de nouveaux cas signalés et le plus de décès. C'est sans doute à cause de ces méfaits qu'un programme spécial de lutte contre le paludisme a été mis sur pied par le Ministère de la Santé Publique et qu'entre autres actions de lutte contre ce redoutable fléau, le Gouvernement a lancé des campagnes de promotion de moustiquaires imprégnées.

A côté du paludisme, les maladies respiratoires ont un taux de prévalence déclarée de 7% en 2001. Des quatre pathologies étudiées, les maladies respiratoires constituent la seconde menace. Comme le paludisme, elles toucheraient également autant les ménages pauvres que les non pauvres. Suivant les GSE, les ménages des retraités et des invalides sont encore les plus touchés par les maladies respiratoires avec des taux d'incidence les plus forts ; dans les ménages des exploitants agricoles ces taux sont aussi élevés. Les affections respiratoires présentent des taux très disparates à travers les différentes régions du pays. C'est ainsi que l'on peut observer des pointes se situant autour de 10% dans les régions du Nord, de l'Ouest et du Sud-Ouest, atteignant exceptionnellement 15,5% dans le Centre. Dans l'ensemble, cette affection est répandue à travers tout le pays même si l'on peut noter que l'Extrême Nord et dans une moindre mesure la ville de Yaoundé y échappent avec des taux se limitant à 2 et 3,5% respectivement. Vu sous l'angle du milieu de résidence, les pathologies respiratoires sévissent plus en milieu rural. Il y a lieu de penser que la relative meilleure accessibilité aux soins en milieu urbain explique cette différence.

Quant aux maladies diarrhéiques, le taux de prévalence déclaré n'est que 2,7% dans l'ensemble, soit trois fois moins que celui des maladies respiratoires. Les régions les plus touchées sont : le Nord, le Sud-Ouest et le Centre hormis Yaoundé. La prévalence dans les autres régions tourne autour de 2% sauf à Yaoundé où moins de 1% des populations déclarent avoir souffert de maladies diarrhéiques. Celles-ci sévissent un peu plus dans les villages que dans les villes et touchent les populations sans distinction de sexe et presque indifféremment du niveau de vie. Les ménages des retraités et des invalides sont une fois de plus les plus touchés par rapport aux autres groupes socio-économiques.

Les variations régionales observées en ce qui concerne les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires ne semblent pas être liées uniquement au climat et au cadre de vie des populations. En effet, ces deux types de maladies sont légèrement moins présentes en milieu urbain qu'en milieu rural. L'Extrême-Nord semble cependant être épargné des maladies respiratoires ; pourtant, le Nord en est très touché. La région la plus touchée par ces maladies est celle du Centre hormis Yaoundé, contrairement à Yaoundé, l'Adamaoua et le Littoral hormis Douala.

On note un recul global des maladies diarrhéiques et des maladies respiratoires par rapport à 1998 où ces pathologies avaient des taux de prévalence respectifs de 18,9% et 19,7%.

Enfin, la quatrième pathologie étudiée à savoir la méningite se caractérise par une prévalence déclarée relativement faible et indépendante du milieu de résidence (0,2% en moyenne les deux semaines précédant l'enquête). L'on pourrait ainsi à priori penser que la méningite est marginale au Cameroun, son taux de prévalence déclaré étant inférieur à 0,4% quelle que soit la région d'enquête. Mais lorsque l'on se rappelle que cette redoutable maladie épidémique est surtout saisonnière, sa prévalence atteignant des pointes généralement entre janvier et mai surtout au Nord et à l'Extrême-Nord³, il y a plutôt lieu d'attribuer les faibles taux de prévalence observés au choix de la période d'enquête entre septembre et décembre 2001 et à la méconnaissance de ses symptômes par les populations.

³ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (1997), Annual Activity Report for First level Health Care Facilities (Health Centres).

CHAPITRE 2. LES CONSULTATIONS DE SANTE

Les questions relatives aux consultations de santé à l'ECAM II se limitent à la dernière consultation de chaque enquêté, quelle que soit la durée écoulée depuis lors. Dans ce chapitre, l'étude de ces consultations s'intéressera tour à tour à leur ancienneté, à leur motif et au type de recours.

2.1 Ancienneté des consultations de santé

Le tableau 2.1 décrit par région les dernières consultations de santé des populations selon la durée écoulée avant l'enquête. Il s'agit de l'ensemble des dernières consultations de santé quels que soient le type de centre de santé et le niveau de qualification du personnel consulté.

Il en ressort que toute personne résidant au Cameroun en 2001 a déjà eu au moins une consultation de santé, que ce soit auprès d'un personnel de santé moderne ou d'un tradipraticien. Certains ont eu leur dernière consultation de santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, et d'autres il y a longtemps, parfois depuis plus d'une année. C'est ainsi que près de 2 personnes sur 5 n'ont eu aucune consultation de santé au cours des 12 derniers mois. Pourtant, même en cas de présomption de bonne santé tout au long de l'année, chaque personne devrait procéder annuellement à un bilan de santé. Le pourcentage des personnes n'ayant pas eu de consultation depuis un an ou plus culmine à environ 50% dans les provinces du Littoral, du Sud, et du Nord.

Quant aux personnes ayant eu une consultation au cours des deux dernières semaines, elles ne représentent que 9 à 16 % de la population totale selon les régions, et 14% pour l'ensemble du pays alors que près du tiers de la population a déclaré avoir été malade au cours de cette période. C'est dire que plus de la moitié des personnes déclarées malades au cours des deux dernières semaines n'ont eu recours ni à un service de santé moderne ni à la médecine traditionnelle.

Tableau 2.1 : Répartition des dernières consultations par région selon la durée écoulée

Région		Durée écoulée					Total
		Moins de 2 semaines	2 semaines a moins d' 1 mois	De 1 a moins de 6 mois	De 6 a moins de 12 mois	12 mois ou plus	
Douala	Nombre	220 309	164 139	414 491	212 198	493 624	1 504 761
	%	14,6	10,9	27,5	14,1	32,8	100
Yaoundé	Nombre	216 040	143 276	395 045	214 087	393 786	1 362 234
	%	15,9	10,5	29,0	15,7	28,9	100
Adamaoua	Nombre	111 262	76 095	165 872	67 232	280 516	700 977
	%	15,9	10,9	23,7	9,6	40,0	100
Centre	Nombre	175 717	118 833	291 636	146 308	487 047	1 219 541
	%	14,4	9,7	23,9	12,0	39,9	100
Est	Nombre	120 815	66 892	181 446	159 110	222 661	750 924
	%	16,1	8,9	24,2	21,2	29,7	100
Extrême-Nord	Nombre	397 665	241 268	481 971	405 242	1 146 943	2 673 089
	%	14,9	9,0	18,0	15,2	42,9	100
Littoral	Nombre	63 980	61 591	153 150	81 254	395 705	755 680
	%	8,5	8,2	20,3	10,7	52,3	100
Nord	Nombre	164 256	99 260	206 882	117 598	545 794	1 133 790
	%	14,5	8,8	18,2	10,4	48,1	100
Nord-ouest	Nombre	212 581	246 058	526 261	237 586	579 596	1 802 082
	%	11,8	13,7	29,2	13,2	32,2	100
Ouest	Nombre	224 024	226 965	512 721	292 691	619 673	1 876 074
	%	11,9	12,1	27,3	15,6	33,0	100
Sud	Nombre	49 545	43 679	124 823	52 490	266 631	537 168
	%	9,2	8,1	23,2	9,8	49,6	100
Sud-ouest	Nombre	136 545	131 030	307 247	184 128	400 667	1 159 617
	%	11,8	11,3	26,5	15,9	34,6	100
Ensemble	Nombre	2 092 739	1 619 086	3 761 545	2 169 924	5 832 643	15 475 937
	%	13,5	10,5	24,3	14,0	37,7	100

Source: ECAM II, I.N.S.

2.2 Recours des populations aux consultations de santé en cas de maladie

L'ECAM II ne s'est pas particulièrement intéressée directement à la propension des populations à consulter ou non un personnel de santé lorsqu'elles sont malades. Cependant, l'enquête donne une idée des motifs de consultation et saisit indépendamment les maladies et les consultations déclarées par les membres des ménages pour les deux semaines précédentes.

La répartition des consultations effectuées selon le motif fait ressortir une prédominance des consultations pour des raisons de maladie (environ 90% des consultations) quels que soit la région, le statut de pauvreté et le milieu de résidence des enquêtés. Seuls 1 à 5% des consultations sont motivées par chacun des trois groupes de raisons suivantes : soins liés à la grossesse ou à l'accouchement, blessures ou accidents, autres motifs (bilan de santé, protection préventive par exemple).

Un rapprochement entre le fait d'avoir été malade au cours des deux dernières semaines et le fait d'avoir consulté ou non un personnel de santé pendant cette période permet d'apprécier le comportement des populations face à leurs problèmes de santé, même si l'on n'est pas sûr que la consultation concernait la maladie déclarée par l'individu.

En rappel, d'après l'ECAM I de 1996, l'on avait noté que la moitié seulement des personnes se déclarant malades au cours des deux dernières semaines avaient pu bénéficier de consultations à cet effet, l'autre moitié n'y ayant pas eu accès ou ayant opté de ne pas recourir aux services de santé. En 2001, les résultats de l'ECAM II permettent de noter une situation tout aussi préoccupante : sur 10 personnes ayant déclaré avoir été malades au cours des deux dernières semaines, jusqu'à 6 n'ont pas eu de consultation au cours de cette période (tableaux 2.2 et 2.3).

Ce constat du recours insuffisant aux services de santé en cas de maladie est valable pour toutes les couches de la population, dans presque toutes les régions et dans tous les milieux de résidence. La situation serait évidemment plus grave si l'on n'avait considéré que les consultations auprès d'une structure et d'un personnel de santé modernes. Bien qu'aucune explication n'ait été demandée aux enquêtés sur cette situation, l'on pourrait évoquer certaines croyances (sorcellerie, etc.) et peut-être des problèmes d'accessibilité aux soins comme étant des facteurs limitant le recours aux services de santé.

Les facteurs tels que l'âge et le sexe de l'individu malade, de même que le lien de parenté de l'individu avec le chef de ménage ne semblent pas discriminants sur la propension à recourir aux consultations de santé.

Tableau 2.2 : Pourcentage des individus ayant été malades au cours des 2 dernières semaines mais n'ayant pas eu de consultation au cours de cette période par région et milieu de résidence

Région	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Douala	57,5	54,9	55,2	///	///	///	57,5	54,9	55,2
Yaoundé	43,8	47,9	47,4	///	///	///	43,8	47,9	47,4
Adamaoua	68,9	58,7	62,4	41,8	35,8	38,8	51,0	46,4	48,4
Centre	69,7	50,1	52,5	65,0	71,0	68,1	65,1	68,1	66,8
Est	71,8	57,4	59,3	32,3	32,0	32,2	34,4	37,1	36,1
Extrême-Nord	48,0	51,1	50,0	56,4	43,7	50,8	55,9	44,8	50,7
Littoral	49,8	67,2	64,4	80,7	78,0	79,1	72,1	71,8	71,9
Nord	56,6	44,0	47,4	61,1	60,9	61,0	60,5	55,9	57,8
Nord-Ouest	71,1	61,2	62,8	68,9	67,9	68,5	69,0	65,9	67,4
Ouest	55,5	52,1	53,3	79,3	74,0	76,2	73,9	67,7	70,2
Sud	61,3	67,6	66,0	76,1	77,1	76,8	75,0	76,1	75,8
Sud-Ouest	59,9	61,3	61,2	71,2	60,4	64,9	70,6	60,8	63,8
Ensemble	55,9	54,2	54,5	64,1	61,6	62,8	62,8	58,2	59,9

Source: ECAM II, I.N.S.

Tableau 2.3 : Pourcentage des individus ayant été malades au cours des 2 dernières semaines mais n'ayant pas eu de consultation au cours de cette période par région, âge et sexe

Région	Tranches d'âge					Sexe		Ensemble
	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-54 ans	55 ans et plus	Masculin	Féminin	
Douala	51,7	55,5	54,8	54,8	64,0	55,4	55,1	55,2
Yaoundé	47,1	47,6	46,4	48,6	43,0	49,2	45,7	47,4
Adamaoua	44,7	46,2	40,5	46,9	67,8	46,1	50,2	48,4
Centre	64,5	68,0	64,9	64,9	72,3	66,6	66,9	66,8
Est	36,3	33,6	45,9	29,6	41,3	40,9	32,2	36,1
Extrême-Nord	44,4	54,9	44,8	52,0	58,0	51,4	50,1	50,7
Littoral	62,8	67,2	75,8	74,9	75,3	71,0	72,5	71,9
Nord	57,2	58,1	56,2	58,6	59,0	55,7	59,8	57,8
Nord-Ouest	57,6	64,7	68,2	69,4	75,6	63,9	70,4	67,4
Ouest	69,8	71,2	63,2	68,9	78,4	71,3	69,3	70,2
Sud	69,4	72,9	76,9	76,4	84,1	75,7	75,9	75,8
Sud-Ouest	45,5	63,0	67,2	66,1	84,4	66,6	61,2	63,8
Ensemble	54,5	60,2	58,0	60,1	69,8	59,9	59,9	59,9

Source: ECAM II, I.N.S.

2.3 Type de recours

L'étude de l'environnement dans lequel ont eu lieu les dernières consultations, à savoir le secteur et le type de centre visité, ainsi que la qualité du personnel consulté (voir tableaux 2.4 et 2.5) permet de tirer les principales conclusions suivantes :

Premièrement, les structures publiques de santé sont partout les plus sollicitées par les populations pour les consultations, comparés aux structures des secteurs privé laïc et privé confessionnel. Mais mis ensemble, le secteur privé (laïc et confessionnel) prédomine en milieu urbain et tend même à dépasser le secteur public de santé en milieu rural. La montée du secteur privé en milieu rural au Cameroun est remarquable car il n'y a pas longtemps, pour des raisons de rentabilité et d'enclavement surtout, les villages présentaient encore très peu d'intérêt en matière d'investissements privés dans le domaine de la santé. Les différences de choix entre pauvres et non pauvres ne paraissent plus assez criardes en ce qui concerne le secteur dans lequel ils sollicitent des prestations de santé. Ceci pourrait être une conséquence du rapprochement des coûts des soins dans les secteurs, ce qui est en partie le fruit de la mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaire par le Ministère de la Santé Publique.

Deuxièmement, à propos du choix du type de centre de santé, il est plus influencé par la proximité des services qui dépend de la région et du milieu de résidence des individus, mais diffère peu en fonction de leur niveau de vie. En effet, le recours aux hôpitaux de première classe et aux hôpitaux provinciaux est naturellement plus fréquent en milieu urbain et plus particulièrement dans les chefs-lieux de provinces qui les abritent ainsi que dans leurs environs ; il en est de même du recours aux officines de pharmacies plus nombreuses dans les villes. Quant aux hôpitaux de district et aux cliniques, ils ne sont que légèrement plus sollicités par les personnes issues de ménages non pauvres ; situation que l'on observe aussi en ce qui concerne les consultations dans les petits centres de santé par les pauvres. Le recours aux tradipraticiens, aux vendeurs informels et la pratique de l'automédication⁴ sont encore beaucoup plus le fait des pauvres.

Sur dix camerounais, deux n'ont pas eu recours à un personnel de santé qualifié (médecin ou autre personnel de santé moderne) pour leur dernière consultation ; seuls trois en moyenne ont consulté à cette occasion un médecin. Le choix d'un personnel hautement qualifié est fonction du niveau de vie du patient ou tout au moins du ménage auquel il appartient : les non pauvres ont le plus eu accès aux services d'un médecin du secteur moderne lors de leur dernière consultation. A l'inverse, les consultations auprès d'un personnel du secteur informel (vendeur ambulante ou fixe de médicaments, généralement pas qualifié) ou d'un tradipraticien sont relativement plus fréquentes chez les pauvres : respectivement 14 et 7% des consultations chez les pauvres contre 9 et 4% chez les non pauvres. Ce comportement reste invariant lorsqu'on passe du milieu urbain au milieu rural. Les provinces du Centre, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord sont les quatre régions dans lesquelles les taux de consultation dans ces structures informelles sont les plus élevés, variant de 30 à 43%. Une fois encore, les problèmes d'éloignement des structures sanitaires formelles seraient, au moins en partie, à la base de ce comportement.

L'on note apparemment un ralentissement du phénomène de recours aux structures informelles de santé ces cinq dernières années. Au total, près de 24% de l'ensemble des consultations en 2001 étaient orientés vers l'informel dont 5% pour les tradipraticiens, 3% pour le domicile du praticien et 16% pour les autres structures informelles (vendeurs ambulants, etc.). Par contre, on avait 64% des consultations orientées vers l'informel en 1996. Mais il faudrait tenir compte de la formalisation d'un bon nombre d'anciennes structures informelles de santé (cabinets privés de soins médicaux, infirmeries privées, etc.) désormais enregistrées et reconnues par le Ministère de la Santé Publique, gérées par des personnels plus ou moins qualifiés.

