

Rapport Principal

Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) au Cameroun 2000

Ministère de l'Economie et des Finances
Gouvernement du Cameroun

UNICEF

TABLES DE MATIERES

Avant-propos et remerciements

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
LISTE DES GRAPHIQUES	4
RESUME ANALYTIQUE.....	7
INDICATEURS DE SYNTHESE.....	13
I INTRODUCTION.....	15
CONTEXTE DE L'ENQUETE.....	15
OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	16
II. - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	16
ECHANTILLONNAGE	16
QUESTIONNAIRES	17
TRAVAIL SUR LE TERRAIN ET TRAITEMENT	18
III. - CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE DES DONNEES	19
TAUX DE REPONSE.....	19
REPARTITION PAR SEXE ET PAR AGE ETDONNEES MANQUANTES	20
REMARQUES SUR LES TABLEAUX EDITES.....	21
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES MENAGES.....	22
CARACTERISTIQUES DES LOGEMENTS.....	22
IV. RESULTATS	23
A. MORTALITE INFANTILE ET INFANTO -JUVENILE.....	23
B. EDUCATION.....	25
EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE.....	25
EDUCATION DE BASE.....	26
ALPHABETISATION DES ADULTES.....	27
C. EAU ET ASSAINISSEMENT.	27
UTILISATION DE L'EAU DE BOISSON	27
ASSAINISSEMENT	28
D. MALNUTRITION DES ENFANTS.....	28
IODATION DU SEL.....	28
SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	28
FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE.....	29
E. SANTE DE L'ENFANT	30
COUVERTURE VACCINALE.....	30
DIARRHEE.....	31
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS.....	32
INITIATIVE DE LA PCIME.....	33
F. VIH/SIDA.....	35
CONNAISSANCE DU SIDA	35
DEPISTAGE DU SIDA	37
G. SANTE REPRODUCTIVE	37
CONTRACEPTION.....	37
CONSULTATIONS PRENATALES.....	38
ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT	39
H DROITS DE L'ENFANT	39
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL.....	39
ORPHELINS ET SITUATION DE GARDE DES ENFANTS.....	40
TRAVAIL DES ENFANTS.....	40
HANDICAP DES ENFANTS.....	41
PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT	42

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

LISTE DES GRAPHIQUES

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

Avant-propos et remerciements

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

L'enquête à indicateurs multiples ou MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) que vient de réaliser le Gouvernement à travers le Ministère de l'Economie et des Finances/Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, et dont il a le plaisir de présenter les résultats, permettra d'évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte de ces objectifs. C'est une enquête type qui a été exécutée par les pays signataires du Plan d'Action du Sommet Mondial sur les enfants.

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

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

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

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

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

Résumé Analytique

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) du Cameroun est une enquête représentative au niveau national sur les ménages, les femmes et les enfants. Les principaux objectifs de l'enquête consistent à : recueillir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Cameroun à la fin de la décennie ; fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès dans la réalisation des objectifs établis au cours du Sommet Mondial ; élaborer une base de planification des actions futures.

Mortalité infantile et infanto-juvénile

- Les données concernant les décès parmi les enfants nés vivants collectées lors de l'enquête MICS présentent des distorsions qui ne permettent pas d'obtenir des estimations fiables des taux de mortalité des enfants pour les périodes récentes. Cependant, les résultats montrent que le taux de mortalité infantile était de 92 pour 1000 et celui de la mortalité infanto-juvénile de 149 pour 1000 pour la période 1994, chiffres qui semblent les plus plausibles selon la méthodologie utilisée.

Education

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

Eau et assainissement

- Cinquante deux pour cent de la population a accès à l'eau potable dont 75 pour cent en milieu urbain et 40 pour cent dans les zones rurales. La situation dans la Région du Centre/Sud/Est, est plus préoccupante que celle des autres régions car seuls 38 pour cent de la population dans cette région ont accès à l'eau potable.
- Soixante quinze pour cent de la population du Cameroun vivent dans des ménages disposant de toilettes ou latrines sanitaires.

Malnutrition des enfants

La collecte des données n'a pas été réalisée sur le statut nutritionnel et l'allaitement au sein dans la mesure où il existe sur ce domaine des données récentes.

Iodation du sel

Quatre vingt quatre pour cent des ménages au Cameroun disposent de sel iodé de façon adéquate (15+PPM). Le pourcentage des ménages disposant de sel iodé de façon adéquate oscille entre 77 pour cent dans la Région du Centre/Sud/Est et 95 pour cent à Yaoundé/Douala.

Supplémentation en Vitamine A

- Au cours des six mois précédant l'enquête MICS, 9 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose élevée de supplémentation en vitamine A. Environ 7 pour cent n'ont pas reçu de supplémentation au cours des 6 derniers mois, mais avaient reçu une avant cette période.
- Il semble ne pas exister une corrélation stable entre le niveau d'instruction de la mère et la probabilité de la supplémentation au cours des 6 derniers mois. En effet, le pourcentage des enfants ayant reçu une supplémentation au cours de la période récente (six derniers mois) est plus élevé chez les enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction : 11 pour cent. Ce pourcentage diminue (8 pour cent) chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire et augmente (9 pour cent) chez les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure.
- Par contre, pour ce qui est de la période postérieure à six mois, la corrélation semble stable. Le pourcentage des enfants qui ont reçu une supplémentation augmente avec le niveau d'instruction de la mère ; il passe de 4,8 pour cent chez les enfants des mères sans niveau d'instruction à 10 pour cent chez ceux dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure.
- Seules environ 9 pour cent des mères qui ont accouché au cours de l'année précédant la MICS ont reçu une supplémentation en vitamine A huit semaines après l'accouchement.

Faible poids à la naissance

- Environ 12 pour cent des nourrissons auraient un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance selon les déclarations des mères. Toutefois, sur la base des enfants effectivement pesés à la naissance, l'enquête indique que 4 pour cent des nourrissons présentent une insuffisance pondérale à la naissance.

Couverture vaccinale

- Soixante dix huit pour cent (78) des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu une vaccination du BCG et la première dose de la DTCoq a été administrée à 69 pour cent. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de la DTCoq, soit 56 pour cent pour la deuxième dose et 45 pour cent pour la troisième.
- De même, 85 pour cent ont reçu la Polio 1 et ce chiffre tombe à 50 pour cent pour la troisième dose. La couverture pour le vaccin contre la rougeole est de 62 pour cent.
- Seulement 36 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les huit vaccins recommandés et 10 pour cent d'enfants n'ont reçu aucun vaccin.

- Le taux de vaccination des garçons est légèrement supérieur à celui des filles ; 39 pour cent contre 33 pour cent. De la première dose à la troisième dose de DTCoq et Polio, on observe des déperditions plus fortes chez les filles que chez les garçons.
- La couverture vaccinale est plus élevée chez les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure. Les différences de niveau d'instruction sont plus importantes pour les troisièmes doses de la DTCoq et de la Polio ; ce qui revient à dire que les taux d'abandon sont plus élevés chez les enfants dont les mères sont moins instruites.

Diarrhée

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

Infections respiratoires aiguës

- Sept pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Seulement 35 pour cent de ces enfants avaient été présentés à un prestataire de soins de santé qualifié.

Initiative de la PCIME

- Au cours de la période de deux semaines précédant la MICS, 60 pour cent d'enfants âgés de moins de 5 ans auraient souffert d'une maladie quelconque.
- Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient eu la diarrhée ou d'autres formes de maladies au cours des deux semaines précédant la MICS, 13 pour cent avaient reçu davantage de fluides et continuaient de manger selon les recommandations du programme de la PCIME.
- Trente trois pour cent des mères ou des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans connaissent au moins deux signes pour lesquels un enfant doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.

