Cameroun

Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991

Direction Nationale du
Deuxième Recensement Général de la
Population et de l'Habitat

Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991

Martin Balépa
Médard Fotso
Bernard Barrère

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général
de la Population et de l'Habitat
Yaoundé, Cameroun

Macro International Inc.
Columbia, Maryland USA

Décembre 1992

ERRATA

Balépa, Martin, Médard Fotso, and Bernard Barrère. 1992. *Enquête Démographique et de Santé Cameroun, 1991*. Columbia, Maryland: Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat [Cameroon] and Macro International Inc.

Page 112, Tableau 7.10 - Les titres des colonnes 3, 4, et 5 sont incorrects. Ils doivent être:

(colonne 3)	(colonne 4)	(colonne 5)
Anti-paludéens	**Antibiotiques**	**Injections**

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSC) réalisée au Cameroun en 1991 par le Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat-2ème RGPH). L'EDSC, financée par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSC fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSC peuvent être obtenues auprès de la Direction Nationale du 2ème RGPH, B.P. 7 094 Yaoundé (Cameroun), Téléphone (237) 20 30 71. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4 000, Columbia, MD 21045, USA (Téléphone 410-290-2800; Fax 410-290-2999; Télex 198116).

TABLE DES MATIERES

Page

Liste des tableaux vii
Liste des graphiques xiii
Sigles et abreviations xv
Préface xvii
Remerciements xix
Résumé xxi
Carte du Cameroun xxiv

CHAPITER 1 CARACTERISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUETE
par Martin Balépa

1.1 Caractéristiques du pays 1

1.1.1 Organisation politico-administrative 1
1.1.2 Situation géographique 1
1.1.3 Quelques données socio-économiques 2
1.1.4 Milieu humain et démographie 3
1.1.5 Politique de population 4

1.2 Organisation de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 5

1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs 5
1.2.2 Personnel et calendrier des activités de l'EDSC 6
1.2.3 Echantillonnage et questionnaires 6
1.2.4 Collecte et exploitation des données 11

CHAPITRE 2 CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETEES
par Médard Fotso

2.1 Enquête ménage 13

2.1.1 Caractéristiques de la population des ménages 13
2.1.2 Structure, taille et composition des ménages 19
2.1.3 Caractéristiques de l'habitat et biens possédés par les ménages 20

2.2 Enquête individuelle 23

2.2.1 Caractéristiques des femmes enquêtées 23
2.2.2 Accès aux média 26

Page

CHAPITRE 3 FECONDITE
par Paul Roger Libité

3.1 Niveau de la fécondité et fécondité différentielle 30
3.2 Tendances de la fécondité 33
3.3 Grossesses improductives 36
3.4 Parité et stérilité primaire 37
3.5 Intervalle intérgenésique 38
3.6 Age à la première naissance 40
3.7 Fécondité des adolescentes 42

CHAPITRE 4 PLANIFICATION FAMILIALE
par Médard Fotso

4.1 Connaissance de la contraception 45
4.2 Pratique de la contraception 49
4.3 Utilisation actuelle de la contraception 51
4.4 Nombre d'enfants à la première utilisation 54
4.5 Connaissance de la période féconde 55
4.6 Sources d'approvisionnement de la contraception 55
4.7 Utilisation future et méthodes contraceptives préférées 58
4.8 Information sur la contraception 61
4.9 Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale 62

CHAPITRE 5 NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE
par Médard Fotso

5.1 Etat matrimonial 67
5.2 Age à la première union et âge aux premiers rapports sexuels 71

5.2.1 Age à la première union 71
5.2.2 Age aux premiers rapports sexuels 73

5.3 Activité sexuelle 74
5.4 Exposition au risque de grossesse 77

CHAPITRE 6 PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE
par Médard Fotso

6.1 Désir d'enfants supplémentaires 81
6.2 Besoins en matière de planification familiale 85
6.3 Nombre total d'enfants desirés 86
6.4 Planification de la fécondité 89
6.5 Perception de la valeur des enfants 91

Page

CHAPITRE 7 SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT
par Bernard Barrère

7.1 Soins prénatals et accouchement 95

7.1.1 Soins prénatals 95
7.1.2 Accouchement 99

7.2 Vaccination 103
7.3 Maladies des enfants 109

7.3.1 Infections respiratoires 109
7.3.2 Fièvre 111
7.3.3 Diarrhée 113

CHAPITRE 8 ALLAITEMENT, NUTRITION ET ETAT NUTRITIONNEL
par Bernard Barrère

8.1 Allaitement et alimentation de complément 119
8.2 Etat nutritionnel 124
8.2.1 Méthodologie 124
8.2.2 Résultats 126

CHAPITRE 9 MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS
par Bernard Barrère

9.1 Méthodologie 131
9.2 Niveaux et tendances 133
9.3 Mortalité différentielle et groupes à hauts risques 135

CHAPITRE 10 CAUSES DE DECES DES ENFANTS
par J. Ties Boerma

10.1 Causes de décès déclarées par la mère 143
10.2 Prévalence de symptômes avant le décès 144
10.3 Causes de décès déduites des symptômes 146
10.4 Rapprochement des causes déclarées par la mère et du diagnostic déduit des symptômes 148
10.5 Causes probables du décès: synthèse 149
10.6 Lieu du décès et type de consultation pendant la maladie 151

CHAPITRE 11 ENQUETE MARI
par Médard Fotso

11.1 Caractéristiques socio-démographiques des maris et des couples 153

11.1.1 Caractéristiques des maris 153
11.1.2 Caractéristiques des couples 158

11.2 Planification familiale 160

11.2.1 Connaissance de la contraception 160
11.2.2 Pratique de la contraception 163
11.2.3 Utilisation future et méthodes contraceptives préférées 165
11.2.4 Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale 166

11.3 Préférences en matière de fécondité 171
11.4 Perception de la valeur des enfants 175

CHAPITRE 12 DISPONIBILITE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES
par Martin Balépa

12.1 Caractéristiques des localités rurales 179
12.2 Services socio-économiques 180
12.3 Formations sanitaires 184
12.3.1 Disponibilité des formations sanitaires 184
12.3.2 Disponibilité des services de planning familial 187
12.3.3 Disponibilité des services de santé maternelle et infantile 190

REFERENCES 195

ANNEXE A ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 197

ANNEXE B CALENDRIER DES OPERATIONS 201

ANNEXE C PLAN DE SONDAGE 205

ANNEXE D ERREURS DE SONDAGE 213

ANNEXE E TABLEAUX POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES ... 227

ANNEXE F QUESTIONNAIRES 235

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1.1	Indicateurs démographiques de base	3
Tableau 1.2	Taille et couverture de l'échatillon	8
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe	14
Tableau 2.2	Population par âge selon différentes sources	15
Tableau 2.3.1	Niveau d'instruction de la population des hommes	16
Tableau 2.3.2	Niveau d'instruction de la population des femmes	17
Tableau 2.4	Taux de fréquentation scolaire	18
Tableau 2.5	Composition des ménages	19
Tableau 2.6	Caractéristiques des logements	21
Tableau 2.7	Biens durables possédés par le ménage	23
Tableau 2.8	Caractéristiques socio-démographiques des femmes	24
Tableau 2.9	Niveau d'instruction des femmes enquêtées	26
Tableau 2.10	Accès des femmes aux média	27
Tableau 3.1	Fécondité actuelle	30
Tableau 3.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques	32
Tableau 3.3	Fécondité par âge selon trois sources	33
Tableau 3.4	Tendances de la fécondité par âge	35
Tableau 3.5	Tendances de la fécondité par durée de mariage	36
Tableau 3.6	Grossesses improductives	37
Tableau 3.7	Enfants nés vivants et enfants survivants	38
Tableau 3.8	Intervalle intergénésique	39
Tableau 3.9	Age à la première naissance	41
Tableau 3.10	Age médian à la première naissance	42
Tableau 3.11	Fécondité des adolescentes	43
Tableau 3.12	Enfants nés de mères adolescentes	44
Tableau 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes	46
Tableau 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes	48
Tableau 4.3	Utilisation de la contraception à un moment quelconque	49
Tableau 4.4	Utilisation actuelle de la contraception	51
Tableau 4.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques	52

Page

Tableau 4.6 Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception 54

Tableau 4.7 Connaissance de la période féconde 55

Tableau 4.8 Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 56

Tableau 4.9 Temps nécessaire pour atteindre la source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 57

Tableau 4.10 Utilisation future de la contraception 58

Tableau 4.11 Raison de non-utilisation de la contraception 60

Tableau 4.12 Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future 61

Tableau 4.13 Messages sur la planification familiale diffusés par les média 62

Tableau 4.14 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale 63

Tableau 4.15 Discussion de la planification familiale par le couple 64

Tableau 4.16 Attitudes des couples face à la planification familiale 65

Tableau 5.1 Etat matrimonial 67

Tableau 5.2 Polygamie 69

Tableau 5.3 Nombre de co-épouses 70

Tableau 5.4 Nombre d'unions 70

Tableau 5.5 Age au premier mariage 71

Tableau 5.6 Age médian à la première union 72

Tableau 5.7 Age aux premiers rapports sexuels 73

Tableau 5.8 Age médian aux premiers rapports sexuels 74

Tableau 5.9 Activité sexuelle récente 75

Tableau 5.10 Fréquence des rapports sexuels 76

Tableau 5.11 Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum 78

Tableau 5.12 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum 79

Tableau 5.13 Fin d'exposition au risque de grossesse 80

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 82

Tableau 6.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge 83

Tableau 6.3 Désir de limiter les naissances 84

Tableau 6.4 Besoins en matière de planification familiale 86

Tableau 6.5 Nombre idéal d'enfants 87

Tableau 6.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques 88

Tableau 6.7 Planification de la fécondité 89

Page

Tableau 6.8 Taux de fécondité désirée 90
Tableau 6.9 Avantages et désavantages d'avoir beaucoup d'enfants 92
Tableau 6.10 Perception de la famille nombreuse 94
Tableau 7.1 Soins prénatals 96
Tableau 7.2 Vaccination antitétanique 98
Tableau 7.3 Lieu de l'accouchement 99
Tableau 7.4 Assistance lors de l'accouchement 101
Tableau 7.5 Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance 102
Tableau 7.6 Vaccinations par sources d'information 103
Tableau 7.7 Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques 105
Tableau 7.8 Vaccinations avant l'âge de 12 mois 108
Tableau 7.9 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës 110
Tableau 7.10 Prévalence et traitement de la fièvre 112
Tableau 7.11 Prévalence de la diarrhée 113
Tableau 7.12 Connaissance et utilisation des sachets de SRO 115
Tableau 7.13 Traitement de la diarrhée 116
Tableau 8.1 Allaitement initial 120
Tableau 8.2 Allaitement et alimentation de complément 122
Tableau 8.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement 123
Tableau 8.4 Etat nutritionnel des enfants 127
Tableau 9.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans 133
Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère 135
Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants 138
Tableau 9.4 Fécondité à hauts risques 140
Tableau 10.1 Causes de décès déclarées par la mère 144
Tableau 10.2 Symptômes durant la maladie ayant conduit au décès 145
Tableau 10.3 Diagnostic possible établi à partir des symptômes 146
Tableau 10.4 Causes de décès déclarées par la mère et diagnostic possible déduit des symptômes 148
Tableau 10.5 Causes probables de décès 150
Tableau 11.1 Caractéristiques socio-démographiques des maris enquêtés 154

Page

Tableau 11.2 Niveau d'instruction des maris enquêtés 155

Tableau 11.3 Polygamie et nombre de femmes 156

Tableau 11.4 Nombre d'enfants vivants 157

Tableau 11.5 Différence d'âges entre le mari et la femme 158

Tableau 11.6 Caractéristiques différentielles des couples 159

Tableau 11.7 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes 160

Tableau 11.8 Connaissance des méthodes contraceptives par les couples 161

Tableau 11.9 Connaissance de la contraception par caractéristiques socio-démographiques 162

Tableau 11.10 Utilisation de la contraception à un moment quelconque 163

Tableau 11.11 Utilisation actuelle des méthodes contraceptives 163

Tableau 11.12 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques 164

Tableau 11.13 Utilisation future de la contraception 166

Tableau 11.14 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale 167

Tableau 11.15 Attitudes des maris face à la planification familiale 168

Tableau 11.16 Attitudes des couples face à la planification familiale 169

Tableau 11.17 Attitude du mari face à la planification familiale et perception de l'attitude de la femme 170

Tableau 11.18 Discussion de la planification familiale par le couple 171

Tableau 11.19 Préférences des maris en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants ... 171

Tableau 11.20 Préférences des couples en matière de fécondité 172

Tableau 11.21 Nombre idéal d'enfants 173

Tableau 11.22 Nombre idéal d'enfants pour les maris par caractéristiques socio-démographiques 173

Tableau 11.23 Nombre idéal d'enfants pour les couples par caractéristiques différentielles 175

Tableau 11.24 Avantages et désavantages d'avoir beaucoup d'enfants 176

Tableau 12.1 Caractéristiques des communautés rurales 179

Tableau 12.2 Distance par rapport aux services socio-économiques 181

Tableau 12.3 Principal moyen de transport 182

Tableau 12.4 Temps de trajet pour atteindre les services socio-économiques 183

Tableau 12.5 Distance par rapport aux formations sanitaires 185

Tableau 12.6 Temps de trajet pour atteindre les formations sanitaires 186

Tableau 12.7 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial 187

Page

Tableau 12.8 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de planning familial 188

Tableau 12.9 Distance par rapport au service de planning familial le plus proche et besoins en matière de contraception 189

Tableau 12.10 Distance par rapport au service de planning familial le plus proche offrant différents types de méthodes contraceptives 190

Tableau 12.11 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile 191

Tableau 12.12 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de santé maternelle et infantile 191

Tableau 12.13 Distance par rapport au service de santé maternelle et infantile le plus proche, soins prénatals et couverture vaccinale 193

Tableau C.1 Stratification 208

Tableau C.2 Répartition des ménages-échantillon par strate 210

Tableau C.3 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence 211

Tableau C.4 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des maris par région et milieu de résidence 212

Tableau D.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Cameroon 1991 217

Tableau D.2 Erreurs de sondage: Echantillon National, EDS Cameroun 1991 218

Tableau D.3 Erreurs de sondage: Yaoundé/Douala, EDS Cameroun 1991 219

Tableau D.4 Erreurs de sondage: Autres Villes, EDS Cameroun 1991 220

Tableau D.5 Erreurs de sondage: Ensemble du Milieu Urbain, EDS Cameroun 1991 221

Tableau D.6 Erreurs de sondage: Milieu Rural, EDS Cameroun 1991 222

Tableau D.7 Erreurs de sondage: Amadaoua/Nord/Extreme-Nord, EDS Cameroun 1991 223

Tableau D.8 Erreurs de sondage: Centre/Sud/Est, EDS Cameroun 1991 224

Tableau D.9 Erreurs de sondage: Ouest/Littoral, EDS Cameroun 1991 225

Tableau D.10 Erreurs de sondage: Nord-Ouest/Sud-Ouest, EDS Cameroun 1991 226

Tableau E.1 Répartition par âge de la population des ménages 229

Tableau E.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées 230

Tableau E.3 Complétude de l'enregistrement 231

Tableau E.4 Naissances par année du calendrier 232

Tableau E.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours 233

Tableau E.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois 234

LISTE DES GRAPHIQUES

Page

Graphique 1.1 Evolution de la population - Cameroun, 1950-1991 4
Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population - Cameroun, 1991 14
Graphique 2.2 Taux de fréquentation scolaire 18
Graphique 2.3 Caractéristiques des logements 22
Graphique 2.4 Etat matrimonial des enquêtées 25
Graphique 3.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 31
Graphique 3.2 Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 33
Graphique 3.3 Taux de fécondité générale par âge selon trois sources 34
Graphique 3.4 Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans selon l'ENF et l'EDS 35
Graphique 3.5 Pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde 44
Graphique 4.1 Connaissance de la contraception par les femmes de 15-49 ans, 1978 et 1991 47
Graphique 4.2 Pourcentage de femmes ayant déjà utilisé la contraception, 1978 et 1991 50
Graphique 4.3 Utilisation actuelle de la contraception par les femmes de 15-49 ans en union 53
Graphique 4.4 Sources d'approvisionnement de la contraception 57
Graphique 4.5 Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union 59
Graphique 5.1 Etat matrimonial des femmes de 15-49 ans 68
Graphique 6.1 Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon l'âge 83
Graphique 6.2 Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée 91
Graphique 6.3 Perception de la valeur des enfants par les femmes de 15-49 ans 93
Graphique 7.1 Visites prénatales et durée de grossesse à la première visite 97
Graphique 7.2 Lieu d'accouchement et assistance pendant l'accouchement 100
Graphique 7.3 Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et la source d'information 104
Graphique 7.4 Pourcentage d'enfants (12-23 mois) avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination 106
Graphique 7.5 Couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 12 mois de 1987-88 à 1990-91 .. 109
Graphique 7.6 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête 114
Graphique 7.7 Consultation et traitement de la diarrhée des enfants de moins de 5 ans 117
Graphique 7.8 Allaitement et quantité de liquides donnés aux enfants ayant la diarrhée 118
Graphique 8.1 Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 2 ans 121
Graphique 8.2 Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 128

Page

Graphique 8.3 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance 129

Graphique 9.1 Tendances de la mortalité selon l'ENF, le RGPH et l'EDSC 134

Graphique 9.2 Mortalité infanto-juvénile selon les caractéristiques de la mère 136

Graphique 9.3 Mortalité infantile ($_1q_0$) et comportement procréateur 139

Graphique 10.1 Causes probables de décès 149

Graphique 10.2 Lieu du décès et type de consultation pendant la maladie précédant le décès 151

Graphique 11.1 Caractéristiques des couples 159

Graphique 11.2 Connaissance de la contraception par les couples 161

Graphique 11.3 Utilisation actuelle de la contraception par les maris et les femmes en union 165

Graphique 11.4 Attitude des couples vis-à-vis de la planification familiale 170

Graphique 11.5 Nombre idéal d'enfants pour les maris et les femmes en union 174

Graphique 11.6 Perception de la valeur des enfants par les couples 177

SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG	bacille Bilié de Calmette et Guérin (Vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control, Etats-Unis
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (Vaccin)
EDS (DHS)	Enquête Démographique et de Santé
EDSC	Enquête Démographique et de Santé au Cameroun
ENF	Enquête Nationale sur la Fécondité, Cameroun
ET	Ecart-type
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IRD	Institute for Resource Development Inc. (maintenant Macro International Inc.), Etas-Unis
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MINPAT	Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire
NCHS	National Center for Health Statistics, Etats-Unis
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO	Sels de Réhydration par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TRO	Thérapie de Réhydration par voie Orale
USAID	United States Agency for International Development
WHO (OMS)	World Health Organization
ZD	Zone de Dénombrement

PREFACE

L'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC) fait partie du programme mondial (2ème phase) des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) réalisées dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique Latine et des Caraïbes avec l'assistance de Macro International Inc., sur financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID).

De par les buts visés, à savoir la collecte et l'analyse des données sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité infantile et sur bien d'autres indicateurs importants, l'EDSC non seulement apporte des réponses à la plupart des interrogations que se posent ceux qui s'intéressent à la démographie camerounaise, mais s'inscrit en droite ligne dans le programme de nos actions concrètes à réaliser dans le cadre d'une meilleure connaissance de notre population.

La diversité et la richesse des données collectées font de l'EDSC une source inépuisable d'informations pour la mise sur pied des stratégies tant dans le domaine de la santé que dans celui du planning familial.

Le travail dont les résultats sont présentés ci-après est l'oeuvre d'une équipe dynamique et enthousiaste de la Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire). Cette équipe a bénéficié de l'appui technique de Macro International Inc. auquel nous adressons nos sincères remerciements.

Nous remercions également tous les consultants nationaux ainsi que tous les personnels de terrain et de bureau recrutés dans le cadre de ce projet, pour toutes leurs contributions à la réalisation de cette enquête.

Je ne saurais terminer sans adresser nos encouragements à toutes les autorités administratives qui, dans des situations parfois très difficiles, ont su encadrer les équipes de terrain et les populations pour la réussite totale de cette opération.

Enfin, à toutes ces populations que les enquêtrices importunaient par l'indélicatesse de leurs questions, nous adressons nos remerciements pour la disponibilité dont elles ont fait preuve.

Le Directeur National de l'EDSC

MARTIN BALEPA

REMERCIEMENTS

Le Cameroun vient d'achever son Enquête Démographique et de Santé (EDSC) dans le cadre du programme mondial Demographic and Health Surveys (DHS). Cet important projet n'a pu être réalisé que grâce à la sollicitude constante du Gouvernement et à l'appui que l'USAID ne cesse d'apporter aux projets camerounais en matière de population.

Cette enquête a été exécutée par la Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH) avec l'assistance technique de Macro International Inc. A cette institution, j'exprime, au nom de tous les responsables du projet, ma profonde reconnaissance, et à l'occasion de la publication du rapport principal de l'EDSC, j'adresse mes sincères remerciements à toute l'équipe de Macro International Inc. qui, avec dévouement et savoir-faire, a su apporter à divers moments, sa contribution à l'exécution de ce projet dans de bonnes conditions. Mes remerciements vont particulièrement aux Drs Jeremiah SULLIVAN et Mohamed AYAD, pour la mise en forme définitive du cadre contractuel de ce projet; à Monsieur Bernard BARRERE, pour sa participation à toutes les phases de l'étude, en sa qualité de coordonnateur technique pour le Cameroun; au Dr Christopher SCOTT et à Mademoiselle Thanh LE, pour l'élaboration du plan de sondage et la résolution de l'ensemble des problèmes qui en découlaient; au Dr Koffi EKOUEVI, pour le concours apporté pendant la formation du personnel de terrain et l'exécution de l'enquête pilote; à Messieurs Trevor CROFT, Greg FEGAN et Jim OTTO, pour leur assistance en ce qui concerne l'exploitation informatique. Je remercie également le Dr Sidney MOORE, Madame Kaye MITCHELL et Monsieur Robert WOLF, pour leur contribution à la mise en forme finale du rapport.

Le projet a également bénéficié des consultations des Drs Eléonore SEUMO et Martina BAYE en ce qui concerne la formation du personnel sur les mesures anthropométriques et sur quelques questions spécifiques de santé. Je leur adresse mes vifs remerciements.

A Monsieur Richard GREEN et à Madame Regina NANA du bureau de l'USAID de Yaoundé, je suis sincèrement reconnaissant de tous les efforts qu'ils ont déployés pour que ce projet soit mené à son terme.

J'adresse également mes félicitations à tous les personnels du 2ème RGPH et en particulier aux cadres mis à la disposition de l'EDSC (directeur technique, superviseurs et informaticiens), au personnel de terrain (chefs d'équipe, agents cartographes, contrôleuses, enquêtrices et chauffeurs) et au personnel d'appui (comptable, secrétaire et agents de bureau) pour la conscience professionnelle et le dévouement dont ils ont fait preuve tout au long de ce projet.

Enfin, à tous ceux que je n'ai pas cités et qui nous ont apporté leur contribution, j'adresse également mes remerciements.

Le Directeur National de l'EDSC

MARTIN BALEPA

RESUME

L'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC) est une enquête par sondage, réalisée au niveau national, dont l'objectif est de fournir des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité infanto-juvénile. Faisant suite à l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF) de 1978 et au Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1987, les résultats de l'EDSC permettent de mettre en lumière les changements intervenus au Cameroun durant ces treize dernières années, en particulier en ce qui concerne les niveaux de fécondité, de connaissance et d'utilisation de la planification familiale et de mortalité infanto-juvénile. Au cours de l'EDSC, réalisée sur le terrain d'avril à septembre 1991, 3 538 ménages, 3 871 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 814 maris appartenant à ces ménages ont été enquêtés avec succès sur l'ensemble du territoire national.

Les femmes camerounaises ont une forte fécondité, estimée à 5,8 enfants par femme, et l'une des principales caractéristiques de cette fécondité élevée est sa précocité. En effet, plus d'une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 19 ans. Au cours des dernières années, la fécondité semble avoir légèrement baissé, passant de 6,4 enfants par femme en 1978 (ENF) à 5,8 en 1991: l'augmentation modeste de la prévalence contraceptive au cours de cette période est peut-être l'un des facteurs ayant contribué à cette baisse. En outre, les niveaux de fécondité varient fortement en fonction de la résidence et du niveau d'instruction: les femmes de Yaoundé/Douala (4,4 enfants par femme) ont près de deux enfants de moins que celles du milieu rural (6,3 enfants), il en est de même pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur (4,5 enfants) en comparaison des femmes sans niveau d'instruction (6,2 enfants). Malgré la forte fécondité observée, une part importante de femmes (26%) ont eu, au cours de leur vie, au moins une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante, et une proportion importante de femmes restent stériles (7% des femmes de 35-49 ans), même si cette stérilité totale semble en baisse depuis 1978 (11% à l'ENF).

L'union qui demeure le cadre privilégié de la procréation est quasi universelle (moins de 1% des femmes de 40 ans et plus restent célibataires) et l'entrée en union est très précoce: l'âge médian à la première union est estimé à 16,5 ans. Cependant, les générations les plus récentes semblent entrer en union plus tardivement que les générations les plus anciennes: l'âge médian à la première union est de 17,3 ans pour les femmes de 20-24 ans contre 16,0 pour celles de 45-49 ans. Malgré ce recul de l'âge d'entrée en première union, l'activité sexuelle débute toujours très tôt: plus d'une femme sur deux a eu ses premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans.

Bien que de plus en plus de femmes connaissent des méthodes contraceptives (73% en 1991 contre 36% en 1978) et, en particulier des méthodes modernes (66% en 1991 contre 29% en 1978), peu de femmes les utilisent au Cameroun. Au moment de l'EDSC, 20 pour cent des enquêtées ont déclaré utiliser une méthode de contraception, et dans un cas sur cinq (4%) une méthode moderne. Malgré cette faible prévalence, la proportion d'utilisatrices a nettement augmenté ces dernières années: en effet, si on se limite aux seules femmes en union, la prévalence contraceptive est passée de 2 pour cent en 1978 à 16 pour cent en 1991 pour l'ensemble des méthodes, et de moins de 1 pour cent à 4 pour cent pour les seules méthodes modernes. Cette augmentation doit d'autant plus être soulignée que peu d'informations sont diffusées sur la planification familiale: en effet, 86 pour cent des femmes ont déclaré n'avoir rien entendu à la radio ou à la télévision, ni rien lu dans des journaux ou affiches à propos de la planification familiale, durant le mois qui a précédé l'enquête. Comme les niveaux de fécondité, la prévalence contraceptive varie fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction: 12 pour cent des femmes de Yaoundé/Douala et des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur utilisaient des méthodes modernes de contraception au moment de l'enquête, contre 2,5 pour cent en milieu rural et 1,2 pour cent seulement parmi les femmes sans niveau d'instruction.

La majorité des femmes qui n'utilisent pas la contraception (64%) expliquent leur comportement par le fait qu'elles veulent avoir des enfants. Le désir d'enfants reste donc très élevé: seulement 12 pour cent des enquêtées ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Cependant ce désir de limiter sa descendance est en augmentation puisque, en 1978, seulement 3 pour cent exprimaient le même souhait. En fait, si elles avaient la fécondité qu'elles désirent, les femmes auraient moins d'enfants qu'elles n'en ont : 5,2 au lieu de 5,8. Il existe donc une demande potentielle en contraception: 22 pour cent des non-utilisatrices ont des besoins non-satisfaits en matière de contraception. Ainsi la demande totale en matière de contraception concerne 38 pour cent des femmes (16% d'utilisatrices et 22% exprimant des besoins).

En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions de l'accouchement, pour 79 pour cent des naissances des cinq dernières années, la mère est allée en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé; dans 69 pour cent des cas, elle a reçu au moins une injection antitétanique pendant la grossesse, l'accouchement a eu lieu dans une formation sanitaire dans 63 pour cent des cas et un professionnel de la santé a assisté à 64 pour cent des accouchements. Bien que ces résultats soient assez satisfaisants au niveau national, ils masquent des différences très importantes entre Yaoundé/Douala et le milieu rural et entre les naissances issues de femmes ayant un niveau d'instruction et celles issues de femmes sans niveau d'instruction.

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), 76 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 50 pour cent ont reçu les trois doses de vaccin contre la polio, 48 pour cent les trois doses de DTCoq et 56 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole. Au niveau national, 41 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu l'ensemble des vaccinations du PEV et 22 pour cent n'en ont reçu aucune. Cependant la couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère: 27 pour cent des enfants n'ont reçu aucune vaccination du PEV en milieu rural et 37 pour cent lorsque la mère est sans niveau d'instruction contre 9 pour cent à Yaoundé/Douala et 8 pour cent lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

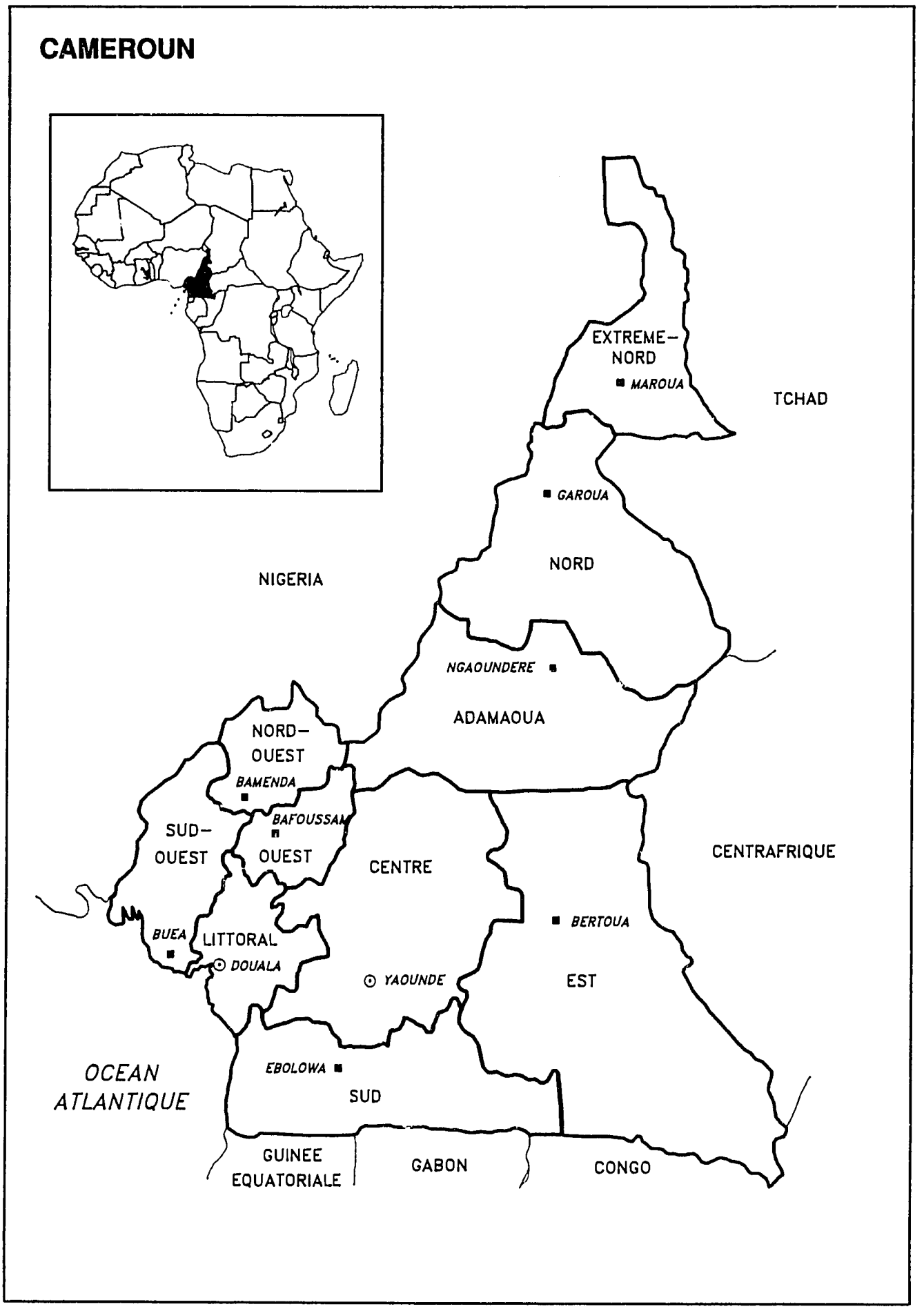
Parmi les enfants de moins de cinq ans, 9 pour cent avaient présenté des symptômes d'infections respiratoires pendant les deux semaines précédant l'enquête, 23 pour cent avaient eu des accès de fièvre et 18 pour cent avaient eu des épisodes diarrhéiques. Ces trois maladies à haute prévalence constituent, en outre, avec la rougeole, les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Par ailleurs, selon le milieu et la région de résidence et selon le niveau d'instruction de la mère, la prévalence de ces trois maladies varie fortement ainsi que leurs traitements et les consultations dans les formations sanitaires.

La quasi totalité des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSC ont été allaités. En outre, ils sont allaités pendant une longue période puisque ce n'est qu'à partir de 18 mois que plus de la moitié des enfants ne reçoivent plus le sein. Cependant, l'allaitement exclusif est rare et l'introduction de compléments nutritionnels intervient beaucoup trop tôt par rapport aux recommandations de l'OMS puisque dès l'âge de 1 mois, 90 pour cent des enfants reçoivent autre chose que le sein.

Un peu plus du quart des enfants camerounais souffrent de sous-nutrition chronique, c'est-à-dire qu'ils sont trop petits pour leur âge, et un enfant sur sept présente une insuffisance pondérale, c'est-à-dire un poids insuffisant pour son âge. En outre, cette sous-nutrition, à mettre en relation avec les pratiques nutritionnelles des enfants et la prévalence de la diarrhée, présente de fortes variations en fonction du milieu et de la région de résidence et du niveau d'instruction des mères.

La mortalité des enfants demeure toujours élevée au Cameroun, même si une forte baisse s'est produite depuis 1978. En 1978, sur mille enfants, 195 décédaient avant leur cinquième anniversaire; d'après l'EDSC, sur mille enfants 126 décèdent avant d'atteindre l'âge de 5 ans, et la moitié d'entre eux n'atteint pas son premier anniversaire. Comme pour la santé maternelle et infantile et l'état nutritionnel des enfants, les

niveaux de mortalité des enfants présentent de fortes variations selon le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction des mères. Ainsi, en milieu rural 159 enfants sur mille décèdent avant leur cinquième anniversaire, contre 103 à Yaoundé/Douala; de même sur mille enfants issus de mères sans niveau d'instruction, 198 décèdent avant cinq ans, contre 80 lorsque la mère a un niveau secondaire ou supérieur.


CAMEROUN
EXTREME-NORD
MAROUA
TCHAD
GAROUA
NORD
NIGERIA
NGAOUNDERE
ADAMAOUA
NORD-OUEST
BAMENDA
BAFOUSSAM
SUD-OUEST
OUEST
CENTRE
CENTRAFRIQUE
BUEA
LITTORAL
DOUALA
BERTOUA
YAOUNDE
EST
OCEAN ATLANTIQUE
EBOLOWA
SUD
GUINEE EQUATORIALE
GABON
CONGO

CHAPITRE 1

CARACTERISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUETE

1.1 CARACTERISTIQUES DU PAYS

Cette partie se propose de présenter succinctement les principales caractéristiques du Cameroun pour aider le lecteur qui ne connaît pas ce pays à mieux situer les résultats de cette enquête dans leur contexte spécifique. Cette présentation portera sur l'organisation politico-administrative, la situation géographique, l'évolution socio-économique et la démographie du pays.

1.1.1 Organisation politico-administrative

Le Cameroun est un pays bilingue[1] composé initialement d'une zone francophone (Cameroun oriental avec pour capitale Yaoundé) ayant accédé à l'indépendance le 1er janvier 1960 et d'une zone anglophone (Cameroun occidental avec pour capitale Buea) indépendante depuis le 1er octobre 1961, date à laquelle les deux parties se sont réunifiées après plus de 45 ans de séparation pour former une république fédérale.

En mai 1972, après un referendum, le pays est devenu un Etat unitaire. L'ancien Cameroun oriental a été divisé en cinq provinces et l'ancien Cameroun occidental en deux provinces. En 1984, de nouvelles unités administratives ont été créées et le pays comptait en 1991, 10 provinces, 49 départements et 215 arrondissements.

Le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel. Une Assemblée de 180 députés exerce le pouvoir législatif, et une Cour Suprême le pouvoir judiciaire. Il existe également un Conseil Economique et Social.

Après 24 ans de pouvoir monopartite, plusieurs partis politiques ont été autorisés, depuis 1990, à exercer librement leurs activités sur le territoire national.

1.1.2 Situation géographique

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2ème et 13ème degrés de latitude nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude est. De forme triangulaire, le pays s'étire en hauteur, du sud au lac Tchad, sur près de 1 200 km; la base s'étale d'ouest en est sur 800 km, présentant ainsi une superficie d'environ 465 000 km^2. Le Cameroun est limité à l'est par le Tchad et la République Centrafricaine, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-ouest par l'Océan Atlantique et à l'ouest par le Nigéria. Enfin, au sommet supérieur du triangle, au nord, il est coiffé par le lac Tchad.

Le milieu naturel du Cameroun est diversifié. On dit de ce pays qu'il est l'Afrique en miniature. En effet, plusieurs types de régions naturelles contribuent à la diversité géographique du pays.

Le sud forestier (provinces du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale et se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Cette

[1] L'anglais et le français sont les deux langues officielles utilisées.

région est propice à la culture du cacao, du palmier, de la banane, de l'hévéa, du tabac...Elle abrite les centres les plus importants du pays: Douala (première ville, port et capitale économique avec ses commerces et ses industries), Yaoundé (deuxième ville et capitale politique), Edéa (industrie lourde et énergie électrique), Limbe (industrie pétrolière).

Les hauts-plateaux de l'ouest (provinces de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture (café, maraîchers...). La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités. La densité de peuplement élevée de cette région par rapport à la moyenne nationale en fait une des premières zones d'émigration. Les principales villes sont Bafoussam et Bamenda.

Le Nord sahélien (provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une région de savanes et de steppes. En dehors de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad. La région est propice à l'élevage du bovin et à la culture du coton et du mil.

1.1.3 Quelques données socio-économiques

Les activités économiques du Cameroun, comme dans la plupart des pays en voie de développement, sont essentiellement tournées vers le secteur primaire. En 1991, le PIB par tête est estimé à 291 000 Francs CFA (soit environ 1 100 $ US).[2]

Au recensement de 1987, la population active de 15-64 ans représentait 65 pour cent de la population de cette tranche d'âge.

Le taux de scolarisation (pour les personnes âgées de 6-14 ans) était évalué au dernier recensement à plus de 73 pour cent. Il est en nette progression, mais le taux d'analphabétisme reste encore élevé (41%).

En matière de santé, le pays comptait 1 lit pour 393 habitants et 1 médecin pour 11 407 habitants en 1990.[3]

D'une manière générale, le pays est auto-suffisant sur le plan alimentaire bien que les habitudes alimentaires des populations ne favorisent pas toujours une alimentation quotidienne équilibrée. Il convient toutefois de relever que la partie nord du pays est souvent sujette à des famines épisodiques, conséquences des saisons sèches quelquefois très rudes.

---

[2] D'après les projections de la Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire), le Produit Intérieur Brut pour l'exercice fiscal 1990/91 s'élève à 3 437 988 millions de Francs CFA (1 $ US vaut 250 Francs CFA environ).

[3] D'après les statistiques de la Direction des Etudes au Ministère de la Santé Publique, le pays comptait en 1990, 29 285 lits et 1 009 médecins, toutes formations sanitaires confondues.

1.1.4 Milieu humain et démographie

Le Cameroun compte plus de 230 ethnies réparties en six grands groupes:

- les Soudanais, les Hamites et les Sémites qui vivent dans les provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord; ils sont généralement animistes ou islamisés;

- les Bantous et apparentés, et les pygmées dans le reste du pays; ils sont généralement animistes ou christianisés.

Mises à part quelques enquêtes parcellaires, les recherches approfondies sur la démographie camerounaise et couvrant tout le pays sont assez récentes. C'est dans les années 70 que les premiers recensements et enquêtes d'envergure nationale et à caractère socio-économique ont été réalisés: Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Recensement Agricole, Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF). La décennie 80 a vu la réalisation de l'Enquête Budget-Consommation et du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH).

L'état-civil, bien que datant de l'époque coloniale, n'est pas généralisé dans tout le pays du fait de l'insuffisance des structures devant se charger de cette activité. Les données obtenues de cette source sont évidemment incomplètes.

Les sources d'informations les plus fiables restent des enquêtes démographiques régionales ou nationales et les recensements généraux de la population réalisés en 1976 et 1987 avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP).

Le Tableau 1.1 fait ressortir les principaux indicateurs démographiques tels qu'ils ont été évalués en 1976, 1978 et 1987, respectivement lors du premier recensement démographique, de l'ENF et du 2ème RGPH.

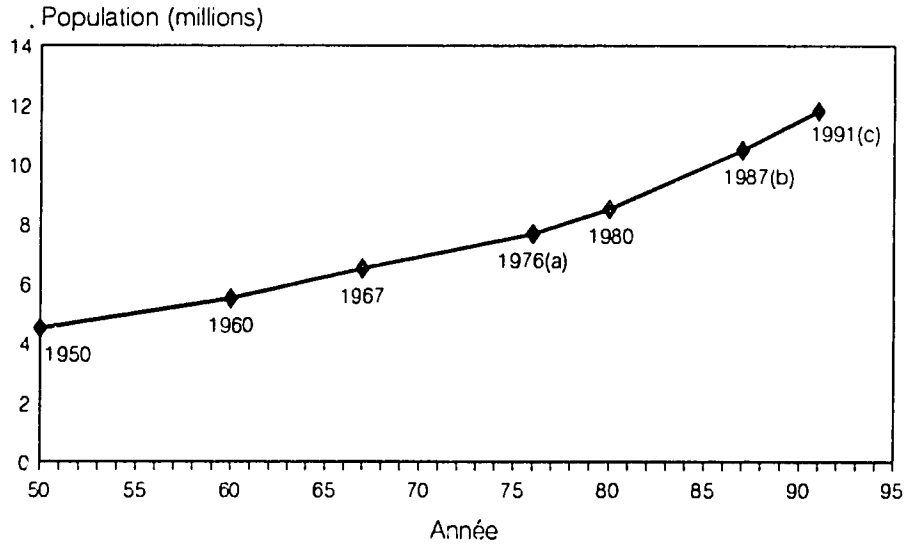
Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	1976[a]	1978	1987
Population totale	7 663 296	-	10 493 655[a]
Taux brut de natalité (p. 1000)	45,0	-	41,0
Indice Synthétique de Fécondité	6,0	6,4	5,5
Taux brut de mortalité (p. 1000)	20,4	20,2[b]	13,7
Taux de mort. infantile (p. 1000)	156,5	113,0	86,0[a]
Espérance de vie (e_0, en années)	44,4	44,9[b]	54,3[a]

[a] Données ajustées
[b] Estimations
Sources:
1976: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 1976
1978: Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF) 1978
1987: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 1987

La population du Cameroun est jeune: au dernier recensement, les personnes âgées de 0-14 ans représentaient 46,4 pour cent de la population totale. En 1987, la densité moyenne de peuplement était de 23 habitants au km^2. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Par ailleurs, elle est urbanisée à près de 38 pour cent.

Graphique 1.1
Evolution de la population
Cameroun, 1950-1991



Source: Déclaration de la Politique Nationale de Population et
(a) Recensement de 1976, (b) Recensement de 1987,
(c) Projection basée sur le RGPH 1987

Au Graphique 1.1, figurent les évaluations de l'effectif de la population du Cameroun, telles qu'elles ont été faites entre 1950 et 1991. De ce graphique, on relève que la population du Cameroun croît à un rythme important: estimé à 1,9 pour cent en 1950, le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 2,9 pour cent en 1987. A ce dernier taux, la population doublera en moins de 24 ans; en d'autres termes, d'ici 2014, le Cameroun compterait environ 23 millions d'habitants. Cette évolution rapide de la population est imputable surtout à une baisse continue de la mortalité et à une fécondité qui reste à un niveau relativement élevé.

1.1.5 Politique de population

Depuis près d'une décennie, le Cameroun a opté pour une intégration de la variable démographique dans le processus de développement socio-économique.

Pour mener cette option à terme, les pouvoirs publics ont mis sur pied d'importantes mesures devant aboutir à cette fin. C'est ainsi qu'une Commission Nationale de la Population a été instituée en mars 1985 dont la mission est d'assister le Gouvernement dans la définition, l'orientation et l'harmonisation ainsi que dans la recherche des voies et moyens de mise en oeuvre de cette politique.

La Politique Nationale de Population adoptée par les pouvoirs publics avec une large participation de toutes les couches de la société camerounaise "a pour but d'améliorer le niveau de vie et la qualité de vie de la population dans la limite des ressources disponibles, en conformité avec la dignité humaine et les droits fondamentaux de l'Homme, notamment en oeuvrant pour assurer la satisfaction des besoins élémentaires de la population (santé, alimentation, emploi, logement,...)".[4]

Pour ce faire, plusieurs objectifs généraux ont été définis dans le cadre de cette politique, parmi lesquels, l'on peut retenir:

- améliorer l'état sanitaire de la population en général et celui des mères et des enfants en particulier;
- renforcer l'auto-suffisance et promouvoir la sécurité alimentaire;
- promouvoir l'éducation de base pour tous et notamment l'éducation des filles;
- promouvoir et développer les ressources humaines qualifiées tout en recherchant l'adéquation formation-emploi;
- promouvoir et développer l'épanouissement des familles et des couples;
- promouvoir et assurer un développement intégré et harmonieux des villes et des campagnes tout en préservant l'environnement.

Ces objectifs généraux sont traduits en objectifs spécifiques et les orientations générales de leur mise en oeuvre sont également définies. Leur mise à exécution sera l'oeuvre de divers organismes et départements ministériels concernés. La coordination sera réalisée par la Commission Nationale de Population aidée en cela par un Comité Technique.

1.2 ORGANISATION DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU CAMEROUN

1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs

L'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC) a connu des débuts un peu difficiles. Initialement, le projet devait être exécuté par la Direction de la Planification (Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire - MINPAT) avec laquelle Macro International Inc. des Etats-Unis d'Amérique avait amorcé un démarrage effectif des travaux. Ceux-ci ont dû être interrompus pendant quelques mois pour des raisons diverses. A la reprise, au mois d'octobre 1990, l'EDSC a été placée sous la responsabilité de la Direction Nationale du 2ème RGPH (MINPAT) qui devait prendre en charge l'exécution de cette étude avec la collaboration technique de Macro International Inc. Le financement de l'ensemble des opérations a été supporté par l'USAID.

Conformément au contrat signé entre le MINPAT et Macro International Inc., l'EDSC vise les objectifs suivants:

[4] Tiré du préambule de la Déclaration de Politique Nationale de Population (MINPAT, 1991).

(a) Recueillir des données à l'échelle nationale qui permettent de calculer les taux démographiques, et plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile;

(b) Analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la fécondité;

(c) Analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la mortalité;

(d) Mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, par milieu d'habitat, et selon les secteurs public et privé de distribution de la contraception;

(e) Recueillir des données de qualité sur la santé familiale; pour les enfants de moins de 5 ans: vaccination contre les six maladies du Programme Elargi de Vaccination (PEV), prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies, mortalité infantile et juvénile; pour les femmes en âge de procréation: visites prénatales, assistance à l'accouchement et allaitement au sein;

(f) Recueillir auprès des femmes des données sur les préférences en matière de fécondité et sur le planning familial;

(g) Recueillir auprès des hommes des données sur les préférences en matière de fécondité et sur le planning familial;

(h) Mesurer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans (mesures anthropométriques: taille et poids);

(i) Renforcer les capacités du Cameroun à mener de telles opérations.

1.2.2 Personnel et calendrier des activités de l'EDSC

Pour les besoins de cette enquête, une Direction Nationale de l'EDSC a été mise en place sous l'autorité d'un Directeur National. Dans le cadre de l'exécution de ses tâches quotidiennes, le Directeur National était assisté par un Directeur Technique, une comptable et une secrétaire. Le Directeur Technique encadrait les superviseurs et le personnel d'enquête et assurait la coordination générale des travaux informatiques.

Par ailleurs, des consultants nationaux ont effectué la traduction des questionnaires en trois langues nationales et la formation en mesures anthropométriques. Enfin, une assistance technique internationale dans plusieurs domaines (sondage, conception des questionnaires, formation des personnels d'enquête, traitement et analyse des données) a complété le travail de l'équipe de l'EDSC.

En ce qui concerne le recrutement et la formation du personnel de terrain, ils se sont effectués en deux étapes:

La première étape a été consacrée au personnel chargé d'exécuter le dénombrement et le pré-test. Pour le dénombrement, 12 personnes ont été recrutées. Pour le pré-test, 12 enquêtrices ont également été sélectionnées pour interviewer un échantillon de 250 femmes à Yaoundé et à Mbankomo (milieu rural à la

périphérie de Yaoundé). La formation a été assurée, d'une part, par le Directeur Technique de l'EDSC et les consultants camerounais en ce qui concerne les mesures anthropométriques et, d'autre part, par les assistants techniques de DHS. Le pré-test à été un bon cadre de formation pour les superviseurs et a permis de revoir la présentation des questionnaires et la formulation de certaines questions pour mieux les adapter aux réalités du pays.

La deuxième étape a concerné l'enquête proprement dite. Le recrutement du personnel s'est effectué d'après le plan suivant:

- les superviseurs ont été choisis parmi les cadres démographes et statisticiens de la Direction Nationale du 2ème RGPH;

- le personnel temporaire d'enquête (36 personnes dont 6 chefs d'équipe, 6 contrôleuses et 24 enquêtrices) a été recruté sur le marché de travail après formation et tests d'aptitude.

La formation de tout ce personnel a duré près de quatre semaines, du 19 mars au 12 avril 1991. Elle consistait, d'une part, en des exposés théoriques ayant pour but de donner aux participants quelques notions concernant le planning familial et la santé maternelle et infantile et d'autre part en des exercices pratiques sur la façon de remplir les questionnaires. Les cours étaient donnés en français et en anglais et, par la suite, des compléments de formation ont été donnés dans les trois langues nationales utilisées pendant l'enquête.

Cette formation a été complétée par des exercices pratiques de mesures anthropométriques sur des enfants de 0-4 ans en salle et dans deux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la ville de Yaoundé. L'organigramme et la liste des personnels sont donnés en Annexe A.

S'agissant du calendrier, les opérations de l'EDSC se sont déroulées conformément aux dates indiquées en Annexe B. Il convient cependant de signaler qu'à cause de certaines difficultés majeures rencontrées au cours de l'exécution de l'enquête, les dates initiales d'exécution de certaines activités ont légèrement été modifiées.

1.1.3 Echantillonnage et questionnaires

Echantillon

Initialement fixé à 6 300 femmes, la taille de l'échantillon de l'EDSC a finalement été planifiée à environ 4 500 femmes en âge de procréer. L'échantillon est stratifié, pondéré et représentatif au niveau national, au niveau du milieu d'habitat (Yaoundé/Douala, les autres villes, rural) et au niveau de grands ensembles géographiques.[5]

La base de sondage est constituée de zones de dénombrement (ZD) du RGPH de 1987 (près de 10 000 ZD d'environ 1 000 personnes chacune). Cependant, quelques modifications et mises à jour se sont avérées nécessaires pour l'utilisation de cette liste de ZD.

---

[5] Dans la suite de ce rapport, les résultats seront présentés selon les regroupements de provinces suivants: l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord (désigné par Adamaoua/Nord/Extrême-Nord); le Centre, le Sud et l'Est (Centre/Sud/Est); l'Ouest et le Littoral (Ouest/Littoral); le Sud-Ouest et le Nord-Ouest (Sud-Ouest/Nord-Ouest). Par ailleurs, l'ensemble des deux villes de Yaoundé et de Douala sera désigné par Yaoundé/Douala.

La ZD constituait l'unité primaire de sondage. L'échantillon comportait 154 unités primaires réparties de la manière suivante: 72 en milieu rural, 39 en milieu urbain et 43 à Yaoundé/Douala.

Des 154 grappes tirées, 149 seulement ont été couvertes sur le terrain. Pour des raisons diverses, cinq grappes n'ont pas été enquêtées: une grappe dans la province de l'Adamaoua, restée inaccessible pendant la période de l'enquête en raison de grandes pluies et quatre dans la province du Nord-Ouest non enquêtées pour des raisons de force majeure. Les détails du plan de sondage sont présentés en Annexe C. Six équipes de deux agents chacune ont mis à jour la base de sondage des unités secondaires (ménages) dans les grappes sélectionnées.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échatillon

Effectifs des ménages, des femmes et des maris sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

	Résidence				
Enquête	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête menage					
Nombre de logements sélectionnés	1123	1119	2242	2030	4272
Nombre de ménages identifiés	982	927	1909	1738	3647
Nombre de ménages enquêtés	930	893	1823	1715	3538
Taux de réponse	94,7	96,3	95,5	98,7	97,0
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1240	1106	2346	1801	4147
Nombre de femmes éligibles identifiées	1231	1094	2325	1781	4106
Nombre de femmes enquêtées	1151	1035	2186	1685	3871
Taux de réponse	93,5	94,6	94,0	94,6	94,3
Enquête individuelle mari					
Nombre de maris éligibles	263	258	521	490	1011
Nombre de maris éligibles identifiés	257	258	515	483	998
Nombre de maris enquêtés	193	204	397	417	814
Taux de réponse	75,1	79,1	77,1	86,3	81,6

A l'intérieur des 149 grappes, on a sélectionné 4 272 ménages, dans lesquels 4 147 femmes éligibles ont été identifiées pour l'enquête individuelle femme et un sous-échantillon du 1 011 maris a été sélectionné pour l'enquête mari (Tableau 1.2). Parmi les ménages sélectionnés, 3 647 ont été identifiés et 3 538 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,0 pour cent. Parmi les femmes éligibles, 4 106 ont été identifiées et 3 871 enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 94,3 pour cent et enfin, parmi les maris éligibles, 998 ont été identifiés et 814 enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 81,6 pour cent.

Questionnaires

L'EDSC a utilisé quatre types de questionnaires différents:

- le questionnaire ménage;
- le questionnaire individuel femme;

- le questionnaire individuel mari;
- le questionnaire communautaire.

Les versions française et anglaise des questionnaires ménage, femme et mari ont été traduites en trois langues nationales: Ewondo, Pidjin et Foufouldé.

a) Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques: nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction... En dehors de ces caractéristiques, ce questionnaire comporte une page de couverture pour l'identification du ménage et le résultat de l'interview. La dernière page contient des informations sur les caractéristiques du logement et la possession de certains biens de consommation durables par le ménage.

Le but premier de ce questionnaire est de fournir les informations permettant d'établir le dénominateur servant au calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes éligibles à interviewer individuellement, ainsi qu'éventuellement leurs maris.

b) Le questionnaire femme de l'EDSC a été élaboré sur la base du questionnaire Modèle B de DHS (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Cependant, quelques modifications y ont été introduites pour tenir compte des réalités nationales.

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire, toutes les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence.

Ce questionnaire comprend une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, et neuf sections qui traitent des thèmes suivants:

- **Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées**

Cette première section comprend trente questions qui portent sur le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation et l'alphabétisation, la nationalité et la religion.

- **Reproduction**

Trente trois questions composent cette section. Elles ont trait à l'historique des naissances, c'est-à-dire les naissances survenues pendant la vie de la femme (enfants nés vivants par sexe, enfants décédés par sexe, grossesse n'ayant pas donné lieu à des naissances vivantes); à l'état de grossesse au moment de l'enquête; aux date et durée des menstruations; à l'âge de la femme aux premières règles. Des questions se rapportant à la connaissance et à l'aptitude de la femme à déterminer sa période féconde figurent également dans cette section.

- **Contraception**

La troisième section comporte quarante questions. Elles s'intéressent à la connaissance spontanée ou non des méthodes de contraception, à leur utilisation et à leurs sources d'approvisionnement.

- **Grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants**

Les questions de cette section ont été réparties en deux groupes. Le premier comporte quarante-deux questions. Ces questions permettent d'obtenir des renseignements sur les visites et l'immunisation prénatales,

sur le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, sur les conditions cliniques d'accouchement et les caractéristiques physiques des nouveaux-nés; des questions relatives au retour des couches et à la reprise des rapports sexuels après la naissance du nouveau-né ont été également posées. En ce qui concerne l'allaitement, les questions concernent sa fréquence et sa durée, le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que l'utilisation des différents compléments nutritionnels.

Le deuxième groupe de questions de cette section (quarante-huit en tout) traite de la vaccination et de la santé des enfants. Les informations recherchées portent sur la vaccination, la fréquence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.

- **Causes des décès**

La cinquième section porte sur les causes de décès d'enfants parmi ceux nés vivants au cours des cinq dernières années.

- **Nuptialité**

Dans cette section, seize questions ont été posées pour saisir l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le mari lorsqu'elle est mariée, le régime de mariage (monogamie ou polygamie) et l'activité sexuelle.

- **Préférence en matière de fécondité**

La septième section comporte vingt-trois questions concernant les femmes enceintes ou non. Ces questions visent à connaître leurs intentions en matière de fécondité. En particulier, elles touchent aux problèmes d'espacement des naissances.

- **Caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme**

Dix-sept questions ont été posées à cette section pour connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de la femme.

- **Taille et poids**

Cette section était réservée aux mesures anthropométriques des enfants des femmes interviewées présents dans le foyer et âgés de 0-4 ans.

c) Le questionnaire individuel mari a la même contexture que le questionnaire précédent, mais sous une forme plus résumée. La page de couverture est identique. Le questionnaire comporte trois sections: caractéristiques socio-démographiques des enquêtés, contraception et préférences en matière de fécondité. Les deux dernières sections ont pour objet de mesurer les connaissances, les opinions et les pratiques du mari en matière de planification familiale.

d) Le questionnaire communautaire est divisé en deux parties:

La première comporte l'identification de la grappe ainsi qu'une série d'informations sur les infrastructures socio-économiques de l'unité administrative dans laquelle est située cette grappe. La deuxième partie est destinée à recueillir des informations sur la disponibilité des différentes formations sanitaires et, éventuellement, les services qu'elles proposent.

1.2.4 Collecte et exploitation des données

Collecte des données

L'enquête principale sur le terrain a duré cinq mois, du 25 avril au 25 septembre 1991. Un retard d'un mois a été enregistré sur la durée des travaux de terrain pour des raisons de force majeure.

Six équipes avaient été constituées; chacune d'elle disposait de l'ensemble des documents et équipement d'enquête (dossiers techniques, croquis ou cartes des grappes échantillons, questionnaires, manuels, fiches de contrôle, lettre d'introduction, toise, balance, ...). En outre, celles évoluant hors de Yaoundé et de Douala disposaient d'un véhicule.

Des missions de supervision étaient régulièrement organisées sur le terrain dans le but de renforcer, auprès des enquêtrices, les contrôles et les conseils pour garantir la qualité des données. A l'occasion de ces missions, des séances de travail étaient régulièrement organisées, au cours desquelles des observations étaient faites sur le travail des équipes de terrain. La saisie des données se faisant en même temps que la collecte, le service informatique produisait une série de tableaux de qualité des données permettant de mettre en évidence les erreurs les plus importantes commises par chaque équipe pendant la collecte. Ces tableaux constituaient pour les superviseurs de terrain, un outil efficace pour signaler aux enquêtrices certains problèmes rencontrés sur le terrain. Ces missions relayaient le travail de contrôle permanent qu'effectuaient le chef d'équipe et la contrôleuse.

Par ailleurs, toutes les équipes ont bénéficié d'un encadrement approprié des autorités administratives.

Exploitation des données

L'exploitation des données s'est déroulée en quatre étapes:

a) Réception et classement des dossiers

Tous les questionnaires remplis, contrôlés et regroupés par grappe sur le terrain, étaient ramenés à la Direction Nationale de l'EDSC à Yaoundé par les superviseurs au retour de leurs missions. Après un certain nombre de contrôles, ils étaient classés dans une salle réservée à cet effet. Cette salle avait été aménagée et équipée d'étagères divisées en casiers, numérotés de 1 à 154, le nombre de grappes initialement sélectionnées.

b) Vérification

La vérification effectuée consistait en un contrôle d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en une vérification sommaire de la cohérence des données. Ce travail était exécuté par un contrôleur sous l'autorité d'un superviseur de terrain. Cette phase commencée trois semaines après le démarrage de la collecte et menée parallèlement aux opérations de terrain a permis d'améliorer la qualité des données recueillies.

c) Saisie/édition des données

La saisie/édition des données sur disquettes a été effectuée à la Direction Nationale du 2ème RGPH sur six micro-ordinateurs (type NCR PC 6) dont la mémoire vive avait été étendue de 512 K à 640 K pour répondre aux contraintes du logiciel ISSA (Integrated Systems for Survey Analysis) fourni par Macro International Inc. à cet effet.

Une équipe de six agents et d'un moniteur était chargée de cette phase. Ces agents avaient été recrutés parmi l'ancien personnel de saisie du 2ème RGPH. Ils avaient suivi le stage de formation des enquêtrices avant de suivre leur propre formation sur ISSA. Pendant les premières semaines, chaque grappe assignée à un agent pour la saisie était vérifiée à 100 pour cent au moyen d'une double saisie par un autre agent. Par la suite, cette double saisie était seulement effectuée par deux opérateurs sur cinq.

C'est pendant la saisie/édition des données que les spécifications couvrant les contrôles des étendues, des sauts et de cohérence simple ont été gérées; la plupart des contrôles de cohérence complexes ont été effectués lors de la deuxième étape de nettoyage de fichier.

d) Traitement des données

Le traitement informatique de l'EDSC s'est effectué en deux étapes:

Nettoyage des données: Après la saisie/édition des données d'une grappe, un programme de contrôle était exécuté pour vérifier la cohérence interne des réponses. En rapport avec la fiche d'exploitation et des marginaux des questionnaires, ce programme a permis de détecter également les erreurs d'exhaustivité. Il a fallu en général deux passages pour nettoyer les données d'une grappe.

Après que ce travail, mené grappe par grappe, ait été terminé (début novembre 1991), les données de l'ensemble des grappes ont été réunies et un dernier contrôle, effectué également en deux passages, a permis de produire un premier fichier de données épurées.

Par la suite, les dates de certains événements qui avaient été omises ont été imputées, produisant ainsi un deuxième fichier (vers mi-novembre 1991) devant servir à la tabulation préliminaire.

Après cette dernière version du fichier, des recodifications (autres réponses) et une série de vérifications supplémentaires ont été appliquées (au siège de Macro International Inc.) pour donner lieu, en février 1992, à un troisième fichier des données (fin février 1992) devant servir à l'obtention des résultats définitifs.

Tabulation: La dernière action dans le processus d'exploitation consistait à passer les programmes de tabulation. La tabulation des résultats préliminaires a eu lieu courant novembre 1991 et celle des résultats définitifs en avril 1992.

L'ensemble des opérations de contrôle et de nettoyage de fichier ainsi que la tabulation des données ont été aussi réalisées au moyen du logiciel ISSA.

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETEES

L'EDSC a touché 19 401 personnes, membres de 3 538 ménages dans lesquels des interviews ont été menées avec succès. Toutes ces personnes ont été recensées dans le cadre de l'enquête ménage, et certaines d'entre elles ont été identifiées pour être interrogées individuellement. Le présent chapitre porte principalement sur l'analyse des caractéristiques de base des femmes ayant été enquêtées individuellement. Par ailleurs, le comportement des femmes et la situation des enfants étant, en partie, conditionnés par leur environnement socio-culturel et économique, ce chapitre présente également certaines caractéristiques des personnes enregistrées dans le questionnaire ménage et certaines caractéristiques des ménages eux-mêmes.

2.1 ENQUETE MENAGE

L'enquête ménage a permis d'obtenir des données fiables sur la structure de la population, la composition des ménages, ainsi que sur les caractéristiques de l'habitat et sur certains biens possédés par les ménages.

2.1.1 Caractéristiques de la population des ménages

Répartition par sexe et âge

La répartition par sexe de la population de l'échantillon est à peu près équilibrée. Le Tableau 2.1 indique que parmi les 19 401 personnes dénombrées à l'EDSC, 9 418 sont des hommes et 9 983 des femmes. Cette répartition par sexe équivaut à environ à 49 pour cent d'hommes et 51 pour cent de femmes. L'indice global d'appréciation de l'équilibre numérique entre les hommes et les femmes est évalué ici à 94,3 hommes pour 100 femmes.

Parmi les 19 401 personnes dénombrées à l'EDSC, 7 448, soit 38,3 pour cent, résidaient en milieu urbain (y compris Yaoundé et Douala) au moment de l'enquête. En zone urbaine (y compris Yaoundé et Douala), l'effectif total des femmes est de 3 770, soit un rapport de masculinité de 97,3 hommes pour 100 femmes, contre 92,6 hommes pour 100 femmes en milieu rural, cette sous-représentation plus importante des hommes en milieu rural étant la conséquence de l'exode rural.

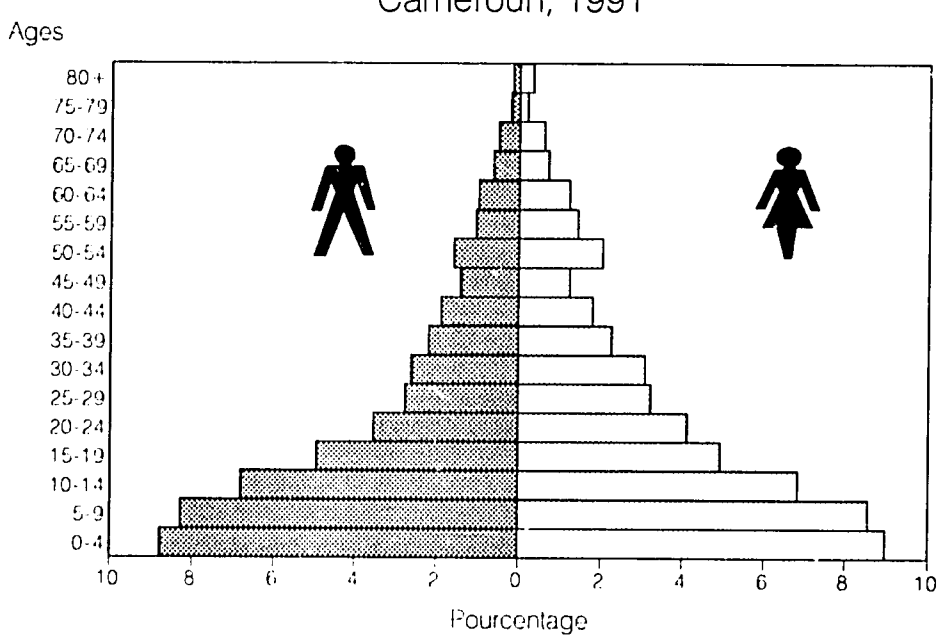
La structure de la population par groupe d'âges quinquennal est assez régulière et caractéristique d'une population jeune dont la pyramide, large à la base, se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on évolue vers les âges élevés (Tableau 2.1 et Graphique 2.1). Sur la pyramide des âges, on note un léger déséquilibre des effectifs, avec une surreprésentation des femmes à 50-54 ans. Ceci est la conséquence de l'attraction des nombres ronds, lorsque l'âge n'est pas connu avec précision (l'âge 50 ans est plus facilement déclaré que 47, 48 ou 49), mais aussi d'un vieillissement volontaire, par les enquêtrices, de l'âge des femmes de la tranche 45-49 ans, dans le but d'exclure ces femmes de la tranche d'âge d'éligibilité (15-49 ans) et de réduire, ainsi, le nombre d'interviews individuelles à réaliser.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS Cameroun 1991

	Urbain			Rural			Total		
Groupe d'âges	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	17,6	17,4	17,5	18,4	17,5	17,9	18,1	17,4	17,8
5-9	15,7	15,7	15,7	18,0	17,1	17,5	17,1	16,6	16,8
10-14	13,6	13,9	13,8	14,3	12,9	13,6	14,0	13,3	13,7
15-19	11,3	10,7	11,0	9,5	8,9	9,2	10,2	9,6	9,9
20-24	9,6	9,6	9,6	5,9	7,0	6,5	7,3	8,0	7,7
25-29	7,3	7,7	7,5	4,7	5,4	5,0	5,7	6,2	6,0
30-34	6,5	6,7	6,6	4,7	5,5	5,2	5,4	6,0	5,7
35-39	5,1	4,7	4,9	4,1	4,2	4,2	4,5	4,4	4,5
40-44	3,5	3,1	3,3	4,2	3,7	3,9	3,9	3,5	3,7
45-49	2,5	1,7	2,1	3,2	2,8	3,0	2,9	2,4	2,6
50-54	2,5	3,2	2,9	3,8	4,4	4,1	3,3	3,9	3,6
55-59	1,8	1,7	1,7	2,4	3,4	2,9	2,2	2,8	2,5
60-64	1,2	1,4	1,3	2,6	2,9	2,8	2,1	2,4	2,2
65-69	0,6	1,1	0,9	1,8	1,5	1,6	1,3	1,4	1,3
70-74	0,8	0,6	0,7	1,3	1,5	1,4	1,1	1,2	1,1
75-79	0,1	0,3	0,2	0,7	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4
80 +	0,1	0,4	0,3	0,5	0,8	0,7	0,4	0,6	0,5
Non déterminé/NSP	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3667	3770	7438	5751	6212	11963	9418	9983	19401

Graphique 2.1
Pyramide des âges de la population
Cameroun, 1991



EDSC 1991

Au Tableau 2.2, figure la répartition de la population par grand groupe d'âges, à différentes dates.[1] Il ressort de ce tableau que la proportion des jeunes de moins de 15 ans a augmenté régulièrement, passant de 42,2 pour cent en 1976 à 47,4 pour cent en 1991. Ce rajeunissement de la structure par âge de la population est la conséquence du maintien d'une fécondité élevée et d'une baisse continue de la mortalité aux jeunes âges. Conséquence de la proportion croissante des jeunes, le rapport de dépendance, c'est-à-dire le rapport des dépendants (0-14 ans et 65 ans et plus) aux personnes d'âge économiquement actif (15-64 ans), déjà élevé en 1976, a augmenté au cours de la période, passant de 83 à 103 dépendants pour 100 actifs.

Tableau 2.2 Population par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge, à différentes dates, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	RGPH 1976	ENF 1978	RGPH 1987	EDSC 1991
< 15 ans	42,2	44,1	46,4	47,4
15-64	54,6	52,1	50,2	49,2
65 et +	3,2	3,6	3,4	3,4
ND	-	0,2	-	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Age médian	-	-	16,7	16,3
Rapport de dependance	83	92	99	103

Note: Pour des besoins de comparaison avec les autres sources, ce tableau est basé sur la population "de droit."
Sources:
1976: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)
1978: Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF)
1987: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)

Instruction

Dans le cadre de l'enquête ménage, on a collecté des données sur le niveau d'instruction atteint et la dernière classe achevée à ce niveau par chaque membre du ménage. A l'EDSC, on a distingué trois niveaux d'instruction: le primaire, le secondaire et le supérieur. Au Cameroun, l'âge d'entrée dans le primaire est, en principe, de six ans (système d'éducation francophone) ou de cinq ans (système anglophone), et les études durent, respectivement, six ou sept ans, selon le système. L'entrée dans le secondaire a lieu, en théorie, à douze ans et les études à ce niveau durent sept ans, quel que soit le système, pour se terminer par le baccalauréat (système francophone) ou par le General Certificate of Education, Advanced level (système anglophone). Les Tableaux 2.3.1 et 2.3.2 présentent les résultats concernant le niveau d'instruction pour les personnes âgées de 5 ans et plus. Au niveau de l'ensemble, tous âges confondus à partir de 5 ans, près d'un homme sur trois (31,7%) et d'une femme sur deux (47,3%) sont "sans instruction," et le nombre médian d'années achevées dans le système scolaire est de 3,1 pour les hommes et de 2,0 pour les femmes. Les

[1] Pour permettre la comparaison avec les autres sources, les données de l'EDSC concernent ici la population de droit.

Tableau 2.3.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population masculine (de fait) des ménages, âgée de cinq ans et plus, par niveau d'instruction atteint, et nombre médian d'années d'études accomplies selon l'âge, le milieu et la région de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Niveau d'instruction					Total	Effectif	Nombre médian d'années
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	ND			
Groupe d'âges								
5-9	38,8	61,0	0,0	0,0	0,1	100,0	1608	0,9
10-14	15,1	77,1	7,5	0,0	0,3	100,0	1322	3,9
15-19	14,0	43,1	42,6	0,1	0,2	100,0	958	6,6
20-24	16,9	34,4	44,9	3,7	0,1	100,0	687	7,2
25-29	24,2	32,9	36,9	5,6	0,4	100,0	538	6,7
30-34	29,7	36,5	28,5	5,1	0,2	100,0	510	6,1
35-39	28,0	38,0	28,0	5,2	0,8	100,0	425	6,1
40-44	44,0	33,4	19,3	2,8	0,6	100,0	367	3,5
45-49	44,1	39,4	12,8	2,8	0,9	100,0	275	2,9
50-54	56,3	32,6	7,7	2,2	1,2	100,0	308	0,9
55-59	58,6	34,8	5,5	0,9	0,2	100,0	206	0,9
60-64	72,2	24,1	3,7	0,0	0,0	100,0	194	0,7
65 et +	80,3	18,0	0,8	0,0	0,8	100,0	308	0,6
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	5,8	43,4	41,9	7,2	0,8	100,0	1067	6,8
Autres villes	32,1	43,3	22,7	1,7	0,2	100,0	1955	3,6
Ensemble urbain	22,8	43,7	29,4	3,7	0,4	100,0	3022	5,1
Rural	37,4	50,3	11,5	0,4	0,3	100,0	4692	2,1
Région								
Yaoundé/Douala	5,8	44,4	41,9	7,2	0,8	100,0	1067	6,8
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	64,4	28,0	6,7	0,4	0,4	100,0	2668	0,8
Centre/Sud/Est	11,4	66,5	20,9	1,0	0,2	100,0	1530	4,3
Ouest/Littoral	20,5	55,5	22,8	0,9	0,3	100,0	1330	4,4
Nord-Ouest/Sud-Ouest	19,2	63,1	16,1	1,4	0,2	100,0	1120	5,3
Ensemble	31,7	47,8	18,5	1,7	0,4	100,0	7715	3,1

proportions de population "sans instruction" sont donc élevées, et le temps passé dans le système éducatif est faible. Les hommes sont beaucoup plus scolarisés que les femmes et, en outre, ils achèvent plus d'années d'étude que les femmes.

Le niveau d'instruction atteint (Tableaux 2.3.1 et 2.3.2) varie de façon très importante selon le milieu et la région de résidence. C'est dans le milieu rural que les proportions de personnes n'ayant atteint aucun niveau d'instruction sont les plus élevées (37,4% pour les hommes et 55,3% pour les femmes), suivies des "autres villes"[2] (32,1% pour les hommes et 46,2% pour les femmes). A Yaoundé/Douala, ces proportions chutent à des niveaux très faibles: 5,8 pour cent seulement des hommes et 10,5 pour cent des femmes n'ont jamais accédé au système éducatif. Du point de vue régional,[3] les proportions des "sans instruction" varient

[2] On désigne par "autres villes," toutes les villes à l'exclusion de Yaoundé et de Douala.

[3] Au Tableau 2.3, et dans tous ceux qui suivent, la ville de Yaoundé a été exclue de la région Centre/Sud/Est, et la ville de Douala a été exclue de l'Ouest/Littoral. Les commentaires sur les différences régionales porteront donc toujours sur les régions sans tenir compte des villes de Yaoundé et Douala.

Tableau 2.3.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population féminine (de fait) des ménages, âgée de cinq ans et plus, par niveau d'instruction atteint, et nombre médian d'années d'études accomplies selon l'âge, le milieu et la région de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Niveau d'instruction					Total	Effectif	Nombre médian d'années
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	ND			
Groupe d'âges								
5-9	46,1	53,7	0,2	0,0	0,1	100,0	1657	0,8
10-14	24,2	67,6	8,1	0,0	0,1	100,0	1325	3,9
15-19	25,7	37,5	36,7	0,0	0,1	100,0	955	6,0
20-24	32,2	31,4	34,4	2,1	0,1	100,0	798	5,8
25-29	37,0	36,8	24,0	2,0	0,2	100,0	622	5,3
30-34	45,8	34,7	18,2	1,1	0,2	100,0	596	3,0
35-39	53,0	34,5	11,4	0,9	0,2	100,0	439	0,9
40-44	64,7	28,2	6,6	0,1	0,4	100,0	348	0,8
45-49	76,4	21,1	2,3	0,3	0,0	100,0	239	0,6
50-54	86,2	11,2	0,5	0,3	1,8	100,0	394	0,6
55-59	89,8	7,9	0,4	0,0	2,0	100,0	276	0,5
60-64	97,4	1,5	0,0	0,0	1,1	100,0	236	0,5
65 et +	98,0	2,0	0,0	0,0	0,0	100,0	352	0,5
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	10,5	48,2	38,3	2,8	0,3	100,0	1047	6,1
Autres villes	46,2	38,3	15,0	0,4	0,2	100,0	2068	1,0
Ensemble urbain	34,2	41,6	22,8	1,2	0,2	100,0	3115	3,5
Rural	55,3	37,2	7,1	0,1	0,3	100,0	5128	0,8
Région								
Yaoundé/Douala	10,5	48,2	38,3	2,8	0,3	100,0	1047	6,1
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	83,7	14,3	1,7	0,0	0,3	100,0	2779	0,6
Centre/Sud/Est	29,6	54,5	15,7	0,1	0,1	100,0	1625	2,7
Ouest/Littoral	33,7	49,7	15,7	0,4	0,6	100,0	1485	3,3
Nord-Ouest/Sud-Ouest	36,9	52,1	10,4	0,4	0,3	100,0	1306	2,6
Ensemble	47,3	38,9	13,0	0,5	0,3	100,0	8243	1,0

également de façon très importante: de 11,4 pour cent chez les hommes et 29,6 pour cent chez les femmes du Centre/Sud/Est à 64,4 pour cent chez les hommes et 83,7 pour cent chez les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. On notera que, pour chaque milieu de résidence ou région, les femmes sont toujours beaucoup moins instruites.