D'autres efforts entrepris par le Gouvernement sont encourageants ; par exemple la baisse des coûts des médicaments due à la vente des médicaments génériques dans les pharmacies des centres de santé formels qui attirent ainsi plus de populations. Cependant, il en faut encore plus d'efforts pour espérer réduire le recours aux vendeurs ambulants de médicaments au Cameroun. Surtout qu'ils fournissent des produits bon marché malgré leur qualité douteuse, ne perçoivent pas de frais de consultation, et qu'un nombre encore important de camerounais reste assez éloigné des centres de santé, certains ménages se trouvant à plus de dix, voire plus de vingt kilomètres du centre de santé le plus proche.

⁴ La modalité 'autres' pour le type de centre de santé comprend principalement l'automédication et le recours aux vendeurs ambulants ou autres vendeurs informels en lieu fixe.

Tableau 2.4: Répartition de la population selon le secteur de santé visité à la dernière consultation (en %)

Secteur	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Public	44,9	48,7	48,0	53,2	57,1	55,1	51,9	53,1	52,6
Prive laïc	37,1	32,9	33,7	28,0	26,2	27,1	29,4	29,4	29,4
Privé confessionnel	18,0	18,4	18,3	18,8	16,7	17,8	18,7	17,5	18,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: ECAM II, I.N.S.

Tableau 2.5: Répartition de la population selon le type de centre de santé sollicité lors de la dernière consultation (en %)

Type de centre	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Hôpital de 1ere classe	4,7	7,6	7,1	0,1	0,5	0,3	0,9	3,9	2,7
Hôpital provincial	13,9	13,2	13,3	1,4	3,1	2,2	3,4	7,9	6,1
Hôpital de district	17,9	22,4	21,6	13,9	19,6	16,7	14,5	21,0	18,4
Centre médical d'arrondissement	7,9	7,1	7,3	9,5	10,2	9,8	9,3	8,7	8,9
Centre de santé intégré	19,2	17,8	18,0	40,8	37,6	39,3	37,4	28,1	31,9
Pharmacie	2,3	3,3	3,1	0,5	0,8	0,7	0,8	2,0	1,5
Clinique	7,6	12,5	11,6	3,3	4,5	3,9	4,0	8,3	6,6
Domicile du médecin	4,6	4,5	4,5	2,7	2,6	2,6	3,0	3,5	3,3
Chez le tradipraticien	4,7	2,1	2,5	7,0	5,0	6,1	6,7	3,6	4,8
Autre	17,2	9,5	10,9	20,6	16,0	18,4	20,1	12,9	15,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: ECAM II, I.N.S.

Tableau 2.6 : Répartition de la population selon le type de personnel consulté au cours de la dernière consultation de santé (en %)

Personnel consulté	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Pharmacien	2,3	3,6	3,3	0,5	0,9	0,7	0,8	2,2	1,6
Médecin	39,1	55,3	52,4	16,6	25,0	20,6	20,1	39,5	31,7
Autre personnel de santé	37,5	30,7	31,9	58,8	54,8	56,9	55,5	43,3	48,2
Tradipraticien	4,7	2,2	2,6	7,3	5,3	6,3	6,9	3,8	5,0
Vendeur informel	15,9	7,6	9,1	13,7	10,9	12,3	14,0	9,3	11,2
Autre	0,5	0,7	0,7	3,1	3,1	3,1	2,7	2,0	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: ECAM II, I.N.S.

CHAPITRE 3. NATALITE, MORTALITE ET SANTE DE LA REPRODUCTION

Les naissances vivantes et les décès survenus dans le ménage au cours des 12 derniers mois ont été enregistrés à l'ECAM II ainsi que quelques caractéristiques des sujets concernés. En outre, l'on a récapitulé l'histoire génésique des femmes en âge de procréer (15-49 ans) en vue de connaître leur comportement actuel en matière de prévention de naissances et leur fécondité au cours des 12 derniers mois. Le présent chapitre évalue d'abord les composantes du mouvement naturel que sont la natalité et la mortalité avant d'examiner quelques renseignements ayant trait à la santé de la reproduction des femmes en âge de procréer.

3.1 Natalité et mortalité

En raison de la nature et des limites des données disponibles, seuls quelques indicateurs peuvent être estimés pour le mouvement naturel et pour la mortalité des enfants.

3.1.1 Mouvement naturel

L'estimation de la natalité et de la mortalité à partir des naissances et les décès des douze derniers mois déclarés par les 12 000 ménages environ retenues à l'ECAM II présente à coup sûr des limites d'ordre méthodologique. Elle pose en particulier le problème habituel de sous-enregistrement dû à la fois aux effets mémoires liés aux questions rétrospectives, à la spécificité de l'enquête qui visait plus l'évaluation de la pauvreté et non les aspects démographiques, ainsi que le problème de taille de l'échantillon. Il faut ajouter à cela les risques d'erreurs d'enregistrement et de datation des événements courants lors de la collecte de telles informations.

Les taux brut de natalité et de mortalité en 2001, calculés à partir des données de cette enquête sont respectivement de 35 et 16 pour mille, soit un taux d'accroissement naturel d'environ 2% par an. Ce qui dénote vraisemblablement une sous-estimation plus accentuée pour la natalité si l'on se réfère au dernier recensement démographique de 1987 où les estimations donnaient en moyenne 43 naissances et 14 décès par an pour mille habitants.

3.1.2 Mortalité des enfants

Les données collectées lors de l'ECAM II permettent d'obtenir au niveau national un taux de mortalité infantile plausible évalué à 75‰ (73‰ pour les garçons et 76‰ pour les filles). Si la situation relativement meilleure du milieu urbain par rapport au milieu rural était prévisible surtout en raison des différences d'accès aux soins de qualité, il paraît plutôt paradoxal que la mortalité des enfants croisse avec le niveau de vie du ménage.

Il convient de noter que le taux obtenu en 2001 pour l'ensemble du pays est comparable à celui de 77‰ obtenu à partir d'une méthode directe à l'EDSC –II de 1998 pour la période 0-4 ans précédant l'enquête et au taux de 76‰ obtenu par la méthode de Brass à l'enquête MICS 2000.

Tableau 3.1 : Taux de mortalité infantile (en ‰) estimé en 2001 par niveau de vie et par milieu

Sexe	Milieu		Niveau de vie		Ensemble
	Urbain	Rural	Pauvres	Non pauvres	
Masculin	66,8	76,1	59,0	80,9	73,1
Féminin	62,7	81,7	75,3	77,2	76,4
Ensemble	65,0	78,8	67,6	79,3	74,6

Source : ECAM II, I.N.S.

En ce qui concerne la mortalité juvénile (enfants de 1 à 4 ans), les données collectées à l'ECAM II sont vraisemblablement entachées par une mauvaise déclaration des âges au décès des enfants conduisant à une sous-estimation des décès aux âges juvéniles. C'est pourquoi les décès déclarés pour cette tranche d'âge représentent à peine 20‰ des décès des moins d'un an, ce qui rend vain tout essai d'estimation directe du taux de mortalité infantile.

3.2 Santé de la reproduction

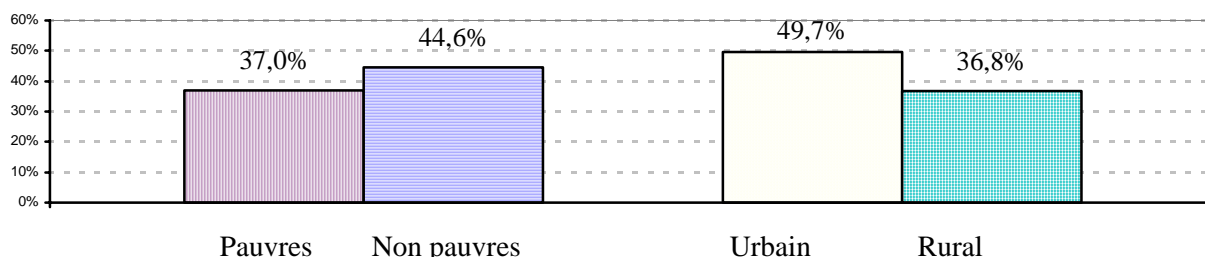
Au cours de l'ECAM II, il a été demandé à toute femme âgée de 15 à 49 ans si elle ou son partenaire utilisait une quelconque mesure pour retarder ou éviter la grossesse, la méthode utilisée devant être précisée le cas échéant, et la raison de non utilisation dans le cas contraire. En outre, on s'est intéressé à l'assistance à l'accouchement des femmes qui ont eu une naissance au cours des douze mois précédant l'enquête.

3.2.1 Prévention de grossesses

Il ressort de cette enquête que, globalement, la pratique des méthodes de planification familiale par les femmes de 15-49 ans au Cameroun est en hausse depuis au moins une décennie, surtout chez celles résidant en milieu urbain ou issues des ménages aisés. En effet, en 2001 au Cameroun, en moyenne deux femmes sur cinq utilisent une quelconque méthode de prévention de grossesses contre une femme sur quatre en 1998 (EDSC-II) et une femme sur cinq en 1991 (EDSC-I). Cette évolution s'expliquerait entre autres par l'amélioration du niveau d'éducation des femmes, la révision à la baisse du nombre d'enfants désirés par celles-ci⁵ et l'intensification des campagnes de planning familial. En moyenne en 2001, environ la moitié des femmes de 15-49 ans résidant en milieu urbain pratiquent une méthode de contraception contre moins de deux sur cinq en milieu rural. En outre, les femmes pauvres font moins d'effort pour maîtriser leur calendrier de naissances que les femmes relativement aisées.

⁵ Les résultats des EDSC-I et II montrent que le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes est passé de 6,8 en 1991 à 6,0 en 1998.

Graphique 3.1 : Proportion de femmes de 15-49 ans pratiquant des méthodes de prévention des naissances suivant le niveau de vie et suivant le milieu



Source: ECAM II, I.N.S.

Les femmes résidant dans le Grand Nord pratiquent très peu les méthodes contraceptives. Ceci peut s'expliquer par leur ignorance du fait d'un niveau d'instruction généralement bas et par divers autres facteurs culturels (croyances, coutumes,...). Cette situation est plus perceptible dans l'Adamaoua où une proportion marginale de femmes pauvres a déclaré pratiquer une méthode de contraception. Cette proportion reste peu significative pour les femmes non pauvres de cette province. Le Nord-ouest est la seule province du pays où près de trois femmes sur quatre, qu'elles soient pauvres ou non, déclarent pratiquer une méthode contraceptive. Viennent ensuite Yaoundé, Douala, ainsi que les provinces du Sud-ouest et de l'Ouest où en moyenne une femme sur deux pratique la prévention des naissances.

Tableau 3.2 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans pratiquant une méthode de prévention de naissances

Région	Niveau de vie		Total	
	Pauvres	Non Pauvres		
Douala	56,1	51,5	51,9	
Yaoundé	43,4	53,6	52,4	
Adamaoua	4,6	16,7	11,4	
Centre	28,8	28,0	28,4	
Est	39,8	32,2	35,1	
Extrême-Nord	15,0	19,5	17,2	
Littoral	32,8	44,0	40,4	
Nord	23,1	22,9	23,0	
Nord-Ouest	73,5	71,7	72,5	
Ouest	46,5	58,6	53,9	
Sud	48,8	43,3	44,9	
Sud-ouest	52,0	50,5	51,0	
CAMEROUN	Urbain	42,3	51,0	49,7
	Rural	35,9	37,7	36,8
	Ensemble	37,0	44,6	41,9

Source: ECAM II, I.N.S.

La méthode de prévention de naissances la plus utilisée par les femmes est l'abstinence périodique. Elle est pratiquée par plus de trois femmes sur cinq. Elle reste la méthode la plus utilisée dans chaque région prise individuellement.

Tableau 3.3 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans pratiquant la prévention des naissances suivant le procédé utilisé

Procédé	Pilule	Diu/stérilet	Injection	Norplant implant	Autre méthode vaginale	Stérilisation	Abstinence périodique	Condom/préservatif	Autres	Total	
Douala	3,9	0,7	3,2	0,2	0,1	0,6	51,0	39,3	0,9	100	
Yaoundé	7,1	1,0	2,2	1,1	1,5	0,9	48,4	36,6	1,2	100	
Adamaoua	7,4	3,6	6,1	///	1,3	0,6	49,1	30,6	1,3	100	
Centre	11,0	2,8	6,9	0,3	1,9	0,4	52,3	19,9	4,4	100	
Est	3,7	0,1	0,8	0,4	///	///	75,9	18,2	0,9	100	
Extrême-Nord	6,0	3,2	2,6	0,8	///	///	83,6	2,4	1,4	100	
Littoral	14,0	0,7	2,9	0,2	0,7	1,2	48,5	29,0	2,7	100	
Nord	5,8	0,1	0,8	1,1			85,8	5,0	1,5	100	
Nord-ouest	3,2	1,2	0,7	0,2	0,5	1,7	75,1	15,2	2,2	100	
Ouest	3,3	0,5	1,9	0,7	0,3	0,1	51,1	41,9	0,2	100	
Sud	8,9	0,6	4,4	1,0	2,2	0,3	62,7	19,5	0,4	100	
Sud-ouest	6,3	2,0	3,6	0,6	1,2	1,4	65,6	19,2	0,0	100	
Cameroun	Urbain	6,4	1,0	2,7	0,8	0,7	0,7	51,4	35,5	0,9	100
	Rural	4,8	1,4	2,3	0,3	0,7	0,9	70,8	17,2	1,6	100
	Ensemble	5,6	1,2	2,5	0,5	0,7	0,8	61,7	25,7	1,3	100

Source: ECAM II, I.N.S.

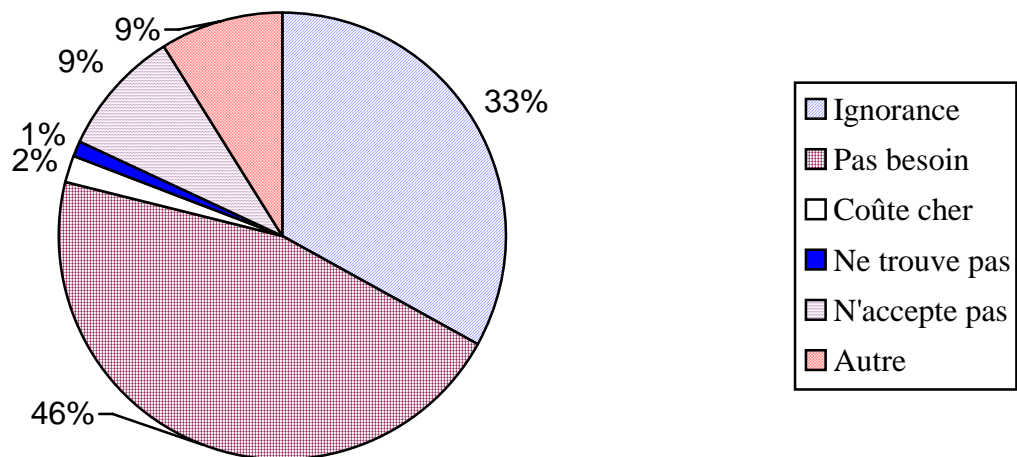
Les préservatifs ou condoms constituent la deuxième méthode de prévention de naissances utilisée par les femmes en 2001 car dans l'ensemble, une femme sur quatre qui a recours aux méthodes de prévention de grossesses l'utilise. Les pourcentages d'utilisation les plus élevés, d'environ 40%, sont observés dans la province de l'Ouest, à Yaoundé et à Douala. A l'autre extrême, l'Extrême-Nord et le Nord sont les provinces dans lesquelles les préservatifs sont encore très rarement utilisés par les femmes ou leurs partenaires.

Dans l'ensemble, parmi le reste des méthodes de prévention de naissances, seules les pilules contraceptives se démarquent quelque peu avec de 5% de femmes utilisatrices de 15-49 ans ; les autres méthodes généralement modernes (stérilets, injectables, implants, etc.) sont très rarement utilisées. La plupart de ces dernières nécessitent l'intervention d'un personnel de santé qualifié et ne sont pas toujours largement accessibles aux populations.

3.2.2 Raisons de non-prévention des naissances

Comme il a été observé ci-dessus, un peu plus de la moitié des femmes n'utilisent pas de méthode de prévention des naissances. Les raisons avancées par les non utilisatrices sont diverses : la majorité déclarent n'en avoir pas besoin ; près d'une femme sur trois parmi elles ne sait pas comment prévenir les naissances, et près d'une femme sur dix s'oppose aux méthodes de prévention des naissances. La non-utilisation des contraceptifs par des femmes en âge de procréer ne s'expliquerait donc pas souvent par l'absence de ces moyens de protection sur le marché ou par leur coût. Les facteurs socioculturels (coutumes, traditions, croyances religieuses, ...) et l'absence d'éducation en matière de planning familial en sont des explications plausibles.

Graphique3.2 : Répartition des femmes n'utilisant pas des contraceptifs suivant les raisons avancées



Source: ECAM II, I.N.S.