Paludisme

- Au Cameroun, où le niveau de risque de paludisme est élevé, 11 pour cent des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire avant l'enquête. Cependant, seuls environ 12 pour cent des moustiquaires utilisés étaient imprégnés à l'insecticide.
- Environ 25 pour cent des enfants avaient eu une fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 51 pour cent avaient reçu du Paracétamol pour soigner la fièvre, et 18 pour cent de la Chloroquine, tandis que moins de 2 pour cent avaient reçu du Fansidar. Tous avaient reçu de la Quinine, 33 pour cent de la Nivaquine, 4 pour cent avaient reçu du

Quinimax et un pourcentage élevé d'enfants (45 pour cent) avaient reçu d'autres médicaments. Toutefois, 66 pour cent d'enfants ayant eu la fièvre avaient reçu un remède anti-paludéen approprié.

VIH/SIDA

- Vingt huit pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent les trois principales méthodes de prévention de la transmission du VIH : avoir un seul partenaire sexuel non infecté, utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel, s'abstenir des rapports sexuels.
- Dix-neuf pour cent des femmes ont identifié correctement trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH- à savoir que le VIH ne peut être transmis par les moyens surnaturels, par les piqûres de moustiques, et qu'une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée.
- Cinquante sept pour cent des femmes en âge de procréer au Cameroun connaissent un endroit où l'on peut effectuer le test du SIDA.
- Le pourcentage des femmes qui ont des connaissances suffisantes de la transmission du VIH et le pourcentage de celles qui savent où se faire tester pour le VIH augmente considérablement avec le niveau d'instruction.

Contraception

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

Soins prénataux

- Deux femmes sur trois ayant accouché récemment au Cameroun sont protégées contre le tétanos et par conséquent leurs enfants ont été protégés contre le tétanos néonatal. L'écrasante majorité de ces femmes a reçu deux ou plusieurs doses d'anatoxine tétanique au 28/05/02 cours des trois dernières années.
- La quasi-totalité des femmes du Cameroun reçoit sous une forme ou une autre des soins prénataux. Cependant, 75 pour cent reçoivent des soins prénataux d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme).

Assistance pendant l'accouchement

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

Enregistrement des naissances

- Au Cameroun, 79 pour cent des naissances des enfants (0 - 5 ans) sont enregistrés à l'état civil. En ce qui concerne l'enregistrement des naissances, il existe des disparités importantes selon le sexe des enfants, le groupe d'âges ou le niveau d'instruction des mères.

Orphelins et situation de la garde des enfants

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

Travail des enfants

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

Handicaps de l'enfant

- Environ 23 pour cent des enfants de 2 à 9 ans présentent au moins un handicap. Parmi ces enfants 16 pour cent ont un seul handicap, 6 pour cent ont deux à trois handicaps.
- Le retard mental (6%), les difficultés de se faire comprendre (6%) et les problèmes de crises (4%) sont les principaux types d'handicaps chez les enfants de 2 à 9 ans.

Indicateurs de Synthèse

Indicateurs du Sommet Mondial pour les Enfants		
Mortalité infanto – juvénile	Probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans	149 pour 1000 (1994)
Mortalité infantile	Probabilité de mourir avant l'âge d'un an	92 Pour 1000
Prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion des moins de trois (cinq) ans qui sont trop minces pour leur âge	22 pour cent EDSII
Prévalence du retard de croissance	Proportion des moins de cinq ans qui sont trop courts pour leur âge	29 pour cent EDSII
Prévalence de l'émaciation	Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur taille	6 pour cent EDSII
Accès à l'eau potable	Proportion de la population qui utilise de l'eau potable	52 pour cent
Accès aux toilettes	Proportion de la population utilisant des toilettes	75 pour cent
Proportion des enfants atteignant la classe de cinquième	Proportion des enfants entrant en première année de l'école primaire et qui atteignent, en définitive, la cinquième	59 pour cent
Taux net de scolarisation	Proportion des enfants en âge de l'école primaire fréquentant une école primaire	68 pour cent
Taux d'alphabétisation des adultes	Proportion de la population âgée de plus de 15 ans sachant lire une lettre ou un journal	66 pour cent
Accès aux soins prénatals	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont vues au moins une fois pendant la grossesse par un agent de santé qualifié	75 pour cent
Prévalence de la contraception	Proportion des femmes mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive	25 pour cent
Assistance à l'accouchement	Proportion des naissances assistées par un agent de santé qualifié	60 pour cent
Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 grammes	12 pour cent
Consommation du sel iodé	Proportion des ménages qui consomment du sel iodé de façon adéquate	84 pour cent
Supplémentation en vitamine A des enfants	Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois	9 Pour cent
Supplémentation en vitamine A des mères	Proportion des mères qui ont reçu une supplémentation en vitamine A avant que le nourrisson n'atteigne 8 semaines	9 Pour cent
Allaitement exclusif	Proportion des nourrissons âgés de moins de 4 mois qui sont allaités exclusivement	15 Pour cent
Alimentation complémentaire à temps	Proportion des nourrissons âgés de 7 à 9 mois qui reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires	86 Pour cent EDSII
Poursuite de l'allaitement	Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois qui sont allaités	84 pour cent (12-15) 29 pour cent (20-23)
Couverture vaccinale de la DTCoq	Proportion des enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos à l'âge de un an	45 pour cent
Couverture vaccinale de la rougeole	Proportion des enfants vaccinés contre la rougeole à l'âge de un an	62 pour cent
Couverture vaccinale de la polio	Proportion des enfants vaccinés contre la polio à l'âge de un an	50 pour cent
Couverture vaccinale du BCG	Proportion des enfants vaccinés contre la tuberculose à un an	78 pour cent
Protection des enfants contre le tétanos néonatal	Proportion des enfants âgés de un an protégés contre le tétanos néonatal grâce à la vaccination de la mère	66 pour cent

Utilisation de la TRO	Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec les sels de réhydratation orale ou avec une solution faite à domicile appropriée	96 pour cent
Prise en charge à domicile de la diarrhée	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation pendant l'épisode	23 pour cent
Recherche des soins de santé pour les IRA	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu une IRA au cours des 2 dernières semaines et qui ont été présentés à un prestataire de soins de santé approprié	35 pour cent
Développement préscolaire	Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent une forme ou une autre de programme d'éducation préscolaire	15 pour cent
Indicateurs de suivi des droits des enfants		
Enregistrement des naissances à l'état civil	Proportion des enfants de moins de cinq ans dont les naissances seraient enregistrées à l'état civil	79 pour cent
Disposition relatives à la vie des enfants	Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans dans les ménages ne vivant pas avec un parent biologique	11 pour cent
Enfants orphelins dans les ménages	Proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui sont orphelins et vivant dans les ménages	1 pour cent (les deux parents) 5 pour cent (un parent)
Travail des enfants	Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent à l'heure actuelle	58 pour cent
Indicateurs pour le monitoring de la PCIME et du paludisme		
Prise en charge à domicile de la maladie	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient été malades au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation.	13 pour cent
Connaissances sur la recherche des soins de santé	Proportion des personnes à charge des enfants âgés de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux signes nécessitant la recherche immédiate des soins.	33 pour cent
Moustiquaires	Proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide.	1,33 pour cent
Traitement du paludisme	Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été malades et ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines et ont reçu des antipaludéens.	66 pour cent
Indicateurs de suivi du VIH/Sida		
Connaissances pour éviter le VIH/Sida.	Proportion des femmes qui ont identifié correctement les 3 principales méthodes de prévention de l'infection à VIH.	28 pour cent
Connaissances des conceptions erronées sur le VIH/Sida.	Proportion des femmes qui ont identifié correctement 2 conceptions erronées concernant le VIH/Sida.	23 Pour cent
Connaissances de la transmission mère-enfant.	Proportion des femmes qui identifient correctement les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant.	59 pour cent
Attitude des gens à l'égard du VIH/Sida	Proportion des femmes exprimant une attitude discriminatoire à l'égard des gens qui ont le VIH/Sida	11 Pour cent
Femmes sachant où se faire tester pour le VIH	Proportion des femmes qui savent où effectuer le test du VIH.	57 Pour cent
Femmes qui ont été testées pour le VIH.	Proportion des femmes qui ont été testées pour le VIH.	- Pour cent

I. Introduction

Contexte de l'enquête

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

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

Des activités isolées entrant dans ce cadre ont été recensées. Un recentrage des actions entreprises est en cours.