Les proportions des "sans instruction" diminuent avec l'âge pour atteindre leur minimum à 15-19 ans chez les hommes (14,0%) et à 10-14 ans pour les femmes (24,2%); corrélativement on assiste à une augmentation avec l'âge des proportions des personnes ayant atteint les différents niveaux d'instruction. Chez les hommes comme chez les femmes, c'est à 10-14 ans que la proportion des "primaire"[4] est la plus importante, respectivement 77,1 et 67,6 pour cent. La proportion la plus élevée pour le niveau secondaire se situe à 20-24 pour les hommes (44,9%) et à 15-19 ans pour les femmes (36,7%). Le niveau supérieur reste marginal: le maximum n'est que de 5,6 pour cent chez les hommes à 25-29 ans et 2,1 pour cent chez les femmes à 20-24 ans.

[4] Y compris la maternelle.

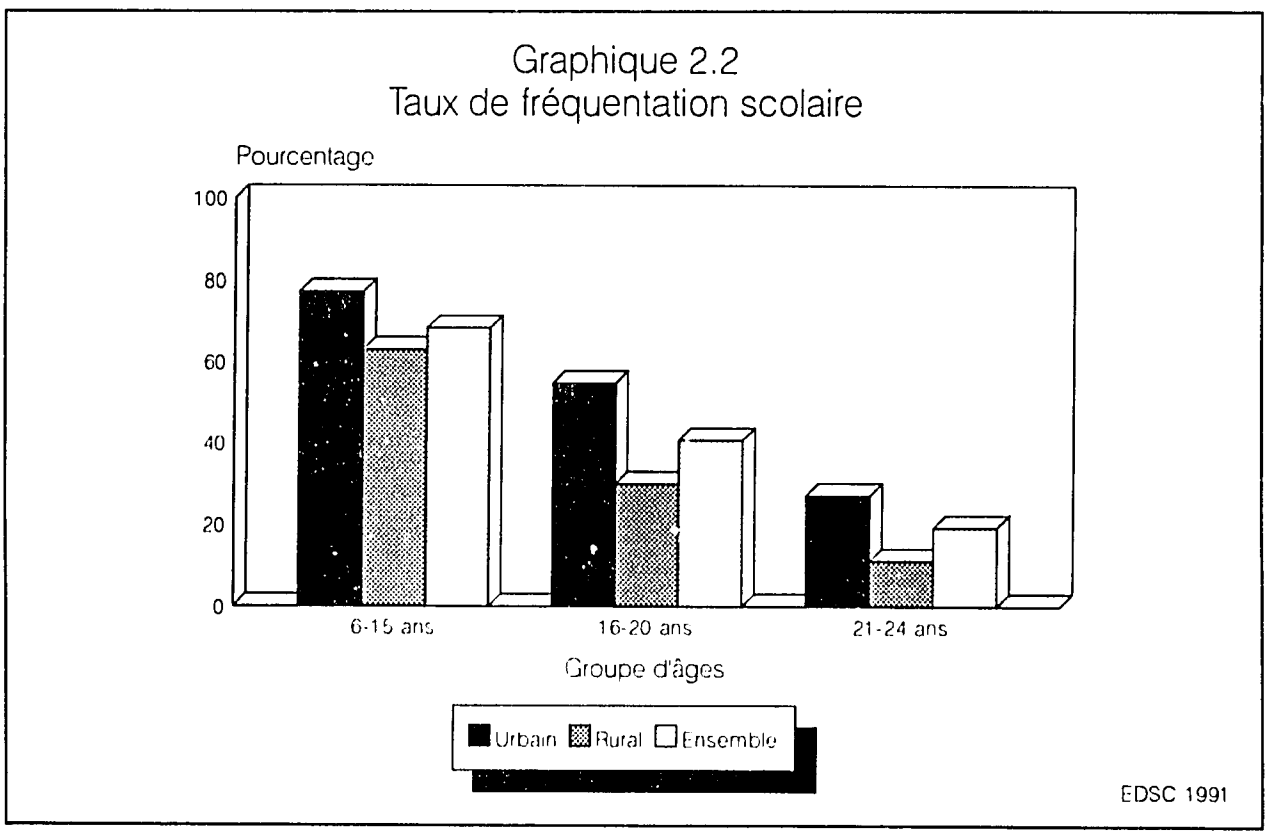
Au-delà de 19 ans pour les hommes et de 14 ans pour les femmes, les proportions des "sans instruction" croissent de façon continue. Ces variations rendent compte de l'évolution de l'instruction dans le temps: la généralisation de l'instruction est un phénomène récent et plus les générations en cause sont anciennes, et donc plus leur âge actuel est élevé, plus les proportions des "sans instruction" sont importantes.

Les taux de fréquentation scolaire par âge, sexe et milieu de résidence figurent au Tableau 2.4 et au Graphique 2.2. Le taux est de 64,7 pour cent à 6-10 ans, âges correspondant généralement au niveau primaire, et atteint son maximum à 11-15 ans avec 72,8 pour cent: ce dernier groupe d'âges est celui des enfants

Tableau 2.4 Taux de fréquentation scolaire

Proportion de la population (de fait) des ménages, âgée de 6 à 24 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

	Hommes			Femmes			Ensemble		
Groupe d'âges	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
6-10	77,2	64,7	69,2	74,1	53,1	60,3	75,6	58,8	64,7
11-15	81,2	73,2	76,2	77,0	63,9	69,2	79,0	68,7	72,8
6-15	79,0	68,3	72,2	75,4	57,4	64,1	77,1	62,9	68,2
16-20	61,5	36,9	48,0	47,9	23,6	33,9	54,7	29,9	40,7
21-24	36,6	16,9	27,5	18,1	6,8	12,2	27,1	11,1	19,2



scolarisés, en partie, dans le primaire et, en partie, dans le secondaire. A 16-20 ans, âges de scolarisation dans le secondaire, le taux de fréquentation est beaucoup plus faible (40,7%), et diminue de moitié à 21-24 ans (19,2%), âges de scolarisation au niveau supérieur. Comme pour le niveau d'instruction atteint, les taux de fréquentation scolaire varient fortement par sexe, les écarts étant d'autant plus importants que l'âge est élevé et donc que le niveau d'étude augmente: à 6-15 ans, 72,2 pour cent des hommes fréquentent un établissement scolaire contre 64,1 pour cent des femmes; à 16-20 ans, ce taux est seulement de 48,0 pour cent pour les hommes et de 33,9 pour cent pour les femmes. Enfin à 21-24 ans, les hommes fréquentent deux fois plus que les femmes (27,5% contre 12,2%) un établissement scolaire. Selon le milieu de résidence, on observe que la fréquentation scolaire est beaucoup plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural, avec un écart d'autant plus important que l'âge et, par conséquent, le niveau d'étude augmentent.

2.1.2 Structure, taille et composition des ménages

Dans leur grande majorité (82,1%), les chefs de ménage sont des hommes (Tableau 2.5). Cependant, les ménages qui ont à leur tête des femmes et qui sont souvent des ménages de niveau socio-économique plus défavorisé que lorsqu'un homme en est le chef, représentent une part non négligeable au niveau national (17,9%); par ailleurs, ils sont légèrement plus représentés en milieu urbain (19,9%) qu'en milieu rural (16,8%).

Tableau 2.5 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage, taille de ménage, lien de parenté avec le chef de ménage, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Yaoundé et Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage					
Homme	80,3	80,0	80,1	83,2	82,1
Femme	19,7	20,0	19,9	16,8	17,9
Nombre de membres habituels					
1	14,7	12,9	13,6	15,0	14,5
2	9,8	10,2	10,1	10,6	10,4
3	10,6	9,6	9,9	10,2	10.1
4	11,2	6,9	8,5	11,5	10,4
5	9,5	10,2	9,9	10,4	10,2
6	10,5	10,4	10,4	9,9	10,1
7	8,1	9,1	8,8	7,7	8,1
8	7,0	8,4	7,9	7,2	7,4
9 et +	18,6	22,3	20,9	17,5	18,8
Taille moyenne	5,4	6,1	5,8	5,5	5,6
Lien de parenté (membres habituels)					
Un adulte	18,5	17,0	17,6	18,8	18,3
Deux adultes apparentés					
- de sexe opposé	23,9	26,1	25,3	29,8	28,2
- de même sexe	4,6	4,4	4,5	3,9	4,1
Trois adultes apparentés ou plus	38,4	41,9	40,6	41,9	41,4
Autres	14,4	10,3	11,8	5,1	7,6
Pourcentage de ménages avec des enfants sans leurs parents	18,5	24,6	22,3	20,2	21,0

La répartition selon la taille (Tableau 2.5) fait apparaître qu'un nombre relativement élevé de ménages sont composés d'une seule personne (14,5%); les ménages de deux, trois, quatre, cinq et six personnes représentent près de 10 pour cent pour chaque catégorie et sont, dans leur ensemble, les plus fréquents (51,2%); cependant les ménages de grande taille (7 personnes et plus) représentent un tiers des effectifs (34,3%). La taille moyenne du ménage qui est de 5,6 personnes au niveau national, varie de 5,4 à Yaoundé/Douala, à 5,5 en milieu rural et à 6,1 personnes dans les "autres villes"; par ailleurs, la distribution par taille ne varie que très peu selon le milieu d'habitat, sauf dans les "autres villes" où la proportion des ménages de grande taille atteint 40 pour cent.

Au Tableau 2.5 figure également la répartition des ménages selon leur structure, définie à partir du nombre, du sexe et des liens de parenté ou relations des membres adultes qui les composent: sont considérés ici comme adultes toutes personnes de 15 ans et plus. Le type de ménage le plus fréquent (41,4%) est celui composé d'au moins trois adultes apparentés; seulement 17 pour cent de ces ménages sont constitués par des couples polygames. Pour les 83 pour cent restant[5] il s'agit de familles étendues où plusieurs générations, ou des collatéraux, ou encore de parents par alliance cohabitent. Le ménage composé de deux adultes de sexe opposé se rencontre dans 28,2 pour cent des cas; il s'agit presque uniquement (à 98%)[5] de couples monogames. Dans 18,3 pour cent des cas, les ménages sont composés d'un seul adulte: pour les trois-quart, il s'agit d'adulte vivant seul, sans enfant.[5] Enfin, 4,1 pour cent des ménages sont composés de deux adultes apparentés et du même sexe (père et fils, soeurs,....), et 7,6 pour cent des ménages comportent un ou plusieurs membres apparentés ainsi qu'un ou plusieurs membres sans lien de parenté.

Du point de vue du milieu de résidence, on notera que c'est en milieu rural et dans les "autres villes" que les familles étendues (trois adultes ou plus apparentés) sont les plus répandues: 41,9 pour cent, contre 38,4 pour cent à Yaoundé/Douala. C'est également en milieu rural que les ménages de deux membres apparentés de sexes opposés sont les plus fréquents: 29,8 pour cent, contre 26,1 pour cent dans les "autres villes" et 23,9 pour cent à Yaoundé/Douala. Par contre, les ménages composés d'un ou de plusieurs membres apparentés et d'un ou plusieurs membres sans lien de parenté sont trois fois plus fréquents à Yaoundé/Douala (14,4%), et deux fois plus fréquents dans les "autres villes" (10,3%), que dans le rural (5,1%): l'hébergement des jeunes, pour des raisons d'études ou de travail, ou tout simplement pour des raisons de "solidarité africaine" fréquent dans le milieu urbain, en est certainement la cause.

Le Tableau 2.5 fournit enfin la proportion des ménages comptant un (ou plusieurs) enfant de moins de 15 ans ne cohabitant pas avec ses parents biologiques. Un nombre très important de ménages (plus d'un sur cinq, 21,0%) comptent un ou plusieurs de ces enfants, soit adoptés, soit confiés ou placés en nourrice, soit encore domestiques ou apprentis. C'est dans les "autres villes" que l'on trouve le plus fréquemment ce type de ménages (24,6% contre 20,2% en rural et 18,5% à Yaoundé/Douala). Ces très fortes proportions sont à souligner du fait de l'impact que ces situations peuvent avoir sur l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants: on peut en effet supposer que dans de très nombreux cas, surtout dans les familles de taille importante et aux ressources limitées, l'attention portée et les moyens consacrés à cette catégorie d'enfants sont généralement plus limités que pour ses propres enfants.

2.1.3 Caractéristiques de l'habitat et biens possédés par les ménages

Lors de l'enquête ménage, on s'est intéressé à certaines caractéristiques du logement (utilisation de l'électricité, approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau du plancher et nombre de pièces utilisées pour dormir) susceptibles de jouer un rôle déterminant dans l'état de santé des membres du ménage et, en particulier, des enfants. De même, on a collecté des données sur la possession d'un certain nombre d'équipements modernes (radio, télévision, réfrigérateur, voiture,....) pour avoir une idée du niveau

[5] Ces résultats ne figurent pas au Tableau 2.5.

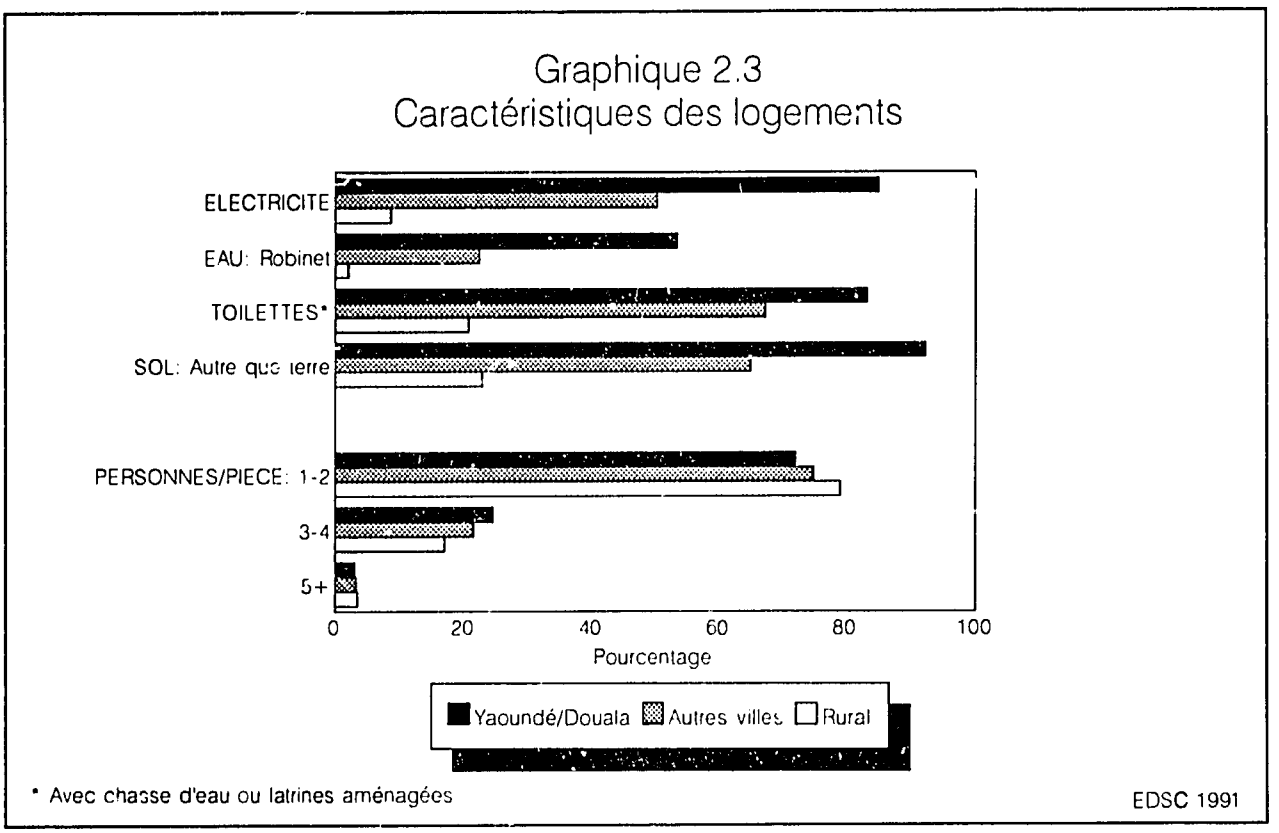
socio-économique des ménages.

On peut noter au Tableau 2.6 et au Graphique 2.3 que moins d'un tiers des ménages (29,0%) utilisent l'électricité. Cette proportion varie de façon très importante selon le milieu de résidence: 85,0 pour cent des ménages de Yaoundé/Douala ont l'électricité, contre un ménage sur deux (50,3%) dans les "autres villes," et moins d'un ménage sur dix (8,7%) en milieu rural.

Tableau 2.6 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages, par caractéristique des logements, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique des logements	Yaoundé et Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Electricité					
Oui	85,0	50,3	63,0	8,7	29,0
Non	15,0	49,7	37,0	91,3	71,0
Approvisionnement en eau à boire					
Robinet dans le logement	21,4	10,9	14,8	0,9	6,1
Robinet dans la cour	13,8	7,7	9,9	0,9	4,3
Robinet du voisin	18,4	3,9	9,2	0,3	3,6
Borne fontaine	28,6	38,4	34,8	10,5	19,6
Puits à pompe	1,5	2,8	2,3	11,6	8,1
Puits sans pompe	6,7	15,1	12,0	24,6	19,9
Rivière, source, marigot	9,3	12,1	11,1	50,3	35,7
Eau de pluie	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Eau achetée	0,0	8,6	5,5	0,0	2,0
Autre	0,4	0,1	0,2	0,6	0,4
ND	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de toilettes					
Chasse d'eau	21,5	9,6	14,0	0,8	5,7
Latrines amenagées	61,8	57,8	59,3	20,0	34,7
Latrines sommaires	15,2	29,7	24,4	57,2	45,0
Ciel ouvert	0,8	2,0	1,6	16,5	10,9
Rivière	0,2	0,0	0,1	0,5	0,4
Pas de toilettes	0,4	0,8	0,6	4,8	3,2
ND	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sol					
Terre	7,7	34,8	24,9	77,0	57,6
Bois	0,1	0,0	0,0	0,7	0,4
Ciment	80,4	60,0	67,5	21,3	38,5
Carrelage	11,2	4,9	7,2	0,7	3,2
Autre	0,5	0,2	0,3	0,1	0,2
ND	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir					
1-2	72,2	75,0	74,0	79,2	77,2
3-4	24,6	21,6	22,7	17,1	19,2
5-6	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7
7 et +	0,3	0,7	0,6	0,9	0,8
ND	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1
Effectif de ménages	482	836	1318	2220	3538



La provenance de l'eau à boire varie énormément selon le milieu de résidence (Tableau 2.6 et Graphique 2.3). A Yaoundé/Douala, la grande majorité des ménages consomment soit l'eau du robinet (53,6%), soit l'eau d'une borne fontaine (28,6%); mais près d'un ménage sur dix (9,3%) boit l'eau en provenance d'une rivière, d'une source ou d'un marigot. Dans les "autres villes," plus d'un tiers des ménages s'approvisionnent à une borne fontaine (38,4%), 22,5 pour cent consomment l'eau du robinet et 17,9 pour cent boivent l'eau de puits; l'eau de rivière/source/marigot est consommée dans 12,1 pour cent des ménages. En milieu rural, plus d'un ménage sur deux (50,3%) s'approvisionne en eau de rivière/source/marigot, et plus d'un tiers des ménages (36,2%) tirent l'eau des puits. Au niveau national, plus d'un tiers des ménages (35,7%) s'approvisionnent en eau de rivière/source/marigot. Cela signifie que ces ménages boivent de l'eau de qualité souvent douteuse. En outre, au regard des distances parfois importantes à parcourir pour la chercher, cette eau se trouve souvent en quantité limitée dans ces ménages.

Très peu de ménages disposent de toilettes adéquates (Tableau 2.6 et Graphique 2.3): 5,7 pour cent seulement des ménages disposent de toilettes avec chasse d'eau, 34,7 pour cent utilisent des latrines aménagées, les 60 pour cent restant utilisent soit des latrines sans aucun aménagement, c'est-à-dire, le plus souvent, un simple trou (45,0%), ou ne disposent d'aucune installation (14,5%). Là encore, les différences entre milieux de résidence sont très importantes: à Yaoundé/Douala, la grande majorité des ménages disposent de chasse d'eau ou de latrines aménagées (83,3%); dans les "autres villes," 67,7 pour cent des ménages disposent du même équipement; par contre, en milieu rural, la majorité des ménages utilisent des latrines sommaires (57,2%), et plus d'un ménage sur cinq (21,9%) ne dispose pas de toilettes.

S'agissant du plancher du logement (Tableau 2.6 et Graphique 2.3), on note que dans 57,6 pour cent des cas les ménages vivent à même la terre; le plancher des autres logements est essentiellement en ciment (38,5%). Une fois encore, les différences par milieu sont frappantes: en zone rurale, le sol de 77,0 pour cent des logements est en terre, contre 34,8 pour cent dans les "autres villes" et seulement 7,7 pour cent à Yaoundé et Douala.

A partir de la question sur le nombre de pièces utilisées pour dormir, on a calculé le nombre de personnes dormant par pièce qui fournit une indication sur le degré d'entassement du ménage (Tableau 2.6 et Graphique 2.3). Dans plus des trois quarts des cas (77,2%), seulement une ou deux personnes dorment par pièce; dans près d'un ménage sur cinq (19,2%), trois ou quatre personnes partagent la même pièce et, dans 3,5 pour cent des cas, cinq personnes ou plus dorment dans la même pièce. En moyenne 2,1 personnes dorment par pièce: cette moyenne est légèrement plus faible en milieu rural (2,1) qu'en milieu urbain (2,2) où les conditions de logement sont souvent plus difficiles, en particulier pour les couches les plus défavorisées de la population.

Les questions posées sur les biens possédés par les ménages ont porté sur le poste de radio, le poste de télévision, le réfrigérateur, la cuisinière, le réchaud et sur les moyens de transport tels que la bicyclette, la motocyclette et la voiture (Tableau 2.7): 54,0 pour cent des ménages possèdent un poste de radio, 14,2 pour cent un téléviseur, 10,2 pour cent un réfrigérateur, 8,4 pour cent une cuisinière et 9,9 pour cent un réchaud; par ailleurs, 15,7 pour cent des ménages disposent d'une bicyclette, 7,6 pour cent ont une mobylette et 5,1 pour cent une voiture. Le poste de radio est le bien le plus répandu quel que soit le milieu de résidence, mais près de deux fois plus de ménages en possèdent un à Yaoundé/Douala (84,6%) qu'en milieu rural (44,6%). La possession d'un poste de radio, qui ne demande aucune installation et aucun entretien particulier, n'est pas un bon indicateur de différenciation de statut économique entre les ménages. Par contre, la possession d'un poste de télévision, d'un réfrigérateur ou d'une cuisinière qui concerne, respectivement, 45,9 pour cent, 39,3 et 34,3 pour cent des ménages de Yaoundé/Douala et qui ne concerne que 3,9 pour cent, 1,8 et 2,3 pour cent des ménages ruraux, est très certainement un indicateur significatif du niveau économique de la population; il en est de même de la voiture personnelle que les ménages de Yaoundé/Douala possèdent dix fois plus (16,1%) que ceux du milieu rural (1,6%).

Tableau 2.7 Biens durables possédés par le ménage

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Biens durables	Yaoundé et Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	84,6	61,4	69,9	44,6	54,0
Télévision	45,9	23,5	31,7	3,9	14,2
Réfrigérateur	39,3	15,7	24,3	1,8	10,2
Cuisinière	34,3	9,5	18,6	2,3	8,4
Réchaud	29,3	11,5	18,0	5,1	9,9
Bicyclette	4,5	16,1	11,8	18,0	15,7
Motocyclette	6,0	13,2	10,5	5,9	7,6
Voiture personnelle	16,1	8,2	11,1	1,6	5,1
Effectif de ménages	483	836	1318	2220	3538

2.2 ENQUETE INDIVIDUELLE

2.2.1 Caractéristiques des femmes enquêtées

Cette section traite des caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées individuellement: dans la suite de ce rapport, ces caractéristiques seront utilisées comme variables de classification ou variables explicatives de la plupart des phénomènes étudiés. Il s'agit notamment de l'âge de la femme, de l'état matrimonial, du niveau d'instruction, du milieu et de la région de résidence, de la religion et de la nationalité. La distribution de l'ensemble des femmes de l'échantillon selon chacune de ces variables est présentée au Tableau 2.8.

L'âge est une variable fondamentale dans l'analyse des événements démographiques, mais, en même temps, c'est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon fiable lorsque les enregistrements écrits des événements n'existent pas ou sont rares, comme c'est souvent le cas en Afrique. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête. On demandait d'abord aux femmes leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir d'elle un document officiel tel que la carte d'identité, l'acte de naissance ou la carte de baptême où la date de naissance figure. Lorsqu'aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait estimer l'âge de la femme soit par comparaison à l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de la femme, ou encore en utilisant un calendrier historique. La distribution des femmes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennal (Tableau 2.8) présente une allure régulière: de 15-19 ans, groupe d'âges modal avec 23,7 pour cent des femmes, à 45-49 ans (6,3%), les proportions diminuent régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on a considéré comme mariage ou union toutes les formes de mariage ou d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non. Près des trois quarts des femmes de 15-49 ans sont en union: soit elles sont mariées (62,3%), soit elles vivent avec quelqu'un (11,8%). La polygamie est relativement importante puisqu'elle concerne près d'un tiers des femmes en union (Graphique 2.4). Les célibataires représentent 18,6 pour cent des femmes, et les unions rompues (veuvage, divorce, séparation) ne concernent qu'une faible proportion des enquêtées (7,3%).

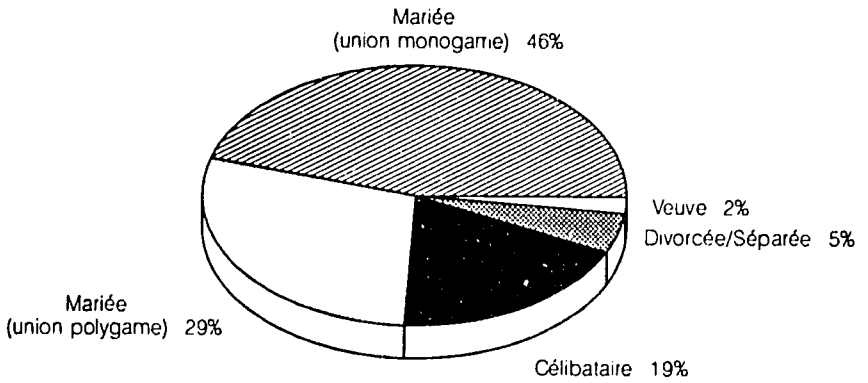
Tableau 2.8 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes enquêtées par âge, état matrimonial, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, religion et nationalité, EDS Cameroun 1991

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
15-19	23,7	919	949
20-24	20,1	778	789
25-29	16,0	618	643
30-34	14,5	562	555
35-39	10,8	418	409
40-44	8,6	332	308
45-49	6,3	244	218
Etat matrimonial			
Jamais en union	18,6	720	834
Mariée	62,3	2412	2231
Vivant avec quelqu'un	11,8	456	506
Veuve	2,5	97	102
Divorcée	1,8	70	67
Séparée	3,0	115	131
Niveau d'instruction			
Aucun	40,2	1557	1276
Primaire	33,3	1288	1275
Secondaire	25,4	984	1254
Supérieur	1,1	42	66
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	16,2	627	1151
Autres villes	25,8	998	1035
Ensemble urbain	42,0	1625	2186
Rural	58,0	2247	1685
Région			
Yaoundé/Douala	16,2	627	1151
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	33,9	1313	1033
Centre/Sud/Est	18,4	713	609
Ouest/Littoral	16,5	639	598
Nord-Ouest/Sud-Ouest	15,0	580	480
Religion			
Catholique	37,0	1432	1619
Protestante	30,3	1172	1207
Musulmane	21,1	817	681
Autre	11,6	451	364
Nationalité			
Camerounaise	96,5	3735	3744
Autre	3,3	129	121
ND	0,2	7	6
Ensemble des femmes	100,0	3871	3871

Du point de vue du milieu de résidence, 16,2 pour cent des femmes interrogées résident à Yaoundé/Douala et 25,8 pour cent dans les "autres villes." Les femmes du milieu rural représentent 58,0 pour

Graphique 2.4
Etat matrimonial des enquêtées



EDSC 1991

cent contre 42,0 pour cent pour l'ensemble du milieu urbain. Sur le plan régional,[6] l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord totalise un tiers des femmes interviewées (33,9%), les autres régions en comptent entre 18,4 et 15,0 pour cent.

Concernant la religion (Tableau 2.8), il apparaît que les chrétiennes sont majoritaires, avec 37,0 pour cent de catholiques et 30,3 pour cent de protestantes; un peu plus d'une femme sur cinq est de religion musulmane (21,1%); les autres enquêtées (11,6%) sont d'autres religions, y compris les animistes.

Du point de vue de la nationalité, la presque totalité des enquêtées (96,5%) sont des camerounaises; quant aux autres nationalités (3,3%), il s'agit presque uniquement (99% des cas, résultat non porté au Tableau 2.8) de femmes africaines.

Sur le plan de l'instruction, on a déterminé pour chaque femme interrogée le niveau et le cycle d'enseignement atteints, et la dernière classe achevée. Le Tableau 2.8 indique que deux femmes enquêtées sur cinq (40,2%) n'ont aucune instruction, un tiers des femmes (33,3%) ont atteint le cycle d'études primaires, une femme sur quatre (25,4%) a atteint le niveau secondaire et seulement 1.1 pour cent a accédé au supérieur. Ces niveaux d'instruction atteints varient de façon très importante selon certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtées (Tableau 2.9). On peut ainsi noter que la proportion des femmes sans instruction augmente régulièrement des femmes les plus jeunes aux plus âgées: seulement un quart des femmes de 15-19 ans (24,1%) sont sans instruction, contre trois quarts (77,6%) de celles de 45-49 ans. Corrélativement, c'est chez les femmes les plus jeunes que les proportions de celles ayant atteint le primaire ou le secondaire sont les plus élevées.

[6] Rappelons que du point de vue régional, les villes de Yaoundé et de Douala sont traitées à part et sont donc exclues, respectivement, des régions Centre/Sud/Est et Ouest/Littoral.

Tableau 2.9 Niveau d'instruction des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal, le milieu et la région de résidence, EDS Cameroun 1991

	Niveau d'instruction					
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	24,1	36,1	39,6	0,1	100,0	919
20-24	31,9	29,6	36,4	2,1	100,0	778
25-29	34,5	39,1	24,1	2,0	100,0	618
30-34	45,5	34,2	19,2	1,1	100,0	562
35-39	51,2	37,1	11,2	0,6	100,0	418
40-44	64,5	27,3	7,6	0,6	100,0	332
45-49	77,6	19,3	2,8	0,3	100,0	244
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	5,1	32,4	58,2	4,3	100,0	627
Autres villes	41,6	29,3	28,2	0,8	100,0	998
Ensemble urbain	27,5	30,5	39,8	2,2	100,0	1625
Rural	49,4	35,3	15,0	0,3	100,0	2247
Région						
Yaoundé/Douala	5,1	32,4	58,2	4,3	100,0	627
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	84,8	11,5	3,7	0,0	100,0	1313
Centre/Sud/Est	13,9	51,8	33,8	0,5	100,0	713
Ouest/Littoral	21,2	46,1	31,9	0,8	100,0	639
Nord-Ouest/Sud-Ouest	30,5	46,7	21,9	0,9	100,0	580
Ensemble	40,2	33,3	25,4	1,1	100,0	3871

C'est en zone urbaine, et surtout à Yaoundé/Douala, que les femmes sont les plus instruites: la proportion des femmes sans instruction passe de 49,4 pour cent en milieu rural, à 41,6 pour cent dans les "autres villes," et chute à 5,1 pour cent à Yaoundé/Douala. C'est également dans ces deux villes que se trouvent les plus fortes proportions des femmes avec les niveaux d'instruction les plus élevés: 58,2 pour cent ont un niveau secondaire et 4,3 pour cent un niveau supérieur. Du point de vue régional, l'Adamaoua/Nord/ Extrême-Nord se singularise par 84,8 pour cent de femmes sans instruction, suivi de très loin par le Nord-Ouest/Sud-Ouest (30,5%), par l'Ouest/Littoral(21,2%) et enfin par le Centre/Sud/Est où seulement 13,9 pour cent des femmes n'ont aucune instruction.

2.2.2 Accès aux média

Le Tableau 2.10 fournit des données relatives à l'accès aux média par les femmes interviewées. Ces données sont particulièrement importantes pour la mise en place de programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans les domaines de la santé et de la planification familiale. Dans l'ensemble, 34,0 pour cent des enquêtées regardent la télévision et 43,9 pour cent écoutent la radio au moins une fois par semaine. Mais, ces proportions varient largement selon l'âge, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

En général, du point de vue de l'âge, ce sont les femmes les plus jeunes qui regardent le plus la télévision et écoutent le plus la radio. A moins de 25 ans, plus de 40 pour cent de femmes regardent la télévision, cette proportion chute à 20,6 pour cent à 40-44 ans et à 10,1 pour cent à 45-49 ans. La même tendance est observée pour les femmes qui écoutent la radio. Selon le niveau d'instruction, environ trois quarts des femmes les plus instruites regardent la télévision (73,8%) ou écoutent la radio (76,3%) au moins une fois par semaine; un tiers seulement des femmes de niveau primaire (34,9%) regardent la télévision et

une femme sur deux de ce niveau (51,5%) écoute la radio. Chez les femmes sans instruction, la proportion de celles qui écoutent la radio n'est plus que de 16,3 pour cent, et 6,9 pour cent seulement regardent la télévision. L'accès aux média par les femmes varie également selon le milieu et la région de résidence. Les proportions les plus importantes des femmes qui écoutent la radio ou regardent la télévision se rencontrent à Yaoundé/Douala (respectivement, 80,0% et 78,1%), suivies de très loin par les femmes des "autres villes" (respectivement, 47,6% et 45,1%), et enfin par celles du milieu rural (respectivement, 32,2% et 16,7%). Du point de vue régional, les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord sont proportionnellement deux fois moins nombreuses à écouter la radio et trois fois moins nombreuses à regarder la télévision que les femmes de toutes les autres régions.

Tableau 2.10 Accès des femmes aux média

Pourcentage de femmes qui, habituellement, regardent la télévision, ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, par âge, niveau d'instruction et par milieu et région de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Regardent la TV au moins une fois/ semaine	Ecoutent la radio au moins une fois/ semaine	Effectif de femmes
Groupe d'âges			
15-19	46,4	45,6	919
20-24	40,7	51,5	778
25-29	36,3	50,4	618
30-34	28,1	42,7	562
35-39	22,8	37,8	418
40-44	20,6	34,7	332
45-49	10,1	22,7	244
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	78,1	80,0	627
Autres villes	45,1	47,6	998
Ensemble urbain	57,8	60,1	1625
Rural	16,7	32,2	2247
Région			
Yaoundé/Douala	78,1	80,0	627
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	13,0	22,6	1313
Centre/Sud/Est	33,8	53,7	713
Ouest/Littoral	37,6	42,4	639
Nord-Ouest/Sud-Ouest	30,0	42,9	580
Niveau d'instruction			
Aucun	6,9	16,3	1557
Primaire	34,9	51,5	1288
Secondaire ou plus	73,8	76,3	1026
Ensemble des femmes	34,0	43,9	3871

CHAPITRE 3

FECONDITE

Un des principaux objectifs de l'EDSC était de recueillir des données permettant d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager les tendances passées et de mettre en lumière certains aspects de la fécondité différentielle. Durant l'interview, l'enquêtrice posait tout d'abord une série de questions sur le nombre total d'enfants que la femme avait eu, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. L'enquêtrice reconstituait alors avec la femme interrogée l'historique complet de ses naissances, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles: le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, l'état de survie; pour les enfants encore en vie, on enregistrait leur âge et distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs; pour les enfants décédés, on s'intéressait à l'âge au décès. Au moment de la formation des enquêtrices, leur attention avait été attirée sur l'importance de ces questions et de leur précision. Lors de l'interview, l'enquêtrice devait, si possible, vérifier l'information obtenue, à partir, par exemple, de documents officiels, et détecter les éventuelles incohérences, en vérifiant, par exemple, la durée des intervalles intergénésiques. Après avoir posé toutes les questions concernant l'historique des naissances, l'enquêtrice contrôlait alors si le nombre total d'enfants déclarés par la mère (dans chaque catégorie: vivants, décédés, ...) était cohérent avec le nombre d'enfants obtenus à partir de l'historique des naissances. En cas de différences, l'enquêtrice devait revérifier et, éventuellement, corriger les réponses erronées.

Malgré le soin apporté aux différents types de vérification, les données sur les naissances sont sujettes aux différents types d'erreurs inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit notamment:

- du sous-enregistrement des naissances, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, qui peut induire une sous-estimation des niveaux de fécondité;

- de l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et à certaines époques.

Que ce soit le sous-enregistrement, ou l'imprécision des dates de naissance ou des âges, ces erreurs sont, généralement, d'autant plus importantes que les naissances sont anciennes. En outre, lors des enquêtes EDS, on observe certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés durant la dernière période quinquennale vers les années précédentes. Ces "déplacements" d'année de naissance sont souvent effectués "volontairement" par les enquêtrices, non seulement, pour éviter de poser les questions sur la santé (Section 4 du Questionnaire) qui ne portent que sur les naissances de la dernière période quinquennale, mais encore pour éviter de prendre les mesures anthropométriques de ces mêmes enfants. Ces "déplacements" sont plus fréquents lorsque la mère ne connaît pas avec exactitude le mois et l'année de naissance de son enfant. Dans le cas de l'EDS au Cameroun, ces déplacements, principalement de

Previous Page Blank

naissances de 1986 vers 1985, ne sont pas très importants, et ne peuvent donc pas induire une sous-estimation significative de la fécondité des cinq dernières années.[1]

3.1 NIVEAU DE LA FECONDITE ET FECONDITE DIFFERENTIELLE

Le Tableau 3.1 présente les taux de fécondité par groupe d'âges (illustrés par le Graphique 3.1) selon le milieu de résidence. Les taux sont calculés ici pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête. Cette période de trois ans a été choisie comme compromis entre trois critères: fournir les indicateurs de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter les problèmes signalés précédemment sur le transfert de dates de certaines naissances.

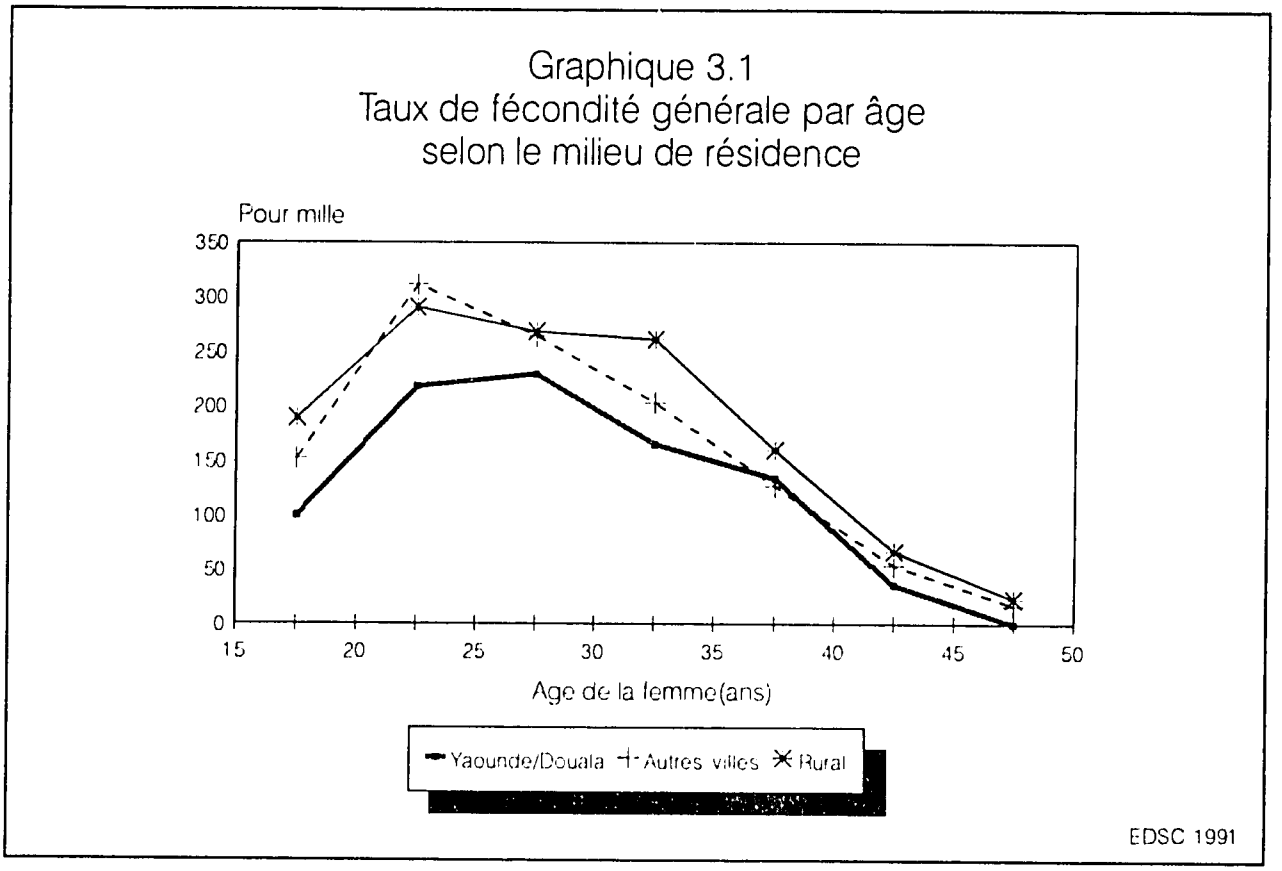
Tableau 3.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

	Résidence				
Groupe d'âges	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	100	152	130	189	164
20-24	218	311	273	290	282
25-29	229	264	250	268	260
30-34	165	203	189	261	228
35-39	134	127	130	160	149
40-44	36	54	49	67	62
45-49	0	17	13	23	20
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,41	5,64	5,17	6,29	5,82
ISF 15-44 (pour 1 femme)	4,41	5,55	5,10	6,17	5,72
TGFG (pour 1 000)	163	206	189	216	205
TBN (pour 1 000)	40	41	40	39	39

Note: Les taux sout calculé pour la période de 1-36 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légènement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

[1] A l'Annexe E, le Tableau E.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le "rapport de naissances annuelles" (rapport des naissances d'année x à la demi-somme des naissances des années précédente et suivante, soit $N_x/[(N_{x-1}+N_{x+1})/2]$) rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 1986 (rapport = 85,3 < 100), et un excédent en 1985 (rapport = 112,5 > 100), mais aussi en 1987 (rapport = 113,2 > 100).



Les taux de fécondité par groupe d'âges suivent le schéma classique observé généralement dans les pays à forte fécondité: une fécondité précoce (15-19 ans) élevée (164‰) qui atteint son maximum à 20-24 ans (282‰) et qui se maintient longtemps à des niveaux importants puisqu'à 35-39 ans le taux vaut encore 149 pour mille et que la fécondité des femmes de 40 ans et plus contribue pour plus de 7 pour cent à la fécondité totale. L'allure générale des courbes représentant les taux de fécondité par âge du milieu rural et des "autres villes," où la fécondité se maintient à un niveau élevé, reste assez similaire. Par contre, à Yaoundé/Douala les taux de fécondité aux jeunes âges sont plus faibles que dans le reste du pays (100‰ à 15-19 ans et 218‰ à 20-24 ans), et la courbe des taux de fécondité par âge présente une allure beaucoup plus "aplatie" que dans les autres milieux, cependant la fécondité reste élevée à des âges avancés puisqu'à 35-39 ans le taux de fécondité des femmes de Yaoundé/Douala (134‰) rejoint celui des femmes des autres milieux.

L'indice synthétique de fécondité (ISF), calculé à partir du cumul des taux par âge, mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à l'issue de sa vie féconde, si elle avait à chaque âge la fécondité par âge observée durant la période considérée, ici les trois années ayant précédé l'enquête. L'ISF des femmes de 15-49 ans atteint 5,8 enfants par femme au niveau national.

Le taux global de fécondité générale (TGFG), ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, atteint 205 pour mille au niveau national. Le taux brut de natalité (TBN), ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population, est de 39 pour mille.

Le niveau de fécondité présente de très fortes variations selon le milieu de résidence (Tableaux 3.1 et 3.2 et Graphique 3.2): c'est en milieu rural que l'ISF est le plus élevé avec 6,3 enfants par femme, suivi des "autres villes" avec 5,6 et de Yaoundé/Douala avec 4,4 enfants par femme. Dans les deux

principales villes du pays, la fécondité est donc de 30 pour cent inférieure à celle du milieu rural, en d'autres termes, les femmes de Yaoundé/Douala donnent naissance, en moyenne, à près de deux enfants de moins qu'en milieu rural. Du point de vue régional, la fécondité la plus élevée se rencontre dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (ISF de 6,38), suivi de très près par le Centre/Sud/Est (6,28), puis par l'Ouest/Littoral (5,96) et enfin le Nord-Ouest/Sud-Ouest (5,68).

Selon le niveau d'instruction des femmes, on observe que la fécondité des femmes de niveau primaire (6,44) est très légèrement supérieure à celle des femmes sans instruction (6,20); compte tenu des erreurs de sondage cette différence est peu significative. Cependant, on peut penser que les femmes de niveau primaire en abandonnant certaines coutumes, telles que des interdits sexuels, sans pour autant utiliser de façon importante la contraception, ont finalement une fécondité légèrement plus forte que celle des femmes sans instruction. Par ailleurs, la stérilité primaire étant importante au Cameroun (voir ci-dessous), on peut supposer que celle-ci concerne moins les femmes instruites plus susceptibles à se faire suivre médicalement. Les femmes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, ont, quant à elle, un ISF de 4,5 soit près de 30 pour cent inférieur à celui des autres femmes.

Tableau 3.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

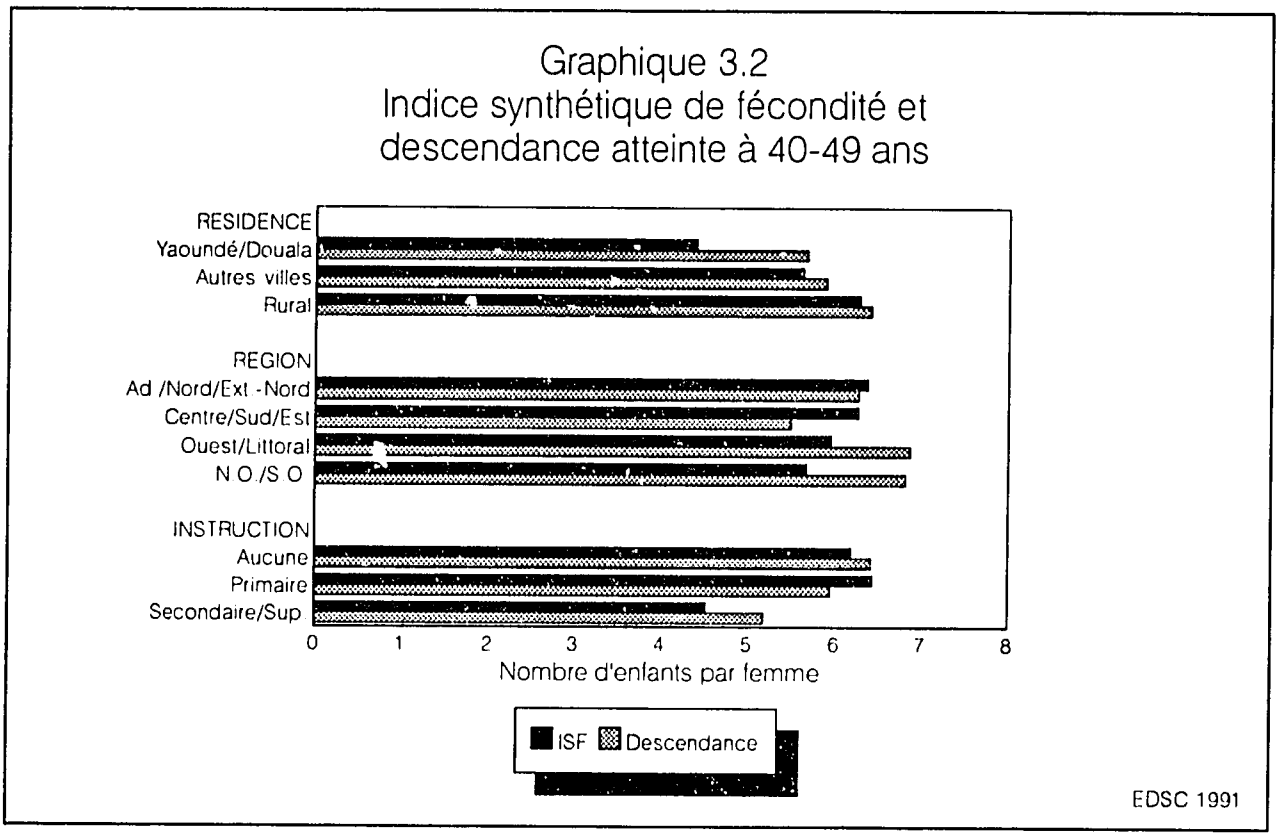
Indice synthétique de fécondité pour la période des trois années précédant l'enquête et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité[1]	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	4,41	5,68
Autres villes	5,64	5,90
Ensemble urbain	5,17	5,84
Rural	6,29	6,42
Région		
Yaoundé/Douala	4,41	5,68
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	6,38	6,28
Centre/Sud/Est	5,28	5,50
Ouest/Littoral	5,96	6,87
Nord-Ouest/Sud-Ouest	5,68	6,82
Niveau d'instruction		
Aucun	6,20	6,43
Primaire	6,44	5,96
Secondaire ou plus	4,54	5,20
Ensemble	5,82	6,25

[1]Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

Au Tableau 3.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme atteignant 40-49 ans, soit en fin de vie féconde. Contrairement à l'ISF qui est une mesure de la fécondité du moment, ce nombre moyen, qui peut être assimilé à une descendance, est le résultat de toute la fécondité passée des générations des femmes enquêtées de 40-49 ans. Au niveau national, la descendance des femmes de 40-49 ans (6,25) est supérieure à l'ISF (5,82), ce qui est très certainement le signe d'une légère baisse de la fécondité dans le pays. Que ce soit du point de vue de la résidence, de la région (sauf pour l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord et le Centre/Sud/Est) ou du niveau d'instruction (sauf pour le primaire), on observe toujours que la fécondité du moment est inférieure à la descendance, l'écart entre les deux mesures étant d'autant plus important que la fécondité actuelle est basse, comme dans le cas de Yaoundé/Douala avec un ISF de 4,4 contre une descendance de 5,7. Ceci dénoterait une tendance à la baisse de la fécondité, baisse particulièrement importante à Yaoundé/Douala. Par contre, dans le cas du Centre/Sud/Est, l'ISF (6,28) est supérieur à la descendance (5,50), il en est de même pour l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, mais avec un écart très faible entre les deux mesures (6,38 contre 6,28). Mis à part la sous-déclaration ou l'omission de naissances anciennes qui peut entraîner une sous-estimation

de la descendance, le phénomène constaté ici pourrait être le signe d'une réelle augmentation de la fécondité récente, consécutive, entre autres, à une baisse de la stérilité primaire et à l'abandon de certaines pratiques régulatrices de la fécondité (interdits sexuels, tabous, etc.), dans les deux régions concernées.



3.2 TENDANCES DE LA FECONDITE

Une première façon de dégager les tendances de la fécondité est de comparer les résultats de l'EDSC avec ceux provenant d'autres sources antérieures. Le Tableau 3.3 et le Graphique 3.3 présentent ainsi les taux de fécondité par âge selon l'ENF de 1978, selon le RGPH de 1987 et selon l'EDSC.[2] Les courbes de fécondité de l'EDSC et de l'ENF présentent des allures assez voisines, mais, mis à part à 30-34 ans, les taux actuels sont toujours plus faibles que ceux de 1978, et plus particulièrement aux âges avancés (40 ans et plus). Il en résulte une baisse de l'ISF qui serait passé de 6,4 enfants par femme en 1978 à 5,8 actuellement. Les taux de fécondité calculés à partir des données du RGPH de 1987 sont basés sur les naissances des douze derniers mois; cette méthode de collecte, différente de l'histoire génésique utilisée par l'ENF et l'EDSC, a tendance à sous-estimer les niveaux de fécondité. Le Graphique 3.3, où les taux de l'EDSC sont

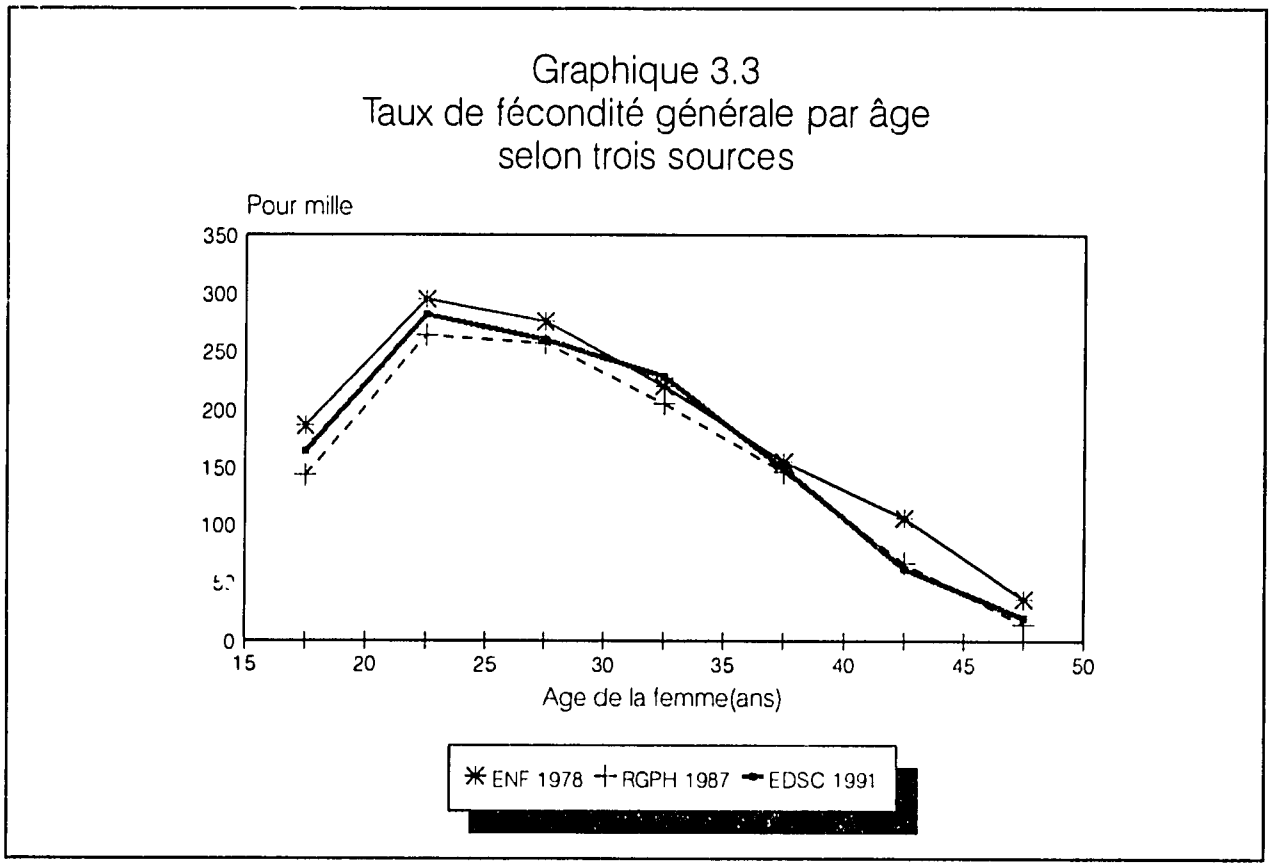
Tableau 3.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon l'ENF (1978), le RGPH (1987) et l'EDSC (1991), EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	ENF 1978	RGPH 1987	EDSC 1991
15-19	186	143	164
20-24	295	264	282
25-29	276	257	260
30-34	220	205	228
35-39	155	146	149
40-44	106	67	62
45-49	36	14	20
ISF 15-49	6,37	5,48	5,82

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes.
Sources:
1978: Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF)
1987: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RFPH)

[2] Au RGPH de 1987, les mesures de la fécondité sont basées sur les naissances des douze derniers mois.



presque toujours supérieurs à ceux du RGPH, met en évidence cette légère sous-estimation du recensement (ISF estimé à 5,5 enfants par femme), mais il fait aussi apparaître des calendriers de la fécondité très similaires entre le RGPH et l'EDSC, en particulier la faible fécondité à 40-49 ans.

Les données collectées lors de l'EDSC permettent, en tant que telles, de retracer les tendances passées de la fécondité. On a calculé les taux de fécondité par âge de la mère à la naissance de leurs enfants, par période de quatre ans précédant l'enquête[3] (Tableau 3.4). A partir de ces données, pour chaque période, on a calculé l'ISF des femmes de 15-34 ans qui est représenté au Graphique 3.4; on a également porté sur ce graphique des données similaires de l'ENF (par période quinquennale). D'après l'EDSC, l'ISF serait resté pratiquement inchangé des années 1977 à 1985 (années centrales des périodes considérées), puis aurait légèrement baissé dans la période la plus récente, comme cela a été signalé précédemment. L'ISF calculé à partir de l'EDSC et centré à l'année 1977 (5,2 enfants par femme) est légèrement supérieur à l'ISF calculé pour la période de 0-4 ans précédant l'ENF (4,9): l'ENF aurait légèrement sous-estimé la fécondité de la période précédant immédiatement l'enquête. Pour la période allant des années 60 à 70 où l'on observe une augmentation de l'ISF, cela résulterait d'une augmentation réelle de la fécondité, "...conséquence d'une baisse de la stérilité due à l'amélioration des conditions sanitaires et de la protection maternelle" (DSCN et EMF, 1983a:75).

[3] On a retenu ici des périodes de quatre ans plutôt que les habituelles périodes quinquennales pour éviter les problèmes de transfert de certaines naissances ayant eu lieu cinq ans avant l'enquête et enregistrées comme ayant eu lieu six ans avant.

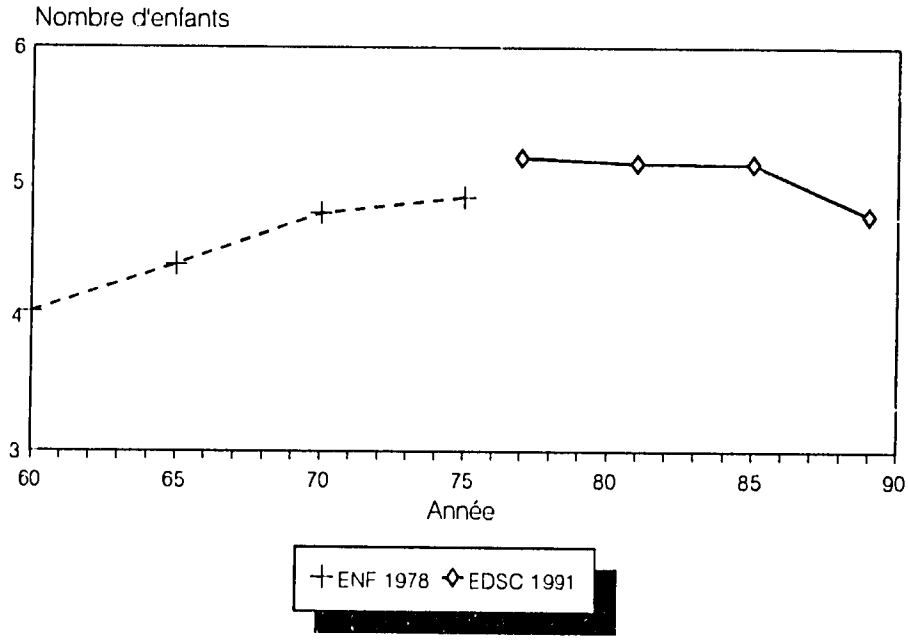
Tableau 3.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par périodes de quatre ans précédant l'enquête, et selon l'âge de la mère, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Périodes précédant l'enquête (en années)				
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19
15-19	174	208	207	197	202
20-24	283	295	297	308	284
25-29	265	284	288	282	[294]
30-34	229	241	237	250	[204][1]
35-39	155	168	[196]	[181][1]	
40-44	62	[99]			
45-49	[23]				

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes.
Les taux entre crochets sont calculées sur la base de données incomplètes.
[1]Taux calculés sur la base de moins de 500 cas (exposition)

Graphique 3.4
Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans, selon l'ENF et l'EDSC



Le Tableau 3.5 présente le même type de données que le tableau précédent, mais les taux sont calculés ici par durée de mariage. Pour les durées de mariage inférieures à vingt ans, la fécondité aurait très faiblement diminué au cours du temps. Par contre, pour les femmes mariées depuis vingt ans et plus ces changements de niveau paraissent beaucoup plus marqués. Ceci semble confirmer ce qui a été constaté auparavant, en comparant les courbes de fécondité de l'ENF, du RGPH et de l'EDSC, à savoir qu'entre

Tableau 3.5 Tendances de la fécondité par durée de mariage

Taux de fécondité par périodes de quatre ans précédant l'enquête, selon la durée écoulée depuis le premier mariage, EDS Cameroun 1991

Nombre d'années depuis le premier mariage	Périodes précédant l'enquête (en années)				
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19
0-4	304	320	313	305	292
5-9	304	322	309	308	288
10-14	256	275	284	278	280
15-19	223	224	236	246	[199][1]
20-24	127	158	[184]	-	-
25-29	52	[111]	-	-	-

Note: Taux de fécondité pour 1000 femmes non-célibataires. Les taux entre crochets sont calculées sur la base de données incomplètes.
[1]Taux calculés sur la base de moins de 500 cas (exposition)

1978 (ENF) et l'époque actuelle (RGPH et EDSC), c'est essentiellement la fécondité des femmes les plus âgées (40-49 ans) qui a connu une baisse significative.

3.3 GROSSESSES IMPRODUCTIVES

Au cours de l'EDSC, on a demandé aux femmes si elles avaient eu des grossesses qui n'avaient pas abouti à des naissances vivantes et, si oui, combien elles avaient eu de grossesses de ce genre. Le Tableau 3.6 présente la répartition des femmes selon le nombre de grossesses improductives qu'elles ont eu, à savoir, d'une part, les grossesses ayant abouti à des mortinaissances et, d'autre part, les avortements spontanés ou provoqués. On peut penser que ces données sont sous-estimées du fait d'oublis, en particulier pour des mortinaissances ou fausses-couches anciennes. En outre, la législation camerounaise interdisant la pratique de l'avortement (sauf pour des raisons thérapeutiques), on peut penser que les cas d'avortements volontaires ont été sous-déclarés.

D'après le Tableau 3.6, plus d'un quart des femmes (25,9%) ont eu au moins une grossesse improductive et, parmi ces femmes, une sur trois (9,4%) a eu au moins deux grossesses de ce genre. Une femme a eu, en moyenne, 0,42 grossesse improductive. Ces résultats particulièrement élevés sont peut-être à mettre en parallèle avec le niveau important de stérilité primaire qui semble prévaloir au Cameroun (voir ci-dessous: Parité et stérilité primaire). Les grossesses improductives s'observent dans tous les milieux de résidence, mais la proportion de femmes touchées par ce phénomène est légèrement plus importante à Yaoundé/Douala (27,1%) que dans les autres milieux, et surtout le nombre moyen de grossesses qui n'aboutissent pas à une naissance vivante (0,49) y est plus élevé que dans les "autres villes" et dans le milieu rural. Du point de vue régional, le Centre/Sud/Est se distingue du reste du pays par une forte proportion de femmes concernées (31,7%) et un nombre moyen de grossesses improductives élevé (0,49). On remarque enfin l'existence d'une corrélation entre le niveau d'instruction et les grossesses improductives; plus le niveau augmente, plus la proportion de femmes touchées par le phénomène est faible et plus le nombre moyen de ce type de grossesses diminue.

Tableau 3.6 Grossesses improductives

Répartition (en %) de femmes par nombre de grossesses improductives selon le milieu et la région de résidence, et le niveau d'instruction, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de grossesses improductives				Total	Effectif	Nombre moyen
	0	1	2	3 +			
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	72,9	14,9	7,0	5,3	100,0	627	0,49
Autres villes	75,4	16,1	5,1	3,3	100,0	998	0,39
Ensemble urbain	74,4	15,6	5,8	4,1	100,0	1625	0,43
Rural	73,8	17,2	5,7	3,4	100,0	2247	0,41
Région							
Yaoundé/Douala	72,9	14,9	7,0	5,3	100,0	627	0,49
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	77,8	14,7	4,2	3,3	100,0	1313	0,36
Centre/Sud/Est	68,3	20,7	6,7	4,3	100,0	713	0,49
Ouest/Littoral	73,5	16,4	7,2	2,9	100,0	639	0,42
Nord-Ouest/Sud-Ouest	74,6	17,5	5,0	2,9	100,0	580	0,38
Niveau d'instruction							
Aucun	72,1	17,4	6,4	4,1	100,0	1557	0,47
Primaire	71,3	19,6	5,8	3,3	100,0	1288	0,43
Secondaire ou plus	80,4	11,5	4,6	3,5	100,0	1026	0,33
Ensemble	74,1	16,5	5,7	3,7	100,0	3871	0,42

3.4 PARITE ET STERILITE PRIMAIRE

Lors de l'EDSC on a posé aux femmes une série de questions pour déterminer le nombre total d'enfants qu'elles avaient eu au cours de leur vie. Ces informations ont permis le calcul des parités moyennes par groupe d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union (Tableau 3.7). On observe tout d'abord une augmentation rapide et régulière des parités avec l'âge de la femme: ainsi à la fin de sa vie féconde une femme a donné naissance à 6,3 enfants en moyenne. La répartition de toutes les femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce élevée puisque près d'un tiers des jeunes femmes de moins de 20 ans (29,7%) ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Par ailleurs, en fin de vie féconde (40-49 ans), près d'une femme sur trois (29,2%) a donné naissance à 9 enfants et plus.

Les résultats concernant les femmes actuellement mariées diffèrent de ceux concernant toutes les femmes, notamment aux jeunes âges où la proportion de femmes non mariées et à faible fécondité est importante. Ainsi, 53,3 pour cent des femmes mariées de 15-19 ans et 89,2 pour cent des femmes mariées de 20-24 ans ont déjà eu au moins un enfant (contre, respectivement, 29,7% et 80,1% pour toutes les femmes). Aux âges plus élevés, les écarts observés sont peu importants et reflètent essentiellement les effets des ruptures d'union.

Tableau 3.7 Enfants nés vivants et enfants survivants

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EDS Cameroun 1991

TOUTES LES FEMMES

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
15-19	70,3	21,4	7,4	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	919	0,39	0,36
20-24	19,9	24,9	26,2	16,5	8,1	3,2	1,0	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0	778	1,83	1,57
25-29	8,6	10,4	15,3	18,7	20,3	14,5	9,4	2,4	0,3	0,0	0,2	100,0	618	3,28	2,84
30-34	5,3	7,4	9,7	9,4	13,2	16,1	16,[illegible]	12,5	6,7	2,9	0,6	100,0	562	4,59	3,87
35-39	6,5	4,7	4,7	7,3	8,5	12,8	11,4	17,7	10,7	7,8	8,1	100,0	418	5,67	4,66
40-44	5,8	6,4	5,1	7,4	7,9	5,5	10,2	10,0	14,6	9,7	17,6	100,0	332	6,21	4,87
45-49	10,3	5,8	7,1	4,9	4,6	6,3	7,5	7,4	14,2	9,0	22,8	100,0	244	6,29	4,66
Total	24,7	14,2	12,3	9,6	8,7	7,5	6,6	5,4	4,3	2,7	3,9	100,0	3871	3,19	2,63

FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
15-19	46,7	37,1	14,8	1,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	377	0,71	0,64
20-24	10,8	23,8	29,5	20,3	10,1	4,1	1,1	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0	597	2,13	1,82
25-29	6,7	7,4	15,4	18,5	21,6	16,3	10,7	2,7	0,3	0,0	0,2	100,0	538	3,50	3,02
30-34	4,1	5,7	10,1	9,2	12,2	17,2	17,7	13,3	6,9	2,8	0,7	100,0	488	4,75	4,03
35-39	5,7	4,4	4,8	7,2	8,5	12,1	11,1	18,4	11,0	8,1	8,6	100,0	383	5,79	4,74
40-44	5,1	5,6	4,9	7,9	7,9	5,3	10,4	10,1	14,1	9,9	19,0	100,0	28[illegible]	6,34	4,94
45-49	9,9	5,3	7,7	5,0	5,0	4,9	7,5	7,1	14,6	10,0	22,9	100,0	205	6,34	4,78
Total	12,3	13,7	14,4	11,5	10,5	9,3	8,3	6,7	5,2	3,2	4,8	100,0	2868	3,85	3,17

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique, par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement mariées et les plus âgées permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire: 6,5 pour cent des femmes de 35-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable, n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau de stérilité totale ou primaire est relativement élevé par rapport à celui observé lors des enquêtes EDS dans d'autres pays d'Afrique, où il atteint très rarement 4 pour cent (Arnold et Blanc, 1990). Cependant, le fait qu'à partir de 30-34 ans (âges auxquels la grande majorité des femmes ont déjà eu leur premier enfant) les proportions de femmes sans enfants soient de plus en plus élevées avec l'augmentation de l'âge dénote, peut-être, une diminution de la stérilité primaire dans les générations les plus récentes. Au cours de l'ENF de 1978, la stérilité primaire calculée pour les femmes de 35-44 ans (11,1%) était presque deux fois plus élevée qu'aujourd'hui, mais déjà cette stérilité était considérée en baisse "du fait de l'amélioration de l'état de santé de la population et des progrès du développement socio-économique" (DSCN et EMF, 1983a:85).

3.5 INTERVALLE INTERGENESIQUE

De nombreuses recherches ont montré que la longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant à la naissance précédente a une influence sur son état de santé et sur celui de la mère. En particulier, les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé des enfants et augmentent leur risque de décéder (voir Chapitre 9). Le Tableau 3.8 présente la répartition des naissan-

Tableau 3.8 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente	Effectif de naissances
	7-17	18-23	24-36	36-47	48 +			
Groupe d'âges								
15-19	17,6	15,8	49,9	8,0	8,6	100,0	82	27,2
20-29	8,4	17,0	47,4	14,8	12,4	100,0	1418	29,0
30-39	6,6	13,7	45,4	15,3	19,1	100,0	1087	31,4
40+	6,3	6,9	37,9	19,2	29,6	100,0	242	36,5
Type d'union								
Non en union	6,1	11,4	40,5	19,8	22,2	100,0	214	33,6
Union monogame	7,2	14,4	45,7	16,3	16,4	100,0	994	31,2
Union polygame	8,4	15,5	46,7	13,9	15,5	100,0	1621	29,5
Rang de naissance								
2-3	8,0	15,1	46,3	15,3	15,3	100,0	1080	30,0
4-6	7,0	15,7	46,5	15,3	15,5	100,0	1104	30,0
7+	8,8	12,7	44,3	14,7	19,4	100,0	644	31,5
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	7,5	14,2	48,2	14,7	15,4	100,0	1408	30,4
Féminin	8,1	15,5	43,6	15,7	17,2	100,0	1420	30,1
Survie de l'enfant précédent								
Toujours vivant	5,5	13,9	48,4	15,8	16,6	100,0	2450	30,9
Décédé	22,9	21,0	29,8	11,4	14,9	100,0	379	25,7
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	10,8	13,8	44,7	11,0	19,8	100,0	351	29,6
Autres villes	7,8	15,6	43,5	16,4	16,7	100,0	743	30,2
Ensemble urbain	8,7	15,0	43,9	14,7	17,7	100,0	1093	29,9
Rural	7,2	14,7	47,1	15,5	15,5	100,0	1735	30,5
Région								
Yaoundé/Douala	10,8	13,8	44,7	11,0	19,8	100,0	351	29,6
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	9,3	17,5	39,7	17,0	16,6	100,0	1132	29,6
Centre/Sud/Est	8,2	14,6	51,7	14,3	11,2	100,0	502	29,4
Ouest/Littoral	5,1	12,7	50,9	12,5	18,8	100,0	429	30,5
Nord-Ouest/Sud-Ouest	3,5	10,9	51,7	17,6	16,4	100,0	414	32,6
Niveau d'instruction								
Aucun	9,3	14,9	40,6	16,9	18,3	100,0	1318	31,1
Primaire	4,9	14,4	52,7	14,7	13,3	100,0	1053	30,1
Secondaire ou plus	10,0	15,6	45,4	11,3	17,7	100,0	459	29,1
Ensemble	7,8	14,8	45,9	15,2	16,3	100,0	2829	30,3

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

ces des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction de diverses caractéristiques socio-démographiques. Près de 8 pour cent des naissances sont arrivées moins de dix-huit mois après la naissance précédente et près 15 pour cent des enfants sont nés entre dix-huit mois et deux ans après leur aîné: au total donc, dans environ un quart des cas (22,6%), l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans. La grande majorité des naissances (61,1%) se produisent entre deux et trois ans après la naissance précédente; seulement 16,3 pour cent des enfants sont nés quatre ans et plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est de deux ans et demi (30,3 mois).

Les intervalles intergénésiques sont légèrement plus courts chez les jeunes femmes (20-29 ans) que chez les femmes plus âgées, en particulier celles de 40 ans et plus. Bien que le Tableau 3.8 mette en évidence une très forte proportion de naissances précédées par un intervalle de moins de dix-huit mois chez les femmes de 15-19 ans, cela ne reflète pas le comportement réel de ces femmes car les naissances de rang un qui constituent l'essentiel de leur fécondité sont exclues de ce tableau. Du point de vue de l'état matrimonial de la femme, il est intéressant de noter que l'intervalle intergénésique est légèrement plus court chez les femmes en union monogame que chez celles en union polygame. Concernant le sexe et le rang de naissance de l'enfant, on ne note que très peu d'écart entre les intervalles; par contre, comme attendu, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie: 43,9 pour cent des naissances ont lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent lorsque celui-ci est décédé, contre 19,4 pour cent lorsqu'il est toujours en vie.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les intervalles intergénésiques varient peu: l'intervalle médian le plus long qui s'observe en milieu rural (30,5 mois) n'est que d'un mois supérieur à l'intervalle médian le plus court (29,6 mois à Yaoundé/Douala). La région du Nord-Ouest/Sud-Ouest où, du point de vue régional, l'on observe le plus faible ISF, se particularise par un intervalle médian plus long que partout ailleurs (32,6 mois), plus de deux mois supérieur à celui des autres régions. Enfin, selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que l'intervalle est d'autant plus court que le niveau est élevé.

3.6 AGE A LA PREMIERE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont leur première naissance influence généralement leur descendance finale, en particulier lorsque l'utilisation de la contraception est faible; il a également des conséquences sur l'état de santé de la mère et de l'enfant et peut être un facteur de risque de mortalité (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants). Le Tableau 3.9 présente la répartition des femmes par âge à la première naissance ainsi que leur âge médian à la première naissance, selon leur groupe d'âges au moment de l'enquête. Entre 18 et 19 ans, 50 pour cent des femmes ont déjà eu leur premier enfant. En excluant l'âge médian des femmes de 45-49 ans qui est peut-être surestimé du fait d'omissions de premières naissances ou d'erreurs dans la déclaration de la date de naissance du premier enfant, on constate une très légère diminution de l'âge médian à la première naissance des générations les plus anciennes aux plus récentes. L'âge médian pour les femmes de 30-39 ans à l'EDSC correspond approximativement à ce qui avait été trouvé lors de l'ENF pour ces mêmes générations qui étaitent alors âgées d'environ 20-29 ans. L'ENF avait également noté une légère baisse de l'âge médian au cours des générations. Ainsi, il semble que le rajeunissement de l'âge à la première naissance soit un phénomène qui dure depuis une vingtaine d'années. Compte tenu du fait que l'âge médian au premier mariage semble augmenter (voir Chapitre 5 - Nuptialité et exposition au risque de grossesse), le rajeunissement de l'âge à la première naissance est peut-être dû à une fécondité plus importante avant le mariage.