Un examen minutieux du comportement des femmes selon l'âge permet de relever quelques différences. En effet, près de trois femmes sur cinq âgées de 45-49 ans trouvent qu'elles n'en ont pas besoin ; il en est de même de près d'une femme sur deux de la tranche d'âge 25-44 ans et de deux femmes sur cinq âgées de 15-24 ans. Pour le premier groupe, cette situation peut s'expliquer par la ménopause. Quant aux femmes âgées de 25 à 44 ans, leur position s'expliquerait surtout par le désir d'avoir des enfants, la plupart d'entre elles étant mariées. En ce qui concerne les femmes âgées de 15 à 24 ans, la proportion élevée (deux sur cinq) de celles trouvant inutile pour elles la prévention des naissances paraît surprenante étant donné que les femmes de cette tranche d'âge sont en général sexuellement actives, plus de la moitié d'entre elles étant encore célibataires. A titre d'illustration, d'après les résultats de l'EDSC-II de 1998, seulement 13% des femmes de 15-49 ans n'avaient pas encore eu de rapport sexuel et la moitié des femmes de cette tranche d'âge avaient eu leur premier rapport sexuel avant 17 ans. De plus, d'après cette enquête, presque toutes les femmes de la tranche d'âge 20-25 ans avaient déjà eu leur premier rapport sexuel. Il y a lieu de s'interroger sur les mesures prises par ces dernières pour se protéger ne fut-ce que contre les MST et le SIDA, étant donné que si elles ou leurs partenaires utilisaient les préservatifs contre ces maladies, elles auraient dû être considérées à l'ECAM II comme utilisatrices d'une méthode de prévention de grossesses.

Une analyse suivant les régions permet de relever que c'est dans les régions fortement urbanisées du pays que la majorité des femmes qui ne pratiquent pas la prévention des naissances déclarent n'en avoir pas besoin. C'est le cas de près de trois femmes sur cinq dans la province de l'Ouest, qu'elles soient pauvres ou non. A Douala et à Yaoundé, cette proportion est d'environ sept femmes pauvres sur dix. A l'exception de l'Extrême-Nord où seulement une femme sur cinq n'utilisant pas de méthode de prévention des naissances pense n'en avoir pas besoin, cette proportion est d'au moins deux femmes sur cinq dans toutes les régions du pays.

L'ignorance est la principale raison de non pratique de la prévention des naissances, notamment dans le Grand Nord, dans l'Est et le Sud-Ouest. En particulier, jusqu'à deux femmes sur trois dans l'Extrême-Nord ne pratiquant pas de méthode contraceptive ont déclaré ne pas savoir comment procéder. Il n'existe pas de grande différence selon le niveau de vie. En rappel, dans les deux grandes métropoles du pays et dans la province de l'Ouest, la majorité des femmes affirment ne pas pratiquer la prévention des naissances non par ignorance, mais parce qu'elles pensent n'en avoir pas besoin.

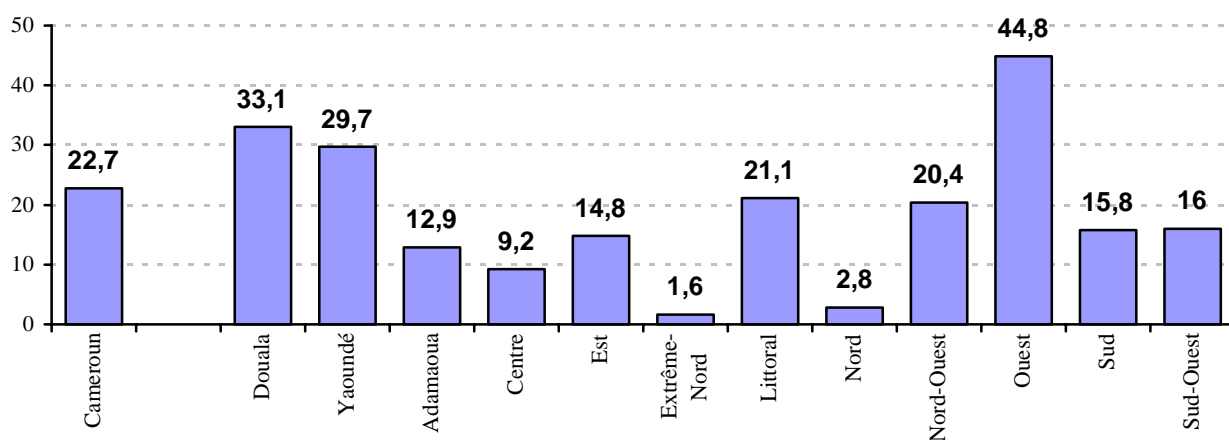
3.2.3 Lutte contre les MST et SIDA

L'on vient de noter des différences de comportement des femmes vis-à-vis de la prévention des naissances selon diverses caractéristiques contextuelles et individuelles, notamment selon la région de résidence, l'âge et l'état matrimonial de la femme. Certaines méthodes contraceptives telles que les préservatifs ou condoms et l'abstinence totale assurent non seulement une protection de la femme contre les grossesses indésirées, mais aussi contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA.

Or d'après ce qui précède, la contribution des femmes célibataires de 15-49 ans dans la lutte contre les MST/SIDA reste encore insignifiante en 2001 au Cameroun car moins du quart d'entre elles déclarent utiliser les préservatifs ou condoms avec leurs partenaires. Les femmes divorcées, séparées ou les veuves en utilisent encore de façon plus marginale.

Le graphique 3.3 montre que c'est dans la province de l'Ouest que parmi les femmes qui s'efforcent à contrôler leur naissances, le pourcentage de femmes célibataires déclarant utiliser des préservatifs avec leurs partenaires est le plus élevé (45%). Dans les régions de Douala et Yaoundé, ce pourcentage est respectivement de 33 et 30%. A l'opposé, dans l'Extrême-Nord et le Nord, la quasi-totalité des femmes célibataires affirment ne pas utiliser de préservatif avec leurs partenaires.

Graphique 3.3 : Pourcentage des femmes célibataires utilisant les préservatifs parmi celles qui utilisent une méthode de prévention des naissances



Source: ECAM II, I.N.S.

Pour les divorcées et séparées, il n'y a que trois régions où plus d'une femme sur dix pratiquant la prévention des naissances utilisent les préservatifs. Il s'agit de Yaoundé, du reste du Centre et du Sud. A l'autre extrême se classent Douala et la province de l'Ouest dans lesquelles cette proportion avoisine les 8%.

L'abstinence périodique ne signifiant pas abstinence totale, elle ne saurait être retenue comme une méthode de lutte contre les MST/SIDA. Si à l'ECAM II, la question avait dissocié l'abstinence totale de l'abstinence périodique, il aurait été possible d'identifier les femmes qui, en s'abstenant totalement des relations sexuelles, se protègent efficacement contre les MST/SIDA.

Ainsi, une bonne sensibilisation à l'utilisation des préservatifs est nécessaire pour mieux lutter contre les MST/SIDA dont les ravages se sont aggravés ces dernières années au Cameroun. En effet, le taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population sexuellement active évalué à 5,5% en 1996 est passé à 11% en 2000⁶ ; les populations de la tranche d'âge 15-34 ans étant les plus touchées car enregistrant près de la moitié des séropositifs.

Pour pouvoir assurer le contrôle de la pandémie du VIH/SIDA, objectif général de la lutte contre les MST/SIDA et la tuberculose fixé par la Stratégie sectorielle de santé, des objectifs spécifiques ont été définis. Parmi ceux-ci, il conviendrait de s'appesantir particulièrement sur la sensibilisation d'au moins 85% des femmes et filles de la zone urbaine d'ici 2003 et 80% en zone rurale. Avec l'aide des chefs traditionnels et des leaders locaux, le Ministère de la Santé Publique, à travers le Comité de lutte contre le VIH/SIDA et ses partenaires intervenant sur le terrain, devra continuer à organiser des séances d'information et d'éducation animées par les femmes dans les villages du Cameroun. Il devra aussi continuer à organiser des entretiens éducatifs avec les élèves pendant la semaine de la Jeunesse pour mieux les sensibiliser contre les comportements à risque pour ce fléau.

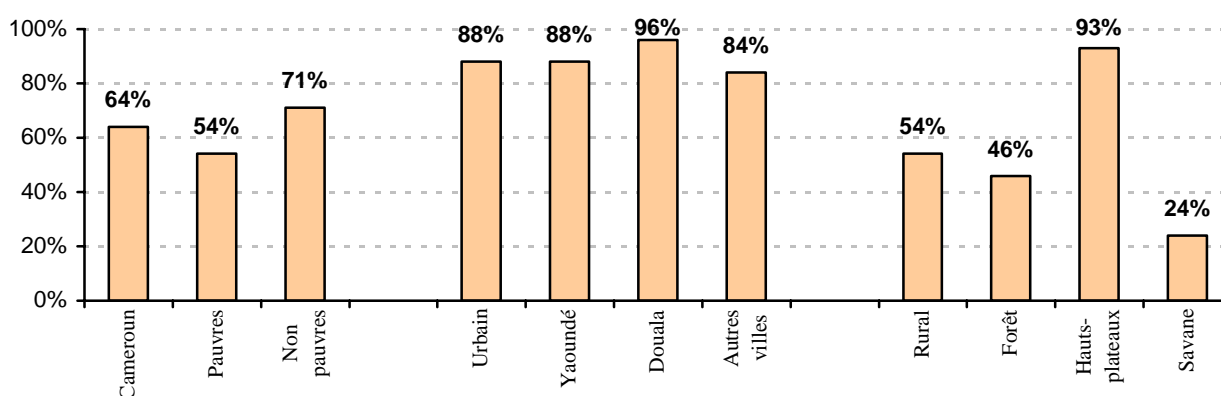
3.2.4 Assistance à l'accouchement

L'objectif général de la Stratégie sectorielle en matière de santé de reproduction est « d'assurer la prise en charge efficace des problèmes de santé de la mère, de l'adolescent et de la personne âgée ». L'un des objectifs spécifiques de ce volet relatif à l'assistance à l'accouchement consiste à « augmenter la prise en charge des accouchements par le personnel qualifié de 54% à au moins 70% d'ici 2005 ».

En 2000, l'enquête MICS a montré que seulement trois femmes sur cinq parmi celles qui ont accouché au cours des douze derniers mois avaient bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié. En général, ce type de personnel intervenant dans la santé de la reproduction exerce dans des centres de santé formels, et l'on peut présumer que les accouchements qui ont lieu dans de tels centres bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié. En 2001, d'après l'ECAM II, seulement 64,2% des femmes ayant accouché au cours des douze derniers mois l'ont fait dans un centre de santé formel. Il aurait donc eu une amélioration significative entre les années 2000 et 2001 en ce qui concerne l'assistance des femmes à l'accouchement (de 60% à 64,2%). Cependant, la tâche reste encore difficile pour atteindre cet objectif consistant à hisser la proportion des accouchements pris en charge par le personnel qualifié à au moins 70% d'ici 2005 dans les régions où le niveau de cet indicateur est encore bas. C'est le cas dans plusieurs régions, surtout en zones rurales Savane et Forêt où respectivement moins du quart et moins de la moitié des femmes ont accouché dans un centre de santé formel en 2001.

⁶ Le document de Stratégie sectorielle de Santé montre en page 15 la courbe d'évolution de la prévalence du VIH. Cette prévalence est passée de 0,5% en 1987 à 5,5% en 1995, puis 7,2% en 1998 et se situe à 11% en 2000. Ce qui veut dire qu'un peu plus de un Camerounais sur dix est séropositif.

Graphique3.4 : Proportion de femmes ayant accouché dans une formation sanitaire formelle



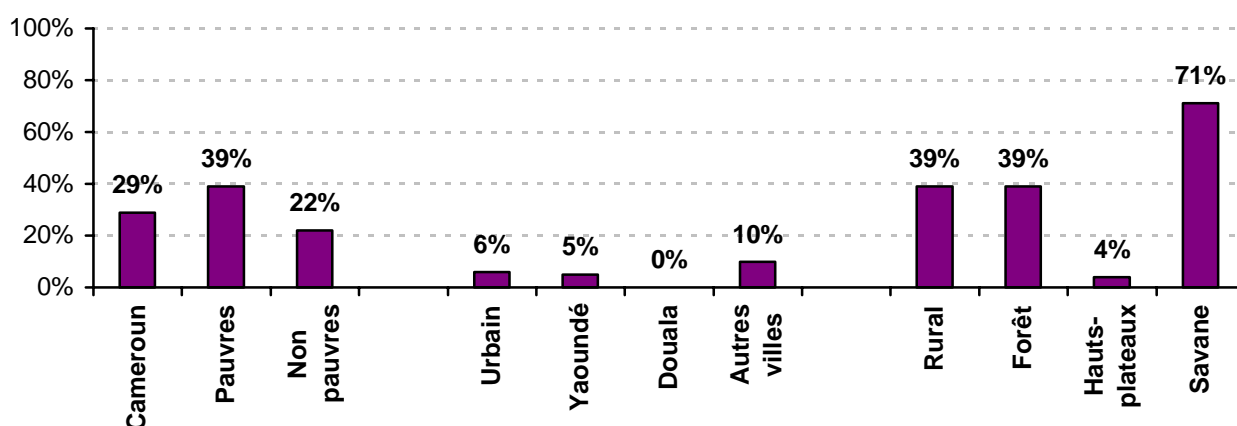
Source: ECAM II, I.N.S.

La situation n'est pas uniforme en milieu rural bien que dans l'ensemble, la proportion des femmes rurales qui ont accouché dans une formation sanitaire formelle soit restée en deçà de la moyenne nationale. Les objectifs fixés par la Stratégie sectorielle de santé sont cependant déjà atteints en 2001 dans les villages des Hauts plateaux où plus de neuf enfants sur dix sont nés dans une formation sanitaire formelle. Cette situation meilleure à celle observée dans certains centres urbains pourrait s'expliquer par la proximité des centres de santé dans cette partie du pays, le niveau d'éducation et le niveau de vie des populations relativement élevés par rapport aux autres régions.

Par contre, dans les villages de la zone Savane, la majorité des enfants ont été accouchés à domicile. Ce problème se pose d'ailleurs dans tout le Grand Nord et surtout dans l'Extrême-Nord et le Nord où près de deux femmes sur trois ont accouché à domicile. Une attention particulière devrait également être portée sur la partie rurale de la zone Forêt où près de deux femmes sur cinq ont accouché à domicile. Les accouchements à domicile restent aussi importants dans l'ensemble de la partie méridionale du Cameroun en 2001. En effet, la moitié des femmes de la province de l'Est et le tiers environ des femmes dans la région du Centre hormis Yaoundé ont accouché à domicile. Plus grave, dans la province du Sud, près d'une femme sur cinq a accouché à domicile et une sur dix a été assistée par une accoucheuse traditionnelle.

Les objectifs nationaux figurant dans la Stratégie sectorielle de santé et relatifs à l'assistance lors de l'accouchement sont largement atteints en 2001 dans la partie urbaine du pays mais méritent d'être consolidés : 88% de femmes urbaines qui ont accouché au cours des douze derniers mois précédant l'ECAM II l'ont fait dans une formation sanitaire formelle. Plus particulièrement, dans la ville de Douala, le problème semble ne plus se poser, aucune femme n'ayant déclaré avoir accouché chez une accoucheuse traditionnelle, ni chez le tradipraticien et ni à domicile en 2000/2001.

Graphique 3.5 : Proportion de femmes ayant accouché à domicile



Source: ECAM II, I.N.S.

La diminution des accouchements à domicile pourra être assurée si les populations rurales de la partie septentrionale du pays et de la zone forêt ont un accès facile aux centres de santé. Dans ces régions du pays, les populations sont en moyenne à plus de 4,5 km des centres de santé et à 27 km ou plus des routes bitumées. D'où la difficulté pour de nombreux ménages d'accéder d'urgence aux centres de santé formels. Cette situation est accentuée par le fait que le transport en commun est peu développé dans cette partie du pays, les bicyclettes et les motocycles y étant les moyens les plus utilisés. Ces moyens de transport ne sont pas appropriés pour conduire les femmes enceintes vers les centres de santé. La création des voies de communication et l'encouragement de l'investissement dans le transport en commun par les pouvoirs publics permettraient aux populations des zones enclavées du pays d'accéder plus facilement aux formations sanitaires et donc de bénéficier entre autres choses d'une assistance qualifiée pendant les accouchements. Ce faisant, les nouveau-nés pourraient bénéficier directement des vaccins essentiels recommandés dès leur naissance.

CHAPITRE 4. COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

L'étude de la couverture vaccinale des enfants de moins de trois ans sur la base des informations disponibles à l'ECAM II se penche d'abord sur la possession d'un carnet de vaccination, puis sur les taux d'immunisation des enfants de 12-23 mois contre les maladies cibles du programme élargi de vaccinations (PEV), et enfin sur la participation des enfants aux journées nationales de vaccination (JNV).