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

Le Cameroun n'a pas effectué l'enquête MICS du milieu de décennie. L'enquête MICS 2000 du Cameroun a été mise en œuvre en vue de recueillir des informations sur de nombreux indicateurs à la fin de la décennie.

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

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

Contexte du Cameroun

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

La population active, tous secteurs confondus, est de 36 pour cent. La natalité est encore élevée avec un taux brut de 38.

Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Cameroun sont : la diarrhée dont l'incidence demeure élevée (9,6 pour cent) au sein de la population des 0 à 4 ans; le paludisme qui affecte 45,5 pour cent de la population et la rougeole qui concerne 120 personnes sur 100 000 Habitants. Le système national de santé est axé sur le concept de districts de santé depuis 1990 (découpage des aires de santé en unités plus opérationnelles, création des pharmacies d'approvisionnement en médicaments essentiels...).

Objectifs de l'enquête

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

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

II. - Méthodologie de l'enquête

Echantillonnage

Un échantillon initial de 4500 ménages a été tiré.

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

Cinq urbaines à savoir :

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

et quatre rurales :

- Adamaoua/Nord/Extrême-Nord rural ;
- Littoral/Ouest rural ;

- Centre/Sud/Est rural ;
- Nord-Ouest/Sud-Ouest rural.

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

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

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

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

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

Questionnaires

La MICS a utilisé trois types de questionnaires :

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

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

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

Le questionnaire ménage administré dans chaque ménage au chef de ménage et aux personnes ayant la charge des enfants du ménage a permis de recueillir différentes informations sur le ménage (sa taille, sa composition, les caractéristiques de son logement par exemple) et ses membres, notamment le sexe, l'âge, l'alphabétisation, la situation de famille

et le statut d'orphelin. Ce questionnaire comporte également des modules sur l'éducation, le travail des enfants, l'iode du sel, l'eau et l'assainissement. Par rapport au modèle général, le questionnaire ménage de la MICS du Cameroun a été enrichi du module sur les handicaps des enfants de 2 à 9 ans.

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

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

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

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

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

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

Les procédures de collecte, la qualité des outils et les modalités de leur gestion ont été testées à l'avance en début mai 2000. A partir des enseignements de l'enquête pilote, des correctifs ont été apportés au libellé ou à la traduction de certaines questions et à certaines modalités de réponses dans les questionnaires.

En outre, certaines instructions aux personnels d'enquête ont été précisées et complétées dans les manuels d'enquête. Les questionnaires complets figurent en Appendice C.

Travail sur le terrain et traitement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. - Caractéristiques de l'échantillon et qualité des données

Taux de réponse

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

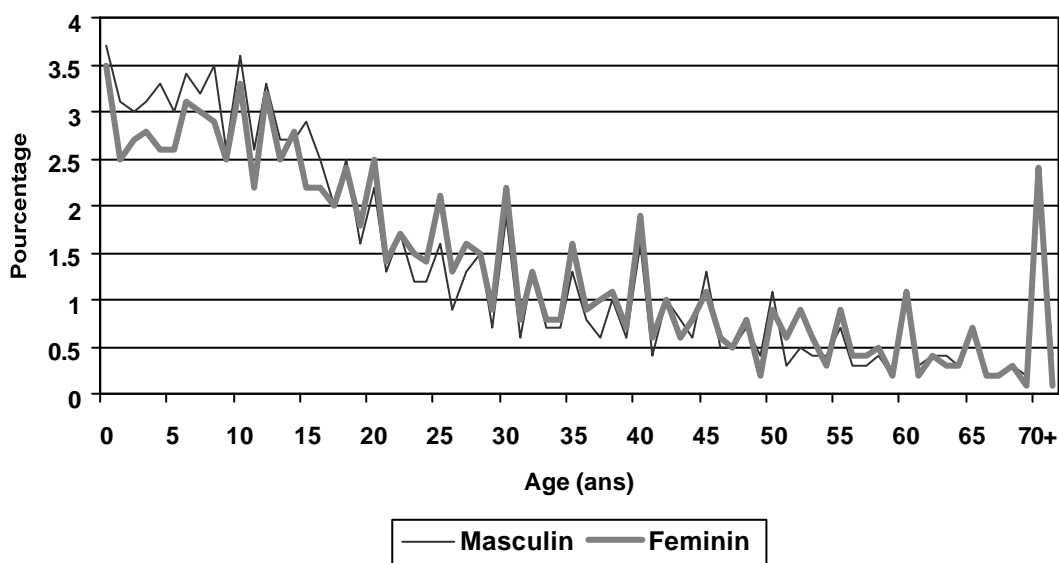
Au sein des ménages sondés, 5929 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées. Parmi celles-ci, 5069 ont été interrogées avec succès, soit un taux de réponse de 85,5 pour cent seulement ; ceci du fait surtout des absences et des réticences.

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

Répartition par sexe et par âge et données manquantes

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

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



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

Parmi les femmes enquêtées 40 pour cent n'ont pas donné une date de naissance complète (le mois et l'année) ; cependant toutes ont donné soit l'année de leur naissance soit leur âge.

Soixante trois pour cent des femmes qui avaient accouché au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas indiqué la date précise de leur dernière injection de toxoïde tétanique.

En ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans 22 pour cent des enquêtés ont des informations manquantes sur la date de naissance complète (le mois et l'année) et 1 pour cent sur la survenance de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.

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

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

Remarques sur les tableaux édités

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

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

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

Les tableaux T24 et T26 sont les mêmes car dans le questionnaire, il a eu un saut inapproprié qui a entraîné l'exclusion des questions Q4 et Q5 pour les enfants qui avaient la modalité « oui=1 » à la question du module III « traitement des maladies d'enfants » (voir questionnaire Enfant). Dans cette situation, seuls les enfants ayant eu la diarrhée ont été pris en compte dans les tableaux T24 et T26.

S'agissant du tableau 20, la méthodologie utilisée dans le programme de tabulation standard n'avait pas suffisamment été comprise, d'où quelques anomalies dans les analyses.

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

Ces problèmes et bien d'autres ont rendu fastidieux les travaux de tabulation et même d'analyse des données. Ce n'est progressivement que ces problèmes ont trouvé des solutions parfois consensuelles à l'issue des beaucoup de discussion.

Caractéristiques de la population des ménages

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

Le Tableau 4 présente la répartition en pourcentage des ménages de l'échantillon (après pondération) selon les caractéristiques du contexte. Environ 35 pour cent des ménages (1493 ménages) sont urbains et 65 pour cent (2767 ménages) sont ruraux¹. L'ensemble Adamaoua/Nord/Extrême-Nord est le plus vaste des cinq grands domaines d'études, avec 26 pour cent des ménages, suivi par le Centre/Sud/Est, le Nord-Ouest/Sud-Ouest avec respectivement 23 et 22 pour cent. Les autres domaines, à savoir Yaoundé/Douala et Littoral/Ouest représentent respectivement 13 et 16 pour cent des ménages. La plupart des ménages comptent deux à sept membres : 20 pour cent ont entre 2 et 3 membres, 23 pour cent entre 4 et 5 membres et 21 pour cent entre 6 et 7 membres. Quarante sept pour cent des ménages comptent au moins un enfant âgé de moins de cinq ans et 67 pour cent comptent au moins une femme âgée de 15 à 49 ans.

Le Tableau 5 présente les caractéristiques des femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans. Les femmes âgées de 15 à 19 ans représentent le pourcentage le plus important de l'échantillon des femmes interrogées, soit près de 23 pour cent. Ce pourcentage baisse au fur et à mesure que l'âge augmente ; au groupe d'âge de 45-49 ans, il n'est plus que de 7 pour cent. Cette situation est typique des pays de l'Afrique Sub-Saharienne. Environ 64 pour cent des femmes de l'échantillon sont mariées et 74 pour cent ont déjà accouché. Quatre femmes sur dix ont le niveau d'études primaires ; trois sur dix ont au moins le niveau du secondaire, et presque autant n'ont reçu aucune instruction formelle.