Tableau 3.9 Age à la première naissance

Répartition (en %) des femmes par âge à la première naissance, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Age actuel	Femmes sans naissance	Age à la première naissance						Total	Effectif de femmes	Age médian a la première naissance	
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			EDS 1991	ENF 1978[a]
15-19	70,3	6,1	17,8	5,8	b	b	b	100,0	919	c	c
20-24	19,9	10,8	35,4	20,6	10,4	2,9	b	100,0	778	18,4	18,[illegible]
25-29	8,6	12,6	30,9	21,7	13,5	10,0	2,7	100,0	618	18,6	19,3
30-34	5,3	13,9	29,6	21,1	14,2	10,6	5,4	100,0	562	18,6	19,0
35-39	6,5	8,6	30,9	25,6	14,6	7,4	6,3	100,0	418	18,8	20,1
40-44	5,8	15,4	30,4	18,6	15,2	6,6	8,0	100,0	332	18,5	20,3
45-49	10,3	12,2	24,6	19,3	12,0	11,6	10,1	100,0	244	19,4	21,4

[a]Calculé selon la méthode des tables de survie
[b]Sans objet
[c]Non applicable: moins de 50% de femmes ont eu un enfant

Du point de vue du milieu d'habitat (Tableau 3.10), les femmes de Yaoundé/Douala se particularisent par des premières naissances qui arrivent légèrement plus tard que dans le reste du pays (âge médian de 19,6 ans contre 18,7 pour les "autres villes" et 18,5 pour le milieu rural); au niveau des régions, on n'observe pratiquement pas de différences, si ce n'est pour l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord où l'âge médian à la première naissance est nettement inférieur à celui des femmes du reste du pays (17,7 ans contre environ 19 ans dans les autres régions). On observe enfin une corrélation positive entre le niveau d'instruction et l'âge médian à la première naissance: les femmes des niveaux secondaire ou supérieur ont leur premier enfant deux ans plus tard que celles sans instruction (âge médian de 20,1 ans contre 18,0).

Tableau 3.10 Age médian à la première naissance

Age médian à la première naissance (femmes de 20-49 ans) par âge actuel et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age actuel 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Age 25-49
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	20,4	19,9	19,8	19,4	19,4	18,4	19,6
Autres villes	18,1	18,4	18,6	18,6	18,9	19,8	18,7
Ensemble urbain	19,0	19,0	18,9	18,9	19,1	19,3	19,0
Rural	17,9	18,1	18,2	18,7	18,2	19,4	18,5
Région							
Yaoundé/Douala	-	19,9	19,8	19,4	19,4	18,4	19,6
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	16,5	17,1	17,3	18,2	17,8	20,4	17,7
Centre/Sud/Est	18,3	18,8	19,3	19,2	18,3	20,2	19,1
Ouest/Littoral	19,3	19,1	18,8	18,6	18,7	19,4	19,0
Nord-Ouest/Sud-Ouest	19,2	18,8	18,8	19,4	18,9	17,7	18,8
Niveau d'instruction							
Aucun	16,4	17,0	17,2	18,5	18,1	19,5	18,0
Primaire	17,9	18,6	18,8	18,9	18,8	19,0	18,8
Secondaire ou plus	-	20,4	20,3	19,2	18,9	21,2	20,1
Ensemble	18,4	18,6	18,6	18,8	18,5	19,4	18,7

Note: L'âge médian pour la cohorte 15-19 ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.

3.7 FECONDITE DES ADOLESCENTES

La fécondité précoce a souvent un effet néfaste sur la santé des mères et des enfants, et le risque de décéder des enfants est plus élevé lorsqu'ils naissent de femmes très jeunes (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants). On a souligné précédemment le haut niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans) qui contribuent pour 14 pour cent à la fécondité totale des femmes; par ailleurs, l'âge médian à la première naissance se situe dans cette tranche d'âge. Le Tableau 3.11 fournit les proportions, par âge détaillé entre 15 et 19 ans, des adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois: la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde. Dès 15 ans, 15,5 pour cent des femmes ont déjà commencé leur vie féconde: 8,5 pour cent ont déjà eu un ou plusieurs enfants et 7,0 pour cent sont enceintes pour la première fois. Cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge: à 17 ans un tiers des femmes ont déjà commencé leur vie féconde, et à 19 ans un peu plus d'une femme sur deux (51,8%) a déjà eu au moins un enfant et 5,5 pour cent sont enceintes de leur premier enfant.

Tableau 3.11 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceinte d'un premier enfant par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Adolescentes (%) qui sont: Mères	Enceintes d'un premier enfant	Adolescentes (%) ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
Age				
15	8,5	7,0	15,5	189
16	17,4	6,1	23,5	187
17	28,2	5,0	33,2	168
18	44,1	3,3	47,4	224
19	51,8	5,5	57,3	150
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	20,0	5,2	25,2	158
Autres villes	26,3	4,5	30,7	231
Ensemble urbain	23,7	4,8	28,5	389
Rural	34,1	5,7	39,8	530
Région				
Yaoundé/Douala	20,0	5,2	25,2	158
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	40,7	7,4	48,1	265
Centre/Sud/Est	28,0	4,1	32,1	182
Ouest/Littoral	22,4	5,0	27,4	174
Nord-Ouest/Sud-Ouest	31,3	3,4	34,7	140
Niveau d'instruction				
Aucun	45,2	8,2	53,4	222
Primaire	31,7	6,0	37,8	332
Secondaire ou plus	18,5	2,9	21,3	365
Ensemble	29,7	5,3	35,0	918

Sur l'ensemble de femmes de 15-19 ans, 29,7 pour cent ont déjà eu au moins un enfant et 5,3 pour cent étaient enceintes d'un premier enfant au moment de l'enquête. La précocité de la fécondité est beaucoup plus accentuée en milieu rural où 39,8 pour cent d'adolescentes ont commencé leur vie féconde entre 15 et 19 ans, contre 30,7 pour cent dans les "autres villes" et 25,2 pour cent à Yaoundé/Douala (Graphique 3.5). De même, la proportion d'adolescentes déjà mères ou en première grossesse dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (48,1%) est beaucoup plus forte que dans les autres régions, et c'est dans l'Ouest/Littoral que cette proportion est la plus faible (27,4%). C'est par niveau d'instruction que la fécondité des adolescentes diffère le plus, comme c'était le cas pour l'âge médian à la première naissance. Plus de 50 pour cent (53,4%) des adolescentes sans instruction ont déjà un premier enfant ou sont enceintes pour la première fois; cette proportion passe à 37,8 pour cent pour les adolescentes de niveau primaire, et tombe à 21,3 pour cent pour celles de niveau secondaire ou supérieur.

Le Tableau 3.12 fournit la répartition des adolescentes par âge détaillé, selon leur nombre d'enfants. On constate que parmi les adolescentes qui ont déjà eu au moins un enfant (29,7% des 15-19

ans), un peu plus d'un quart en ont déjà eu deux ou plus (8,3% par rapport à 29,7%). Il s'agit surtout des adolescentes les plus âgées, puisque 17,8 pour cent des femmes de 18 ans et 14,9 pour cent de celles de 19 ans ont déjà deux enfants ou plus.[4] La parité moyenne augmente avec l'âge, et une adolescente de 19 ans a déjà eu, en moyenne, 0,68 enfant.

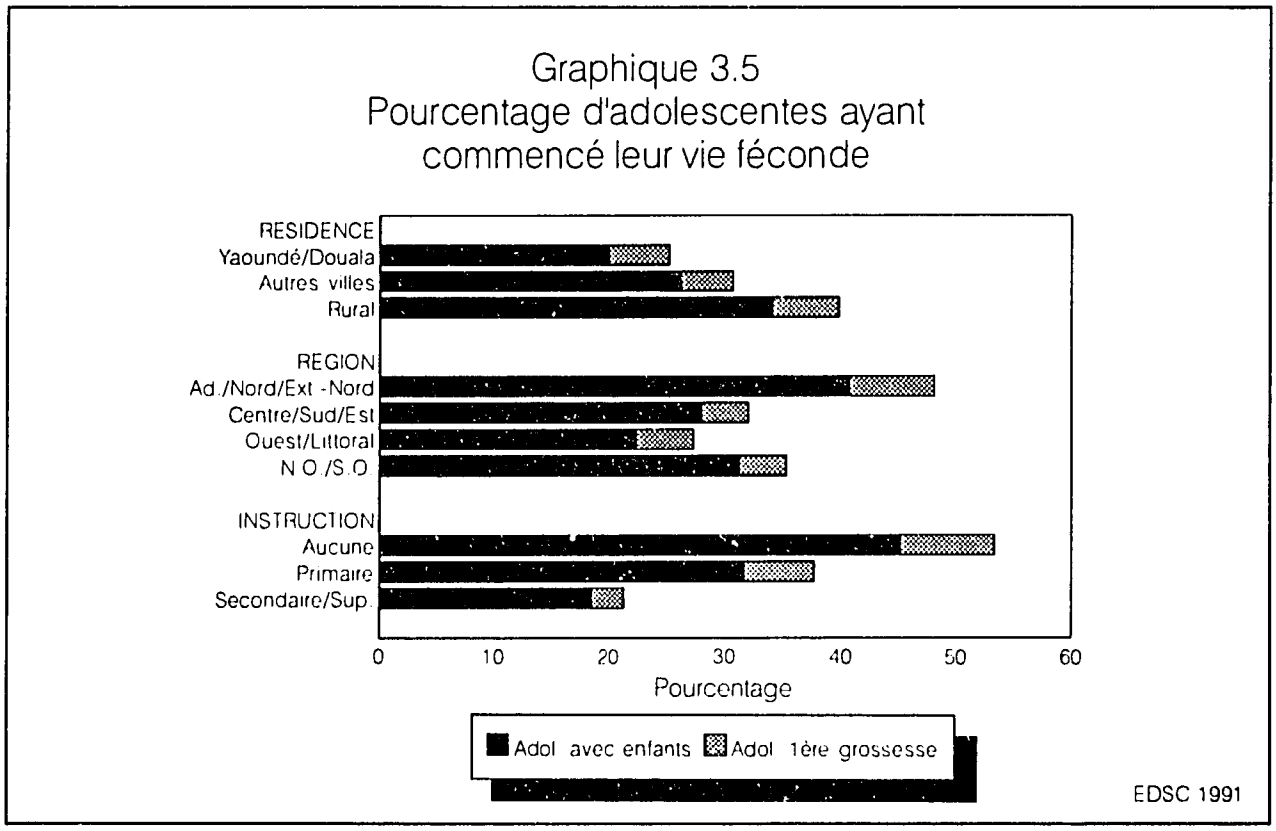


Tableau 3.12 Enfants nés de mères adolescentes

Répartition (en %) des adolescentes âgées de 15 à 19 ans par nombre d'enfants nés vivants, et nombre moyen d'enfants nés vivants selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Age	Nombre d'enfants nés vivants 0	1	2+	Total	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Effectif d'adolescentes
15	91,5	7,8	0,7	100,0	0,10	189
16	82,6	14,2	3,2	100,0	0,21	187
17	71,8	24,5	3,7	100,0	0,32	168
18	55,9	26,3	17,8	100,0	0,64	224
19	48,2	36,9	14,9	100,0	0,68	150
Total	70,3	21,4	8,3	100,0	0,39	919

[4] Il faut néanmoins noter que la proportion particulièrement forte de femmes de 18 ans ayant deux enfants ou plus (17,8%), plus élevée qu'à 19 ans (14,9%) et beaucoup plus élevé qu'à 17 ans (3,7%), est peut-être due, en partie, à un phénomène de transfert d'âges. L'effectif particulièrement important de femmes de 18 ans (224) par rapport à celles de 17 ans (168) et de 19 ans (150) semble le confirmer. La proportion de femmes de 18 ans avec deux enfants et plus serait alors légèrement surestimée au détriment des proportions concernant les femmes de 17 et 19 ans.

CHAPITRE 4

PLANIFICATION FAMILIALE

Dans son ensemble, la population du Cameroun est restée très largement pro-nataliste du fait, en partie, de la prédominance de mentalités et de coutumes qui valorisent une descendance nombreuse. Cette situation a eu pour effet de limiter la portée des mesures et actions entreprises dans le but d'une meilleure planification des naissances.

La seule étude d'envergure nationale ayant jusque-là traité de la connaissance, de l'utilisation et des attitudes vis-à-vis de la contraception et de la planification des naissances est l'ENF, réalisée en 1978 dans le cadre des programmes de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité. Comme l'on s'y attendait, les résultats de cette enquête ont mis en évidence le manque de connaissance des femmes en matière de contraception et une très faible prévalence contraceptive.

Pourtant, ces deux dernières décennies, les services sociaux implantés sur l'ensemble du territoire national ont fait face à des cas de plus en plus nombreux de grossesses et de naissances non désirées. Face à cette situation, le gouvernement a, dès 1988, défini et entrepris une action de sensibilisation ayant pour but, non seulement de souligner les inconvénients d'un déséquilibre entre les ressources disponibles et une descendance trop nombreuse, mais aussi de prôner une "parenté responsable." Ainsi, des centres de Planification Familiale ont vu le jour dans certaines villes du pays, en particulier dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Yaoundé et Douala. De même, la construction dans plusieurs unités administratives du pays de "Maison de la Femme" a fourni un cadre idéal de débat, entre femmes, sur les questions de contraception et d'espacement des naissances.

A l'EDSC, on a demandé aux personnes interrogées quelles méthodes de contraception elles connaissaient, puis l'enquêtrice a décrit les méthodes non citées spontanément et a demandé aux femmes si elles en avaient déjà entendu parler. On s'est intéressé alors à l'utilisation passée et/ou actuelle de la contraception, ainsi qu'à l'intention de son utilisation dans le futur. On a enfin demandé aux femmes si elles savaient où se procurer les différents moyens de contraception.

Les résultats obtenus à partir de ces questions permettent d'évaluer les résultats des actions entreprises en matière de planification familiale, et fournissent les informations nécessaires pour étendre et renforcer ces actions.

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La connaissance des méthodes contraceptives, ainsi que celle du lieu où se les procurer sont les conditions préalables à toute utilisation de la contraception. Du point de vue de la connaissance des méthodes contraceptives, on demandait tout d'abord aux femmes: "De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?" Chaque méthode ou moyen cité par l'enquêtée en réponse à cette question, était noté par l'enquêtrice et considéré comme connaissance spontanée. Puis, pour les méthodes non mentionnées spontanément par l'enquêtée, l'enquêtrice devait les décrire et enregistrer selon le cas si oui ou non l'interviewée en avait entendu parler ou les connaissait. Ainsi, on considère qu'une femme connaît une méthode si elle l'a citée spontanément ou si elle a déclaré la connaître après description. Enfin, pour chaque méthode de contraception connue, on a demandé à l'enquêtée si elle savait où se la procurer.

Les méthodes retenues dans le questionnaire peuvent être classées en deux catégories:

- **Méthodes modernes:** pilule, DIU ou stérilet, injection, spermicides (diaphragme, mousse, gelée), condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine (généralement ligature des trompes), stérilisation masculine (vasectomie);

- **Méthodes traditionnelles:** continence périodique, abstinence prolongée, retrait.

Par ailleurs, toutes les autres méthodes non listées ci-dessus, à savoir, essentiellement, les méthodes traditionnelles (les herbes, écorces, etc.), ont été enregistrées dans une catégorie "autres méthodes."

Les résultats obtenus montrent que près des trois quarts des femmes (72,5%) ont déclaré connaître au moins une méthode; si on se limite aux femmes en union, cette proportion est légèrement plus faible (69,6%) (Tableau 4.1). S'agissant des seules méthodes modernes, 66,4 pour cent de l'ensemble des femmes et 62,9 pour cent des femmes en union en connaissent au moins une. Le Tableau 4.1 donne également les proportions de femmes ayant déclaré connaître chaque méthode contraceptive spécifique. La stérilisation féminine est la méthode moderne la plus connue par l'ensemble des femmes (53,1%) suivie de la pilule (49,0%); moins d'une femme sur deux connaît le condom (44,1%) et les injections (40,8%) et moins d'une femme sur trois connaît le DIU (32,1%). Seulement 17,1 pour cent des femmes ont déclaré connaître les spermicides et 8,1 pour cent la stérilisation masculine. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, la continence périodique (44,6%) et l'abstinence (41,1%) sont légèrement plus connues que le retrait (37,1%).

Tableau 4.1 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes

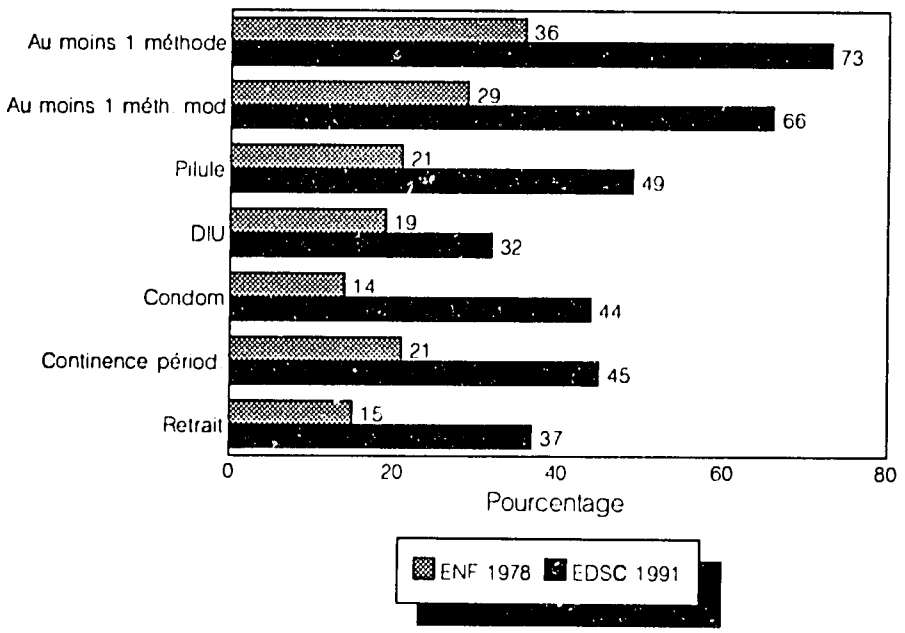
Pourcentage de femmes et de femmes actuellement en union qui connaissent une méthode contraceptive spécifique et pourcentage de celles qui connaissent une source (pour informations ou services), par méthode spécifique, EDS Cameroun 1991

	Connaît une méthode		Connaît une source	
Méthode contraceptive	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union
N'importe quelle méthode	72,5	69,6	54,0	50,1
Méthode moderne	66,4	62,9	51,4	48,4
Pilule	49,0	45,5	30,0	27,3
DIU	32,1	29,9	22,6	20,8
Injection	40,8	40,1	25,4	23,5
Méthodes vaginales	17,1	15,3	11,8	10,1
Condom	44,1	39,7	29,2	25,2
Stérilisation féminine	53,1	50,9	41,2	39,6
Stérilisation masculine	8,1	7,3	5,7	5,1
Méthode traditionnelle	60,9	58,1	30,0	25,2
Continence périodique	44,6	39,4	30,0	25,2
Abstinence	41,1	41,2	-	-
Retrait	37,1	35,7	-	-
Autres méthodes	7,7	7,7	-	-
Effectif de femmes	3871	2868	3871	2868

Si l'on compare ces résultats à ceux obtenus lors de l'ENF de 1978 (Graphique 4.1), on peut noter une très nette amélioration de la connaissance des méthodes contraceptives: les proportions de femmes ayant déclaré connaître au moins une méthode sont deux fois plus élevées à l'EDSC qu'à l'ENF (1978), que ce soit pour l'ensemble des méthodes (72,5% contre 35,8%) ou pour les seules méthodes modernes (66,4% contre 29,2%). Entre 1978 et 1991, c'est la connaissance du condom qui a le plus progressé, passant de 13,8 à 44,1 pour cent, et celle du DIU qui a connu la plus faible progression, de 18,8 à 32,1 pour cent.

Si l'on considère, d'une part, l'ensemble des femmes et d'autre part, les femmes en union, on constate que, respectivement, 54,0 et 50,1 pour cent d'entre elles connaissent une source d'approvisionnement de la contraception. C'est dire qu'il y a un écart très important entre la proportion de femmes connaissant une méthode contraceptive (72,5%) et la proportion de celles qui savent où l'on peut se la procurer (54,0%): en d'autres termes, près d'une femme sur trois connaissant un moyen contraceptif ne sait pas où on peut l'obtenir. S'agissant des méthodes modernes, 51,4 pour cent de l'ensemble des femmes connaissent une source d'approvisionnement. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, 30,0 pour cent des femmes ont déclaré savoir où obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique.

Graphique 4.1
Connaissance de la contraception par les femmes de 15-49 ans, 1978 et 1991



Le Tableau 4.2 présente les proportions de femmes en union ayant déclaré connaître des méthodes contraceptives et un endroit où se les procurer selon différentes caractéristiques socio-démographiques. La distinction par groupe d'âges quinquennaux montre que, quel que soit le groupe d'âges, près de 7 femmes sur 10 connaissent au moins une méthode contraceptive, sauf pour les femmes de 45-49 ans où la proportion est de 61,5 pour cent. Mais c'est chez les femmes de 25-29 ans que la connaissance de la contraception est la plus élevée (73,7%), et chez celles de 15-19 ans qu'elle est la plus faible (67,8%). Si l'on se limite aux méthodes modernes, on peut observer les mêmes types de variations selon l'âge, mais avec des écarts plus prononcés: chez les femmes de moins de 40 ans, la connaissance varie de 60,9 pour cent à 15-19 ans et 35-39

Tableau 4.2 Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes

Pourcentage de femmes actuellement en union connaissant au moins une méthode moderne et pourcentage de celles connaissant une source (pour informations ou services), par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caratéristique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Connaît une source pour méthode moderne	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-19	67,8	60,9	42,5	377
20-24	70,2	65,7	53,4	597
25-29	73,7	69,2	54,9	538
30-34	69,5	62,5	50,2	488
35-39	69,4	60,9	48,1	383
40-44	69,5	58,8	40,4	281
45-49	61,5	52,1	35,0	205
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	96,7	95,7	89,1	383
Autre villes	70,6	65,7	54,5	714
Ensemble urbain	79,7	76,2	66,6	1098
Rural	63,4	54,7	37,1	1771
Région				
Yaoundé/Douala	96,7	95,7	89,1	383
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	41,5	29,8	18,0	1170
Centre/Sud/Est	82,3	78,3	58,5	500
Ouest/Littoral	87,1	80,5	62,0	432
Nord-Ouest/Sud-Ouest	92,0	91,3	72,0	383
Niveau d'instruction				
Aucun	46,5	35,6	19,5	1376
Primaire	85,7	81,7	65,3	951
Secondaire ou plus	100,0	99,5	92,2	542
Ensemble	69,6	62,9	48,4	2868

[1]C'est-à-dire: pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes...), condom et stérilisations féminine et masculine.

ans à 69,2 pour cent chez les femmes de 25-29 ans. La connaissance d'un endroit où se procurer une méthode moderne de contraception suit les mêmes tendances que la connaissance des méthodes elles-mêmes: ce sont les femmes des âges intermédiaires (20-39 ans), et surtout celles de 25-29 ans (54,9%) qui connaissent le mieux les sources d'approvisionnement; les femmes les moins bien informées sont celles de 40 ans et plus (38,1%) et celles de 15-19 ans (42,5%).

En ce qui concerne le milieu de résidence, il apparaît que la contraception est mieux connue en ville qu'en zone rurale: la presque totalité des femmes de Yaoundé/Douala connaissent une méthode quelconque (96,7%) ou une méthode moderne (95,7%); dans les "autres villes" ces proportions sont, respectivement, de

70,6 et 65,7 pour cent, et elles passent à 63,4 et 54,7 pour cent en milieu rural. En considérant les régions, on se rend compte que les niveaux de connaissance les plus élevés se trouvent dans la région du Nord-Ouest/Sud-Ouest (92,0%), suivie par celle de l'Ouest/Littoral (87,1%), puis par celle du Centre/Sud/Est (82,3%); dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, la connaissance des méthodes contraceptives est très faible, puisque seulement 41,5 pour cent des femmes ont déclaré connaître une méthode quelconque et 29,8 pour cent une méthode moderne.

L'examen des résultats selon le niveau d'instruction indique que celui-ci influe fortement sur la connaissance de la contraception: moins d'une femme sur deux sans niveau d'instruction (46,5%) connaît une méthode quelconque; cette proportion passe à 85,7 pour cent chez les femmes ayant un niveau primaire, et toutes les femmes en union de niveau secondaire ou supérieur ont affirmé connaître au moins une méthode de contraception.

Que ce soit selon le milieu ou la région de résidence, ou le niveau d'instruction, la connaissance de sources d'approvisionnement pour les méthodes contraceptives est d'autant plus importante que la proportion de femmes connaissant la contraception est élevée.

4.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, les enquêtrices ont demandé si elles avaient déjà utilisé cette méthode. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie féconde des femmes par type de méthode spécifique (Tableau 4.3).

Tableau 4.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

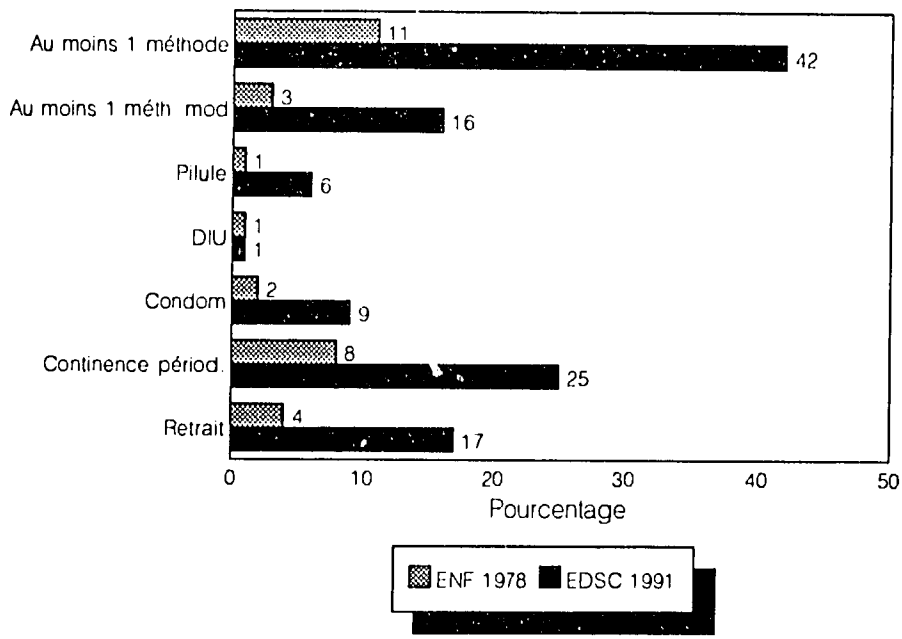
Pourcentage de femmes et de femmes actuellement en union ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes							N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles				Effectif des femmes
			Pilule	DIU	Injection	Méth. vaginales	Condom	Stéril. fémin.	Stéril. mascul.		Contin. périodique	Abstinence	Retrait	Autres	
TOUTES LES FEMMES															
15-19	35,5	10,8	1,8	0,0	0,6	1,1	8,7	0,0	0,0	34,0	26,5	10,9	11,0	2,0	919
20-24	53,5	18,1	5,7	0,7	2,1	2,6	13,1	0,0	0,0	51,2	39,1	16,7	24,6	2,7	778
25-29	48,6	21,3	10,0	1,4	1,1	3,1	12,9	0,0	0,0	45,7	29,2	19,0	25,5	1,4	618
30-34	41,7	17,9	10,0	1,9	1,6	2,5	7,8	0,6	0,2	38,6	22,5	14,0	21,1	1,8	562
35-39	40,3	14,3	8,5	2,5	2,3	2,5	4,9	1,6	0,0	37,4	15,8	21,0	13,5	1,3	418
40-44	34,3	16,4	6,1	2,8	1,8	1,9	3,8	6,5	0,4	26,4	11,5	13,9	8,5	2,6	332
45-49	24,0	8,8	3,4	1,5	0,8	0,7	1,0	4,0	0,0	19,4	6,5	13,3	6,6	0,3	244
Tous âges	41,8	15,7	6,3	1,2	1,4	2,1	8,8	1,1	0,1	38,8	25,2	15,3	17,3	1,9	3871
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	34,9	11,6	2,3	0,0	0,8	1,1	9,3	0,0	0,0	32,7	21,6	13,4	12,4	2,1	377
20-24	48,3	15,2	5,3	0,6	1,7	2,0	11,1	0,0	0,0	45,8	31,6	16,6	23,9	2,7	597
25-29	46,3	18,5	9,1	1,4	1,2	2,9	10,6	0,0	0,0	43,6	27,3	19,4	23,5	1,2	538
30-34	39,2	16,3	8,6	1,8	1,3	2,1	7,0	0,7	0,3	36,2	21,0	12,6	19,9	1,7	488
35-39	40,9	14,0	8,3	2,5	2,2	2,6	5,3	1,4	0,0	37,8	15,7	20,5	14,4	1,1	383
40-44	33,4	15,1	6,0	3,0	1,6	2,0	2,2	6,9	0,5	25,9	10,2	13,9	7,3	2,4	281
45-49	22,3	7,4	3,0	1,4	0,4	0,5	1,2	3,0	0,0	18,1	5,9	12,2	6,6	0,4	205
Tous âges	40,3	14,8	6,5	1,4	1,4	2,0	7,7	1,2	0,1	37,0	21,6	16,0	17,5	1,8	2868

Sur l'ensemble des femmes 41,8 pour cent ont déjà utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, les méthodes modernes (15,7%) étant moins utilisées que les méthodes traditionnelles (38,8%). Parmi ces dernières, la continence périodique est la méthode la plus pratiquée (25,2%), suivie du retrait (17,3%) et de l'abstinence prolongée (15,3%). Parmi les méthodes modernes, le condom (8,8%) et la pilule (6,3%) sont les plus utilisées.

En comparant ces résultats à ceux obtenus lors de l'ENF de 1978 (Graphique 4.2), on peut noter une très nette amélioration de la pratique des méthodes contraceptives: la proportion de femmes ayant déclaré avoir utilisé au moins une méthode est quatre fois plus élevée à l'EDSC qu'en 1978. Cependant, même si l'utilisation de méthodes modernes telles que la pilule et le condom a connu une forte progression, c'est essentiellement l'augmentation des proportions d'utilisatrices de méthodes naturelles, en particulier la continence périodique et le retrait, qui explique l'écart observé entre 1978 et 1991.

Graphique 4.2
Pourcentage de femmes ayant déjà utilisé la contraception, 1978 et 1991



Pour l'ensemble des méthodes et pour les méthodes modernes, c'est chez les femmes de 20-24 ans (respectivement, 53,5% et 18,1%) et de 25-29 ans (respectivement 48,6% et 21,3%) que l'utilisation a été la plus importante. Par méthode spécifique, on constate que la pilule a plutôt été utilisée par des femmes d'âges intermédiaires (25-34 ans), le DIU par des femmes plus âgées (35-44 ans), et le condom par des jeunes femmes (20-29 ans). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, c'est chez les femmes de 20-24 ans et 25-29 ans que l'utilisation a été la plus importante (respectivement 51,2% et 45,7%).

Si on se limite aux femmes en union, on constate que la proportion de femmes ayant déjà utilisé la contraception (40,3%) est légèrement plus faible que celle relative à l'ensemble des femmes (41,8%). Cependant, pour les femmes en union, l'utilisation des méthodes par ordre d'importance est la même que pour l'ensemble des femmes, ainsi que l'utilisation par âge.

4.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le Tableau 4.4 porte sur la prévalence contraceptive au moment de l'enquête. Il apparaît que si 41,8 pour cent de l'ensemble des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà pratiqué une méthode quelconque de contraception à un moment de leur vie, seulement 19,7 pour cent en utilisaient une au moment de l'enquête. Cette proportion est encore plus faible (16,1%) en ce qui concerne les seules femmes en union. En d'autres termes, 80,3 pour cent de l'ensemble des femmes et 83,9 pour cent des femmes en union n'utilisaient aucune méthode de contraception au moment de l'enquête. Les méthodes modernes ne sont pratiquées que par une très faible minorité de femmes, à savoir 4,2 pour cent de l'ensemble des femmes et 4,3 pour cent de celles en union, les méthodes les plus utilisées étant la pilule, la stérilisation féminine et le condom (respectivement 1,2%, 1,1% et 1,0% pour l'ensemble des femmes). Il faut noter qu'aucune femme n'a déclaré que son mari était stérilisé. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, la prévalence atteint 15,5 pour cent chez l'ensemble des femmes et 11,8 pour cent chez les femmes en union: la méthode la plus utilisée est la continence périodique que pratiquent 10,6 pour cent de l'ensemble des femmes et 6,8 pour cent des femmes en union.

Tableau 4.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	N'im-porte quelle méthode	N'im porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes						N'im porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles				Aucune méthode	Total	Effectif des femmes
			Pil-ule	DIU	Injec-tion	Méth. vagi-nales	Con-dom	Stéril. fémin.		Contin. pério-dique	Absti-nence	Retrait	Autres			
TOUTES LES FEMMES																
15-19	23,0	1,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,9	0,0	21,7	16,7	3,5	0,4	1,0	77,0	100,0	919
20-24	25,0	3,7	1,2	0,2	0,9	0,4	1,0	0,0	21,3	16,0	3,0	1,9	0,4	75,0	100,0	778
25-29	19,2	5,0	2,2	0,4	0,1	0,4	1,9	0,0	14,2	8,7	3,7	1,3	0,5	80,8	100,0	618
30-34	15,4	4,2	1,6	0,8	0,5	0,0	0,7	0,6	11,1	7,1	1,8	1,7	0,5	84,6	100,0	562
35-39	17,0	5,8	2,4	0,3	0,6	0,3	0,6	1,6	11,2	5,2	4,2	1,5	0,3	83,0	100,0	418
40-44	17,0	9,8	0,9	0,2	0,4	0,7	1,2	6,5	7,2	3,1	2,2	0,6	1,4	83,0	100,0	332
45-49	10,4	4,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	4,0	6..	2,5	3,2	0,5	0,0	89,6	100,0	244
Tous âges	19,7	4,2	1,2	0,3	0,4	0,3	1,0	1,1	15,5	10,6	3,1	1,2	0,6	80,3	100,0	3871
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	18,4	1,5	0,3	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	16,9	11,2	3,6	0,5	1,6	81,6	100,0	377
20-24	17,0	3,2	1,1	0,1	0,8	0,1	1,1	0,0	13,8	8,4	2,6	2,2	0,5	83,0	100,0	597
25-29	17,2	4,3	1,6	0,5	0,1	0,3	1,8	0,0	12,9	7,1	3,8	1,5	0,5	82,8	100,0	538
30-34	13,6	3,4	1,0	0,7	0,4	0,0	0,7	0,7	10,1	6,3	1,3	1,9	0,6	86,4	100,0	488
35-39	17,1	6,0	2,6	0,3	0,6	0,3	0,7	1,4	11,0	5,2	3,9	1,6	0,4	82,9	100,0	383
40-44	17,0	10,1	0,8	0,2	0,5	0,8	0,9	6,9	7,0	2,8	2,1	0,7	1,4	83,0	100,0	281
45-49	8,6	3,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	3,0	5,3	2,3	2,4	0,6	0,0	91,4	100,0	205
Tous âges	16,1	4,3	1,2	0,3	0,4	0,3	0,9	1,2	11,8	6,8	2,9	1,5	0,7	83,9	100,0	2868

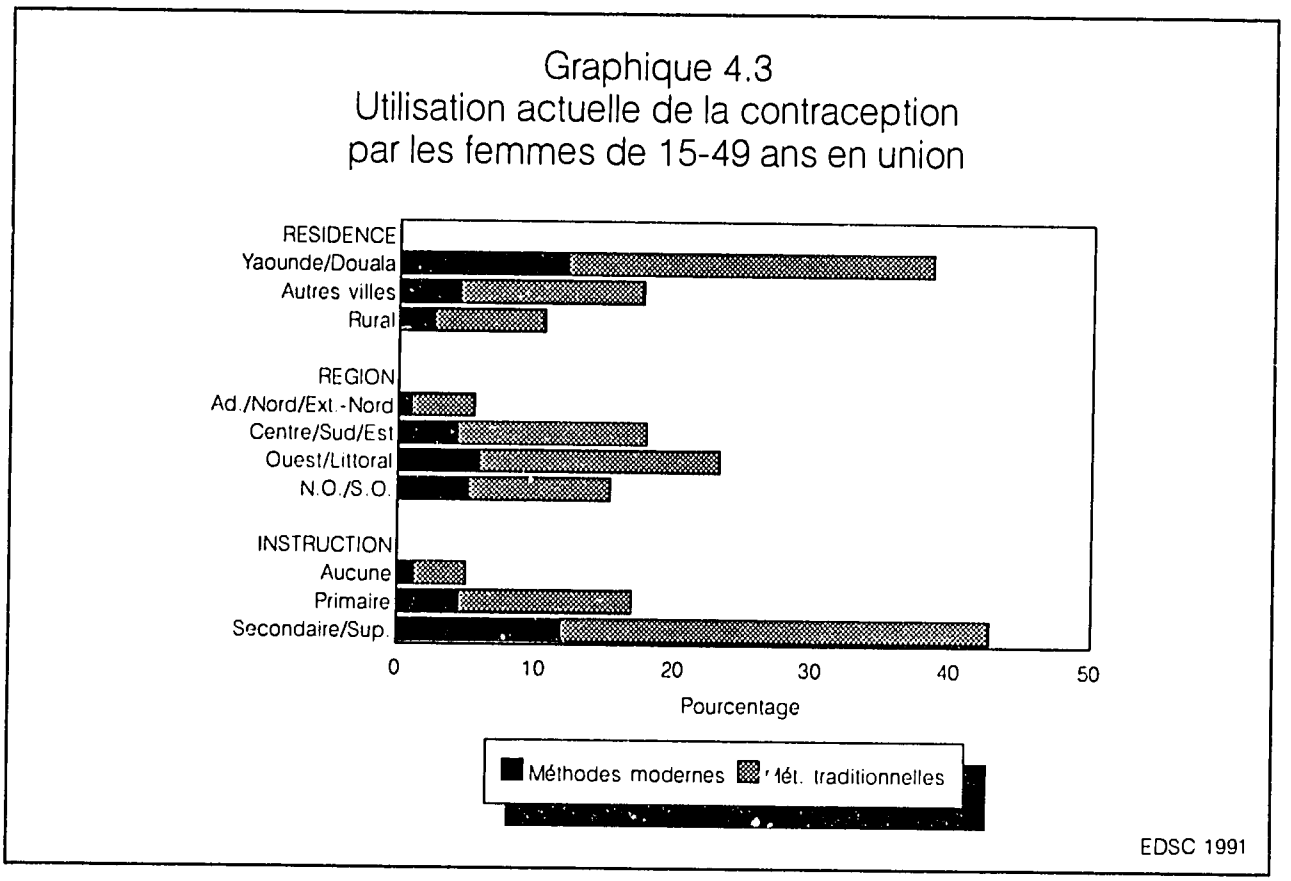
Pour l'ensemble des femmes, la prévalence contraceptive augmente légèrement de 15-19 ans (23,0%) à 20-24 ans (25,0%), puis diminue légèrement chez les femmes plus âgées, pour atteindre 17,0 pour cent à 35-44 ans; chez les femmes de 45-49 ans, en fin de vie féconde, l'utilisation de la contraception n'est plus que de 10,4 pour cent. Pour les méthodes modernes, il convient de souligner que la plus forte prévalence s'observe chez les femmes les plus âgées (35-49 ans), du fait, essentiellement, de la stérilisation féminine. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, la prévalence la plus forte s'observe chez les femmes les plus jeunes (21,7% à 15-19 ans et 21,3% à 20-24 ans), puis diminue régulièrement avec l'âge, pour atteindre seulement 6,2 pour cent à 45-49 ans. Chez les femmes en union, il apparaît que pour l'ensemble des méthodes, les femmes les plus jeunes (15-19 ans) utilisent légèrement plus la contraception (18,4%) que leurs aînées (autour de 17% de 20 à 44 ans); enfin, les femmes en union de 45-49 ans ont une prévalence contraceptive beaucoup plus faible (8,6%). S'agissant des méthodes modernes, on observe chez les femmes en union le même phénomène que chez l'ensemble des femmes, à savoir une prévalence légèrement plus importante aux âges élevés du fait de la stérilisation féminine. En ce qui les méthodes traditionnelles, la prévalence diminue régulièrement avec l'âge chez les femmes en union (comme pour l'ensemble des femmes), passant de 16,9 pour cent à 15-19 ans à 5,3 pour cent à 45-49 ans.

L'analyse de l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques des femmes en union fait apparaître de fortes variations selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le type d'union (Tableau 4.5 et Graphique 4.3). En milieu rural, 10,5 pour cent seulement de

Tableau 4.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes						N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles						Effectif des femmes
			Pilule	DIU	Injection	Meth. vaginales	Condom	Stéril. fémin.		Contin. périodique	Abstinence	Retrait	Autres	Aucune méthode	Total	
Milieu de résidence																
Yaoundé/Douala	38,6	12,1	4,6	1,4	1,0	1,3	2,2	1,5	26,5	18,3	3,8	3,6	0,8	61,4	100,0	383
Autres villes	17,6	4,4	0,8	0,4	0,7	0,2	0,9	1,3	13,2	7,8	3,4	1,2	0,9	82,4	100,0	714
Total urbain	24,9	7,1	2,1	0,8	0,8	0,6	1,4	1,4	17,9	11,5	3,5	2,0	0,9	75,1	100,0	1098
Rural	10,5	2,5	0,6	0,0	0,1	0,1	0,7	1,1	8,0	3,8	2,4	1,1	0,6	89,5	100,0	1771
Région																
Yaoundé/Douala	38,6	12,1	4,6	1,4	1,0	1,3	2,2	1,5	26,5	18,3	3,8	3,6	0,8	61,4	100,0	383
Adamaoua/Nord/ Ext.Nord	5,5	0,9	0,3	0,0	0,4	0,1	0,0	0,1	4,6	1,0	3,2	0,1	0,2	94,5	100,0	1170
Centre/Sud/Est	17,9	4,3	1,5	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	13,6	8,9	2,0	1,4	1,4	82,1	100,0	500
Ouest/Littoral	23,2	5,9	0,3	0,6	0,8	0,4	2,6	1,2	17,3	10,4	4,3	1,7	0,9	76,8	100,0	432
Nord-Ouest/Sud-Ouest	15,3	5,1	0,9	0,1	0,0	0,0	0,9	3,2	10,2	5,7	0,3	3,2	1,0	84,7	100,0	383
Niveau d'instruction																
Aucun	5,0	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,8	0,5	2,9	0,3	0,1	95,0	100,0	1376
Primaire	16,9	4,5	1,1	0,4	0,9	0,1	0,9	1,2	12,4	6,1	3,3	1,9	1,1	83,1	100,0	951
Secondaire ou plus	42,8	11,8	4,1	0,9	0,6	1,3	3,4	1,5	31,0	23,9	2,0	3,6	1,6	57,2	100,0	542
Nombre d'enfants vivants																
Aucun	15,3	2,0	0,5	0,0	0,3	0,6	0,6	0,0	13,3	11,2	0,5	0,1	1,4	84,7	100,0	419
1	13,8	2,7	0,5	0,0	0,2	0,2	1,5	0,3	11,2	6,5	3,2	0,8	0,7	86,2	100,0	461
2	14,9	2,7	1,2	0,4	0,0	0,1	0,5	0,5	12,2	7,4	3,0	1,4	0,4	85,1	100,0	453
3	15,7	3,6	1,3	0,1	0,1	0,0	1,8	0,1	12,1	6,7	3,0	2,4	0,0	84,3	100,0	368
4+	17,8	6,6	1,6	0,5	0,7	0,3	0,8	2,6	11,2	5,1	3,4	1,9	0,8	82,2	100,0	1167
Types d'union																
Union polygame	11,4	2,4	0,7	0,0	0,3	0,1	0,4	0,7	9,0	4,1	3,6	0,8	0,5	88,6	100,0	1107
Union monogame	19,0	5,5	1,5	0,5	0,4	0,4	1,3	1,5	13,5	8,4	2,4	1,9	0,8	81,0	100,0	1761
Total	16,1	4,3	1,2	0,3	0,4	0,3	0,9	1,2	11,8	6,8	2,9	1,5	0,7	83,9	100,0	2868



femmes en union utilisent une méthode de contraception contre 17,6 pour cent dans les "autres villes" et 38,6 pour cent à Yaoundé/Douala: en d'autres termes, la prévalence contraceptive dans les deux plus grandes villes est près de quatre fois plus élevée qu'en milieu rural. A Yaoundé/Douala, près d'un tiers des femmes utilisant la contraception (38,6%) ont recours aux méthodes modernes (12,1%), et surtout à la pilule (4,6%); parmi les méthodes traditionnelles, c'est essentiellement la continence périodique (18,3%) que pratiquent les femmes. Dans les "autres villes" et en milieu rural, un quart seulement des femmes utilisant la contraception ont recours aux méthodes modernes; les femmes utilisent donc surtout les méthodes traditionnelles (13,2% dans les "autres villes" et 8,0% en milieu rural), parmi lesquelles la continence périodique est toujours la plus pratiquée. Du point de vue régional, la prévalence contraceptive varie de 23,2 pour cent dans l'Ouest/Littoral à 5,5 pour cent seulement dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. A l'exception du Nord-Ouest/Sud-Ouest où près d'un tiers des femmes utilisant la contraception (15,3%) ont recours à des méthodes modernes (5,1%), dans toutes les autres régions, les femmes ayant recours aux méthodes modernes ne représentent que 20 à 25 pour cent de celles pratiquant la contraception.

Comme attendu, le niveau d'utilisation de la contraception augmente avec le niveau d'instruction; la prévalence très faible chez les femmes sans instruction (5,0%) est trois fois plus élevée chez celles de niveau primaire (16,9%), et concerne plus de quatre femmes des niveaux secondaire ou supérieur sur dix (42,8%). Par contre, la part relative de femmes utilisant des méthodes modernes parmi les utilisatrices de la contraception représente toujours une femme sur quatre environ (de 24% à 28%), quel que soit son niveau d'instruction.

Sur un autre plan, le Tableau 4.5 indique que la pratique actuelle de la contraception augmente légèrement avec la parité, passant de 13,8 pour cent chez les femmes de parité 1 à 17,8 pour cent chez celles ayant 4 enfants vivants ou plus. Néanmoins, il faut noter que la proportion de femmes n'ayant pas d'enfant vivant et qui pratiquent la contraception (15,3%) est légèrement plus importante que la proportion de celles

pratiquant une méthode et de parité 1 ou 2 (respectivement 13,8% et 14,9%). On remarquera enfin que chez les femmes vivant en union monogame la pratique de la contraception est nettement plus importante (19,0%) que chez celles en union polygame (11,4%).

4.4 NOMBRE D'ENFANTS A LA PREMIERE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents: retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le Tableau 4.6 présente, par groupe d'âges, la répartition des femmes en union en fonction du nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois. Il apparaît nettement que la proportion de femmes ayant utilisé la contraception pour la première fois alors qu'elles étaient nullipares augmente des générations les plus anciennes (1,6% à 45-49 ans) aux générations les plus récentes (27,6% à 15-19 ans). De ce fait, on peut penser que les jeunes générations ont plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant. Pour les femmes commençant la pratique de la contraception après la naissance du premier enfant, on note également une augmentation des proportions, passant de 7,3 pour cent pour les générations les plus anciennes (45-49 ans) à 17,0 pour cent pour les générations les plus récentes (20-24 ans).[1] Cela semble indiquer que, de nos jours, l'utilisation de la contraception correspond peut-être davantage à une volonté d'espacement des naissances. Néanmoins, ces différents résultats ne permettent pas de conclure quant à un changement radical de comportement dans le sens d'une réduction de la taille de la famille.

Tableau 4.6 Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Age actuel	Jamais utilisé la contra-ception	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception					ND	Total	Effectif des femmes
		0	1	2	3	4+			
15-19	64,8	27,6	6,5	0,7	0,3	0,0	0,0	100,0	406
20-24	51,4	22,9	17,0	6,6	1,3	0,2	0,6	100,0	634
25-29	52,6	15,8	15,0	6,1	4,9	5,7	0,0	100,0	583
30-34	59,3	9,6	9,5	5,7	3,6	12,3	0,0	100,0	544
35-39	60,4	3,9	13,6	4,6	4,1	13,2	0,2	100,0	412
40-44	65,6	4,0	7,7	2,6	2,1	17,6	0,4	100,0	330
45-49	75,8	1,6	7,3	2,5	1,4	11,3	0,0	100,0	242
Ensemble	59,2	13,8	11,8	4,6	2,7	7,6	0,2	100,0	3151

[1] On n'a pas pris en compte les femmes de 15-19 ans dans la mesure où la majorité d'entre elles (70%) n'ont pas encore de premier enfant.

4.5 CONNAISSANCE DE LA PERIODE FECONDE

L'efficacité de l'utilisation de certaines méthodes de contraception, en particulier celle de la continence périodique, dépend de la connaissance exacte de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour cette raison on a demandé aux femmes si elles pensaient qu'au cours du cycle il y avait une période pendant laquelle elles avaient plus de chances de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, les catégories de réponses pré-codées utilisées dans le questionnaire (Tableau 4.7) peuvent parfois ne pas refléter exactement ce que la femme a voulu dire. Pour cette raison, au Tableau 4.7, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories:

- connaissance: "milieu du cycle";
- connaissance douteuse: "juste après la fin des règles," "juste avant le début des règles." Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du "juste avant" et du "juste après," elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité;
- méconnaissance: "pendant les règles," "autre," "n'importe quand," "ne sait pas."

La majorité des femmes (56,1%) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période, 17,4 pour cent en ont une connaissance douteuse et seulement un peu plus d'un quart des femmes (26,3%) ont une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chance de tomber enceinte. Si on se limite aux seules femmes utilisatrices de la continence périodique, leur connaissance de la période de fécondabilité au cours du cycle est nettement meilleure (67,5%); cependant, 16,4 pour cent de ces femmes n'en ont qu'une connaissance douteuse et surtout 16,1 pour cent ne savent pas situer la période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir de rapports et donc leur pratique est vouée à l'échec.

Tableau 4.7 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles ayant déjà pratiqué la continence périodique selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDS Cameroun 1991

Connaissance de la période féconde	Toutes les femmes	Femmes ayant déjà utilisé la continence pérodique
Connaissance		
Au milieu du cycle	26,3	67,5
Connaissance douteuse		
Juste après les règles	15,6	13,5
Juste avant les règles	1,8	2,9
Ne connaît pas		
Pendant les règles	0,8	0,5
A n'importe quel moment	21,0	4,5
Autre	0,1	0,2
Ne sait pas	34,3	10,9
Non déterminé	0,1	0,1
Total	100,0	100,0
Effectif de femmes	3871	975

4.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices actuelles d'identifier l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Le Tableau 4.8 et le Graphique 4.4 indiquent à ce sujet que la majorité des utilisatrices actuelles de la contraception recourent au secteur médical privé (60,6%), le secteur public n'intervient que pour 30,5 pour cent d'utilisatrices, et 4,0 pour cent s'adressent à d'autres sources privées à caractère non-médical. Parmi les utilisatrices de la pilule, 70,2 pour cent s'adressent au secteur médical privé et achètent essentiellement les pilules dans les pharmacies (54,5%); seulement un peu plus d'un quart des femmes (26,3%) ont recours au secteur public pour obtenir cette méthode, et plus particulièrement aux hôpitaux publics (11,2%).

Tableau 4.8 Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS Cameroun 1991

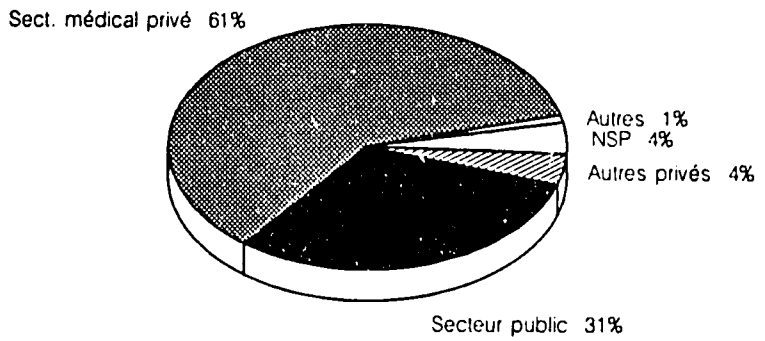
Source d'approvisionnement	Pilule	Condom	Stéril. fémi-nine	Autres	Toutes méthodes modernes
Secteur public	26,3	12,6	54,6	27,3	30,5
Hôpital	11,2	7,0	54,6	19,4	23,1
PMI	4,8	0,0	0,0	6,4	2,8
Centre de santé	4,1	0,0	0,0	1,4	1,5
Propharmacie	6,2	5,6	0,0	0,0	3,1
Secteur médical privé	70,2	62,6	44,1	64,5	60,6
Hôpital privé confessionnel	7,8	0,0	22,6	5,9	9,3
Hôpital privé laïc	4,8	0,0	19,5	23,8	11,7
Dispensaire missionnaire	3,1	0,0	2,0	0,0	1,4
Pharmacie	54,5	62,6	0,0	34,9	38,2
Autre secteur privé	1,8	9,8	0,0	5,2	4,0
Amis/Parents	1,8	9,8	0,0	5,2	4,0
Autres	0,0	4,5	0,0	0,0	1,0
Ne sait pas	1,7	10,5	0,0	2,9	3,6
Non déterminé	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	47	38	41	37	163

Dans leur grande majorité (62,6%) les femmes se procurent les condoms dans les pharmacies, le secteur public n'intervient que dans 12,6 pour cent des cas et notamment par le biais des hôpitaux (7,0%). Il faut souligner ici la part relativement importante qu'occupent les "amis et parents" (9,8%) dans l'approvisionnement du condom.

La stérilisation féminine est pratiquée uniquement dans les hôpitaux. Les hôpitaux publics contribuent à 54,6 pour cent des stérilisations, les hôpitaux privés confessionnels interviennent dans 22,6 pour cent des cas, et 19,5 pour cent des femmes stérilisées se sont adressées à des hôpitaux privés laïcs (cliniques).

Pour les autres méthodes modernes, le secteur privé reste toujours dominant (64,5%): les pharmacies (34,9%) étant surtout utilisées pour les méthodes d'approvisionnement (en particulier les méthodes vaginales) et les hôpitaux privés laïcs (23,8%) pour les méthodes cliniques (DIU et injections). Le secteur public n'intervient que pour 27,3 pour cent, et il s'agit essentiellement des hôpitaux publics (19,4%) qui fournissent des méthodes cliniques.

Graphique 4.4
Sources d'approvisionnement
de la contraception



EDSC 1991

Le Tableau 4.9 fournit des informations sur le temps nécessaire aux femmes utilisatrices de méthodes modernes pour se rendre à l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Au niveau national, 43,8 pour cent des femmes mettent moins d'une demi-heure pour aller se procurer la méthode qu'elles utilisent, 15,1 pour cent mettent entre une demi-heure et moins d'heure, et pour près d'un quart des femmes (22,6%) il faut plus d'une heure pour se rendre à leur source d'approvisionnement: le temps médian est d'environ 20 minutes. Si l'on s'intéresse aux données par milieu de résidence, on constate qu'il faut beaucoup plus de temps aux femmes du milieu rural qu'à celles du milieu urbain pour aller à l'endroit où elles obtiennent leur méthode, le temps médian étant, respectivement, d'environ 30 et 20 minutes.

Tableau 4.9 Temps nécessaire pour atteindre la source d'approvisionnement en contraceptifs modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes, par temps nécessaire pour atteindre la source d'approvisionnement, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Temps pour atteindre la source (en minutes)	Utilisatrices actuelles de méthodes modernes		
	Urbain	Rural	Total
0-14	26,9	20,4	24,9
15-29	21,0	14,3	18,9
30-59	19,8	5,1	15,1
60 ou +	15,8	37,3	22,6
Ne connaît pas le temps	4,4	5,1	4,6
Non déterminé	3,7	7,6	4,9
Autres sources	8,4	10,2	8,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	111	52	163
Temps médian	20,4	30,7	20,7

4.7 UTILISATION FUTURE ET METHODES CONTRACEPTIVES PREFEREES

On a demandé aux femmes en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Au Tableau 4.10, où l'on a distingué les femmes ayant déjà utilisé une méthode et celles n'en ayant jamais utilisé, figure la répartition des femmes par intention d'utilisation future des moyens contraceptifs, selon le nombre d'enfants nés vivants.

Tableau 4.10 Utilisation future de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Cameroun 1991

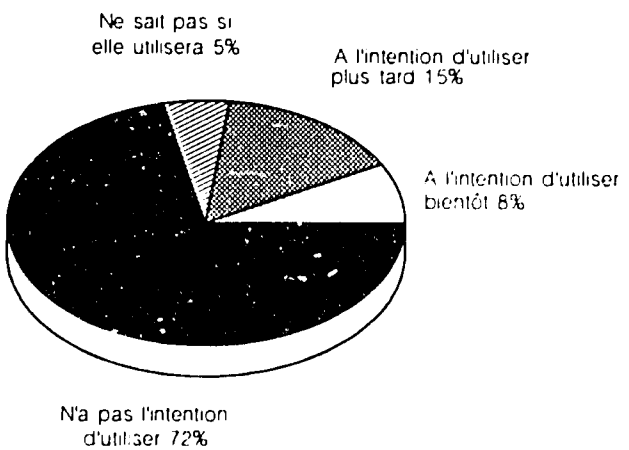
Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants[1]					Ensemble
	0	1	2	3	4+	
N'a jamais utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	1,3	1,6	1,3	1,0	3,7	2,3
Intention d'utiliser plus tard	3,4	3,8	5,1	7,0	7,7	6,0
N'est pas sûre d'utiliser	4,5	4,8	4,3	2,6	3,6	3,9
N'a pas l'intention d'utiliser	70,3	63,3	57,1	57,9	54,8	58,9
A déjà utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	0,6	3,2	6,2	5,0	7,9	5,6
Intention d'utiliser plus tard	5,4	9,0	10,8	11,3	9,3	9,3
N'est pas sûre d'utiliser	1,3	1,6	0,6	1,1	1,5	1,3
N'a pas l'intention d'utiliser	13,2	12,7	14,6	14,1	11,5	12,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toutes les femmes actuellement en union et non-utilisatrices						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	1,8	4,8	7,5	6,1	11,6	7,9
Intention d'utiliser plus tard	8,8	12,8	15,9	18,3	17,0	15,3
N'est pas sûre d'utiliser	5,8	6,4	4,9	3,6	5,2	5,2
N'a pas l'intention d'utiliser	83,5	76,0	71,7	72,0	66,2	71,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	285	414	373	323	1013	2408

[1]Y compris la grossesse actuelle.

Il apparaît que la majorité des femmes non-utilisatrices (71,6%) n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. A l'opposé, un peu moins d'un quart des femmes (23,2%) ont manifesté leur intention de pratiquer la contraception dans le futur (Graphique 4.5). Parmi ces dernières, ce sont surtout les femmes ayant déjà utilisé une méthode qui ont l'intention de redevenir des utilisatrices (14,9% parmi les 23,2%),

seulement un tiers des femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir seront des nouvelles contraceptrices (8,3% par rapport à 23,2%). Aux femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, on a demandé dans combien de temps elles pensaient l'utiliser: seulement un tiers environ des femmes de cette catégorie (7,9% par rapport à 23,2%) pensent pratiquer la contraception dans un avenir proche, c'est-à-dire dans les douze prochains mois. En outre, on peut noter que la proportion de futures utilisatrices augmente avec le nombre d'enfants vivants, passant de 10,6 pour cent chez les femmes sans enfant à 17,6 pour cent chez celles de parité un et à 28,6 pour cent chez les femmes ayant quatre enfants et plus. De même, on remarque que parmi les futures utilisatrices, la part relative de celles ayant l'intention d'utiliser la contraception rapidement (dans moins de douze mois) augmente avec la parité.

Graphique 4.5
Intention d'utiliser la contraception
par les femmes actuellement en union



EDSC 1991

Au moment de l'enquête, on s'est intéressé aux raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode de contraception. D'après le Tableau 4.11, on se rend compte que le désir d'avoir des enfants est, quel que soit l'âge de la femme, la principale raison évoquée (64,1%): cette raison a été évoquée beaucoup plus fréquemment par les femmes les plus jeunes (74,3% à moins de 30 ans) que par les femmes plus âgées (54,8% à 30 ans et plus). Cependant, il faut noter qu'en dehors d'avoir des enfants, ces dernières évoquent surtout la difficulté de tomber enceinte, la ménopause, ou la stérilisation comme principale raison de non-intention d'utilisation de la contraception (23,7%). Quel que soit l'âge de la femme, les raisons d'ordre religieux ou faisant référence à la fatalité ("C'est la volonté de Dieu") occupent une place importante parmi les motifs évoqués (6,8% pour l'ensemble des femmes). Enfin, dans 3,6 pour cent des cas seulement les femmes ont évoqué le manque d'information et dans 2,1 pour cent des cas la difficulté à obtenir les méthodes.

Tableau 4.11 Raison de non-utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Raison de non-utilisation de la contraception	Age		Tous les âges
	15-29	30-49	
Veut des enfants	74,3	54,8	64,1
Effets secondaires	2,1	0,6	1,3
Problèmes pour la santé	0,2	2,1	1,2
Manque d'information	5,1	2,2	3,6
Accès/disponibilité	1,4	2,7	2,1
Prix	0,3	0,9	0,6
Religion	3,1	3,0	3,1
Fataliste	3,8	3,7	3,7
Opposée au planning familial	1,3	1,5	1,4
Partenaire s'y oppose	1,4	0,8	1,1
Autres personnes désapprouvent	0,2	0,2	0,2
Rapports sexuels peu fréquents	0,2	1,3	0,7
Difficultés à tomber enceinte	2,9	9,5	6,3
Ménopause/Hystérectomie	0,0	14,2	7,4
Utilisation peu pratique	0,3	0,7	0,5
Autres raisons	0,2	0,6	0,4
Ne sait pas	3,4	1,4	2,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	824	899	1723

Par ailleurs, pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix. Il ressort des données du Tableau 4.12 que les méthodes modernes (53,9%) sont les plus fréquemment citées, avec notamment 21,1 pour cent pour la pilule, 14,2 pour cent pour les injections et 8,3 pour cent pour la stérilisation féminine. Les méthodes traditionnelles ont été sélectionnées par 22,4 pour cent des femmes et en particulier la continence périodique (11,9%), et 23,5 pour cent des femmes n'ont pas été capables de préciser leur choix. Il est intéressant de noter que les futures contraceptrices devraient, du moins en intention, beaucoup plus utiliser les méthodes modernes que ne le font les femmes qui pratiquent aujourd'hui la contraception.

Tableau 4.12 Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais ayant l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'intention de l'utiliser dans les 12 prochains mois ou plus tard, EDS Cameroun 1991

Méthode contraceptive préférée	Intention d'utiliser: Dans les 12 prochains mois	Intention d'utiliser: Après 12 mois	Ensemble
Pilule	21,9	20,7	21,1
DIU	7,5	3,8	5,0
Injection	13,1	14,8	14,2
Méthodes vaginales	2,0	1,2	1,4
Condom	5,1	3,3	3,9
Stérilisation féminine	7,5	8,8	8,3
Continence périodique	13,9	10,9	11,9
Abstinence	5,2	4,6	4,8
Retrait	2,8	3,3	3,1
Autres	0,8	3,5	2,6
Pas sûre	20,3	25,2	23,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	191	368	559

4.8 INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'utilisation des média comme support de l'information en matière de contraception peut être un moyen efficace de vulgarisation et de développement de la pratique contraceptive. Aussi a-t-on posé aux femmes la question suivante: "Au cours du mois dernier, avez-vous entendu ou lu un message sur le planning familial:

- à la radio,
- à la télévision,
- dans un journal, revue ou sur une affiche?"

Le Tableau 4.13 montre qu'au total, la grande majorité des femmes (86,2%) n'avaient ni entendu, ni lu un message au sujet du planning familial au cours du mois précédant l'enquête. Seulement 5,2 pour cent en avaient entendu parlé à la radio, 2,5 pour cent à la télévision, 1,2 pour cent avaient lu quelque part un message sur la planification familiale et 5,0 pour cent des femmes en avaient entendu parler par plusieurs moyens de communication (radio, télévision et journaux).

Malgré le faible niveau général d'information en matière de planification familiale, la distinction par milieu de résidence dénote des écarts assez importants: 93,8 pour cent des femmes de zone rurale n'ont reçu aucune information sur la contraception à travers les média au cours du mois précédant l'interview; cette proportion est de 80,7 pour cent dans les "autres villes" et de 67,5 pour cent à Yaoundé/Douala. Au point de vue régional, ce sont les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord qui sont le moins bien informées, puisque 8,4 pour cent seulement d'entre elles ont entendu parler de la planification familiale à travers les média, contre 13,4 pour cent dans le Centre/Sud/Est, où les femmes sont les mieux informées en la matière. La distinction par niveau d'instruction montre que même chez les femmes ayant le niveau le plus élevé, seulement 31,3 pour cent d'entre elles ont eu accès à des informations sur la contraception par le biais des média.

Tableau 4.13 Messages sur la planification familiale diffusés par les média

Répartition (en %) de toutes les femmes ayant entendu ou lu un message diffusé par la radio, la télévision ou par les journaux/revues/affiches sur la planification familiale dans le mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Message sur le planification familiale						
Caractéristique	Aucun	A la radio seulement	A la télé. seulement	Dans les journaux/ revues/ affiches	Plusieurs média	Total	Effectif de femmes
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	67,5	9,4	7,3	3,2	12,5	100,0	626
Autres villes	80,7	6,6	3,1	1,2	8,4	100,0	998
Ensemble urbain	75,6	7,7	4,7	2,0	10,0	100,0	1625
Rural	93,8	3,4	0,9	0,6	1,4	100,0	2247
Région							
Yaoundé/Douala	67,5	9,4	7,3	3,2	12,5	100,0	627
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	91,6	3,9	0,9	0,5	3,1	100,0	1313
Centre/Sud/Est	86,9	5,9	1,3	1,2	4,6	100,0	713
Ouest/Littoral	89,1	3,4	3,0	0,6	3,9	100,0	639
Nord-Ouest/Sud-Ouest	89,8	4,6	1,7	1,1	2,6	100,0	580
Niveau d'instruction							
Aucun	96,1	2,8	0,2	0,1	0,7	100,0	1557
Primaire	88,0	5,5	2,2	0,8	3,4	100,0	1288
Secondaire ou plus	68,7	8,4	6,3	3,2	13,4	100,0	1026
Ensemble	86,2	5,2	2,5	1,2	5,0	100,0	3871

4.9 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale sont un élément décisif dans la prise de décision de pratiquer la contraception. Mais, dans le contexte socio-culturel camerounais, le pouvoir de décision en ce qui concerne la famille est souvent influencé par les maris et parfois par certains autres membres de la famille. Il y a donc lieu de penser que le comportement des femmes en matière de contraception peut également être tributaire des attitudes et opinions des maris ou des parents.

Pour appréhender l'idée que se font les uns et les autres à ce sujet on s'est intéressé aux problèmes suivants:

- l'opinion des femmes sur la diffusion d'informations au sujet de la contraception à la radio et à la télévision;
- la discussion éventuelle avec le conjoint à propos de la contraception;
- l'opinion des femmes sur l'utilisation de la contraception et l'idée qu'elles se font de l'opinion de leur mari en la matière.

D'après le Tableau 4.14, la majorité des femmes (63,7%) sont favorables à la diffusion d'informations relatives à la planification familiale sur les antennes de la radio et de la télévision. Par ailleurs, ce sont les femmes les plus jeunes qui sont les plus favorables: la proportion qui est d'environ 70 pour cent chez les femmes de moins de 30 ans passe à environ 60 pour cent chez celles de 30-39 ans et tombe en-dessous de 50 pour cent chez les femmes de plus de 40 ans. Par milieu de résidence, 90,7 pour cent des femmes de Yaoundé/Douala approuvent la diffusion des informations sur la contraception, contre 65,9 pour cent dans les "autres villes" et 55,1 pour cent seulement en milieu rural. C'est par région que l'on constate les différences les plus importantes: alors qu'environ 80 pour cent des femmes de toutes les régions du Cameroun approuvent la diffusion d'informations relatives à la planification familiale, seulement 27,4 pour cent des femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord y sont favorables. De même, la proportion des femmes favorables à la diffusion de ces informations augmente avec le niveau d'instruction: elle passe de 32,2 pour cent chez les femmes sans instruction à 76,9 pour cent chez celles de niveau d'instruction primaire, et elle atteint 94,8 chez les femmes des niveaux secondaire ou supérieur.

Tableau 4.14 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes approuvant la diffusion de messages sur la planification familiale à la radio ou à la télévision, par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age de la femme							Tous les âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	88,9	93,5	93,0	92,5	88,3	78,8	89,7	90,7
Autres villes	76,4	66,6	64,1	66,7	62,3	50,1	49,0	65,9
Ensemble urbain	81,5	77,4	76,7	76,1	71,7	58,8	59,2	75,5
Rural	61,8	60,6	59,2	50,1	55,2	43,1	38,7	55,1
Région								
Yaoundé/Douala	88,9	93,5	93,0	92,5	88,3	78,8	89,7	90,7
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	36,8	28,1	28,6	23,8	32,2	14,7	9,8	27,4
Centre/Sud/Est	79,0	83,1	81,3	79,0	81,2	63,6	70,5	78,0
Ouest/Littoral	86,7	83,7	86,3	82,4	77,5	50,8	45,3	78,8
Nord-Ouest/Sud-Ouest	79,9	90,9	87,3	93,4	77,5	70,0	58,6	82,3
Niveau d'instruction								
Aucun	31,0	26,8	33,4	29,2	40,4	30,9	35,5	32,2
Primaire	71,1	77,5	78,1	84,2	80,9	75,8	69,1	76,9
Secondaire ou plus	92,1	95,6	95,9	95,3	96,2	96,1	100,0	94,8
Ensemble	70,2	68,3	67,4	61,4	61,9	48,5	44,0	63,7

Le Tableau 4.15 indique que près de deux femmes mariées sur trois (63,0%) n'ont jamais discuté avec leur conjoint des problèmes de contraception. Parmi celles qui en ont discuté avec leur mari (37,0%), un tiers (12,0%) en ont discuté une ou deux fois seulement, et les deux tiers (25,0%) plus souvent. C'est chez les femmes les plus jeunes que les proportions de celles ayant discuté de la contraception avec leur mari sont les plus élevées, en particulier chez les femmes de 20-34 ans (plus de 40%); chez les femmes les plus âgées (40-49 ans), moins de 25 pour cent des femmes ont abordé ces problèmes avec leur mari.

Tableau 4.15 Discussion de la planification familiale par le couple

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'elles ont discuté de la planification familiale avec leur mari au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Nombre de discussions sur la planification familiale			Total	Effectif de femmes
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus		
15-19	65,5	16,0	18,5	100,0	256
20-24	56,7	13,6	29,7	100,0	419
25-29	58,4	13,6	28,0	100,0	396
30-34	59,3	12,2	28,5	100,0	336
35-39	62,6	10,7	26,7	100,0	261
40-44	77,2	4,6	18,2	100,0	176
45-49	85,0	6,2	8,7	100,0	120
Ensemble	63,0	12,0	25,0	100,0	1963

Parmi les femmes en union qui connaissent au moins une méthode contraceptive, 60,3 pour cent approuvent l'utilisation de la contraception (Tableau 4.16). Pour ces femmes, on a essayé de rapprocher leur point de vue sur la contraception de ce qu'en pense, d'après elles, leur mari. D'après ces croisements, il apparaît que seulement près de la moitié des femmes qui approuvent la contraception pensent que leur mari est du même avis (28,5 par rapport à 60,4%): si les femmes ont une idée exacte de l'opinion de leur mari, cela signifierait que 28,5 pour cent seulement des couples approuvent l'utilisation de la contraception. Dans 16,4 pour cent des cas, la femme approuve la contraception mais elle pense que son mari est contre. Enfin, pour 15,5 pour cent des femmes favorables, elles n'ont aucune idée de ce qu'en pense leur mari. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques retenues, l'approbation de l'utilisation de la contraception présente les mêmes tendances que l'approbation de la diffusion d'informations sur la planification familiale par le biais des média: les femmes les plus favorables sont surtout jeunes (20-39 ans), de Yaoundé/Douala, de niveaux d'instruction secondaire ou supérieur et vivent ailleurs qu'en Adamaoua/Nord/Extrême-Nord.

Tableau 4.16 Attitudes des couples face à la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive et qui approuvent la planification familiale, par caractéristiques socio-démographiques et par perception de l'attitude de leur mari, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	L'enquêtée approuve	L'enquêtée approuve et pense que son mari approuve	L'enquêtée approuve et pense que son mari désapprouve	L'enquêtée approuve et ne connaît pas l'opinion du mari	Effectif de femmes
Age de l'enquêtée					
15-19	51,9	24,9	15,7	11,3	256
20-24	67,4	35,8	17,7	13,8	419
25-29	68,5	31,7	19,0	17,8	396
30-34	63,6	28,6	16,9	18,2	336
35-39	64,9	30,8	17,6	16,4	261
40-44	44,8	16,3	11,1	17,3	176
45-49	30,2	12,2	7,5	10,5	120
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	85,5	42,3	25,6	17,6	365
Autres villes	63,1	29,3	19,0	14,8	495
Rural	50,8	23,5	12,2	15,1	1103
Région					
Yaoundé/Douala	85,5	42,3	25,6	17,6	365
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	24,7	11,7	8,0	5,0	485
Centre/Sud/Est	69,9	27,8	19,8	22,3	402
Ouest/Littoral	71,2	35,6	16,7	19,0	371
Nord-Ouest/Sud-Ouest	60,9	30,7	14,0	16,3	340
Niveau d'instruction					
Aucun	24,8	8,3	8,0	8,5	626
Primaire	69,3	29,2	19,7	20,3	804
Secondaire ou plus	38,5	51,1	21,1	16,3	534
Ensemble	60,3	28,5	16,4	15,5	1963

CHAPITRE 5

NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Ce chapitre porte sur les différents facteurs qui, en dehors de la contraception, affectent le comportement procréateur des femmes et jouent ainsi un rôle déterminant sur le niveau de la fécondité: il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum.

5.1 ETAT MATRIMONIAL

Bien que n'étant pas le cadre exclusif des rapports sexuels, et malgré la diversité culturelle du pays, le mariage (ou la vie en union) reste, au Cameroun, le cadre privilégié de la procréation et le cadre hors duquel l'individu n'est pas socialement considéré comme un adulte responsable et respectable. Chez les femmes, encore plus que chez les hommes, le caractère quasi-universel du mariage ou de l'union fait du célibat définitif un phénomène tout à fait marginal. Le mariage constitue ainsi un des éléments les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse.

Comme l'indique le Tableau 5.1, la majorité des femmes interrogées étaient mariées (62,3%) ou vivaient avec quelqu'un (11,8%) au moment de l'enquête. Rappelons que dans le cadre de l'EDSC, on a considéré comme mariage ou union toutes les formes de mariage ou d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non; la distinction qui est faite ici entre "mariage" et "en union" ne correspond pas à deux concepts définis avec précision, c'est l'enquêtée qui, d'elle-même, s'est déclarée appartenir à l'une ou l'autre catégorie. Dans le cadre de ce rapport, le terme "union" désigne l'ensemble des femmes qui se sont déclarées mariées ou vivant avec quelqu'un. Globalement on peut donc considérer que 74,1 pour cent des femmes étaient en union au moment de l'enquête. Les femmes célibataires représentaient 18,6 pour cent et celles en rupture d'union (veuves, divorcées, séparées) ne représentaient que 7,3 pour cent.