Il convient de rappeler que quatre vaccins sont administrés dans le cadre du PEV pour prévenir six maladies de l'enfance. Il s'agit du BCG (contre la tuberculose), du vaccin anti-Polio (contre la poliomyélite), du DTCOQ (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) et du ROUVAX (contre la rougeole). L'enfant reçoit en principe une dose unique BCG à la naissance, puis quatre doses de POLIO (POLIO 0 à 3) et trois de DTCOQ (DTCOQ1 à 3) dont une de chaque peu après la naissance, et une dose unique de ROUVAX vers 9 mois.

Normalement, ces vaccins se délivrent en permanence dans la plupart des formations sanitaires du pays. Mais le PEV organise de temps en temps des campagnes visant à améliorer l'accès des populations à ces vaccins, notamment à l'occasion des journées nationales de vaccination (JNV).

A l'ECAM II, l'on s'est intéressé uniquement à la couverture vaccinale complète des enfants contre chacune des maladies cibles du PEV c'est-à-dire à l'administration de la (dernière) dose de vaccin qui devrait procurer l'immunisation à l'enfant. En outre ont été recueillies au cours de cette enquête des informations relatives à la possession d'un carnet de vaccination et à la participation de l'enfant aux dernières JNV.

4.1 Possession d'un carnet de vaccination

Au Cameroun en 2001, seulement 70% des enfants de moins de trois ans possèdent un carnet de vaccination. Ceci laisse croire que tous les enfants de cette tranche d'âge ne sont pas vaccinés contre les maladies cibles du PEV.

La situation varie cependant suivant la région. En effet, la possession d'un carnet de vaccination est presque universelle pour les enfants de moins de trois ans à Yaoundé, dans le Nord-ouest, l'Ouest, le Sud-ouest, à Douala et, dans une certaine mesure, dans le reste du littoral. Les provinces du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Est sont celles où très peu d'enfants ont un carnet de vaccination.

En dehors de la province du Sud, la proportion des enfants de moins de 3 ans possédant un carnet de vaccination est plus importante chez les non pauvres que chez les pauvres. De plus, les enfants vivant en zone urbaine ont plus de chance de disposer d'un carnet de vaccination que ceux de la zone rurale.

Les variations observées sont imputables à l'enclavement des localités, au niveau d'instruction et au niveau de vie des populations dans les régions, etc.

La possession d'un carnet de vaccination est encore moins fréquente chez les enfants de moins d'un an : à peine deux enfants sur trois de cette tranche d'âge en possèdent.

Au contraire, les enfants de la tranche d'âge 2-3 ans ont plus fréquemment de carnets de vaccination que leurs cadets. Etant donné qu'en principe tous les vaccins du PEV sont administrés aux enfants avant l'âge d'un an, chaque enfant devrait en principe avoir un carnet de vaccination au cours de sa première année de vie. Les résultats précédents laissent pourtant penser que de nombreux enfants se vaccinent tardivement au Cameroun.

Tableau 4.1: Pourcentages d'enfants de moins d'un an et d'enfants de moins de trois ans possédant un carnet de vaccination

Région	Enfants de moins d'un an			Enfants de moins de trois ans			
	Pauvres	Non pauvres	total	Pauvres	Non pauvres	total	
Douala	80,2	87,0	86,1	75,3	86,5	85,0	
Yaoundé	75,7	91,4	88,9	77,6	92,0	90,1	
Adamaoua	51,5	76,8	65,6	60,6	75,9	69,2	
Centre	55,6	70,8	63,2	61,8	74,3	68,0	
Est	51,8	51,0	51,3	49,1	55,1	52,3	
Extrême-Nord	27,3	42,0	34,2	40,6	50,4	45,2	
Littoral	71,7	93,4	86,1	72,3	89,5	82,6	
Nord	36,3	47,1	41,6	39,8	44,0	41,8	
Nord-ouest	85,6	88,4	86,9	85,5	93,7	89,1	
Ouest	79,6	87,0	84,2	82,4	91,1	88,1	
Sud	59,9	67,1	64,7	67,9	61,3	63,4	
Sud-ouest	83,2	90,2	87,9	86,2	88,7	87,9	
	Urbain	69,2	88,6	85,0	72,0	88,4	85,3
Cameroun	Rural	54,4	63,1	58,7	59,9	66,8	63,2
	Ensemble	56,4	73,5	66,5	61,6	76,1	70,0

Source : ECAM II, I.N.S.

Etant donné les différences de calendrier des vaccinations et de propensions des populations à solliciter les services de vaccination, l'on peut présumer l'existence de disparités de taux de couverture entre les différents types de vaccins aussi bien dans le temps, dans l'espace que selon le groupe considéré. D'où l'importance d'une analyse comparative de ces taux de couverture vaccinale afin de déterminer les catégories de population plus ou moins exposées à certaines maladies qui auraient dû être évitées par la vaccination.

4.2 Immunisation des enfants contre les maladies cibles du programme élargi de vaccinations (PEV)

4.2.1 Immunisation complète contre l'ensemble des maladies cibles du PEV

L'étude de l'immunisation contre les maladies-cibles du PEV est pertinente pour les enfants de 12-23 mois, lesquels sont supposés avoir déjà reçu toutes les doses de vaccins nécessaires pour se protéger. En outre, le programme élargi de vaccination (PEV) mis sur pied par le Gouvernement a pour objectif de faire passer le taux de couverture vaccinale des enfants de cette tranche d'âge à plus de 80% d'ici 2005.

En principe, lors des campagnes de vaccination, l'administration des quatre vaccins concernés, à savoir le BCG (contre la tuberculose), le POLIO (contre la poliomyélite), le DTCOQ (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) et le ROUVAX (contre la rougeole) est gratuite. Au cours des journées nationales de vaccination (JNV), des équipes mobiles sont déployées dans tout le pays pour vacciner le maximum d'enfants. Les différences en matière de taux d'immunisation contre ces maladies devraient donc être imputables à l'accessibilité géographique aux services de santé, aux difficultés techniques telles que les ruptures de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins ainsi qu'aux facteurs culturels (croyances, ...) plutôt qu'aux problèmes de coût des vaccins.

D'après l'ECAM II (Voir tableau 4.2), seulement 55,3% des enfants de 12-23 mois étaient entièrement immunisés contre les six maladies cibles du PEV en 2001. La situation des enfants est meilleure en milieu urbain qu'en milieu rural : les taux d'immunisation complète par l'ensemble des quatre vaccins préconisés dans le cadre du PEV sont respectivement de 67% et 50% dans ces milieux.

Les enfants des pauvres sont les plus défavorisés car seulement 47% parmi eux sont complètement immunisés contre 61% des enfants issus des familles aisées. Les chances qu'un enfant issu d'une famille aisée soit immunisé sont davantage élevées si cette famille réside en milieu urbain. C'est ainsi que trois enfants sur quatre sont entièrement immunisés à Yaoundé ; trois enfants sur cinq à Douala et près de deux sur trois dans les autres villes. Un fait remarquable est que dans la zone rurale Hauts-plateaux, les enfants sont plus immunisés que ceux des autres villes du pays hormis Yaoundé et Douala. La zone rurale Savane connaît un sérieux problème en matière de vaccination des enfants, moins de trois enfants sur dix y étant complètement immunisés.

Pour atteindre l'objectif de porter la couverture vaccinale des enfants à 80% au moins d'ici 2005, les campagnes de vaccination devront donc s'intensifier dans le Grand Nord et surtout dans sa partie rurale, sans bien sûr oublier la zone rurale Forêt.

En rappel, le taux d'immunisation complète contre les maladies-cibles du PEV dans le milieu urbain était de 48,6% en 1998 (EDSC-II) avant de passer à 67% en 2001 (ECAM II), ce qui dénote une amélioration significative. A ce rythme, il suffira d'un peu d'efforts pour que l'objectif fixé soit atteint dans l'ensemble du milieu urbain et dans la partie rurale des Hauts plateaux. Par contre, il faudrait accentuer les efforts dans les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord où le taux d'immunisation contre ces maladies est encore insignifiant. Il en est de même de la province de l'Est dans la mesure où le taux d'immunisation des enfants de moins d'un an y est encore inférieur à 50%.

Des mesures spécifiques devraient être prises pour améliorer le taux d'immunisation des enfants des exploitants agricoles et des chômeurs contre les maladies du PEV. Ce sont en effet les groupes socioéconomiques dans lesquels très peu d'enfants sont complètement immunisés.

Tableau 4.2: Taux d'immunisation complète des enfants contre les six maladies-cibles du PEV

Région	Niveau de vie		Total
	Pauvres	Non pauvres	
Douala	65,5	60,0	60,7
Yaoundé	45,9	79,1	74,8
Adamaoua	38,1	65,5	53,6
Centre	60,7	55,4	58,0
Est	29,5	63,5	47,2
Extrême-nord	33,9	34,1	34,0
Littoral	49,0	78,5	65,5
Nord	22,3	31,6	27,2
Nord-ouest	54,3	81,7	65,4
Ouest	64,0	71,0	68,2
Sud	47,8	64,1	57,8
Sud-ouest	74,8	70,2	71,9
Cameroun	Urbain	53,1	70,2
	Rural	46,5	54,5
	Ensemble	47,4	61,2

Source: ECAM II, I.N.S.

Il convient à présent d'examiner vaccin par vaccin les taux d'immunisation des enfants de 12-23 mois présentés au tableau 4.3.

4.2.2 Immunisation contre la tuberculose

En 2001, près de trois enfants de 12-23 mois sur quatre ont déjà reçu le BCG dans tout le pays. Cependant, comme pour les autres vaccins, les enfants de la partie septentrionale restent défavorisés. En effet, seulement 55% des enfants de la zone rurale Savane ont reçu ce vaccin. Avec seulement 41% des enfants qui ont reçu le BCG, la province du Nord est celle qui mérite une attention particulière des autorités et partenaires de la santé. La situation n'est pas non plus reluisante dans les provinces de l'Extrême-Nord et de l'Est où un peu plus de la moitié des enfants ont été vaccinés. Dans les provinces septentrionales, cette situation peut être mise en rapport avec l'importance des accouchements à domicile. Le BCG étant administré à la naissance, les enfants nés à domicile, surtout dans les villages éloignés des centres de santé formels, ont peu de chance de bénéficier de ce vaccin à la naissance.

Les proportions observées pour le BCG dans les autres régions, sans être idéales, ne sont pas aussi faibles. Neuf régions d'enquête sur douze présentent un taux de couverture vaccinale supérieur à 70%. Rares sont les enfants de l'Ouest et des deux grandes métropoles du pays qui n'ont pas reçu ce vaccin. Des efforts restent à fournir pour y conserver les acquis et chercher à atteindre l'objectif d'immunisation universelle.

4.2.3 Immunisation contre la poliomyélite

Les taux d'immunisation des enfants de 12-23 mois par le vaccin anti-poliomyélite ont significativement évolué par rapport à 1998. De 47% en 1998, la proportion des enfants de 12-23 mois qui ont reçu toutes les doses de vaccin contre la polio est passée à 68% en 2001. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique devrait veiller à ce que lors des prochaines JNV, des efforts soient faits dans les régions encore faiblement couvertes et plus particulièrement dans la partie rurale du Grand Nord où très peu d'enfants sont vaccinés. En même temps, il conviendrait que soient renforcés les acquis dans les autres régions du pays où les taux d'immunisation avoisine déjà les 80%.

Bien que les cas signalés de polio se fassent de plus en plus rares au Cameroun, des initiatives louables comme celles des journées synchronisées de vaccination en Afrique Centrale en dehors des traditionnelles journées nationales de vaccination et des opérations courantes de vaccination dans les centres de santé concourront à éradiquer définitivement la poliomyélite du pays.

4.2.4 Immunisation par le DTCOQ

Les taux d'immunisation des enfants de 12-23 mois par le DTCOQ en 2001 ne sont en général pas très différents des taux obtenus pour le vaccin anti-poliomyélite. Avec seulement 67,3% d'enfants de 12-23 mois immunisés en 2001, le DTCOQ est le second vaccin pour lequel le PEV doit beaucoup porter son attention après la rougeole.

Le pourcentage des enfants ayant reçu complètement ce vaccin a significativement augmenté par rapport à 1998 où il était de 51% (EDSC-II). Il faut cependant noter que sa prise en plusieurs doses comme le vaccin contre la polio paraît un peu difficile pour les parents, surtout les plus démunis et les moins instruits ; ils éprouveraient en effet des difficultés pour se rappeler les dates de rendez-vous ou pour se rendre dans les centres de santé formels. Il est à remarquer que la situation s'est davantage améliorée par rapport à 1998 en milieu rural où l'on est passé de 44% à 62% d'enfants ayant reçu le DTCOQ en 2001. En milieu urbain, ce pourcentage est plutôt passé de 68% en 1998 à 79% en 2001.

En 2001, l'on note des différences de taux d'immunisation par le DTCOQ selon le niveau de vie, le milieu et la région de résidence du ménage. C'est ainsi que les enfants de pauvres sont, encore une fois, défavorisés par rapport à ceux des non pauvres. Le taux d'immunisation par le DTCOQ augmente avec quintile de dépenses du ménage. Les enfants vivant dans la zone rurale Savane restent les plus défavorisés car seulement 42% ont reçu le DTCOQ. Cette proportion est presque deux fois plus élevée pour les villages de la zone rurale Hauts plateaux et les enfants résidant en milieu urbain. Une comparaison régionale permet de relever que le Nord-ouest, le Sud-Ouest et Yaoundé sont les régions qui enregistrent les plus forts taux d'immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la tuberculose. A l'opposé se trouvent les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord.

4.2.5 Immunisation contre la rougeole

Des six maladies-cibles du PEV contre lesquelles les enfants doivent prendre un vaccin au cours de leur première année de vie, la rougeole est celle que les parents semblent un peu négliger. Quels que soient la région, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage, le vaccin contre la rougeole est celui que les enfants ont le moins souvent reçu. Dans l'ensemble, seulement trois enfants de 12-23 mois sur cinq ont reçu ce vaccin. Le taux d'immunisation des enfants contre la rougeole est un peu plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Le ROUVAX, comme les autres vaccins, a été administré à très peu des enfants dans les zones rurales Savane et Forêt. Pourtant dans la zone des Hauts-plateaux, la proportion d'enfants ayant reçu ce vaccin est proche de celle des villes de Douala et de Yaoundé et dépasse largement celle des autres villes du pays. Yaoundé, Douala, le Sud-Ouest et le Nord-Ouest sont les régions du Cameroun où le vaccin contre la rougeole a été administré à environ trois enfants sur quatre. Dans cette dernière région, les non pauvres qui sont apparus comme ayant tendance à vacciner systématiquement leurs enfants contre les autres maladies-cibles du PEV, semblent quelque peu négliger la vaccination contre la rougeole. Dans la partie septentrionale du pays, l'Adamaoua est la seule province où le taux d'immunisation des enfants contre la rougeole dépasse 60%. Au Nord et à l'Extrême-Nord, les taux d'immunisation contre la rougeole sont les plus bas (30 à 40% environ). La situation paraît meilleure mais reste peu enviable dans la province de l'Est où un peu moins de la moitié des enfants bénéficie de cette protection.

Les enfants de pauvres, surtout ceux résidant en milieu rural, ont le moins reçu la vaccination contre la rougeole.

Le vaccin contre la rougeole étant en principe le dernier vaccin dans le calendrier préconisé par le PEV ne devrait être administré qu'à l'âge de 9 mois. De ce fait, la durée de rattrapage relativement plus courte par rapport aux autres vaccins, ajoutée à l'absence de carnet de vaccination surtout dans familles pauvres ou du milieu rural pour rappeler la date et faciliter le suivi vaccinal de l'enfant, pourraient expliquer les faibles taux d'immunisation contre la rougeole comparés aux autres maladies-cibles du PEV.

Tableau 4.3: Taux d'immunisation des enfants de 12-23 mois par les quatre vaccins préconisés dans le cadre du PEV

Région	Pauvres				Non pauvres				Total				
	BCG	Polio	DT-COQ	Rougeole	BCG	Polio	DT-COQ	Rougeole	BCG	Polio	DT-COQ	Rougeole	
Douala	73,3	79,0	79,0	71,1	79,6	75,2	74,4	76,1	78,8	75,7	75,0	75,4	
Yaoundé	52,9	51,0	45,9	45,9	86,9	85,9	85,8	84,5	82,6	81,5	80,8	79,6	
Adamaoua	66,0	41,2	40,7	53,5	78,8	76,1	71,5	69,1	73,3	61,0	58,1	62,3	
Centre	85,1	83,1	78,8	65,1	75,0	71,0	64,9	56,2	80,0	77,0	71,8	60,6	
Est	54,9	45,7	41,8	29,5	76,6	72,5	71,0	65,9	66,2	59,6	57,0	48,4	
Extrême-Nord	57,4	49,4	46,3	38,8	67,4	46,4	53,3	44,3	62,2	47,9	49,7	41,4	
Littoral	65,8	71,6	68,5	58,4	89,0	87,7	86,0	81,0	78,8	80,6	78,3	71,0	
Nord	42,5	35,1	32,7	24,9	38,8	32,8	32,7	32,8	40,5	33,9	32,7	29,1	
Nord-Ouest	73,5	66,3	71,3	69,2	98,1	98,2	100,0	83,5	83,5	79,2	82,9	74,9	
Ouest	88,4	77,3	77,5	64,3	92,3	84,6	84,2	75,5	90,7	81,6	81,5	71,0	
Sud	75,8	78,9	52,2	71,7	79,3	80,4	78,4	68,3	77,9	79,8	68,2	69,6	
Sud-Ouest	85,6	86,9	76,1	76,1	82,9	81,2	84,0	71,3	83,9	83,4	81,0	73,1	
Cameroun	Urbain	68,2	65,7	64,3	54,5	85,5	82,6	82,4	76,1	82,2	79,3	78,9	72,0
	Rural	68,8	62,1	59,0	54,2	73,4	65,6	66,0	59,2	71,0	63,7	62,3	56,5
	Ensemble	68,7	62,5	59,7	54,2	78,5	72,8	73,0	66,4	74,3	68,4	67,3	61,2

Source: ECAM II, I.N.S.