Le Tableau 6 présente les caractéristiques des enfants âgés de moins de cinq ans. Cinquante deux pour cent des enfants sont des garçons et quarante huit pour cent des filles. Environ 35,9 pour cent des mères des enfants âgés de moins de cinq ans n'ont reçu aucune instruction ; un pourcentage qui est pour ainsi dire un peu plus élevé que le pourcentage global des femmes qui n'ont pas reçu d'instruction au sein de l'échantillon. Il convient de souligner que pour les enfants dont les mères ne vivent pas au sein du ménage, le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant a été pris en compte.

Il existe presque autant d'enfants âgés de moins de six mois que d'enfants âgés de 6 à 11 mois (4 pour cent) en zone urbaine. Ce phénomène s'observe également en zone rurale, mais dans des proportions plus élevées (8 pour cent) ; ce qui est normal.

Caractéristiques des logements

Lors de la collecte des données de la MICS, les enquêteurs ont recueilli des informations sur les caractéristiques des logements (matériel du sol, matériaux du plancher, utilisation de l'électricité), ainsi que sur la possession de certains biens en vue de mesurer le niveau du confort du ménage.

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

Source principale d'énergie pour la cuisine

Plus de quatre-vingt trois pour cent de la population utilisent le charbon/bois/paille pour faire la cuisine. L'utilisation de l'électricité est nulle. Les sources d'énergie varient considérablement selon que le ménage réside à Yaoundé/Douala ou pas (tableau 54). Dans ces deux grandes villes, 42 pour cent des ménages utilisent le gaz, 17 pour cent le pétrole et 37 pour cent le charbon de bois/paille alors qu'ailleurs, 79 pour cent des ménages ou plus utilisent cette dernière source.

Matériaux de revêtement du sol

Le plancher de 50 logements sur deux cent est en terre battue et 43 ménages sur 100 ont un sol cimenté. La grande majorité des logements urbains (78 pour cent) ont un sol en ciment ou carrelage, alors que 67 pour cent des ménages ruraux ont un sol en terre battue. Les matériaux de revêtement du sol varient selon les domaines d'étude (tableau 53). A Yaoundé/Douala et SW/NW, le ciment est prédominant (81 pour cent et 70 pour cent respectivement). Au centre/Sud/Est, on retrouve plus la terre battue avec 77 pour cent, tout comme à l'Adamaoua/Nord/Extrême Nord (63 pour cent) et à l'Ouest/Littoral.

Possession de certains biens

Electricité

Quarante et un (41) pour cent des ménages disposent de l'électricité des ménages. Elle reste un privilège des ménages urbains. En effet, 79 pour cent des ménages urbains sont équipés en électricité contre seulement 21 pour cent en milieu rural.

Radio

Plus de la moitié (55 pour cent) des ménages camerounais disposent d'une radio. La grande majorité des populations de Yaoundé/Douala (83 pour cent) se servent de ce média alors que l'Adamaoua/Nord/Extrême Nord sont les moins nantis (35 pour cent).

Téléviseur

S'agissant de la télévision, 17 pour cent des ménages camerounais disposent d'un poste téléviseur. A Yaoundé/Douala, plus de la moitié des ménages ont un téléviseur. Pour le reste du pays, moins de 17 pour cent des ménages y ont accès. L'Adamaoua/Nord/Extrême Nord constituent les moins nantis avec 5 pour cent.

IV. Résultats

A. Mortalité infantile et infanto-juvénile

Le taux de mortalité infantile est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Au niveau de la MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte (Méthode de Brass). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les groupes d'âge de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans, et la proportion de ces enfants

qui sont décédés. La technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte tant des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir.

Les données utilisées pour les estimations de la mortalité sont indiquées au Tableau 7. Le nombre moyen d'enfants nés vivants est de 0,367 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et augmente régulièrement jusqu'à 6,534 chez les femmes âgées de 45 à 49 ans; ce qui semble normal. Cependant, la proportion d'enfants décédés présente une évolution irrégulière. La proportion d'enfants décédés chez les femmes plus jeunes (15 - 19 ans) est très faible. Par contre les femmes du groupe d'âge immédiatement suivant (20-24 ans) enregistrent une proportion de mortalité relativement plus élevée. Les proportions de mortalité des enfants chez les femmes des groupes d'âge 40 - 44 ans et 45 - 49 ans sont les plus élevées. Cette situation peut être expliquée par la pointe d'âge constatée au Graphique 2 ci-dessous.

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

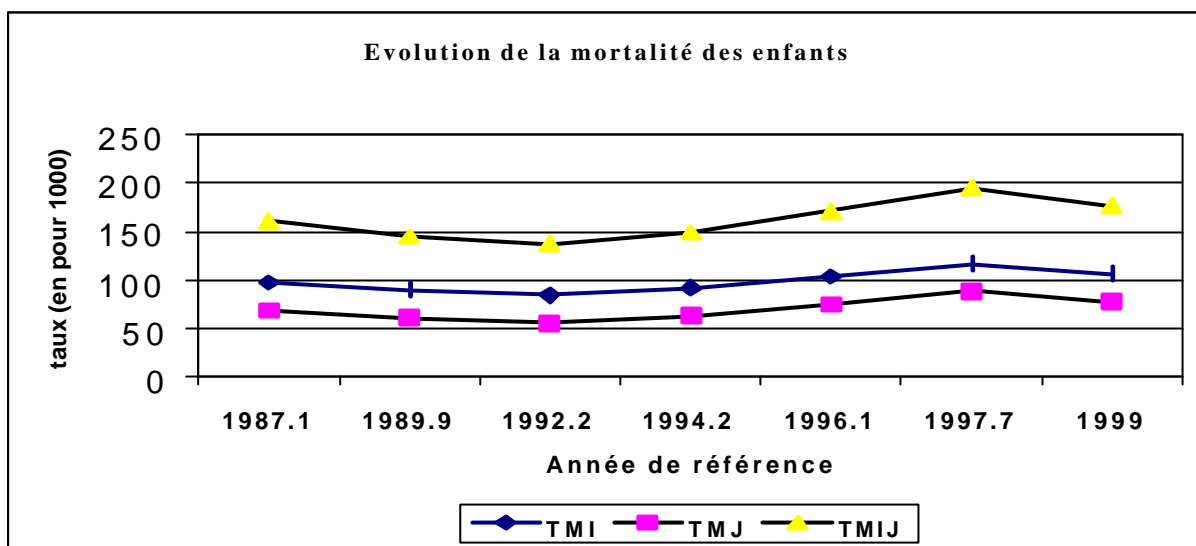
Les estimations de la mortalité ont été obtenues à l'aide du programme QFIVE des Nations Unies. Sur la base des estimations précédentes de la mortalité infantile et juvénile pour le Cameroun, la table type de mortalité de la « famille Nord » a été considérée comme la plus appropriée.

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

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

Graphique 2 :

Evolution des la mortalité des enfants



B. Education

L'élargissement des activités de développement du jeune enfant, l'universalisation de l'accès à l'éducation de base et l'achèvement de l'école primaire par les enfants du monde constituent les objectifs les plus importants du Sommet Mondial pour les enfants.

L'éducation constitue une condition sine qua non de lutte contre la pauvreté, de l'habilitation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux, l'exploitation, par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Education de la petite enfance

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

Ces programmes sont suivis par presque autant de filles que de garçons. Il existe des disparités importantes selon la région, de trois pour cent dans la Région de l'Adamaoua/Nord/Extrême Nord ; cet indicateur atteint sa plus grande valeur dans la Région du Nord-Ouest/Sud-Ouest où il est de 20 pour cent. Par ailleurs, les enfants des zones urbaines ont presque trois fois plus de chance de suivre les activités préscolaires que les enfants des zones rurales. Seulement un enfant sur dix âgé de 36 à 47 mois suit un programme d'éducation de la petite enfance contre 2 enfants sur dix dont l'âge est compris entre 48 et 59 mois. Enfin, il existe une corrélation étroite entre l'éducation de la mère ou de la personne principalement en charge du petit enfant et la chance pour celui-ci de suivre un programme d'éducation préscolaire. En effet, le pourcentage des enfants qui suivent un programme d'éducation de la petite enfance croît, passant de cinq pour cent pour les mères et personnes en charge de

l'enfant sans niveau d'instruction à trente cinq pour cent pour celles qui ont un niveau d'instruction au moins égal au niveau secondaire ou plus.