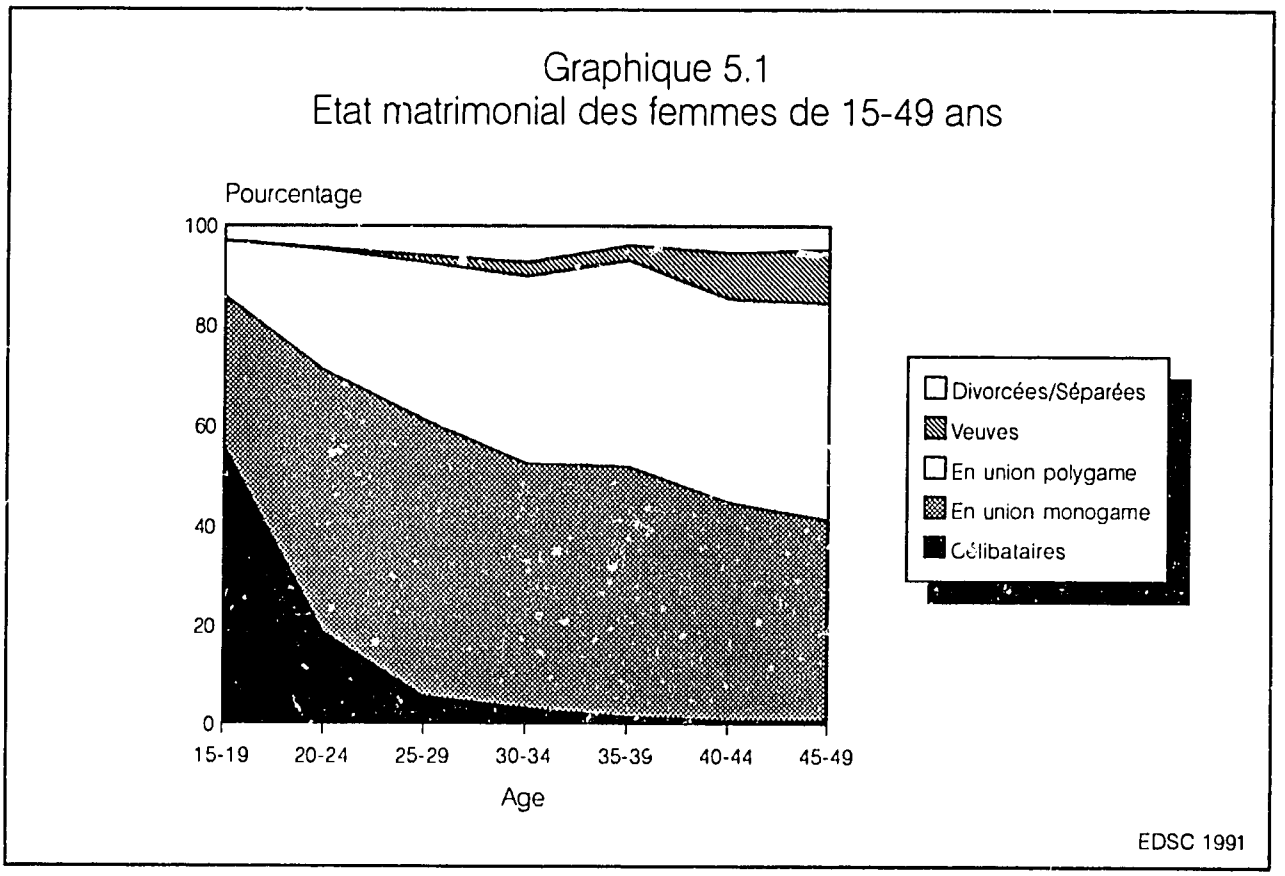
Tableau 5.1 Etat matrimonial

Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Etat matrimonial						Total	Effectif des femmes
	Célibataire	Mariée	Vivant avec quelqu'un	Veuve	Divorcée	Séparée		
15-19	55,8	29,7	11,4	0,1	1,1	1,9	100,0	919
20-24	18,6	58,3	18,5	0,3	1,4	3,1	100,0	778
25-29	5,6	73,5	13,5	1,4	2,4	3,6	100,0	618
30-34	3,2	76,9	9,9	2,8	2,3	5,0	100,0	562
35-39	1,5	83,8	7,8	3,0	2,5	1,4	100,0	418
40-44	0,7	77,8	6,8	9,3	2,8	2,6	100,0	332
45-49	0,7	78,5	5,4	10,7	1,3	3,5	100,0	244
Tous âges	18,6	62,3	11,8	2,5	1,8	3,0	100,0	3871

Previous Page Blank

Comme attendu, la proportion de célibataires décline très rapidement avec l'âge, passant de 55,8 pour cent à 15-19 ans à 5,6 pour cent seulement dès 25-29 ans et à 0,7 pour cent à partir de 40 ans (Graphique 5.1). Corrélativement, la proportion de femmes en union augmente avec l'âge jusqu'à 35-39 ans, puis décline légèrement du fait de l'augmentation des proportions de femmes en rupture d'union, et plus particulièrement de celle des veuves.



Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint avait une ou plusieurs autres épouses. Le Tableau 5.2 présente la proportion de femmes en union polygame selon l'âge et certaines caractéristiques socio-démographiques. Il apparaît que la polygamie est très répandue au Cameroun, elle concerne 38,6 pour cent des femmes. Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre 51,6 pour cent chez les femmes de 45-49 ans; mais il faut souligner que, dès 15-19 ans, plus d'une femme en union sur quatre (27,0%) vit en union polygame (Graphique 5.1). Par milieu de résidence, on constate que le phénomène est beaucoup plus important en zone rurale (42,7%) et dans les "autres villes" (39,3%) qu'à Yaoundé/Douala (18,2%). Toutes les régions sont concernées par le phénomène, mais la proportion de femmes en union polygame varie de 27,7 pour cent dans le Centre/Sud/Est à 48,5 pour cent dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Le niveau d'instruction des femmes semble jouer un rôle déterminant sur le type d'union: les femmes sans instruction sont beaucoup plus impliquées dans les unions polygames (49,9%) que celles de niveau d'instruction primaire (33,5%) et surtout que celles ayant atteint un niveau secondaire ou supérieur (18,7%).

Tableau 5.2 Polygamie

Pourcentages de femmes actuellement en union polygame par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age de la femme							Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	6,5	14,9	14,5	20,3	25,8	43,9	10,6	18,2
Autres villes	30,9	30,1	38,7	43,0	50,7	38,5	60,0	39,3
Ensemble urbain	23,0	24,7	29,0	35,1	42,2	40,0	48,6	32,0
Rural	29,1	36,5	41,8	48,3	46,8	51,7	52,4	42,7
Région								
Yaoundé/Douala	6,5	14,9	14,5	20,3	25,8	43,9	10,6	18,2
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	38,1	45,7	46,8	58,9	52,9	50,0	45,3	48,5
Centre/Sud/Est	17,8	20,7	20,8	26,9	34,9	33,1	52,3	27,7
Ouest/Littoral	24,9	24,4	41,2	41,4	53,6	51,8	67,0	40,2
Nord-Ouest/Sud-Ouest	17,4	30,8	45,6	34,4	42,1	62,2	60,9	40,9
Niveau d'instruction								
Aucun	36,5	44,9	49,7	58,3	50,6	52,7	54,0	49,9
Primaire	25,6	30,3	33,8	31,6	42,2	37,4	43,7	33,5
Secondaire ou plus	11,7	14,5	19,0	21,9	28,7	39,8	35,1	18,7
Ensemble	27,0	31,6	36,1	43,0	44,9	47,9	51,6	38,6

Un peu plus d'une femme sur deux en union polygame (54,0%) a au moins deux co-épouses (Tableau 5.3). Selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, on constate que parmi les femmes en union polygame, celles qui ont le plus de co-épouses (deux ou plus), sont les femmes les plus âgées (61,4% à 35-49 ans), les femmes du milieu rural (59,2%), celles de l'Ouest/Littoral (64,4%) et du Nord-Ouest/Sud-Ouest (100,0%), et les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (65,3%).

La dissolution des unions et le remariage sont des phénomènes intéressants dans la mesure où ils peuvent avoir un impact sur les niveaux de la fécondité. A l'EDSC, on a demandé à toutes les femmes non-célibataires combien de fois elles avaient été en union. La dissolution d'union semble être un phénomène assez fréquent au Cameroun: en effet, plus d'une femme sur quatre (26,2%) avait déjà contracté plus d'un mariage au moment de l'enquête (Tableau 5.4). Parmi ces femmes, une sur cinq (5,4% par rapport à 26,2%) a déjà été au moins trois fois en union. La proportion de femmes ayant contracté plus d'un mariage augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre 33,3 pour cent chez les femmes de 40-44 ans; mais il faut souligner que, dès 15-19 ans plus d'une femme non-célibataire sur sept (15,1%), et à 20-24 ans plus d'une femme non-célibataire sur cinq (22,0%) ont déjà contracté plus d'une union.

Tableau 5.3 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union polygame par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre de co-épouses			Total	Effectif de femmes
	1	2 et +	ND		
Groupe d'âges					
15-19	48,6	48,8	2,6	100,0	192
20-24	48,9	50,1	1,1	100,0	189
25-29	48,2	50,4	1,4	100,0	194
30-34	50,6	48,7	0,6	100,0	210
35-39	36,1	63,6	0,3	100,0	172
40-44	40,8	59,2	0,0	100,0	135
45-49	39,3	60,7	0,0	100,0	106
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	52,5	42,9	4,6	100,0	70
Autres villes	55,5	42,8	1,7	100,0	281
Ensemble urbain	54,9	42,8	2,3	100,0	351
Rural	40,7	59,2	0,2	100,0	756
Région					
Yaoundé/Douala	52,5	42,9	4,6	100,0	70
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	58,5	40,9	0,6	100,0	568
Centre/Sud/Est	51,3	48,1	0,6	100,0	138
Ouest/Littoral	34,6	64,4	0,9	100,0	174
Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,0	100,0	0,0	100,0	157
Niveau d'instruction					
Aucun	48,9	50,6	0,5	100,0	687
Primaire	34,2	65,3	0,5	100,0	318
Secondaire ou plus	54,7	41,3	4,0	100,0	102
Ensemble des femmes	45,2	54,0	0,8	100,0	1107

Tableau 5.4 Nombre d'unions

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'unions selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Nombre d'unions					Total	Effectif de femmes
	1	2	3	4 et +	ND		
15-19	84,9	13,1	1,3	0,7	0,0	100,0	406
20-24	77,8	18,7	2,8	0,5	0,2	100,0	634
25-29	77,1	19,3	2,6	1,0	0,0	100,0	583
30-34	68,1	25,0	5,8	1,0	0,1	100,0	544
35-39	67,8	24,5	5,3	2,3	0,0	100,0	412
40-44	66,3	24,9	6,0	2,4	0,4	100,0	330
45-49	69,0	20,6	6,3	4,1	0,0	100,0	242
Ensemble des femmes	73,8	20,7	4,0	1,4	0,1	100,0	3151

5.2 AGE A LA PREMIERE UNION ET AGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

5.2.1 Age à la première union

Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge d'entrée en union pour la première fois et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Le Tableau 5.5 fournit les proportions de femmes déjà entrées en union à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union (c'est-à-dire l'âge auquel 50% des femmes ont déjà contracté une première union) en fonction de l'âge actuel des enquêtées. On constate que les femmes entrent très tôt en union, puisque 28,1 pour cent des femmes de 25-49 ans à l'enquête étaient déjà mariées en atteignant l'âge de 15 ans, et 65,2 pour cent l'étaient déjà en atteignant 18 ans. L'âge médian à la première union, inférieur à 17 ans (16,5 ans pour les femmes de 25-49 ans) rend compte de cette précocité de la première union, qui semble néanmoins légèrement augmenter dans les générations récentes. En effet, l'âge médian passe de 16,0 ans pour les générations âgées de 45-49 ans à l'enquête à 17,3 ans pour les générations ayant actuellement 20-24 ans. Cette modification semble résulter essentiellement d'une diminution des mariages très précoces: en effet, si environ les trois quarts des femmes de 45-49 ans (73,0%) étaient déjà en union lorsqu'elles atteignaient 18 ans, cette proportion est inférieure à 60 pour cent chez les femmes de moins de 30 ans.

Tableau 5.5 Age au premier mariage

Pourcentage de femmes déjà en première union aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais été en union, et âge médian à la première union, par âge actuel, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes déjà en première union à l'âge exact: 15	18	20	22	25	Pourcentage jamais en union	Effectif	Médian à la 1er Union
15-19	16,2	NA	NA	NA	NA	55,8	919	a
20-24	21,3	57,7	73,1	NA	NA	18,6	778	17,3
25-29	27,1	59,1	74,8	83,7	91,2	5,6	618	16,9
30-34	28,5	64,4	78,7	86,6	92,6	3,2	562	16,6
35-39	26,3	67,1	83,1	90,9	95,0	1,5	418	16,6
40-44	31,5	69,8	85,7	90,8	95,6	0,7	332	16,3
45-49	28,6	73,0	85,7	90,6	95,4	0,7	244	16,0
20-49	26,3	63,2	78,4	85,5	90,3	7,0	2952	16,7
25-49	28,1	65,2	80,3	87,7	93,5	2,9	2174	16,5

NA = Non applicable
[a]Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont mariées à l'âge x.

Si l'on compare l'âge médian obtenu à l'EDSC à celui calculé par l'ENF de 1978 (17,2 ans), on pourrait penser à un rajeunissement de l'âge d'entrée en première union, ce qui contredirait donc la tendance au vieillissement évoquée ci-dessus. En réalité, il semblerait que l'ENF ait légèrement surestimé la valeur de cet indicateur du fait de confusions de la part des enquêtées entre les notions de mariage et d'union et entre l'âge d'entrée en union et l'âge à la légalisation d'une union antérieure (DCSN et EMF, 1983a:49).

Le calendrier de la primo-nuptialité présente de fortes variations selon le milieu de résidence, les régions et le niveau d'instruction. Comme l'indique le Tableau 5.6, l'âge médian à la première union pour les femmes de 25-49 ans est beaucoup plus élevé à Yaoundé/Douala (19,0 ans), que dans les "autres villes" (16,3 ans) et qu'en milieu rural (16,0 ans). Cependant, quel que soit le milieu de résidence, il semble qu'une tendance se dessine vers un vieillissement de l'âge d'entrée en première union: en effet, à Yaoundé/Douala, l'âge médian passe de 18,0 ans chez les femmes ayant actuellement 45-49 ans à 19,5 ans chez celles de 20-24 ans, et en milieu rural cet âge médian passe de 15,9 ans à 16,7 ans dans les mêmes groupes de génération. Du point de vue régional, les écarts sont aussi très importants puisque l'âge médian varie de 14,8 ans dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord à 18,1 ans dans le Centre/Sud/Est. La fréquentation scolaire, par conséquent le niveau d'instruction atteint par les femmes, est certainement le facteur qui influence le plus directement le calendrier de la primo-nuptialité: plus le niveau d'instruction est faible, plus l'âge d'entrée en première union est précoce. C'est ainsi que pour les femmes de 25-49 ans, celles sans niveau d'instruction se sont mariées 2,4 ans plus jeunes que celles de niveau d'instruction primaire, et 5,1 ans plus tôt que celles des niveaux secondaire et supérieur. Cependant, contrairement à ce qui apparaît par milieu et région de résidence, aucune tendance vers un vieillissement de l'âge d'entrée en première union ne semble se dessiner, quel que soit le niveau d'instruction. Par conséquent, l'augmentation de l'âge médian observé précédemment au fil des générations résulterait du poids de plus en plus important qu'occupent les femmes instruites dans les générations récentes.

Tableau 5.6 Age médian à la première union

Age médian à la première union des femmes de 20-49 ans par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

	Groupe d'âges							
Caractéristique	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Femmes 20-49	Femmes 25-49
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	19,5	19,7	19,4	18,3	18,2	18,0	19,2	19,0
Autres villes	17,1	16,4	17,0	15,9	16,2	15,8	16,6	16,3
Ensemble urbain	18,1	18,2	17,7	17,0	16,8	16,2	17,6	17,4
Rural	16,7	16,2	15,8	16,3	16,1	15,9	16,2	16,0
Région								
Yaoundé/Douala	19,5	19,7	19,4	18,3	18,2	18,0	19,2	19,0
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	15,1	14,5	14,9	15,0	14,5	14,9	14,8	[illegible]
Centre/Sud/Est	17,5	18,3	18,6	18,2	17,6	17,0	17,9	18,1
Ouest/Littoral	18,5	18,0	17,7	17,6	17,3	17,4	17,9	17,7
Nord-Ouest/Sud-Ouest	19,0	18,2	17,7	17,8	16,8	15,9	17,9	17,4
Niveau d'instruction								
Aucun	15,0	14,7	15,1	15,3	15,5	15,7	15,2	15,2
Primaire	16,9	17,4	17,6	17,8	17,9	16,9	17,4	17,6
Secondaire ou plus	a	20,4	20,7	19,6	18,6	20,2	-	20,3
Ensemble des femmes	17,3	16,9	16,6	16,6	16,3	16,0	16,7	16,5

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans parce que certaines femmes peuvent encore entrer en union avant d'atteindre 20 ans.
[a]Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

5.2.2 Age aux premiers rapports sexuels

Au Cameroun, la procréation n'a pas toujours lieu dans le cadre de l'union, et, en tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union. Dans le questionnaire individuel femme, on a donc demandé aux femmes quel âge elles avaient quand elles ont eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au Tableau 5.7, figurent les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges et l'âge médian aux premiers rapports sexuels. En atteignant 15 ans, près d'une femme de 25-49 ans sur trois (32,6%) a déjà eu des rapports sexuels, en atteignant 18 ans cette proportion passe à 79,7 pour cent, et la quasi-totalité des femmes de 25-49 ans (98,6%) ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports est très précoce (15,8 ans pour les femmes de 25-49 ans) et inférieur de 0,7 année à l'âge médian à la première union. On constate également une très légère augmentation de l'âge médian aux premiers rapports sexuels des générations âgées de 45-49 ans à l'enquête (15,7 ans) aux générations de 20-24 ans (16,1 ans). Apparemment, cette augmentation résulte essentiellement d'une diminution des proportions de femmes ayant eu des rapports très précoces (avant 15 ans) des générations les plus anciennes aux plus récentes.

Tableau 5.7 Age aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels, et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Age Médian aux 1ers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	24,0	NA	NA	NA	NA	31,5	919	a
20-24	27,9	79,3	93,4	NA	NA	2,4	778	16,1
25-29	30,4	78,0	93,9	98,1	99,4	0,1	618	16,0
30-34	34,9	78,9	92,9	97,1	98,5	0,0	562	15,7
35-39	29,4	79,4	93,1	97,4	98,4	0,0	418	15,9
40-44	35,9	82,8	92,6	96,1	97,4	0,0	332	15,7
45-49	33,9	82,3	92,4	95,2	98,8	0,0	244	15,7
20-49	31,4	79,6	93,2	97,1	98,3	0,7	2952	15,9
25-49	32,6	79,7	93,1	97,1	98,6	0,0	2174	15,8

NA = non applicable
[a]Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

Le Tableau 5.8 fait apparaître le même type de différences entre les âges aux premiers rapports sexuels que celles observées pour les âges à la première union: les femmes ayant les rapports sexuels les plus précoces sont celles du milieu rural (âge médian de 15,6 ans pour les femmes de 25-49 ans à l'enquête), de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (14,8 ans) et celles sans instruction (15,2 ans). Cependant les écarts observés entre les âges médians à la première union sont ici beaucoup plus réduits: écart de 5,1 ans entre les âges médians à la première union selon le niveau d'instruction, par exemple, contre 2,1 ans d'écart pour l'âge

médian aux premiers rapports sexuels. En fait, les femmes qui entrent très jeunes en union ont, dans leur ensemble, les premiers rapports au moment de l'union, par contre celles qui se marient plus tardivement ont déjà eu des rapports sexuels avant leur entrée en union.

Tableau 5.8 Age médian aux premiers rapports sexuels

Age médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Groupe d'âges						Femmes de 20-49	Femmes de 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	17,1	17,1	17,1	17,0	16,6	16,8	17,0	17,0
Autres villes	16,1	15,8	15,9	15,7	15,4	15,5	15,9	15,8
Ensemble urbain	16,5	16,5	16,5	16,2	16,0	15,9	16,4	16,3
Rural	15,8	15,6	15,3	15,7	15,6	15,6	15,6	15,6
Région								
Yaoundé/Douala	17,1	17,1	17,1	17,0	16,6	16,8	17,0	17,0
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	14,8	14,7	14,8	15,0	14,7	14,9	14,8	14,8
Centre/Sud/Est	16,4	16,6	15,8	16,3	15,6	15,9	16,2	16,1
Ouest/Littoral	16,7	16,9	16,8	16,8	16,9	16,5	16,8	16,8
Nord-Ouest/Sud-Ouest	16,6	16,4	16,5	17,4	16,2	15,5	16,4	16,4
Niveau d'instruction								
Aucun	14,8	14,8	15,0	15,2	15,5	15,5	15,1	15,2
Primaire	16,1	16,4	16,3	16,4	15,8	15,8	16,2	16,3
Secondaire ou plus	17,3	17,3	17,4	17,1	17,1	17,8	17,3	17,3
Ensemble des femmes	16,1	16,0	15,7	15,9	15,7	15,7	15,9	15,8

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans parce que certaines femmes peuvent encore avoir leurs premiers rapports avant d'atteindre 20 ans.

5.3 ACTIVITE SEXUELLE

En l'absence de contraception, la fréquence des rapports sexuels est un facteur pouvant jouer un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse. Le Tableau 5.9 porte sur l'activité sexuelle des femmes: il concerne uniquement les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels avant l'enquête, qui représentent 92 pour cent des enquêtées. Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports, un peu plus de la moitié (55,4%) sont considérées comme sexuellement actives au moment de l'enquête: en effet, elles ont déclaré avoir eu au moins une fois des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'interview. Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence, soit à la suite d'une naissance (abstinence post-partum: 23,0%), soit pour d'autres raisons (abstinence prolongée: 21,2%). Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de 2 ans pour la majorité des femmes. Les proportions de femmes sexuellement actives ne varient que très peu en fonction de l'âge, sauf pour les femmes les plus âgées (45-49 ans) dont près d'une sur deux (48,7%) est en abstinence prolongée. De même, on n'observe que peu de différences en fonction de la durée de l'union; seules les femmes en union depuis 25 ans et plus se déclarent

Tableau 5.9 Activité sexuelle récente

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête et par durée d'abstinence (post-partum ou non), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Sexuellement active dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement active dans les 4 dernières semaines				ND	Total	Effectif des femmes
		En abstinence (post-partum)		En abstinence (non post-partum)				
		0-1 an	2 ans et +	0-1 an	2 ans et +			
Groupe d'âges								
15-19	53,9	22,1	0,9	21,4	0,7	1,0	100,0	629
20-24	53,5	26,4	1,6	17,9	0,5	0,2	100,0	759
25-29	57,8	25,5	1,9	14,2	0,4	0,1	100,0	617
30-34	55,6	23,2	3,9	16,6	0,4	0,2	100,0	562
35-39	60,8	13,8	5,5	17,4	2,1	0,4	100,0	418
40-44	57,6	9,9	4,1	19,9	8,1	0,4	100,0	332
45-49	46,3	2,5	2,7	28,7	19,8	0,0	100,0	244
Durée de mariage (en années)								
0-4	58,7	25,1	1,3	14,2	0,0	0,7	100,0	660
5-9	56,6	27,8	1,5	13,5	0,2	0,4	100,0	627
10-14	55,9	25,8	3,4	14,8	0,1	0,0	100,0	530
15-19	54,3	23,0	4,2	17,0	1,1	0,4	100,0	497
20-24	61,8	13,2	6,1	14,6	3,9	0,3	100,0	385
25 et +	52,1	5,0	2,7	25,6	14,3	0,3	100,0	452
Jamais en union	46,3	14,6	0,6	35,7	2,5	0,3	100,0	411
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	59,6	11,9	0,9	25,1	2,0	0,4	100,0	566
Autres villes	55,2	18,8	2,7	21,1	2,1	0,2	100,0	918
Ensemble urbain	56,9	16,2	2,0	22,6	2,0	0,2	100,0	1484
Rural	54,3	23,3	3,1	15,6	3,2	0,4	100,0	2078
Région								
Yaoundé/Douala	59,6	11,9	0,9	25,1	2,0	0,4	100,0	566
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	60,4	19,5	4,0	13,0	2,7	0,4	100,0	1240
Centre/Sud/Est	50,9	24,1	1,3	21,2	2,4	0,2	100,0	561
Ouest/Littoral	48,2	22,6	2,2	23,4	3,2	0,5	100,0	569
Nord-Ouest/Sud-Ouest	52,4	24,1	3,7	15,9	3,7	0,2	100,0	526
Niveau d'instruction								
Aucun	55,2	19,7	4,5	15,6	4,5	0,6	100,0	1508
Primaire	55,2	25,3	2,3	15,5	1,5	0,2	100,0	1174
Secondaire ou plus	56,0	14,7	0,1	27,7	1,4	0,2	100,0	880
Méthode contraceptive utilisée								
Pilule	80,9	3,4	0,0	15,7	0,0	0,0	100,0	47
DIU	82,5	4,9	0,0	12,5	0,0	0,0	100,0	11
Stérilisation	70,2	9,6	3,2	11,2	5,9	0,0	100,0	41
Continence périodique	64,8	4,0	0,0	31,0	0,1	0,1	100,0	407
Autres	46,6	20,3	3,8	24,7	4,5	0,0	100,0	249
Ensemble des femmes	55,4	20,3	2,7	18,5	2,7	0,4	100,0	3562

moins fréquemment actives que les autres. Cependant, il faut souligner ici que près de la moitié des femmes qui ne se sont pas déclarées en union (46,3%) ont dit avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête; le fait qu'une proportion aussi importante de femmes non en union soient sexuellement actives confirme l'hypothèse déjà avancée qu'au Cameroun l'union n'est pas le cadre exclusif de l'activité sexuelle. Du point de vue du milieu et de la région de résidence, seules les femmes de Yaoundé/Douala et celles de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord semblent avoir eu une activité sexuelle légèrement plus importante que les autres femmes durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête.

L'utilisation actuelle de la contraception apparaît comme étant un critère déterminant de l'activité sexuelle: en effet, les femmes actuellement utilisatrices, en particulier celles pratiquant des méthodes modernes, sont celles qui ont été les plus sexuellement actives dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête, et celles ayant le moins pratiqué l'abstinence post-partum.

Tableau 5.10 Fréquence des rapports sexuels

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par nombre de rapports durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête, et par nombre de rapports habituels par mois selon l'âge, EDS Cameroun 1991

LES 4 DERNIERES SEMAINES

Groupe d'âges	Nombre de rapports sexuels 0	1-4	5 et +	ND	Total	Effectif de femmes
15-19	45,6	38,1	15,8	0,6	100,0	629
20-24	46,5	36,0	17,4	0,0	100,0	759
25-29	42,2	38,0	19,8	0,0	100,0	617
30-34	44,4	35,3	20,3	0,0	100,0	562
35-39	38,8	45,2	15,6	0,4	100,0	418
40-44	42,4	46,9	10,7	0,0	100,0	332
45-49	53,7	34,8	11,5	0,0	100,0	244
Ensemble des femmes	44,5	38,6	16,8	0,2	100,0	3562

HABITUELLEMENT EN 4 SEMAINES

Groupe d'âges	Nombre de rapports sexuels 0	1-4	5 et +	ND	Total	Effectif de femmes
15-19	1,7	61,0	36,3	1,0	100,0	629
20-24	0,4	49,0	50,2	0,5	100,0	759
25-29	0,3	41,8	57,6	0,3	100,0	617
30-34	0,5	46,6	52,3	0,6	100,0	562
35-39	0,8	48,9	48,5	1,8	100,0	418
40-44	3,8	47,8	48,0	0,4	100,0	332
45-49	5,0	54,6	40,1	0,3	100,0	244
Ensemble des femmes	1,3	49,7	48,3	0,7	100,0	3562

Au Tableau 5.10 figurent la fréquence des rapports sexuels par âge durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête ainsi que la fréquence des rapports habituels. En ce qui concerne l'activité sexuelle la plus récente, un tiers des femmes sexuellement actives (16,8% par rapport à 55,4%) ont eu plus de cinq fois des rapports dans les quatre dernières semaines. Du point de vue de l'âge de la femme, les fréquences ne présentent que de faibles variations, si ce n'est pour les femmes les plus âgées (40 ans et plus) qui ont des

rapports sexuels moins fréquents que les femmes plus jeunes. Habituellement, la très grande majorité des femmes se sont déclarées sexuellement actives: seulement 1,3 pour cent des enquêtées ont déclaré ne pas avoir, habituellement, de rapports. Il s'agit principalement de femmes de plus de 40 ans. Par ailleurs, la fréquence habituelle des rapports sexuels est beaucoup plus élevée que celle observée durant la période la plus récente puisqu'ici près d'une femme sur deux (48,3%) a déclaré avoir, habituellement, des rapports sexuels cinq fois ou plus en quatre semaines.

5.4 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend de différents facteurs tels que la longueur de l'intervalle séparant la naissance de l'enfant et le retour de l'ovulation (aménorrhée post-partum), et la longueur de l'intervalle pendant lequel la femme s'abstient de rapports sexuels (abstinence post-partum). La durée de l'aménorrhée post-partum peut elle-même varier en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein. La combinaison de ces facteurs, examinés successivement dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de non-susceptibilité. Une femme est considérée non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle ne peut pas tomber enceinte), ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données contenues dans le Tableau 5.11 concernent les naissances des trois dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. Cette distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Figurent également au Tableau 5.11 les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité, ainsi que la moyenne "prévalence/incidence."[1]

Au Cameroun, près de trois femmes sur quatre (72,1%) restent en aménorrhée pour au moins 5 mois, et environ une femme sur deux (48,8%) pour au moins 11 mois. Au-delà de 19 mois, la proportion de femmes dont les règles n'ont pas encore repris n'atteint pas 20 pour cent. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 10,4 mois, et sa valeur moyenne se situe à 12,4 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement qui agissent sur le retour de l'ovulation expliquent, en partie, ces durées relativement longues, bien que l'on constate par ailleurs que la durée médiane de l'aménorrhée (10,4 mois) est inférieure de près de 40 pour cent à celle de l'allaitement (estimée à 17,4 mois au Chapitre 8 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel).

Traditionnellement, l'abstinence post-partum est largement pratiquée au Cameroun. D'après certaines coutumes, la femme ne doit pas avoir de rapports sexuels pendant que l'enfant est allaité parce que le sperme empoisonnerait le lait. Le Tableau 5.11 indique que plus de la moitié des femmes (51,2%) n'ont pas encore repris les relations sexuelles 13 mois après la naissance de leur dernier enfant, et que près d'un quart des femmes (24,4%) s'abstiennent de rapports sexuels pour au moins 23 mois après la naissance de leur enfant. Les durées moyenne et médiane de l'abstinence post-partum sont respectivement de 14,6 mois et 13,3 mois. La reprise des relations sexuelles a donc lieu assez tard après l'accouchement. On peut de ce fait penser que l'abstinence post-partum contribue pour une part non-négligeable à l'espacement des naissances.

---

[1] La moyenne "prévalence/incidence" est calculée, pour l'aménorrhée par exemple, en divisant le nombre d'enfants dont les mères sont encore en aménorrhée au moment de l'enquête (prévalence) par le nombre moyen de naissances par mois (incidence), estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et d'erreurs possibles de période de référence.

Tableau 5.11 Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en période de non-susceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance, et durées médianes et moyennes, EDS Cameroun 1991

Nombre de mois depuis la naissance	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	99,2	98,2	100,0	105
2-3	89,2	91,8	98,7	123
4-5	72,1	77,1	89,6	104
6-7	67,5	75,4	88,4	129
8-9	60,0	58,7	77,4	134
10-11	48,8	61,1	72,1	119
12-13	39,2	51,2	66,0	104
14-15	34,3	48,8	58,0	106
16-17	19,0	33,0	43,0	131
18-19	22,8	34,8	43,2	106
20-21	16,2	18,5	26,7	133
22-23	18,5	24,4	29,5	114
24-25	5,1	10,0	11,2	107
26-27	1,6	9,1	9,1	83
28-29	2,8	5,8	7,2	92
30-31	1,9	7,2	8,2	137
32-33	6,7	7,0	12,8	138
34-35	1,8	3,7	4,8	117
Ensemble	33,9	39,9	47,3	2080
Médiane	10,4	13,3	16,0	-
Moyenne	12,4	14,6	17,2	-
Prévalence/incidence	12,0	14,1	16,8	-

Le Tableau 5.11 fournit également la proportion de naissances dont les mères sont considérées comme non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance du dernier enfant. En absence d'allaitement et/ou d'abstinence post-partum, la période de non-susceptibilité peut varier d'un mois à plus de deux ans. Un peu plus de trois femmes sur quatre (77,4%) sont en période de non-susceptibilité pour au moins 9 mois après la naissance d'un enfant, et ce n'est qu'après une période de 15 mois que cette proportion passe en-dessous de 50 pour cent. La durée médiane de la période de non-susceptibilité est de 16,0 mois et sa moyenne s'établit à 17,2 mois.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques (Tableau 5.12), on constate tout d'abord que les durées d'aménorrhée, d'abstinence et de non-susceptibilité ne présentent que très peu de variations selon l'âge de la femme. Par contre, ces différentes durées varient de façon importante selon le milieu et la région de résidence, et le niveau d'instruction.

La durée médiane d'aménorrhée est beaucoup plus courte chez les femmes urbaines (6,5 mois) que chez celles vivant en milieu rural (13,3 mois): les écarts importants dans les durées d'allaitement (voir Chapitre 8 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel) en sont certainement la cause. Du point de vue de l'abstinence post-partum, la durée médiane passe de 6,0 mois à Yaoundé/Douala à 12,0 mois dans les "autres villes" et 14,6 mois en milieu rural. Compte tenu des écarts observés dans les durées d'aménorrhée et d'abstinence, la période de non-susceptibilité présente également de fortes variations: sa durée médiane passe

Tableau 5.12 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence, et de non-susceptibilité post-partum, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Nombre de mois depuis la naissance	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
< 30 ans	10,0	13,2	15,4	1373
30 ans et +	11,6	13,4	16,8	708
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	5,6	6,0	10,5	275
Autres villes	7,0	12,0	13,4	538
Ensemble urbain	6,5	9,9	12,3	813
Rural	13,3	14,6	18,2	1267
Région				
Yaoundé/Douala	5,6	6,0	10,5	275
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	13,5	12,7	16,7	806
Centre/Sud/Est	9,7	12,8	14,9	385
Ouest/Littoral	8,3	15,8	16,6	317
Nord-Ouest/Sud-Ouest	12,0	17,2	17,9	297
Niveau d'instruction				
Aucun	14,4	13,5	18,1	866
Primaire	10,2	14,4	16,3	767
Secondaire ou plus	6,1	6,9	11,3	447
Ensemble des femmes	10,4	13,3	16,0	2080

de 10,5 mois à Yaoundé/Douala à 13,4 mois dans les "autres villes" et à un peu plus de 1 an et demi (18,2 mois) en milieu rural. Au niveau régional, c'est dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (13,3 mois) et le Centre/Sud/Est (12,0 mois) que les durées médianes d'aménorrhée sont les plus longues; par contre, c'est dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest (17,2 mois) et dans l'Ouest/Littoral (15,8 mois) que l'abstinence post-partum dure le plus longtemps. Ainsi, la période de non-susceptibilité varie de 14,9 mois dans le Centre/Sud/Est à 17,9 mois dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest.

S'agissant du niveau d'instruction des femmes, la durée d'aménorrhée est d'autant plus courte que le niveau d'instruction est élevé, de même que pour la durée de l'allaitement (voir Chapitre 8 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel). Par ailleurs, les durées médianes d'abstinence sont beaucoup plus longues chez les femmes sans instruction (13,5 mois) et chez celles ayant un niveau d'instruction primaire (14,4 mois) que chez les femmes des niveaux secondaire et supérieur (6,9 mois). Conséquence des écarts de durée constatés pour l'aménorrhée et l'abstinence, la période de non-susceptibilité varie de 18,1 mois chez les femmes sans instruction, à 16,3 mois chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 11,3 mois chez les femmes les plus instruites.

Le Tableau 5.13 présente trois indicateurs rendant compte de la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30 ans et plus. Le premier indicateur est la proportion de femmes en ménopause, à savoir la proportion de femmes actuellement en union qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont

déclarées en ménopause. Sur l'ensemble des femmes de 30-49 ans, 6,3 pour cent sont considérées comme étant en ménopause. Comme attendu, cette proportion augmente rapidement avec l'âge: elle est de 1,3 pour cent à 30-34 ans, puis entre 35 et 47 ans, elle est d'environ 10 pour cent; à 48-49 ans, 23,2 pour cent des femmes sont en ménopause. Le second indicateur présenté concerne l'infécondabilité définitive: une femme en union de façon permanente pendant les cinq ans ayant précédé l'enquête, qui n'a pas utilisé la contraception, qui n'a pas eu de naissance pendant les cinq dernières années et qui n'est pas enceinte, est considérée classée dans cette catégorie. L'infécondabilité définitive concerne une forte proportion de femmes de 30-49 ans (40,5%): comme pour la ménopause, les proportions augmentent rapidement avec l'âge, passant de 22,3 pour cent à 30-34 ans à 63,6 pour cent à 42-43 ans et à 89,2 pour cent à 48-49 ans. Il faut souligner ici le haut niveau d'infécondabilité définitive chez les femmes les plus jeunes (22,3% à 30-34 ans) qui est certainement à mettre en relation avec le haut niveau de stérilité primaire observé au Cameroun (voir Chapitre 3 - Fécondité). Le dernier indicateur concerne l'abstinence prolongée: il s'agit simplement de la proportion de femmes actuellement mariées qui n'ont pas eu de rapports sexuels pendant les trois années ayant précédé l'enquête. Ces proportions sont faibles, sauf peut-être chez les femmes les plus âgées (46-49 ans) qui sont plus de 10 pour cent à ne pas avoir eu de rapports sexuels depuis trois ans.

Tableau 5.13 Fin d'exposition au risque de grossesse

Pourcentage de femmes de 30-49 ans actuellement en union qui sont en ménopause, en infécondabilité définitive et en abstinence de longue durée par âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Ménopause[1]	Infécondabilité définitive[2]	Abstinence prolongée[3]
30-34	1,3	22,3	1,2
35-39	2,1	24,3	2,7
40-41	11,3	40,1	3,8
42-43	10,3	63,6	3,2
44-45	9,7	76,6	7,5
46-47	9,6	84,3	10,4
48-49	23,2	89,2	15,9
Femmes de 30-49 ans	6,3	40,5	3,8

[1]Pourcentage de femmes actuellement en union, ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause;
[2]Pourcentage de femmes continuellement en union, qui n'ont pas utilisé la contraception, qui n'ont pas eu de naissance durant les cinq années précédant l'enquête et qui ne sont pas enceintes;
[3]Pourcentage de femmes actuellement en union qui n'ont pas eu de rapports sexuels durant les trois années précédant l'enquête.

CHAPITRE 6

PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Ce chapitre sur les préférences en matière de fécondité a pour objectif d'évaluer les tendances à venir de la fécondité au Cameroun, ainsi que les besoins futurs en matière de contraception. Lors de l'enquête, les questions posées à ce sujet aux femmes en union permettent d'aborder le problème à travers les points suivants: le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant, le nombre total d'enfants désirés, et les avantages et inconvénients d'avoir beaucoup d'enfants.

Il faut préciser que les questions sur les attitudes envers la procréation sont généralement assez délicates à poser: de ce fait, l'interprétation des données relatives à ce thème a toujours été un sujet de controverse, en particulier dans des pays comme le Cameroun où la prévalence contraceptive est relativement faible et où les pressions sociales influencent encore largement les décisions en matière de reproduction. En fait, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire de fécondité. Pour les femmes en début de mariage, les réponses sont certainement liées à des objectifs à moyen ou à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur passé.

Toutefois, il est reconnu que même dans les pays en développement, lorsque les femmes ont peu d'instruction ou qu'elles sont analphabètes, elles sont en mesure de donner des réponses quantitatives pouvant avoir une valeur pratique à des questions sur les préférences en matière de fécondité, pourvu qu'on arrive à formuler ces questions de façon appropriée.

6.1 DESIR D'ENFANTS SUPPLEMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir dépend généralement du nombre d'enfants actuellement en vie. D'après le Tableau 6.1, seulement 12,4 pour cent des femmes ne désirent plus d'enfants et, comme on pouvait s'y attendre, ce pourcentage augmente selon le nombre d'enfants survivants: il passe de 0,2 pour cent chez les femmes qui n'ont pas encore d'enfant à 35,5 pour cent chez celles qui en ont 6 ou plus. Ces femmes ne désirant plus d'enfants ont, en principe, atteint leur descendance souhaitée. Elles devraient, par conséquent, recourir à la contraception pour éviter des grossesses non-désirées. Les nullipares, par contre, se distinguent par leur très forte proportion à souhaiter avoir un enfant: 64,0 pour cent d'entre elles désirent un enfant dans les deux années à venir, 11,5 pour cent le souhaitent après deux ans, et 14,7 pour cent désirent avoir un enfant, sans savoir à quel moment précis. Au fur et à mesure que la parité augmente, les proportions de femmes désirant un enfant diminuent, de même que les proportions de celles le souhaitant dans un proche avenir. De 45,7 pour cent des femmes de parité 1 souhaitant avoir un autre enfant dans les deux ans, on passe à 9,8 pour cent chez celles de parité 6 ou plus. Par ailleurs les proportions de femmes indécises quant au désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires sont faibles: seulement 4,5 pour cent de l'ensemble des femmes en union interrogées n'ont pas su se prononcer. Cependant cette proportion de femmes indécises augmente avec la parité: elle passe de 2,1 pour cent chez celles ayant 1 enfant à 6,8 pour cent chez les femmes ayant 6 enfants ou plus.

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par leur désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Cameroun 1991

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
Veut un autre bientôt[2]	64,0	45,7	32,3	30,7	27,0	19,6	9,8	31,7
Veut un autre plus tard[3]	11,5	43,6	43,7	47,0	39,8	36,7	22,3	34,7
Veut un autre, NSP quand	14,7	4,6	7,7	4,9	6,4	3,5	5,1	6,6
Indécise	2,3	2,1	3,3	3,3	6,2	7,7	6,8	4,5
Ne veut plus d'enfant	0,2	1,1	4,0	7,4	10,9	20,8	35,5	12,4
Stérilisée	0,0	0,3	0,5	0,1	0,8	0,6	4,5	1,2
S'est déclarée stérile	7,3	2,7	8,4	6,6	8,8	11,1	15,9	8,9
Non déterminé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	349	478	440	381	346	304	571	2868

[1]Y compris la grossesse actuelle
[2]Veut un autre dans les deux ans
[3]Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Un rapprochement avec les résultats de l'ENF indique que la proportion de femmes ne désirant plus d'enfants a fortement augmenté en treize ans, passant de 3,2 pour cent en 1978 à 12,4 pour cent en 1991. Cependant, la population cible n'étant pas exactement la même à l'ENF et à l'EDSC,[1] il faut interpréter ce changement avec quelques réserves.

En ce qui concerne le désir d'enfants selon l'âge, il ressort du Tableau 6.2 et du Graphique 6.1 que les proportions de femmes qui ne désirent plus d'enfants augmentent régulièrement avec l'âge, passant de 1,2 pour cent à 15-19 ans à un maximum de 27,1 pour cent à 35-39 ans. Au-delà de ce groupe d'âges, on observe une baisse des proportion de femmes qui désirent s'en tenir à leur descendance actuelle, les proportions passant de 27,1 pour cent à 35-39 ans à 20,0 pour cent à 45-49 ans; cette baisse s'explique en fait par l'augmentation importante, à partir de 35 ans, des proportions de femmes se déclarant inféconds.

[1] Dans le cadre de l'ENF, le désir d'enfants supplémentaires concerne les femmes en union et fertiles, alors qu'à l'EDSC il s'agit simplement des femmes en union.

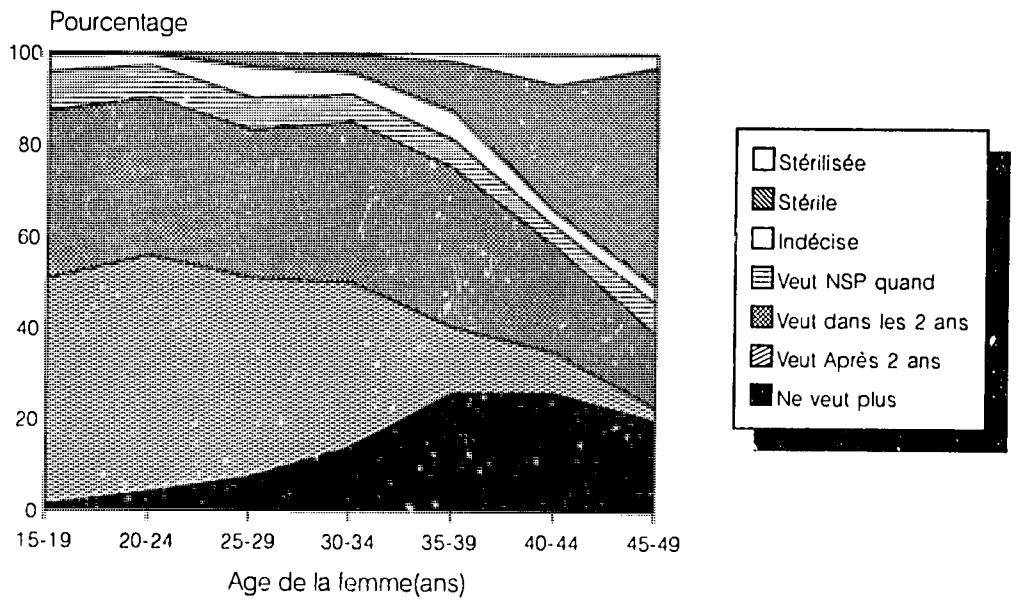
Tableau 6.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par leur désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Désir d'enfants	Age de la femme							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre bientôt[1]	36,5	34,3	31,9	34,5	33,8	23,3	16,1	31,7
Veut un autre plus tard[2]	49,6	52,0	43,7	36,3	14,5	9,0	2,7	34,7
Veut un autre, NSP quand	8,5	6,9	6,9	5,9	6,0	4,1	6,8	6,6
Indécise	3,7	2,4	6,8	4,8	6,1	3,4	3,6	4,5
Ne veut plus d'enfant	1,2	4,2	7,5	13,9	27,1	26,0	20,0	12,4
Stérilisée	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	6,9	3,0	1,2
S'est déclarée stérile	0,6	0,2	3,0	3,9	11,0	27,3	47,7	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	377	597	538	488	383	281	205	2868

[1]Veut un autre enfant dans les deux ans
[2]Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Graphique 6.1
Désir d'enfants supplémentaires
des femmes en union, selon l'âge



EDSC 1991

Les données du Tableau 6.3 sur la répartition des femmes en union qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées), selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, montrent que le désir de limiter le nombre d'enfants varie avec le milieu et la région de résidence ainsi qu'avec le niveau d'instruction de la femme. Par milieu de résidence, la proportion de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfants est de 16,0 pour cent en milieu urbain contre 12,1 pour cent en milieu rural; de façon inattendue, à Yaoundé/Douala cette proportion est légèrement inférieure (15,7%) à celle des "autres villes" (16,2%). Ceci peut s'expliquer par le fait que, dans les deux grandes villes, la population féminine a une structure plus jeune composée de femmes dont la plupart n'ont pas encore atteint la descendance souhaitée. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les différences sont très nettes entre les femmes sans instruction (12,2%) et celles de niveau primaire (15,6 pour cent). Parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur, 13,6 pour cent manifestent le désir de limiter les naissances. Ce pourcentage plus faible que celui enregistré parmi les femmes ayant un niveau d'instruction primaire peut s'expliquer, comme dans le cas de Yaoundé/Douala, par le fait que les femmes les plus instruites sont en majorité de jeunes femmes n'ayant pas encore atteint une parité élevée.

Les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord sont celles qui ont le moins exprimé le souhait de limiter leurs naissances: 8,0 pour cent seulement contre plus de 16 pour cent dans les autres régions. Même quand elles ont déjà six enfants ou plus, seulement une femme sur quatre de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord

Tableau 6.3 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes actuellement en union ne voulant plus d'enfant par caractéristiques socio-démographiques selon le nombre d'enfants déjà nés, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	0,0	2,1	3,4	10,0	23,1	34,9	49,9	15,7
Autres villes	0,9	0,7	2,6	7,9	17,1	28,2	46,0	16,2
Ensemble urbain	0,6	1,3	2,9	8,6	19,2	29,9	47,2	16,0
Rural	0,0	1,4	5,4	6,8	6,7	16,1	36,2	12,1
Région								
Yaoundé/Douala	0,0	2,1	3,4	10,0	23,1	34,9	49,9	15,7
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	0,5	1,0	1,2	6,9	4,8	15,5	25,1	8,0
Centre/Sud/Est	0,0	0,0	11,9	9,2	18,6	31,6	54,7	19,0
Ouest/Littoral	0,0	1,8	4,3	5,7	15,3	26,2	47,3	17,6
Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,0	2,6	3,8	7,0	7,7	13,9	43,7	16,8
Niveau d'instruction								
Aucun	0,5	1,8	1,4	8,2	3,7	15,2	35,7	12,2
Primaire	0,0	0,0	5,9	6,6	17,4	22,6	43,7	15,6
Secondaire ou plus	0,0	2,5	8,3	7,4	22,3	43,6	53,7	13,6
Ensemble des femmes	0,2	1,3	4,5	7,5	11,6	21,4	40,0	13,6

Note: Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.
[1]Y compris la grossesse actuelle

(25,1%) ne veut plus d'enfants. Par contre, chez les femmes de cette parité, les proportions de celles voulant limiter le nombre de leurs enfants atteint 49,9 pour cent à Yaoundé/Douala, 54,7 pour cent dans le Centre/Sud/Est, 47,3 pour cent dans l'Ouest/Littoral et 43,7 pour cent dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest.

6.2 BESOINS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (elles souhaitent espacer leurs naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception.[2] Les femmes ayant des besoins insatisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande totale en planification familiale.

Le Tableau 6.4 donne des estimations des besoins non-satisfaits et non-satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Bien que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception soit faible chez les femmes en union (16,1%), il n'en reste pas moins que la demande potentielle est relativement importante, elle concerne 22,0 pour cent des femmes, parmi lesquelles un peu plus de la moitié (12,4% par rapport à 22,0%) souhaiteraient utiliser la contraception comme moyen d'espacement de naissances et les autres (9,6% par rapport à 22,0%) dans un but de limitation des naissances.

Si les femmes réalisaient leurs désirs, c'est-à-dire si toutes les femmes ayant besoin des services de planification familiale utilisaient actuellement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 38 pour cent.

C'est chez les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que les besoins non-satisfaits sont les moins fréquents (15,1%) alors que l'utilisation actuelle est la plus élevée (18,4%): leur demande totale qui est la moins forte (33,4%) est satisfaite à 54,9 pour cent. On observe sensiblement la même tendance pour toutes les femmes de moins de 30 ans. Par contre, la tendance s'inverse chez les femmes plus âgées. C'est à 35-39 ans que les besoins non-satisfaits en matière de contraception sont les plus fréquents (29,4%), et que la demande potentielle totale, satisfaite qu'à 36,7 pour cent, est la plus élevée (46,5%).

S'agissant du milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que les besoins non-satisfaits et surtout la demande potentielle totale sont beaucoup plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. Les proportions de besoins non-satisfaits sont de 20,9 pour cent en milieu rural contre 23,7 pour cent en milieu urbain, et la demande totale varie de 31,4 pour cent en milieu rural à 42,3 pour cent dans les "autres villes" et à 60,6 pour cent à Yaoundé/Douala. Au niveau régional, les proportions des femmes susceptibles d'utiliser la contraception sont élevées dans le Centre/Sud/Est (27,2%), dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest (24,5%) et dans l'Ouest/Littoral (23,6%). A l'opposé, c'est dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, où les proportions de femmes souhaitant limiter leurs naissances sont les plus faibles, que les besoins non-satisfaits (18,3%) et la demande potentielle totale (23,8%) sont également les moins importants.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les femmes du niveau d'instruction primaire ont des besoins non-satisfaits en contraception plus élevés (25,8%) que celles sans instruction (20,4%), mais aussi que les femmes des niveaux secondaire et supérieur (19,4%). Par contre, la demande potentielle totale augmente de façon importante avec le niveau d'instruction, passant de 25,3 pour cent chez les femmes sans instruction à 62,1 pour cent chez celles de niveaux secondaire et supérieur.

---

[2] Le calcul exact des besoins non-satisfaits est expliqué en note du Tableau 6.4.

Tableau 6.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentages de demande potentielle totale de services de planification familiale par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Besoins en planning familial non-satisfaits[1] pour:			Besoins en planning familial satisfaits (utilisation actuelle)[2] pour:			Demande potentielle totale en planning familial[3] pour:			Pourcentage de demande satisfaite
Caractéristique	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	
Groupe d'âges										
15-19	13,3	1,8	15,1	17,7	0,6	18,4	31,0	2,4	33,4	54,9
20-24	20,3	1,6	21,9	16,1	1,0	17,0	36,4	2,5	38,9	43,8
25-29	13,6	4,7	18,3	14,2	3,0	17,2	27,9	7,7	35,5	48,5
30-34	13,5	7,3	20,8	9,1	4,5	13,6	22,6	11,8	34,4	39,4
35-39	8,3	21,2	29,4	6,8	10,3	17,1	15,0	31,5	46,5	36,7
40-44	3,3	23,0	26,3	2,1	15,0	17,0	5,4	38,0	43,4	39,3
45-49	1,4	25,8	27,3	0,3	8,3	8,6	1,8	34,1	35,9	24,0
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	14,2	7,8	22,0	27,2	11,4	38,6	41,4	19,1	60,6	63,7
Autres villes	14,3	10,4	24,7	11,8	5,8	17,6	26,1	16,2	42,3	41,6
Ensemble urbain	14,3	9,5	23,7	17,2	7,8	24,9	31,5	17,2	48,7	51,2
Rural	11,2	9,7	20,9	7,2	3,3	10,5	18,4	13,0	31,4	33,6
Région										
Yaoundé/Douala	14,2	7,8	22,0	27,2	11,4	38,6	41,4	19,1	60,6	63,7
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	8,8	9,5	18,3	4,5	1,0	5,5	13,3	10,5	23,8	23,1
Centre/Sud/Est	15,9	11,3	27,2	11,8	6,1	17,9	27,7	17,4	45,1	39,7
Ouest/Littoral	13,5	10,2	23,6	15,3	7,8	23,2	28,8	18,0	46,8	49,5
Nord-Ouest/Sud-Ouest	15,6	8,9	24,5	8,8	6,4	15,3	24,4	15,3	39,8	38,4
Niveau d'instruction										
Aucun	8,9	11,5	20,4	2,7	2,3	5,0	11,5	13,8	25,3	19,6
Primaire	16,4	9,3	25,8	10,5	6,4	16,9	27,0	15,7	42,6	39,6
Secondaire ou plus	14,1	5,2	19,4	33,1	9,7	42,8	47,2	14,9	62,1	68,8
Ensemble des femmes	12,4	9,6	22,0	11,0	5,0	16,1	23,4	14,6	38,0	42,2

[1]Les *besoins non-satisfaits pour espacer* concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les *besoins non-satisfaits pour limiter* concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité, selon les définitions données au Tableau 5.13.
[2]*L'utilisation pour espacer* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. *L'utilisation pour limiter* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfant.
[3]Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DESIRES

Une autre manière d'aborder le sujet des préférences des femmes en matière de fécondité est de s'intéresser au nombre total d'enfants désirés. Ainsi, pour saisir la taille idéale de la famille, on a posé à toutes les femmes enquêtées l'une des deux questions suivantes:

- Aux femmes sans enfant: "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout?"

- Aux femmes ayant des enfants: "Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu avoir au total?"

Il faut reconnaître que ces questions peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes ayant déjà des enfants, parce que l'enquêtée doit se prononcer sur le nombre d'enfants qu'elle souhaiterait avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elle a déjà. Or il est difficile pour une femme, et particulièrement dans le contexte socio-culturel camerounais, de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à sa parité réelle, ce qui pourrait expliquer, en partie, la proportion non négligeable de femmes ayant donné des réponses non-numériques (9,9%) et surtout chez les femmes ayant 6 enfants ou plus (18,0%).

D'après le Tableau 6.5, les femmes camerounaises restent très attachées à la famille nombreuse: en moyenne, le nombre idéal d'enfants est de 6,8 et il atteint 7,3 si on se limite aux seules femmes en union. Cependant on observe une baisse non négligeable de ce nombre idéal d'enfants par rapport à celui trouvé lors de l'ENF. En effet, d'après cette enquête, le nombre idéal était de 8 enfants en moyenne pour l'ensemble des femmes: de 1978 à 1991, le nombre idéal a donc baissé de 15 pour cent.

Tableau 6.5 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement en union selon le nombre d'enfants vivants, EDS Cameroun 1991

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
1	0,6	0,2	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3
2	3,8	2,7	2,6	2,1	1,9	2,0	1,6	2,6
3	10,9	10,4	5,3	4,8	3,4	3,7	3,3	6,8
4	19,6	17,7	15,6	12,4	10,4	6,4	7,8	14,0
5	24,8	20,5	22,4	21,2	8,8	10,6	8,9	18,0
6 et +	32,3	43,1	47,0	50,7	63,4	64,6	60,3	48,4
Réponses non-numériques	8,1	5,6	6,6	8,7	12,1	12,5	18,0	9,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	958	643	506	424	384	336	620	3871
Nombre idéal moyen	5,7	6,3	6,7	7,2	7,6	7,7	8,3	6,8
Effectif de femmes	880	607	473	387	337	294	509	3488
Nombre moyen pour les femmes en union	6,6	6,7	6,8	7,5	7,6	7,8	8,3	7,3
Effectif de femmes en union	308	450	412	345	305	273	461	2553

Note: Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.
[1]Y compris la grossesse actuelle

Il y a une association entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille qui passe de 5,7 chez les femmes sans enfant à 8,3 chez celles qui ont 6 enfants ou plus. Quel que soit le nombre d'enfants survivants, pour 89 pour cent de l'ensemble des femmes ayant donné une réponse numérique, le nombre idéal d'enfants est d'au moins 4, et, pour plus de 50 pour cent, le nombre idéal est de 6 enfants et plus.

Le Tableau 6.6 donne le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et certaines caractéristiques socio-démographiques. De façon générale, la taille idéale moyenne diminue des femmes les plus âgées (8,5 enfants à 45-49 ans) aux femmes les plus jeunes (5,9 enfants à 15-19 ans).

Tableau 6.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Age actuel							
Caractéristique	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tous âges
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	4,2	4,7	4,9	5,1	5,8	6,4	5,5	4,9
Autres villes	5,4	6,3	6,8	7,3	7,1	7,7	8,1	6,6
Ensemble urbain	4,9	5,6	5,9	6,4	6,6	7,3	7,4	5,9
Rural	6,6	6,7	7,4	8,4	8,0	8,8	9,0	7,5
Région								
Yaoundé/Douala	4,2	4,7	4,9	5,1	5,8	6,4	5,5	4,9
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	8,3	8,3	8,8	9,6	8,8	10,3	9,6	8,9
Centre/Sud/Est	5,0	5,3	5,5	6,0	6,4	6,2	7,2	5,6
Ouest/Littoral	5,2	5,7	6,2	7,0	6,5	8,1	9,2	6,2
Nord-Ouest/Sud-Ouest	5,5	5,4	6,4	6,9	7,7	8,2	8,9	6,4
Niveau d'instruction								
Aucun	8,0	8,4	8,8	9,5	8,5	9,6	8,9	8,8
Primaire	6,0	6,0	6,2	6,8	6,6	6,7	7,3	6,3
Secondaire ou plus	4,6	4,8	4,9	4,6	5,7	5,0	6,6	4,8
Ensemble des femmes	5,9	6,2	6,7	7,5	7,5	8,3	8,5	6,8

Par milieu de résidence, les femmes des zones urbaines semblent avoir pour idéal une famille moins nombreuse que celles des zones rurales: l'écart absolu observé est de 1,6 enfants entre ces deux milieux. A Yaoundé/Douala, le nombre moyen est de 4,9 enfants seulement. Par région, les femmes du Centre/Sud/Est sont celles qui désirent le moins d'enfants (5,6), alors que celles de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, où la connaissance et la pratique de la contraception sont les plus faibles, désirent le plus d'enfants (8,9). Enfin, les différences selon le niveau d'instruction sont très marquées: pour les femmes sans instruction, le nombre idéal est de 8,8 enfants, contre 6,3 pour les femmes de niveau d'instruction primaire et 4,8 enfants seulement pour celles de niveaux secondaire et supérieur, soit 4 enfants de moins que pour les femmes sans instruction.

6.4 PLANIFICATION DE LA FECONDITE

La population du Cameroun qui est essentiellement pro-nataliste a connu ces dernières années une croissance continue et accélérée. Inversement, la situation économique du pays n'a cessé de se dégrader au cours de la même période entraînant toutes les conséquences connues de l'inadéquation entre les besoins et les ressources disponibles. Face à cette situation, le gouvernement a opté pour une solution souple, notamment une maîtrise de la procréation au sein des familles, tendant à faire éviter les grossesses non-désirées. Lors de l'EDSC, on a posé aux femmes des questions permettant de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité. Ces questions, relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une), ont pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché. D'après les résultats du Tableau 6.7, huit grossesses sur dix (79,0%) ayant abouti à des naissances vivantes étaient désirées. Par contre, 16,0 pour cent des grossesses étaient désirées mais les femmes les auraient souhaitées plus tard, et 4,8 pour cent seulement n'étaient pas du tout désirées. Les naissances de rang 2 et 3 semblent mieux planifiées que les naissances de rang 1 et de rangs 4 ou plus. En

Tableau 6.7 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de planification selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDS Cameroun 1991

Rang de naissance et âge de la mère	Statut de la naissance: Voulue au moment	Voulue plus tard	Non-désirée	Total[1]	Effectif des naissances
Rang de naissance					
1	73,0	22,7	4,3	100,0	735
2	83,0	14,6	2,3	100,0	637
3	83,7	14,4	1,8	100,0	554
4 et +	78,7	14,5	6,7	100,0	1960
Age de la mère					
< 20	75,5	19,9	4,5	100,0	857
20-24	81,5	16,9	1,6	100,0	1073
25-29	79,9	17,3	2,6	100,0	886
30-34	81,9	12,4	5,7	100,0	614
35-39	74,7	9,2	16,1	100,0	330
40-44	73,6	8,1	18,3	100,0	111
45-49	82,7	13,8	3,5	100,0	15
Ensemble	79,0	16,0	4,8	100,0	3887

Note: Le rang de naissance inclut la grossesse actuelle.
[1]Y compris les non-déclarés

effet, les naissances de rang 2 sont désirées à 83,0 pour cent et celles de rang 3 à 83,7 pour cent, contre 73,0 pour cent pour les naissances de rang 1 et 78,7 pour cent pour celles des rangs 4 ou plus. Par rapport à l'âge de la mère, c'est chez les femmes ayant eu leurs enfants entre 20 et 34 ans que les naissances sont les mieux planifiées: environ 80 pour cent de ces naissances étaient souhaitées au moment où elles ont eu lieu. A l'inverse, c'est chez les femmes qui ont eu des enfants très jeunes (avant 20 ans) et chez celles qui les ont eu à des âges élevés (35-44 ans) que les naissances sont le moins bien planifiées. Parmi les femmes ayant eu des grossesses avant 20 ans, près d'un cinquième (19,9%) auraient souhaité les avoir plus tard, par contre, parmi les femmes ayant eu des grossesses tardives, une proportion élevée (plus de 16%) ne souhaitaient plus avoir du tout d'enfants au moment où elles étaient enceintes.

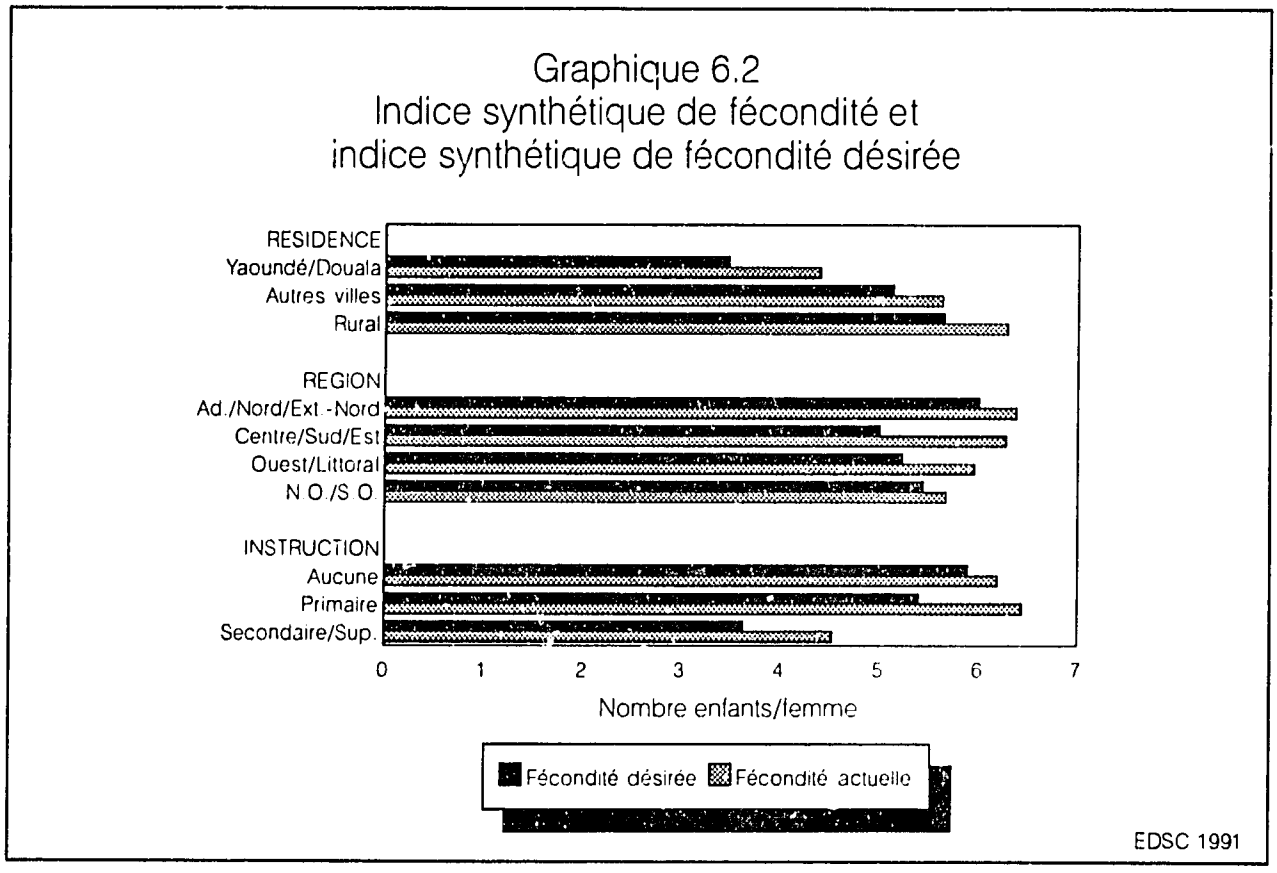
Tableau 6.8 Taux de fécondité désirée

Indice synthétique de fécondité désirée et indice synthétique de fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	3,48	4,41
Autres villes	5,14	5,64
Ensemble urbain	4,52	5,17
Rural	5,66	6,29
Région		
Yaoundé/Douala	3.48	4,41
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	6,00	6,38
Centre/Sud/Est	5,01	6,28
Ouest/Littoral	5,24	5,96
Nord-Ouest/Sud-Ouest	5,45	5,68
Niveau d'instruction		
Aucun	5,89	6,20
Primaire	5,40	6,44
Secondaire ou plus	3,64	4,54
Ensemble des femmes	5,17	5,82

Note: Les indices sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois précédant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au Tableau 3.2.

Le Tableau 6.8 et le Graphique 6.2 présentent une comparaison entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue au calcul de l'ISF, mis à part que les naissances considérées comme non désirées sont éliminées du numérateur. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes camerounaises serait de 5,2 enfants au lieu de 5,8 enfants, soit 10 pour cent plus faible. Quelles que soient leurs caractéristiques, les femmes désirent toujours moins d'enfants qu'elles n'en ont. Du point de vue du milieu de résidence et du niveau d'instruction, comme pour la fécondité actuelle, les indices synthétiques de fécondité désirée sont les plus faibles à Yaoundé/Douala (3,5 enfants) et parmi les femmes ayant une instruction secondaire ou supérieure (3,6 enfants): dans ces deux cas, ainsi que pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la fécondité désirée est de près d'un enfant inférieure à la fécondité actuelle. Au point de vue régional, c'est dans le Centre/Sud/Est que la fécondité désirée est la plus faible, l'ISFD (5,0 enfants) étant inférieur de 1,3 enfants à l'ISF (6,3 enfants).



6.5 PERCEPTION DE LA VALEUR DES ENFANTS

Dans sa diversité socio-culturelle, le Cameroun reste un pays de tradition, à forte population rurale, généralement favorable à une descendance nombreuse. C'est dans ce contexte qu'au cours de l'EDSC on a cherché à connaître la façon dont les femmes perçoivent la valeur des enfants, ou plus précisément les avantages et les inconvénients qu'elles accordent au fait d'avoir beaucoup d'enfants.

Les résultats présentés au Tableau 6.9 et au Graphique 6.3 font apparaître que, dans l'ensemble, les avantages les plus couramment évoqués par les femmes concernent l'aide dans le travail (cité par 49,9% des femmes), suivi par le soutien dans la vieillesse (31,4%) et par l'assistance et l'aide financière (26,5%). La majorité des femmes interviewées ont donc cité, avant tout, des avantages d'ordre économique: ils ont été mentionnés en première position par 58,9 pour cent des femmes. Quant aux avantages d'ordre socio-culturel tels que la postérité ou le patronyme (cité par 15,6% des femmes), la fierté ou l'affirmation de soi (11,3%), le statut social (7,3%) et les obligations religieuses ou sociales (1,5%), ils sont de loin moins importants que les avantages économiques.

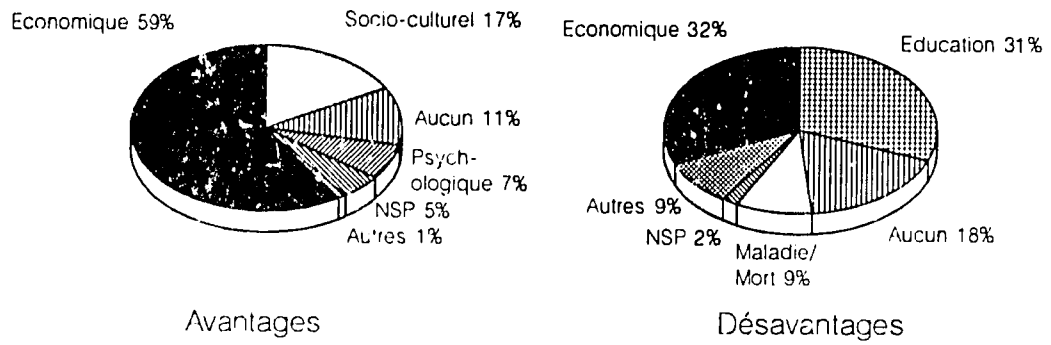
Concernant les désavantages d'avoir beaucoup d'enfants, les coûts et frais financiers sont le plus souvent cités (47,4%), suivis des inconvénients relatifs à l'éducation des enfants, à savoir les problèmes d'encadrement (44,1%) et de discipline (18,0%). La peur de la maladie et de la mort constitue également un autre désavantage important cité par 22,4 pour cent des femmes camerounaises, et mentionné en tant que premier désavantage dans 8,9 pour cent des cas.

Tableau 6.9 Avantages et désavantages d'avoir beaucoup d'enfants

Pourcentage de femmes ayant cité au moins une fois chacun des avantages (ou désavantages) spécifiques, et répartition (en %) des femmes par avantages (ou désavantages) spécifiques cités en première, deuxième et troisième position, EDS Cameroun 1991

Catégorie	Pourcentage de femmes ayant cité	Pourcentage ayant cité en:		
		1er	2ème	3ème
AVANTAGES				
Ordre économique				
Aide dans le travail	49,9	35,5	19,5	14,7
Assistance/aide financière	26,5	10,3	22,6	14,3
Soutien dans la vieillesse	31,4	13,1	23,0	23,2
Ordre psychologique				
Affection/compagnie	18,2	7,2	13,0	16,3
Ordre socio-culturel				
Obligations religieuses/sociales	1,5	0,6	0,8	2,3
Fierté/Affirmation de soi	11,3	5,3	7,1	8,4
Statut social	7,3	2,4	5,5	7,9
Postérité/Patronyme	15,6	8,5	8,0	11,3
Divers				
Survie d'enfants	1,4	1,0	0,4	0,8
Autres	0,7	0,4	0,3	0,6
NSP, ND	5,2	5,2	0,0	0,0
Aucun	10,6	10,6	0,0	0,0
Total	-	100,0	100,0	100,0
Effectif	3871	3871	2254	826
DESAVANTAGES				
Ordre économique				
Coût/Frais financiers	47,4	31,7	21,5	16,7
Ordre d'éducation				
Problèmes d'encadrement	44,1	23,7	29,3	18,2
Problèmes de discipline	18,0	7,1	13,4	15,4
Maladie/mort des enfants	22,4	8,9	15,9	21,2
Divers				
Augmentation du travail	4,3	1,4	3,3	4,5
Contraintes pour les parents	6,6	2,0	5,0	7,9
Inquiétude dans l'avenir	10,0	2,9	8,3	11,0
Problèmes dans le couple	4,2	1,6	2,9	4,4
Santé/Fatigue de la mère	0,2	0,1	0,1	0,4
Autres	1,4	1,2	0,3	0,2
NSP, ND	1,5	1,5	0,0	0,0
Aucun	17,8	17,8	0,0	0,0
Total	-	100,0	100,0	100,0
Effectif	3871	3871	2164	856

Graphique 6.3
Perception de la valeur des enfants
par les femmes de 15-49 ans



Note: Selon le 1er avantage et le 1er désavantage cités

EDSC 1991

Dans le but de savoir ce que représente, pour les femmes, une famille nombreuse, on leur a posé la question suivante: "Selon vous, à partir de combien d'enfants peut-on considérer qu'une femme a beaucoup d'enfants?" On leur a ensuite demandé: "Et vous, préférez-vous beaucoup d'enfants ou peu d'enfants?" Ces deux questions s'adressaient à toutes les femmes de l'échantillon quel que soit leur état matrimonial.

Il ressort du Tableau 6.10 que, pour les femmes interrogées, la taille moyenne d'une famille nombreuse est de 9 enfants et que quatre femmes sur dix préfèrent une famille de cette taille. Ces deux indicateurs sont sensibles aux variables socio-démographiques retenues. Du point de vue de la taille de la famille nombreuse, comme du point de vue des proportions de femmes préférant une famille nombreuse, les écarts observés, d'une part, entre le milieu urbain et le milieu rural, et d'autre part, entre les femmes ayant de l'instruction et celles sans instruction, donnent une indication précieuse sur les transitions sociales en cours induites par ces facteurs de modernisme. S'agissant, par exemple, du niveau d'instruction, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieure considèrent 7,1 enfants comme une taille de famille nombreuse, tandis que pour les femmes sans instruction cette taille est de 10,4 enfants; en outre, seulement 21,6 pour cent des femmes les plus instruites préfèrent une famille nombreuse, contre 53,9 pour cent des femmes sans instruction.

Tableau 6.10 Perception de la famille nombreuse

Nombre moyen d'enfants considéré comme "beaucoup" pour l'ensemble des femmes et pourcentage de l'ensemble des femmes voulant "beaucoup" d'enfants par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre moyen considéré comme "beaucoup"	Pourcentage de femmes voulant "beaucoup" d'enfants	Effectif de femmes
Milieu de résidence	6,7	27,2	627
Yaoundé/Douala	9,0	37,8	998
Autres villes	8,1	33,7	1625
Ensemble urbain	9,6	43,6	2247
Rural			
Région			
Yaoundé/Douala	6,7	27,2	627
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	10,4	52,5	1313
Centre/Sud/Est	8,3	35,1	713
Ouest/Littoral	8,6	40,5	639
Nord-Ouest/Sud-Ouest	9,5	27,1	580
Niveau d'instruction			
Aucun	10,4	53,9	1557
Primaire	8,8	36,2	1288
Secondaire ou plus	7,1	21,6	1026
Ensemble des femmes	9,0	39,4	3871

CHAPITRE 7

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Un des objectifs les plus importants de l'EDSC est de fournir des informations sur la santé de la mère et de l'enfant. A partir des données collectées pour toutes les naissances vivantes qui se sont produites durant les cinq années ayant précédé l'enquête, ce chapitre présente les résultats concernant les soins prénatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveaux-nés, la couverture vaccinale, et enfin la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Ces résultats sont de première importance pour l'identification des populations les plus vulnérables et pour l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé. L'alimentation des enfants et leur état nutritionnel, évalué à partir des mesures anthropométriques, seront présentés au Chapitre 8 (Allaitement, nutrition et état nutritionnel).

7.1 SOINS PRENATALS ET ACCOUCHEMENT

7.1.1 Soins prénatals

Le Tableau 7.1 présente la répartition en pour cent des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête par type de soins prénatals reçus pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. Durant l'enquête, on a enregistré toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse mais, dans le Tableau 7.1, on n'a retenu que la personne la plus qualifiée lorsque plusieurs personnes avaient été consultées. Pour plus des trois quarts des naissances (78,8%), les soins prénatals ont été dispensés par un professionnel de la santé, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une sage-femme ou infirmière, ou d'une aide-soignante: pour la majorité des naissances (59,2%), les mères ont consulté une sage-femme ou une infirmière. Dans très peu de cas (0,2%) seule une accoucheuse traditionnelle a été consultée, et pour une naissance sur cinq (20,9%), les mères n'ont consulté personne au sujet de leur grossesse.