4.2.6 Absence totale d'immunisation contre les maladies-cibles du PEV

La proportion des enfants de 12-23 mois n'ayant été immunisés par aucun des quatre vaccins préconisés par le PEV est de 19%. Dans l'ensemble, l'on ne note donc pas de changement par rapport à 1998 où cette proportion avoisinait les 20%, ceci en dépit des fréquentes campagnes de vaccination organisées dans le pays par différents acteurs relevant du Ministère de la Santé Publique.

Néanmoins, en milieu urbain s'observe une augmentation significative de cette proportion : elle est passée de 5% en 1998 à 11% en 2001.

La stabilité relative de cet indicateur en milieu rural (25% en 1998 et 23% en 2001) cache des disparités régionales. En particulier, il y a lieu de penser que la partie septentrionale du pays contribue à freiner la baisse de cette proportion au niveau national car la zone rurale Savane présente en 2001 une proportion record de 41% d'enfants n'ayant été immunisés par aucun des quatre vaccins préconisés par le PEV. Pourtant, les villages de la zone des Hauts-plateaux n'ont que 9% d'enfants dans cette situation. Environ la même proportion est observée dans la ville de Douala, et un peu plus (11 à 12%) à Yaoundé et dans les autres villes du pays.

Les enfants des pauvres sont les moins protégés contre l'ensemble des maladies-cibles du PEV : 23% d'entre eux n'ont été immunisés par aucun des vaccins préconisés par ce programme contre 16% seulement pour les enfants issus de ménages aisés.

Au regard des objectifs fixés par la Stratégie sectorielle de la santé, le Ministère de la Santé Publique, dans son combat contre la poliomyélite et les autres maladies infantiles, a intérêt à intensifier ses efforts plus particulièrement dans la partie septentrionale et dans l'Est du pays. Ces efforts devraient être permanents, avec un point d'honneur réservé aux prochaines Journées Nationales de Vaccination. En effet, ces régions sont celles qui détiennent les plus grands pourcentages d'enfants de 12-23 mois exposés à toutes les maladies infantiles cibles du PEV. Plus particulièrement dans la province du Nord, ce pourcentage se situe à 55%. La situation n'est pas non plus satisfaisante dans les provinces de l'Extrême-Nord, de l'Est et de l'Adamaoua où un à deux enfants sur cinq sont exposés aux maladies-cibles du PEV. Au contraire, dans les provinces de l'Ouest et du Sud-Ouest, le taux de non-immunisation des enfants n'est que de 5% et 7% respectivement.

Tableau 4.4 : Taux d'absence totale d'immunisation des enfants contre les maladies cibles du PEV

Région	Niveau de vie		Total	
	Pauvres	Non pauvres		
Douala	3,5	10,3	9,4	
Yaoundé	39,6	7,1	11,2	
Adamaoua	28,3	18,2	22,6	
Centre	7,1	16,4	11,8	
Est	43,4	21,7	32,1	
Extrême-Nord	35,5	29,9	32,8	
Littoral	21,7	2,4	10,9	
Nord	49,1	59,9	54,8	
Nord-ouest	17,3	0,0	10,3	
Ouest	9,9	2,1	5,3	
Sud	8,6	15,1	12,6	
Sud-ouest	1,7	10,1	6,9	
Cameroun	Urbain	23,9	8,0	11,0
	Rural	23,1	22,4	22,8
	Ensemble	23,2	16,2	19,2

Source: ECAM II, I.N.S.

4.3 Participation aux journées nationales de vaccination (JNV)

Au niveau national, un enfant de moins d'un an sur quatre a participé aux dernières journées nationales de vaccination (JNV) en 2000 ou en 2001⁷. Ce taux apparemment bas pourrait se justifier par le fait que dans plusieurs localités, de nombreux parents n'attendent pas les JNV pour vacciner leurs enfants.

Le taux de participation des enfants de moins d'un an aux JNV n'est pas différent selon le niveau de vie ni selon le milieu de résidence du ménage. Ce résultat découle vraisemblablement du schéma de mise en œuvre de ces journées. En effet lors des JNV, en plus des équipes fixes, des équipes mobiles se déploient dans toutes les zones du pays. Elles se déplacent vers les populations même les plus éloignées pour leur administrer les vaccins sans aucune discrimination.

Il existe pourtant quelques disparités régionales concernant la participation des enfants aux JNV. En effet, la province du Sud est la région où les enfants de moins d'un an ont le plus participé aux JNV. Le taux de participation est de 35% indépendamment du standing de vie du ménage. Dans la province du Centre y compris la ville de Yaoundé ; plus de trois enfants de moins d'un an sur dix ont bénéficié des JNV. Les enfants des pauvres y étaient un peu plus nombreux que ceux des non pauvres.

Tableau 4.5 : Taux de participation des enfants de moins de trois ans aux JNV (en %)

Région	Niveau de vie		Total	
	Pauvres	Non pauvres		
Douala	19,1	16,4	16,8	
Yaoundé	33,8	30,9	31,3	
Adamaoua	15,2	28,1	22,4	
Centre	35,3	26,8	31,1	
Est	25,5	33,1	30,1	
Extrême-Nord	28,2	23,4	25,9	
Littoral	30,6	28,8	29,4	
Nord	13,3	24,6	12,8	
Nord-ouest	23,4	30,8	27,0	
Ouest	18,6	20,1	19,5	
Sud	34,8	35,1	35,0	
Sud-ouest	30,3	13,9	19,3	
Cameroun	Urbain	27,9	25,5	25,9
	Rural	24,1	24,5	24,3
	Ensemble	24,7	24,9	24,8

Source: ECAM II, I.N.S.

⁷ L'enquête s'étant déroulée de septembre à décembre 2001, la participation des enfants nés avant 2001 aux dernières JNV portait donc tantôt sur les JNV de l'année 2000, tantôt sur celles de 2001 selon que l'interview dans le ménage auquel appartient l'enfant s'est déroulée avant ou après les JNV de 2001 organisées au cours de la même période que l'ECAM II.

Le taux global de participation aux JNV dans la province de l'Est est pratiquement le même que dans le Centre à la seule différence que l'on a enregistré une plus grande affluence des non pauvres que des pauvres.

Dans la province de l'Ouest où l'on avait beaucoup d'enfants vaccinés contre les maladies-cibles du PEV et seulement 5% d'enfants totalement non immunisés, seulement 20% des enfants de moins d'un an ont participé aux dernières JNV. Cela signifierait que les populations de cette région attendent rarement les campagnes de vaccination pour faire vacciner leurs progénitures.

De même, dans la province du Nord où plus de la moitié des enfants sont non immunisés contre les six maladies cibles du PEV, seulement 19% des enfants de moins d'un an ont participé aux JNV. Ce taux est de 22% dans l'Adamaoua et de 26% pour l'Extrême-Nord.

Au regard des résultats obtenus, la place des journées nationales de vaccination qui ne durent que quelques jours au cours de l'année mais qui bénéficient d'une large sensibilisation et de moyens ad-hoc n'est pas à négliger dans la quête d'une amélioration substantielle de la couverture vaccinale au Cameroun telle que souhaitée dans la Stratégie sectorielle de santé.

CHAPITRE 5. L'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE

Deux aspects complémentaires de l'accessibilité, à savoir l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière peuvent être examinés à partir des données issues de l'ECAM II.

D'un côté, l'accessibilité géographique, encore appelée accessibilité physique, est davantage liée à l'offre des services de santé principalement par le secteur public. De l'autre, l'accessibilité financière renvoie aux contraintes de revenus des ménages qui à leur tour déterminent la demande de différents biens et services, y compris en matière de santé.

Bien entendu, si chacun des deux aspects trouve son importance, il conviendrait aux autorités de privilégier l'accessibilité géographique afin de ne pas laisser davantage les pauvres pénalisés par des frais de transport élevés et accentuer les différences d'accès à ces services entre pauvres et non pauvres. Cependant, il conviendrait de la faire suivre par des mesures appropriées visant l'accessibilité financière.

Etudier les questions d'accessibilité aux services de santé revient à se poser la question sur le caractère équitable ou non de ces services pour toutes les couches de la population, notamment pour les pauvres et les non pauvres dans diverses régions du pays. L'on traitera d'abord ci-après de l'accessibilité géographique avant d'aborder l'accessibilité financière.

5.1 L'accessibilité physique

Dans ce cadre vont être examinés l'éloignement et le temps déclaré pour se rendre à chaque type d'infrastructure sanitaire de base le plus proche du ménage. Il est à noter que le temps mis pour se rendre à une infrastructure donnée est fonction à la fois de la distance et du moyen de transport utilisé qui varie d'un ménage à l'autre, et qu'en milieu rural on observe une plus grande homogénéité des moyens de transport. Les infrastructures sanitaires retenues par l'ECAM II sont celles relevant du niveau périphérique et qui correspondent à des structures de proximité dans le système de santé au Cameroun : le centre de santé intégré le plus proche, l'hôpital de district ou d'arrondissement le plus proche et la pharmacie ou pro pharmacie la plus proche. Selon les normes en vigueur, un hôpital de district couvre un district de santé comprenant théoriquement 80 000 à 100 000 habitants et est dirigé par un médecin. Chaque district de santé est subdivisé en des aires peuplées en principe de 5 000 à 10 000 habitants et desservies par des centres de santé intégrés.

5.1.1 Accessibilité géographique des ménages au centre de santé le plus proche

En 2001 au Cameroun, un individu parcourt environ 4 km en moyenne entre son logement et le centre de santé le plus proche. Il existe cependant des différences d'accessibilité assez nettes selon le milieu et la région de résidence, ainsi que selon le statut de pauvreté du ménage.

En effet, la distance moyenne au centre de santé le plus proche varie globalement de 1 km environ en milieu urbain à 5 km en milieu rural. Ce résultat corrobore le constat général d'une forte concentration des infrastructures sociales et notamment sanitaires dans les grandes agglomérations du pays et cela, au détriment des zones rurales. La distance moyenne qui n'est que de 1 km à Yaoundé et à Douala, 2 à 3 km dans le reste du Littoral et dans la province de l'Ouest, avoisine 6 à 7 km dans les provinces du Centre, de l'Est et du Nord. Concrètement, dans ces provinces, les distances extrêmes déclarées à l'enquête vont de moins de 1 à 20 km, voire parfois 40 km et plus en milieu rural dans des provinces telles que l'Est, le Nord-Ouest, le Sud et le Sud-Ouest. Une analyse selon le niveau de vie du ménage fait ressortir qu'en général, les pauvres parcourent en moyenne une distance plus importante que les non pauvres pour accéder au centre de santé le plus proche de leur domicile. Cette différence entre pauvres et non pauvres est plus marquée dans les provinces de l'Adamaoua et du Sud-Ouest, et faible dans le Nord, le Littoral, l'Ouest, ainsi que dans les deux métropoles que sont Douala et Yaoundé.

En ce qui concerne le temps mis pour se rendre au centre de santé le plus proche, il est en moyenne de 26 min environ chez les non pauvres contre 40 min chez les pauvres. Le temps maximum déclaré pour se rendre au centre de santé le plus proche est de 5 min pour 17% seulement de ménages, 15mn et une demi-heure respectivement pour 48 et 72% des ménages.

Lorsque l'on se restreint à l'ensemble des ménages se déplaçant habituellement à pieds, le temps moyen de marche est de 33 min ; il est de 41 min chez les pauvres contre 29mn chez les non pauvres. Les différences de temps pour se rendre au centre de santé le plus proche sont criardes entre villes et villages : en moyenne 13 min en milieu urbain et trois fois plus en milieu rural. En 2001, encore près de 13% des ménages sont à au moins une heure de marche de ce type d'infrastructure de base ; environ 8% en sont à une heure et demie ou plus, et 3% à deux heures au moins. Ils sont 17% en milieu rural et à peine 1% en milieu urbain. L'on peut supposer que les ménages ayant déclaré ignorer l'emplacement du centre de santé le plus proche l'ont fait à cause de son éloignement. En considérant que ces ménages figurent parmi ceux installés à plus d'une heure de marche de cette infrastructure, cela conduit à près de 15% de ménages éloignés d'au moins une heure du centre de santé le plus proche. Les différences relevées entre villes et villages traduisent l'inégale distribution des infrastructures sanitaires au Cameroun où l'on note une grande concentration dans les villes, notamment dans les chefs-lieux de province et dans les deux principales métropoles que sont Yaoundé et Douala.

La situation favorable au regard des indicateurs d'accessibilité physique retenus n'est qu'apparente ; en dehors des problèmes éventuels d'estimation du temps et de la distance par rapport aux infrastructures par les populations, il est à noter que le centre de santé le plus proche n'est pas nécessairement celui fréquenté par les personnes interviewées au cours de l'enquête. En effet, près du quart des ménages déclarent qu'aucun de leurs membres n'utilise les services du centre de santé le plus proche de leur domicile. Le manque d'équipements, le coût des services et la qualité de services sont les principales raisons avancées par les populations à cet effet. Bref, c'est ce qui explique pourquoi ils ne sont pas satisfaits des services offerts par le centre de santé le plus proche et par ricochet ne l'utilisent pas. L'éloignement est l'une des principales raisons avancées par les ménages car certains de leurs membres trouvent que les centres de santé sont si éloignés qu'ils n'en sont plus satisfaits. Les grandes distances généralement observées en milieu rural montrent que le Ministère de la Santé Publique a beaucoup à faire pour que les malades puissent se faire soigner sans grande difficulté. Dans la majorité des villages et surtout en zone de savane et en zone de forêt, les populations ont rarement d'autres moyens de transport que la marche à pied pour se rendre à l'hôpital. S'il faut que les malades fassent 5 km ou plus pour se rendre au centre de santé le plus proche, leur état risque de s'aggraver et certains risquent de décéder en cours de route.

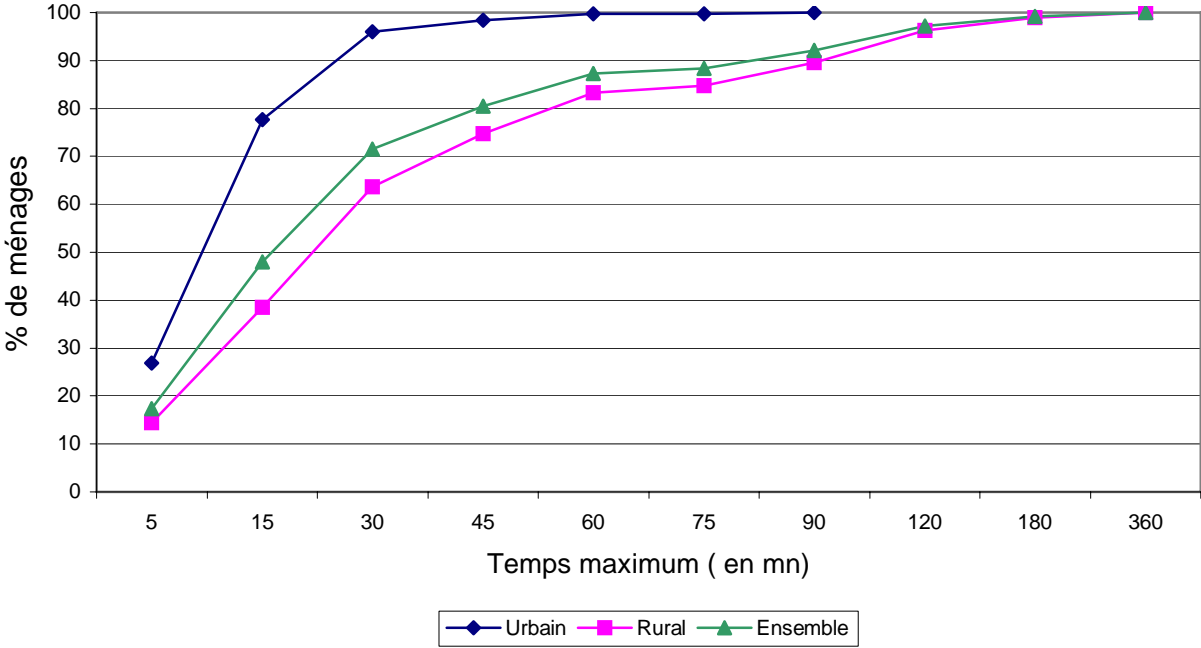
Au niveau national pourtant, plus des deux tiers des usagers des centres de santé se déclarent satisfaits de la qualité des prestations reçues. La proportion des ménages satisfaits ne varie pas assez selon le niveau de vie, mais beaucoup plus selon la région (de 52% à l'Est à 87% à Yaoundé). En rappel, les non-satisfaits évoquent principalement les quatre problèmes suivants : le manque d'équipements, le coût et la qualité des services, et l'éloignement.