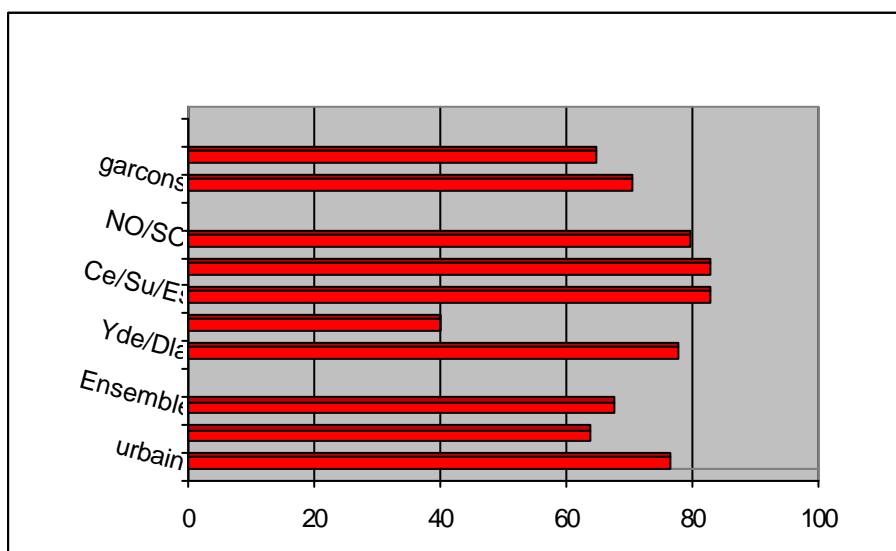
Education de base

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

Plus de la moitié (59 pour cent) des enfants qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive, la cinquième année (Tableau 11). Cependant, il existe de grandes disparités entre régions. Environ 60 pour cent des enfants dans les zones urbaines qui entrent en première année atteignent la cinquième année, contre 58 pour cent d'enfants dans les zones rurales. Dans la région Centre/Sud/Est, seuls 39 pour cent de ceux qui entrent en première année atteignent la cinquième année, tandis que dans le Nord Ouest/Sud Ouest, le pourcentage comparable est de 87. La principale différence entre le Centre/Sud/Est et les autres régions est que seuls 67 pour cent de ceux qui entrent en première année atteignent la quatrième année et seulement 39 pour cent atteignent la cinquième année. Pour les classes suivantes, le pourcentage des enfants qui poursuivent les études demeure inférieur dans le Sud par rapport aux autres régions, bien que les écarts ne soient pas importants.

Il semble que les données du tableau ne refléteraient pas exactement la réalité observable sur le terrain. Une enquête d'appoint sur ces points spécifiques de l'éducation corrigera sans nul doute les erreurs de collecte provenant du fait que la collecte s'est déroulée pendant les grandes vacances. En outre, les enquêteurs et les enquêtés auraient peu maîtrisé la différence entre l'année scolaire actuelle (1999/2000) et l'année scolaire passée (1998/1999).

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



Alphabétisation des adultes

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

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

C. Eau et assainissement.

Utilisation de l'eau de boisson

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

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

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

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

Les sources d'approvisionnement en eau de boisson des populations varient considérablement selon les domaines (Tableau 13). Dans Yaoundé/Douala, 42 pour cent de la population utilisent l'eau courante achetée à la borne fontaine publique et 27 pour cent l'eau courante dans la logement. Dans la partie septentrionale du pays, ces deux dernières sources

sont utilisées par 11 pour cent de la population. Les habitants des Provinces du Nord, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord utilisent davantage les puits : puits non protégés 33 pour cent, puits à pompe 18 pour cent et puits protégés 18 pour cent. Dans le domaine du Centre-Sud-Est, respectivement 34 et 20 pour cent de la population s'approvisionnent en eau à boire dans les sources non protégées et les puits non protégés. Dans les deux domaines Littoral/Ouest et Sud-Ouest/Nord-Ouest, les deux principales sources d'eau à boire sont les Bornes fontaines publiques et les Sources non protégées.

Assainissement

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

D. Malnutrition des enfants

Iodation du sel

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

Pendant la MICS 2000, le sel a été testé dans environ 92 pour cent des ménages concernés par l'enquête (tableau 17). Parmi ces ménages, 84 pour cent disposaient du sel iodé de façon adéquate. Ce pourcentage oscille entre 77 pour cent dans la Région du Centre/Sud/Est et 87 pour cent dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Quatre vingt quinze pour cent des ménages de Yaoundé/Douala disposaient du sel iodé de façon adéquate contre 86 pour cent dans les autres régions urbaines et 80 pour cent en milieu rural.

Supplémentation en Vitamine A

La carence en vitamine A (CVA) affaiblit les systèmes immunitaires des enfants, accroît leurs risques de mourir de maladies courantes de l'enfance et mine la santé de la femme enceinte et allaitante. Elle peut provoquer également des dégâts aux yeux et la cécité chez les enfants. Toutefois, elle peut être évitée facilement par la supplémentation en

vitamine A ou par la fortification des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de cinq ans dépasse 70 pour 1000 naissances vivantes ou dans lesquels la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique mettent en place un programme de lutte contre la carence en vitamine A. Conformément aux directives de l'UNICEF/OMS, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun recommande que les enfants âgés de 6 à 11 mois reçoivent une capsule d'une dose de vitamine A de 100 000 UI tous les six mois et que les enfants âgés de plus d'un an reçoivent une dose élevée de 200 000 UI tous les six mois. De même les femmes post-partum (8 semaines après l'accouchement) doivent recevoir une capsule de 800 000 UI.

Au cours des six mois précédant la MICS 2000, 9 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose de supplémentation en vitamine A (tableau 18). Environ 7 pour cent des enfants n'avaient pas reçu de supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois mais en avaient reçu avant cette période. Près de 2 pour cent des enfants avaient reçu une dose de supplémentation en vitamine A à un moment quelconque du passé mais leur mère/personne en charge n'avait pu préciser quand. La couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des six mois précédant la MICS 2000 varie de 5 pour cent dans la Région du Sud-Ouest/Nord-Ouest à 10 pour cent dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Yaoundé/Douala a une couverture assez élevée par rapport aux autres zones urbaines et aux zones rurales qui présentent très peu de différences entre elles.

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

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

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

Faible poids à la naissance

Les nouveaux-nés qui pèsent moins de 2500 grammes (2,5kg) à la naissance sont considérés comme ayant un faible poids. Etant donné que de nombreux nouveaux-nés ne sont pas pesés à la naissance, ceux qui le sont pesés peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances. Par conséquent, le poids à la naissance notifié ne peut être utilisé pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance chez tous les enfants. En outre, le

pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire : l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids de l'enfant ou le poids tel qu'enregistré sur un carnet de santé si l'enfant a été pesé à la naissance.

D'après la MICS 2000, au Cameroun 53 pour cent des nouveaux-nés avaient été pesés à la naissance. Les deux éléments ont été tabulés pour les enfants qui avaient été pesés à la naissance afin d'obtenir la proportion des naissances dans chaque catégorie de la taille qui pesaient moins de 2500 grammes. Cette proportion est ensuite multipliée par le nombre total d'enfants appartenant à la catégorie de la taille pour obtenir le nombre estimatif des enfants dans chaque catégorie de taille qui avait un faible poids à la naissance. Les chiffres pour chaque catégorie de la taille sont résumés afin d'obtenir le nombre total des enfants ayant un faible poids à la naissance. Ce chiffre est divisé par le nombre total de naissances vivantes afin d'obtenir le pourcentage du faible poids à la naissance.