Les consultations prénatales auprès de professionnels de la santé sont très légèrement plus fréquentes pour les naissances survenant chez les femmes les plus jeunes (78,4% à moins de 20 ans et 79,7% à 20-34 ans), que pour les naissances survenant chez les femmes plus [illegible] (74,0% à 35 ans et plus). On observe par ailleurs que la proportion de naissances pour lesquelles la mère a été en consultation diminue selon le rang de naissance: la mère a reçu des soins prénatals auprès de professionnels de la santé pour 86,3 pour cent des naissances de rang 1, contre 81,6 pour cent pour les naissances de rangs 2-3, 78,3 pour cent pour les naissances de rangs 4-5 et 70,7 pour cent pour les naissances de rang 6 et plus. De même les consultations prénatales auprès de médecins sont plus fréquentes pour les naissances de premiers rangs qui sont, peut-être, considérées par les mères comme comportant plus de risques, et qui sont aussi celles survenant chez les femmes les plus jeunes.

C'est surtout du point de vue de la résidence et du niveau d'instruction que les proportions de femmes qui vont en consultation prénatale varient de façon importante (Tableau 7.1). Si la presque totalité des naissances de Yaoundé/Douala (99,3%) donnent lieu à des consultations prénatales, les mères ne reçoivent des soins prénatals auprès de professionnels de la santé que pour 70,5 pour cent des naissances du milieu rural. Le manque d'accessibilité des centres de santé en milieu rural et le fait que les femmes rurales accordent, peut-être, moins d'importance aux soins prénatals peuvent expliquer, du moins en partie, ces différences. De plus, le niveau de "qualification" du personnel consulté diffère largement selon le milieu de résidence: dans plus d'un cas sur quatre à Yaoundé/Douala (28,7%) et dans près d'un cas sur cinq dans les "autres villes" (18,2%), les médecins ont été consultés, alors qu'en milieu rural, les consultations auprès d'un

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de visite prénatale durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Aide-soignante	Ensemble personnel médical	Accoucheuse traditionnelle	Autres	Personne/ ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance									
< 20	11,4	61,0	6,0	78,4	0,5	0,2	20,9	100,0	790
20-34	15,8	59,4	4,5	79,7	0,2	0,1	20,1	100,0	2272
35 et +	10,6	54,2	9,2	74,0	0,0	0,0	26,0	100,0	394
Rang de naisssance									
1	15,3	65,5	5,4	86,3	0,6	0,2	12,9	100,0	645
2-3	17,0	59,8	4,7	81,6	0,1	0,0	18,2	100,0	1079
4-5	13,6	60,6	4,1	78,3	0,3	0,0	21,4	100,0	799
6 +	10,7	52,9	7,1	70,7	0,0	0,1	29,2	100,0	933
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	28,7	70,4	0,2	99,3	0,0	0,0	0,7	100,0	465
Autres villes	18,2	64,5	5,0	87,7	0,0	0,0	12,3	100,0	886
Ensemble urbain	21,8	66,5	3,4	91,7	0,0	0,0	8,3	100,0	1352
Rural	9,4	54,5	6,6	70,5	0,4	0,1	29,0	100,0	2104
Région									
Yaoundé/Douala	28,7	70,4	0,2	99,3	0,0	0,0	0,7	100,0	465
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	8,0	42,5	2,8	53,2	0,3	0,0	46,5	100,0	1319
Centre/Sud/Est	12,5	68,7	8,2	89,4	0,4	0,2	10,0	100,0	626
Ouest/Littoral	24,2	67,1	1,3	92,5	0,2	0,0	7,2	100,0	534
Nord-Ouest/Sud-Ouest	8,9	72,1	17,5	98,6	0,0	0,3	1,2	100,0	510
Niveau d'instruction									
Aucun	6,6	44,8	5,3	56,7	0,4	0,0	43,0	100,0	1480
Primaire	15,1	72,0	6,7	93,8	0,2	0,2	5,8	100,0	1274
Secondaire ou plus	28,7	66,3	3,0	98,0	0,0	0,0	2,0	100,0	702
Ensemble des femmes	14,2	59,2	5,4	78,8	0,2	0,1	20,9	100,0	3456

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

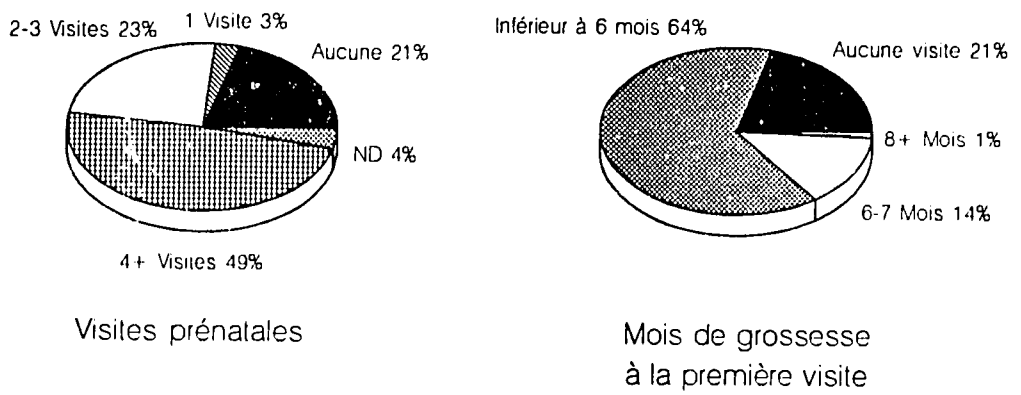
médecin n'ont lieu que pour 9,4 pour cent des naissances. La concentration des médecins dans les zones urbaines est certainement une des raisons expliquant ces écarts. Du point de vue régional, la presque totalité des naissances du Nord-Ouest/Sud-Ouest et neuf naissances sur dix du Centre/Sud/Est et de l'Ouest/Littoral donnent lieu à des consultations prénatales; par contre les mères ne reçoivent des soins prénatals que pour une naissance sur deux (53,2%) dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Curieusement, les médecins sont aussi peu consultés dans Nord-Ouest/Sud-Ouest que dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (respectivement 8,9% et 8,0%) alors qu'ils sont consultés pour un quart des naissances dans l'Ouest/Littoral.

Pour 43 pour cent des naissances issues de femmes sans instruction, celles-ci n'ont eu aucune consultation prénatale contre seulement 5,8 pour cent pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 2,0 pour cent pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. De même, le niveau de "qualification" du personnel consulté augmente avec le niveau d'instruction: un peu plus d'un quart des naissances de femmes des niveaux secondaire ou supérieur (28,7%) ont donné lieu à une consultation auprès d'un médecin, contre 15,1 pour cent des naissances de femmes ayant une instruction primaire et seulement 6,6 pour cent des naissances de femmes sans instruction.

Les soins prénatals sont d'autant plus efficaces qu'ils interviennent à un stade précoce de la grossesse et se poursuivent de façon régulière jusqu'à l'accouchement. Le Graphique 7.1 présente les résultats concernant les visites prénatales effectuées par les femmes enceintes. Pour près de la moitié des naissances (49,2%), les mères ont effectué 4 visites ou plus pendant la grossesse, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS selon lesquelles les mères devraient effectuer au moins quatre visites prénatales. Cependant, pour plus d'un quart des naissances (26,3%), les mères n'effectuent qu'un nombre limité de trois visites ou moins.

Pour 64,0 pour cent de l'ensemble des naissances, c'est-à-dire pour 81 pour cent des naissances pour lesquelles les mères ont reçu des soins prénatals, celles-ci ont effectué leur première consultation à moins de 6 mois de grossesse (Graphique 7.1). La durée médiane de grossesse à la première visite est de 4,3 mois. Ainsi, les femmes qui ont recours aux visites prénatales le font relativement tôt au cours de leur grossesse, ce qui permet un diagnostic précoce concernant des problèmes liés à cette grossesse et donc aide le personnel médical à prendre les mesures appropriées pour dispenser les soins à la mère. Cependant, après la première visite, le suivi de la grossesse devient irrégulier puisque le nombre médian de visites est de 4,7 et les avantages procurés par des visites précoces s'en trouvent ainsi limités.

Graphique 7.1
Visites prénatales et durée de grossesse
à la première visite



EDSC 1991

Au Tableau 7.2 figurent les résultats concernant la vaccination antitétanique des mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Les injections antitétaniques faites pendant la grossesse ont pour but la prévention du tétanos néonatal, qui est une des principales causes de décès des nouveaux-nés dans de nombreux pays en développement (voir Chapitre 10 - Causes de décès). Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin, cependant, si elle a déjà été vaccinée durant une grossesse précédente, une seule dose peut suffire pour la grossesse suivante. Près de sept naissances sur dix (69,3%) ont été protégées par une ou deux doses reçues par les mères durant la

Tableau 7.2 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse et pourcentages de naissances pour lesquelles les femmes ont un carnet prénatal, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques				Total	Pourcentage ayant un carnet prénatal	Effectif de naissances
	0	1	2 et +	NSP/ ND			
Age de la mère à la naissance							
Moins de 20	27,9	23,0	48,4	0,6	100,0	19,6	790
20-34	29,5	21,9	47,4	1,2	100,0	20,9	2272
35 et plus	33,3	18,4	45,9	2,4	100,0	14,0	394
Rang de naissance							
1	23,3	20,7	55,1	0,8	100,0	21,7	645
2-3	24,8	24,4	49,6	1,1	100,0	20,8	1079
4-5	32,[illegible]	22,9	44,0	0,8	100,0	20,9	799
6+	37,0	18,4	42,8	1,8	100,0	16,6	933
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	13,9	25,8	59,9	0,5	100,0	24,1	465
Autres villes	18,8	22,6	56,9	1,7	100,0	30,5	886
Ensemble urbain	17,1	23,7	57,9	1,2	100,0	28,3	1352
Rural	37,5	20,5	40,8	1,2	100,0	14,4	2104
Région							
Yaoundé/Douala	13,9	25,8	59,9	0,5	100,0	24,1	465
Ad./Nord/Ext.-Nord	49,9	16,3	32,9	1,0	100,0	18,3	1319
Centre/Sud/Est	26,3	20,6	52,3	0,8	100,0	18,8	626
Ouest/Littoral	13,2	25,8	60,0	1,0	100,0	27,4	534
Nord-Ouest/Sud-Ouest	12,4	29,5	55,0	3,0	100,0	13,4	510
Niveau d'instruction							
Aucun	48,9	16,6	33,3	1,2	100,0	14,6	1480
Primaire	16,1	26,4	56,1	1,4	100,0	23,3	1274
Secondaire ou plus	13,0	24,1	62,0	0,9	100,0	24,7	702
Ensemble	29,6	21,8	47,5	1,2	100,0	19,8	3456

grossesse. Ce sont les naissances issues des mères les plus jeunes qui sont les mieux protégées: pour 71,4 pour cent des naissances issues de femmes de moins de vingt ans, la mère a reçu une ou deux doses de vaccin pendant sa grossesse contre 64,3 pour cent pour les naissances issues de mères âgées de 35 ans et plus. De même, les naissances de premier rang (qui sont aussi celles des mères les plus jeunes) sont mieux protégées que celles de rangs élevés: 74 pour cent et plus pour les naissances de rang 1 à 3 contre 61,2 pour cent pour les naissances de rang 6 et plus. De même, des différences importantes apparaissent selon le milieu de résidence (85,7% de couverture vaccinale à Yaoundé/Douala, contre 79,5% dans les "autres villes" et 61,3% dans le milieu rural), et selon la région où la couverture varie de 49,2 pour cent seulement dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord à 85,8 pour cent dans l'Ouest/Littoral. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, de très grands écarts apparaissent, comme pour les consultations prénatales: pour 86,1 pour cent des naissances issues de femmes de niveau secondaire ou supérieur, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique, contre seulement 49,9 pour cent lorsque la mère est sans instruction.

Malgré les proportions relativement élevées de femmes ayant fait, au moins, une visite prénatale auprès de professionnels de la santé (pour 78,8% des naissances), et de femmes ayant reçu au moins une vaccination antitétanique (pour 69,3% des naissances), les mères ne possèdent un carnet prénatal que pour 19,8 pour cent des naissances. Pourtant, le carnet prénatal dans lequel sont consignés les visites prénatales,

les caractéristiques de l'accouchement et le suivi de l'enfant fournit un aperçu complet de la santé de la mère et de l'enfant. Les naissances pour lesquelles les mères possèdent un carnet prénatal sont celles des femmes les plus instruites, de celles du milieu urbain, ainsi que les naissances de premier rang. Cependant, quelles que soient les caractéristiques des naissances, la possession d'un carnet n'atteint pas 30 pour cent.

7.1.2 Accouchement

La majorité des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête (62,5%) ont eu lieu dans un établissement sanitaire, en particulier dans les maternités (20,3%) et dans les hôpitaux publics (17,3%) et 36,4 pour cent des naissances ont lieu à la maison (Tableau 7.3 et Graphique 7.2). Les femmes qui sont allées en consultation prénatale sont celles qui accouchent le plus souvent dans les établissements sanitaires et, en particulier, celles qui ont effectué quatre visites prénatales et plus: 84,4 pour cent de leurs naissances ont lieu dans les services de santé. Bien que l'âge de la mère ne semble pas être un facteur déterminant du lieu de l'accouchement, le rang de naissance semble, par contre, jouer un rôle essentiel: les naissances de premier

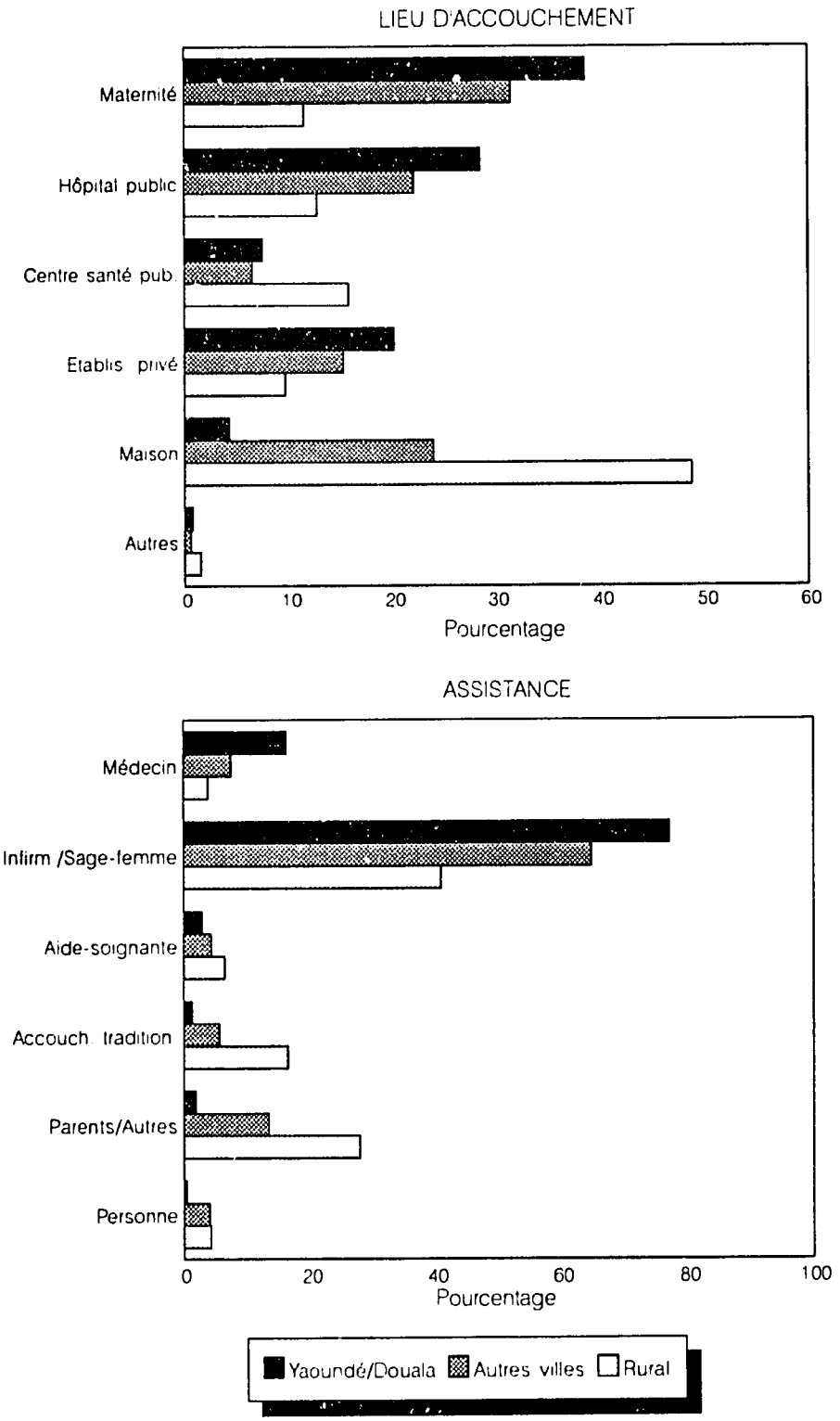
Tableau 7.3 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

		Etablissement sanitaire						
Caractéristique	A la maison	Maternité	Hôpital public	Centre de santé public	Etablis. de soins privé	Autres	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance								
< 20	38,0	20,1	16,0	13,2	11,3	1,4	100,0	790
20-34	35,6	20,4	18,3	12,1	12,8	0,9	100,0	2272
35 et +	37,5	20,0	14,2	11,9	13,5	2,8	100,0	394
Rang de naisssance								
1	27,3	23,4	19,3	14,5	14,2	1,4	100,0	645
2-3	32,8	21,3	19,5	11,7	13,7	1,0	100,0	1079
4-5	38,0	18,4	16,9	14,2	12,0	0,6	100,0	799
6 +	45,3	18,6	13,8	9,9	10,6	1,8	100,0	933
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	4,3	38,6	28,6	7,5	20,2	0,8	100,0	465
Autres villes	24,0	31,5	22,1	6,5	15,3	0,6	100,0	886
Ensemble urbain	17,2	34,0	24,3	6,8	17,0	0,7	100,0	1352
Rural	48,7	11,5	12,8	15,8	9,7	1,6	100,0	2104
Région								
Yaoundé/Douala	4,3	38,6	28,6	7,5	20,2	0,8	100,0	465
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	67,7	16,4	6,0	5,7	3,5	0,7	100,0	1319
Centre/Sud/Est	35,7	15,0	18,9	11,8	16,1	2,5	100,0	626
Ouest/Littoral	14,9	15,3	28,1	13,7	26,7	1,2	100,0	534
Nord-Ouest/Sud-Ouest	7,7	25,4	22,9	32,9	9,9	1,2	100,0	510
Niveau d'instruction								
Aucun	63,6	14,5	7,9	8,6	3,9	1,5	100,0	1480
Primaire	19,3	21,3	22,8	18,0	17,6	1,0	100,0	1274
Secondaire ou plus	9,8	30,7	27,3	9,8	21,6	0,9	100,0	702
Visites prénatales								
Aucune	92,7	1,3	1,9	1,3	0,9	1,8	100,0	723
1 à 3	35,2	18,8	18,4	14,5	12,0	1,1	100,0	911
4 +	14,6	28,6	23,2	14,7	17,9	0,9	100,0	1702
NSP, ND	13,6	27,3	18,9	27,0	10,6	2,6	100,0	120
Ensemble des naissances	36,4	20,3	17,3	12,3	12,6	1,2	100,0	3456

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Graphique 7.2
Lieu d'accouchement et assistance pendant l'accouchement



EDSC 1991

rang ont lieu à 71,4 pour cent dans un service de santé, et cette proportion diminue avec le rang pour concerner seulement 52,9 pour cent des naissances de rang 6 et plus. Comme pour les visites prénatales, les mères qui atteignent des parités élevées, et qui sont aussi les plus âgées, se rendent en plus faible proportion dans un centre de santé pour leur accouchement: peut-être se sentent-elles moins préoccupées par leur grossesse et leur accouchement que les jeunes femmes qui commencent leur vie féconde.

Du point de vue du milieu et de la région de résidence, les écarts constatés pour les visites prénatales et les vaccinations antitétaniques se retrouvent ici; 94,9 pour cent des naissances de Yaoundé/Douala ont lieu dans les services de santé, contre 75,4 pour cent des naissances du reste du milieu urbain et 49,8 pour cent de celles du milieu rural. Le manque d'infrastructures sanitaires ou leur éloignement expliquent certainement, en grande partie, ces différences. Du point de vue régional, si 91,1 pour cent des naissances du Nord-Ouest/Sud-Ouest ont lieu dans des services de santé, cela ne concerne que 31,6 pour cent des naissances de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord: de tels écarts ne trouvent certainement pas leur explication dans la seule accessibilité des services. Le niveau d'instruction de la femme joue un rôle prédominant dans le choix du lieu d'accouchement: les naissances des femmes les plus instruites se produisent, dans leur grande majorité, dans les services de santé (89,4%), alors que seulement un tiers des naissances des femmes sans instruction ont lieu ailleurs qu'à domicile.

Tableau 7.4 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Aide soi-gnante	Ensemble personnel médical	Accou-cheuse tradition-nelle	Parents/ Autres	Personne	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance									
< 20	7,1	49,3	5,8	62,2	10,8	24,8	2,2	100,0	790
20-34	6,6	53,2	5,1	64,9	11,6	19,6	3,8	100,0	2272
35 et +	4,4	49,6	7,0	61,0	13,9	19,0	6,1	100,0	394
Rang de naisssance									
1	9,8	58,0	5,4	73,2	8,2	18,0	0,6	100,0	645
2-3	7,1	54,2	5,6	66,9	10,8	19,6	2,7	100,0	1079
4-5	5,5	53,1	4,8	63,5	11,0	21,9	3,6	100,0	799
6 +	4,3	43,9	5,9	54,1	15,8	22,8	7,2	100,0	933
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	16,3	77,1	2,9	96,3	1,3	1,9	0,5	100,0	465
Autres villes	7,5	64,9	4,4	76,7	5,7	13,5	4,1	100,0	886
Ensemble urbain	10,5	69,1	3,9	83,5	4,2	9,5	2,8	100,0	1352
Rural	3,9	40,9	6,5	51,2	16,5	27,9	4,3	100,0	2104
Région									
Yaoundé/Douala	16,3	77,1	2,9	96,3	1,3	1,9	0,5	100,0	465
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	3,0	27,9	1,8	32,7	19,2	39,6	8,5	100,0	1319
Centre/Sud/Est	3,1	50,3	10,7	64,1	18,0	16,5	1,5	100,0	626
Ouest/Littoral	13,0	70,9	1,4	85,3	3,7	10,5	0,5	100,0	534
Nord-Ouest/Sud-Ouest	4,0	73,2	14,9	92,0	2,5	5,0	0,5	100,0	510
Niveau d'instruction									
Aucun	2,3	30,5	3,1	36,0	19,2	37,3	7,5	100,0	1480
Primaire	6,8	66,3	8,4	81,5	7,4	9,9	1,2	100,0	1274
Secondaire ou plus	14,7	70,8	5,0	90,4	3,7	5,4	0,4	100,0	702
Visites prénatales									
Aucune	0,5	4,6	1,2	6,3	30,9	52,0	10,7	100,0	723
1 à 3	5,4	55,5	5,0	66,0	10,3	20,9	2,8	100,0	911
4 +	9,3	69,5	6,9	85,7	4,8	8,1	1,4	100,0	1702
NSP, ND	10,7	59,3	13,8	83,8	4,8	9,4	2,0	100,0	120
Ensemble des naissances	6,5	51,9	5,5	63,8	11,7	20,7	3,7	100,0	3456

Note: Les données concement les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

La majorité des naissances des cinq dernières années ont eu lieu avec l'assistance de personnel médical (63,8%), et essentiellement avec l'aide d'une infirmière ou sage-femme (51,9%) (Tableau 7.4 et Graphique 7.2). Un accouchement sur dix (11,7%) a eu lieu en présence d'une accoucheuse traditionnelle, un sur cinq (20,7%) avec l'aide de parents ou autres (amies) et pour 3,7 pour cent des naissances, la mère est seule pendant l'accouchement. Une grossesse contrôlée par des visites prénatales aboutit, le plus souvent, à un accouchement assisté par du personnel médical, en particulier, lorsque les visites prénatales ont été nombreuses: 85,7 pour cent des naissances dont la mère a effectué quatre consultations prénatales ou plus, ont eu lieu avec l'assistance de personnel médical.

A l'opposé, lorsque la mère n'est pas suivie pendant sa grossesse, ce sont ses parents ou autres (amies) qui l'aident lors de l'accouchement (52,0%), ou des accoucheuses traditionnelles (30,9%), voire personne (10,7%). Les tendances observées ici sont semblables à celles observées pour les visites prénatales et surtout à celles observées pour le lieu d'accouchement. L'assistance médicale est particulièrement importante pour les naissances de premiers rangs (73,2% pour le rang 1), les naissances de Yaoundé/Douala (96,3%), celles du Nord-Ouest/Sud-Ouest (92,0%) et celles issues des femmes les plus instruites (90,4%). Ce sont également pour ces catégories de naissances que l'intervention du personnel le plus qualifié (médecin) est la plus fréquente. Par contre, l'assistance médicale pendant l'accouchement est faible lorsqu'il s'agit de naissances de rang élevé (54,1% pour les rangs 6 et plus), de naissances du milieu rural (51,2%), de celles de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (32,7%) et de celles issues de femmes sans instruction (36,0%). Dans tous ces cas, lorsqu'il n'y a pas d'assistance médicale, ce sont surtout les parents et autres (amies) qui aident la femme lors de l'accouchement.

Tableau 7.5 Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nature de l'accouchement (césarienne, prématurité), poids à la naissance et taille à la naissance d'après l'opinion de la mère, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Pourcentage
Accouchement par césarienne	
Oui	2,4
Non	97,2
ND	0,4
Total	100,0
Prématurité	
Oui	2,1
Non	97,8
NSP/ND	0,1
Total	100,0
Poids à la naissance	
< 2,5 Kg	3,0
2,5 - 3,5	27,1
3,5 et +	20,7
NSP/ND	49,1
Total	100,0
Taille à la naissance	
Plus gros que la moyenne	32,9
Moyen	52,0
Plus petit que la moyenne	12,3
Très petit	2,7
NSP/ND	0,1
Total	100,0
Effectif de naissances	3456

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, 2,4 pour cent seulement ont eu lieu par césarienne (Tableau 7.5). Les médecins qui sont les seuls à pratiquer ce genre d'opération, ont assisté 6,5 pour cent des naissances; dans un tiers des cas il s'agissait donc d'accouchements présentant des complications nécessitant une césarienne. Par ailleurs, la proportion de naissances prématurées, déclarées par les mères, est également faible (2,1%).

D'après les carnets prénatals ou les déclarations de la mère, un peu plus de la moitié des enfants (50,9%) ont été pesés à la naissance; 6 pour cent d'entre eux étaient de très faible poids (moins de 2 500 grammes), 53 pour cent avaient un poids moyen (de 2 500 à moins de 3 500 grammes), et 41 pour cent étaient plutôt de gros bébés (3 500 grammes et plus). A la question, très subjective, sur la taille de leur bébé à la naissance, 52,0 pour cent des femmes ont déclaré "moyen", elles ont déclaré "très gros ou plus gros que la moyenne" pour 39,9 pour cent des cas, et dans 15,0 pour cent seulement des cas, les mères ont déclaré que leur enfant était "plus petit que la moyenne ou très petit."

7.2 VACCINATION

Pour permettre une évaluation du PEV, l'EDSC a collecté des données sur la couverture vaccinale pour tous les enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), suivies par le PEV au Cameroun, pour être complètement vacciné, un enfant doit recevoir le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de polio et de DTCoq (contre la diphtérie, tétanos et coqueluche). L'OMS recommande que l'ensemble de ces vaccinations soient reçues avant l'âge de 1 an.

Selon les recommandations de l'OMS (OMS 1991), les données sur la vaccination ont été collectées de deux façons différentes: elles ont été, soit copiées à partir du carnet de vaccination produit par la mère, soit enregistrées selon les déclarations de la mère. Une femme qui va en consultation prénatale reçoit, en principe, un carnet prénatal sur lequel sont reportés les résultats des visites prénatales, l'issue de l'accouchement, ainsi que le suivi et les vaccinations des enfants; si la mère ne dispose pas de ce carnet, l'enfant présenté en consultation reçoit un carnet de vaccination où sont inscrits les différentes vaccinations qu'il reçoit. Lorsque la mère disposait de tels documents, les enquêtrices recopiaient les informations qui y étaient inscrites. Dans le cas où la mère ne disposait pas de tels documents (soit elle ne les avait jamais eus, soit ils n 'étaient pas disponibles au moment de l'enquête, soit elle les avait perdus), on lui demandait si son enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio (y compris le nombre de doses), et celui contre la rougeole. Pour les enfants ne disposant pas d'enregistrement écrit, on ne posait pas de question sur le DTCoq, mais cette vaccination étant normalement effectuée en même temps que la polio, on suppose que la couverture est la même que celle de la polio. Que ce soit à partir des documents ou à partir des déclarations de la mère, on a également collecté des données sur la vaccination contre la fièvre jaune bien que la vaccination contre cette maladie ne fasse pas partie du PEV.

Tableau 7.6 Vaccinations par sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques quel que soit l'âge à la vaccination selon que l'information provient d'un carnet de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDS Cameroun 1991

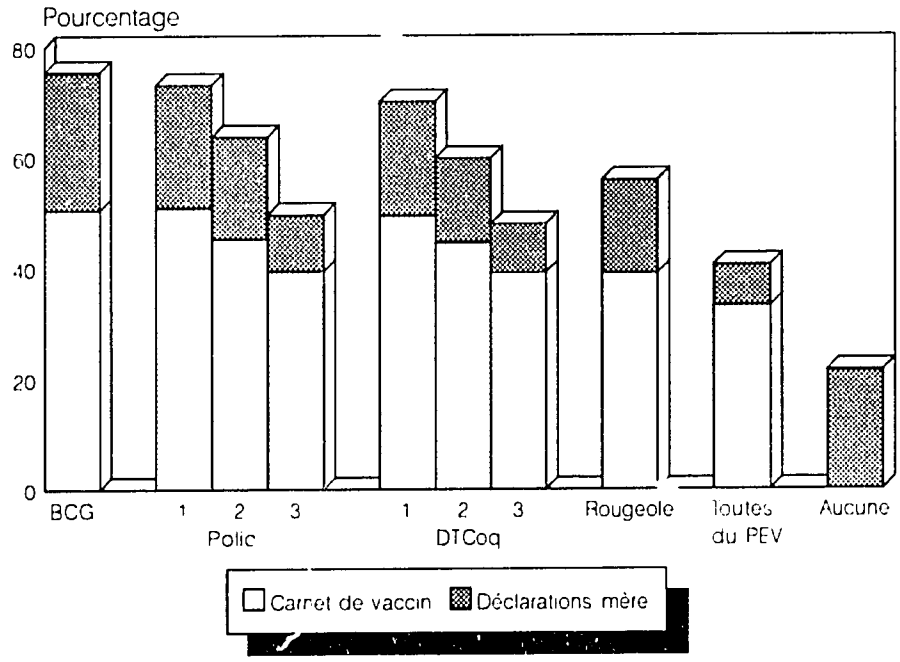
Source d'information	BCG	DTCoq			Polio			Rougeole	Toutes[1]	Aucune	Fièvre jaune	Effectif des enfants
		1	2	3 et+	1	2	3 et+					
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête												
Selon le carnet de vaccination	50,5	49,5	44,6	39,2	50,9	45,3	39,5	39,1	33,2	0,0	0,3	663
Selon la déclaration de la mère	25,0	20,6	15,2	8,8	22,3	18,4	10,2	16,8	7,4	21,6	2,0	663
Selon les deux sources	75,5	70,1	59,7	48,0	73,2	63,7	49,7	56,0	40,6	21,6	2,3	663
Vaccinés avant l'âge de 12 mois												
Selon le carnet de vaccination	47,8	47,0	41,8	34,7	48,4	42,5	35,4	30,9	25,8	2,7	0,1	663
Selon les deux sources	71,5	66,5	56,0	42,5	69,6	59,8	44,5	44,2	31,5	25,6	0,7	663

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année de vie était la même que chez ceux ayant un carnet de vaccination.

[1]Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont recu le BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio).

Au Tableau 7.6 figurent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information: le carnet de vaccination, les déclarations de la mère et les deux sources. Les données concernent seulement les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint un âge où ils devraient être complètement vaccinés. Dans 52,1 pour cent des cas, la couverture vaccinale est mesurée à partir des cartes de carnets de vaccination, pour les autres cas (47,9%) la couverture vaccinale est établie à partir des déclarations de la mère. Les données sur la couverture vaccinale sont synthétisées au Graphique 7.3. Un enfant sur deux âgé de 12-23 mois (50,5%) a reçu le BCG, si l'on se base sur le carnet de vaccination, et un enfant sur quatre (25,0%) a également reçu ce vaccin d'après les déclarations de la mère. Au total donc, 75,5 pour cent des enfants avaient reçu le BCG au moment de l'enquête, et 71,5 pour cent avaient reçu cette vaccination avant l'âge de un an, c'est-à-dire à l'âge où la vaccination est la plus efficace. Au moment de prendre les mesures anthropométriques des enfants (voir Chapitre 8 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel), les enquêtrices constataient si une cicatrice du BCG était visible sur le bras des enfants. Parmi les 75,5 pour cent d'enfants de 12-23 mois vaccinés, les enquêtrices ont constaté des cicatrices du BCG dans 84,5% des cas, ce qui confirme assez bien les données collectées.

Graphique 7.3
Vaccinations des enfants de 12-23 mois
selon le type de vaccin et la source d'information



EDSC 1991

Les résultats concernant les premières doses de polio et de DTCoq sont sensiblement les mêmes que ceux concernant le BCG: 73,2 pour cent des enfants ont reçu la polio 1 et 70,1 pour cent ont reçu le DTCoq1. Dans les deux cas, environ un tiers des enfants vaccinés le sont d'après les déclarations de la mère, et deux tiers d'après les carnets de vaccination. La couverture vaccinale diminue progressivement avec les doses: trois enfants sur quatre ont reçu la première dose de polio ou de DTCoq alors que seulement moins d'un enfant sur deux a reçu la troisième dose. Dans ce cas, ce sont essentiellement les enfants ayant des carnets de vaccination qui ont été vaccinés, et, dans leur grande majorité, ils ont été vaccinés avant l'âge de 1 an: ces enfants-là sont donc les mieux suivis et les mieux vaccinés. La couverture vaccinale contre la rougeole (55,9%) est assez proche de celles de la polio et du DTCoq (2ème et 3ème doses). Parmi les enfants de 12-23

mois, 40,6 pour cent ont été complètement immunisés contre les maladies cibles du PEV, et, à l'opposé, 21,6 pour cent n'ont reçu aucune des vaccinations. Pour plus des trois quarts des enfants complètement vaccinés, le carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice: de même, plus des trois quarts des enfants complètement vaccinés l'ont été avant l'âge de 1 an.

La proportion d'enfants vaccinés contre la fièvre jaune est très faible (2,3%) et, curieusement, il s'agit surtout d'enfants vaccinés selon les déclarations de la mère: seulement 0,3 pour cent des enfants ont été immunisés contre la fièvre jaune d'après le carnet de vaccination. On peut penser que, dans certains cas, les enquêtées ont mentionné la fièvre jaune alors qu'il s'agissait d'une autre vaccination.

Dans le cadre du PEV, c'est contre la tuberculose que les enfants sont le mieux vaccinés (75,5%), puis contre la rougeole (55,9%), la polio (49,7% pour la 3ème dose) et enfin le DTCoq (48,0% pour la 3ème dose). Ce classement des vaccinations se retrouve quelles que soient les caractéristiques de l'enfant et celles de la mère (Tableau 7.7 et Graphique 7.4). La couverture vaccinale varie très peu selon le sexe de l'enfant,

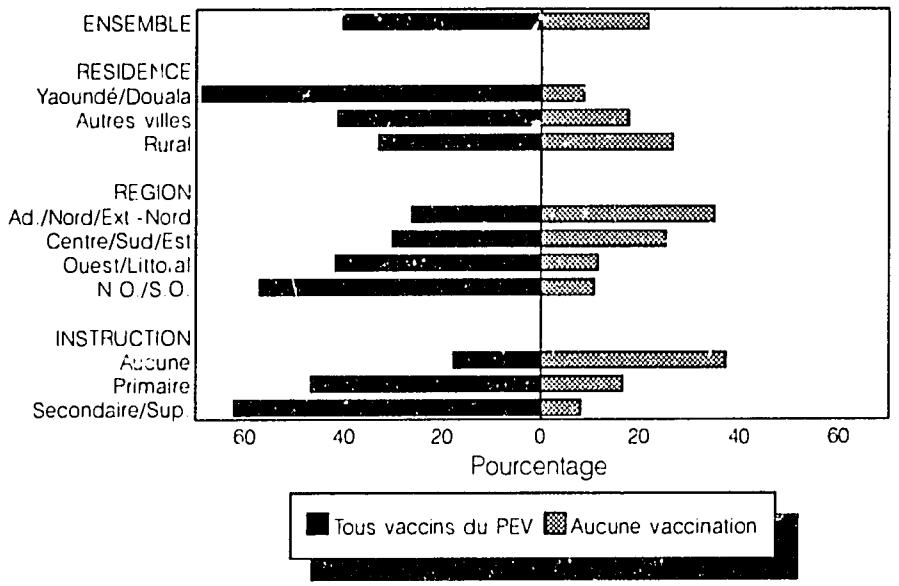
Tableau 7.7 Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccinations a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3 et+	Polio 1	Polio 2	Polio 3 et+	Rougeole	Toutes[1]	Aucune	Fièvre jaune	Pourcentage avec un carnet vaccination	Effectif des enfants
Sexe													
Masculin	76,4	73,8	62,2	50,6	73,6	63,0	50,7	58,0	42,0	20,4	2,2	56,9	345
Féminin	74,6	66,0	57,1	45,1	72,8	64,5	48,5	53,8	39,0	22,9	2,4	46,9	318
Rang de naisssance													
1	79,7	75,7	69,3	56,2	78,7	74,0	58,3	64,2	51,3	18,3	3,0	57,8	132
2-3	78,6	74,6	64,6	53,0	77,6	67,9	55,3	60,5	46,8	18,8	2,6	54,7	203
4-5	75,4	68,1	53,2	41,4	71,4	58,1	43,4	53,9	32,7	20,5	2,1	47,0	143
6 +	69,3	62,5	52,6	41,8	65,9	56,2	42,4	46,8	32,1	27,9	1,6	49,2	185
Milieu de résidence													
Yaoundé/Douala	90,8	86,5	81,2	74,6	85,3	82,3	75,7	79,4	68,9	8,7	3,9	58,6	98
Autres villes	82,3	77,7	69,1	52,3	80,0	73,3	53,7	54,0	41,4	17,7	1,4	56,8	171
Ensemble urbain	85,3	80,9	73,5	60,4	81,9	76,6	61,7	63,2	51,4	14,5	2,3	57,5	269
Rural	68,8	62,6	50,3	39,5	67,3	54,9	41,5	51,0	33,2	26,5	2,3	48,5	394
Région													
Yaoundé/Douala	90,8	86,5	81,2	74,6	85,3	82,3	75,7	79,4	68,9	8,7	3,9	58,6	98
Adam./Nord/Ext.-Nord	61,5	55,1	44,7	34,3	59,5	50,4	35,4	38,7	26,5	35,0	1,4	43,4	220
Centre/Sud/Est	70,0	67,2	50,5	33,5	68,1	52,4	36,6	52,2	30,4	25,2	3,5	39,5	138
Ouest/Littoral	87,3	78,3	68,8	58,4	85,4	76,6	60,8	54,2	41,9	11,5	0,7	64,4	111
Nord-Ouest/Sud-Ouest	86,6	82,1	75,0	61,1	85,7	76,7	61,9	79,2	57,2	10,7	2,7	69,3	96
Niveau d'instruction													
Aucun	58,2	52,2	39,4	28,1	55,1	44,7	29,5	35,2	17,9	37,2	2,2	40,0	230
Primaire	80,9	76,0	65,5	53,6	80,0	68,6	53,7	62,5	46,7	16,5	1,9	56,7	270
Secondaire ou plus	91,1	85,4	78,9	66,7	87,5	82,5	71,4	74,6	62,3	8,1	3,2	61,6	163
Ensemble des enfants	75,5	70,1	59,7	48,0	73,2	63,7	49,7	56,0	40,6	21,6	2,3	52,1	663

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[1]Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont recu le BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio).

Graphique 7.4
Pourcentage d'enfants (12-23 mois) avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination



Note: Information selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère

EDSC 1991

les garçons étant légèrement mieux vaccinés que les filles (42,0% contre 39,0% pour l'ensemble des vaccinations du PEV). De plus, pour les garçons, les mères ont montré un carnet de vaccination dans de plus nombreux cas que pour les filles (56,9% de carnets vus pour les garçons contre 46,9% pour les filles). Du point de vue de l'ordre des naissances, chez les enfants de premiers rangs (1 à 3), les vaccinations sont beaucoup plus fréquentes (51,3% des enfants de rang 1 sont complètement vaccinés et 46,8% pour les rangs 2 et 3) que pour les enfants de rang supérieur (32,7% sont complètement vaccinés en ce qui concerne les rangs 4 et 5 et 32,1% pour les rangs 6 et plus). Les enfants de premier rang étant issus de femmes plus jeunes, on peut penser que celles-ci se sentent plus concernées par les problèmes de santé de leurs enfants que les femmes plus âgées; en outre, le premier enfant est souvent entouré, dans son jeune âge, de plus d'attention que les enfants suivants.

Les différences entre milieux de résidence sont très importantes: 90,8 pour cent des enfants de Yaoundé/Douala ont reçu le BCG contre 82,3 pour cent dans les "autres villes" et seulement 68,8 pour cent en milieu rural; pour les autres vaccinations on observe les mêmes tendances. Pour l'ensemble des vaccinations du PEV, les enfants de Yaoundé/Douala sont deux fois plus vaccinés que ceux du milieu rural (68,9% contre 33,2%). Il convient de souligner également que la diminution de la couverture vaccinale avec les doses est beaucoup plus importante en milieu rural qu'à Yaoundé/Douala. Dans les deux principaux centres urbains, les taux de déperdition[1] entre la première et la troisième dose sont de 11 pour cent pour la polio et de 14 pour cent pour le DTCoq, alors qu'en milieu rural ces taux atteignent, respectivement, 38 et 37 pour cent. L'éloignement des centres de soins explique très certainement ces écarts dans la couverture vaccinale et dans la déperdition de la vaccination. Du point de vue régional (Graphique 7.4), on retrouve les mêmes différences que pour les soins prénatals: les enfants du Nord-Ouest/Sud-Ouest sont les mieux vaccinés

[1] Le taux de déperdition pour la polio, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

(57,2% pour toutes les vaccinations) suivis par ceux de l'Ouest/Littoral (41,9%), par ceux du Centre/Sud/Est (30,4%) et, enfin, par ceux de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (26,5% seulement). Dans cette dernière région 35,0 pour cent des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucune vaccination du PEV. L'instruction de la mère joue également un grand rôle dans la couverture vaccinale des enfants: 85,0 pour cent et plus des enfants de femmes des niveaux secondaire et supérieur ont reçu le BCG, la polio 1 et le DTCoq 1, 74,6 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole et 62,3 pour cent ont été complètement vaccinés. Bien que les proportions d'enfants vaccinés soient plus faibles lorsque la mère a un niveau primaire, près d'un enfant de cette catégorie sur deux (46,7%) est complètement vacciné. Par contre, la couverture vaccinale est très faible lorsque les mères n'ont aucune instruction: 58,2 pour cent de leurs enfants ont reçu le BCG, 35,2 pour cent le vaccin contre la rougeole et seulement moins d'un enfant sur cinq (17,9%) a été complètement vacciné. De plus, il faut remarquer que chez les femmes sans instruction, la proportion d'enfants vaccinés diminue fortement avec les doses: seulement un enfant sur deux ayant reçu la polio 1 ou le DTCoq 1 reçoivent la troisième dose (taux de déperdition de 54% pour chacune des deux vaccinations). La proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination est très élevée lorsque la mère n'a aucune instruction (37,2%), elle diminue de moitié pour les femmes de niveau d'instruction primaire (16,5%), et diminue encore de moitié pour s'établir à 8,1 pour cent pour les femmes des niveaux secondaire ou supérieur, ce qui reste encore assez élevé.

Concernant la fièvre jaune, la proportion d'enfants vaccinés reste très faible quelles que soient les caractéristiques de la mère: même à Yaoundé/Douala, ou lorsque la mère a le niveau d'instruction le plus élevé, seulement 3 à 4 pour cent des enfants sont protégés contre cette maladie.

Les données sur la vaccination ayant été collectées pour tous les enfants de moins de cinq ans, on peut évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de 12 mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois à l'enquête. Le Tableau 7.8 présente ces taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère. Les différentes valeurs ont été calculées à partir des dates de vaccination figurant sur les carnets; dans les cas où les dates de vaccination étaient inconnues, par exemple lorsque l'information provenait des seules déclarations de la mère, on a supposé que ces enfants avaient été vaccinés selon un calendrier similaire à celui des enfants disposant de dates sur les carnets. Figurent également au Tableau 7.8 les proportions d'enfants de chaque âge pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice dans 41,0 pour cent des cas, et cette proportion varie de 52,1 pour cent pour les enfants âgés de 12-23 mois à l'enquête à 32,8 pour cent pour ceux âgés de 48-59 mois. Cette variation correspond, très certainement, à une réelle amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 1987-88 à 1991, même si l'augmentation des proportions peut, en partie, être artificielle parce que résultant de "pertes" de plus en plus nombreuses de carnets de vaccination avec l'avancement en âge des enfants. Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, 65,4 pour cent ont reçu le BCG avant un an, 62,0 pour cent ont reçu la première dose de polio et 60,2 pour cent la première dose de DTCoq, 38,2 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole et 26,9 pour cent ont été protégés contre toutes les maladies du PEV avant l'âge de 12 mois. A l'opposé, un tiers des enfants de 1-4 ans (32,1%) n'ont reçu aucune vaccination.

Les taux de couverture vaccinale sont presque identiques pour les enfants âgés de 24-35 et 48-59 mois, et ils sont légèrement plus faibles pour les enfants âgés de 36-47 mois à l'enquête (Graphique 7.5). Par contre, on note une augmentation très nette des taux chez les enfants les plus jeunes (12-23 mois) par rapport à leurs aînés. Parallèlement, on peut noter que si près d'un tiers des enfants de 24-59 mois n'ont reçu aucune vaccination, cette proportion tombe à un quart pour les enfants de 12-23 mois. Ces variations peuvent, en partie, être dues à des problèmes de mémoire des enquêtées qui, lorsqu'il n'y a pas ou lorsqu'il n'y a plus de trace écrite, se souviendraient moins bien des vaccinations données à leurs enfants les plus âgés. Cependant,

l'ensemble des changements constatés semblent trop importants pour n'être dûs qu'à une amélioration des déclarations pour les enfants les plus jeunes: ils correspondent aussi, très certainement, à une amélioration de la couverture vaccinale des années 1987-88 à 1991.

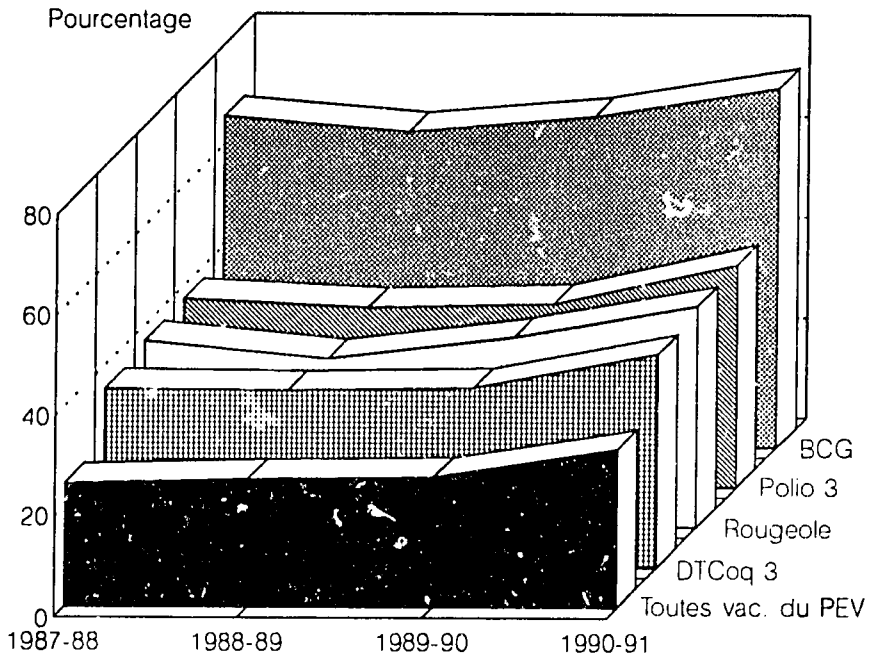
Tableau 7.8 Vaccinations avant l'âge de 12 mois

Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 4 ans pour lesquels un carnet de vaccinations a été montré à l'enquêtrice, et pourcentage de ceux qui ont reçu, avant l'âge de 12 mois, le BCG, le DTCoq, les vaccins contre la polio et contre la rougeole, par âge actuel de l'enfant, EDS Cameroun 1991

	Age actuel de l'enfant en mois				Enfants 12-59 mois
	12-23	24-35	36-47	47-59	
Carnet de vaccination montré à l'enquêteur	52,1	40,8	37,0	32,8	41,0
Pourcentages d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois[1]					
BCG	71,5	65,7	62,6	65,7	66,4
DTCoq 1	66,5	60,0	54,9	58,9	60,2
DTCoq 2	56,0	48,3	43,9	48,5	49,3
DTCoq 3[2]	42,5	35,6	35,0	35,3	37,2
Polio 1	69,6	60,8	56,6	60,8	62,0
Polio 2	59,8	50,3	48,5	50,9	52,5
Polio 3	44,5	36,5	35,7	37,4	38,6
Rougeole	44,2	37,8	33,4	36,9	38,2
Toutes les vaccinations[3]	31,5	25,8	25,4	24,5	26,9
Aucune vaccination	25,6	32,1	38,6	32,4	32,1
Fièvre jaune	0,7	1,6	0,6	1,2	1,0
Effectif d'enfants	663	605	642	582	2492

[1]L'information a été obtenue soit à partir du carnet de vaccinations, soit à partir des déclarations de la mère quand il n'y avait pas d'enregistrement écrit. On suppose que, chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccins reçus durant la première année de vie est la même que chez ceux ayant un carnet.
[2]On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[3]Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont recu le BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio).

Graphique 7.5
Couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 12 mois de 1987-88 à 1990-91



EDSC 1991

7.3 MALADIES DES ENFANTS

7.3.1 Infections respiratoires

La pneumonie est l'une des principales causes de mortalité des enfants au Cameroun (voir Chapitre 10 - Causes de décès). Pour évaluer la prévalence de cette maladie, on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien que le diagnostic de la pneumonie ne puisse être établi aussi aisément et nécessite un examen plus approfondi, la présence de ces deux symptômes concomitants est révélatrice de cette maladie. Les soins précoces et le traitement par les antibiotiques pouvant éviter une grande proportion de décès par pneumonie, on a également demandé aux mères si l'enfant souffrant de toux et de respiration courte et rapide avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Il apparaît au Tableau 7.9 que 8,8 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert, en même temps, de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Apparemment, ces symptômes de la pneumonie sont plus fréquents chez les enfants de moins de deux ans (plus de 10%) que chez leurs aînés, et parmi les enfants du milieu rural (9,5%) que parmi ceux du milieu urbain (7,7%). La région du Centre/Sud/Est, une des plus humides du pays, semble la plus touchée par cette maladie (14,3% de prévalence contre 8,9% et moins dans les autres régions).

Tableau 7.9 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de toux avec une respiration courte et rapide durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants malades ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Enfants avec toux et respiration courte et rapide								
		Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez un médecin	Pourcentage traités avec:						
Caractéristique	Pourcentage avec toux et respiration courte et rapide		Antibiotiques	Injections	Sirop contre la toux	Rèmede traditionnel	Autres	Rien NSP/ND	Effectif des enfants
Age de l'enfant									
< 6 mois	10,4	50,8	20,3	13,5	41,5	16,4	30,8	22,0	291
6-11 mois	10,8	49,8	4,0	7,8	47,3	13,0	38,0	18,2	375
12-23 mois	11,8	58,6	13,3	15,4	54,2	12,3	55,4	8,4	663
24-35 mois	8,6	36,7	16,5	4,1	33,6	19,5	38,7	17,7	605
36-47 mois	5,8	30,7	11,5	7,2	38,1	13,7	36,2	24,7	642
47-59 mois	6,6	42,3	13,7	2,1	40,5	29,4	37,4	6,8	582
Sexe									
Masculin	8,9	50,8	13,8	12,1	45,0	15,7	44,5	12,2	1584
Féminin	8,6	41,6	12,4	5,7	42,6	17,9	39,2	18,1	1573
Rang de naisssance									
1	8,5	51,5	14,1	1,1	46,9	16,9	48,2	9,5	589
2-3	7,5	47,9	20,5	16,2	43,4	12,2	40,9	18,6	992
4-5	10,3	49,4	12,4	5,0	49,5	16,0	46,3	13,0	735
6 et +	8,6	37,7	5,6	11,4	36,0	22,3	33,3	17,6	842
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	7,5	60,5	26,9	3,3	77,8	8,6	52,9	3,5	429
Autres villes	7,8	51,1	14,5	14,7	58,5	15,4	50,0	5,9	816
Ensemble urbain	7,7	54,3	18,6	10,9	65,0	13,1	51,0	5,1	1244
Rural	9,5	42,1	10,2	8,0	32,7	18,7	37,2	20,3	1913
Région									
Yaoundé/Douala	7,5	60,5	26,9	3,3	77,8	8,6	52,9	3,5	429
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	7,2	32,9	4,1	9,9	32,8	16,1	32,8	27,2	1153
Centre/Sud/Est	14,3	47,8	20,9	13,4	31,0	25,7	38,8	9,4	588
Ouest/Littoral	8,9	51,9	15,1	6,7	53,0	15,6	49,3	10,8	498
Nord-Ouest/Sud-Ouest	6,7	55,3	0,0	4,0	59,3	5,0	52,5	15,9	490
Niveau d'instruction									
Aucun	8,5	35,0	2,9	9,6	24,1	20,0	34,5	27,5	1291
Primaire	9,4	51,1	16,7	10,3	44,3	19,7	42,0	9,7	1201
Secondaire ou plus	8,0	59,4	26,7	5,0	83,6	4,0	57,1	0,9	665
Ensemble des enfants	8,8	46,3	13,1	9,0	43,8	16,8	41,9	15,1	3157

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Près de la moitié des enfants présentant les symptômes de la toux et de respiration courte et rapide ont été conduits en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical (46,3%). Au niveau des traitements reçus, la majorité des enfants (43,8%) ont reçu du sirop contre la toux, 13,1 pour cent ont reçu des antibiotiques par voie orale[2] et 9,0 pour cent ont été soignés par injections qui peuvent contenir également des antibiotiques. En outre, 16,8 pour cent des enfants malades ont été soignés au moyen de remèdes traditionnels. Les réponses multiples étaient admises pour les traitements, ce qui explique la très forte proportion d'enfants ayant reçu "d'autres remèdes" (41,9%): dans leur très grande majorité, les enfants ayant reçu ces "autres remèdes" ont également reçu un traitement au moyen d'un des médicaments spécifiques qui sont présentés dans le tableau. La fréquentation des établissements de soins et le type de traitement reçu diffèrent grandement selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants et de leur mère. Les enfants les plus jeunes (moins de 2 ans), et qui sont les plus atteints, sont conduits en consultation en plus forte proportion que leurs aînés. De même, ceux de sexe masculin (peut-être parce qu'on en prend plus soin que des filles), ceux de Yaoundé/Douala, ceux de l'Ouest/Littoral et du Nord-Ouest/Sud-Ouest, et ceux dont la mère a le niveau d'instruction le plus élevé sont ceux qui fréquentent davantage les établissements sanitaires en cas de maladie. A l'inverse, ce sont les enfants malades du milieu rural, ceux de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord et ceux dont la mère est sans instruction qui fréquentent le moins les établissements de soins et qui sont le moins traités au moyen de médicaments modernes spécifiques.

7.3.2 Fièvre

Le paludisme, maladie à haute endémicité au Cameroun, est également l'une des principales causes de décès des enfants (voir Chapitre 10 - Causes de décès). Bien que le diagnostic du paludisme ne soit pas aisé, la fièvre en est le symptôme principal, aussi a-t-on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Si tel était le cas, on demandait si l'enfant avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Au niveau national (Tableau 7.10), 22,8 pour cent des enfants en bas âge ont eu de la fièvre: les enfants les plus touchés sont ceux de 6-23 mois (28,7%), ceux de Yaoundé/Douala et du milieu rural (respectivement 24,8% et 24,0%), et ceux du Nord-Ouest/Sud-Ouest (32,2%) et du Centre/Sud/Est (30,0%). Du point de vue du niveau d'instruction de la mère, la prévalence la plus élevée s'observe chez les femmes instruites (autour de 26% pour les femmes ayant atteint un certain niveau d'instruction contre 17,6% pour les femmes sans instruction): cela signifie, peut-être, simplement que les femmes instruites déclarent plus facilement que les femmes sans instruction la présence de ce symptômes parce qu'elles se rendent plus facilement compte que leur enfant est malade, ou parce qu'elles ont plus conscience que la fièvre est un symptôme sérieux.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, 40,9 pour cent ont été conduits en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical. Les enfants les plus jeunes, ceux de sexe masculin, ceux du milieu urbain et ceux du Nord-Ouest/Sud-Ouest sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment en consultation dans des établissements sanitaires. La grande majorité des enfants malades (56,7%) ont été traités avec des anti-paludéens, et 13,9 pour cent ont reçu des remèdes traditionnels. Les antibiotiques n'ont été donnés qu'à 8,0 pour cent des enfants mais, dans 6,8 pour cent des cas, l'enfant a reçu une injection qui pourrait également contenir des antibiotiques. Les réponses multiples étant admises pour les traitements, cela explique, comme dans le cas des infections respiratoires, la très forte proportion d'enfants ayant reçu "d'autres remèdes" (50,5%), dont la majorité les ont reçu en plus des médicaments spécifiques listés dans le tableau.

---

[2] Pendant l'interview, l'enquêtrice demandait à voir le flacon de sirop utilisé, ou, si cela n'était pas possible, elle demandait la marque du sirop. Cependant, même en prenant de telles précautions, la distinction entre un sirop antitussif et un sirop antibiotique n'est pas toujours aisée, et il est fort possible que la répartition entre ces deux catégories de médicaments soit, en réalité, quelque peu différente de celle présentée ici.

Tableau 7.10 Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants avec la fièvre ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

		Enfants avec fièvre							
			Pourcentage traités avec:						
Caractéristique	Pourcentage ayant la fièvre	Pourcentage menés en visite dans établis-sement sanitaire ou chez un médecin	Anti-biotiques	Injec-tions	Sirop contre la toux	Rèmede tradi-tionnel	Autres	Rien NSP/ND	Effectif des enfants
Age de l'enfant									
< 6 mois	19,8	45,5	52,9	15,6	4,9	13,3	43,2	21,5	291
6-11 mois	30,4	48,0	47,5	5,4	3,5	12,0	52,0	16,2	375
12-23 mois	27,7	43,6	60,1	10,0	8,2	17,5	55,6	6,0	663
24-35 mois	23,5	41,2	61,0	8,7	6,3	11,8	48,3	11,0	605
36-47 mois	19,1	29,7	49,1	5,9	6,3	15,2	47,0	18,1	642
47-59 mois	17,0	38,3	66,4	4,6	10,6	11,2	51,3	7,5	582
Sexe									
Masculin	23,8	44,7	57,2	8,1	9,0	13,8	49,0	10,7	1584
Féminin	21,7	36,7	56,1	8,0	4,4	14,0	52,2	13,6	1573
Rang de naisssance									
1	20,1	38,5	60,3	5,4	2,7	15,5	49,0	10,3	589
2-3	20,7	40,0	61,0	11,1	7,6	13,7	55,3	9,1	992
4-5	26,8	46,1	51,3	9,9	6,3	13,3	52,2	14,0	735
6 et +	23,6	38,1	55,4	4,5	8,9	13,7	44,9	14,4	842
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	24,8	47,2	74,3	18,9	5,7	9,3	65,1	2,3	429
Autres villes	18,7	52,0	59,7	11,2	7,6	8,8	62,9	7,2	816
Ensemble urbain	20,8	50,1	65,7	14,3	6,8	9,0	63,8	5,2	1244
Rural	24,0	35,7	51,6	4,5	6,8	16,7	43,1	16,0	1913
Région									
Yaoundé/Douala	24,8	47,2	74,3	18,9	5,7	9,3	65,1	2,3	429
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	14,4	29,0	36,0	4,1	6,7	13,6	34,1	31,3	1153
Centre/Sud/Est	30,0	35,0	52,9	9,9	7,3	24,4	47,4	6,7	588
Ouest/Littoral	22,5	36,6	58,4	4,1	5,8	11,7	53,9	13,5	498
Nord-Ouest/Sud-Ouest	32,2	58,8	69,6	5,4	7,7	7,1	59,2	3,5	490
Niveau d'instruction									
Aucun	17,6	31,9	39,5	3,2	5,6	16,2	31,0	28,4	1291
Primaire	27,6	47,2	63,5	8,1	8,2	14,4	55,8	6,2	1201
Secondaire ou plus	24,1	40,6	67,0	14,8	5,5	9,5	67,4	1,2	665
Ensemble des enfants	22,8	40,9	56,7	8,0	6,8	13,9	50,5	12,1	3157

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Quelles que soient les caractéristiques des enfants ou celles de leur mère, le traitement par anti-paludéen est largement dominant, en particulier chez les enfants de plus de un an (peut-être, parce qu'avant un an la fièvre est souvent associée à d'autres maladies que le paludisme), chez les enfants du milieu urbain, du Nord-Ouest/Sud-Ouest et chez ceux dont la mère a un certain niveau d'instruction. Les antibiotiques viennent en deuxième position à Yaoundé/Douala, dans le milieu urbain et chez les enfants dont les mères sont les plus instruites, alors que ce sont les remèdes traditionnels qui viennent en deuxième position en milieu rural et chez les enfants dont les mères sont sans instruction ou avec une instruction primaire.

Tableau 7.11 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentages de ceux ayant eu la diarrhée dans les dernières 24 heures, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête[1]		Toute diarrhée dans les dernières 24 h.[2]	Effectif des enfants
	Toute diarrhée	Avec sang dans selles		
Age de l'enfant				
< 6 mois	7,3	0,5	4,4	291
6-11 mois	28,4	3,6	15,2	375
12-23 mois	28,2	2,5	11,8	663
24-35 mois	20,5	3,4	9,4	605
36-47 mois	12,2	2,6	5,7	642
47-59 mois	7,5	2,2	3,6	582
Sexe				
Masculin	19,2	2,5	8,8	1584
Féminin	16,3	2,7	7,9	1573
Rang de naisssance				
1	17,8	3,6	7,7	589
2-3	17,6	1,8	8,2	992
4-5	17,6	3,0	8,0	735
6 et +	18,1	2,4	9,2	842
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	11,2	1,0	3,3	429
Autres villes	20,0	2,8	8,9	816
Ensemble urbain	17,0	2,2	7,0	1244
Rural	18,2	2,8	9,2	1913
Région				
Yaoundé/Douala	11,2	1,0	3,3	429
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	24,3	4,1	14,2	1153
Centre/Sud/Est	18,9	2,6	7,5	588
Ouest/Littoral	14,0	1,1	4,8	498
Nord-Ouest/Sud-Ouest	10,6	1,8	3,3	490
Niveau d'instruction				
Aucun	22,2	4,1	11,9	1291
Primaire	14,7	1,6	6,2	1201
Secondaire ou plus	14,6	1,3	5,2	665
Ensemble des enfants	17,7	2,6	8,3	3157

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.
[1]Y compris toute diarrhée dans les dernières 24 heures
[2]Y compris diarrhée avec présence de sang dans les selles

7.3.3 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques sont très fréquentes et la déshydratation qui peut s'ensuivre est la principale cause de décès des enfants au Cameroun (voir Chapitre 10 - Causes de décès). Suivant les recommandations de l'OMS pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé dans un programme de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. En plus des questions sur la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, on a donc demandé aux femmes si elles connaissaient et avaient utilisé les traitements de réhydratation par voie orale.

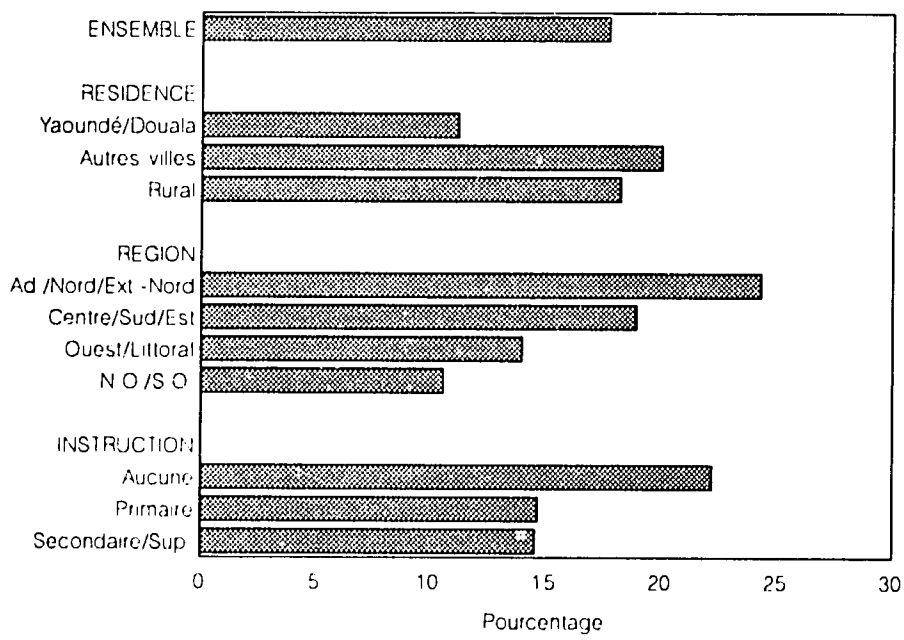
Pour l'étude de la prévalence de la diarrhée,[3] deux périodes de référence ont été retenues: les deux semaines et les vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête. Le Tableau 7.11 fait apparaître que 17,7 pour

[3] La diarrhée n'a pas été définie dans le questionnaire dans la mesure où l'on estimait que les mères savait ce qu'est cette maladie. Dans le cas où elles ne comprennaient pas exactement de quoi il s'agissait, l'enquêtrice demandait alors si l'enfant avait eu plus de trois selles liquides par jour.

cent des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines ayant précédé l'enquête: près de la moitié de ces enfants (8,3%) avaient toujours la diarrhée dans les vingt-quatre heures avant l'enquête. En outre, 2,6 pour cent des enfants (soit un enfant sur sept ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines), ont eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles, ce qui est un symptôme de dysenterie. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 6-24 mois (plus de 28%), âges du sevrage et surtout âges auxquels les enfants commencent à porter n'importe quoi à leur bouche, s'exposant ainsi aux microbes pathogènes.

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on observe de fortes différences de prévalence (Graphique 7.6). Les enfants des "autres villes" (20,0%) et ceux du milieu rural (18,2%) sont beaucoup plus atteints que ceux de Yaoundé/Douala (11,2%). Au point de vue régional, c'est dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord que les enfants sont le plus atteints (24,3%), suivis par ceux du Centre/Sud/Est (18,9%). Les mauvaises conditions sanitaires et la difficulté d'approvisionnement en eau potable sont certainement la cause de ces fortes prévalences. Le niveau d'instruction de la mère qui influe sur la connaissance des pratiques alimentaires et des mesures d'hygiène est également un facteur déterminant de la prévalence et la durée de la diarrhée: 22,2 pour cent des enfants dont la mere n'a aucune instruction ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, contre près de 15 pour cent pour les enfants dont la mère a un minimum d'instruction. Ces écarts ne s'expliquent pas par la seule différence de niveau d'instruction des mères, mais aussi, et surtout, par les conditions socio-économiques et environnementales qui différencient souvent les femmes des différents niveaux d'instruction.

Graphique 7.6
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans
avec la diarrhée dans les 2 semaines avant l'enquête



EDSC 1991

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années avant l'enquête, seulement deux sur cinq (43,7%) ont déclaré connaître les sachets de sels de réhydratation (SRO), et près d'une sur quatre (23,0%) a déclaré en avoir déjà utilisé (Tableau 7.12). Connaissance et utilisation varient fortement selon les caractéristiques des femmes. Les proportions de femmes du milieu urbain connaissant (59,5%) et utilisant (32,7%) les SRO sont près de deux fois plus importantes que celles des femmes du milieu rural (respectivement 33,6% et 16,9%); les femmes de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, où la prévalence de la diarrhée est la plus forte, sont celles qui connaissent et utilisent le moins les sachets de SRO (respectivement 29,6% et 16,7%), à l'opposé, les femmes du Nord-Ouest/Sud-Ouest, où la prévalence de la diarrhée est la plus faible, sont celles qui les connaissent et les utilisent le plus (respectivement 51,9% et 32,1%). Enfin la connaissance des sachets de SRO varie de 27,1 pour cent chez les femmes sans instruction à 64,8 pour cent chez les femmes des niveaux secondaire ou supérieur, et, de même, l'utilisation des sachets passe de 13,6 à 34,1 pour cent entre ces deux catégories de femmes.

Tableau 7.12 Connaissance et utilisation des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années précédant l'enquête connaissant et ayant déjà utilisé les sachets de SRO, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Connaît les sachets de SRO	A déjà utilisé les sachets de SRO	Effectif de mères
Age de la mère			
15-19	34,2	14,6	269
20-24	47,9	26,6	581
25-29	50,4	26,0	473
30-34	44,3	25,7	410
35-49	35,9	17,7	434
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	66,9	34,4	303
Autres villes	55,3	31,7	541
Ensemble urbain	59,5	32,7	843
Rural	33,6	16,9	1324
Région			
Yaoundé/Douala	66,9	34,4	303
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	29,6	16,7	807
Centre/Sud/Est	48,8	23,6	380
Ouest/Littoral	42,7	18,3	343
Nord-Ouest/Sud-Ouest	51,9	32,1	335
Niveau d'instruction			
Aucun	27,1	13,6	923
Primaire	50,7	27,7	782
Secondaire ou plus	64,8	34,1	462
Ensemble des enfants	43,7	23,0	2168

Note: Y compris les mères qui ont donné des sachets de SRO contre la diarrhée pendant les deux semaines précédant l'enquête, bien qu'on ne leur ait pas posé de questions sur leur connaissance des sachets de SRO.

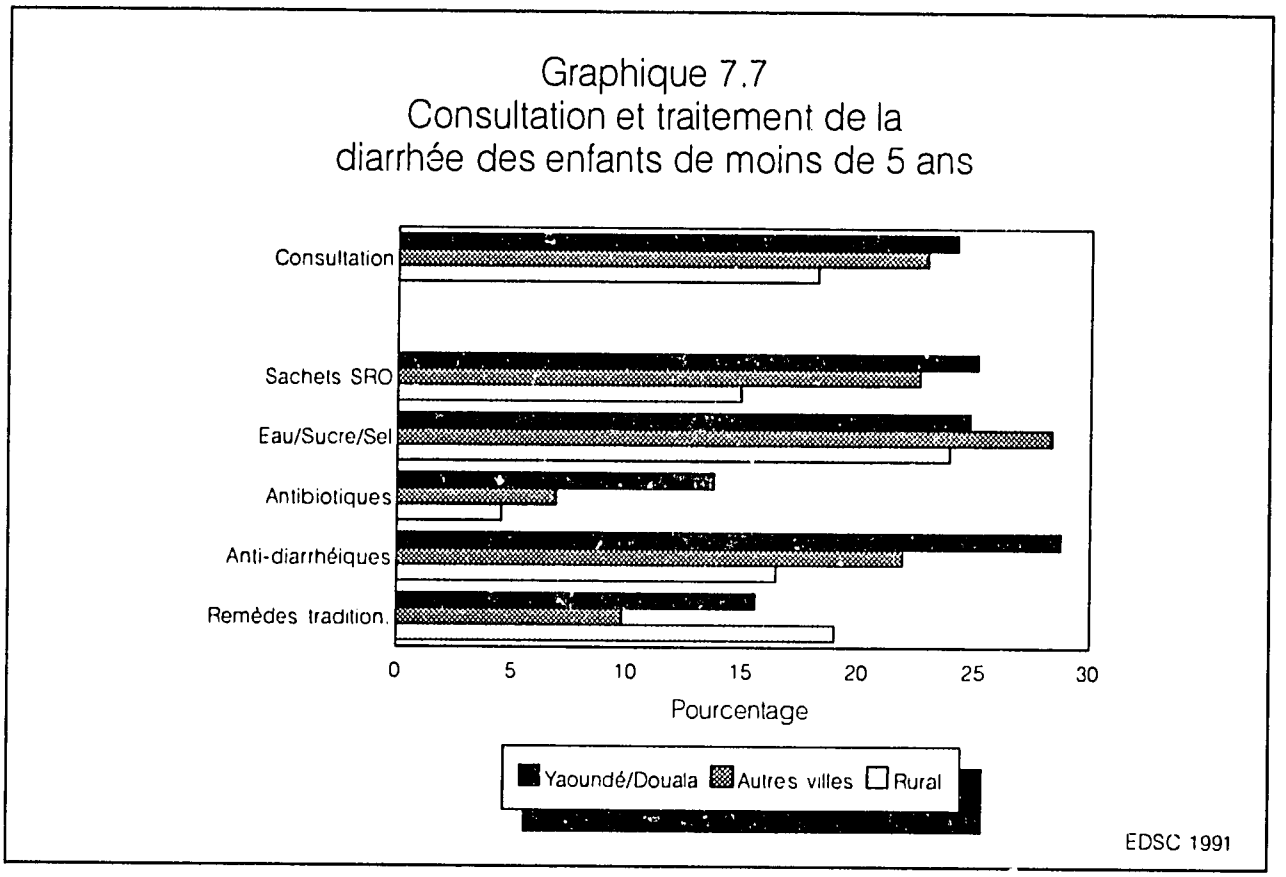
Parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête, un sur cinq (20,1%) a été conduit en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical (Tableau 7.13 et Graphique 7.7). Les consultations sont beaucoup plus fréquentes pour les enfants de 6-23 mois, qui sont aussi les plus atteints, que pour les enfants plus jeunes et pour ceux qui sont plus âgés. Les enfants malades de la région du Nord-Ouest/Sud-Ouest sont ceux qui sont le plus menés en consultation (50,5% contre 24% et moins dans les autres régions); par contre la fréquentation des établissements de soins en cas de diarrhée ne varie pas autant en fonction du milieu d'habitat: 23,2 pour cent des enfants diarrhéiques de l'ensemble du milieu urbain sont menés en consultation contre 18,2 pour cent des enfants du milieu rural. Enfin, les consultations sont beaucoup plus fréquentes pour les enfants de femmes ayant un certain niveau d'instruction (22,6% et plus) que pour ceux dont la mère est sans instruction (14,9%).