Tableau 5.1 : Accessibilité physique au centre de santé le plus proche selon le niveau de vie

Région	Distance moyenne (en km)			Temps moyen mis pour y aller (en mn)			% de ménages satisfaits			
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	
Douala	0,9	1,0	1,0	13,9	11,9	12,1	92,6	70,4	72,2	
Yaoundé	1,1	0,9	0,9	10,3	9,2	9,3	86,6	87,3	87,3	
Adamaoua	6,6	3,6	4,6	47,3	26,7	33,9	70,0	61,4	64,5	
Centre	7,7	5,6	6,4	73,6	59,0	64,2	51,2	64,7	59,9	
Est	5,9	6,8	6,5	29,9	30,1	30,0	51,2	52,9	52,3	
Extrême-Nord	4,6	3,6	4,0	39,3	31,5	35,0	69,4	76,9	73,5	
Littoral	2,3	2,0	2,1	26,8	18,5	20,7	86,9	83,6	84,5	
Nord	7,2	7,1	7,1	56,6	48,5	51,4	59,3	67,1	64,0	
Nord-Ouest	5,4	3,0	4,0	48,6	27,6	36,7	74,0	78,6	76,5	
Ouest	2,5	2,9	2,8	27,8	27,6	27,6	58,1	62,9	61,3	
Sud	6,8	4,1	4,6	36,6	30,2	31,4	54,4	55,4	55,2	
Sud-Ouest	7,9	4,8	5,5	25,8	23,0	23,7	57,5	70,7	67,2	
Cameroun	Urbain	1,3	1,1	1,1	16,2	12,5	13,0	86,7	81,9	82,6
	Rural	5,7	5,0	5,3	44,6	36,5	39,7	63,9	65,9	65,1
	Ensemble	5,1	3,3	3,9	40,6	26,3	30,6	66,3	70,9	69,3

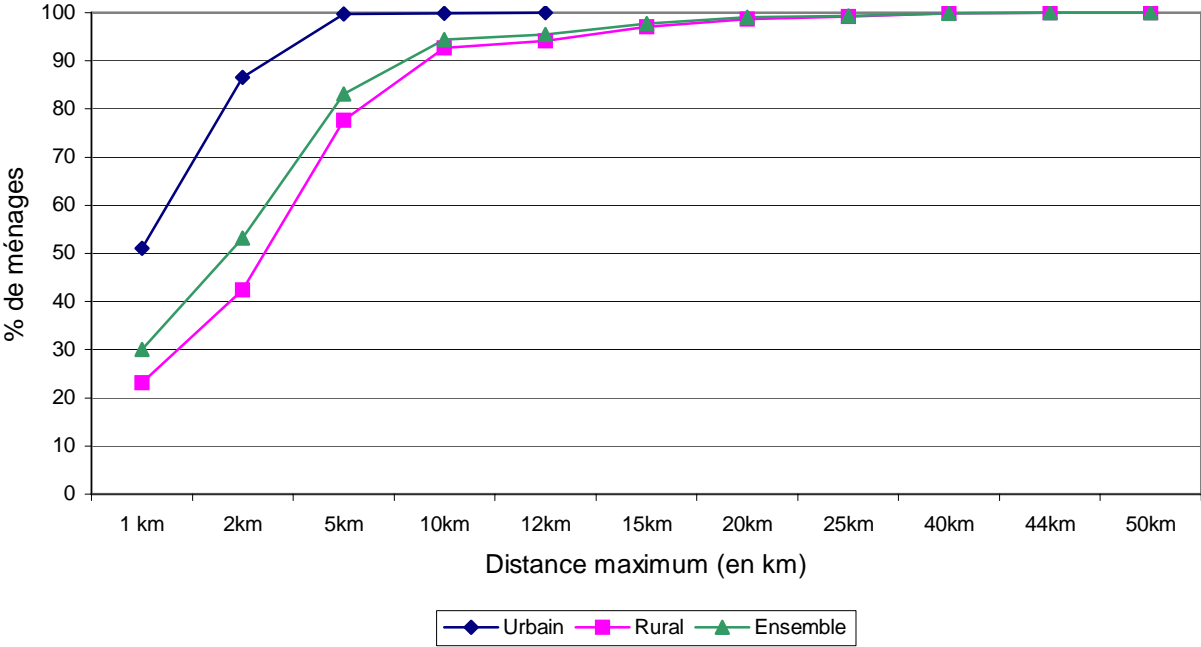
Source: ECAM II, I.N.S.

Graphique 5.1 : Pourcentage de ménages selon le temps maximum de marche pour se rendre au centre de santé le plus proche



Source : ECAM II, I.N.S.

Graphique 5.2 : Pourcentage de ménages selon la distance maximale à parcourir à pieds pour se rendre au centre de santé le plus proche



Source : ECAM II, I.N.S.

5.1.2 Accessibilité des ménages à l'hôpital de district le plus proche

L'hôpital de district le plus proche des ménages est en moyenne 3 à 4 fois plus éloigné que le centre de santé intégré. En dehors de Douala, Yaoundé, du reste de la province du Littoral et de l'Ouest, les ménages parcourent en moyenne plus de 10 km pour se rendre à l'hôpital de district, celui qui sert de référence au niveau périphérique dans le système de santé au Cameroun, et où il pourrait en principe avoir des chances de consulter un médecin⁸. Dans plusieurs régions, les non pauvres déclarent parcourir en moyenne une distance plus importante que celle des pauvres pour se rendre à l'hôpital de district.

Quant au temps moyen mis pour se rendre à l'hôpital de district le plus proche, il n'est que 1,5 fois plus grand que celui du centre de santé le plus proche. Au contraire de la distance à parcourir, ce temps moyen est partout plus réduit pour les ménages non pauvres que pour les ménages pauvres. En outre, il est environ 4 fois plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural. En raison des différences d'accès aux moyens de transport moderne, le niveau de vie du ménage, la région et le milieu de résidence apparaissent comme trois facteurs discriminant de l'accès des populations au district de santé le plus proche.

Pour les mêmes griefs évoqués précédemment, le niveau de satisfaction des ménages utilisateurs des services des districts de santé est un peu plus faible (5 à 7 usagers sur 10 selon la région) que pour les centres de santé.

Tableau 5.2 : Accessibilité physique à l'hôpital de district le plus proche selon le niveau de vie

Région	Distance moyenne (en km)			Temps moyen mis pour y aller (en mn)			% de ménages satisfaits			
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	
Douala	2,3	4,2	4,1	17,8	14,9	15,1	50,1	57,1	56,5	
Yaoundé	2,4	2,5	2,5	14,0	12,1	12,2	75,0	78,4	78,1	
Adamaoua	30,8	35,0	33,5	82,9	73,8	77,0	63,2	67,1	65,7	
Centre	18,8	17,0	17,7	82,0	68,5	73,3	48,9	51,6	50,7	
Est	31,3	33,5	32,9	51,7	49,9	50,4	28,9	43,4	39,5	
Extrême-Nord	19,9	16,2	17,9	64,4	58,7	61,3	63,8	69,4	67,4	
Littoral	6,5	6,3	6,3	31,3	21,7	24,1	77,5	71,4	72,7	
Nord	21,6	19,5	20,2	68,8	66,3	67,2	55,1	58,1	56,9	
Nord-Ouest	17,5	11,1	13,9	110,6	37,2	69,1	72,4	67,7	69,4	
Ouest	7,5	9,0	8,5	43,0	35,2	37,5	51,9	52,1	52,0	
Sud	37,0	31,2	32,3	65,9	65,5	65,6	58,9	50,7	52,2	
Sud-Ouest	19,6	10,7	12,9	56,0	34,4	39,7	45,9	59,9	56,9	
Cameroun	Urbain	4,4	4,5	4,4	19,5	14,8	15,4	69,5	68,2	68,4
	Rural	19,9	19,5	19,7	76,1	58,6	65,5	56,5	56,1	56,2
	Ensemble	17,7	12,7	14,2	67,8	38,8	47,3	58,9	61,7	60,9

Source : ECAM II, I.N.S.

⁸ Au niveau du secteur public en général, les médecins sont affectés en raison de leur nombre insuffisant au niveau des hôpitaux et centres médicaux d'arrondissement et pas dans les centres de santé intégrés ; ils ne font que des visites d'inspection des centres de santé intégrés dans leur ressort territorial de compétence. C'est dans le privé en général que l'on rencontre parfois des médecins exerçant à plein temps dans de telles petites structures.

5.1.3 Accessibilité des ménages à la pharmacie ou pro pharmacie la plus proche

En ce qui concerne l'accessibilité géographique des ménages aux officines de pharmacie, y compris aux pharmacies intégrées dans un certain nombre de formations sanitaires qui en disposent dans leur paquet minimum d'activités, il est en général beaucoup plus difficile que pour le centre de santé le plus proche. En effet, la pharmacie ou pro pharmacie la plus proche du ménage se situe en moyenne à 9 km, soit environ trois fois plus loin que le centre de santé le plus proche.

C'est dire qu'en général si les populations camerounaises devaient se procurer en médicaments de bonne qualité après chaque consultation dans un centre de santé, elles devraient parcourir une distance supplémentaire importante pour atteindre la structure appropriée de vente de médicaments. Ceci pourrait expliquer en partie le recours aux vendeurs informels plus proches des populations, et qui en plus pratiquent généralement des prix plus bas malgré la qualité douteuse de leurs produits.

La situation des pharmacies et pro pharmacies est nettement plus favorable aux citadins qu'aux ruraux et très variable d'une région à l'autre, mais ne permet pas clairement de discriminer les pauvres des non pauvres dans l'ensemble des régions. La concentration des officines pharmaceutiques dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales du pays n'est pas surprenante au regard des intérêts économiques des opérateurs de ce secteur. Cette situation serait peut-être plus grave n'eût été la réglementation en vigueur en matière d'implantation de ce type de structure et qui impose depuis quelques années déjà une distance minimale entre deux officines de pharmacies.

Le niveau de satisfaction des usagers vis-à-vis des services de pharmacie est proche de celui observé pour le centre de santé le plus proche. Les provinces de l'Est et de l'Ouest sont celles où les usagers des pharmacies ont le plus de récriminations contre elles : 1 usager sur 2. Les principales raisons d'insatisfaction évoquées ici par les populations sont surtout l'éloignement des structures et le coût élevé des produits.

Tableau 5.3: Accessibilité physique à la pharmacie ou pro pharmacie la plus proche selon le niveau de vie

Région	Distance moyenne (en km)			Temps moyen mis pour y aller (en min)			% de ménages satisfaits			
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	
Douala	0,8	3,8	3,6	11,9	10,2	10,4	82,3	81,2	81,3	
Yaoundé	0,6	2,2	2,1	9,6	8,7	8,8	83,0	84,0	84,0	
Adamaoua	8,1	5,0	6,1	47,1	26,5	33,7	64,1	56,4	59,0	
Centre	15,3	10,9	12,5	83,3	61,9	69,4	55,8	59,8	58,4	
Est	22,1	17,7	18,9	45,4	35,7	38,2	55,3	49,6	50,9	
Extrême-Nord	18,6	15,9	17,1	57,9	39,3	47,8	62,8	68,0	65,7	
Littoral	7,9	5,3	6,0	32,1	24,3	26,4	74,1	74,3	74,3	
Nord	10,3	10,7	10,6	57,6	47,8	51,2	58,8	65,3	62,9	
Nord-Ouest	13,7	14,1	14,0	38,2	25,3	29,4	80,1	75,8	77,1	
Ouest	10,6	9,2	9,6	44,3	39,0	40,6	48,4	51,3	50,5	
Sud	6,4	6,0	6,1	40,5	31,8	33,5	70,3	53,9	56,9	
Sud-Ouest	6,8	5,4	5,7	23,0	18,8	19,9	63,8	72,1	70,2	
Cameroun	Urbain	4,0	4,6	4,5	16,3	11,8	12,4	79,0	81,9	81,5
	Rural	13,8	11,4	12,3	53,9	42,9	47,0	59,5	55,9	57,2
	Ensemble	12,1	8,1	9,2	47,1	27,9	33,1	63,3	69,1	67,6

Source: ECAM II, I.N.S.

Au terme de cette analyse sur l'accessibilité géographique aux infrastructures sanitaires, et dans le souci de réduire les inégalités observées entre régions, entre villes et villages, et entre pauvres et non pauvres, il importe de recommander aux autorités sanitaires du pays de tenir davantage compte lors du découpage du territoire en districts et aires de santé, de l'éloignement et de la dispersion de l'habitat en plus du volume de la population à desservir⁹. En outre, des mesures incitatives en faveur des opérateurs potentiels de ce secteur désireux de s'installer dans les zones défavorisées permettraient d'améliorer davantage cette accessibilité.

5.2 Accessibilité financière

Sont analysés dans cette partie les coûts de consultation puis, les dépenses annuelles des ménages en matière de santé. Mis en rapport avec les revenus des ménages, cette analyse ressort les contraintes financières qui s'imposent aux ménages pour faire face à leurs problèmes de santé et qui sont susceptibles d'influencer leur recours ou non aux services appropriés de santé.

5.2.1 Coût de la dernière consultation de santé

Le coût de la dernière consultation de santé s'élève en moyenne à 680 F CFA au Cameroun en 2001. Ce coût n'inclut pas celui des médicaments et autres matériels de soins achetés ni celui des examens de laboratoires et hospitalisations éventuelles. Bien que les coûts de consultation déclarés par les populations se rapportent à des dates assez variables, ils peuvent se prêter à des agrégations étant donné que les coûts déclarés ne semblent pas beaucoup évoluer dans le temps pour la même catégorie de population. De plus, près de 60% de ces consultations ont eu lieu au cours des 12 derniers mois et vraisemblablement, peu de consultations ont été effectuées depuis plus de deux ans.

⁹ A titre d'exemple, l'on pourrait ajouter au critère démographique en vigueur qu'une aire de santé couvre un rayon maximum de 5km par rapport au son centre de santé intégré tandis qu'un district de santé dessert les localités situées dans un rayon de 15 ou 20km autour de l'hôpital de district.

Ces coûts moyens des consultations de santé sont proches des taux officiels généralement pratiqués en médecine générale dans les hôpitaux publics en 2001 et qui sont de 600 F CFA aux heures normales et 900 F CFA aux heures de garde.

Tableau 5.4: Coût moyen de la dernière consultation de santé (en F CFA) selon le niveau de vie et la durée écoulée depuis lors

Durée écoulée	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Moins de 2 semaines	377	829	674
De 2 semaines à moins d'un mois	370	875	691
De 1 à moins de 6 mois	433	884	722
De 6 à moins de 12 mois	426	838	669
12 mois ou plus	466	804	652
Ensemble	433	841	678

Source : ECAM II, I.N.S.

Malgré la grande variabilité des coûts des consultations de santé en général¹⁰, l'écart entre les coûts moyens dans les secteurs public et privé d'une part, et celui observé entre les coûts moyens du privé laïc et du confessionnel d'autre part, sont assez réduits : ils sont inférieurs à 100 F CFA. La moyenne de ces coûts varie de 660 FCFA dans les formations sanitaires publiques à environ 740 FCFA dans le privé confessionnel.

Incontestablement, le montant payé pour les consultations de santé augmente globalement avec le niveau de vie des populations concernées, le choix du centre de santé étant fonction des moyens dont dispose le ménage. En effet, les coûts déclarés sont en moyenne plus élevés dans les villes que dans les villages ; de plus, le coût moyen des consultations supporté par les personnes issues de familles relativement aisées est en général plus élevé que celui des personnes de revenus modestes, quel que soit le milieu de résidence.

En outre, quel que soit le niveau de vie du ménage, les adultes dépensent en moyenne plus pour leurs consultations que les jeunes enfants et les personnes âgées. Peut-être cela tient-il du souci de mieux entretenir la force de travail des adultes dont dépend souvent le reste du ménage.

Tableau 5.5 : Coût moyen de la dernière consultation (en F CFA) selon le niveau de vie et le secteur de santé

Milieu	Secteur public			Secteur privé laïc			Secteur privé confessionnel			Ensemble
	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble	
Urbain	832	1 189	1 129	458	1 470	1 270	763	1 060	1 008	1 154
Rural	421	466	443	266	277	271	479	738	597	424
Ensemble	476	782	662	304	915	671	522	900	743	679

Source: ECAM II, I.N.S.