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

E. Santé de l'Enfant

Couverture vaccinale

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

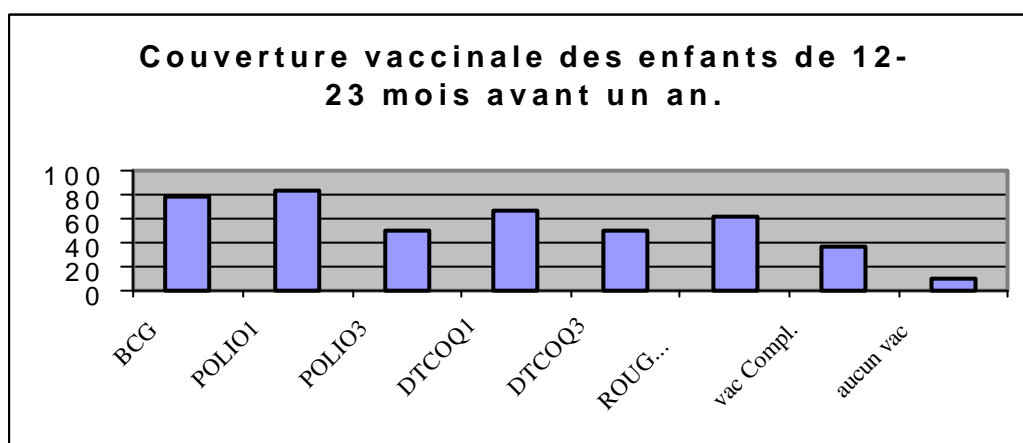
Dans le cadre de la MICS, les mères ont été invitées à présenter les carnets de vaccination de leurs enfants âgés de moins de cinq ans. Les agents enquêteurs ont recopié les informations contenues dans les carnets et relatives à la vaccination. Les mères ont également été interrogées sur toute vaccination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

Le Tableau 21 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance. Les estimations de ce tableau concernent tous les enfants vaccinés avant ou après l'âge de 12 mois.

Le Tableau 22 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacun des vaccins et ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois. Dans ce Tableau, les enfants âgés de 12 à 23 mois constituent le dénominateur, de façon que seuls les enfants qui sont suffisamment âgés pour être entièrement vaccinés soient pris en compte.

Sur la base de ces résultats et faisant l'hypothèse que la couverture vaccinale chez les enfants pour lesquels l'information est basée seulement sur la déclaration de la mère, la proportion des vaccins reçue durant leur première année était la même que chez les enfants ayant un carnet de vaccination. On déduit donc que les taux de vaccination avant 12 mois se présentent comme suit BCG : 78% ; Dtcoq 1 et 3: 67% et 45% respectivement; Polio 1 et 3 84% et 50% respectivement ; Rougeole: 62%.

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



Le taux de vaccination des garçons est de 39 pour cent contre 33 pour cent pour les filles. Les enfants des zones urbaines ont plus de chances d'être vaccinés que les enfants des zones rurales. Les estimations pour certaines régions reposent sur des effectifs réduits d'enfants et devraient donc être prises avec précaution. La couverture vaccinale est la plus élevée parmi les enfants dont les mères ont reçu une éducation secondaire ou plus. L'influence du niveau d'instruction est plus déterminante pour les troisièmes doses de DTCoq et de la Polio ; ce qui explique que les taux d'abandon soient plus élevés parmi les enfants dont les mères sont moins instruites.

Diarrhée

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

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

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

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

Infections respiratoires aiguës

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

Initiative de la PCIME

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

Le Tableau 26 présente des informations sur le comportement des enfants malades face aux fluides et à la nourriture. Six enfants sur dix auraient eu la diarrhée ou d'autres maladies au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 22 pour cent avaient bu de fluides pendant la maladie et près de 60 pour cent avaient continué de manger (c'est-à-dire, qu'ils mangeaient moins, la même quantité ou plus). D'une manière générale, seuls 13 pour cent environ des enfants malades avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger conformément aux recommandations du programme de la PCIME.

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

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

Paludisme

Le paludisme constitue l'une des principales causes de la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans au Cameroun. Il provoque également l'anémie chez les enfants et

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

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

Les questions concernant la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Près d'un enfant sur quatre âgés de moins de cinq ans avait fait de la fièvre au cours des deux semaines précédant la MICS (Tableau 29). La prévalence de la fièvre concerne près de 60 pour cent de tous les enfants âgés de 6 à 23 mois, puis baisse légèrement pour s'établir à 51 pour cent les enfants âgés de 24 à 47 mois et chute à 21 pour cent pour les enfants âgés de 48 à 59 mois. En ce qui concerne la prévalence de la fièvre, les disparités régionales sont assez importantes, oscillant entre 20 et 34 pour cent pour les cinq régions.

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

F. VIH/SIDA

Connaissance du SIDA

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

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

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

Les femmes du Adamaoua/Nord/Extrême-Nord ont moins de chance que les autres d'être informées des trois méthodes de prévention. D'une manière générale, 28 pour cent des femmes connaissent ces trois méthodes tandis que 56 pour cent connaissent au moins une méthode de prévention. Le niveau d'instruction semble avoir une conséquence en ce qui concerne la prévention du VIH/SIDA. En effet, le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention est neuf fois plus élevé parmi les femmes ayant fait les études secondaires ou supérieures par rapport aux femmes qui n'ont reçu aucune instruction. La différence n'est pas très significative entre les groupes d'âge. Le pourcentage des femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention oscille entre 21 pour cent chez les femmes âgées de 40 à 44 ans et 31 pour cent chez celles âgées de 25 à 29 ans. Vingt pour cent d'enquêtées en milieu rural et 40 pour cent en milieu urbain connaissent les trois méthodes de prévention.

En ce qui concerne les modes de transmission, deux conceptions erronées de la transmission de mère à l'enfant ont été déclarées aux enquêtées. Quarante un pour cent des femmes ont indiqué correctement que le SIDA ne peut être transmis par des moyens surnaturels, tandis que 29 pour cent ont affirmé que le VIH/Sida ne peut être répandu par les piqûres de moustiques (Tableau 31). Dans le Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, les femmes sont plus susceptibles de croire aux conceptions erronées sur la transmission du SIDA par rapport aux autres femmes. Les femmes de Yaoundé et de Douala ont plus de tendances de reconnaître toutes ces deux conceptions erronées. Cinquante sept pour cent et 49 pour cent savent respectivement que le Sida ne peut pas se transmettre par voies surnaturelles et par piqûres de moustiques. En général 23 pour cent seulement de femmes connaissent ces deux conceptions erronées. La différence entre les niveaux d'instruction est très significative. Cinq pour cent seulement de femmes sans niveau connaissent les deux conceptions erronées, contre 43 pour cent pour celles ayant le niveau du secondaire ou plus.

Plus de la moitié des enquêtées (59 pour cent) identifient correctement les trois mécanismes de transmission de la mère à l'enfant. Interrogées plus particulièrement sur les mécanismes par lesquels la transmission de la mère à l'enfant s'effectue, 57 pour cent ont déclaré que le SIDA peut être transmis d'une mère à son enfant pendant la grossesse, 47 pour cent ont affirmé que la transmission au moment de l'accouchement est possible, et 44 pour cent ont admis que le Sida peut être transmis par le lait maternel. En ce qui concerne le niveau d'instruction, seules les femmes sans niveau ont une moindre connaissance (19 pour cent) de ces modes de transmission. La différence n'est pas significative pour les femmes ayant le niveau primaire, secondaire et plus ou ayant reçu une éducation non formelle. Ces pourcentages oscillent entre 42 à 45 pour cent pour ces trois catégories de femmes. Ces résultats montrent une fois de plus que les femmes du Adamaoua/Nord/Extrême-Nord sont moins informées que les autres des modes de transmission de la mère à l'enfant. Seules 16 pour cent connaissent les trois modes de transmission de la mère à l'enfant. Pour ce qui est du milieu de résidence, 33 pour cent seulement de femmes en milieu rural contre 41 pour cent en milieu urbain connaissent ces trois mécanismes de transmission. Les différences entre les groupes d'âge ne sont pas très importantes. En ce qui concerne l'instruction, 19 pour cent seulement des femmes sans niveau connaissent les trois mécanismes de transmission de la mère à l'enfant, contre 44 pour cent pour celles ayant fait les études secondaires ou supérieures.