Tableau 7.13 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont été menés en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez médecin	TRO reçu: Sachets SRO	TRO reçu: Solution préparée à la maison	Pourcentage ayant reçu davantage de liquides	Pourcentage n'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Autres traitements reçus: Anti-biotiques	Autres traitements reçus: Anti-diarrhéiques	Autres traitements reçus: Autres	Autres traitements reçus: Remèdes tradit.	Effectif des enfants avec diarrhée
Age de l'enfant										
< 6 mois	15,0	2,5	2,5	46,3	53,7	2,5	0,0	16,1	6,1	21
6-11 mois	22,6	20,9	23,9	53,2	35,1	5,3	20,4	6,9	14,9	106
12-23 mois	26,2	22,6	33,1	63,4	28,2	7,5	26,2	11,3	16,2	187
24-35 mois	16,8	16,7	18,0	59,6	33,3	4,9	12,9	7,7	15,2	124
36-47 mois	10,5	12,8	19,8	60,9	32,2	3,2	17,8	10,1	19,1	78
47-59 mois	16,4	12,1	36,9	65,3	19,2	11,3	14,9	17,3	20,2	43
Sexe										
Masculin	19,5	15,8	26,3	59,9	31,7	6,8	19,6	10,0	19,4	303
Féminin	20,8	20,7	24,0	59,7	31,2	5,1	18,6	10,4	12,1	257
Rang de naisssance										
1	8,9	15,1	24,6	64,3	29,7	6,4	12,4	7,6	17,2	105
2-3	28,2	23,2	29,1	61,3	30,4	9,8	17,9	12,7	15,6	174
4-5	22,2	16,4	25,3	60,1	29,8	4,2	24,7	10,6	15,6	129
6 et +	16,5	15,5	21,4	54,6	35,3	3,0	20,4	8,6	16,2	152
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	24,2	25,1	24,8	81,4	15,0	13,8	28,7	9,5	15,6	48
Autres villes	22,9	22,6	28,3	52,5	33,9	6,9	21,9	17,6	9,8	163
Ensemble urbain	23,2	23,2	27,5	59,1	29,6	8,5	23,5	15,7	11,1	211
Rural	18,2	14,9	23,9	60,2	32,6	4,5	16,5	6,8	19,0	349
Région										
Yaoundé/Douala	24,2	25,1	24,8	81,4	15,0	13,8	28,7	9,5	15,6	48
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	14,4	15,0	20,1	55,0	35,9	3,7	15,6	9,1	14,1	280
Centre/Sud/Est	15,3	9,6	18,4	61,7	32,1	7,4	19,8	6,2	27,0	111
Ouest/Littoral	24,5	27,6	43,2	61,8	29,2	7,3	14,4	18,6	11,8	70
Nord-Ouest/Sud-Ouest	50,5	33,1	44,2	59,0	24,6	6,6	34,1	13,9	9,2	52
Niveau d'instruction										
Aucun	14,9	15,3	18,8	49,9	39,7	3,4	14,1	10,1	15,9	286
Primaire	26,9	20,0	35,6	65,9	24,8	6,9	22,7	9,9	17,4	177
Secondaire ou plus	22,6	22,5	25,4	77,7	19,2	12,3	27,4	11,0	14,1	97
Ensemble des enfants avec diarrhée	20,1	18,0	25,3	59,8	31,5	6,0	19,1	10,2	16,1	560

Note: La thérapie par réhydratation orale (TRO) comprend la solution préparée à partir des sachets de SRO et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

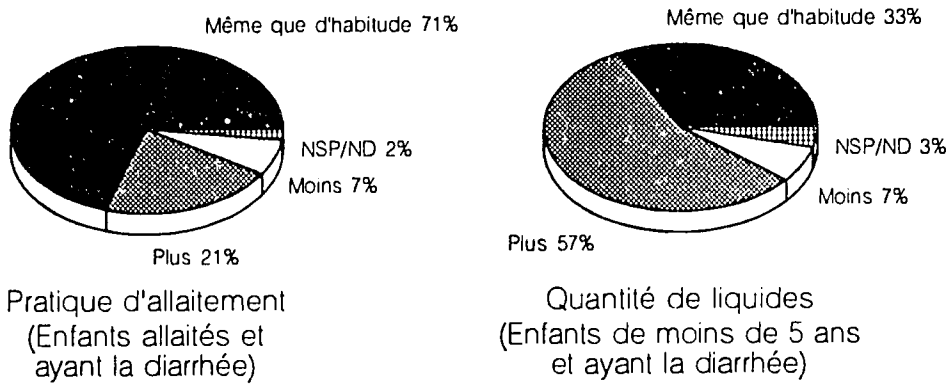


Pendant les épisodes diarrhéiques, près d'un enfant sur trois (31,5%) n'a pas reçu une quantité de liquides (y compris le lait maternel) plus importante qu'en période normale. Seulement 18,0 pour cent des enfants ont reçu des sachets de SRO[4] et 25,3 pour cent ont été traités avec une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Compte tenu du fait que 43,7 pour cent des femmes ont déclaré connaître les SRO, ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique cette connaissance. Le Graphique 7.8 montre qu'en ce qui concerne l'ensemble des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée, 32,8 pour cent ont reçu la même quantité de liquides (non compris l'allaitement), 56,5 pour cent en ont reçu plus et 7,2 pour cent en ont reçu moins qu'en période normale. Par ailleurs, 70,8 pour cent des enfants qui sont toujours allaités et qui ont eu la diarrhée ont continué d'être allaités de la même façon pendant les épisodes diarrhéiques; dans 20,6 pour cent des cas l'allaitement a été augmenté et pour 7 pour cent des enfants l'allaitement a été réduit. Ces résultats montrent que les mères devraient être mieux informées sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides (allaitement ou autres) à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques.

Les enfants de Yaoundé/Douala et ceux dont la mère a un certain niveau d'instruction sont ceux pour lesquels l'augmentation de la quantité de liquide donné pendant les épisodes diarrhéiques est la plus fréquente (Tableau 7.13). En tant que médicament, les anti-diarrhéiques, qui peuvent avoir un effet néfaste, sont les plus utilisés (19,1%), en particulier à Yaoundé/Douala (28,7%), dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest (34,1%) et chez

[4] Une enquête menée en 1991 dans les provinces du Nord et du Nord-Ouest estime que, parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les dernières vingt-quatre heures, seulement 5 pour cent ont été traités au moyen de SRO dans les dernières vingt-quatre heures (OMS et PRITECH, 1992). Ce résultat ne peut être directement comparé à celui trouvé à l'EDSC en raison des différences de couverture des deux enquêtes; de plus, les résultats de l'EDSC concernent les enfants ayant eu la diarrhée et ayant été traités au moyen de SRO dans les deux dernières semaines.

Graphique 7.8
Allaitement et quantité de liquides
donnés aux enfants ayant la diarrhée



Pratique d'allaitement
(Enfants allaités et
ayant la diarrhée)

Quantité de liquides
(Enfants de moins de 5 ans
et ayant la diarrhée)

EDSC 1991

les enfants dont la mère a fréquenté l'école (22,7% et plus). Les antibiotiques ne sont utilisés que dans 6,0 pour cent des cas,[5] et surtout à Yaoundé/Douala (13,8%) et lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (12,3%). Enfin, en cas de diarrhée, les remèdes traditionnels sont largement utilisés (16,1%), et plus particulièrement (près d'un cas sur cinq) pour les enfants de trois ans et plus, les garçons, les enfants du milieu rural et ceux du Centre/Sud/Est.

[5] Comme pour les antitussifs et antibiotiques, la distinction entre anti-diarrhéiques et antibiotiques n'est pas toujours aisée, et il est fort possible que la répartition entre ces deux catégories de médicaments soit, en réalité, quelque peu différente de celle présentée ici.

CHAPITRE 8

ALLAITEMENT, NUTRITION ET ETAT NUTRITIONNEL

Ce chapitre est consacré à l'alimentation et à l'état nutritionnel des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Dans une première partie sont présentés les résultats de l'enquête concernant les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément; la deuxième partie porte sur les mesures anthropométriques (taille et poids) des enfants, à partir desquelles est évalué leur état nutritionnel.

8.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLEMENT

Les pratiques d'alimentation et la morbidité constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte, à son tour, la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parce que le lait maternel est stérile et qu'il transmet les anticorps de la mère ainsi que tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans leurs premiers mois d'existence, il évite les déficiences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'allaitement par son intensité et sa fréquence, prolonge l'infécondité post-partum et par conséquent, en affectant l'intervalle entre naissances, il influe sur le niveau de fécondité et sur l'état de santé des mères. C'est pour ces raisons qu'au cours de l'EDSC, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et quel type d'aliments. On a demandé également aux mères si elles avaient utilisé des biberons.

La presque totalité des enfants camerounais nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (97,2%) ont été allaités pendant un certain temps (Tableau 8.1), et cette pratique est quasi uniforme quelles que soient les caractéristiques des mères. Concernant les seuls enfants derniers-nés, seulement 29,2 pour cent ont été mis au sein pour la première fois durant leur premier jour d'existence et 11,9% durant la première heure suivant la naissance: ainsi, bien que la pratique de l'allaitement soit quasi générale au Cameroun, dans leur grande majorité, les mères ne donnent pas le sein le premier jour. Ce comportement peut avoir un effet néfaste pour l'enfant: en effet, lors du premier allaitement, vingt-quatre heures après la naissance, l'enfant peut ne pas recevoir le colostrum, celui-ci n'étant pas toujours conservé, ce qui prive l'enfant des anticorps transmis par la mère; par ailleurs, pendant son premier jour d'existence, le nouveau-né peut recevoir à la place du sein, des liquides divers pouvant le mettre en contact avec des microbes pathogènes. Bien que la pratique de l'allaitement soit répandue uniformément dans le pays, le moment où il commence varie de façon assez nette selon les mêmes caractéristiques de la mère. Les enfants qui sont allaités dès le premier jour sont plutôt: les filles (31,3% contre 27,3% pour les garçons), les enfants du Nord-Ouest/Sud-Ouest (44,6% contre seulement 22,7% dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord et 22,5% dans le Centre/Sud/Est), les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire (34,4% contre 26,2% et 26,4% des enfants issus, respectivement, de femmes sans instruction ou de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur), les enfants dont la naissance a été assistée par un professionnel de la santé (32,3%), et ceux dont la naissance a eu lieu dans un établissement sanitaire (32,1%).

Le Graphique 8.1 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de moins de deux ans au moment de l'enquête. A 1 mois, 99,2 pour cent des enfants sont allaités et cette pratique reste très importante pendant la première année d'existence puisque 92,7 pour cent des enfants atteignant 1 an le sont encore. L'allaitement diminue ensuite régulièrement avec l'âge de l'enfant, mais il faut attendre 18 mois pour que près de la moitié des enfants (49,0%) ne soient plus allaités. L'allaitement exclusif est relativement rare au Cameroun, puisque 10,4 pour cent seulement des enfants de 1 mois reçoivent exclusivement le sein, et que

Tableau 8.1 Allaitement initial

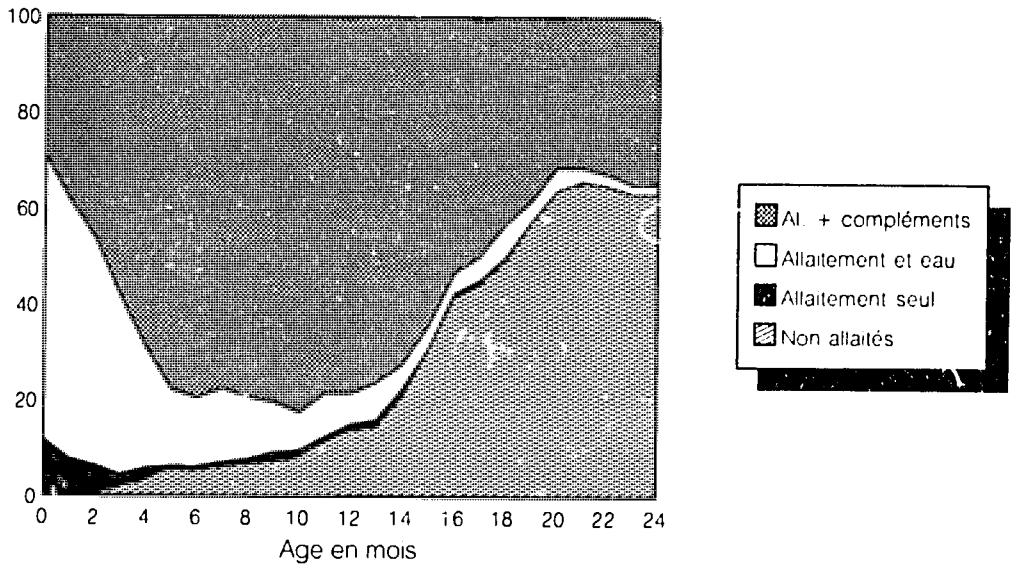
Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête et ayant été allaités, et pourcentage d'enfants derniers-nés ayant commencé à être allaités dans l'heure ou dans le jour suivant leur naissance, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Ensemble des enfants		Derniers-nés		
Caractéristique	Pourcentages ayant été allaités	Effectif	Pourcentage allaités dans l'heure suivant la naissance	Pourcentage allaités dans le jour suivant la naissance	Effectif
Sexe de l'enfant					
Masculin	97,0	1763	11,8	27,3	1130
Féminin	97,4	1725	12,1	31,3	1090
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	95,4	468	10,8	30,4	307
Autres villes	96,5	893	10,9	28,3	561
Ensemble urbain	96,1	1361	10,9	29,0	868
Rural	97,8	2127	12,6	29,3	1352
Région					
Yaoundé/Douala	95,4	468	10,8	30,4	307
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	96,6	1338	14,3	22,7	829
Centre/Sud/Est	98,3	633	6,7	22,5	386
Ouest/Littoral	97,4	536	10,4	35,7	354
Nord-Ouest/Sud-Ouest	98,6	513	14,6	44,6	344
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	96,9	1497	14,3	26,2	943
Primaire	98,0	1283	11,5	34,4	808
Secondaire ou plus	96,4	707	8,0	26,4	469
Assistance à l'accouchement					
Personnel formé médicalement	97,4	2216	10,9	32,3	1412
Accoucheuse traditionnelle	96,4	411	9,3	22,7	249
Autres personnes ou pas d'assistance	96,8	861	15,7	24,3	559
Lieu de l'accouchement					
Etablissement sanitaire	97,5	2169	10,9	32,1	1379
A la maison	96,6	1277	13,9	24,7	814
Autre	100,0	3	0,0	100,0	2
ND	96,6	38	5,3	12,8	25
Ensemble des enfants	97,2	3488	11,9	29,2	2220

Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les 5 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

dès 4 mois il n'y a pratiquement plus d'enfants nourris exclusivement au sein. Or l'OMS recommande que jusqu'à 4-6 mois, l'enfant soit uniquement nourri au sein. La majorité des enfants reçoivent de l'eau en plus du sein, dès leurs premiers mois d'existence (54,8% des enfants de 1 mois), et aux mêmes âges, un tiers des bébés (34,1%) reçoivent une alimentation de complément (lait autre que maternel, autres liquides, bouillies, etc.). Dès l'âge de 2 mois, les enfants recevant, en plus du sein, une alimentation de complément deviennent majoritaires et augmentent régulièrement avec l'âge, au détriment de ceux allaités.

Graphique 8.1
Pratique de l'allaitement
des enfants de moins de 2 ans



Note: Moyennes mobiles sur trois mois.

EDSC 1991

Le Tableau 8.2 concerne les enfants allaités[1] de moins de deux ans, selon le type d'aliments qu'ils reçoivent en complément du sein (plusieurs types de compléments pouvant être donnés, la somme des pourcentages peut excéder 100%). Il apparaît que dès 0-1 mois, différents types d'aliments sont donnés: 13,5 pour cent des enfants reçoivent du lait en boîte pour bébé, 2,7 pour cent reçoivent d'autres genres de lait (lait frais ou en poudre), 12,8 pour cent reçoivent d'autres liquides (jus, tisanes, etc.), et surtout 15,6 pour cent reçoivent déjà des bouillies ou des aliments solides. A l'âge de 6-7 mois, les proportions d'enfants recevant les différents types d'aliments de complément ont peu changé, sauf dans le cas des bouillies et aliments solides que reçoivent alors plus de huit enfants sur dix (81,6%). L'OMS recommande qu'entre 4 et 6 mois, les enfants commencent à recevoir des aliments de complément: ainsi, si une majorité des enfants camerounais de 6-7 mois reçoivent une alimentation conforme à ces recommandations, près d'un sur cinq (18,4%) continue à être seulement allaité, et cela jusqu'à 18 mois.

[1] Le tableau a été limité aux enfants de moins de 2 ans: au-delà de cet âge, les effectifs d'enfants allaités sont beaucoup trop faibles.

Tableau 8.2 Allaitement et alimentation de complément

Pourcentage d'enfants de moins de deux ans allaités, par âge, selon le type d'aliments de complément reçus et pourcentage de ceux utilisant le biberon, EDS Cameroun 1991

	Aliments de complément					
Age en mois	Lait pour bébé	Autres laits	Autres liquides[1]	Solides/ Bouillies	Utilisation du biberon	Effectif
0-1	13,5	2,7	12,8	15,6	12,4	100
2-3	11,9	8,6	15,3	39,0	22,3	124
4-5	10,8	6,9	15,3	76,0	12,3	94
6-7	4,9	3,1	22,0	81,6	9,6	120
8-9	8,8	9,9	27,1	84,6	8,3	119
10-11	3,2	8,4	22,0	84,8	5,7	110
12-13	6,5	11,2	33,0	85,4	10,4	88
14-15	5,2	7,5	27,0	88,9	4,1	76
16-17	2,3	6,4	21,2	81,7	1,9	71
18-19	(2,7)	(4,9)	(23,9)	(84,6)	(2,7)	49
20-21	0,0	(9,3)	(14,3)	(92,5)	(3,1)	43
22-23	(7,1)	(9,3)	(29,3)	(91,3)	(10,4)	39

Note: Le statut d'allaitement fait référence aux dernières vingt-quatre heures. La somme des pourcentages d'enfants par type de compléments peut dépasser 100% car l'enfant peut recevoir différents types de compléments.
[1]Non compris l'eau
( ) Basé sur moins de 50 cas

Au Cameroun, le biberon ne se substitue pas à l'allaitement, mais il est utilisé pour donner des compléments alimentaires à 12,4 pour cent des enfants dès 0-1 mois. Les différents résultats qui viennent de révéler l'introduction trop précoce d'une alimentation de complément ainsi que l'utilisation du biberon ont des implications particulièrement importantes sur l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants. En effet, en marge de l'allaitement, ces pratiques exposent les nouveau-nés aux microbes pathogènes (en particulier l'utilisation du biberon). Par ailleurs, en recevant autre chose que le sein, les enfants, étant en partie rassasiés, ont tendance à moins téter, ce qui les prive en partie du lait maternel et ce qui, en outre, en réduit la production. Par là-même, l'enfant devient de plus en plus dépendant de l'alimentation de complément. Un autre effet de ces pratiques est la réduction de l'intensité et de la fréquence de l'allaitement maternel qui, en réduisant la durée de l'aménorrhée post-partum, augmente le risque pour la femme de retomber enceinte rapidement ce qui, à son tour, a des implications sur l'état de santé et l'état nutritionnel de l'enfant le plus jeune et de celui à naître.

Concernant la durée de l'allaitement, sa médiane est de 17,4 mois (Tableau 8.3) et elle varie fortement selon les caractéristiques socio-démographiques. La durée médiane de l'allaitement en milieu rural (19,9 mois) est presque supérieure de cinquante pour cent à celle de Yaoundé/Douala (13,8 mois). Dans l'ensemble des régions (non compris Yaoundé/Douala), la durée médiane se situe autour de 17 mois, sauf dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord où elle atteint 22,5 mois. Il semble y avoir également une corrélation entre la durée d'allaitement et le niveau d'instruction de la mère, puisque la médiane varie de 14,6 mois chez les femmes les plus instruites à 21,9 mois chez celles sans instruction. Si on se limite aux enfants recevant uniquement le sein ou le sein et seulement de l'eau en complément, la durée médiane n'est plus que de 1,9

mois, mais elle varie de 0,6 mois à Yaoundé/Douala, dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest et chez les femmes les plus instruites à près de 4 mois dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord et chez les femmes sans instruction.

Au Tableau 8.3 figure également la "Prévalence/Incidence" de l'allaitement qui est une durée moyenne calculée selon une méthode empruntée à l'épidémiologie. En épidémiologie, on estime la durée moyenne d'un événement en divisant sa prévalence par son incidence. Ici, l'événement est l'allaitement, la prévalence est le nombre d'enfants que les mères sont encore en train d'allaiter au moment de l'enquête, l'incidence est le nombre moyen de naissances par mois. Ce nombre moyen est estimé à partir des naissances

Tableau 8.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement (enfants de moins de trois ans), et pourcentage d'enfants de moins de six mois ayant été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Durée médiane en mois			Enfants de moins de 6 mois	
	Ensemble de l'allaitement	Allaitement et eau[1]	Effectif	Pourcentage allaité 6 fois ou + dans les dernières 24 heures	Effectif
Sexe de l'enfant					
Masculin	18,3	1,6	1056	89,5	165
Féminin	16,7	2,2	1071	89,1	158
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	13,8	0,6	280	78,5	44
Autres villes	16,8	2,1	557	83,9	83
Ensemble urbain	15,5	1,4	837	82,0	127
Rural	19,9	2,2	1290	94,0	196
Région					
Yaoundé/Douala	13,8	0,6	280	78,5	44
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	22,5	3,9	826	94,0	129
Centre/Sud/Est	17,1	1,1	392	85,5	57
Ouest/Littoral	17,4	1,6	327	86,8	51
Nord-Ouest/Sud-Ouest	17,5	0,6	302	94,2	42
Niveau d'instruction de la mère	21,9	3,5	881	94,1	145
Aucun	17,4	1,6	793	89,8	115
Primaire	14,6	0,6	453	77,2	63
Secondaire ou plus					
Assistance à l'accouchement					
Personnel formé médicalement	16,5	1,2	1322	85,2	183
Accoucheuse traditionnelle	18,2	2,4	254	92,3	34
Autres personnes ou pas d'assistance	21,4	3,3	551	95,3	106
Ensemble des enfants	17,4	1,9	2127	89,3	323
Moyenne	18,4	4,5	-	-	-
Moyenne prévalence/incidence	18,2	3,9	-	-	-

Note: Les médianes et moyennes sont basées sur le statut actuel.
[1]Y compris les enfants exclusivement allaités

d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et les erreurs possibles de période de référence. En divisant le nombre de mères qui allaitent au moment de l'enquête par le nombre mensuel moyen de naissances, on obtient une estimation de la durée moyenne d'allaitement en mois. Au Cameroun, la durée moyenne d'allaitement ainsi calculée est de 18,2 mois. Figurent ci-dessous les durées moyennes d'allaitement pour quelques pays d'Afrique subsaharienne, calculées selon le même procédé au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé:

Pays	Date de l'enquête	Durée médiane d'allaitement (en mois)
Libéria	1986	17,0
Ouganda	1988-89	18,6
Botswana	1988	18,8
Sénégal	1986	18,8
Kenya	1989	19,4
Soudan	1988-89	19,5
Nigéria	1990	20,1
Ghana	1988	20,4
Mali	1987	21,6
Togo	1988	22,6
Burundi	1987	23,4

Il apparaît ainsi qu'au Cameroun la durée d'allaitement est sensiblement plus courte que dans de nombreux autres pays. Au cours de l'ENF de 1978, la durée moyenne d'allaitement calculée au Cameroun était de 19,3 mois: malgré les différences de méthode de calcul de cette durée moyenne entre l'ENF et l'EDSC,[2] il semble que la durée de l'allaitement a légèrement diminué entre 1978 et 1991.

Au Tableau 8.3 figure également une information sur la fréquence de l'allaitement des enfants de moins de six mois. Au cours des dernières vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, 89,3 pour cent des enfants de moins de six mois ont été allaités six fois ou plus. Les enfants qui ont été le moins fréquemment allaités (moins de six fois dans les dernières vingt-quatre heures) sont ceux des "autres villes" (83,9%) et de Yaoundé/Douala (78,5%), ceux de l'Ouest/Littoral (86,8%) et du Centre/Sud/Est (85,5%), ceux dont les mères sont les plus instruites (77,2%) et ceux dont l'accouchement a été assisté par un personnel médical (85,2%).

8.2 ETAT NUTRITIONNEL

8.2.1 Méthodologie

Un des objectifs de l'EDSC était d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes enfants. Cet état résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir; par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies: en effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections, et par là influe sur ses risques de

[2] A l'ENF, la durée moyenne porte sur le dernier intervalle fermé: femmes non-célibataires ayant eu au moins deux naissances vivantes, grossesse actuelle comprise, dont l'avant-dernière naissance vivante a survécu au moins 12 mois.

décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indicateurs anthropométriques calculés à partir de mesures (la taille[3] et le poids) de l'enfant prises au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indicateurs suivants: la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans des femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes de 15-49 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné, devaient être pesés et mesurés: les données devraient donc porter sur les 3 189 enfants répondant à ces critères. Cependant, les résultats présentés ci-dessous ne concernent que 2 352 enfants, soit 74 pour cent des enfants éligibles. Sont exclus des résultats: 11 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille ne sont pas connu (l'enfant n'a pas été mesuré parce qu'il était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé), 3 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement improbables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes), et enfin 12 pour cent d'enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet, les indicateurs taille-pour-âge et poids-pour-âge n'ayant de sens que calculés à partir d'informations très précises sur l'âge.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants de l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/WHO.[4] Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indicateurs étudiés, la comparaison de la situation dans l'enquête avec le standard international est menée en mesurant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en-dessous de la médiane de la population de référence.

L'indicateur taille-pour-âge est un indicateur de retard de croissance: un enfant trop petit pour son âge est la manifestation de ce retard de croissance. Un enfant qui a eu un problème de nutrition et/ou qui a été malade de façon chronique pendant une période relativement longue ou encore de façon répétée, peut accuser un retard de croissance staturale: il a alors une taille inférieure à la moyenne de son âge. Cependant, son poids a pu rester en correspondance avec sa taille réelle, donnant ainsi un indicateur poids-pour-taille normal: c'est pourquoi cette forme de sous-nutrition n'est pas toujours "visible" dans une population: un enfant de trois ans présentant cette forme de sous-nutrition peut ressembler à un enfant de deux ans bien nourri. La taille-pour-âge est donc une mesure des effets à long terme de la sous-nutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison de la collecte des données. Les enfants pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-2 écarts-type) sont considérés comme petits pour leur âge et atteints de *sous-nutrition chronique*, ceux pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts-type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-3 écarts-type) sont considérés comme atteints de *sous-nutrition chronique sévère*.

L'indicateur poids-pour-taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Cette forme de sous-nutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant

---

[3] Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme "taille" sera utilisé ici pour tous les enfants quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

[4] NCHS: National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, des Etats-Unis); CDC: Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, des Etats-Unis); WHO: World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé - OMS).

précédé l'observation, ou peut être le résultat de maladies provoquant une perte de poids (diarrhée sévère, anorexie associée à une maladie, par exemple): un enfant souffrant de cette forme de sous-nutrition est maigre ou émacié. L'indicateur poids-pour-taille reflète donc une situation actuelle qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. En particulier, la sous-nutrition aiguë peut être fortement influencée par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, étant donné que la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (épidémie, sécheresse, période de soudure, etc.) sont très sensibles à la saison. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins deux écarts-type en-dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence sont considérés comme souffrant de *sous-nutrition aiguë*, ceux se situant à moins trois écarts-type souffrent de *sous-nutrition aiguë sévère*.

Le poids-pour-âge est un indicateur qui reflète, à la fois et sans les différencier, les deux précédentes formes de sous-nutrition, chronique et aiguë. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants, mais sa valeur en tant qu'indicateur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Comme le poids-pour-taille, le poids-pour-âge est sensible aux variations saisonnières. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type en-dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme souffrant *d'insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins trois écarts-type souffrent *d'insuffisance pondérale sévère*.

Dans une population en bonne santé et bien nourrie, on s'attend à ce que seulement 2,3 pour cent des enfants se situent à moins deux écarts-type, dont 0,1 pour cent à moins trois écarts-type, en-dessous de la médiane pour chacun des trois indicateurs de nutrition.

8.2.2 Résultats

Le Tableau 8.4 présente les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans souffrant de sous-nutrition selon les trois indicateurs présentés ci-dessus et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Au Cameroun, un peu moins d'un enfant sur quatre (24,4%) souffre de sous-nutrition chronique (-2 écarts-type pour la taille-pour-âge), dont un peu plus d'un tiers (8,9%) présentent une sous-nutrition chronique sévère (-3 écarts-type): ces niveaux de sous-nutrition sont, respectivement, dix fois et quatre-vingt-dix fois plus élevés que dans la population de référence.

Les plus fortes variations de la prévalence de la sous-nutrition chronique s'observent selon l'âge de l'enfant (Graphique 8.2): les enfants de moins de six mois sont très peu touchés (1,7%); entre six mois et un an, près de dix pour cent des enfants (8,9%) souffrent de cette forme de sous-nutrition; mais la proportion d'enfants atteints devient ensuite extrêmement élevée puisque, à partir de 1 an, ce sont près de 30 pour cent des enfants qui sont concernés. En fait, c'est avant deux ans que les dommages se créent et à partir de cet âge, les retards de croissance staturale acquis ne sont plus rattrapables. Deux facteurs peuvent expliquer la prévalence plus faible de la sous-nutrition chronique chez les enfants les plus jeunes (moins de un an). D'une part, ces enfants sont peut-être encore trop jeunes pour avoir eu une alimentation pauvre ou insuffisante pendant une période assez longue pour que leur croissance staturale ait été affectée, d'autant plus que jusqu'à un an, plus de 95 pour cent des enfants sont partiellement allaités (voir ci-dessus le Graphique 8.1), ce qui limite en partie les risques de sous-nutrition chronique. D'autre part, les enfants de cet âge, qui sont peu mobiles, sont moins exposés que leurs aînés aux risques de maladies.

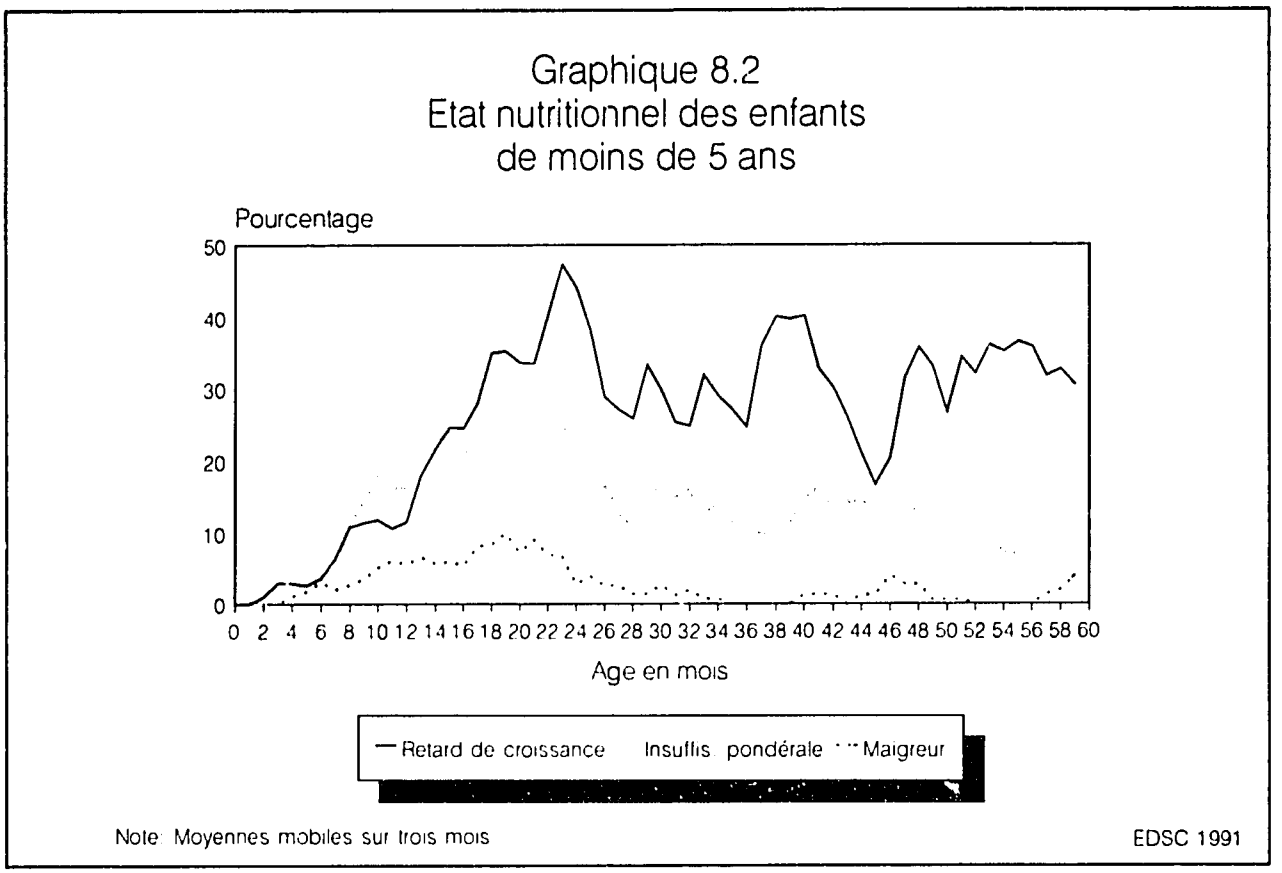
Les garçons sont légèrement plus atteints de sous-nutrition chronique que les filles (25,4% contre 23,4%); cependant, il faut noter qu'en ce qui concerne la forme sévère de ce type de sous-nutrition, le rapport s'inverse et ce sont les filles qui sont les plus touchées (9,3% contre 8,5%). En général, pour des raisons physiologiques, les filles supportent mieux que les garçons une alimentation pauvre ou insuffisante; mais si

Tableau 8.4 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de sous-nutrition par caractéristiques socio-démographiques selon les trois indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Cameroun 1991

	Taille-pour-âge Pourcentage		Poids-pour-taille Pourcentage		Poids-pour-âge Pourcentage		
Caractéristique	Inférieur à (-3ET)	Inférieur à (-2 ET)[1]	Inférieur à (-3 ET)	Inférieur à (-2 ET)[1]	Inférieur (à -3 ET)	Inférieur (à -2 ET)[1]	Effectif
Age de l'enfant							
moins de 6 mois	0,8	1,7	0,0	0,5	0,0	1,0	258
6-11 mois	2,4	8,9	0,2	3,4	3,2	10,9	334
12-23 mois	8,6	28,5	0,8	7,3	5,2	21,2	549
24-35 mois	12,9	31,3	0,3	1,9	3,0	16,6	424
36-47 mois	12,6	30,4	0,0	1,3	2,6	13,0	411
48-59 mois	11,9	33,2	0,8	0,8	1,6	11,0	382
Sexe de l'enfant							
Masculin	8,5	25,4	0,3	3,1	2,3	12,4	1195
Féminin	9,3	23,4	0,5	2,8	3,5	14,9	1162
Rang de naissance							
1	8,2	22,9	0,4	3,6	3,2	13,7	432
2-3	7,7	22,6	0,4	2,6	2,2	11,7	760
4-5	10,0	23,3	0,2	1,6	2,9	14,5	556
6 et plus	9,8	28,7	0,7	4,0	3,6	15,2	609
Intervalle entre naissances							
Première naissance	8,4	23,1	0,4	3,6	3,2	13,9	435
Moins de 24 mois	8,2	23,0	0,3	2,8	3,4	14,6	379
24-47 mois	9,7	25,5	0,4	2,7	2,9	14,1	1238
48 mois et plus	7,0	23,4	0,4	3,4	1,9	10,0	306
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	2,1	8,9	0,2	1,0	0,5	5,1	351
Autres villes	7,0	21,5	1,1	4,2	3,4	14,7	609
Ensemble urbain	5,2	16,9	0,8	3,0	2,4	11,2	960
Rural	11,4	29,6	0,2	2,9	3,3	15,3	1397
Réglon							
Yaoundé/Douala	2,1	8,9	0,2	1,0	0,5	5,1	351
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	11,8	28,9	1,3	6,8	6,0	24,3	679
Centre/Sud/Est	8,4	25,1	0,0	1,8	3,9	14,8	494
Ouest/Littoral	9,7	26,2	0,2	1,5	1,0	6,5	421
Nord-Ouest/Sud-Ouest	9,4	27,6	0,0	1,1	0,7	9,2	413
Niveau d'instruction de la mere							
Aucun	13,3	32,2	0,6	4,7	4,6	21,4	769
Primaire	8,6	24,2	0,5	2,3	2,4	10,4	1039
Secondaire ou plus	3,1	13,9	0,1	1,7	1,5	8,8	550
Ensemble des enfants	8,9	24,4	0,4	3,0	2,9	13,6	2357

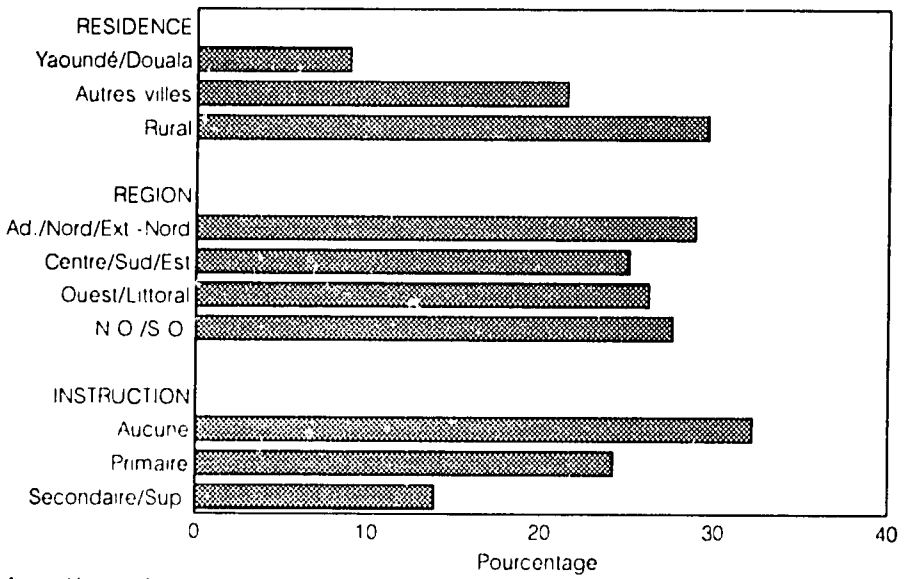
Note: Le tableau est basé sur les enfants nés dans les 1-59 mois ayant précédé l'enquête. Chaque indicateur est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/WHO. Les enfants sont atteints de sous-nutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.
[1]Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.



celle-ci persiste et que les parents favorisent les garçons en cas de nourriture limitée, les filles sont alors plus atteintes et plus gravement que les garçons. Du point de vue du rang de naissance de l'enfant, la prévalence de la sous-nutrition chronique ne varie que très peu pour les enfants de rang un à cinq (autour de 23%), par contre elle est plus importante pour les enfants de rang six ou plus dont 28,7 pour cent sont atteints. Ce résultat n'est guère étonnant dans la mesure où un enfant de moins de cinq ans et de rang six ou plus vit dans une grande famille: sa mère a alors moins le temps de s'en occuper correctement, d'en prendre soin dans le cas de maladie et de satisfaire comme il convient à ses besoins alimentaires; parfois même, c'est quelqu'un d'autre que la mère qui se charge de l'enfant. En outre, dans le cas d'une grande famille où la nourriture disponible est limitée, la part accordée à chacun s'en trouve encore plus réduite. L'intervalle entre naissances ne semble pas influencer de façon importante les niveaux de sous-nutrition chronique, sauf pour les enfants qui suivent leur aîné de quatre ans et plus qui sont nettement moins concernés que lorsque l'intervalle est plus court.

Du point de vue des caractéristiques de la mère (Tableau 8.4 et Graphique 8.3), des écarts très importants apparaissent dans les niveaux de sous-nutrition chronique. Près d'un tiers des enfants du milieu rural (29,6%) sont atteints de sous-nutrition chronique: parmi ces enfants, un peu moins d'un sur trois (11,4%) souffre de sous-nutrition chronique sévère. De façon générale, la sous-nutrition chronique est plus de trois fois plus fréquente en milieu rural qu'à Yaoundé/Douala; en milieu urbain (autre que Yaoundé/Douala) elle est plus de deux fois plus fréquente que dans les deux plus grandes villes du Cameroun. Du point de vue régional, on n'observe que peu de différences entre le Centre/Sud/Est, la région la moins touchée (25,1%), et l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, la région la plus touchée (28,9%). Le niveau d'instruction de la mère semble être, par contre, un facteur déterminant de l'état nutritionnel des enfants: 32,2 pour cent des enfants issus de femmes sans instruction sont atteints de sous-nutrition chronique, contre 24,2 pour cent chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 13,9 pour cent pour les femmes les plus instruites. Les variations sont encore plus importantes en ce qui concerne la sous-nutrition chronique sévère

Graphique 8.3
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance



Note: Taille-pour-âge inférieure à -2 ET de la médiane de la population de référence

EDSC 1991

qui passe de 3,1 pour cent chez les enfants des femmes de niveau secondaire ou supérieur à 13,3 pour cent chez les enfants de femmes sans instruction. Avec l'augmentation du niveau d'instruction, les femmes acquièrent certainement une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène; mais aussi et surtout, les femmes les moins instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et par des conditions de logement souvent insalubres. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence de la sous-nutrition chronique, de la même façon que la forte prévalence de la diarrhée (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant), parmi les enfants des femmes les moins instruites.

Le Tableau 8.4 fournit également les proportions d'enfants souffrant de sous-nutrition aiguë exprimée au moyen de l'indicateur poids-pour-taille. Les enfants souffrant de sous-nutrition aiguë ou émaciés, c'est-à-dire ceux qui se situent à moins deux écarts-type en-dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence, sont faiblement représentés (3,0%), et parmi eux une très faible proportion est affectée par la forme sévère de ce type de sous-nutrition (0,4% à -3 écarts-type): ces proportions sont assez voisines de celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,2% et 0,1%). Du point de vue de l'âge (Graphique 8.2), ce sont les enfants de 6-11 mois (3,4%), et surtout ceux de 12-23 mois (7,3%) qui sont les plus atteints. Ce dernier groupe d'âges correspond au stade du développement où les enfants commencent à explorer le monde, "touchent à tout" et portent n'importe quel objet à leur bouche: ils sont ainsi particulièrement exposés aux microbes pathogènes comme en dénote la forte prévalence de la diarrhée dans ces groupes d'âges (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant).

Selon les autres caractéristiques démographiques, on observe peu d'écarts pour cette forme de sous-nutrition. Cependant, on peut noter que les enfants de rang six ou plus sont beaucoup plus touchés (4,0%) que ceux de rang précédant, comme pour la sous-nutrition chronique, mais ici les enfants de rang un sont aussi

assez atteints (3,6%). Les enfants de moins de cinq ans et de rang un, étant issus des mères les plus jeunes, on peut penser que, du fait de leur manque d'expérience, ces dernières ne sont pas toujours capables de s'occuper correctement de leurs enfants et de satisfaire correctement leurs besoins alimentaires, en particulier lorsqu'ils sont en mauvaise santé.

Du point de vue de la résidence des mères, c'est avant tout en milieu urbain (autre que Yaoundé/Douala) que les enfants souffraient de sous-nutrition aiguë au moment de l'enquête (4,2%); seuls 2,9 pour cent des enfants du milieu rural étaient concernés. Du point de vue régional, c'est toujours dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord que les enfants sont le plus touchés (6,8%), ce qui s'explique par le fait que cette région, la plus sèche du Cameroun, est celle où les problèmes de soudure entre récoltes se posent avec le plus d'acuité et où sévissent épisodiquement de courtes disettes. Enfin, les enfants dont la mère est sans instruction sont ceux qui souffrent le plus fréquemment de sous-nutrition aiguë (4,7%): pour les enfants dont la mère a été à l'école, que ce soit au niveau primaire ou au niveau secondaire et plus, l'écart est assez limité (respectivement 2,3% et 1,7%).

L'indicateur poids-pour-âge qui figure au Tableau 8.4 nous renseigne sur l'état nutritionnel sans qu'il soit possible de faire la distinction entre les déficiences alimentaires qui durent depuis longtemps (retard de croissance) de celles qui sont récentes (émaciation). Il apparaît ici que 13,6 pour cent des enfants camerounais de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale, dont près d'un sur cinq (2,9%) sous une forme sévère. Comme l'état nutritionnel mesuré au moyen de cet indicateur rend compte à la fois, des formes chronique et aiguë de sous-nutrition, les variations du poids-pour-âge selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que celles observées pour le poids-pour-taille et surtout que celles observées pour la taille-pour-âge, car, comme ce dernier indicateur, le poids-pour-âge est surtout dépendant de l'âge. Rappelons seulement que cet indicateur étant particulièrement sensible aux variations saisonnières, une seule estimation de sa valeur à un moment donné peut poser des problèmes d'interprétation, surtout si on le compare à d'autres estimations obtenues à différentes époques.

CHAPITRE 9

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les conditions sanitaires, mais aussi les conditions démographiques, socio-économiques, environnementales et culturelles sont autant de facteurs qui déterminent les niveaux de la mortalité des enfants et pour cette raison, le taux de mortalité infantile est parfois considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable non seulement aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique en général. C'est dans cette perspective que s'est inscrit l'un des principaux objectifs de l'EDSC, à savoir recueillir des informations permettant d'estimer les niveaux de mortalité des enfants, d'en dégager les tendances au cours des deux dernières décennies, de mettre à jour certains de ses aspects différentiels et d'identifier certains des sous-groupes à hauts risques.

9.1 METHODOLOGIE

Les indices de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations recueillies dans l'historique des naissances du questionnaire individuel. Dans cette partie du questionnaire, on demande aux femmes de retracer leur histoire génésique en donnant la liste de leurs naissances et en précisant le sexe, la date de naissance de l'enfant, son état de survie et, en cas de décès, l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins de un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans et plus). Les indices suivants ont été calculés à partir de ces informations:

quotient de mortalité néonatale (NN): probabilité de décéder avant d'atteindre un mois;
quotient de mortalité post-néonatale (PNN): probabilité de décéder entre le premier et le douzième mois exact;
quotient de mortalité infantile ($_1q_0$): probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire;
quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$): probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire;
quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$): probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire;

La collecte des données par le biais de l'historique des naissances présente certaines limites méthodologiques et certains risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (par exemple ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici les femmes de 15-49 ans). Dans le cas présent, on n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée: dans le cas où ces enfants, "orphelins de mère," seraient en nombre important et où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère survit (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés.[1] En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas

[1] Le même problème méthodologique se pose quant aux mesures concernant la santé de la mère et de l'enfant et l'état nutritionnel des enfants, présentés respectivement aux Chapitres 7 et 8.

de même pour les intervalles plus anciens: pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

Du point de vue de la collecte proprement dite, comme cela a été précisé plus haut (Chapitre 3 - Fécondité), la validité des données peut être affectée par:

- le sous-enregistrement des événements, plus particulièrement l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, qui peut induire une sous-estimation des niveaux de mortalité;

- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés:[2] ces "déplacements" qui n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et, par conséquent, une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédant (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête);

- l'imprécision des déclarations d'âge au décès: en particulier l'attraction des 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et, par contre-coup, une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant pas affectée.[3]

L'ensemble des limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances, et des risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents (voir Sullivan et al., 1990): dans le cadre de ce rapport, on n'a donc procédé à aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de l'historique des naissances.[4] Par contre, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus le risque d'imprécision est important:[5] de ce fait, les conclusions concernant les changements ou plutôt l'amplitude des changements dans les niveaux de mortalité ne doivent être tirées qu'avec prudence.

---

[2] A l'Annexe E, le Tableau E.4 fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Comme on l'a précisé au Chapitre 3 (Fécondité), le "rapport de naissances annuelles" semble indiquer un manque de naissances en 1986, et un "surplus" en 1985 et 1987. Ces déplacements semblent particulièrement prononcés de 1986 vers 1985 pour les enfants décédés, nés en "sous-nombre" en 1986 (rapport = 75 < 100), et en "surnombre" en 1985 (rapport = 125 > 100).

[3] A l'Annexe E, les Tableaux E.5 et E.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours, mois et années). On remarquera que, pour l'ensemble de la période 0-19 ans avant l'enquête, autant d'enfants seraient morts à 12 mois (87 décès) qu'aux trois âges 10, 11 et 13 mois réunis (83 décès): l'attraction pour l'âge au décès 12 mois est évidente.

[4] A titre indicatif, pour corriger l'attraction des 12 mois dans les déclarations d'âge au décès, on a procédé à un ajustement des données de l'EDSC, en supposant que, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, 50 pour cent des décès à 12 mois s'étaient produits avant un an. Cette correction conduit, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, à une mortalité infantile supérieure d'environ 3 pour cent, et à une mortalité juvénile inférieure d'environ 4 pour cent à celles présentées dans le rapport.

[5] Par exemple, il apparaît nettement à l'Annexe E, Tableau E.6, que l'attraction pour l'âge au décès 12 mois est d'autant plus prononcée que la période de référence est ancienne.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le Tableau 9.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les quinze dernières années, selon trois périodes quinquennales. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), près d'un enfant sur huit (126,3°/oo) est décédé avant d'atteindre son cinquième anniversaire: sur 1 000 naissances, 65 enfants sont décédés avant l'âge de un an, et sur 1 000 enfants atteignant leur premier anniversaire, 66 sont décédés avant d'atteindre cinq ans. Avant l'âge de un an, la probabilité de mourir durant le premier mois d'existence (33,1°/oo) est très légèrement supérieure à celle de mourir entre le premier et le douzième mois exacts (31,9°/oo). Sur la période des quinze dernières années, la mortalité néonatale et la mortalité post-néonatale semblent avoir diminué dans la même proportion (de 40%); il en est de même de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile. Cependant, comme il apparaît au Graphique 9.1, la mortalité infantile aurait connu l'essentiel de sa baisse au cours de la période la plus récente, passant de 97,3 pour mille en 1983 (année centrale de la période quinquennale) à 65,0 pour mille en 1988, alors que la mortalité juvénile aurait surtout baissé durant la période précédente, passant de 100,6 pour mille en 1978 à 73,8 pour mille en 1983. Bien que ces tendances différentielles puissent en partie, être dues à des transferts différentiels des dates de naissance et à des imprécisions des âges au décès,[6] elles sont certainement le signe d'une amélioration récente des conditions sanitaires (baisse de ${}_1q_0$), alors que la situation économique générale du pays stagnait, voire se dégradait (ralentissement de la baisse de ${}_4q_1$). De plus, l'amélioration du niveau d'instruction des femmes au cours des 13 dernières années (la proportion de femmes de 15-49 ans ayant, au moins, un niveau d'instruction primaire passant de 38 pour cent en 1978 (ENF) à 60 pour cent en 1991 (EDSC)), a très certainement joué un rôle déterminant dans la baisse de la mortalité infantile.

Tableau 9.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

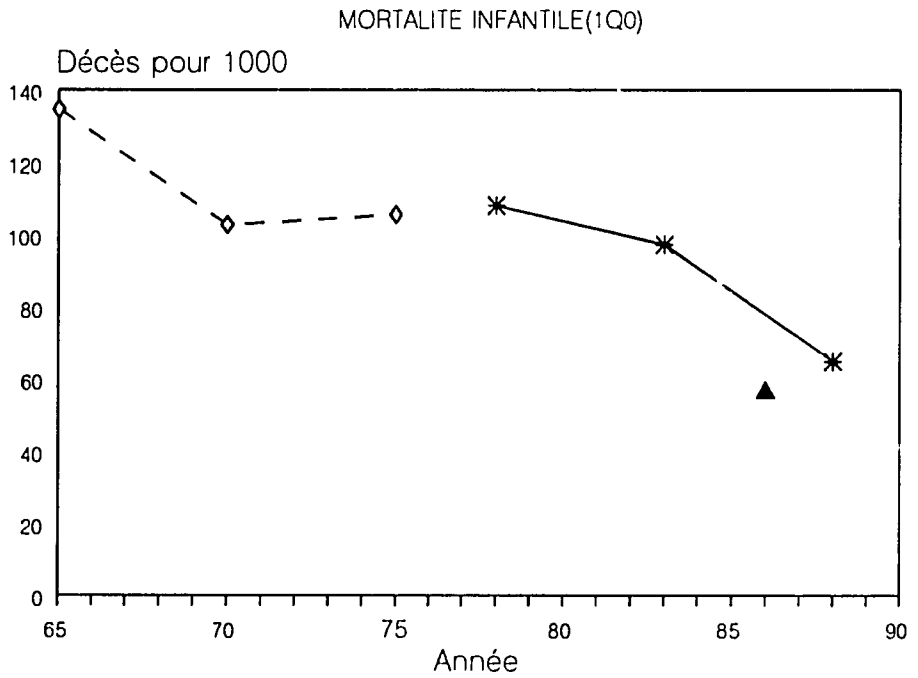
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans précédant l'enquête, EDS Cameroun 1991

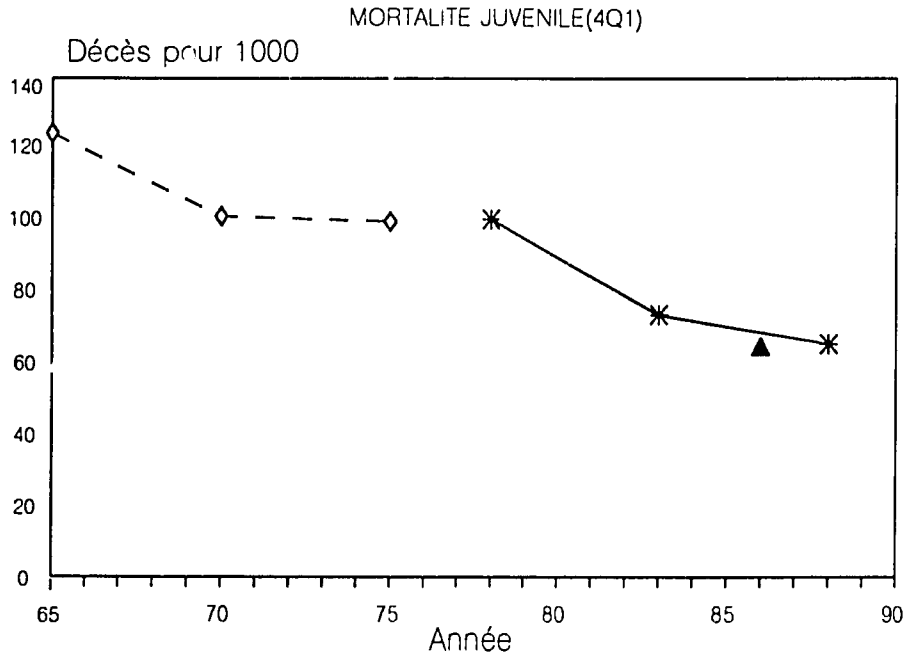
Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité Néonatale (MN)	Mortalité Post-Néonatale (MPN)	Mortalité Infantile (${}_1q_0$)	Mortalité Juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité Infanto-Juvénile (${}_5q_0$)
0-4 ans	33,1	31,9	65,0	65,6	126,3
5-9 ans	52,4	44,9	97,3	73,8	164,0
10-14 ans	55,4	52,7	108,1	100,6	197,9

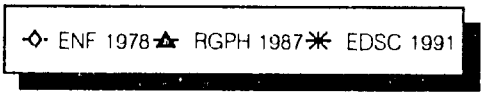
Au Graphique 9.1, figurent également les niveaux de mortalité par périodes quinquennales précédant l'enquête, estimés lors de l'ENF de 1978. Les résultats de l'EDSC pour la période rétrospective la plus ancienne (autour de l'année 1978) sont très voisins des résultats de l'ENF pour sa période rétrospective la plus récente (autour de l'année 1975). Il semble donc que, même pour la période rétrospective la plus ancienne, les omissions de décès ont été peu nombreuses au cours de l'EDSC et que les quotients de mortalité calculés reflètent bien les niveaux de la mortalité des enfants camerounais. Les tendances générales de baisse de la

[6] Ces tranferts se traduiraient ici par une légère surestimation de la baisse de la mortalité infantile et à une légère sous-estimation de la baisse de la mortalité juvénile de 1983 à 1988. L'analyse des données par milieu d'habitat (voir 9.3 Mortalité différentielle) semble aller dans ce sens.

Graphique 9.1
Tendances de la mortalité selon
l' ENF,le RGPH et l'EDSC







Note: Les points représenées correspondent à l'année centrale des périodes quinquennales

mortalité semblent se confirmer sur la période de trente ans couverte par les deux enquêtes: au milieu des années 1960, un enfant sur quatre décédait avant d'atteindre cinq ans, à la fin des années 1980, cette probabilité de décéder est passée à un sur huit. Sur le Graphique 9.1 figurent enfin les niveaux de mortalité infantile et de mortalité juvénile observés lors du RGPH de 1987:[7] ces niveaux, inférieurs à ceux de l'EDSC, et en particulier celui de la mortalité infantile, auraient été sous-estimés par le RGPH (comme c'est souvent le cas pour les mesures directes de mortalité -décès des douze derniers mois- déduites de données de recensement), tout en restant relativement proches de ceux de l'EDSC. Les rapprochements effectués entre les résultats de l'EDSC et ceux de l'ENF et du RGPH mettent en évidence la cohérence des résultats des trois opérations et la bonne qualité des données de l'EDSC sur la mortalité des enfants.

9.3 MORTALITE DIFFERENTIELLE ET GROUPES A HAUTS RISQUES

Le Tableau 9.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1982-1991). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous-

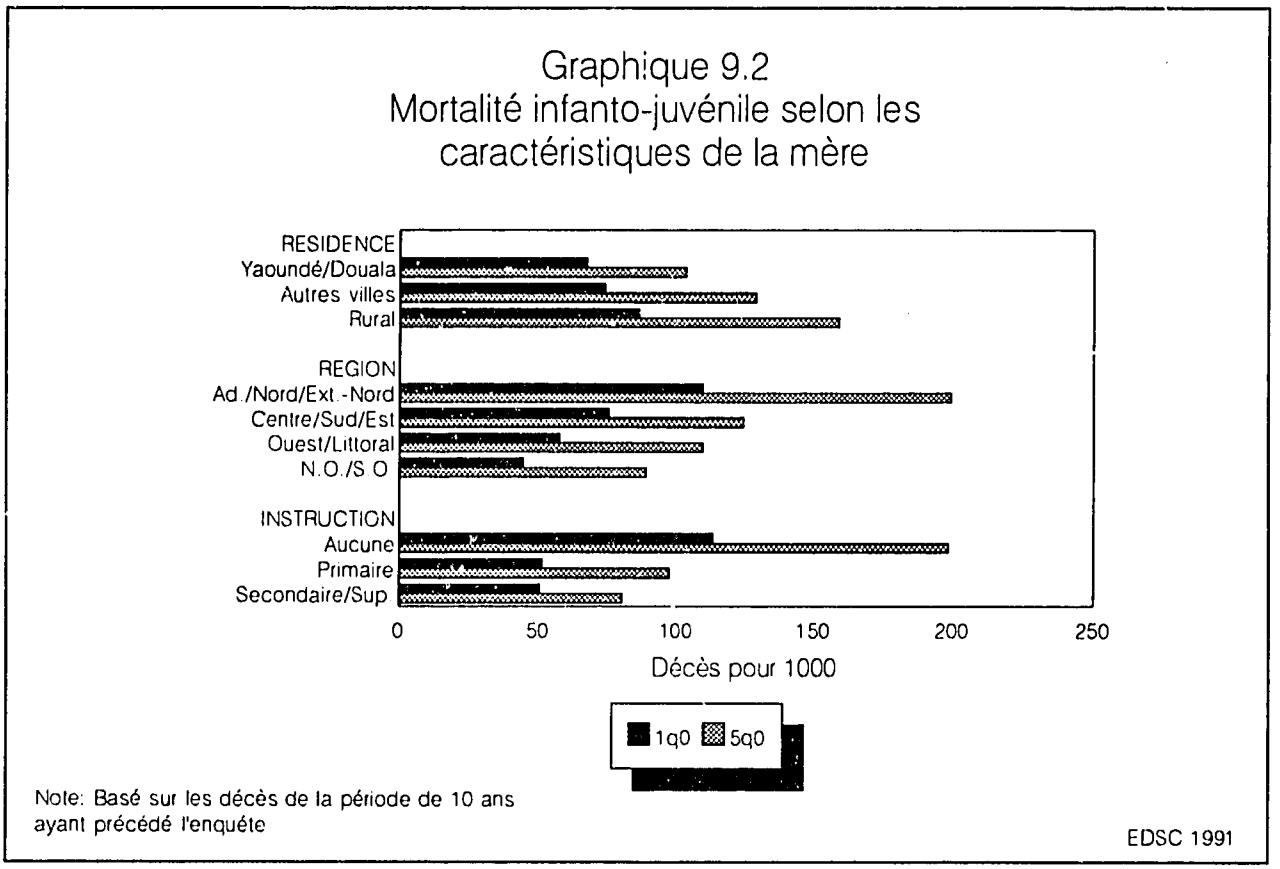
Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Mortalité Néonatale (MN)	Mortalité Post-Néonatale (MPN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité Juvénile ($_4q_1$)	Mortalité Infanto-Juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	36,0	31,2	67,2	38,6	103,2
Autres villes	44,5	29,4	73,9	59,1	128,6
Ensemble urbain	41,7	30,0	71,7	52,3	120,3
Rural	42,9	43,2	86,1	79,7	158,9
Région					
Yaoundé/Douala	36,0	31,2	67,2	38,6	103,2
Ad./Nord/Ext.-Nord	55,2	54,1	109,4	100,8	199,2
Centre/Sud/Est	40,7	34,6	75,4	52,9	124,2
Ouest/Littoral	35,0	22,6	57,6	54,9	109,3
Nord-Ouest/Sud-Ouest	23,3	21,2	44,5	46,3	88,8
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	57,1	56,0	113,1	96,2	198,4
Primaire	31,2	20,4	51,6	48,0	97,1
Secondaire ou plus	25,4	25,2	50,6	31,2	80,3
Soins prénatals et assistance à l'accouchement					
Ni l'un ni l'autre	57,1	51,5	108,6	(86,1)	(185,3)
L'un ou l'autre	37,7	(12,3)	(50,0)	(75,2)	(121,4)
Les deux	23,1	25,2	48,3	(55,7)	(101,3)
Ensemble	42,4	38,1	80,5	69,2	144,1

Note: Les quotients calculés sur moins de 500 cas (personnes exposées) figurent entre parenthèses.

[7] Les quotients présentés ici ont été calculés à partir des décès par âge déclarés pour la période de douze mois ayant précédé le recensement. Il s'agit ici de valeurs calculées sur la base de données observées, avant tout ajustement.



groupe de population, d'un nombre d'événements suffisant au calcul des différentes probabilités. Le Graphique 9.2 visualise les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques de la mère.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans sont 50 pour cent plus importants en milieu rural (158,9°/oo) qu'à Yaoundé/Douala (103,2°/oo); dans les "autres villes," le risque de décéder est de 128,6 pour mille. Si l'on s'intéresse plus précisément à la mortalité infantile et à la mortalité juvénile, les écarts entre les deux grandes villes et le milieu rural diffèrent de façon importante: la mortalité infantile du milieu rural est 30 pour cent supérieure à celle de Yaoundé/Douala, alors que la mortalité juvénile est le double en milieu rural par rapport à celle des deux principales villes. Envisagé d'un autre point de vue, on observe qu'à Yaoundé/Douala le risque de mourir durant la première année (67,2°/oo) est presque deux fois plus important que le risque de mourir entre un et cinq ans (38,6°/oo), alors qu'en milieu rural, la mortalité infantile (86,1°/oo) n'est que de 10 pour cent supérieure à la mortalité juvénile (79,7°/oo). Une analyse des déplacements d'année de naissance et des imprécisions des déclarations d'âge au décès selon le milieu d'habitat (voir Annexe E, Tableau E.6) fait apparaître que ces déplacements, très peu sensibles à Yaoundé/Douala et dans le milieu urbain en général, sont particulièrement manifestes en milieu rural. Un ajustement des données du seul milieu rural, en attribuant à la mortalité infantile 50 pour cent des décès à douze mois conduit, pour ce milieu de résidence, à une mortalité infantile supérieure de 5 pour cent et à une mortalité juvénile inférieure de 6 pour cent à celles présentées au Tableau 9.2. Ainsi, les écarts de mortalité juvénile entre milieux urbain et rural seraient, peut-être, moins prononcés que ceux qui apparaissent ici. Cependant, les problèmes de collecte ne peuvent expliquer qu'une faible partie des écarts observés: il semble que, lorsque la mortalité est élevée chez les enfants de moins de cinq ans, la mortalité juvénile pèse d'un poids presque aussi important que la mortalité infantile. Rappelons que la mortalité juvénile est due essentiellement à des causes exogènes, particulièrement sensibles aux conditions socio-économiques et souvent évitables par les vaccinations, l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation.

Du point de vue régional, comme attendu, on retrouve pour la mortalité infantile et la mortalité juvénile les différences observées pour les indicateurs de santé maternelle et infantile (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant) et celles concernant l'état nutritionnel (voir Chapitre 8 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel). La probabilité de mourir entre 0 et 5 ans varie de 88,8 pour mille dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest, à 109,3 pour mille dans l'Ouest/Littoral, 124,2 pour mille dans le Centre/Sud/Est, et atteint 199,2 pour mille dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Ainsi, entre sa naissance et son cinquième anniversaire, un enfant de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord a une probabilité de mourir près de deux fois et demi supérieure à celle d'un enfant du Nord-Ouest/Sud-Ouest. Un tel écart ne peut s'expliquer que par un ensemble de facteurs, parmi lesquels la difficulté à s'approvisionner en eau, l'insuffisance des ressources alimentaires, mais aussi la difficulté d'accès aux services de santé dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, jouent certainement un rôle dominant.

En rapport avec le niveau d'instruction de la mère, un enfant issu d'une femme sans instruction a une probabilité de mourir avant cinq ans (198,4°/oo) deux fois et demi plus élevée que celle d'un enfant de mère ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (80,3°/oo). Cette différence de mortalité en fonction du niveau d'instruction de la mère est encore plus nette pour les enfants survivants à un an, puisque leur probabilité de mourir avant cinq ans est trois fois plus élevée quand leur mère n'a aucun niveau d'instruction (96,2°/oo) par rapport à ceux dont la mère a atteint le secondaire ou le supérieur (31,2°/oo). Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important aux services de santé de femmes les plus instruites (leurs enfants sont trois fois plus vaccinés que les enfants de femmes sans instruction, voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant) expliquent l'essentiel de ces différences de mortalité.

La dernière caractéristique présentée au Tableau 9.2 concerne les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement. Lorsque la mère n'a fait aucune visite prénatale pendant sa grossesse et n'a pas été assistée par un personnel médical lors de l'accouchement, son enfant court un risque de décéder de 185,3 pour mille avant l'âge de cinq ans, contre 101,3 pour mille pour un enfant dont la mère a été en consultation prénatale et a été assistée lors de l'accouchement. Les différences de niveau de mortalité sont encore plus nettes si on se limite à la seule mortalité infantile, 108,6 pour mille contre 48,3 pour mille. Ainsi le suivi de la grossesse et les conditions de l'accouchement semblent jouer un rôle essentiel sur les niveaux de mortalité infantile. Cette mortalité étant, en grande partie, influencée par des causes endogènes (malformations et maladies congénitales, etc.), alors que la mortalité juvénile est plutôt influencée par des causes exogènes (maladies infectieuses, conditions d'hygiène, alimentation, etc.), ce résultat n'est guère surprenant. De 1978 (ENF) à 1991 (EDSC), la proportion d'enfants qui sont nés sans assistance à l'accouchement ou avec seulement l'aide de parents ou amis est passée de 42 pour cent à 25 pour cent: cette baisse, qui dénote une amélioration des conditions d'accouchement, a très certainement contribué à la baisse de la mortalité infantile observée ces dernières années. Cependant, les femmes qui ont le meilleur suivi de grossesse et qui accouchent dans les meilleures conditions sont aussi les femmes les plus instruites et celles du milieu urbain (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Ainsi l'environnement socio-économique des mères apparaît à nouveau comme un facteur déterminant de la mortalité des enfants.

Le Tableau 9.3 et le Graphique 9.3 présentent les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin; mais si la mortalité infantile des garçons est nettement supérieure à celle des filles, le phénomène contraire s'observe pour la mortalité juvénile. Un meilleur traitement (meilleure alimentation, meilleurs soins, etc.) accordé aux enfants de sexe masculin, entre un et cinq ans, explique peut-être, en partie, cette sous-mortalité masculine.

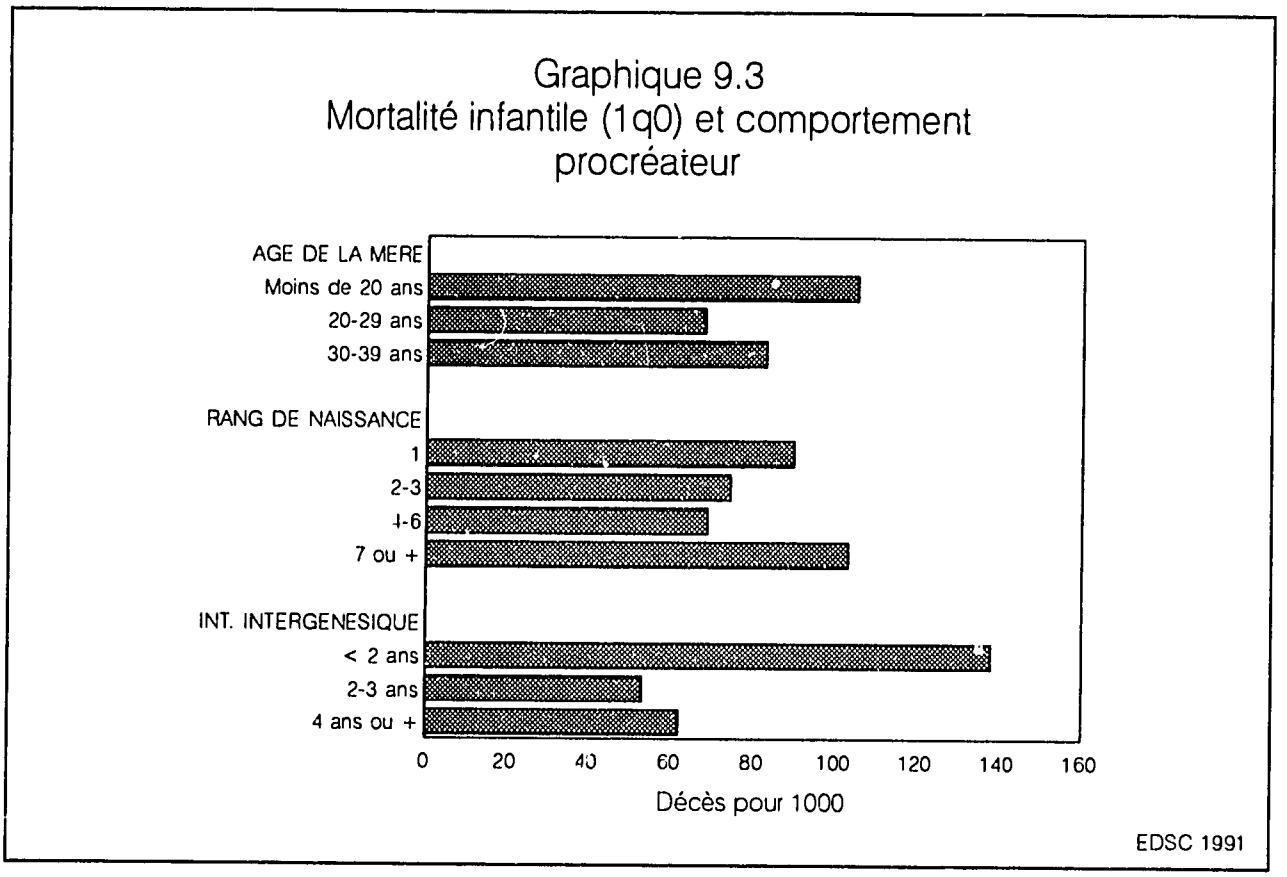
Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS Cameroun 1991

Caractéristique démographique	Mortalité Néonatale (MN)	Mortalité Post-Néonatale (MPN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité Juvénile ($_4q_1$)	Mortalité Infanto-Juvénile ($_5q_0$)
Sexe					
Masculin	48,1	38,3	86,4	63,6	144,5
Feminin	36,7	37,9	74,6	74,8	143,8
Taille à la naissance[1]					
Très petit ou petit	76,4	(36,9)	(113,4)	(73,5)	(178,5)
Moyen ou gros	24,0	26,7	50,8	(63,7)	(111,2)
Age de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	59,4	45,7	105,1	82,4	178,8
20-29 ans	30,9	37,0	67,8	64,2	127,7
30-39 ans	48,8	34,0	82,7	61,1	138,7
Rang de naissance					
1	44,8	44,9	89,7	59,1	143,5
2-3	39,1	35,3	74,4	66,0	135,5
4-6	33,8	34,9	68,7	78,4	141,8
7 et plus	61,6	41,4	103,0	69,9	165,7
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	76,8	61,2	138,1	109,9	232,8
2-3 ans	26,8	26,2	53,1	60,4	110,3
4 ans ou plus	(34,0)	(28,0)	(62,0)	(36,8)	(96,5)
Ensemble	42,4	38,1	80,5	69,2	144,1

Note: Les quotients calculés sur moins de 500 cas (personnes exposées) figurent entre parenthèses.
[1]Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

En rapport avec la taille de l'enfant à la naissance selon la perception de la mère, il apparaît que les bébés petits ou très petits (dont les prématurés) ont une mortalité beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros. Sur mille enfants de petite taille à la naissance, 76 n'atteignent pas la fin du premier mois d'existence, et 113 n'atteignent pas leur premier anniversaire. Pour ces enfants, la probabilité de mourir durant le premier mois est de trois fois supérieure à celle des enfants que les mères ont déclarés comme étant, à la naissance, moyens ou plus grands que la moyenne; leur probabilité de mourir durant la première année est, quant à elle, deux fois supérieure.



Les trois autres caractéristiques selon lesquelles sont présentés les niveaux de mortalité au Tableau 9.3 et au Graphique 9.3 concernent le comportement procréateur des mères. Du point de vue de l'âge de la mère, les risques de décéder sont les plus élevés pour les enfants nés de femmes en début (moins de 20 ans) et en fin (40-49 ans) de vie reproductive: en particulier, le risque de décéder en période néonatale est près de deux fois plus élevé pour un enfant né d'une femme de moins de 20 ans (59,4°/oo) que pour un enfant né d'une femme de 20-29 ans (30,9°/oo). Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile relativement élevés pour le rang un (89,7°/oo), baissent nettement pour les rangs suivants, pour augmenter de façon très importante pour les enfants de rangs les plus élevés (103,0°/oo pour les rangs 7 et plus). La durée de l'intervalle intergénésique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles très courts, dont on pense qu'ils ne permettent pas à la femme une récupération totale de ses capacités physiologiques, entraînent une mortalité juvénile (109,9°/oo) près de deux fois plus élevée, et surtout une mortalité infantile (138,1°/oo) près de trois fois plus élevée que chez les enfants qui suivent leur aîné de deux ans et plus.

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces et/ou tardives, des rangs de naissance élevés et des intervalles intergénésiques courts.

Le Tableau 9.4 qui reprend, en les combinant, ces trois dernières caractéristiques du comportement procréateur, présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent:

- les naissances issues de femmes appartenant à une seule catégorie à haut risque, à savoir les naissances de femmes d'âge de procréation précoce (moins de 18 ans), celles de femmes d'âge de procréation tardif (plus de 34 ans), les naissances à intervalle intergénésique court (moins de 24 mois), et celles de rang élevé (4 et plus);

- les naissances correspondant à une combinaison des hauts risques précédents;

- les naissances n'appartenant à aucune des catégories à hauts risques définies ci-dessus.

Tableau 9.4 Fécondité à hauts risques

Pourcentage d'enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête par hauts risques de mortalité, et pourcentage de femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, par catégories de hauts risques croissants, EDS Cameroun 1991

Catégories à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
Dans aucune catégorie à hauts risques	32,0	1,00	23,6[2]
Un seul haut risque	46,2	1,27	36,2
Age < 18: moins de 18 ans à la naissance	10,2	2,13	3,0
Age > 34: plus de 34 ans à la naissance	0,5	(1,92)	5,7
IN < 24: intervalle entre naissances inférieur à 24 mois	6,0	1,59	8,4
RG > 3: Rang de naissance 4 ou plus	29,5	0,89	19,1
Hauts risques multiples	21,9	2,35	40,2
Age < 18 et IN < 24 (ou RG > 3)	1,4	(3,76)	0,8
Age > 34 et IN < 24	9,4	0,97	21,5
Age > 34, IN < 24 et RG > 3	1,6	(3,34)	4,0
IN < 24 et RG > 3	9,5	3,36	13,9
Ensemble des catégories à hauts risques	68,0	1,61	76,4
Total	100,0	-	100,0
Effectif	3460	-	2868

Note: Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les cinq dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans *aucune catégorie à hauts risques.*

( ) Basé sur moins de 200 cas

[1]Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois, ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance est née dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 3 ou plus.

[2]Y compris les femmes stérilisées

Il apparaît tout d'abord (Tableau 9.4) que 32,0 pour cent des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 46,2 pour cent correspondent à des catégories de haut risque unique, et un peu plus d'un cinquième des naissances (21,9%) sont des cas à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que fait courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, on a calculé des "rapports de risque," en prenant comme base de référence les naissances appartenant à aucune des catégories à hauts risques. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie "sans hauts risques." Un enfant appartenant à une catégorie quelconque de haut risque unique court un risque de décéder 1,3 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. La fécondité très précoce de la mère (naissance à moins de 18 ans) est le comportement qui met le plus les enfants en danger, puisque leur risque de décéder est de 2,1 fois supérieur à ceux n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Mais ce sont les enfants appartenant aux catégories de hauts risques multiples qui sont le plus exposés à la mortalité. Toutes catégories confondues, leur risque de décéder est de 2,3 fois supérieur à ceux appartenant à aucune catégorie à hauts risques et, pour certains comportements procréateurs spécifiques, les risques sont multipliés par plus de trois: maternité très précoce combinée avec un intervalle intergénésique court (rapport de 3,8), intervalle court combiné avec un rang supérieur à trois (rapport de 3,4), et maternité tardive combinée avec un intervalle court et un rang élevé (rapport de 3,3).