¹⁰ Les coûts de consultation déclarés à l'ECAM II vont de 0 FCFA (Consultation gratuite) à près de 10 000 FCFA

Tableau 5.6 : Coût moyen de la dernière consultation de santé (en F CFA) selon le niveau de vie et le groupe d'âge de l'individu

Groupe d'âge (ans)	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
0-4	355	624	504
5-14	358	651	511
15-24	477	863	726
25-64	525	1 026	853
65 ou plus	428	965	751
Non déclaré	429	1 283	1 283
Ensemble	355	840	675

Source: ECAM II, I.N.S.

Les consultations des personnes relativement aisées coûtent en moyenne 2 fois plus cher que celle des pauvres. Cet écart relatif est d'environ 1,7 fois dans les formations sanitaires publiques ainsi que dans le privé confessionnel, et 3 fois dans le privé laïc. L'accentuation des écarts de coûts de consultation dans le secteur privé selon le niveau de vie du consultant pourrait se justifier par la grande prédisposition des personnes non pauvres à recourir aux cliniques privées généralement plus chères en cas de problème de santé.

Tout en restant à des niveaux raisonnables ces dernières années, le coût moyen de la consultation croît au fur et à mesure que l'on monte dans la hiérarchie officielle des formations sanitaires au Cameroun : de 400 F CFA dans un centre de santé intégré à 2 500 F CFA environ dans les hôpitaux de première classe (Hôpitaux généraux de référence et hôpitaux centraux de Yaoundé et de Douala, Centre Hospitalier Universitaire et Hôpital Jamot de Yaoundé). Dans les cliniques privées, le coût moyen de consultation est proche de celui pratiqué dans les hôpitaux généraux de référence. Les consultations au domicile du médecin¹¹ et chez le tradipraticien incluent à la fois les consultations payantes et les non payantes (relations familiales ou autres avec le praticien de santé,...).

Ce coût moyen varie également selon le type de personnel de santé consulté : il culmine à 1 325 F CFA environ chez les médecins et est quasiment négligeable (65 F CFA) chez le vendeur ambulancier.

Dans l'ensemble, les problèmes d'accessibilité-coût des services de santé au Cameroun qui encore évoqués par l'opinion publique relèveraient beaucoup plus des autres prestations offertes par les différents services (examens, hospitalisations, soins et médicaments divers,...) que du premier contact avec un personnel de santé.

¹¹ Ici, les consultations au domicile du médecin sont celles effectuées par le praticien dans son logement non équipé d'un espace réservé aux soins et hospitalisations, lequel espace aurait été considéré comme étant une clinique ou un cabinet médical.

Tableau 5.7 : Coût moyen de la dernière consultation (en F CFA) selon le niveau de vie et le type de structure de santé

Type de structure de santé	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Hôpital de 1ere classe	1 278	2 612	2 443
Hôpital provincial	1 000	1 012	1 009
Hôpital de district	680	919	843
Centre médical d'arrondissement	768	818	797
Centre de santé intégré	331	472	406
Pharmacie	173	428	376
Clinique	918	2 406	2 048
Domicile du médecin	316	435	391
Chez le tradipraticien	452	613	525
Autre	87	127	107
Total	434	842	679

Source: ECAM II, I.N.S.

Tableau 5.8 : Coût moyen de la dernière consultation (en F CFA) de santé selon le niveau de vie et le type de personnel consulté

Personnel consulté	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Pharmacien	176	475	416
Médecin	877	1479	1327
Personnel de santé	384	497	445
Tradipraticien	464	608	529
Vendeur informel	71	62	66
Autre	44	150	100
Ensemble	434	841	679

Source : ECAM II, I.N.S.

5.2.2 Dépenses annuelles de santé

5.2.2.1- Dépenses effectuées par les ménages

Au niveau national, la dépense annuelle moyenne de santé par tête dans les ménages s'élève à 22 000 F CFA environ en 2001. Le niveau de ces dépenses varie significativement selon le niveau de vie du ménage, sa région et son milieu de résidence. En effet, dans l'ensemble, l'on dépense en moyenne 5 fois plus par personne dans les ménages non pauvres (32 000 F CFA) que dans les ménages pauvres (7 000 F CFA). A Yaoundé et à Douala, les dépenses de santé par tête représentent respectivement 2 et 2,5 fois la moyenne nationale ; dans le reste du Littoral et le Sud-Ouest, le niveau de ces dépenses est proche de la moyenne nationale tandis que dans les autres provinces, il est en deçà de cette moyenne (seulement 6200 F CFA dans l'Extrême-Nord). Selon le milieu de résidence, il apparaît que dans l'ensemble, la dépense annuelle est 3 fois plus importante dans les ménages urbains (39 000 F CFA) que dans les ménages ruraux (13 000 F CFA).

Le profil national des dépenses de santé par tête selon le milieu de résidence du ménage reste généralement le même dans les diverses régions, à l'exception des provinces de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord où le niveau de ces dépenses sont les plus faibles. Les écarts de dépenses de santé par tête entre ménages pauvres et ménages non pauvres sont plus marqués surtout en milieu urbain et plus particulièrement dans les principales métropoles du pays que sont Yaoundé et Douala où le rapport est de l'ordre de 5 à 6.

Tableau 5.9 : Dépenses annuelles de santé par tête dans les ménages (en F CFA) selon la région, le milieu et le niveau de vie du ménage

Région	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensem ble	Pauvres	Non pauvres	Ensem ble	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Douala	10 540	59 321	54 010	///	///	///	10 540	59 321	54 010
Yaoundé	9 722	50 513	45 071	///	///	///	9 722	50 513	45 071
Adamaoua	6 270	27 160	18 985	5 031	15 382	9 943	5 342	19 694	12 750
Centre	7 794	54 887	48 620	9 840	28 340	18 826	9 792	32 118	21 360
Est	11 668	35 975	32 261	5 255	12 162	8 845	5 530	16 606	11 735
Extrême- Nord	6 104	19 937	15 195	3 331	7 679	5 114	3 516	9 701	6 220
Littoral	8 676	33 508	28 782	11 842	23 510	17 936	11 116	28 877	22 576
Nord	5 971	36 514	26 658	4 314	10 292	6 987	4 556	18 339	11 437
Nord- Ouest	8 792	32 948	28 719	9 182	31 113	17 684	9 156	31 751	19 893
Ouest	11 322	35 234	27 977	7 571	22 884	16 170	8 307	26 643	19 249
Sud	8 384	26 331	22 047	8 095	20 648	16 566	8 120	21 358	17 181
Sud-Ouest	9 276	34 256	31 622	7 917	30 964	20 946	8 041	32 268	24 073
Ensemble	8 934	45 687	39 116	6 571	19 825	12 922	6 937	32 178	22 036

Source: ECAM II, I.N.S.

Les inégalités en matière de dépense de santé par tête sont particulièrement perceptibles lorsque l'on classe les ménages par quintile de dépense totale et par région. En effet, d'après le tableau ci-dessous, les 20% de ménages les plus riches dépensent en moyenne 12 fois plus pour la santé de leurs membres que les 20% les plus pauvres ; ce rapport varie cependant de 4 à 13 selon la région. La dépense moyenne de santé par tête dans les 20% des ménages les plus pauvres à Douala sont du même ordre de grandeur que celle du 4^{ème} quintile au Nord et à l'Extrême Nord. Dans cette dernière province, les ménages les plus pauvres consacrent à peine 2 700 F CFA par an à la santé de chacun de leurs membres (l'équivalent de 4 consultations par année) ; et les 20% les plus riches y consacrent environ 17 000 F CFA, soit 5 à 6 fois moins que les ménages du même standing à Yaoundé et à Douala.

Il se pose donc sans doute, à niveaux de vie équivalents des ménages, des questions de priorité en matière de dépenses. Cette priorisation des dépenses est fonction de la région et du niveau de revenu du ménage, mais aussi d'autres caractéristiques des populations, notamment le niveau d'instruction du chef de ménage. A titre d'exemple, la part des dépenses allouée par les ménages à la santé de leurs membres tend à croître légèrement avec le niveau d'instruction du chef de ménage, passant de 6% pour les ménages dirigés par des personnes non instruites à 7,7 % pour le primaire, 8,2 % pour le secondaire et 8,5% pour le supérieur.

Tableau 5.10 : Dépenses de santé par tête (en F CFA) selon le quintile de revenus du ménage

Région	Quintile de revenus					Total
	1	2	3	4	5	
Douala	10 922	10 502	15 420	26 923	90 850	54 010
Yaoundé	8 570	11 154	13 627	25 603	75 162	45 071
Adamaoua	4 706	6 318	11 067	17 699	38 890	12 750
Centre	7 510	10 901	18 571	23 551	68 564	21 360
Est	5 076	5 801	9 199	14 698	32 651	11 735
Extrême-Nord	2 703	4 289	6 048	10 237	17 340	6 220
Littoral	11 530	10 318	13 213	22 208	49 687	22 576
Nord	3 353	5 608	8 409	10 624	44 315	11 437
Nord-ouest	6 887	14 103	18 835	25 646	54 558	19 893
Ouest	6 083	11 145	13 981	26 523	49 566	19 249
Sud	6 102	8 439	8 525	16 821	48 188	17 181
Sud-ouest	4 927	10 969	14 962	19 368	58 422	24 073
Ensemble	5 312	8 649	12 464	21 132	62 622	22 036

Source: ECAM II, I.N.S.

Tableau 5.11 : Coefficient budgétaire des dépenses de santé par région et milieu de résidence et le statut de pauvreté du ménage (en %)

Région	Milieu urbain			Milieu rural			Ensemble		
	Pauvres	Non pauvres	Ensem ble	Pauvres	Non pauvres	Ensem ble	Pauvres	Non pauvres	Ensem ble
Douala	7,0	9,8	9,8	///	///	///	7,0	9,8	9,8
Yaoundé	6,4	8,4	8,4	///	///	///	6,4	8,4	8,4
Adamaoua	5,3	6,3	6,2	4,6	5,8	5,4	4,8	6,0	5,7
Centre	6,1	11,1	10,9	9,2	9,8	9,6	9,1	10,1	9,8
Est	9,3	7,6	7,6	5,0	4,3	4,5	5,3	5,2	5,2
Extrême- Nord	4,7	5,5	5,4	3,1	2,7	2,8	3,2	3,2	3,2
Littoral	6,2	8,3	8,2	10,4	7,1	7,9	9,3	7,8	8,1
Nord	5,1	7,4	7,2	4,1	4,2	4,2	4,3	5,7	5,4
Nord- Ouest	6,4	7,5	7,4	10,0	9,8	9,9	9,7	8,8	9,0
Ouest	8,7	9,4	9,3	6,5	7,7	7,4	6,9	8,3	8,0
Sud	5,6	7,1	6,9	7,1	6,6	6,7	6,9	6,7	6,7
Sud-Ouest	5,8	6,4	6,4	7,2	9,1	8,8	7,0	7,8	7,7
Ensemble	6,5	8,6	8,5	6,2	6,7	6,5	6,2	7,9	7,6

Source: ECAM II, I.N.S.

A la lumière du tableau 5.12, il est incontestable que les dépenses en produits pharmaceutiques ou en produits de la pharmacopée traditionnelle constituent le poste le plus important en matière de santé (plus de 50% des dépenses dans ce domaine quelle que soit la région) ; viennent ensuite, selon les régions, les frais de consultation ou les frais d'hospitalisation et de soins, et enfin les dépenses d'achat ou de location des appareils divers de réadaptation. Le poids relatif des dépenses de pharmacie et pharmacopée et notamment celui des produits pharmaceutiques qui représentent environ 90% de ce poste budgétaire dans les ménages justifie la nécessité de mettre en place au Cameroun une politique efficiente du médicament pour tous. Les autorités sanitaires du pays s'y penchent de plus en plus en prenant des mesures visant la disponibilité et la baisse des prix des médicaments avec la promotion des médicaments génériques, l'encouragement de la distribution du Mectizan, la révision des prix du fait de la subvention accordée par l'Etat au traitement contre le VIH et le Sida, etc.

Il est à noter que lorsqu'on rapproche pour chaque région les dépenses annuelles de consultation par tête au coût de la dernière consultation de santé, l'on observe que le budget alloué à ce poste permet à peine à un individu de bénéficier de 3 consultations dans la province de l'Extrême-Nord, 4 dans l'Est, le Littoral, le Nord et l'Ouest, 11 dans le Sud-ouest, 15 dans le Nord-ouest, 13 à Yaoundé et 8 à Douala. D'ailleurs avec cette enveloppe allouée aux consultations de santé dans le budget du ménage et au coût unitaire moyen obtenu au niveau national (environ 680 F CFA), chaque habitant de l'Extrême-Nord du pays ne peut avoir en moyenne qu'une seule consultation de santé par an.

Tableau 5.12 : Décomposition des dépenses de santé par grands postes (parts en % de la dépense totale en santé et montants moyens en F CFA)

Région	Consultations		Pharmacie et pharmacopée		Hospitalisation et soins		Appareils de réadaptation	
	Part	Montant	Part	Montant	Part	Montant	Part	Montant
Douala	29,2	15785	54,1	29224	15,5	8359	1,2	642
Yaoundé	26,9	12135	53,7	24187	17,6	7914	1,9	835
Adamaoua	12,5	1588	64,8	8267	22,4	2853	0,3	42
Centre	17,1	3643	52,1	11122	30,1	6421	0,8	174
Est	22,6	2646	62,2	7299	15,0	1761	0,2	29
Extrême-Nord	12,5	780	59,6	3706	27,6	1719	0,2	14
Littoral	20,0	4513	49,7	11210	28,5	6426	1,9	427
Nord	11,6	1324	77,4	8854	9,8	1123	1,2	136
Nord-Ouest	31,3	6236	36,6	7286	31,6	6286	0,4	85
Ouest	12,6	2432	58,8	11319	27,6	5307	1,0	191
Sud	18,2	3122	64,0	10989	17,0	2924	0,9	147
Sud-Ouest	28,2	6791	53,9	12983	16,8	4050	1,0	249
Ensemble	23,4	5159	54,2	11947	21,3	4687	1,1	242

Source: ECAM II, I.N.S.

5.2.2.2- Dépenses étatiques en matière de santé

A. Vue d'ensemble

Au Cameroun, le secteur de la santé est concomitamment financé par différents partenaires : l'Etat, les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs, les communautés, le secteur privé (laïc et confessionnel, y compris les organisations non gouvernementales), l'assurance maladie et les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. L'action des bailleurs de fonds s'inscrit généralement dans le cadre d'un appui budgétaire aux projets gouvernementaux, tandis que le financement par les ONGs, souvent non centralisé, est mal connu. Parmi les structures prestataires des services de santé sur le terrain, celles relevant directement du Ministère de la Santé Publique, premier fournisseur des services de santé au Cameroun, occupent une place de choix. Il convient ici d'examiner l'évolution et la part des dépenses publiques allouée au secteur de la santé au Cameroun, dans le cadre du budget de l'Etat. Malgré son augmentation en valeur nominale en fonction du budget total de l'Etat, la part consacrée à la santé reste relativement stable, de l'ordre de 7 à 8% depuis plus de cinq ans. Cette part budgétaire reste inférieure aux 10% minimum préconisés par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.).

Tableau 5.13 : Evolution du budget du Ministère de la Santé Publique et part dans le budget de l'Etat au cours des 4 dernières années (Montants en millions de F CFA)

Exercice	1996/97*	1997/98*	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02
Budget de l'Etat	317 393	354 196	420 386	460 213	527 870	622 298
Budget MINSANTE	23 156	26 388	30 599	31 948	38 018	51 707
Part	7,3	7,5	7,3	6,9	7,2	8,3

(*) Réalisations à plus de 95%

Source : Annuaire statistique du Cameroun 2000, p310-315

B. Essai d'affectation des dépenses de l'Etat en matière de santé au Cameroun en 2001: une distribution inégalitaire en défaveur des pauvres

L'ECAM II ayant été réalisée au dernier trimestre de l'année 2001, et ayant évalué l'état de santé et les dépenses des individus et des ménages de façon rétrospective, il importe de faire correspondre à la période des douze derniers mois précédant cette enquête un budget étatique du même ordre de grandeur que celui de l'exercice budgétaire 2000/2001 (juillet 2000-juin 2001).

Par ailleurs, l'on sait que le pays dispose d'un nombre important d'infrastructures sanitaires mais très inégalement réparties entre les provinces, au sein des provinces et même entre les zones urbaines et rurales. Compte tenu des différences d'accès des ménages aux services de santé et en particulier dans le secteur public, l'étude de la répartition des dépenses publiques en matière de santé devrait tenir compte du critère régional. L'ECAM II a en outre révélé qu'une personne sur trois a déclaré avoir été malade au cours des deux dernières semaines ; seulement 28% des pauvres contre 33% pour les plus riches. Et que parmi les personnes dont la dernière consultation date de moins de 12 derniers mois, les non pauvres restent les plus nombreux à faire une consultation médicale en cas de maladie, plus de 6 camerounais sur 10 appartenant au dernier quintile de revenu ont consulté un personnel qualifié au cours de l'année 2001. Le niveau de vie serait donc aussi un bon critère pour l'étude de la répartition des dépenses publiques en matière de santé.