L'enquête de la MICS s'est attachée également à étudier les croyances et les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec les VIH/SIDA. Pour ce faire, il a été demandé aux répondants s'ils étaient d'accord avec les trois questions qui leur ont été posées. La première demandait si une personne apparemment en santé peut être infectée par le Sida, la deuxième question demandait si un enseignant qui a le virus du Sida, mais qui n'est pas malade doit être autorisé à continuer d'enseigner. La troisième enfin demandait si le répondant achèterait de la nourriture à un boutiquier ou un vendeur de nourriture qui, de l'avis du répondant, est infecté par le Sida. Il ressort de l'enquête que les femmes ont des connaissances assez poussées à l'égard des croyances que des attitudes. En effet, une femme sur deux (51 pour cent) a déclaré lors de l'enquête qu'une personne apparemment en santé peut être infectée, alors qu'environ une femme sur trois a des attitudes discriminatoires face aux personnes porteuses du VIH/Sida.

Dix huit pour cent seulement de femmes du Adamaoua/Nord/Extrême-Nord pensent qu'une personne apparemment en santé peut être infectée contre 70 pour au Sud-ouest/Nord-ouest et 81 pour cent à Yaoundé et à Douala. La différence selon l'âge n'est pas importante. Par contre, le niveau d'instruction est significatif surtout lorsqu'il s'agit des femmes n'ayant jamais fréquenté. Seules 17 pour cent de celles-ci savent qu'une personne apparemment en santé peut être infectée. Quant au milieu de résidence, les femmes vivant en milieu rural ont une croyance erronée que celles vivant en milieu urbain.

Pour ce qui est des attitudes discriminatoires, 29 pour cent des femmes pensent qu'un enseignant porteur du VIH/sida ne doit plus enseigner, tandis que 14 pour cent croient qu'on ne doit pas acheter de la nourriture à un vendeur qui a le Sida. Comme précédemment, la différence entre les âges n'est pas significative. Seuls le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le milieu de résidence et les domaines discriminent les femmes enquêtées.

Dépistage du SIDA

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

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

Il est à noter que les questions sur la mesure dans laquelle les femmes ont effectué le test et la mesure dans laquelle celles qui ont effectué le test ont reçu le résultat de leur test n'ont pas été posées à cette enquête.

G. Santé Reproductive

Contraception

L'utilisation de la contraception à l'heure actuelle a été mentionnée par 25 pour cent des femmes mariées ou vivant dans une union (tableau 36). La méthode la plus répandue est l'abstinence périodique qui est utilisée par une femme sur dix au Cameroun. La méthode suivante la plus populaire est la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, qui représente presque 5 pour cent des femmes. Presque 2 pour cent des femmes utilisent le condom et la pilule et 1 pour cent des injections et la stérilisation féminine. Moins d'1 pour cent utilise le DUI, les implants, la stérilisation masculine, le retrait et les méthodes vaginales. Dans l'ensemble, la situation a très peu évolué depuis 1998 bien que l'on soit passé à une prévalence contraceptive de 19 à 25 pour cent. De plus, l'on note la faible utilisation des méthodes modernes plus efficaces et la prépondérance des méthodes populaires ou traditionnelles peu efficaces.

La prévalence contraceptive actuelle est plus élevée à Yaoundé/Douala, avec 35,6 pour cent, et est presque aussi élevée dans la Région du Sud-Ouest/Nord-Ouest avec 35,3 pour cent. Trente pour cent des femmes mariées du Centre/Sud/Est et du Littoral/Ouest utilisent une méthode contraceptive. Dans la Région Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, l'utilisation de la contraception est faible ; seules 13 pour cent des femmes mariées affirment utiliser une méthode contraceptive. Les adolescentes (15-19 ans) et les femmes de 45-49 ans ont moins de chances d'utiliser la contraception que les autres femmes. Par rapport à l'âge, l'on observe une évolution en cloche de la prévalence contraceptive, le maximum étant atteint à 30-34 ans.

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

Consultations prénatales

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

Les injections de anatoxine tétanique sont administrées aux femmes pendant la grossesse pour protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal qui constitue une cause importante de la mortalité infantile due essentiellement aux conditions non hygiéniques pendant l'accouchement. Deux doses de anatoxine tétanique pendant la grossesse assurent une protection complète. Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse précédente, il se peut qu'elle n'ait plus besoin que d'un rappel pour lui assurer une protection complète. Cinq doses assureraient une protection complète pour la vie.

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

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

La quasi-totalité des femmes du Cameroun reçoivent un type ou un autre soins prénatals et 75 pour cent reçoivent des soins prénatals d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme). Un peu moins d'une femme sur quatre ayant accouché au cours de l'année précédant l'enquête avaient reçu des soins prénatals d'un médecin (22 pour cent), 50 pour cent d'un infirmier ou sage-femme (figure 6). Les auxiliaires ou assistants de santé ont fourni les soins prénatals pour 3 pour cent des femmes et accoucheuses traditionnelles pour 2 pour cent.

Assistance à l'accouchement

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

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

H. Droits de L'Enfant

Enregistrement des naissances à l'état civil

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

Selon la MICS, les naissances de 79 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans du Cameroun ont été enregistrées (Tableau 40). Il n'existe pas de disparités appréciables en ce qui concerne l'enregistrement des naissances à l'état civil entre les sexes et les âges. Toutefois, il y a des disparités significatives selon les niveaux d'instruction de la mère : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le niveau d'enregistrement des naissances est élevé. Les

enfants de la Région de l'Adamaoua/ Nord/ Extrême-Nord ont moins de chances de voir leurs naissances enregistrées à l'état civil par rapport au reste des enfants du pays. Cette situation s'expliquerait surtout par le taux d'analphabétisme élevé particulièrement pour les mères de cette région, eu égard à la relation constatée entre le niveau d'instruction et l'enregistrement des naissances dans l'ensemble et s'agissant des enfants dont les naissances ne sont pas enregistrées.

Les parents ont évoqué comme cause de non-enregistrement le coût de 23 pour cent, l'éloignement par rapport au Centre d'Etat-Civil (12 pour cent) et, dans une certaine mesure le manque d'informations.

Orphelins et situation de garde des enfants

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

Au Cameroun, 81 pour cent des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (Tableau 41). Deux pour cent vivent avec leurs mères uniquement, bien que leurs pères soient vivants. Environ 6 pour cent ne vivent avec aucun des parents, bien que ceux-ci soient vivants. Les enfants qui ne vivent pas avec l'un des parents biologiques représentent 11 pour cent et ceux dont l'un (ou les selon le tableau 41 page 4) des deux parents est décédé représentent 5 pour cent de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les enfants plus âgés courent plus de risques de vivre loin de leurs parents biologiques par rapport aux enfants plus jeunes. Bien que 4 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans ne vivent pas avec un parent biologique, 8 pour cent des enfants de 0 à 14 ans vivent avec lui.

La situation des enfants dans la Région du Centre/Sud/Est est relativement prononcée par rapport à celle des autres Régions: 15 pour cent des enfants de cette Région ne vivent pas avec l'un des parents biologiques. Le niveau de cet indicateur semble s'expliquer surtout par les us et coutumes selon lesquelles les enfants nés de filles non mariées sont en règle générale confiés à leurs grands parents surtout leur grand-mère.

Travail des enfants

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

Au Cameroun, le travail des enfants de moins de 14 ans est proscrit par la loi. Ainsi, la réglementation sur les conditions de travail des enfants ne concerne que ceux de la tranche d'âge comprise entre 14 et 18 ans. Or l'enquête de la MICS, environ 5 pour cent des enfants

âgés de 5 à 14 ans ont effectué un travail rémunéré (Tableau 42). Un peu plus de quatre fois soit (24 pour cent) participent à un travail non rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.