Ces résultats démontrent qu'une meilleure planification et qu'un espacement des naissances qui limitent les naissances à hauts risques, n'ont pas pour seule conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

A partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement mariées qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer les futures naissances à hauts risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (Tableau 9.4) que 23,6 pour cent des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques et que 76,4 pour cent des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à hauts risques (simple ou multiple). Cette dernière proportion est nettement supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (68,0%), et en particulier pour les enfants des catégories à hauts risques multiples (40,2% prévisibles contre 21,9% dans les cinq dernières années). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants.

La diffusion, ou plus exactement la vulgarisation, de tels résultats auprès des femmes concernées peut être un facteur essentiel au développement des programmes de planification familiale dans le but de limiter les grossesses à hauts risques. En effet, en démontrant aux femmes qu'une fécondité maîtrisée peut accroître les chances de survie de leurs enfants, un des arguments majeurs justifiant une forte fécondité, à savoir, avoir beaucoup d'enfants pour qu'au moins quelques-uns survivent, perd en grande partie sa raison d'être.

CHAPITRE 10

CAUSES DE DECES DES ENFANTS

L'analyse des causes de décès des enfants est particulièrement utile pour l'identification des domaines prioritaires dans les programmes de santé (Gray, 1991). Au cours de l'EDSC, on a tenté de déterminer les causes probables de décès des enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête. La méthode utilisée est appelée autopsie verbale ou encore diagnostic par interview.

Lorsque le décès n'était pas dû à un accident, deux types d'informations ont été collectés pour tenter de déterminer sa cause probable. On a tout d'abord demandé à l'enquêtée quelle était, selon elle, la cause principale du décès. La réponse enregistrée par l'enquêtrice était codée, ultérieurement, au bureau central à partir d'une liste de maladies. Dans la plupart des cas, la cause déclarée correspond à un "diagnostic" établi par la mère et peut, de ce fait, ne pas être la cause réelle. Cependant, malgré ces limites, lorsque la mère déclare une cause de décès, ceci constitue une première indication importante pour établir un nouveau diagnostic. La femme enquêtée était ensuite interrogée sur la présence, la gravité et la durée de certains symptômes et signes particuliers durant la maladie qui avait conduit son enfant au décès. On peut estimer que les déclarations faites sur des symptômes observés sont plus fiables que celles concernant la cause proprement dite du décès. Les symptômes retenus étaient au nombre de huit: diarrhée, diarrhée avec présence de sang dans les selles, toux, respiration difficile/rapide, boutons sur le corps, fièvre, convulsions, maigreur extrême et jambes et/ou visage enflés. On dispose donc d'informations sur la cause déclarée du décès et sur les symptômes observés. L'analyse qui suit consiste, dans un premier temps, à déduire des symptômes des causes possibles de décès, indépendantes de celles déclarées. Le diagnostic final sur la cause probable du décès est alors établi en combinant la cause déclarée par la mère et la cause dérivée des symptômes.

Pour aider à l'établissement d'un diagnostic, en particulier pour les décès néonatals, on a demandé à la mère si l'enfant tétait normalement pendant ses premiers jours d'existence. Cette information permet de distinguer les enfants "normaux" à la naissance de ceux qui ne le sont pas, comme les prématurés, les nouveau-nés ayant subi un traumatisme au cours de l'accouchement et ceux ayant des malformations congénitales. De plus, le fait de perdre la capacité de téter quelques jours après la naissance est caractéristique du tétanos néonatal. De même, les informations sur le poids et la taille de l'enfant à la naissance et la durée de grossesse (c'est-à-dire le bébé était ou non prématuré) qui sont collectées pour toutes les naissances à la section " Grossesse et Allaitement" du questionnaire, ont été également utilisées pour déterminer les causes de décès, en particulier dans la période néonatale.

L'enquêtrice demandait enfin à la mère le lieu du décès de l'enfant et si des soins médicaux avaient été donnés lors de la maladie précédant le décès.

Parmi les enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête, un total de 299 décès ont été enregistrés dont 111 décès néonatals, 87 décès post-néonatals, c'est-à-dire de 1 à 11 mois, et 101 décès de 1 à 4 ans. Les décès survenus durant la période post- néonatale et chez les jeunes enfants (1-4 ans) ayant présenté des causes très similaires, les résultats concernant ces deux tranches d'âges ont été combinés et l'analyse qui suit porte donc sur le groupe 1-59 mois.

10.1 CAUSES DE DECES DECLAREES PAR LA MERE

Le Tableau 10.1 présente les résultats concernant la cause principale du décès déclarée par la mère pour les décès survenus durant la période néonatale et ceux survenus à 1-59 mois. Pour l'ensemble des 299 décès survenus à moins de 5 ans, les informations font défaut dans 2,5 pour cent des cas et la mère a déclaré

Previous Page Blank

ne pas connaître la cause du décès dans 14,7 pour cent des cas. Ces proportions sont beaucoup plus élevées pour les décès survenus au cours de la période néonatale, au cours de laquelle le "diagnostic" est plus difficile à établir: 5,5 pour cent d'informations manquantes et 23,9 pour cent de réponses "Ne sait pas."

Durant la période néonatale, selon les déclarations de la mère, les maladies respiratoires sont les causes de décès les plus fréquentes (13,6%), suivies par la prématurité (11,6%), le tétanos (9,3%), les problèmes lors de l'accouchement (9,2%) et le paludisme (8,8%). Cette dernière cause de décès semble avoir été surestimée dans la mesure où le paludisme est peu fréquent avant l'âge de six semaines. Ce cas met en évidence le problème de la fiabilité des déclarations de la mère concernant la cause du décès: pour la mère, la présence d'une fièvre sévère avant le décès (symptôme) peut avoir été assimilée à une maladie caractérisée par ce symptôme (le paludisme) et supposée être la cause du décès, alors que de nombreuses autres maladies présentent ce même symptôme.

Après la période néonatale, la rougeole vient en tête des causes de décès (18,9%), suivie par la diarrhée (17,4%), le paludisme (15,7%) et les maladies respiratoires (11,2%). La malnutrition a été déclarée comme principale cause du décès dans 4,2 pour cent des cas. Les accidents ne représentent quant à eux que 1,8 pour cent des causes de décès.

Si la mère déclarait plus d'une cause de décès, cette cause seconde était également enregistrée. Pour seulement 4 pour cent de l'ensemble des décès, la mère a déclaré une seconde cause, principalement le paludisme ou l'anémie (données non présentées au Tableau 10.1).

Tableau 10.1 Causes de décès déclarées par la mère

Distribution (en %) des décès d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête par cause de décès déclarée par la mère, selon l'âge au décès en mois, EDS Cameroun 1991

	Age en mois		
Cause du décès	<1	1-59	Ensemble
Prématurité	11,6	0,0	4,3
Problèmes obstétricaux	9,2	0,0	3,4
Tétanos	9,3	1,9	4,7
Malformation congénitale	0,5	1,4	1,0
Paludisme	8,8	15,7	13,2
Rougeole	1,2	18,9	12,3
Maladies respiratoires	13,6	11,2	12,1
- Pneumonie	4,7	6,6	5,9
- Asthme	1,9	0,7	1,1
- Coqueluche	0,7	2,1	1,6
- Symptômes d'infection respiratoire aiguë	6,2	1,8	3,4
Diarrhée	1,2	17,4	11,4
Fièvre	2,4	4,5	3,7
Sous-nutrition	0,0	4,2	2,6
Anémie	0,0	1,6	1,0
Autres infections	0,0	1,6	1,0
Accidents	1,4	1,8	1,7
Autres	11,6	9,6	10,3
Ne sait pas	23,9	9,3	14,7
Non déterminé	5,5	0,7	2,5
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de décès	111	188	299

Note: Une seule cause par enfant.

10.2 PREVALENCE DE SYMPTOMES AVANT LE DECES

Les pourcentages d'enfants qui ont présenté les symptômes sélectionnés durant la maladie conduisant au décès figurent au Tableau 10.2. Parmi les enfants décédés durant la période néonatale, les difficultés respiratoires (dyspnée) sont très courantes (31,5%), ainsi que la fièvre (20,3%). La toux et les convulsions

sont généralement présentes chez plus de 10 pour cent des nouveau-nés décédés. Parmi les enfants décédés à 1-59 mois, la fièvre (58,4%), la dyspnée (43,6%), la diarrhée (41,6%) et la maigreur extrême (40,6%) sont les symptômes les plus couramment déclarés, mais tous les autres symptômes, mis à part la diarrhée avec sang, sont également assez fréquents puisqu'ils sont présents dans plus de 10 pour cent des cas.

Pour pouvoir faire la distinction entre les symptômes souvent présents durant l'enfance, comme la diarrhée et la maigreur, mais peut-être sans rapport avec le décès, et les symptômes qui contribuent au décès, on a demandé à la mère si le symptôme ou le signe était grave. Ainsi il apparaît au Tableau 10.2 que, par exemple, 31,9 pour cent des enfants décédés à 1-59 mois présentaient une diarrhée grave. En d'autres termes, pour près de trois-quart des enfants ayant la diarrhée avant le décès, celle-ci était grave. De plus, on a également demandé si le symptôme avait duré jusqu'au décès et, si ce n'était pas le cas, combien de temps avant le décès avait-il disparu. Ces informations devaient permettre la distinction entre cause principale ou immédiate (le symptôme dure jusqu'au décès) et cause associée (le symptôme disparaît avant le décès). Le Tableau 10.2 montre que, dans la grande majorité des cas, le symptôme était présent jusqu'au décès: par exemple, chez les enfants décédés à 1-59 mois, 32,7 pour cent ont eu la diarrhée jusqu'au décès, soit près des trois quarts des enfants ayant eu la diarrhée (32,7% par rapport à 41,6%). Dans les cas où le symptôme a disparu avant le décès, cette disparition s'est produite juste quelques jours avant (données non présentées au Tableau 10.2). De ce fait, la distinction entre cause principale ou immédiate et cause associée du décès ne sera pas faite ici.

Tableau 10.2 Symptômes durant la maladie ayant conduit au décès

Pourcentage d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête et décédés, qui ont présenté, durant la maladie ayant précédé le décès, un symptôme, un symptôme grave et un symptôme ayant duré jusqu'au décès, par âge au décès en mois et par symptôme spécifique, EDS Cameroun 1991

	Décès néonatals (N=111)			Décès à 1-59 mois (N=188)		
Symptôme	Symptôme présent	Symptôme grave	Symptôme jusqu'au décès	Symptôme présent	Symptôme grave	Symptôme jusqu'au décès
Diarrhée	6,0	2,0	4,8	41,6	31,9	32,7
Diarrhée + sang	1,9	1,2	0,0	4,8	3,5	4,8
Toux	14,0	11,2	12,4	28,9	17,9	23,6
Dyspnée	31,5	27,9	29,9	43,6	36,8	40,1
Fièvre	20,3	15,2	14,6	58,4	44,4	50,8
Convulsions	11,5	10,7	7,1	19,6	14,4	18,4
Boutons	2,5	0,8	2,5	17,2	15,6	14,0
Maigreur extrême	7,1	5,1	7,1	40,6	34,1	35,5
Jambes/visage enflés	6,1	2,4	3,5	12,4	9,8	10,7

Note: Les enfants décédés par accident sont inclus au dénominateur.

10.3 CAUSES DE DECES DEDUITES DES SYMPTOMES

La liste des symptômes retenus dans l'EDSC peut être utilisée pour en déduire la cause probable du décès (Tableau 10.3). Des études de validation de l'autopsie verbale ont été menées dans d'autres pays et ces résultats ont été utilisés pour déterminer les causes probables de décès d'enfants au Cameroun (Kalter et al., 1990; Garenne et Fontaine, 1990). Comme un nombre limité de symptômes ont été inclus dans l'EDSC, seules certaines causes de décès spécifiques peuvent être identifiées. En outre, comme cela a été précisé ci-dessus, on n'a pas fait de distinction entre cause principale ou immédiate et cause associée du décès; par contre, des causes multiples de décès sont admises.

Tableau 10.3 Diagnostic possible établi à partir des symptômes

Pourcentage d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête et décédés, et ayant présenté différents symptômes et différentes combinaisons de symptômes durant la maladie ayant conduit au décès, par âge au décès en mois, EDS Cameroun 1991

Diagnostic possible	Symptômes	Néonatal	1-59 mois	Ensemble
Faible poids à la naissance	Faible poids à la naissance	19,0	5,7	10,6[a]
	- Né à terme	1,5	2,9	2,4
	- Prématuré	17,5	2,8	8,3
Tétanos néonatal	Décès à 3-30 jours et enfant ayant tété normalement à la naissance	27,4	-	10,2[a]
	- Avec convulsions	4,5	-	1,7
Maladies diarrhéiques	Diarrhée >= 2 jours	4,8	35,9	24,4
	Diarrhée grave >= 2 jours	2,0	26,7	17,6[a]
	Diarrhée avec sang >= 2 jours	1,9	4,9	3,8
Pneumonie	Toux >= 1 jour &/ou dyspnée >= 2 jours	25,0	-	9,3[a]
	Toux >= 4 jours & dyspnée >= 2 jours	-	16,3	10,3[a]
Rougeole	Décès à 4 mois et plus avec boutons sur le corps >= 3 jours	-	15,0	9,4
	- Avec fièvre >= 3 jours	-	5,6	3,5[a]
Paludisme	Fièvre grave, >= 2 jours	9,9	37,1	27,1
	- Sans boutons, diarrhée ou respiration difficile	6,9	15,8	12,5[a]
Sous-nutrition	Maigreur extrême, grave >= 1 mois	-	11,2	7,0
	Jambes ou visage enflés, grave >= 1 mois	-	3,6	2,3
	Soit maigreur extrême, soit jambes/visage enflés	-	13,1	8,3[a]

Note: Les enfants décédés par accident sont inclus au dénominateur. Des diagnostics multiples sont possibles.
[a]Critères de diagnostic retenus pour les tableaux suivants

Parmi les enfants décédés durant la période néonatale, le faible poids à la naissance est courant: dans 19,0 pour cent des cas, soit le nouveau-né pesait moins de 2500 grammes à la naissance, soit, dans le cas où le poids à la naissance n'était pas connu, la mère avait déclaré que son enfant était très petit à la naissance. La plupart des enfants de faible poids à la naissance et décédés sont également nés prématurément; 17,5 pour cent des nouveau-nés décédés durant le premier mois avaient un faible poids à la naissance, alors que 1,5 pour cent seulement sont nés à terme, mais avec un faible poids à la naissance, très probablement dû à un retard de croissance intra-utérine. Certains des bébés déclarés comme prématurés peuvent, en fait, avoir été des bébés petits pour leur âge du fait d'un retard de croissance intra-utérine.

Les décès par tétanos néonatal se produisent typiquement entre 3 et 30 jours d'existence (près de 90% se produisant à 4-14 jours). Au Cameroun, un peu plus d'un quart des décès néonatals (27,4%) se sont produits entre 3 et 30 jours et chez des bébés ayant tété normalement durant les premiers jours d'existence. Cette proportion peut inclure tous les décès par tétanos, mais également certains décès dus à d'autres causes. Si l'on tient compte des convulsions déclarées, qui comprennent aussi, très certainement, les spasmes du corps dans le cas du tétanos, alors 4,5 pour cent des décès néonatals peuvent être considérés comme étant probablement dus au tétanos.

Si la diarrhée n'est pas une cause de décès fréquente durant la période néonatale, par contre elle est très souvent présente chez les enfants décédés à 1-59 mois. Dans l'étude de validation menée aux Philippines (Kalter et al., 1990) "au moins deux jours de diarrhée" a été retenu comme le critère de diagnostic de la diarrhée. Au Cameroun, plus d'un tiers des enfants mourant à 1-59 mois (35,9%) ont eu au moins deux jours de diarrhée, 26,7 pour cent ont eu au moins deux jours de diarrhée grave et 4,9% ont eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles, ce qui est un signe de dysenterie.

En basant le diagnostic de maladie respiratoire sur la présence soit d'au moins un jour de toux, soit d'au moins deux jours de respiration difficile, 25,0 pour cent des décès néonatals seraient alors associés à une maladie respiratoire. En se référant à l'étude menée aux Philippines (Kalter et al., 1990), les critères utilisés pour le diagnostic de pneumonie (infection aiguë de l'appareil respiratoire inférieur) chez les enfants âgés de 1-59 mois regroupent la toux pendant, au moins, quatre jours et une respiration difficile pendant, au moins, deux jours. La durée des difficultés respiratoires semble être un critère particulièrement important puisque beaucoup de mères ont déclaré pour leur enfant décédé des difficultés respiratoires jusqu'au moment du décès. Selon ces critères, près d'un décès sur six (16,3%) survenus à 1-59 mois serait dû à la pneumonie.

Un enfant a été considéré comme étant mort de rougeole si le décès s'est produit à l'âge de quatre mois ou plus, avec présence de boutons sur le corps et de fièvre pendant au moins trois jours (critère basé sur l'étude de Kalter et al., 1990). Selon ces critères, 5,6 pour cent des décès d'enfants de 1-59 mois seraient dus à la rougeole. Si la fièvre n'est pas retenue comme critère, la proportion atteint 15,0 pour cent. Aucune information n'a été collectée au sujet des décès se produisant à la suite de complications de la rougeole après que les symptômes cliniques de cette maladie aient disparu (décès appelés de ce fait décès post-rougeole).

Le paludisme est difficile à diagnostiquer. Pour 37,1 pour cent des enfants décédés à 1-59 mois, la mère a déclaré une fièvre grave pendant au moins deux jours. Près de 16 pour cent des enfants décédés après la période néonatale avaient eu, d'après la mère, une fièvre grave pendant au moins deux jours, mais pas de boutons, ni de diarrhée, ni de difficultés respiratoires. Bien que ces deux derniers symptômes puissent accompagner le paludisme, seule la fièvre grave a été retenue pour diagnostiquer cette maladie de façon à rendre le diagnostic plus spécifique.

Le diagnostic de sous-nutrition a été établi lorsque la mère a déclaré que l'enfant était très maigre pendant, au moins, un mois avant le décès (marasme), ou avait eu les jambes et/ou le visage enflés pendant au moins un mois (Kwashiorkor). Selon ces critères, 13,1 pour cent de enfants décédés à 1-59 mois ont été associés à la sous-nutrition.

Les critères de diagnostic suivis d'une astérisque au Tableau 10.3 sont ceux retenus pour établir la cause probable de décès aux Tableaux 10.4 et 10.5.

10.4 RAPPROCHEMENT DES CAUSES DECLAREES PAR LA MERE ET DU DIAGNOSTIC DEDUIT DES SYMPTOMES

Pour les cinq maladies les plus courantes conduisant au décès après la période néonatale, les causes déclarées par la mère ont été comparées au diagnostic possible établi à partir des symptômes. Au Tableau 10.4, les deux premières colonnes présentent les proportions de décès attribués aux "cinq causes" selon la mère (proportions reprises du Tableau 10.1) et selon la combinaison des symptômes (proportions reprises du Tableau 10.3). A la troisième colonne apparaissent les décès selon chaque diagnostic, déduits soit de la cause de décès déclarée par la mère, soit des symptômes. A la quatrième colonne, les proportions correspondent seulement aux cas pour lesquels la cause déclarée par la mère est identique au diagnostic établi à partir des symptômes.

Tableau 10.4 Causes de décès déclarées par la mère et diagnostic possible déduit des symptômes

Pourcentage d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête et décédés, par cause principale de décès selon les déclarations de la mère, selon le diagnostic possible déduit des symptômes, selon l'une des deux sources et selon la concordance entre les deux sources, EDS Cameroun 1991

Cause du décès	Déclarée par la mère	Déduite des symptômes	Soit déclarée par la mère, soit déduite des symptômes	Concordance entre la déclaration et la cause deduite
Diarrhée	17,4	26,7	32,7	11,4
Paludisme	15,7	15,8	23,2	8,5
Infection respiratoire	11,2	16,3	22,7	7,3
Rougeole	18,9	5,6	19,0	3,3
Sous-nutrition	4,2	13,1	14,5	2,8

Note: Nombre de décès = 188.

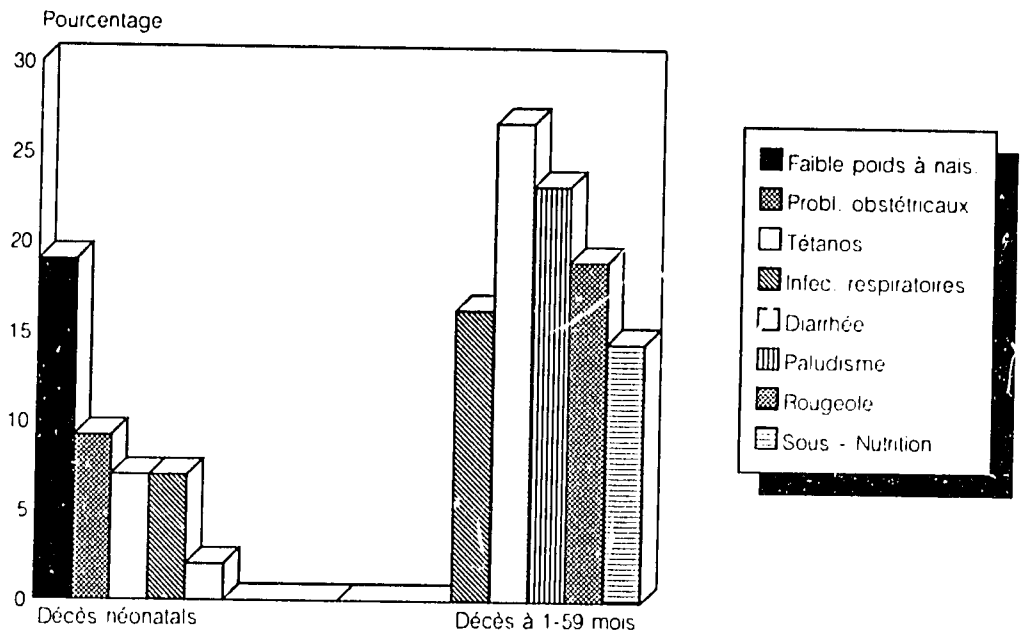
Pour 32,7 pour cent des enfants décédés à 1-59 mois, la diarrhée est la cause du décès, soit d'après les déclarations de la mère, soit d'après le diagnostic établi à partir des symptômes. Cependant, dans seulement un tiers de ces cas (11,4% par rapport à 32,7%), les deux sources (déclaration et diagnostic) s'accordent. Pour le paludisme et les infections respiratoires, la proportion de décès basée sur les deux sources représente également près d'un tiers de la proportion basée sur l'une des deux sources. Pour la rougeole et la sous-nutrition les différences entre "une source ou l'autre" et "l'accord entre les sources" sont beaucoup plus importantes.

10.5 CAUSES PROBABLES DU DECES: SYNTHESE

Le Tableau 10.5 et le Graphique 10.1 présentent les causes probables de décès basées sur les déclarations de la mère et sur les critères de diagnostic définis au Tableau 10.3, tout en indiquant comment le diagnostic final avait été établi. Il est à noter que, les causes multiples de décès étant possibles, la somme des pourcentages est supérieure à 100 pour cent.

Durant la période néonatale, le faible poids à la naissance est la principale cause de décès (19,0%), particulièrement dominante durant les premiers jours d'existence. La plupart de ces décès apparaissent comme étant associés à une prématurité déclarée. Les problèmes obstétricaux, comme l'accouchement prolongé conduisant à l'asphyxie ou autres complications obstétricales, sont responsables de 9,2 pour cent de la mortalité néonatale. Les maladies respiratoires causent probablement 7,0 pour cent des décès, de même que le tétanos. Le diagnostic du tétanos néonatal a été établi en combinant l'âge au décès (3-30 jours), le fait que le bébé tétait normalement à la naissance et la déclaration du tétanos par la mère. La diarrhée est la cause probable de 2,0 pour cent des décès et les accidents sont responsables de 1,4 pour cent de la mortalité néonatale. Pour plus de la moitié des décès néonatals (59,5%), du fait de l'insuffisance ou, le plus souvent, de l'imprécision des données obtenues, aucune cause de décès n'a pu être déterminée avec un minimum de précision. Ces décès comprennent les cas pour lesquels seul le paludisme/fièvre a été mentionné puisque le paludisme est peu probable chez les nouveaux-nés et que la fièvre seule ne permet aucun diagnostic. Cette forte proportion de causes non identifiées est due au manque de connaissance de la part des mères des symptômes ayant précédé le décès néonatal (23,9% des mères ont répondu "je ne sais pas" à la question ouverte sur la cause du décès), au manque de questions détaillées sur les symptômes concernant les causes de décès néonatals, et, pour certains décès, au désaccord entre le diagnostic des mères et les symptômes. De plus, la détermination des causes de décès à partir de l'autopsie verbale est particulièrement délicate dans le cas des décès néonatals.

Graphique 10.1
Causes probables de décès



Note: Des causes multiples son' possibles

EDSC 1991

Tableau 10.5 Causes probables de décès

Pourcentage d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête et décédés, selon les causes probables de décès, basées sur les déclarations de la mère concernant la cause du décès, et sur les algorithmes de diagnostic, EDS Cameroun 1991

Mortalité néonatale (Nombre de décès= 111)

Cause du décès	Critère de diagnostic	%
Faible poids à la naissance	Symptômes	19,0
Problèmes obstétricaux	Mère	9,2
Anomalies congénitales	Mère	0,5
Tétanos	Mère, décès à 3-30 jours, enfant ayant tété normalement les premiers jours	7,[illegible]
Maladie respiratoire	Mère et symptômes	7,0
Diarrhée	Symptômes	2,0
Accidents	Mère	1,4
Cause non identifiée		59,5

Mortalité à 1-59 mois (Nombre de décès= 188)

Cause du décès	Critère de diagnostic	%
Diarrhée	Symptômes (grave >= 2 j.)	26,7
Infection respiratoire	Symptômes (toux & dyspnée)	16,3
Rougeole	Mère ou symptômes	19,0
Paludisme	Mère ou symptômes	23,2
Sous-nutrition	Mère ou symptômes	14,5
Anémie	Mère	1,6
Accidents	Mère	1,8
Cause non identifiée		21,0

Ensemble: enfants de moins de 5 ans (Nombre de décès= 299)

Cause du décès	Critère de diagnostic	%
Diarrhée	Symptômes (grave >= 2 j.)	17,6
Infection respiratoire	Symptômes (toux & dyspnée)	12,9
Rougeole	Mère ou symptômes	12,0
Paludisme	Mère ou symptômes	14,6
Sous-nutrition	Mère ou symptômes	9,1
Anémie	Mère	1,6
Accidents	Mère	1,8
Faible poids à la naissance	Symptômes	7,1
Problèmes obstétricaux	Mère	3,4
Tétanos	Mère & symptômes	3,7
Cause non identifiée		35,3

Note: Les causes multiples sont possibles.

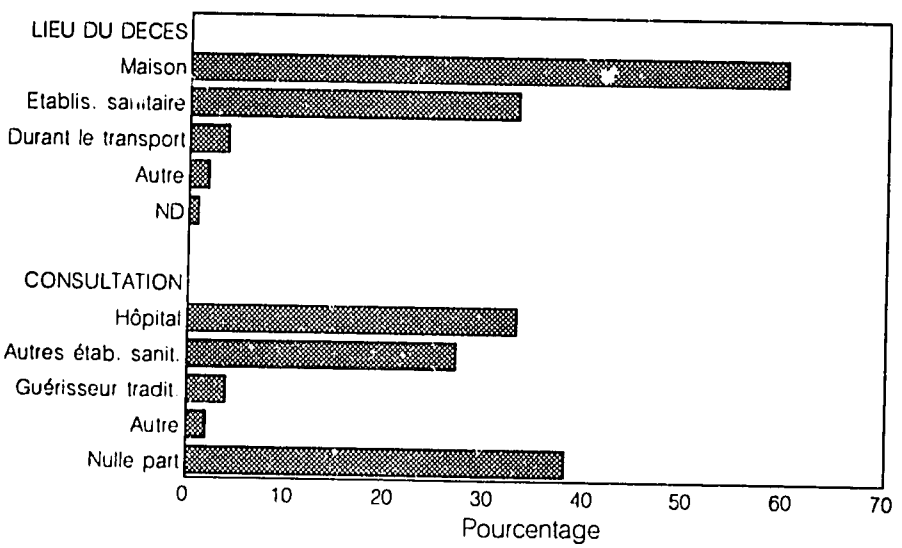
Pour les enfants décédés à 1-59 mois, la diarrhée est la principale cause de décès (26,7%), suivie du paludisme (23,2%), de la rougeole (19,0%), de la pneumonie (16,3%) et de la sous-nutrition (14,5%), comme l'indique le Graphique 10.1. L'anémie et les accidents ne sont, chacun, responsables que de moins de 2 pour cent des décès. Les accidents enregistrés comprennent deux accidents de la circulation, une chute, une brûlure et un empoisonnement. Mis à part les cas d'accidents, les décès peuvent être dus à une combinaison de causes. Par exemple, un enfant avec la rougeole peut contracter une pneumonie ou une diarrhée grave: les deux causes sont comptabilisées ici et apparaissent au Graphique 10.1.

Comparée aux résultats d'autres études (par exemple Grant, 1990; Gray, 1991), la distribution des causes de décès établie ici semble vraisemblable et, en particulier pour les décès à 1-59 mois. Bien que l'on puisse discuter la précision des estimations concernant l'importance relative des causes de décès les plus importantes dans l'enfance, il apparaît clairement, à partir des résultats de l'EDSC, que les causes les plus courantes sont des causes évitables. Aucune des cinq plus importantes causes de décès ne domine clairement: si la diarrhée et le paludisme causent plus de 20 pour cent des décès d'enfants de 1-59 mois, la rougeole, la pneumonie et la sous-nutrition sont, chacune, pour leur part, responsables de 15 à 20 pour cent de la mortalité à ces âges.

10.6 LIEU DU DECES ET TYPE DE CONSULTATION PENDANT LA MALADIE

Le lieu du décès et le type de consultation médicale pendant la maladie qui a conduit au décès de l'enfant figurent au Graphique 10.2. La grande majorité des décès (60,3%) se sont produits à la maison, et un tiers des enfants (32,7%) sont décédés dans des établissements sanitaires. Une proportion non négligeable d'enfants (4,2%) sont décédés au cours du transport à l'établissement de soins, ce qui indique que, lorsque l'enfant est conduit quelque part pour être soigné, cela se produit au dernier moment et donc, parfois, trop

Graphique 10.2
Lieu du décès et type de consultation pendant la maladie précédant le décès



Note: Plusieurs types de consultations sont possibles.

EDSC 1991

tard. La proportion relativement importante de décès survenus dans les établissements de soins trouve peut-être là son explication: lorsque l'enfant arrive dans l'établissement, il est trop tard pour lui apporter des soins et éviter le décès.

La question sur le type de consultation durant la maladie qui a conduit au décès admettait des réponses multiples: si l'enfant avait été conduit en consultation à plusieurs endroits, toutes les réponses étaient enregistrées. Cependant, des consultations multiples ont été rarement déclarées par les mères. Durant la maladie précédant le décès, 60,0 pour cent des enfants ont été conduits en consultation dans les services de santé: 32,7 pour cent des enfants ont été conduits dans les hôpitaux et 27,2 pour cent dans d'autres établissements sanitaires. Les guérisseurs traditionnels n'ont été consultés que dans 4,4 pour cent des cas, si l'on en croit les déclarations de la mère. Plus d'un tiers des enfants (37,5%) sont morts sans avoir été conduits en consultation.

CHAPITRE 11

ENQUETE MARI

Dans le cadre de l'EDSC, en plus de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle-femme, il a été décidé d'interviewer un sous-échantillon de maris des femmes enquêtées dans le but d'appréhender les préférences des maris camerounais en matière de fécondité ainsi que leurs attitudes et opinions vis-à-vis de la planification familiale. C'est la première fois qu'une enquête abordant ces thèmes est réalisée au Cameroun auprès d'un échantillon d'hommes mariés. Les résultats présentés ici sont donc essentiels pour la mise en place de programmes de planification familiale orientés non pas vers les seules femmes, mais vers les couples.

Les maris de la moitié des femmes éligibles[1] ont été enquêtés à l'aide d'un questionnaire spécifique qui reprenait certains des thèmes abordés dans le questionnaire individuel-femme: caractéristiques socio-démographiques, connaissance et utilisation de la contraception et préférences en matière de fécondité. Les enquêtes maris sont totalement indépendantes des enquêtes femmes à l'intérieur des ménages sélectionnés. En d'autres termes, quel que soit le résultat de l'enquête auprès de(s) l'épouse(s), on a interviewé le mari, quand il était éligible. En outre, de même que la femme était enquêtée hors de la présence de son mari, le mari était interrogé hors de la présence de sa (ou ses) femme, et sans qu'aucun rapprochement ne soit effectué entre les deux questionnaires. Cette procédure garantit l'indépendance des données, mais c'est aussi pour cette raison que certaines données sur des caractéristiques, à priori, communes du couple, telles que le type d'union, sont parfois légèrement différentes selon les réponses de la femme ou celles du mari.

Sur un échantillon de 1011 maris sélectionnés, 998 maris ont été identifiés et les enquêtes ont été réalisées avec succès auprès de 814 hommes, soit un taux de réponse de 81,6 pour cent. Les résultats présentés dans ce chapitre correspondent, soit aux réponses des 814 maris enquêtés, soit aux réponses combinées des maris et de leurs femmes, c'est-à-dire des couples. Compte tenu du fait qu'un même mari peut avoir plusieurs femmes, les couples constitués (977) sont plus nombreux que les maris interrogés: en effet, dans les cas de polygamie, les informations obtenues auprès du mari ont été comptées autant de fois qu'il avait de femmes pour former autant de couples différents.

11.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MARIS ET DES COUPLES

11.1.1 Caractéristiques des maris

Alors que les femmes interrogées sont toutes âgées de 15 à 49 ans, aucune limite d'âge n'était imposée pour la sélection des maris. Comme il apparaît au Tableau 11.1, plus de la moitié des maris (52,6%) ont 40 ans et plus, parmi lesquels plus de la moitié (27,0%) sont âgés de 50 ans et plus; cependant les maris de 60 ans et plus ne représentent que 6 pour cent de l'échantillon (résultat non présenté au Tableau 11.1). Les maris de moins de 30 ans ne représentent que 17,2 pour cent de l'échantillon, et le plus jeune mari enquêté avait 18 ans (résultat non présenté au Tableau 11.1). Un peu plus d'un homme interrogé sur quatre (25,8%) a déclaré vivre en union polygame, et dans leur grande majorité (69,3%) les maris ont déclaré avoir trois enfants ou plus.

[1] En fait, en milieu rural, on a sélectionné le mari d'une femme éligible sur deux, alors qu'en milieu urbain tous les maris des femmes éligibles étaient sélectionnés, mais seulement dans un ménage sur deux.

Les maris interrogés sont essentiellement du milieu rural (62,9%), et, du point de vue régional, ceux de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord sont majoritaires (44,9%). Ceci explique que plus de la moitié des hommes enquêtés travaillent dans le secteur agricole (57,9%), suivis de très loin, par ceux travaillant dans le secteur tertiaire (19,6%) et dans celui de la production autre qu'agricole (16,4%). Comme les femmes enquêtées, la presque totalité des maris sont de nationalité camerounaise (95,1%). Les religions catholique et protestante sont également représentées (30,5% chacune); les musulmans représentent un cinquième des maris (22,9%).

Instruction

En ce qui concerne le niveau d'instruction des maris, on n'observe que très peu de différences par rapport à celui des femmes: une très forte proportion de maris n'a aucun niveau d'instruction (43,3%) et seulement un mari sur cinq (23,9%) a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. La répartition par âge des maris explique, en grande partie, cette situation: en effet, comme on peut le constater au Tableau 11.2, ce sont surtout les maris les plus âgés (40 ans et plus), et majoritaires, qui sont sans instruction (56,5% à 40 ans et plus). Par contre, parmi les maris de moins de 30 ans, mais en minorité, 43,5 pour cent ont un niveau secondaire ou supérieur. Du point de vue du milieu et de la région de résidence, on n'observe les mêmes situations extrêmes que chez les femmes: les maris les plus instruits sont ceux de Yaoundé/Douala et ceux du Centre/Sud/Est. A l'inverse c'est dans le milieu rural et dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord que les proportions de maris sans instruction sont les plus importantes (respectivement, 50,7% et 79,9%).

Tableau 11.1 Caractéristiques socio-démographiques des maris enquêtés

Répartition (en %) des maris enquêtés par âge, nombre d'enfants, type d'union, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, religion, nationalité et activité, EDS Cameroun 1991

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
< 30	17,2	140	144
30-39	30,2	246	263
40-49	25,6	208	201
50 et +	27,0	220	206
Nombre d'enfants vivants			
0-2	30,5	248	250
3-4	22,5	183	183
5 +	46,8	381	380
ND	0,1	1	1
Type d'union			
Monogame	74,2	604	621
Polygame	25,8	210	193
Niveau d'instruction			
Aucun	43,3	352	306
Primaire	32,8	267	268
Secondaire	21,4	174	208
Supérieur	2,5	20	32
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	13,4	109	193
Autres villes	23,7	193	204
Ensemble urbain	37,1	302	397
Rural	62,9	512	417
Région			
Yaoundé/Douala	13,4	109	193
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	44,9	366	312
Centre/Sud/Est	16,7	136	125
Ouest/Littoral	13,1	107	104
Nord-Ouest/Sud-Ouest	11,9	97	80
Religion			
Catholique	30,5	248	271
Protestante	30,5	248	260
Musulmane	22,9	187	165
Autre	16,1	131	118
Nationalité			
Camerounaise	95,1	774	776
Autre	4,9	40	38
Activité			
Cadres, employés	11,7	95	123
Services et vendeurs	7,9	64	78
Agriculteurs	57,9	471	402
Ouvriers	16,4	134	148
Autres	6,1	49	63
Total	100,0	814	814

Tableau 11.2 Niveau d'instruction des maris enquêtés

Répartition (en %) des maris par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal le milieu et la région de résidence, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Niveau d'instruction atteint				Total	Effectif
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur		
Groupe d'âges						
< 30	26,3	30,2	40,5	3,0	100,0	140
30-39	29,9	38,3	27,2	4,6	100,0	246
40-49	44,7	35,9	18,0	1,4	100,0	208
50 et +	67,7	25,4	6,0	0,9	100,0	220
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	5,0	31,1	51,1	12,7	100,0	109
Autres villes	45,2	30,0	21,6	3,3	100,0	193
Ensemble urbain	30,7	30,4	32,2	6,7	100,0	302
Rural	50,7	34,3	15,0	0,0	100,0	512
Région						
Yaoundé/Douala	5,0	31,1	51,1	12,7	100,0	109
Ad./Nord/Ext.-Nord	79,9	13,4	5,9	0,9	100,0	366
Centre/Sud/Est	9,1	53,2	36,7	1,1	100,0	136
Ouest/Littoral	23,5	49,6	25,4	1,4	100,0	107
Nord-Ouest/Sud-Ouest	18,0	61,1	20,9	0,0	100,0	97
Ensemble des maris	43,3	32,8	21,4	2,5	100,0	814

Polygamie

Au Cameroun la polygamie est un phénomène assez fréquent puisqu'un peu plus d'un homme en union sur quatre (25,8%) vit en union polygame (Tableau 11.3). La fréquence de ce phénomène est étroitement liée à l'âge puisque le taux de polygamie[2] passe de 8,1 pour cent chez les hommes de moins de 30 ans à 21,1 pour cent à 30-39 ans, 26,0 pour cent à 40-49 ans, pour atteindre 42,2 pour cent chez les hommes de 50 ans et plus. Il se peut que ces variations de la fréquence de la polygamie ne correspondent pas seulement à une augmentation du phénomène avec l'âge, mais soient également le signe d'une diminution de ce type d'union parmi les générations les plus récentes.

Du point de vue du milieu de résidence, le taux de polygamie est sensiblement le même en milieu rural (27,6%) et dans les "autres villes" (28,8%), par contre, il est près de deux fois plus faible à Yaoundé/Douala (12,4%). Au niveau régional, la polygamie concerne environ un tiers des hommes mariés de l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (33,9%) et de l'Ouest/Littoral (31,3%), deux régions pourtant différentes sur le plan culturel, alors qu'elle touche moins de 10 pour cent des maris du Centre/Sud/Est (9,8%). On peut constater enfin une baisse des taux de polygamie avec l'augmentation du niveau d'instruction: de 38,1 pour cent chez les hommes sans instruction, le taux de polygamie passe à 18,8 pour cent chez les hommes ayant

[2] Le taux de polygamie correspond à la proportion d'hommes en union polygame dans la population des hommes mariés.

un niveau d'instruction primaire et à 13,3 pour cent chez ceux ayant un niveau secondaire ou supérieur. Les différences importantes de taux de polygamie observées selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction peuvent, peut-être, laisser présager un abandon progressif de cette pratique avec l'augmentation de l'urbanisation et la généralisation de l'instruction, même si 40,6 des hommes monogames interrogés ont déclaré avoir l'intention de prendre une seconde épouse (donnée non présentée au Tableau 11.3).

Près des trois quarts des hommes polygames (18,4% par rapport à 25,8%) n'ont que deux épouses; de ce fait l'intensité de la polygamie[3] est relativement faible au Cameroun, les polygames n'ayant en moyenne que 2,4 femmes. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, le nombre de femmes par polygame varie selon les mêmes tendances que les taux de polygamie: c'est là où ce type d'union est le plus fréquent (chez les hommes de 50 ans et plus, ceux des "autres villes" et ceux sans niveau d'instruction) que l'intensité de la polygamie est la plus élevée.

Tableau 11.3 Polygamie et nombre de femmes

Répartition (en %) des maris par type d'union (monogane ou polygame) et répartition des maris polygames par nombre de femmes, selon l'âge, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction, EDS Cameroun 1991

			Polygames avec:			
Caractéristique	Mono-games	Poly-games	2 fem-mes	3 fem-mes et +	Total	Effectif
Groupe d'âges						
< 30	91,9	8,1	8,1	0,0	100,0	140
30-39	78,9	21,1	18,0	3,1	100,0	246
40-49	74,0	26,0	17,4	8,6	100,0	208
50 et +	57,8	42,2	26,2	16,1	100,0	220
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	87,6	12,4	10,4	2,0	100,0	109
Autres villes	71,2	28,8	18,7	10,1	100,0	193
Rural	72,4	27,6	19,9	7,7	100,0	512
Région						
Yaoundé/Douala	87,6	12,4	10,4	2,0	100,0	109
Ad./Nord/Ext.-Nord	75,1	33,9	18,3	6,7	100,0	621
Centre/Sud/Est	90,2	9,8	7,5	2,3	100,0	136
Ouest/Littoral	68,7	31,3	19,8	11,6	100,0	107
Nord-Ouest/Sud-Ouest	73,0	27,0	20,1	6,9	100,0	97
Niveau d'instruction						
Aucun	61,9	38,1	25,0	13,1	100,0	352
Primaire	81,2	18,8	14,3	4,5	100,0	267
Secondaire ou plus	86,7	13,3	11,9	1,4	100,0	194
Ensemble des maris	74,2	25,8	18,4	7,5	100,0	814

[3] L'intensité de la polygamie se mesure par le nombre moyen de femmes par polygame.

Nombre d'enfants vivants

Lors de l'interview, on a demandé aux maris le nombre d'enfants vivants qu'ils avaient. Cette question faisant référence à tous les propres enfants de l'homme, quelle qu'en soit la mère, les réponses obtenues diffèrent largement des informations du même type obtenues auprès de chaque femme. Comme on peut le constater au Tableau 11.4, mis à part une faible proportion sans enfant (6,4%), près de la moitié des maris ont entre un et quatre enfants (46,7%) et l'autre moitié ont cinq enfants et plus (46,9%). En moyenne, les maris ont 5,1 enfants survivants, soit 1,9 enfants de plus que les femmes mariées (3,2 enfants, voir Chapitre 3 - Fécondité).

Tableau 11.4 Nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des maris par nombre d'enfants vivants selon l'âge, le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le type d'union, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants								Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants
	0	1	2	3	4	5	6	7 et +			
Groupe d'âges											
< 30	16,2	33,5	24,1	13,6	6,4	4,3	2,0	0,0	100,0	140	1,8
30-39	5,0	10,1	17,4	18,9	16,3	10,4	10,3	11,3	100,0	246	3,8
40-49	3,5	9,1	6,3	7,8	9,8	14,9	11,5	36,9	100,0	208	5,8
50 et +	4,4	2,4	4,8	6,3	8,7	6,7	6,2	60,6	100,0	220	8,1
Milieu de résidence											
Yaoundé/Douala	5,6	15,8	15,7	9,4	9,9	12,7	9,7	21,3	100,0	109	4,2
Autres villes	6,3	8,3	10,6	9,6	12,9	11,4	10,8	30,2	100,0	193	5,4
Ensemble urbain	6,1	11,0	12,4	9,5	11,8	11,8	10,4	26,8	100,0	302	5,0
Rural	6,6	12,3	12,3	13,1	10,3	8,1	6,7	30,7	100,0	512	5,2
Région											
Yaoundé/Douala	5,6	15,8	15,7	9,4	9,9	12,7	9,7	21,3	100,0	109	4,2
Ad./Nord/Ext.-Nord	7,9	11,3	11,3	11,2	12,7	8,1	6,6	31,0	100,0	366	5,2
Centre/Sud/Est	11,7	11,7	14,9	13,7	5,9	11,6	10,1	20,4	100,0	136	4,0
Ouest/Littoral	1,1	11,9	7,0	15,3	9,1	9,9	8,8	36,8	100,0	107	6,6
Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,0	9,4	14,8	9,8	14,3	7,8	8,2	35,7	100,0	97	5,8
Niveau d'instruction											
Aucun	6,5	7,6	9,1	11,5	11,7	8,3	6,5	38,7	100,0	352	6,1
Primaire	7,3	14,1	15,5	9,6	10,5	9,4	8,5	25,1	100,0	267	4,7
Secondaire ou plus	4,8	16,2	13,8	15,1	9,9	11,9	10,3	17,8	100,0	194	4,0
Type d'union											
Monogame	8,4	14,3	15,1	13,8	11,4	10,5	7,9	18,6	100,0	604	3,9
Polygame	0,6	4,6	4,5	5,8	9,3	6,7	8,6	59,8	100,0	210	8,5
Ensemble des maris	6,4	11,8	12,3	11,7	10,9	9,5	8,1	29,3	100,0	814	5,1

Le nombre d'enfants survivants augmente régulièrement avec l'âge des maris: le nombre moyen passe de 1,8 enfants chez les maris de moins de 30 ans, à 3,8 chez ceux de 30-39 ans, à 5,8 chez ceux de 40-49 ans et atteint 8,1 enfants lorsque le mari a 50 ans et plus. Parmi ces maris les plus âgés, 27,4 pour cent ont au minimum dix enfants (résultat non présenté au Tableau 11.4). Du point de vue du milieu de résidence, les maris de Yaoundé/Douala ont, en moyenne, 1,2 enfants de moins que ceux des "autres villes" et 1,0 enfant

de moins que ceux du milieu rural. Concernant les régions de résidence, les écarts sont très importants puisque le nombre moyen varie de 4,0 enfants dans le Centre/Sud/Est à 6,6 enfants dans l'Ouest/Littoral, ces deux régions étant celles où le taux de polygamie est, respectivement, le plus faible (9,8%) et l'un des plus élevés (31,3%). On peut noter enfin que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction: les hommes sans instruction ont, en moyenne, 6,1 enfants, contre 4,7 chez les hommes ayant un niveau d'instruction primaire et 4,0 lorsque le mari a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

La variable qui influe le plus sur le nombre d'enfants semble être le type d'union puisque les maris monogames n'ont, en moyenne, que 3,9 enfants, soit un nombre moyen assez peu différent à celui des femmes en union (3,2 enfants), contre 8,5 enfants pour les maris polygames. La fréquence de la polygamie et son intensité sont certainement les facteurs qui expliquent la plupart des écarts entre les nombres moyens d'enfants observés par milieu de résidence, par région et par niveau d'instruction.

11.1.2 Caractéristiques des couples

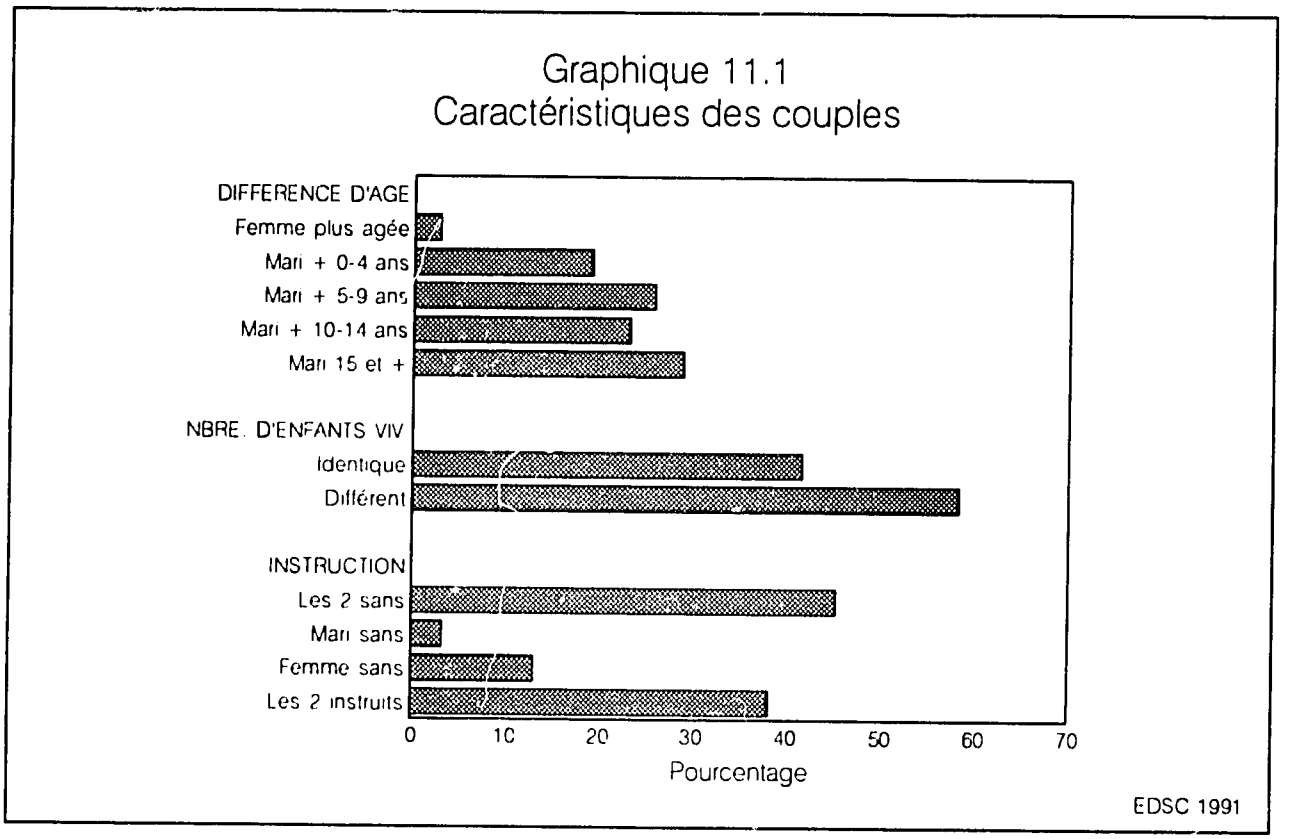
Au Tableau 11.5 figurent les différences d'âge entre maris et femmes pour les 977 couples étudiés. Dans la très grande majorité des couples, le mari est beaucoup plus âgé que sa femme[4] puisque dans 78,1 pour cent des cas le mari a, au minimum, 5 ans de plus que son épouse et, dans 29,0 pour cent des couples, il a au moins 15 ans de plus (Graphique 11.1); en moyenne, les maris ont 11,5 ans de plus que leur femme. Les écarts les plus importants s'observent surtout lorsque les femmes sont jeunes: en effet, plus de 30 pour cent des maris en union avec des femmes de moins de 30 ans ont, au minimum, 15 ans de plus que leur épouse. Ce phénomène est directement lié à la polygamie, les hommes, en vieillissant, ayant tendance à épouser des femmes de rang deux et plus beaucoup plus jeunes qu'eux. En moyenne, les maris, monogames ou polygames, ont 9,4 ans de plus que leur première épouse, alors qu'ils ont, en moyenne, 17,7 ans de plus que leur femme quand elle est de rang deux et plus.

Tableau 11.5 Différence d'âges entre le mari et la femme

Répartition (en %) des couples par différence d'âges entre le mari et la femme par rapport à l'âge du mari et différences d'âges moyennes, selon le groupe d'âges de la femme, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges de la femme	Différence d'âges par rapport à l'âge du mari						Différence d'âges moyenne par rapport à la femme de:			Effectif des couples
	Négative	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 ans et +	Total	Rang 1	Rang 2 et +	Ensemble	
15-19	0,0	27,8	18,0	22,5	31,7	100,0	9,4	18,3	11,8	87
20-24	0,0	13,3	33,2	20,6	33,0	100,0	10,2	18,9	12,7	176
25-29	2,1	21,6	21,2	21,2	33,9	100,0	9,9	21,3	12,4	195
30-34	3,5	18,8	29,1	20,1	28,5	100,0	8,5	18,4	11,1	188
35-39	4,5	17,0	20,9	32,4	25,2	100,0	9,1	18,3	11,4	137
40-44	6,5	18,8	26,3	23,3	25,1	100,0	9,[illegible]	12,3	10,0	114
45-49	4,3	21,3	30,5	25,6	18,3	100,0	9,6	9,1	9,5	80
Ensemble des couples	2,8	19,1	25,9	23,2	29,0	100,0	9,4	17,7	11,5	977

[4] Dans les cas de polygamie, le même mari est associé plusieurs fois à chacune de ses femmes pour former autant de différents couples de deux personnes: pour cette raison, au niveau du couple, on ne compare le mari qu'avec une femme.



En plus des données résumées concernant les écarts d'âges entre mari et femme, le Tableau 11.6 et le Graphique 11.1 présentent les caractéristiques des couples du point de vue du type d'union, du nombre d'enfants vivants et du niveau d'instruction. En ce qui concerne le type d'union, les proportions de monogames et polygames sont en partie biaisées, puisque les maris polygames sont comptés plusieurs fois pour former autant de couples qu'ils ont de femmes: les proportions de "couples" polygames sont donc surestimées. L'intérêt principal de ce rapprochement du type d'union de la femme et de celui du mari est de contrôler la concordance des réponses obtenues puisque, en principe, tous les couples devraient, soit être monogames, soit polygames; or on constate que dans quelques cas (1,9%) le type d'union déclaré par la femme est différent de celui déclaré par le mari. Cela signifie soit que le concept d'union n'est peut-être pas toujours perçu de la même façon par les enquêtés, certains hommes considérant qu'ils ont plusieurs épouses, alors que, pour leur femme (enquêtée), elle est la seule épouse; soit encore que certaines femmes ne sont pas au courant de l'existence d'une "co-épouse," peut-être "non-officielle."

Tableau 11.6 Caractéristiques différentielles des couples

Répartition (en %) des couples par différence d'âges, par type d'union, par différence de nombre d'enfants et par différence de niveau d'instruction, EDS Cameroun 1991

Différence	Pourcentage	Effectif
Age du mari/Age de la femme		
Négatif	2,8	28
0-4	19,1	187
5-9	25,9	253
10-14	23,2	226
15 et +	29,0	283
Type d'union		
Monogame	60,5	591
Polygame	37,6	367
Différent	1,9	19
Nombre d'enfants		
Identique	41,7	407
Différent	58,3	570
Niveau d'instruction		
Mari et femme: aucun	45,3	442
Femme instruite, mari non	3,3	33
Mari instruit, femme non	13,1	128
Mari et femme instruits	38,3	374
Total	100,0	977

En ce qui concerne les enfants vivants, dans la majorité des couples (58,3%), le mari et la femme ont déclaré des nombres différents et, généralement, comme cela a été souligné précédemment, c'est le mari qui a le plus d'enfants, le plus souvent parce qu'il a eu ou qu'il a plusieurs épouses.

Dans plus de quatre couples sur cinq (83,6%), le mari et la femme ont le même niveau d'instruction: tous les deux sont, soit sans instruction (45,3%), soit ils ont un minimum d'instruction (38,3%). Seule une faible proportion de couples (13,1%) sont composés d'hommes ayant un certain niveau d'instruction alors que la femme n'en a pas. Les cas les plus rares (3,3%) sont ceux où c'est la femme qui est instruite et le mari sans instruction.

11.2 PLANIFICATION FAMILIALE

Le questionnaire de l'EDSC utilisé lors de l'interview des maris comportait une section sur la contraception et la planification familiale très similaire à celle utilisée lors de l'enquête individuelle auprès des femmes. Les questions portaient principalement sur la connaissance des méthodes contraceptives, sur l'utilisation passée et actuelle de la contraception, sur l'intention d'utiliser des méthodes dans l'avenir, ainsi que sur les attitudes et opinions concernant la planification familiale.

11.2.1 Connaissance de la contraception

La connaissance des méthodes de contraception est la condition préalable à leur utilisation. Le Tableau 11.7 montre que la majorité des maris interrogés (73,9%) connaissent au moins une méthode contraceptive: la connaissance des méthodes modernes (65,2%) est peu différente de celle des méthodes traditionnelles (63,2%). Parmi les méthodes modernes, le condom est la méthode la plus connue (50,3%), suivi de la stérilisation féminine (47,4%) et de la pilule (44,0%). Par contre, les méthodes vaginales ou de barrière (16,5%) et la stérilisation masculine (10,4%) sont très peu connues. Parmi les méthodes traditionnelles, les maris connaissent surtout la continence périodique (47,3%) et l'abstinence prolongée (46,1%).

Au Tableau 11.8 et au Graphique 11.2 figurent les résultats concernant la connaissance de la contraception au niveau des couples. Dans seulement 55,2 pour cent des couples, la femme *et* le mari connaissent au moins une méthode contraceptive; s'agissant des seules méthodes modernes, cette proportion n'est plus que de 47,1 pour cent et de 41,2 pour cent pour les seules méthodes traditionnelles. Dans plus d'un couple sur quatre, ni le mari ni la femme n'a jamais entendu parler ni de méthode contraceptive moderne (27,0%), ni de méthode traditionnelle (28,0%). En outre, lorsqu'un seul des deux partenaires connaît une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit, il s'agit plus fréquemment du mari que de sa femme: dans près d'un couple sur cinq (19,2%) seul le mari connaît au moins une méthode, mais dans moins d'un couple sur dix (7,4%) seulement c'est la femme seule qui a entendu parler d'une méthode contraceptive.

Tableau 11.7 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes

Pourcentage de maris qui connaissent une méthode contraceptive spécifique, EDS Cameroun 1991

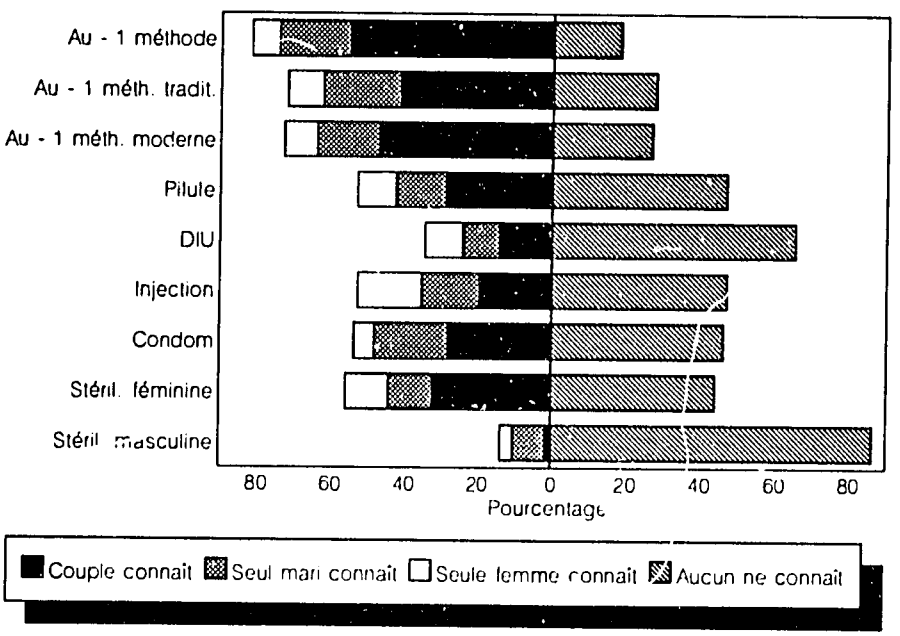
Méthode contraceptive	Connaît une méthode
N'importe quelle méthode	**73,9**
Méthode moderne	**65,2**
Pilule	44,0
DIU	26,4
Injection	34,2
Méthodes vaginales	16,5
Condom	50,3
Stérilisation féminine	47,4
Stérilisation masculine	10,4
Méthode traditionnelle	**63,2**
Continence périodique	47,3
Abstinence	46,1
Retrait	38,8
Autres méthodes	5,6
Effectif de maris	814

Tableau 11.8 Connaissance des méthodes contraceptives par les couples

Répartition (en %) des couples connaissant, au moins, une méthode contraceptive spécifique, EDS Cameroun 1991

Méthode	Le mari et la femme connaissent	Le mari connaît, la femme non	La femme connaît, le mari non	Aucun de deux ne connaît	Total	Effectif de couples
N'importe quelle méthode	55,2	19,2	7,4	18,3	100,0	977
Méthode moderne	47,1	16,9	8,9	27,0	100,0	977
Pilule	28,9	13,5	10,5	47,1	100,0	977
DIU	14,1	10,0	10,3	65,6	100,0	977
Injection	19,5	15,7	17,5	47,3	100,0	977
Méthodes vaginales	5,0	9,9	6,2	78,9	100,0	977
Condom	28,1	20,1	5,5	46,3	100,0	977
Stérilisation féminine	32,1	12,2	11,6	44,1	100,0	977
Stérilisation masculine	1,5	8,7	3,4	86,4	100,0	977
Méthode traditionnelle	41,2	21,2	9,6	28,0	100,0	977
Continence périodique	26,3	17,8	8,1	47,9	100,0	977
Abstinence	23,9	21,2	11,7	43,1	100,0	977
Retrait	20,5	15,3	7,7	56,6	100,0	977
Autres méthodes	0,8	5,9	5,4	87,9	100,0	977

Graphique 11.2
Connaissance de la contraception par les couples



EDSC 1991

Du point de vue des caractéristiques du mari (Tableau 11.9), le niveau de connaissance de la contraception présente les mêmes types de variations que chez les femmes. Les maris qui connaissent le plus les méthodes contraceptives sont ceux d'âges intermédiaires (79,8% à 30-39 ans), ceux de Yaoundé/Douala (96,5%), ceux de l'Ouest/Littoral (94,1%), et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (98,4%). En ce qui concerne le nombre d'enfants vivants, peu de différences ressortent dans les niveaux de connaissance des méthodes, si ce n'est chez les hommes sans enfants (et les plus jeunes) qui ne sont que 63,4 pour cent à connaître au moins une méthode.

Tableau 11.9 Connaissance de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de maris qui connaissent une méthode de contraception quelconque et pourcentage de ceux qui connaissent une méthode de contraception moderne selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

Caratéristique socio-démographique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif de maris
Groupe d'âges			
<30	73,9	69,9	140
30-39	79,8	75,4	246
40-49	71,3	61,3	208
50 et +	69,8	54,4	220
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	96,5	95,5	109
Autres villes	75,7	71,7	193
Ensemble urbain	83,2	80,3	302
Rural	68,5	56,3	512
Région			
Yaoundé/Douala	96,5	95,5	109
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	50,1	34,7	366
Centre/Sud/Est	91,8	88,3	136
Ouest/Littoral	94,1	87,7	107
Nord-Ouest/Sud-Ouest	91,3	88,8	97
Niveau d'instruction			
Aucun	51,4	34,1	352
Primaire	85,8	82,6	267
Secondaire ou plus	98,4	97,5	194
Nombre d'enfants vivants			
0	63,4	58,5	52
1	69,9	65,2	96
2	73,0	65,8	100
3	75,2	68,1	96
4 et +	75,9	65,1	470
Ensemble des maris	73,9	65,2	814

[1]C'est-à-dire : pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes..), condom et stérilisations féminine et masculine

11.2.2 Pratique de la contraception

Aux maris ayant déclaré connaître au moins une méthode contraceptive, on a demandé s'ils avaient déjà utilisé cette méthode. Près de la moitié des maris (47,7%) ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode de contraception: la pratique de la contraception est donc plus élevée chez les maris que chez les femmes en union parmi lesquelles 40,3 pour cent seulement ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode (Tableau 11.10). Ce sont les méthodes traditionnelles qui ont été le plus utilisées par les maris (42,4%), et surtout la continence

Tableau 11.10 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de maris et de femmes en union ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes						N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles				Effectif des maris
			Pilule	DIU	Injections	Méth. vaginales	Condom	Stéril. fémin.		Contin. périodique	Abstinence	Retrait	Autres	
MARIS														
< 30	54,3	19,9	3,0	0,0	2,3	2,0	16,7	0,0	49,2	35,8	23,0	21,1	0,0	140
30-39	54,9	23,4	6,4	1,2	0,4	3,0	18,6	0,9	50,2	35,5	23,2	27,1	0,4	246
40-49	47,5	13,9	4,2	0,5	2,0	0,8	6,6	3,4	42,1	25,3	23,3	13,1	0,3	208
50 +	35,6	11,3	1,9	1,9	0,6	0,5	3,2	5,4	29,8	17,2	19,6	8,3	0,3	220
Tous âges	47,7	17,1	4,0	1,0	1,2	1,6	11,0	2,6	42,4	28,0	22,2	17,4	0,3	814
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION														
Tous âges	40,3	14,8	6,5	1,4	1,4	2,0	7,7	1,2	37,0	21,6	16,0	17,5	1,8	2868

périodique (28,0%) et l'abstinence prolongée (22,2%). Curieusement les maris déclarent utiliser ces deux dernières méthodes beaucoup plus fréquemment que les femmes en union, ce qui signifie peut-être que certains maris ne savent pas toujours avec précision ce que signifie la pratique de ces méthodes. Les moyens contraceptifs modernes ont été utilisés par moins d'un mari sur cinq (17,1%), soit un peu plus fréquemment que par les femmes en union (14,8%), cet écart entre hommes et femmes étant dû principalement à une utilisation du condom par les maris (11,0%) relativement plus importante que par les femmes (7,7%).

Le Tableau 11.11 porte sur la prévalence contraceptive au moment de l'enquête. Près d'un mari sur cinq (19,8%) a déclaré utiliser une méthode de contraception, dont un peu plus d'un quart seulement (5,8%) une méthode moderne: la méthode la plus fréquemment citée est la stérilisation féminine (2,5%). Parmi les méthodes traditionnelles, utilisées par 14,0 pour cent des maris, la continence périodique (6,6%) vient en tête, suivie de l'abstinence prolongée (4,7%).

Tableau 11.11 Utilisation actuelle des méthodes contraceptives

Pourcentage de maris utilisant actuellement une méthode contraceptive spécifique, EDS Cameroun 1991

Méthode contraceptive	Utilise une méthode
N'importe quelle méthode	19,8
Méthode moderne	5,8
Pilule	1,1
DIU	0,3
Injection	0,3
Méthodes vaginales	0,1
Condom	1,6
Stérilisation féminine	2,5
Stérilisation masculine	0,0
Méthode traditionnelle	14,0
Continence périodique	6,6
Abstinence	4,7
Retrait	2,6
Autres méthodes	0,1
Effectif de maris	814

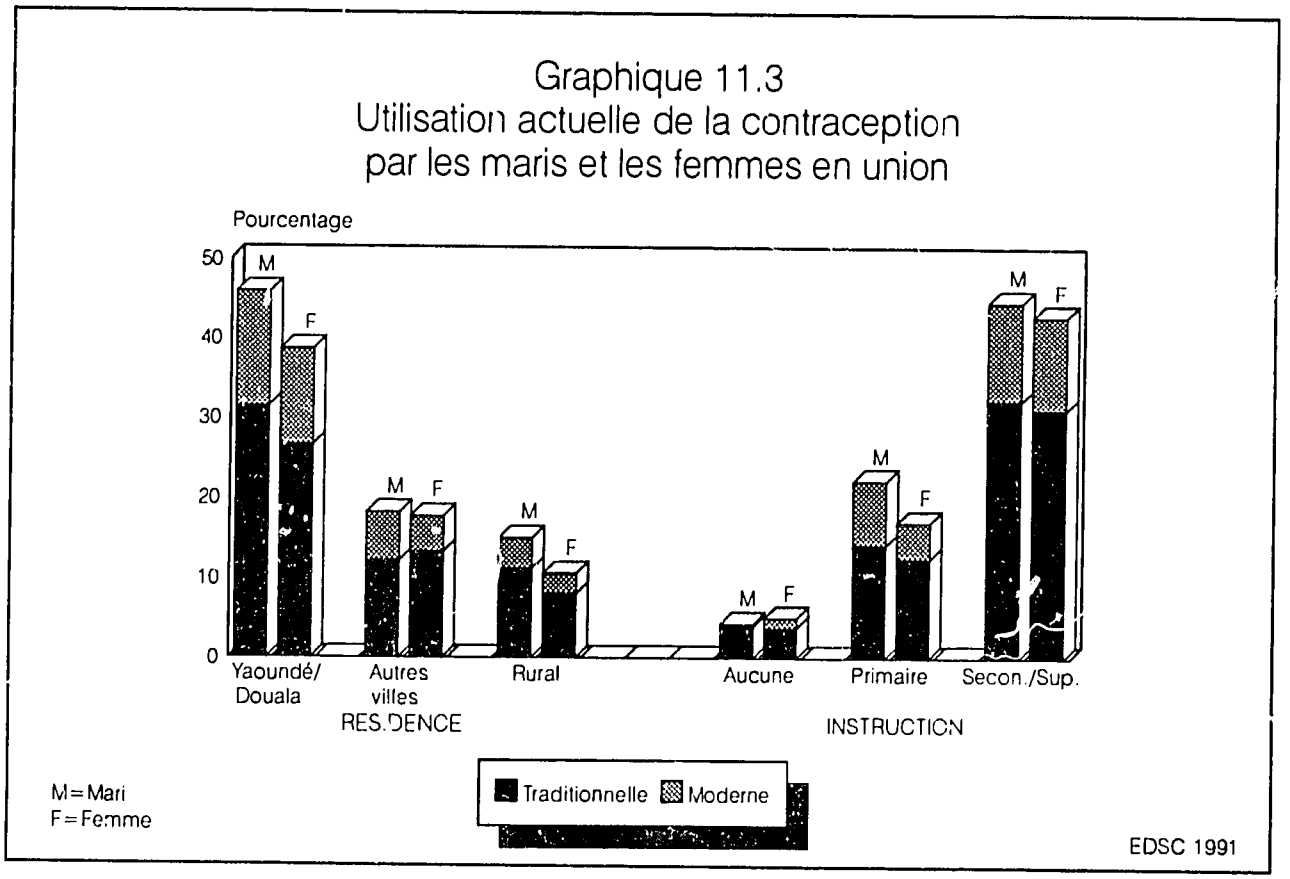
Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques (Tableau 11.12 et Graphique 11.3) ceux qui utilisent le plus la contraception sont, comme les femmes, les maris de Yaoundé/Douala (45,8%), ceux du Nord-Ouest/Sud-Ouest (32,7%) et de l'Ouest/Littoral (29,2%), ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (44,6%) et ceux ayant au moins quatre enfants (22,9%). De même, les monogames (20,8%) utilisent plus la contraception que les polygames (16,8%). Concernant l'âge, comme chez les femmes, les maris les plus jeunes (moins de 50 ans) utilisent plus la contraception (plus de 21%) que ceux ayant 50 ans et plus (15,3%). Par contre, c'est chez les hommes les plus vieux (50 ans et plus), comme chez les femmes les plus âgées (40-49 ans), que la prévalence des méthodes modernes est la plus élevée (8,0%).

Tableau 11.12 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des maris et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Cameroun 1991

	Maris						Femmes en union					
Caractéristique socio-démographique	Méthode quelconque	Méthodes modernes[1]	Méthodes tradit.	Aucune méthode	Total	Effectif	Méthode quelconque	Méthodes modernes[1]	Méthodes tradit.	Aucune méthode	Total	Effectif
Groupe d'âges												
<30	20,1	3,4	16,7	79,9	100,0	140	17,4	3,3	14,1	82,6	100,0	1511
30-39	22,3	4,7	17,6	77,7	100,0	246	15,1	4,5	10,6	84,9	100,0	871
40-49	21,4	6,3	15,1	78,6	100,0	208	13,5	7,2	6,3	86,5	100,0	486
50 et +	15,3	8,0	7,3	84,7	100,0	220	-	-	-	-	-	-
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	45,8	14,5	31,3	54,2	100,0	109	38,6	12,1	26,5	61,4	100,0	383
Autres villes	18,1	6,0	12,1	81,9	100,0	193	17,6	4,4	13,2	82,4	100,0	714
Ensemble urbain	28,1	9,1	19,0	71,9	100,0	302	24,9	7,1	17,9	75,1	100,0	1098
Rural	14,9	3,8	11,1	85,1	100,0	512	10,5	2,5	8,0	89,5	100,0	1771
Région												
Yaoundé/Douala	45,8	14,5	31,3	54,2	100,0	109	38,6	12,1	26,5	61,4	100,0	383
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	6,5	1,2	5,3	93,5	100,0	366	5,5	0,9	4,6	94,5	100,0	1170
Centre/Sud/Est	18,0	5,2	12,8	82,0	100,0	136	17,9	4,3	13,6	82,1	100,0	500
Ouest/Littoral	29,2	5,9	23,3	70,8	100,0	107	23,2	5,9	17,3	76,8	100,0	432
Nord-Ouest/Sud-Ouest	32,7	13,9	18,8	67,3	100,0	97	15,3	5,1	10,2	84,7	100,0	383
Niveau d'instruction												
Aucun	4,4	0,3	4,0	95,6	100,0	352	5,0	1,2	3,8	95,0	100,0	1376
Primaire	22,1	8,0	14,1	77,9	100,0	267	16,9	4,5	12,4	83,1	100,0	951
Secondaire ou plus	44,6	12,5	32,1	55,4	100,0	194	42,8	11,8	31,0	57,2	100,0	542
Nombre d'enfants vivants												
0	5,7	0,0	5,7	94,3	100,0	52	15,3	2,0	13,3	84,7	100,0	419
1	17,8	5,0	12,8	82,2	100,0	96	13,8	2,7	11,2	86,2	100,0	461
2	18,3	3,6	14,7	81,7	100,0	100	14,9	2,7	12,2	85,1	100,0	453
3	15,9	0,6	15,3	84,1	100,0	96	15,7	3,6	12,1	84,3	100,0	368
4 et +	22,9	8,1	14,8	77,1	100,0	470	17,8	6,6	11,2	82,2	100,0	1167
Type d'union												
Monogame	20,8	6,4	14,4	79,2	100,0	604	19,0	5,5	13,5	81,0	100,0	1761
Polygame	16,8	3,9	12,9	83,2	100,0	210	11,4	2,4	9,0	88,6	100,0	1107
Ensemble des maris	19,8	5,8	14,0	80,2	100,0	814	16,1	4,3	11,8	83,9	100,0	2868

[1]C'est-à-dire: pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes...), condom et stérilisations féminine et masculine



11.2.3 Utilisation future et méthodes contraceptives préférées

Aux maris qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, on a demandé s'ils avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir (Tableau 11.13). Trois maris sur quatre (75,0%) ont déclaré que, dans le futur, ils n'emploieraient pas la contraception; parmi ceux ayant l'intention d'utiliser une méthode (19,6%), la majorité (13,4% par rapport à 19,6%) sont des maris l'ayant déjà fait auparavant. Les nouveaux utilisateurs potentiels ne représentent que 6,2 pour cent des maris qui n'emploient actuellement aucune méthode. En outre, on peut noter que si l'intention d'utiliser la contraception est faible chez les maris sans enfant (7,1%) et chez ceux ayant un seul enfant (15,9%), elle augmente nettement à partir du deuxième enfant (23,0%), mais sans présenter de variations importantes chez les maris ayant déjà un nombre d'enfants plus élevé (25,2% à 3 enfants et 20,1% à 4 enfants et plus).