Bien que l'on ne dispose pas de la fréquence des consultations par personne et par secteur, le nombre de personnes ayant consulté dans le secteur public ou parapublic au cours d'une année (voir tableau 5.14) donne une idée de l'importance des bénéficiaires des prestations offertes dans les formations sanitaires étatiques. Une affectation équitable du budget alloué par l'Etat au Ministère de la Santé Publique à ces bénéficiaires permettrait d'apprécier en première approximation la répartition de cette enveloppe entre les différentes catégories de la population selon leur importance parmi les utilisateurs des services publics de santé¹².

Tableau 5.14 : Nombre de personnes ayant eu une consultation au cours des 12 derniers mois dans le secteur public

Région	Pauvres	Non pauvres	Urbain	Rural	Ensemble
Douala	37 932	353 688	391 620	///	391 620
Yaoundé	42 295	380 990	423 285	///	423 285
Adamaoua	74 120	131 785	56 357	149 548	205 905
Centre	121 954	183 301	30 284	274 970	305 255
Est	105 738	157 517	39 867	223 388	263 255
Extrême-Nord	459 940	449 152	119 833	789 259	909 092
Littoral	39 953	113 415	82 622	70 746	153 368
Nord	156 093	191 973	88 150	259 916	348 066
Nord-ouest	207 556	244 314	98 311	353 558	451 870
Ouest	222 941	381 060	153 722	450 280	604 001
Sud	42 379	102 825	22 648	122 557	145 204
Sud-ouest	160 349	336 031	126 121	370 259	496 380
Total	1 671 250	3 026 051	1 632 820	3 064 481	4 697 301

Source: ECAM II, I.N.S.

¹² Bien entendu, cette affectation simpliste ne tient pas compte de la fréquence des consultations, des différentiels de coût des services de santé selon la région, le type de structure et de personnel consulté, le motif de la consultation et la gravité des états morbides, etc. En outre, il s'agit d'une estimation des dépenses étatiques par personne bénéficiaire même si l'essentiel de celles-ci n'est constitué que des charges de structure (investissement et fonctionnement), y compris celles de l'Administration centrale. Cette estimation aurait dû être plus affinée si l'on disposait des informations sur les montants des budgets alloués aux formations sanitaires prestataires de services sur le terrain.

Tableau 5.15 : Répartition du budget national de santé en fonction du nombre d'utilisateurs des services de santé public en 2000/2001

Région	Pauvres		Non pauvres		Urbain		Rural		Ensemble	
	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)
Douala	0,8	307 005 826	7,5	2 862 603 521	8,3	3 169 609 348	///	///	8,3	3 169 609 348
Yaoundé	0,9	342 318 133	8,1	3 083 574 551	9,0	3 425 892 684	///	///	9,0	3 425 892 684
Adamaoua	1,6	599 896 442	2,8	1 066 612 961	1,2	456 130 110	3,2	1 210 379 293	4,4	1 666 509 404
Centre	2,6	987 044 937	3,9	1 483 562 032	0,6	245 106 096	5,9	2 225 492 780	6,5	2 470 606 970
Est	2,3	855 799 380	3,4	1 274 877 064	0,8	322 666 911	4,8	1 808 009 532	5,6	2 130 676 444
Extrême-Nord	9,8	3 722 563 004	9,6	3 635 249 420	2,6	969 878 446	16,8	6 387 933 978	19,4	7 357 812 424
Littoral	0,9	323 362 959	2,4	917 933 824	1,8	668 708 093	1,5	572 588 690	3,3	1 241 296 784
Nord	3,3	1 263 351 800	4,1	1 553 749 592	1,9	713 449 426	5,5	2 103 651 967	7,4	2 817 101 392
Nord-ouest	4,4	1 679 871 911	5,2	1 977 375 870	2,1	795 688 332	7,5	2 861 551 356	9,6	3 657 247 781
Ouest	4,7	1 804 391 700	8,1	3 084 141 101	3,3	1 244 161 913	9,6	3 644 378 983	12,9	4 888 532 802
Sud	0,9	342 997 994	2,2	832 222 770	0,5	183 303 489	2,6	991 925 369	3,1	1 175 220 764
Sud-ouest	3,4	1 297 798 093	7,2	2 719 695 110	2,7	1 020 770 902	7,9	2 996 722 301	10,6	4 017 493 203
Total	35,6	13 526 402 183	64,4	24 491 597 817	34,8	13 215 365 752	65,2	24 802 634 248	100,0	38 018 000 000

Sources: Annuaire statistique du Cameroun et ECAM II, I.N.S.

A la lumière des tableaux 5.14 et 5.15, l'on peut conclure que, globalement, les dépenses de l'Etat en matière de santé profiteraient beaucoup plus aux personnes non pauvres (64,4% du budget national de la santé pour 59,8% de personnes) qu'aux personnes pauvres (35,6% du budget national de la santé pour 40,2% de personnes). Pourtant, l'on se serait attendu à ce que ce soit les pauvres qui y aient le plus recours compte tenu de leur meilleure couverture spatiale et de leurs coûts relativement faibles par rapport aux services privés, et que les personnes aisées sollicitent plus ces services privés en raison de la qualité des services. La santé reste un élément de base du bien-être individuel. Un pauvre malade cherchera les moyens pour se soigner à moindre coût. Le nombre élevé de personnes par médecin, l'inégale distribution des infrastructures et les difficultés d'accès (éloignement, coût ou non disponibilité) aux soins de santé ne favorisent pas l'amélioration des conditions de vie des ménages. Le meilleur indicateur qui prendrait en considération tous ces éléments serait la couverture ou non de l'individu et de tous les membres de son ménage par une assurance maladie ou par tout système de santé (public ou privé) équivalent. L'achat d'une telle assurance ou encore les frais d'adhésion constituent une charge à prendre en considération dans l'établissement d'un budget qui couvrirait les besoins de base.

Cependant dans un pays où la plus grande partie du service de santé est assurée par un réseau public, a fortiori pour les populations considérées pauvres, c'est beaucoup plus un critère d'accessibilité à ces services qu'il faut retenir. En effet, une plus grande accessibilité des populations aux services publics de santé réputés généralement moins cher par rapport au privé contribuerait à diminuer les inégalités entre pauvres et non pauvres puis, entre citadins et ruraux en ce qui concerne le bénéfice tiré des ressources budgétaires allouées à la santé.

CONCLUSION

La santé est classée parmi les secteurs prioritaires des programmes de développement. C'est ainsi qu'un document-cadre a été élaboré pour fixer les objectifs à atteindre par le Gouvernement : il s'agit de la stratégie sectorielle de santé. Ce document retrace les actions à mener avec les résultats attendus, en tenant compte des engagements pris par les pouvoirs publics tant sur le plan national qu'international. Parmi ce dernier type d'engagements, ceux figurant dans la Déclaration du millénaire fixent des objectifs à atteindre à l'horizon 2015 dont plusieurs relevant du secteur santé. En vue mettre en place des bases pour le suivi-évaluation des différentes actions, l'ECAM II vient compléter l'état des lieux, quoique partiellement avec des données plus actuelles portant sur l'année 2001, permettre de d'apprécier le chemin restant à parcourir pour atteindre les objectifs fixés.

Plus particulièrement dans le domaine de la santé, les résultats de la présente étude montrent que les pouvoirs publics camerounais ont encore beaucoup à faire avec l'appui des partenaires de ce secteur. A titre d'exemples, l'un des objectifs fixés par la Stratégie sectorielle de santé est de « réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale des groupes vulnérables ». Or le niveau de morbidité générale semble avoir plutôt augmenté entre 1996 et 2001, ce qui rend la tâche difficile. Malgré cela, le fait de cibler en priorité les groupes les plus défavorisés sur ce plan tels qu'identifiés à l'ECAM II, à savoir les ménages des exploitants agricoles, des retraités et des invalides sans délaissier les autres catégories de ménages au cours de l'exécution des stratégies pourra augmenter les chances d'atteindre cet objectif. Ces populations défavorisées, rurales pour la plupart, sont par ailleurs encore très éloignées des centres de santé (distances moyennes dépassant souvent 4 voire 7km selon les régions). Elles sont souvent obligées de recourir à la médecine traditionnelle ou aux vendeurs informels de médicaments en cas de problème de santé, et bénéficient moins d'une assistance qualifiée à l'accouchement et des campagnes permanentes voire des campagnes ponctuelles de vaccination. C'est ainsi que l'objectif fixé par la stratégie sectorielle de santé de disposer au cours des prochaines années d'une formation sanitaire délivrant le paquet minimum à une heure maximum de marche à pieds et pour 90% de la population est, à juste titre, louable. Il serait souhaitable de ne pas se limiter à améliorer uniquement l'accessibilité physique aux centres de santé, mais aussi d'améliorer la qualité et le coût des services dans les centres de santé du pays car une frange non négligeable de la population n'est pas entièrement satisfaite des services qui leur sont offerts. En effet, en plus de l'éloignement, les populations déplorent principalement le manque d'équipement et les coûts élevés d'accès aux services et aux soins de qualité.

L'accessibilité aux médicaments constitue une autre grande difficulté rencontrée par les populations. Certes, l'Etat camerounais a fait des efforts appréciables en révisant successivement à la baisse les prix des médicaments essentiels y compris ceux contre le VIH/SIDA, ramenant ces derniers dans une fourchette des prix variant de 15.000 à 22.000 FCFA par mois contre plusieurs centaines de milliers de FCFA quelques années auparavant. Mais une telle somme évaluée annuellement à 180.000 FCFA au moins pour retarder la mort d'une victime du VIH/SIDA n'est pas à la portée des pauvres dont la dépense annuelle maximum par équivalent adulte n'atteint guère 232.547 FCFA pour satisfaire ne fut-ce que ses besoins essentiels.

Même le programme de promotion des médicaments génériques lancé par le Ministère de la Santé Publique pour revoir à la baisse les prix des médicaments n'a pas encore entièrement résolu le problème de disponibilité et du coût du médicament de qualité au Cameroun. C'est pourquoi nombreuses encore sont les populations qui se font consulter et s'approvisionnent chez les tradipraticiens et les vendeurs ambulants de médicaments d'origine douteuse. Pourtant, la santé de l'individu est un capital précieux qu'il faut entretenir et sauvegarder afin de garantir la force de travail pour générer des revenus et se mettre à l'abri de la pauvreté.

Bien entendu, même si les populations disposaient de moyens financiers, les questions de leur information et sensibilisation sur les bonnes pratiques et les mesures préventives de santé ne seraient pas à négliger, les soins préventifs étant généralement moins coûteux que les soins curatifs. Mais, il ne faudrait pas perdre de vue l'influence des facteurs d'ordre culturels inhérents aux populations elles-mêmes, notamment le faible niveau d'instruction des populations rurales surtout dans le Grand Nord et dans la zone rurale Forêt qui constitue un frein à l'amélioration des conditions de santé de ces populations. En plus d'agir négativement sur la propension à recourir aux services compétents de santé (centres de santé formels, services divers comme ceux de la planification familiale, de lutte contre les MST/SIDA, etc.), un faible niveau d'instruction est un facteur d'ignorance et est souvent corrélé à un bas niveau de vie, un manque de moyens pour supporter les coûts des services de santé.

Les mesures prises jusqu'à présent montrent l'engagement de l'Etat de faire de la santé des populations l'une de ses priorités. Certains efforts fournis jusqu'à présent sont en train de produire des fruits. Cependant, il en faut encore redoubler d'efforts pour espérer s'approcher de l'objectif de la santé pour tous au Cameroun en ce début du troisième millénaire.

Ce document apporte donc des éclairages utiles aux responsables de la santé pour mieux orienter les stratégies et augmenter ainsi les chances d'atteindre les objectifs fixés pour 2015 ou à des échéances plus proches.

ANNEXE : SITUATION DES PRINCIPAUX ENGAGEMENTS DU CAMEROUN SUR LE PLAN SANITAIRE

Objectifs	Indicateurs	Niveau antérieur			Périodicité d'évaluation	Niveau en 2000 (MICS)	Niveau actuel avec l'ECAM II en 2001	Attentes		Observations ¹³
		Source de données	Niveau	Année				Niveau	Horizon	
Améliorer la vaccinale des jeunes Enfants	Taux de couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois pour l'ensemble des	EDS I	41%	1991	Quinquennale	36,2%	55,3%	80%	2005	Entre outre, il faut éradiquer la polio d'ici 2005 sans oublier qu'une couverture de 80% est prévue pour le VAT2+ aux femmes enceintes. En outre éradiquer le tétanos maternel et néo-maternel (moins de 1%) en 2005.
		EDS II	35,8%	1998						
	- BCG	EDS II	74,8%	1998	Quinquennal	77,7%	74,3%	80%	2005	
	- POLIO	EDS II	47,1%	1998	Quinquennal	49,5%	68,4%	80%	2005	
	- DTCOQ	EDS II	50,5%	1998	Quinquennal	44,7%	67,3%	80%	2005	
	- ROUVAX	EDS II	54,2%	1998	Quinquennal	61,6%	61,2%	80%	2005	
Améliorer l'accessibilité physique des ménages aux services de santé	- Distance moyenne parcourue pour atteindre le centre de santé le plus proche - Temps moyen d'accès à pieds	ECAM / Carte Sanitaire	///	///	Quinquennale	///	3,86 km 33,3 mn	///	///	Il faut que plus de 90% de la population soit à moins d'une heure de marche à pied d'un centre de santé ; on en est à environ 85% en 2001
Réduire la mortalité infantile	Taux de mortalité infantile (‰)	EDS I	65‰	1991	Quinquennale	76‰	74,6‰	50‰	2010	D'ici 2015, réduction de deux tiers par rapport à son niveau de 1990 (soit environ 25‰)
		EDS II	77‰	1998						
Réduire la mortalité infanto-juvénile	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	EDS I	126,3‰	1991	Quinquennale	149‰	///	31‰	2015	
		EDS II	150,7‰	1998						
Réduire la mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle (‰/000)	EDS II (méthode directe)	430‰/000	1998	Quinquennale	///	///	124‰/000	2015	Réduire de ¾ ce taux entre 1990 et 2015 Ce taux était autour de 430 à 500‰/000 dans les années 1990
		EDS II (méthode indirecte)	504‰/000	1998						
Assister davantage les accouchements	Nombre de naissances non assistées par un personnel médical formé (‰)	EDS I	36,2%	1991	?	60,4%	64,2%	20,9%	2015	Ramener ces naissances à 30% de l'ensemble en 2005 et à 0% en 2015
		EDS II	41,8%	1998						
Prévenir les grossesses indésirées	Prévalence contraceptive (‰)	EDS I	20‰	1991	?	///	41,9% ¹⁴	+25% en urbain (65%)	2005	Entre outre, on tient à baisser le taux de grossesse indésirée chez les adolescentes
		EDS II	49‰	1998						
Suivre l'évolution du VIH/SIDA	Prévalence du VIH/SIDA	MINSANTE	11%	2000	///	///	///	///	2005	On tient à sensibiliser plus de 85% de femmes en milieu urbain et 80% en rural

¹³ Sources : Concepts, mesures et suivis de la pauvreté (Tableau I : Les Objectifs Internationaux de développement et leurs indicateurs) et Stratégie sectorielle de santé du Cameroun.

¹⁴ A l'ECAMII, il pourrait avoir sous estimation due au fait que l'on s'est intéressé uniquement à l'usage de méthodes contraceptives à but de planification familiale et pas forcément pour la prévention des MST/SIDA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BUREAU CENTRAL DES RECENSEMENTS ET DES ETUDES DE POPULATION (1999), Enquête Démographique et de Santé 1998, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA.

DSCN/MINEFI (2002), “Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2001 – Premiers résultats “ Enquête camerounaise auprès des ménages, Yaoundé.

DSCN, (1997) “Conditions de vie des ménages au Cameroun en 1996“ Enquête camerounaise auprès des ménages – Volume 2, résultats, Yaoundé.

DSCN, (1997) “Distribution des revenus et consommation des ménages au Cameroun en 1996“ Enquête camerounaise auprès des ménages – Volume 2, résultats, Yaoundé.

DSCN/MINEFI (1997), ECAM I Volume 1 : Méthodologie, Yaoundé.

DSCN/MINEFI et UNICEF (2001) Enquête à indicateurs multiples (MICS) au Cameroun- Rapport principal, Yaoundé.

I.N.S./MINEFI (2000), Annuaire statistique du Cameroun 1999, Yaoundé.

I.N.S./MINEFI (2001), Annuaire statistique du Cameroun 2000, Yaoundé.

MINEFI (2000), Document Intérimaire de Stratégie de Réduction de la pauvreté, Yaoundé.

MINSANTE (2002), Stratégie sectorielle de santé, Kribi,

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (1997), Annual Activity Report for First level Health Care Facilities (Health Centres), Yaoundé.

ODI/BDM (2001) Rapport pays République du Cameroun, Yaoundé.