Par "travail domestique", on entend dans le cadre de la MICS : faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de l'eau et s'occuper des enfants. Près de 7 enfants sur 10 accomplissent ces tâches pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 1 enfant sur 10 y consacre plus de quatre heures par jour. D'une manière générale, les filles sont un peu plus exposées (13 pour cent) que les garçons (9 pour cent).

Les enfants plus âgés de 10 à 14 ans (15 pour cent) sont aussi plus exposés que les enfants plus jeunes de 5 à 9 ans (7 pour cent). Les disparités entre les régions sont plus appréciables en ce qui concerne le pourcentage des enfants qui consacrent moins de quatre heures par jour aux tâches domestiques. Cet indicateur culmine à 16 pour cent dans la Région de l'Adamoua/Nord/Extrême-Nord, du Sud-Ouest/Nord-Ouest, et reste élevé dans les régions du Centre/Sud/Est et Ouest/Littoral avec 12 pour cent.

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

Handicap des enfants

Au Cameroun, environ 23 pour cent des enfants âgés de 2 à 9 ans ont au moins un problème de handicap (Tableau 52). Parmi ces enfants, 16 pour cent ont un seul handicap, 6 pour cent ont deux à trois handicaps, moins d'un pour cent ont plus de 3 handicaps.

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

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

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

Participation de la femme au développement

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

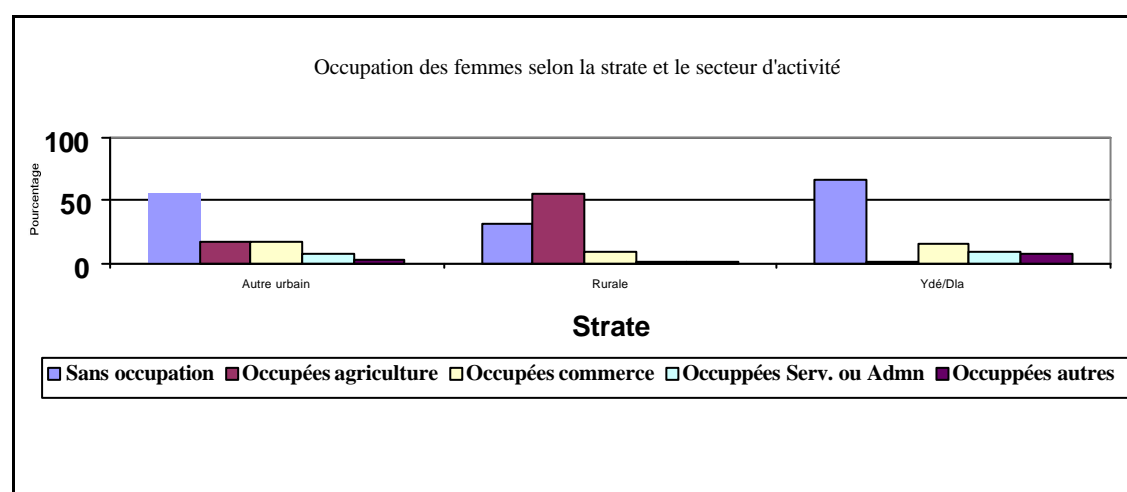
Participer au développement signifie y prendre part, c'est-à-dire avoir son mot à dire sur la façon dont les choses sont faites et sur la manière dont les ressources sont distribuées. Il s'agit donc de la participation au processus de prise de décision. Ainsi, le simple fait d'avoir sa part des ressources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

Vie économique de la femme

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

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

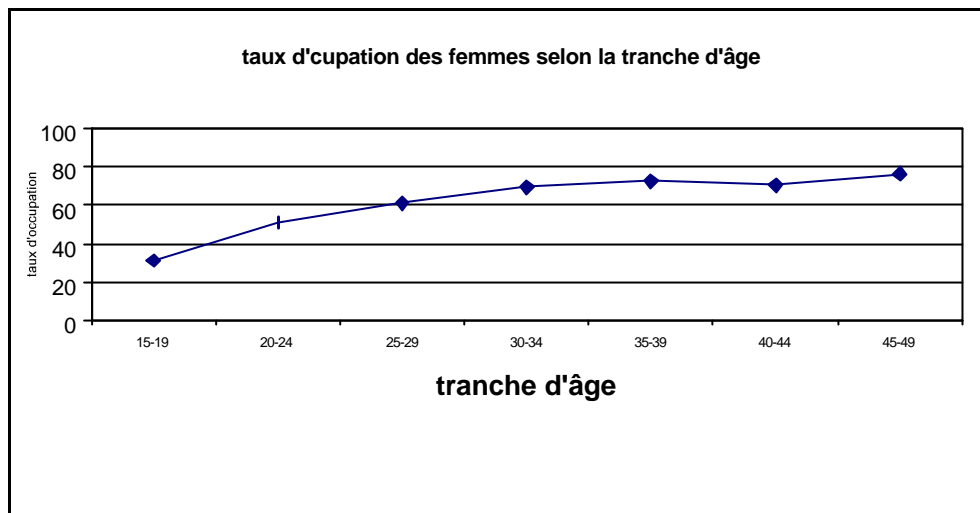
Graphique 5 :



Le taux d'occupation croît avec l'âge de la femme et varie de 31 pour cent pour celles qui sont âgées de 15 à 19 ans à 77 pour cent pour celles qui sont âgées de 45 à 49 ans. Entre 15 et 19 ans, plus de deux femmes sur cinq vont à l'école, ce taux n'est que de 15 pour cent

entre 20 et 24 ans et tombe à 4 pour cent entre 25 et 29 ans. A partir de 30 ans, il n'y a presque plus de femmes qui vont à l'école. Pour les tranches d'âge 15-19 et 45-49 ans une femme sur cinq est occupée principalement par les tâches domestiques. Pour les autres tranches d'âge, cette proportion varie peu et se situe au-dessus de 25 pour cent.

Graphique 6:



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

Participation des femmes aux dépenses personnelles

Près du quart (25 pour cent) des femmes âgées entre 15 et 49 ans déclarent ne prendre en charge aucune de leurs dépenses propres (Tableau 46). Cette catégorie de femmes est relativement plus nombreuse en milieu urbain (29 pour cent) qu'en au milieu rural (22 pour cent). Pour le milieu urbain, le pourcentage est de 35 pour cent à Yaoundé/Douala contre 26 pour cent dans les autres villes.

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

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

d'équipement de maison et de logement : entre 45 et 49 ans, 29 pour cent et 11 pour cent de femmes respectivement déclarent s'occuper de ces deux types de dépenses contre 17 pour cent et 4 pour cent pour la tranche 25-29 ans.

Participation des femmes aux dépenses du ménage

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

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

Vie associative et politique des femmes.

Près de 2 femmes sur 3 âgées entre 15 et 49 ans sont membres d'au moins une association (Tableau 50). Cette proportion dépasse 50 pour cent quelle que soit la tranche d'âge et varie de 51 pour cent pour les 15-19 ans à 77 pour cent pour les 45-49 ans. Dans les villes comme dans les campagnes, une forte majorité des femmes âgées de 15 à 49 ans appartiennent à une association au moins. Par domaine d'étude, on note une différence entre d'une part Adamaoua/ Nord /Extrême-Nord, et les autres et d'autre part entre le Sud-ouest/Nord-Ouest et le reste.

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

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

Responsabilité dans le quartier/village/ville/association.

Plus de 77 pour cent des femmes âgées entre 15-49 ans n'occupent aucune responsabilité à quelque niveau que ce soit dans un quartier, un village, une ville ou dans une association (Tableau 50). Cette proportion est plus élevée en milieu rural (79 pour cent) qu'en milieu urbain, 74 pour cent et 72 pour cent dans les autres villes et à Yaoundé/Douala

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

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

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

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

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