On a demandé aux maris ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir quelle méthode ils préféreraient utiliser (données non présentées au Tableau 11.13). Un peu plus de la moitié des maris (51,5%) ont déclaré vouloir utiliser une méthode moderne, principalement la stérilisation féminine (15,8%) et la pilule (14,9%). Il faut remarquer que les maris ont cité principalement des méthodes modernes "féminines," dont l'utilisation ne les implique pas directement. Par ailleurs, 30,2 pour cent des maris ont l'intention d'utiliser une méthode traditionnelle, essentiellement l'abstinence prolongée (14,9%) et la continence périodique (13,5%). Comme pour les femmes, les utilisateurs futurs de la contraception devraient, du moins en intention, utiliser davantage les méthodes modernes que ne le font les maris qui pratiquent la contraception aujourd'hui.

Tableau 11.13 Utilisation future de la contraception

Répartition (en %) des maris n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Cameroun 1991

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants					Ensemble
	0	1	2	3	4+	
N'a jamais utilisé la contraception						
Intention d'utiliser	0,0	4,3	3,2	9,9	7,3	6,2
N'est pas sûr d'utiliser	1,1	4,6	5,5	1,5	3,0	3,2
N'a pas l'intention d'utiliser	71,5	49,8	51,9	53,4	56,4	55,8
A déjà utilisé la contraception						
Intention d'utiliser	7,1	11,6	19,7	15,2	12,8	13,4
N'est pas sûr d'utiliser	0,0	2,9	0,0	1,5	3,0	2,2
N'a pas l'intention d'utiliser	20,2	26,8	19,6	18,5	17,5	19,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tous les maris actuellement non-utilisateurs						
Intention d'utiliser	7,1	15,9	23,0	25,2	20,1	19,6
N'est pas sûr d'utiliser	1,1	7,5	5,5	3,0	6,0	5,4
N'a pas l'intention d'utiliser	91,7	76,6	71,6	71,9	73,9	75,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	49	79	82	80	362	653

11.2.4 Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale

Dans le contexte socio-culturel camerounais, en ce qui concerne la famille, le pouvoir de décision dépend largement des maris. Aussi a-t-on cherché à savoir ce que ces maris pensaient de la diffusion d'informations sur la planification familiale, s'ils approuvaient ou non son utilisation et s'ils en discutaient avec leur femme.

D'après le Tableau 11.14, un peu plus de la moitié des maris (56,5%) sont favorables à la diffusion d'informations sur la planification familiale par le biais des média (radio et/ou télévision). Comme chez les femmes, ce sont les maris les plus jeunes qui sont le plus favorables à ce type d'informations (64,5% chez les moins de 30 ans), et cette proportion diminue avec l'âge pour ne plus concerner que 45,9 pour cent des maris de 50 ans et plus. Par ailleurs, on peut remarquer que, comme les femmes, les maris qui approuvent le plus fréquemment la diffusion d'informations sur la planification familiale sont ceux de Yaoundé/Douala (80,7%), ceux du Nord-Ouest/Sud-Ouest (83,7%) et ceux ayant au moins un niveau d'instruction secondaire (83,4%).

Tableau 11.14 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale

Pourcentage de maris approuvant la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision, par caractéristiques socio-démographiques, selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age du mari				Tous les âges
	< 30	30-39	40-49	50 et +	
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	89,5	82,5	77,5	69,0	80,7
Autres villes	76,3	58,4	44,6	50,7	54,9
Ensemble urbain	82,0	69,7	54,7	54,7	64,2
Rural	55,3	60,7	51,7	41,1	51,9
Région					
Yaoundé/Douala	89,5	82,5	77,5	69,0	80,7
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	38,2	34,8	33,7	28,2	33,1
Centre/Sud/Est	78,8	82,4	72,6	57,1	73,7
Ouest/Littoral	88,3	71,8	55,6	53,4	65,2
Nord-Ouest/Sud-Ouest	100,0	87,8	74,8	80,1	83,7
Niveau d'instruction					
Aucun	25,9	31,4	36,1	32,2	32,4
Primaire	64,8	75,3	60,6	71,1	68,6
Secondaire ou plus	87,8	82,6	76,7	87,3	83,4
Ensemble	64,5	64,5	52,8	45,9	56,5

A la question "Etes-vous d'accord que des couples utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?" seulement 37,2 pour cent des maris ont répondu par l'affirmative (Tableau 11.15). Les maris de moins de 30 ans (42,3%) et surtout de 30-39 ans (50,7%) approuvent davantage l'utilisation de la contraception que ceux âgés de 40 ans et plus. Par ailleurs, comme dans le cas de la diffusion d'informations sur la planification familiale, les maris qui approuvent le plus fréquemment l'utilisation de méthodes contraceptives sont ceux de Yaoundé/Douala (77,5%), ceux du Nord-Ouest/Sud-Ouest (57,6%) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (73,9%).

Tableau 11.15 Attitudes des maris face à la planification familiale

Pourcentage de maris connaissant une méthode contraceptive et approuvant la planification familiale, par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age du mari				Ensemble
	< 30	30-39	40-49	50 et +	
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	81,4	82,3	76,4	59,3	77,5
Autres villes	59,5	52,5	33,8	33,3	42,6
Ensemble urbain	6[illegible],0	66,4	46,9	38,7	55,1
Rural	28,3	39,4	23,1	15,7	26,6
Région					
Yaoundé/Douala	81,4	82,3	76,4	59,3	77,5
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	17,3	20,5	13,9	11,0	15,2
Centre/Sud/Est	55,9	52,6	27,2	25,6	40,4
Ouest/Littoral	48,7	58,5	4[illegible],3	43,3	50,1
Nord-Ouest/Sud-Ouest	72,4	76,2	54,3	30,7	57,6
Niveau d'instruction					
Aucun	8,0	18,7	11,2	11,8	12,7
Primaire	31,6	50,5	40,1	44,2	43,3
Secondaire ou plus	70,6	81,3	62,5	79,6	73,9
Ensemble	42,3	50,7	31,4	23,8	37,2

La même question sur l'approbation de la planification familiale ayant été posée aux maris et aux femmes, il a été possible de déterminer l'opinion des couples en la matière. Il apparaît au Tableau 11.16 et au Graphique 11.4 que dans 22,5 pour cent des couples seulement, le mari et la femme approuvent tous les deux l'utilisation de moyens pour retarder ou éviter une grossesse: cette concordance des points de vue pour approuver la planification familiale se retrouve plus fréquemment chez les couples monogames (29,0%, contre 12,0% chez les polygames), chez les couples où le mari et la femme ont le même nombre d'enfants (33,8% contre 14,5% quand le nombre d'enfants est différent) et chez les couples où les deux partenaires ont un certain niveau d'instruction (49,2%).

A l'opposé, dans la moitié des couples (50,2%), les deux partenaires sont du même avis pour désapprouver l'utilisation de la contraception: il s'agit surtout des couples polygames (67,0%), des couples dans lesquels les partenaires n'ont pas le même nombre d'enfants (59,9%) et des couples où le mari et la femme sont sans instruction (79,9%). Enfin, dans un cas sur quatre (23,8%) les deux partenaires ne sont pas du même avis, soit le mari approuve et la femme désapprouve la contraception (12,0%), soit c'est la femme qui approuve et le mari qui est contre (11,8%).

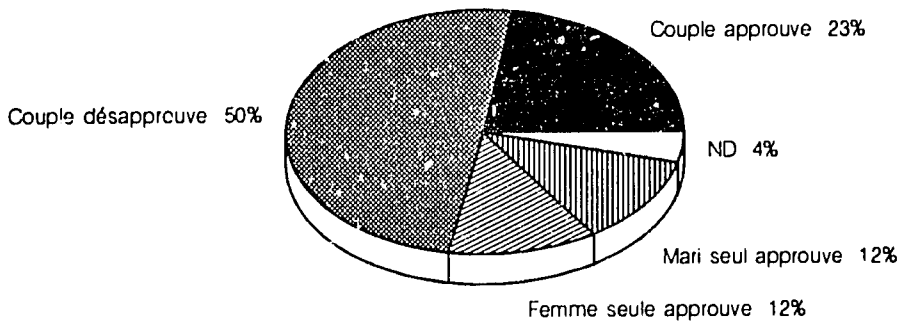
Tableau 11.16 Attitudes des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme approuvent ou désapprouvent la planification familiale, selon les caractéristiques différentielles du couple, EDS Cameroun 1991

Caractéristique différentielle du couple	Le mari et la femme approuvent	Le mari et la femme désap-prouvent	La femme approuve et le mari désap-prouve	Le mari approuve et la femme désap-prouve	Non déterminé	Total	Pourcentage de couples ayant la même opinion	Effec-tif
Age du mari/ Age de la femme								
Négatif	15,6	61,6	20,9	1,9	0,0	100,0	77,2	28
0-4	26,4	43,6	12,0	13,6	4,5	100,0	70,0	187
5-9	31,3	42,4	10,0	13,0	3,3	100,0	73,7	253
10-14	21,7	48,6	14,8	10,1	4,8	100,0	70,3	226
15 et +	13,5	61,6	10,0	12,6	2,3	100,0	75,1	283
Type d'union								
Monogame	29,0	40,6	14,1	12,0	4,3	100,0	69,6	591
Polygame	12,0	67,0	7,6	11,7	1,7	100,0	79,0	367
Différent	24,5	23,8	18,6	19,2	14,0	100,0	48,3	19
Nombre d'enfants								
Identique	33,8	36,5	13,1	12,3	4,2	100,0	70,4	407
Différent	14,5	59,9	10,8	11,8	3,0	100,0	74,4	570
Niveau d'instruction								
Mari et femme: aucun	3,9	79,9	4,8	8,0	3,4	100,0	83,8	442
Femme instruite, mari non	9,7	55,3	17,5	10,9	6,5	100,0	65,0	33
Mari instruit, femme non	12,6	46,5	10,5	28,0	2,5	100,0	59,1	128
Mari et femme instruits	49,2	15,8	20,0	11,3	3,7	100,0	65,0	374
Ensemble	22,5	50,2	11,8	12,0	3,5	100,0	72,7	977

Au cours de l'enquête individuelle on a demandé aux femmes si, d'après elles, leur mari approuvait ou non la planification familiale. Au Tableau 11.17, figurent la perception par la femme, de l'opinion de son mari et l'opinion réelle du mari. Dans la grande majorité des cas, la femme connaît l'opinion correcte de son mari: dans 79,3 pour cent des cas où la femme pense que son mari approuve la planification familiale, celui-ci l'approuve effectivement, et dans 78,3 pour cent des cas où elle pense qu'il la désapprouve, sa perception de l'opinion de son partenaire est correcte. Dans un peu moins d'un cas sur cinq seulement, la femme se trompe sur l'opinion de son mari: dans 18,6 pour cent des cas, elle pense qu'il approuve la planification familiale, alors qu'il est contre, et dans 19,4 pour cent des cas, elle pense qu'il désapprouve alors qu'il est favorable.

Graphique 11.4
Attitudes des couples vis-à-vis
de la planification familiale



EDSC 1991

Tableau 11.17 Attitudes du mari face à la planification familiale et perception de l'attitude de la femme

Répartition (en %) des couples par attitude du mari face à la planification familiale et selon la perception par la femme de l'attitude du mari, EDS Cameroun 1991

Perception par la femme de l'opinion de son mari	Attitude du mari			Total	Effectif de couples
	Le mari approuve	Le mari désapprouve	Le mari ne sait pas		
La femme croit que la mari approuve	79,3	18,6	2,0	100,0	154
La femme croit que le mari désapprouve	19,4	78,3	2,3	100,0	609
La femme ne sait pas	40,3	52,0	7,7	100,0	214
Ensemble	33,4	63,1	3,5	100,0	977

Que ce soit un désaccord dans le couple, ou une perception fausse de l'opinion du conjoint en matière de planification familiale, ces situations peuvent s'expliquer par un manque de communication entre mari et femme. Ce manque de communication est mis en évidence au Tableau 11.18 où il apparaît que la grande majorité des couples camerounais (69,6%) n'ont jamais discuté de problèmes de planification familiale, en particulier les couples dans lesquels le mari est âgé de 50 ans et plus (83,0%). De plus, lorsque les partenaires ont discuté de ce sujet, dans un cas sur trois (9,6% par rapport à 29,9%), il ne s'agissait que de discussions occasionnelles, à savoir une ou deux fois seulement durant l'année.

Tableau 11.18 Discussion de la planification familiale par le couple

Répartition (en %) des maris connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'ils ont discuté de la planification familiale avec leur femme au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Cameroun 1991

Groupe d'âges	Nombre de discussions sur la planification familiale				Total
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	Non Déterminé	
<30	66,4	11,4	21,4	0,9	100,0
30-39	60,9	10,5	28,1	0,5	100,0
40-49	68,2	10,5	20,7	0,6	100,0
50 et +	83,0	6,6	10,2	0,3	100,0
Ensemble	69,6	9,6	20,3	0,5	100,0

11.3 PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Le Tableau 11.19 donne la répartition des maris selon qu'ils souhaitent ou non avoir des enfants (supplémentaires) selon le nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Globalement, la grande majorité des maris souhaitent avoir d'autres enfants (81,9%) et un mari sur dix (9,8%) seulement souhaite limiter sa descendance. Comme on pouvait s'y attendre, les proportions de maris qui veulent d'autres enfants diminuent avec le nombre d'enfants qu'ils ont déjà, tout en restant supérieures à 90 pour cent tant que le nombre d'enfants vivants est inférieur à cinq. Cette proportion passe ensuite à 75,5 pour cent chez les maris qui ont déjà cinq enfants et à 65,2 pour cent chez les maris qui ont déjà au moins six enfants.

Tableau 11.19 Préférences des maris en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des maris par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Cameroun 1991

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants							Ensemble des maris
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
Veut un autre bientôt	95,1	96,9	96,3	94,0	90,9	75,5	65,2	81,9
Indécis	2,3	1,8	2,4	3,2	2,7	6,9	5,1	3,9
Ne veut plus d'enfant	0,0	0,0	0,8	2,2	3,5	10,8	21,4	9,8
Femme/mari stérile	2,6	1,2	0,5	0,6	2,9	6,7	7,6	4,2
Non déterminé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	52	96	100	96	89	77	304	814

Le Tableau 11.20 présente le même type d'information au niveau du couple. Seulement 4,3 pour cent des couples souhaitent limiter la taille de leur famille, et la grande majorité des couples (65,9%) désirent encore des enfants. Dans environ 10 pour cent des couples, le mari et la femme sont en désaccord, dans la plupart des cas (8,2% par rapport à 10,7%), il s'agit du mari qui souhaite encore des enfants alors que la femme désire en limiter le nombre. Avec l'augmentation du nombre d'enfants vivants, que ce soit ceux du mari ou ceux de la femme, les proportions de couples désirant encore des enfants diminuent au profit des couples désirant limiter leur descendance , mais aussi et surtout au profit des couples qui sont en désaccord sur les enfants supplémentaires à avoir. Ainsi, lorsque le mari a déjà dix enfants ou plus, 47,8 pour cent des couples veulent d'autres enfants, 8,9 pour cent n'en veulent plus, mais dans 15,1 pour cent des cas, le couple est en désaccord parce la femme veut limiter le nombre d'enfants alors que le mari ne le souhaite pas. De même, lorsque la femme a déjà sept enfants vivants ou plus, près d'un quart des couples (24,3%) sont en désaccord parce que la femme veut limiter sa descendance et le mari ne le veut pas. Cela ne signifie pas nécessairement que la femme aura ces enfants supplémentaires, mais cela est certainement l'une des principales raisons pour laquelle le mari prendra une épouse supplémentaire.

Tableau 11.20 Préférences des couples en matière de fécondité

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme veulent ou non des enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfant vivant du mari et de la femme, EDS Cameroun 1991

Nombre d'enfants vivants	Mari et femme veulent d'autres enfants	Mari veut, femme est stérile	Mari veut, femme ne veut pas	Femme veut, mari ne veut pas	Mari et femme ne veulent plus d'autres enfants	Mari et/ou femme NSP	Autres	Total	Effectif
Nombre d'enfants du mari									
0	84,1	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	100,0	54
1-3	65,0	4,1	4,3	0,5	0,2	0,0	4,9	100,0	314
4-6	62,5	8,9	7,7	3,5	4,1	0,9	12,4	100,0	272
7-9	46,5	4,2	12,5	5,4	9,1	0,3	22,2	100,0	189
10 et +	47,8	8,6	15,1	1,8	8,9	0,9	17,0	100,0	148
Nombre d'enfants de la femme									
0	85,5	4,2	0,9	0,0	0,0	0,0	9,4	100,0	94
1-3	82,8	3,7	3,7	2,3	0,1	0,3	7,0	100,0	442
4-6	52,5	10,4	10,4	4,4	6,1	0,8	15,4	100,0	315
7 et +	25,4	6,9	24,3	0,0	17,7	0,4	25,3	100,0	126
Ensemble	65,9	6,3	8,2	2,5	4,3	0,4	12,3	100,0	977

Pour connaître les préférences des maris en matière de fécondité on leur a demandé, comme à leurs femmes, quel était le nombre total d'enfants qu'ils souhaiteraient (ou qu'ils auraient souhaité) avoir, en tout, durant leur vie. D'après le Tableau 11.21, les maris camerounais sont favorables à une famille très nombreuse puisque leur nombre idéal d'enfants est, en moyenne, de 11,2 soit près de 4 enfants de plus que le nombre idéal moyen déclaré par les femmes en union (7,3). Comme chez les femmes, on peut constater un lien entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille qui passe de 8,1 enfants, en moyenne, chez les maris sans enfant à 13,9 chez ceux qui ont déjà 6 enfants ou plus.

Tableau 11.21 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des maris par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants selon le nombre d'enfants vivants, EDS Cameroun 1991

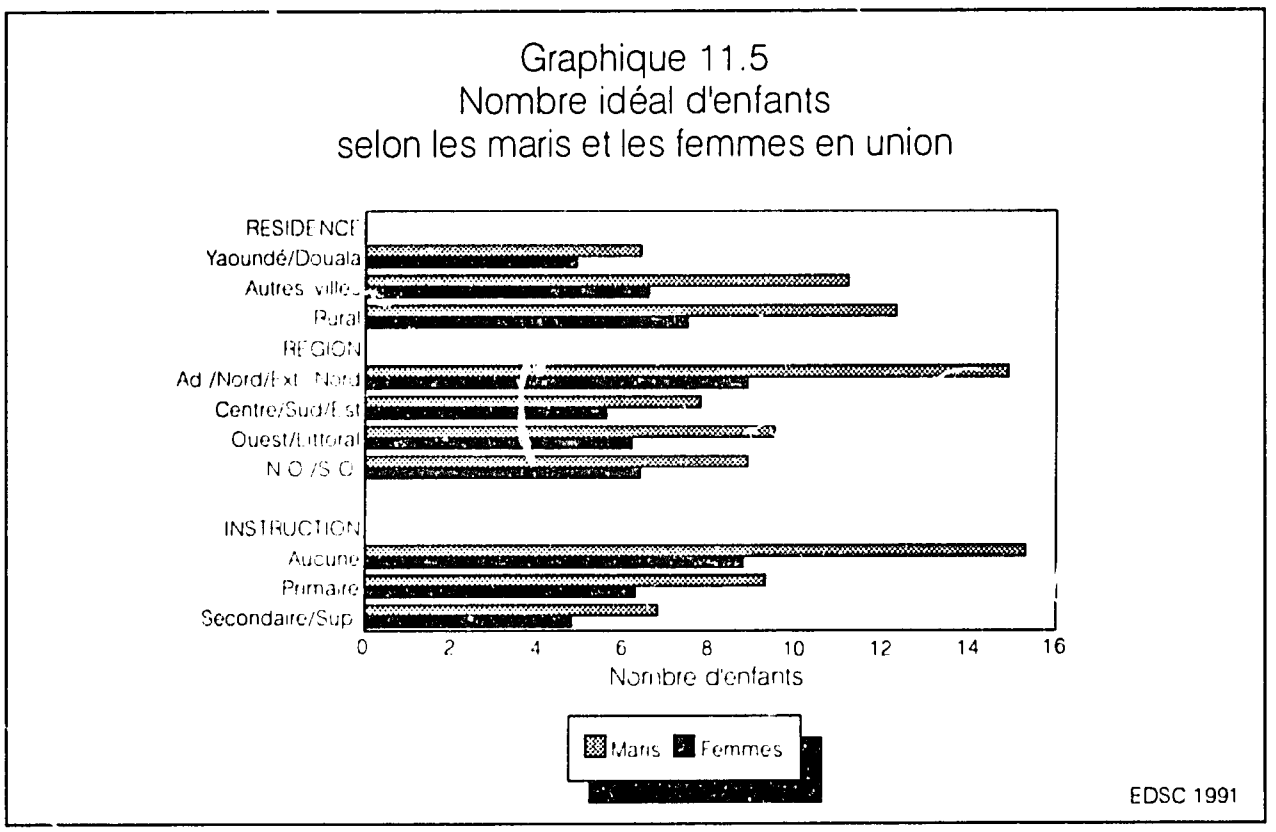
Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants							Ensemble des maris
	0	1	2	3	4	5	6 et +	
1	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
2	5,4	2,0	0,0	0,8	0,0	0,7	1,0	1,1
3	4,8	6,5	4,3	3,2	1,2	3,4	2,2	3,3
4	12,6	17,0	12,1	11,2	4,1	3,9	5,6	8,5
5	11,3	16,1	12,8	9,4	5,3	8,7	5,3	8,7
6+	59,3	48,9	61,7	61,0	79,2	66,2	63,6	63,0
Réponses non-numériques	6,5	9,0	9,0	14,4	10,2	17,1	22,2	15,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	52	96	100	96	89	77	304	814
Nombre idéal moyen	8,1	8,7	9,8	9,4	11,9	10,7	13,9	11,2
Effectif de maris avec réponse numérique	49	88	91	82	80	64	236	689

Au Tableau 11.22 figure le nombre idéal d'enfants selon les caractéristiques socio-démographiques du mari. Il apparaît tout d'abord que la taille idéale de la famille présente de fortes variations selon l'âge du mari, passant de 8,8 enfants, en moyenne, chez les maris de moins de 30 ans à 14,6 enfants chez ceux âgés de 50 ans et plus. Ce phénomène, déjà constaté chez les femmes, ne signifie peut-être pas simplement qu'en

Tableau 11.22 Nombre idéal d'enfants pour les maris par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des maris par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Cameroun 1991

Caractéristique	Age du mari				Ensemble
	< 30	30-39	40-49	50 et +	
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	5,5	6,1	7,0	7,7	6,4
Autres villes	7,7	8,7	13,0	13,8	11,2
Ensemble urbain	6,8	7,4	11,1	12,6	9,4
Rural	9,9	11,0	12,3	15,7	12,3
Région					
Yaoundé/Douala	5,5	6,1	7,0	7,7	6,4
Adamaoua/Nord/Ext.-Nord	11,7	12,7	16,0	17,7	14,9
Centre/Sud/Est	6,5	7,1	7,7	10,3	7,8
Ouest/Littoral	6,9	9,2	9,5	12,6	9,5
Nord-Ouest/Sud-Ouest	6,0	9,2	8,3	10,6	8,9
Niveau d'instruction					
Aucun	13,4	13,8	15,2	16,7	15,3
Primaire	8,6	8,3	10,4	10,0	9,3
Secondaire ou plus	6,3	6,6	7,4	9,3	6,8
Ensemble	8,8	9,5	11,9	14,6	11,2



vieillissant les maris souhaitent de plus en plus d'enfants, mais il est peut-être aussi le signe d'une diminution du nombre idéal d'enfants des générations les plus anciennes aux plus récentes, et donc le signe d'une amorce possible de baisse de la fécondité. Par ailleurs, on constate des variations très importantes de la taille idéale selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction: ces variations suivent les mêmes tendances que chez les femmes (Graphique 11.5). Concernant le milieu de résidence, pour les maris du milieu rural (12,3 enfants, en moyenne) et ceux des "autres villes" (11,2 enfants), la taille idéale de la famille est près de deux fois plus importante que pour les maris de Yaoundé/Douala (6,4 enfants). Au niveau régional, la taille moyenne varie de 7,8 enfants dans le Centre/Sud/Est à 14,9 dans l'Adamaoua/Nord/Extrême-Nord. Du point de vue du niveau d'instruction enfin, la taille idéale diminue avec l'augmentation du niveau, passant de 15,3 enfants chez les hommes sans instruction à 9,3 chez ceux ayant un niveau primaire et 6,8 enfants, en moyenne, chez les hommes de niveau secondaire ou supérieur. Autant l'urbanisation que l'instruction semblent avoir pour conséquence une diminution de la taille de la famille idéale souhaitée.

Au niveau du couple, il apparaît au Tableau 11.23 que dans la majorité des cas (60,6%) le mari a pour idéal un nombre d'enfants plus élevé que celui de sa femme: dans seulement 18,7 pour cent des couples, le mari et la femme ont donné pour réponse la même taille idéale de la famille, et dans 20,8 pour cent des cas, la femme a pour idéal un nombre d'enfants supérieur à celui du mari. Les couples dans lesquels le mari souhaite plus d'enfants que sa femme se rencontrent plus fréquemment quand le mari est beaucoup plus âgé que sa femme (77,1% quand le mari a 15 ans de plus), quand il s'agit d'une union polygame (80,6%) et quand le nombre d'enfants du mari est différent de celui de la femme (69,2%). Du point de vue du niveau d'instruction, c'est chez les couples où le mari est sans niveau d'instruction et que la femme est instruite que les cas où le mari souhaite plus d'enfants que la femme sont les plus fréquents (76,1%): à l'opposé, c'est quand les deux partenaires ont un certain niveau d'instruction que l'on rencontre le plus fréquemment le cas de femmes qui souhaitent plus d'enfants que le mari.

Tableau 11.23 Nombre idéal d'enfants pour les couples par caractéristiques différentielles

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme ont, ou non, pour idéal le même nombre d'enfants selon les caractéristiques différentielles du couple, EDS Cameroun 1991

Caractéristique différentielle du couple	Nombre idéal identique pour le mari et la femme	Idéal pour le mari > idéal pour la femme	Idéal pour la femme > idéal pour le mari	Total	Effectif
Age du mari/Age de la femme					
Négatif	36,3	27,1	36,6	100,0	20
0-4	21,5	51,3	27,1	100,0	152
5-9	20,5	57,0	22,4	100,0	208
10-14	20,4	57,5	22,1	100,0	156
15 et +	11,4	77,1	11,5	100,0	199
Type d'union					
Monogame	22,5	50,3	27,2	100,0	487
Polygame	11,2	80,6	8,2	100,0	249
Nombre d'enfants					
Identique	23,6	49,9	26,5	100,0	330
Différent	14,7	69,2	16,1	100,0	406
Niveau d'instruction					
Mari et femme: aucun	18,7	67,5	13,9	100,0	329
Femme instruite, mari non	13,3	76,1	10,6	100,0	20
Mari instruit, femme non	13,3	63,1	23,6	100,0	88
Mari et femme instruits	20,6	51,2	28,2	100,0	298
Ensemble	18,7	60,6	20,8	100,0	736

Note: Il s'agit uniquement des couples dans lesquels le mari et la femme ont donné une réponse numérique concernant le nombre idéal d'enfants.

11.4 PERCEPTION DE LA VALEUR DES ENFANTS

Comme aux femmes, on a demandé aux maris les avantages et les inconvénients qu'ils accordent à avoir beaucoup d'enfants. Les résultats présentés au Tableau 11.24 et au Graphique 11.6 font apparaître que, dans l'ensemble, les avantages les plus souvent cités sont d'ordre économique: l'aide dans le travail (51,4%), la soutien dans la vieillesse (36,4%), et l'assistance et l'aide financières (26,0%). Ces avantages d'ordre économique ont été cités en première position par 52,3 pour cent des maris. Les avantages d'ordre socio-culturels sont également importants pour les maris, en particulier la postérité ou le patronyme qui ont été cités en première position par près d'un mari sur cinq (19,5%). Comparées aux réponses des femmes, celles des maris présentent donc les mêmes tendances bien que, pour ces derniers, les avantages d'ordre économique semblent occuper une place moins importante que pour les femmes, et qu'à l'inverse, les avantages d'ordre socio-culturels semblent jouer un rôle plus important.

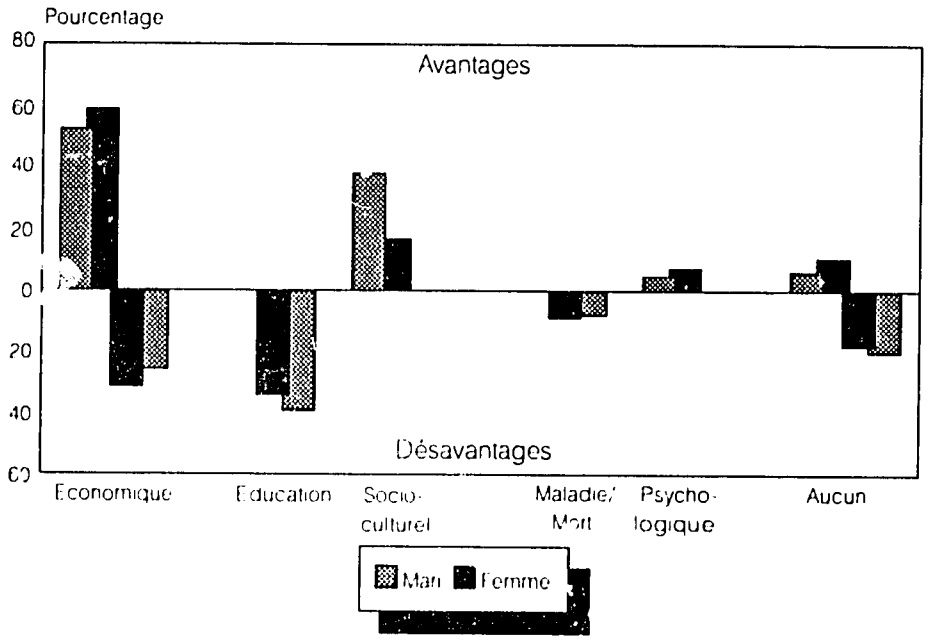
Tableau 11.24 Avantages et désavantages d'avoir beaucoup d'enfants

Pourcentages de maris ayant cité au moins une fois chacun des avantages (ou désavantages) spécifiques, et répartition (en %) des maris par avantages (ou désavantages) spécifiques cités en première, deuxième et troisième position, et pourcentages de femmes ayant cité au moins une fois chacun des avantages (ou désavantages) spécifiques, et répartition (en %) des femmes par avantages (ou désavantages) spécifiques cités en première position, EDS Cameroun 1991

	Maris				Femmes	
	Pourcentage ayant cité	Pourcentage ayant cité en:			Pourcentage ayant cité	Pourcentage ayant cité en 1er
Catégorie		1er	2ème	3ème		
AVANTAGES						
Ordre économique						
Aide dans le travail	51,4	31,7	18,7	17,2	49,9	35,5
Assistance/aide financière	26,0	7,7	17,2	16,1	26,5	10,3
Soutien dans la vieillesse	36,4	12,8	22,6	20,1	31,4	13,1
Ordre psychologique						
Affection/compagnie	15,2	4,8	9,7	9,5	18,2	7,2
Ordre socio/culturel						
Obligations religieuses/sociales	3,1	1,8	1,1	1,5	1,5	0,6
Fierté/Affirmation de soi	16,0	7,2	7,7	9,0	11,3	5,3
Statut social	17,1	5,7	11,2	9,3	7,3	2,4
Postérité/Patronyme	33,4	19,5	10,9	17,1	15,6	8,5
Divers						
Survie d'enfants	1,0	0,8	0,2	0,2	1,4	1,0
Autres	0,7	0,4	0,5	0,0	0,7	0,4
NSP, ND	1,5	1,5	0,0	0,0	5,2	5,2
Aucun	6,1	6,1	0,0	0,0	10,6	10,6
Total	-	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Effectif	814	814	592	287	3871	3871
DESAVANTAGES						
Ordre économique						
Coût/Frais financiers	45,7	25,9	25,7	16,8	47,4	31,7
Ordre d'éducation						
Problèmes d'encadrement	45,8	26,3	26,1	14,2	44,1	23,7
Problèmes de discipline	23,6	10,4	15,1	15,5	18,0	7,1
Maladie/mort des enfants	19,8	7,9	10,5	21,1	22,4	8,9
Divers						
Augmentation du travail	3,4	0,8	2,4	4,5	4,3	1,4
Contraintes pour les parents	10,6	1,8	8,9	13,0	6,6	2,0
Inquiétude dans l'avenir	13,7	5,0	9,2	11,9	10,0	2,9
Problèmes dans le couple	2,8	0,9	2,1	2,5	4,2	1,6
Santé/Fatigue de la mère	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Autres	1,2	1,0	0,0	0,5	1,4	1,2
NSP, ND	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,5
Aucun	19,9	19,9	0,0	0,0	17,8	17,8
Total	-	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Effectif	814	814	487	218	3871	3871

Concernant les désavantages d'avoir beaucoup d'enfants, comme les femmes, les maris ont cité le plus souvent les coûts et frais financiers (45,7%), suivis des inconvénients liés à l'éducation des enfants, à savoir les problèmes d'encadrement (45,8%) et de discipline (23,6%). La peur de la maladie et de la mort est également souvent cité par les maris (19,8%). De même que pour les avantages, on constate un léger décalage entre les réponses des femmes et celles des maris en ce qui concerne les inconvénient. Les problèmes liés à l'éducation des enfants semblent occuper une place plus importante pour les maris que pour les femmes (ils sont cités en première position par 36,7% des maris contre 30,8% des femmes), alors que les désavantages d'ordre économique semblent un peu moins importants à leurs yeux (25,9% contre 31,7% chez les femmes), de même que la maladie et la mort (cités en premier par 7,9% des maris contre 8,9% des femmes).

Graphique 11.6
Perception de la valeur des enfants par les couples



Note Selon le 1er avantage et le 1er désavantage cités

EDSC 1991

CHAPITRE 12

DISPONIBILITE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

L'existence d'infrastructures socio-économiques et la disponibilité de services de santé maternelle et infantile et de services de planning familial peuvent affecter les niveaux de morbidité, de mortalité et de fécondité. C'est dans cette optique, qu'en plus de la collecte des données relatives aux ménages et aux individus, l'EDSC a recueilli des informations relatives à la disponibilité de certaines infrastructures socio-économiques et formations sanitaires.

La stratégie mise en place pour la collecte de ces données consistait à interroger, dans chacune des grappes sélectionnées pour l'enquête, un groupe d'hommes et de femmes bien informés sur leur communauté, comme les autorités administratives et traditionnelles, les instituteur(trice)s, infirmier(e)s, sage-femmes, matrones, etc. Au cours de l'interview de ce groupe de personnes, pour chaque service communautaire retenu, l'enquêteur tentait d'identifier et de localiser le service le plus proche de la localité d'enquête, d'obtenir une estimation de la distance à parcourir et du temps de trajet nécessaire pour l'atteindre et, pour les formations sanitaires, l'enquêteur cherchait à savoir quel type de services y étaient offerts. Par contre, l'EDSC n'a pas recueilli d'informations sur le fonctionnement de ces formations sanitaires, ni sur leur équipement, ni sur la qualité des prestations offertes: par conséquent, le terme disponibilité utilisé fait ici davantage référence à l'existence de formations sanitaires dans les localités enquêtées, ou à leur proximité, que de disponibilité effective de services de santé.

Une enquête de ce type a été réalisée dans chacune des 149 grappes couvertes au cours des opérations de collecte. Cependant, les résultats ne sont pas présentés ici par rapport aux grappes ou aux localités correspondantes, mais par rapport aux femmes en union enquêtées dans les grappes.

Tableau 12.1 Caractéristiques des communautés rurales

Répartition (en %) des femmes rurales actuellement en union selon les caractéristiques de leur communauté, EDS Cameroun 1991

Caractéristique des communautés	Pourcentage
Type d'habitat	
Dense	12,0
Dispersé	68,6
Autre	10,8
Non déterminé	8,6
Voie d'accès	
Route goudronnée	20,3
Piste praticable toute l'année	50,7
Piste praticable épisodiquement	21,3
Sentier	2,9
Non déterminé	4,8
Distance de la ville la plus proche	
< 5 kms	4,3
5-14 kms	31,4
15-29 kms	28,4
30 kms et +	36,0
Principal moyen de transport en commun[1]	
Autobus	18,5
Taxi-brousse	18,5
Taxi	11,2
Camion/Camionnette	45,6
Aucun	16,7
Total	100,0
Effectif de femmes	1771

[1]Les réponses multiples étant admises, la somme des pourcentages est supérieure à 100.

12.1 CARACTERISTIQUES DES LOCALITES RURALES

Un certain nombre d'informations spécifiques ont été recueillies dans les grappes situées en milieu rural dans le but d'estimer le niveau "d'isolement" de certaines populations. Il s'agit du type d'habitat, des voies d'accès à la localité, de la distance par rapport à la ville la plus proche, des moyens de transport en commun habituellement utilisés. Ces données sont présentées au Tableau 12.1 par rapport aux femmes en union vivant dans ces localités.

Previous Page Blank

Dans l'ensemble, en milieu rural, près de sept femmes en union sur dix vivent dans des villages à habitat dispersé, 12,0 pour cent vivent dans des villages à habitat dense et 10,8 pour cent habitent des villages d'autres types, essentiellement des villages en bande, le long des routes. Près des trois quarts des femmes rurales vivent dans des villages accessibles toute l'année par des routes ou des pistes mais, dans un cas sur quatre, les villages ne sont accessibles que difficilement, soit par des pistes non praticables en toutes saisons (21,3%), soit par des sentiers (2,9%).

Plus d'un tiers des femmes rurales en union (36,0%) habitent dans des villages situés à 30 kilomètres et plus de la ville la plus proche, 28,4 pour cent vivent à une distance comprise entre 15 et 29 kilomètres du centre urbain le plus proche et 35,7 pour cent à moins de 15 kilomètres, dont 4,3 pour cent seulement à moins de 5 kilomètres. Plusieurs moyens de transport sont utilisés par les femmes de ces villages pour leurs déplacements vers la ville la plus proche (les réponses multiples étant admises pour cette question, la somme des proportions est supérieure à 100): le camion ou la camionnette est le moyen de transport le plus utilisé (45,6% de femmes), suivi de l'autobus (18,5%), du taxi-brousse (18,5%) et du taxi (11,3%). Mais, en réalité, compte tenu du fait qu'en milieu rural, le camion, la camionnette, le taxi-brousse et le taxi (moyens de transport couramment appelés "opep" au Cameroun) ne présentent que très peu de différences, on peut dire que la grande majorité des femmes en union des villages utilisent l'"opep" pour leurs déplacements. Par ailleurs, 16,7 pour cent de femmes ne disposent d'aucun moyen de transport: leurs déplacements hors de leurs villages s'effectuent encore à pied.

12.2 SERVICES SOCIO-ECONOMIQUES

Le Tableau 12.2 présente la répartition de l'ensemble des femmes actuellement en union par distance à parcourir pour atteindre différents services socio-économiques, à savoir une école primaire, une école secondaire, un centre de formation professionnelle, un marché quotidien ou hebdomadaire, une boutique et un service régulier de transport en commun.

En général, 88,1 pour cent des femmes en union vivent à moins de 5 kilomètres d'une école primaire; en milieu rural, elles sont 82,3 pour cent à habiter à proximité d'une école primaire et seulement 4,3 pour cent des femmes vivent à 15 kilomètres et plus de ce genre d'établissement. Les établissements secondaires et ceux de formation professionnelle étant généralement installés dans les centres urbains, la moitié des femmes rurales doivent parcourir une distance de 18 kilomètres et plus pour atteindre un établissement secondaire, alors que la moitié des femmes urbaines ont à en parcourir moins d'un (0,7 km); 50 pour cent des femmes rurales se situent à 21,6 kilomètres et plus d'un établissement de formation professionnelle, alors que cette distance médiane n'est que de 2,6 kilomètres pour les femmes du milieu urbain.

Une fraction importante de femmes en union (35,6%) vivent très loin (à plus de 15 km) de localités où se tiennent des marchés journaliers, il s'agit essentiellement de femmes du milieu rural (54,6%); pour ces dernières, la distance médiane s'établit à 17,2 kilomètres. Cependant, plus des deux tiers des femmes du milieu rural (68,9%) vivent à moins de 5 kilomètres d'un marché hebdomadaire. Plus de trois femmes sur quatre (76,4%) habitent à moins de 5 kilomètres d'une boutique; mais là encore, en milieu rural, 17,9 pour cent des femmes sont éloignées de plus de 15 kilomètres de la boutique la plus proche. Enfin, 47,3 pour cent de femmes en union sont situées à moins de 5 kilomètres d'un service régulier de transport en commun mais, en milieu rural, 47,4 pour cent des femmes vivent à 15 kilomètres et plus de ce type de service et la distance médiane est de 13,2 kilomètres.

Tableau 12.2 Distance par rapport aux services socio-économiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux services socio-économiques et distance médiane par service selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Service socio-économique	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)				Total[b]	Effectif de femmes	Distance médiane (en kms)
		0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 et +			
Ecole primaire	Yaoundé/Douala	98,9	1,1	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	96,7	0,0	0,0	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	97,5	0,4	0,0	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	82,3	13,4	2,7	1,6	100,0	1771	0,0
	Ensemble	88,1	8,4	1,7	1,0	100,0	2868	0,0
Ecole secondaire	Yaoundé/Douala	91,5	8,5	0,0	0,0	100,0	383	0,4
	Autres villes	79,3	14,8	5,8	0,0	100,0	714	0,8
	Ensemble urbain	83,6	12,6	3,8	0,0	100,0	1098	0,7
	Rural	14,1	30,1	28,4	27,4	100,0	1771	17,7
	Ensemble	40,7	23,4	19,0	16,9	100,0	2868	7,9
Etablissement de formation professionnelle	Yaoundé/Douala	70,1	29,9	0,0	0,0	100,0	383	2,8
	Autres villes	65,4	19,9	10,1	4,6	100,0	714	2,5
	Ensemble urbain	67,1	23,4	6,6	3,0	100,0	1098	2,6
	Rural	7,9	24,7	21,9	45,5	100,0	1771	21,6
	Ensemble	30,5	24,2	16,0	29,3	100,0	2868	11,2
Marché journalier	Yaoundé/Douala	92,6	7,4	0,0	0,0	100,0	383	0,5
	Autres villes	92,4	0,0	7,6	0,0	100,0	714	0,3
	Ensemble urbain	92,5	2,6	4,9	0,0	100,0	1098	0,4
	Rural	10,8	34,5	25,4	29,2	100,0	1771	17,2
	Ensemble	42,1	22,3	17,6	18,0	100,0	2868	9,4
Marché hebdomadaire	Autres villes	93,3	4,1	0,0	2,6	100,0	714	0,0
	Rural	68,9	21,0	5,1	4,3	100,0	1771	0,0
Boutique	Yaoundé/Douala	97,9	2,1	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	95,3	0,0	4,7	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	96,2	0,7	3,1	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	64,1	17,9	11,7	5,5	100,0	1771	0,0
	Ensemble	76,4	11,3	8,4	3,4	100,0	2868	0,0
Service régulier de transport en commun	Yaoundé/Douala	86,1	10,2	3,8	0,0	100,0	383	0,8
	Autres villes	90,6	1,8	7,6	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	89,0	4,7	6,2	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	21,5	30,4	22,1	25,3	100,0	1771	13,2
	Ensemble	47,3	20,6	16,1	15,6	100,0	2868	4,9

[a]Y compris les services qui sont "sur place"
[b]Y compris les distances non-déterminées

Au Tableau 12.3 figure la répartition des femmes en union selon le moyen de transport le plus utilisé pour atteindre les différents services socio-économiques. Les données concernent uniquement les femmes pour lesquelles le service en question ne se trouve pas "sur place." Dans l'ensemble, lorsque les services sont à proximité, les femmes se déplacent le plus souvent à pied, sauf en milieu urbain dans le cas des boutiques

et des services réguliers de transport en commun où les femmes se rendent souvent en utilisant un véhicule à moteur (respectivement 53,0% et 44,6% des femmes urbaines). Il en est de même lorsque le service est très éloigné: c'est le cas, en milieu rural, pour atteindre les écoles secondaires (52,7%), les établissements de formation professionnelle (66,3%) et les marchés journaliers (54,1%). Le vélo est assez peu utilisé, sauf dans les "autres villes" où il sert assez fréquemment pour se rendre aux établissements de formation professionnelle (32,8%) et au marché journalier (26,2%).

Tableau 12.3 Principal moyen de transport

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par moyen de transport principal utilisé pour atteindre chaque service socio-économique selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Service socio-économique	Milieu de résidence	Moyens de transport				Total[1]	Effectif de femmes
		Vehicule à moteur	Vélo	A pied	Autre		
Ecole primaire	Yaoundé/Douala	11,9	0,0	88,1	0,0	100,0	126
	Autres villes	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	88
	Ensemble urbain	7,0	0,0	93,0	0,0	100,0	214
	Rural	11,0	0,0	83,0	6,0	100,0	548
	Ensemble	9,9	0,0	85,8	4,3	100,0	762
Ecole secondaire	Yaoundé/Douala	8,0	0,0	92,0	0,0	100,0	228
	Autres villes	16,5	0,0	83,5	0,0	100,0	570
	Ensemble urbain	14,1	0,0	85,9	0,0	100,0	798
	Rural	52,7	8,5	36,8	2,0	100,0	1615
	Ensemble	39,9	5,7	53,0	1,4	100,0	2413
Etablissement de formation professionnelle	Yaoundé/Douala	41,6	0,0	58,4	0,0	100,0	321
	Autres villes	30,7	32,8	36,5	0,0	100,0	548
	Ensemble urbain	34,7	20,7	44,6	0,0	100,0	869
	Rural	66,3	4,6	27,2	1,9	100,0	1702
	Ensemble	55,6	10,0	33,1	1,3	100,0	2572
Marché journalier	Yaoundé/Douala	11,1	0,0	88,9	0,0	100,0	230
	Autres villes	15,0	26,2	58,8	0,0	100,0	396
	Ensemble urbain	13,5	16,5	69,9	0,0	100,0	626
	Rural	54,1	3,7	39,0	1,9	100,0	1714
	Ensemble	43,2	7,1	47,3	1,4	100,0	2340
Marché hebdomadaire	Autres villes	18,8	0,0	81,2	0,0	100,0	254
	Rural	32,2	3,8	56,8	4,8	100,0	684
Boutique	Yaoundé/Douala	57,0	0,0	43,0	0,0	100,0	63
	Autres villes	49,3	0,0	50,7	0,0	100,0	68
	Ensemble urbain	53,0	0,0	47,0	0,0	100,0	131
	Rural	32,7	8,2	54,9	4,3	100,0	770
	Ensemble	35,7	7,0	53,7	3,6	100,0	902
Service réguler de transport en commun	Yaoundé/Douala	57,1	0,0	42,9	0,0	100,0	249
	Autres villes	33,9	0,0	66,1	0,0	100,0	291
	Ensemble urbain	44,6	0,0	55,4	0,0	100,0	539
	Rural	59,7	5,1	30,0	5,1	100,0	1459
	Ensemble	55,7	3,7	36,9	3,7	100,0	1998

Note: le tableau concerne uniquement les femmes pour lesquelles le service ne se trouve pas "sur place."
[1]Y compris les distances non-déterminées.

Le Tablc ·ı 12.4 présente la répartition de l'ensemble des femmes actuellement en union selon le temps nécessaire pour atteindre les différents services socio-économiques, en utilisant le moyen de transport le plus courant. On retrouve ici des différences du même type que pour les distances. Pour atteindre les écoles secondaires et les établissements de formation professionnelle qui sont en nombre limité et concentrés dans les centres urbains, le temps médian est élevé (respectivement 39 et 44 minutes pour l'ensemble des femmes). En milieu rural, compte tenu de la dispersion de la population et, parfois, de l'insuffisance de certains services, comme les marchés journaliers et les services réguliers de transport en commun, les habitants des

Tableau 12.4 Temps de trajet pour atteindre les services socio-économiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre les services socio-économiques et temps médian par service spécifique selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Service socio-économique	Milieu de résidence	Temps (en minutes)				Total[b]	Effectif de femmes	Temps médian (en minutes)
		0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 et +			
Ecole primaire	Yaoundé/Douala	82,1	13,9	4,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	88,7	6,6	4,7	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	86,4	9,1	4,5	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	73,2	4,6	5,6	16,6	100,0	1771	0,0
	Ensemble	78,3	6,3	5,2	10,2	100,0	2868	0,0
Ecole secondaire	Yaoundé/Douala	64,8	11,7	20,6	2,9	100,0	383	9,6
	Autres villes	45,9	30,2	19,3	4,6	100,0	714	19,6
	Ensemble urbain	52,5	23,7	19,8	4,0	100,0	1098	14,8
	Rural	17,7	12,9	28,6	40,9	100,0	1771	59,5
	Ensemble	31,0	17,0	25,2	26,8	100,0	2868	39,5
Etablissement de formation professionnelle	Yaoundé/Douala	45,7	17,8	27,5	9,0	100,0	383	19,9
	Autres villes	46,9	22,4	24,3	6,4	100,0	714	19,2
	Ensemble urbain	46,5	20,8	25,4	7,3	100,0	1098	19,3
	Rural	11,9	18,9	29,7	39,4	100,0	1771	59,4
	Ensemble	25,2	19,6	28,1	27,1	100,0	2868	44,3
Marché journalier	Yaoundé/Douala	65,2	29,7	4,0	1,1	100,0	383	14,1
	Autres villes	77,5	9,5	8,4	4,6	100,0	714	9,1
	Ensemble urbain	73,2	16,6	6,9	3,4	100,0	1098	9,2
	Rural	16,1	9,1	24,0	49,5	100,0	1771	79,4
	Ensemble	37,9	12,0	17,4	31,8	100,0	2868	29,9
Marché hebdomadaire	Autres villes	72,3	6,3	14,1	7,2	100,0	714	0,0
	Rural	64,0	9,3	10,3	15,7	100,0	1771	0,0
Boutique	Yaoundé/Douala	90,4	1,0	6,5	2,1	100,0	383	0,0
	Autres villes	92,[illegible]	5,6	1,8	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	91,8	4,0	3,5	0,7	100,0	1098	0,0
	Rural	60,3	4,8	13,9	20,2	100,0	1771	0,0
	Ensemble	72,4	4,5	9,9	12,7	100,0	2868	0,0
Service régulier de transport en commun	Yaoundé/Douala	75,3	15,4	9,3	0,0	100,0	383	4,0
	Autres villes	67,7	7,7	20.0	4,6	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	70,4	10,4	16,3	3,0	100,0	1098	0,0
	Rural	31,5	13,7	15,7	38,3	100,0	1771	45,0
	Ensemble	46,4	12,5	15,9	24,8	100,0	2868	19,5

[a]Y compris les services qui sont "sur place," pour lesquels le temps est supposé égal à 0
[b]Y compris les temps de trajet non-déterminés

villages mettent beaucoup plus de temps pour les atteindre que ceux des villes. Il faut, par exemple, plus d'une heure à plus d'un tiers des femmes rurales (38,3%) pour aller emprunter un véhicule de transport en commun et le temps médian est de 45 minutes; de même, près de la moitié des femmes habitant dans les villages (49,5%) mettent plus d'une heure pour se rendre à un marché journalier.

12.3 FORMATIONS SANITAIRES

L'objectif principal de l'enquête était de collecter des informations sur la disponibilité des formations sanitaires et sur le type de services offerts. L'enquête a retenu les dix types de formations sanitaires suivantes: hôpital public, hôpital privé ou clinique, centre de protection maternelle et infantile (PMI), centre de santé public, dispensaire missionnaire, maternité, cabinet de médecin privé, pharmacie, propharmacie et centre de planning familial. Cette liste ne correspond peut-être pas à la nomenclature officielle des formations sanitaires, mais elle répondait au souci de faciliter la collecte des données sur le terrain par l'utilisation des appellations habituellement employées et connues des populations. Il convient toutefois de noter qu'en ce qui concerne les maternités, bien qu'elles aient été considérées dans le cadre de cette enquête comme des formations sanitaires publiques spécifiques, il en existe également en tant que service dans des hôpitaux publics et privés ou comme formation sanitaire privée. En outre, en ce qui concerne les centres de planning familial, ils ont été considérés comme des formations sanitaires à part entière bien que, le plus souvent, il s'agisse simplement d'un service dans une formation sanitaire plus vaste.

12.3.1 Disponibilité des formations sanitaires

Au cours de l'EDSC, on a demandé au groupe de personnes interrogées où se trouvait la formation sanitaire la plus proche, la distance à parcourir pour s'y rendre, le moyen de transport le plus utilisé et le temps requis pour l'atteindre.

Le Tableau 12.5 donne la répartition des femmes actuellement en union par distance à parcourir pour se rendre à la formation sanitaire la plus proche, et le Tableau 12.6 présente le même type de données selon le temps nécessaire pour atteindre cette formation. Il ressort du Tableau 12.5 qu'en milieu urbain, et plus particulièrement à Yaoundé/Douala, une large majorité de femmes vivent à moins de 5 kilomètres de chaque type de formation sanitaire. La distance médiane varie de moins d'un kilomètre (clinique, cabinet de médecin privé et pharmacie à Yaoundé/Douala) à un maximum de 4 kilomètres pour les cliniques dans les "autres villes." Cependant, dans le cas des cabinets de médecin privé,[1] la distance médiane est de 52,3 kilomètres pour les femmes vivant dans les "autres villes." Du point de vue du temps requis pour atteindre les différentes formations sanitaires (Tableau 12.6), pour les femmes urbaines la médiane s'établit le plus souvent à moins d'un quart d'heure: dans quelques cas, pour les femmes des "autres villes," le temps médian se situe entre 15 et 20 minutes (clinique, dispensaire missionnaire, propharmacie et centre de planning familial) et dans le cas des cabinets de médecin privé, plus d'un tiers des femmes des "autres villes" (35,5%) ont une heure et plus de trajet.

En milieu rural, comme on devait s'y attendre, la majorité des femmes en union sont éloignées des services de santé (Tableau 12.5). Plus des trois quart d'entre elles (76,1%) vivent à trente kilomètres et plus d'un cabinet de médecin privé, 69,1 pour cent à la même distance d'une clinique et 56,2 pour cent à la même distance d'une pharmacie. Les distances médianes varient de 9,7 kilomètres pour les centres de santé publics et les maternités qui sont des infrastructures sanitaires assez répandues en milieu rural à 66,7 kilomètres pour les cliniques et 69,1 kilomètres pour les cabinets de médecin privé. En ce qui concerne la durée du trajet nécessaire aux femmes du milieu rural pour atteindre les formations sanitaires (Tableau 12.6), le temps

[1] Il s'agit ici de cabinet de médecin privé, indépendant des cliniques.

Tableau 12.5 Distance par rapport aux formations sanitaires

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires et distance médiane par formation spécifique selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Formation sanitaire	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 et +	ND	Total	Effectif de femmes	Distance médiane[b] (en kms)
Hôpital public	Yaoundé/Douala	67,2	27,2	5,6	0,0	0,0	100,0	383	3,1
	Autres villes	75,5	20,2	2,9	1,4	0,0	100,0	714	2,0
	Ensemble urbain	72,6	22,7	3,8	0,9	0,0	100,0	1098	2,6
	Rural	13,9	31,9	27,7	26,6	0,0	100,0	1771	16,4
	Ensemble	36,4	28,3	18,5	16,8	0,0	100,0	2868	8,0
Hôpital privé/ clinique	Yaoundé/Douala	88,3	11,5	0,0	0,0	0,2	100,0	383	0,8
	Autres villes	50,3	14,7	12,9	22,1	0,0	100,0	714	4,0
	Ensemble urbain	63,6	13,6	8,4	14,4	0,1	100,0	1098	2,5
	Rural	2,2	11,7	17,0	69,1	0,0	100,0	1771	66,7
	Ensemble	25,7	12,4	13,7	48,1	0,0	100,0	2868	24,6
PMI	Yaoundé/Douala	74,2	22,9	1,9	0,0	0,0	100,0	383	2,2
	Autres villes	71,2	16,0	5,8	6,9	0,0	100,0	714	1,9
	Ensemble urbain	72,2	18,8	4,5	4,5	0,0	100,0	1098	2,0
	Rural	17,2	15,7	22,1	45,0	0,0	100,0	1771	19,9
	Ensemble	38,2	16,9	15,4	29,5	0,0	100,0	2868	10,3
Centre de santé public	Yaoundé/Douala	74,1	19,5	0,0	1,8	4,6	100,0	383	2,3
	Autres villes	62,7	20,6	16,7	0,0	0,0	100,0	714	3,2
	Ensemble urbain	66,7	20,2	10,8	0,6	1,6	100,0	1098	3,0
	Rural	30,5	31,0	19,1	19,3	0,0	100,0	1771	9,7
	Ensemble	44,4	26,9	15,9	12,2	0,6	100,0	2868	4,7
Dispensaire missionnaire	Yaoundé/Douala	80,1	19,9	0,0	0,0	0,0	100,0	383	2,3
	Autres villes	58,2	25,8	7,7	8,3	0,0	100,0	714	3,2
	Ensemble urbain	65,8	23,8	5,0	5,4	0,0	100,0	1098	2,7
	Rural	14,0	22,4	24,4	37,7	1,4	100,0	1771	19,2
	Ensemble	33,8	22,9	17,0	25,4	0,9	100,0	2868	9,9
Maternité	Yaoundé/Douala	74,8	20,7	0,0	0,0	4,5	100,0	383	1,6
	Autres villes	80,4	13,6	4,7	1,4	0,0	100,0	714	1,9
	Ensemble urbain	78,4	16,1	3,1	0,9	1,6	100,0	1098	1,8
	Rural	32,0	32,4	21,5	14,0	0,0	100,0	1771	9,7
	Ensemble	49,8	26,2	14,5	9,0	0,6	100,0	2868	4,0
Cabinet de médecin privé	Yaoundé/Douala	84,5	15,5	0,0	0,0	0,0	100,0	383	0,8
	Autres villes	20,0	5,6	13,3	48,8	12,3	100,0	714	52,3
	Ensemble urbain	42,5	9,1	8,7	31,7	8,0	100,0	1098	4,6
	Rural	0,0	8,6	10,7	76,1	4,5	100,0	1771	69,1
	Ensemble	16,3	8,8	9,9	59,2	5,8	100,0	2868	59,3
Pharmacie	Yaoundé/Douala	99,2	0,8	0,0	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	69,3	13,0	8,7	9,0	0,0	100,0	714	1,8
	Ensemble urbain	79,7	8,7	5,7	5,8	0,0	100,0	1098	0,9
	Rural	2,9	18,3	22,6	56,2	0,0	100,0	1771	36,0
	Ensemble	32,3	14,6	16,1	36,9	0,0	100,0	2868	17,1
Propharmacie	Autres villes	51,9	17,1	11,1	19,9	0,0	100,0	714	3,7
	Rural	24,8	22,2	24,2	28,7	0,0	100,0	1771	16,7
Centre de planning familial	Yaoundé/Douala	83,0	15,1	1,9	0,0	0,0	100,0	383	2,2
	Autres villes	56,2	17,9	8,7	6,4	10,7	100,0	714	2,3
	Ensemble urbain	65,6	16,9	6,4	4,2	6,9	100,0	1098	2,2
	Rural	9,6	14,0	21,3	53,2	1,9	100,0	1771	29,8
	Ensemble	31,1	15,1	15,6	34,5	3,8	100,0	2868	17,2

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"
[b]Calculée en excluant les distances non-déterminées

Tableau 12.6 Temps de trajet pour atteindre les formations sanitaires

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre les formations sanitaires et temps médian par formation spécifique selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Formation sanitaire	Milieu de résidence	Temps (en minutes) 0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 et +	ND	Total	Effectif de femmes	Temps médian[b] (en min)
Hôpital public	Yaoundé/Douala	56,7	22,3	12,6	8,4	0,0	100,0	383	14,1
	Autres villes	58,4	14,0	11,6	6,0	0,0	100,0	714	14,3
	Ensemble urbain	64,3	16,9	12,0	6,8	0,0	100,0	1098	14,3
	Rural	24,3	15,5	21,6	38,5	0,0	100,0	1771	46,9
	Ensemble	39,6	16,1	17,9	26,4	0,0	100,0	2868	29,4
Hôpital privé/ clinique	Yaoundé/Douala	77,2	9,5	6,2	2,1	5,0	100,0	383	4,9
	Autres villes	34,1	29,5	12,0	24,4	0,0	100,0	714	19,2
	Ensemble urbain	49,2	22,5	10,0	16,6	1,7	100,0	1098	15,0
	Rural	12,8	10,6	24,7	51,9	0,0	100,0	1771	64,8
	Ensemble	26,7	15,2	19,1	38,4	0,7	100,0	2868	49,4
PMI	Yaoundé/Douala	66,5	18,0	9,7	3,3	2,5	100,0	383	7,6
	Autres villes	65,7	17,2	11,0	6,0	0,0	100,0	714	14,4
	Ensemble urbain	66,0	17,5	10,6	5,1	0,9	100,0	1098	14,1
	Rural	15,0	22,2	23,3	39,5	0,0	100,0	1771	59,0
	Ensemble	34,6	20,4	18,4	26,3	0,3	100,0	2868	29,4
Centre de santé public	Yaoundé/Douala	59,0	28,9	2,9	2,1	7,1	100,0	383	9,9
	Autres villes	67,7	14,6	9,2	8,5	0,0	100,0	714	14,5
	Ensemble urbain	64,7	19,6	7,0	6,3	2,5	100,0	1098	14,4
	Rural	33,8	15,8	26,2	22,6	1,6	100,0	1771	30,0
	Ensemble	45,6	17,3	18,9	16,3	2,0	100,0	2868	20,0
Dispensaire missionnaire	Yaoundé/Douala	64,4	18,1	15,7	1,8	0,0	100,0	383	9,9
	Autres villes	48,1	28,4	15,3	8,2	0,0	100,0	714	17,1
	Ensemble urbain	53,8	24,8	15,4	5,9	0,0	100,0	1098	14,4
	Rural	20,7	10,8	27,8	39,3	1,4	100,0	1771	59,4
	Ensemble	33,4	16,2	23,1	26,5	0,9	100,0	2868	34,0
Maternité	Yaoundé/Douala	62,6	21,6	1,8	7,1	7,0	100,0	383	4,5
	Autres villes	65,3	18,0	10,7	6,0	0,0	100,0	714	14,2
	Ensemble urbain	64,4	19,3	7,6	6,4	2,4	100,0	1098	14,0
	Rural	38,4	12,6	17,4	31,6	0,0	100,0	1771	29,7
	Ensemble	48,3	15,2	13,6	21,9	0,9	100,0	2868	19,2
Cabinet de médecin privé	Yaoundé/Douala	68,8	18,3	6,1	2,1	4,7	100,0	383	7,9
	Autres villes	17,8	23,4	10,9	35,5	12,3	100,0	714	34,9
	Ensemble urbain	35,6	21,7	9,2	23,9	9,6	100,0	1098	19,7
	Rural	4,7	11,2	18,3	61,3	4,5	100,0	1771	109,1
	Ensemble	16,5	15,2	14,8	47,0	6,5	100,0	2868	69,3
Pharmacie	Yaoundé/Douala	80,5	10,2	7,1	0,0	2,2	100,0	383	0,0
	Autres villes	51,4	27,1	15,5	6,0	0,0	100,0	714	14,8
	Ensemble urbain	61,5	21,2	12,6	3,9	0,8	100,0	1098	6,9
	Rural	14,6	11,9	34,5	39,0	0,0	100,0	1771	59,4
	Ensemble	32,6	15,4	26,1	25,6	0,3	100,0	2868	34,5
Propharmacie	Autres villes	33,9	40,7	10,7	13,5	1,3	100,0	714	19,2
	Rural	30,0	12,6	21,0	36,4	0,0	100,0	1771	44,4
Centre de planning familial	Yaoundé/Douala	66,0	24,6	8,2	1,3	0,0	100,0	383	9,5
	Autres villes	40,8	35,6	2,8	10,1	10,7	100,0	714	17,3
	Ensemble urbain	49,6	31,8	4,6	7,0	6,9	100,0	1098	14,7
	Rural	18,4	7,3	27,2	45,2	1,9	100,0	1771	59,7
	Ensemble	30,3	16,7	18,6	30,6	3,8	100,0	2868	34,7

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place," pour lesquelles le temps est supposé égal à 0
[b]Calculé en excluant les temps de trajet non-déterminés

médian varie d'un minimum d'une demi-heure pour se rendre dans un centre de santé public ou une maternité, à trois-quart d'heure pour atteindre un hôpital public ou une propharmacie, à une heure environ pour se rendre à une clinique, une PMI, un dispensaire missionnaire, une pharmacie ou un centre de planning familial, et à près de 2 heures (109 minutes) pour atteindre un cabinet de médecin privé.

Ainsi, pour les femmes du milieu rural, l'éloignement des infrastructures sanitaires, combiné à la rareté des moyens de transport en commun et à l'impraticabilité épisodique des voies d'accès constituent un ensemble de facteurs limitant leur accès aux services de santé maternelle et infantile et aux services de planning familial.

12.3.2 Disponibilité des services de planning familial

Parmi les services habituellement offerts dans les formations sanitaires, on a demandé au groupe de personnes interrogées si chacune des formations sanitaires offrait des services de planning familial. Le Tableau 12.7 présente, pour chaque milieu de résidence, la répartition des femmes en union selon le type de formation sanitaire le plus proche fournissant des services de planning familial. A Yaoundé/Douala, pour plus de la moitié des femmes (50,9%), c'est l'hôpital public qui est l'établissement le plus facilement accessible, en termes de distance, pour obtenir des services de planning familial; les centres de planning familial proprement dits viennent en deuxième position pour 12,8 pour cent des femmes. Dans les "autres villes," l'hôpital public (37,8%) et les cliniques (31,7%) sont les deux établissements les plus proches pour des services de planning familial. En milieu rural, l'hôpital public est toujours l'établissement le plus proche pour obtenir ce type de services (32,4%), suivi par les centres de santé publics (24,7%) et les PMI (19,7%).

Tableau 12.7 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial par milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Milieu de résidence	Formation sanitaire								Total	Effectif de femmes
	Hôpital public	Hôpital privé/ clinique	PMI	Centre de santé public	Dispensaire mission-naire	Maternité	Phar-macie	Centre de PF		
Yaoundé/Douala	50,9	7,2	7,4	6,1	5,2	6,8	3,5	12,8	100,0	383
Autres villes	37,8	31,7	6,4	1,4	11,5	3,0	1,8	6,3	100,0	714
Ensemble urbain	42,4	23,1	6,8	3,0	9,3	4,3	2,4	8,6	100,0	1098
Rural	32,4	3,9	19,7	24,7	8,6	8,8	1,9	0,0	100,0	1771
Ensemble	36,3	11,3	14,7	16,4	8,9	7,1	2,1	3,3	100,0	2868

Pour atteindre les formations sanitaires offrant des services de planning familial, la grande majorité des femmes du milieu urbain (86,4%) n'ont qu'à parcourir une courte distance, inférieure à 5 kilomètres et le temps médian nécessaire pour atteindre ces formations n'est que de 5 minutes (Tableau 12.8). Pour les femmes du milieu rural la distance médiane est relativement faible (6,3 km), mais près d'une femme sur quatre (24,0%) doit parcourir 15 kilomètres et plus pour accéder aux services de planning familial; le temps médian nécessaire pour ce trajet est de 24,4 minutes, mais pour près d'une femme sur trois (29,7%) une heure et plus de trajet est nécessaire pour atteindre les services de planning familial.

Tableau 12.8 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de planning familial

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires offrant des services de planning familial et distance médiane, et selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre ces formations sanitaires et temps médian, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

DISTANCE

Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 et +	Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en kms)
Yaoundé/Douala	86,3	13,7	0,0	0,0	100,0	383	1,3
Autres villes	86,4	13,6	0,0	0,0	100,0	714	0,0
Ensemble urbain	86,4	13,6	0,0	0,0	100,0	1098	0,4
Rural	40,4	35,6	11,0	13,0	100,0	1771	6,3
Ensemble	58,0	27,2	6,8	8,0	100,0	2868	2,7

TEMPS

Milieu de résidence	Temps (en minutes) 0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 et +	Total	Effectif de femmes	Temps médian (en min)
Yaoundé/Douala	66,8	23,6	6,2	3,3	100,0	383	9,3
Autres villes	67,4	26,1	1,8	4,6	100,0	714	0,0
Ensemble urbain	67,2	25,2	3,4	4,2	100,0	1098	5,0
Rural	42,9	11,5	15,9	29,7	100,0	1771	24,4
Ensemble	52,2	16,7	11,1	20,0	100,0	2868	14,6

[a]Y compris les services qui sont "sur place"

Le Tableau 12.9 présente la répartition des femmes en union utilisatrices de la contraception et la répartition de celles ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception,[2] selon la distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial. Que les femmes soient utilisatrices de la contraception ou qu'elles aient des besoins non-satisfaits, on n'observe que peu de différences dans les distances à parcourir pour obtenir des services de planning familial. Seules les femmes du milieu rural ayant des besoins non-satifaits pour espacer leurs naissances[3] résident légèrement plus loin que les autres des services de planning familial: 21,8 pour cent d'entre elles ont à parcourir 30 kilomètres et plus pour atteindre ce type de formation sanitaire. La distance séparant les femmes des services de planning familial ne semble donc pas être un facteur essentiel d'utilisation ou non de la contraception, même lorsque la demande potentielle existe.

[2] Pour la définition des besoins non-satisfaits en matière de contraception, voir Chapitre 6 - Préférences en matière de fécondité.

[3] Pour la définition des besoins non-satisfaits pour espacer, voir Chapitre 6 - Préférences en matière de fécondité.

Tableau 12.9 Distance par rapport au service de planning familial le plus proche et besoins en matière de contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception et des femmes en union utilisatrices de la contraception selon la distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Besoins en matière de contraception	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)				Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en kms)
		0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 et +			
Besoins non-satisfaits pour espacer	Yaoundé/Douala	86,9	13,1	0,0	0,0	100,0	54	1,1
	Autres villes	85,7	14,3	0,0	0,0	100,0	102	0,0
	Ensemble urbain	86,1	13,9	0,0	0,0	100,0	157	0,5
	Rural	37,8	29,8	10,6	21,8	100,0	198	8,2
	Ensemble	59,1	22,8	5,9	12,2	100,0	355	2,8
Besoins non-satisfaits pour limiter	Yaoundé/Douala	87,5	12,5	0,0	0,0	100,0	30	1,2
	Autres villes	87,0	13,0	0,0	0,0	100,0	74	1,0
	Ensemble urbain	87,2	12,8	0,0	0,0	100,0	104	1,1
	Rural	40,2	37,5	11,6	10,7	100,0	171	6,7
	Ensemble	57,9	28,2	7,2	6,7	100,0	275	2,9
Besoins satisfaits (utilisatrices)	Yaoundé/Douala	89,1	10,9	0,0	0,0	100,0	148	1,3
	Autres villes	89,9	10,1	0,0	0,0	100,0	126	0,0
	Ensemble urbain	89,5	10,5	0,0	0,0	100,0	274	0,3
	Rural	43,1	33,0	8,4	15,5	100,0	187	6,5
	Ensemble	70,7	19,6	3,4	6,3	100,0	461	1,0

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"

Pour les formations sanitaires les plus proches du lieu d'enquête (à moins de 30 kilomètres), on a demandé s'il était possible de s'y procurer différents types de méthodes contraceptives. On constate au Tableau 12.10 qu'en milieu urbain, la quasi totalité des femmes peuvent se procurer une méthode contraceptive d'approvisionnement auprès d'une formation sanitaire située à moins de 5 kilomètres de leur domicile. Pour obtenir un DIU et surtout pour la stérilisation, les distances à parcourir sont plus importantes, en particulier pour les femmes vivant dans les "autres villes"; cependant la grande majorité de ces femmes résident à moins de 15 kilomètres d'un endroit où l'on peut obtenir un DIU (88,6%) ou d'un endroit où l'on peut se faire stériliser (78,4%). En milieu rural, près des trois quarts des femmes résident à moins de 15 kilomètres d'une formation sanitaire où des méthodes d'approvisionnement sont disponibles, par contre, pour plus d'un tiers des femmes rurales, il n'existe aucun endroit où se procurer un DIU à moins de 30 kilomètres et pour près des deux tiers d'entre elles aucun endroit où se faire stériliser.

Tableau 12.10 Distance par rapport au service de planning familial le plus proche offrant différents types de méthodes contraceptives

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche dans un rayon de 30 kilomètres offrant différents types de méthodes contraceptives selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Méthode contraceptive	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	Pas de service dans les 30 kilomètres	Total	Effectif de femmes	Distance médiane[b] (en kms)
Stérilisation	Yaoundé/Douala	80,3	16,4	0,0	3,3	100,0	383	1,0
	Autres villes	73,7	4,7	5,7	15,9	100,0	714	0,7
	Ensemble urbain	76,0	8,8	3,7	11,5	100,0	1098	0,8
	Rural	6,4	17,5	13,0	63,2	100,0	1771	11,1
	Ensemble	33,0	14,1	9,5	43,4	100,0	2868	2,8
DIU	Yaoundé/Douala	99,2	0,8	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	67,7	20,9	6,9	4,5	100,0	714	1,5
	Ensemble urbain	78,7	13,9	4,5	2,9	100,0	1098	0,8
	Rural	7,3	31,5	23,0	38,2	100,0	1771	12,3
	Ensemble	34,6	24,8	15,9	24,7	100,0	2868	5,5
Méthodes d'approvisionnement	Yaoundé/Douala	99,2	0,8	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	99,7	0,3	0,0	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	34,8	36,4	11,3	17,5	100,0	1771	5,5
	Ensemble	59,7	22,6	7,0	10,8	100,0	2868	1,2
Ensemble de méthodes modernes	Yaoundé/Douala	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	383	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	714	0,0
	Ensemble urbain	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1098	0,0
	Rural	34,8	36,4	11,3	17,5	100,0	1771	5,5
	Ensemble	59,8	22,5	7,0	10,8	100,0	2868	1,0

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"
[b]Calculée en excluant les services inexistants dans un rayon de 30 kilomètres

12.3.3 Disponibilité des services de santé maternelle et infantile

Afin de déterminer si les formations sanitaires offraient des services de santé maternelle et infantile, l'enquêteur demandait aux personnes interrogées si la formation en question assurait les soins prénatals, les accouchements, les soins postnatals, le suivi des enfants et les vaccinations. Le Tableau 12.11 présente à ce propos, pour chaque milieu de résidence, la répartition des femmes en union selon le type de formation sanitaire le plus proche fournissant des services de santé maternelle et infantile. A Yaoundé/Douala, pour 39,0 pour cent des femmes c'est l'hôpital privé ou clinique qui est la formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile, suivi par l'hôpital public (18,2%), par le dispensaire missionnaire (16,6%) et le cabinet de médecin privé (13,1%). Dans les "autres villes," c'est l'hôpital privé qui vient en tête des formations sanitaires les plus accessibles, en termes de distance, pour les soins de la mère et de l'enfant, suivi par la clinique 33,5% et le dispensaire missionnaire (16,1%). En milieu rural, pour plus d'une femme sur trois (36,9%) c'est le centre de santé public qui est la formation sanitaire la plus proche assurant les soins de la mère et de l'enfant, suivi par l'hôpital public (31,1%).

Tableau 12.11 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile par milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Milieu de résidence	Formation sanitaire							Total	Effectif de femmes
	Hôpital public	Hôpital privé/ clinique	PMI	Centre de santé public	Dispensaire mission-naire	Ma-ternité	Cabinet de médecin privé		
Yaoundé/Douala	18,2	39,0	6,0	7,1	16,6	0,0	13,1	100,0	383
Autres villes	38,3	33,5	8,0	3,7	16,1	0,0	0,4	100,0	714
Ensemble urbain	31,3	35,4	7,3	4,9	16,3	0,0	4,8	100,0	1098
Rural	31,1	3,3	9,8	36,9	8,8	7,2	2,8	100,0	1771
Ensemble	31,2	15,6	8,9	24,6	11,7	4,5	3,6	100,0	2868

Tableau 12.12 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de santé maternelle et infantile

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires offrant des services de santé maternelle et infantile et distance médiane, et selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre ces formations sanitaires et temps médian, selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

DISTANCE

Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)				Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en kms)
	0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 et +			
Yaoundé/Douala	95,1	4,9	0,0	0,0	100,0	383	0,0
Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	714	0,0
Ensemble urbain	98,3	1,7	0,0	0,0	100,0	1098	0,0
Rural	48,3	37,9	11,1	2,8	100,0	1771	4,4
Ensemble	67,4	24,0	6,8	1,7	100,0	2868	0,8

TEMPS

Milieu de résidence	Temps (en minutes)				Total	Effectif de femmes	Temps médian (en min)
	0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 et +			
Yaoundé/Douala	82,2	15,7	0,0	2,1	100,0	383	0,0
Autres villes	68,9	15,4	11,0	4,6	100,0	714	0,0
Ensemble urbain	73,6	15,5	7,2	3,7	100,0	1098	0,0
Rural	45,9	11,2	12,2	30,6	100,0	1771	19,7
Ensemble	56,5	12,9	10,3	20,3	100,0	2868	9,3

[a]Y compris les services qui sont "sur place"

En termes de distance et de temps de trajet pour accéder à ces formations sanitaires, il apparaît au Tableau 12.12 que la grande majorité des femmes urbaines vivent très près (moins de 5 kilomètres) des services de santé maternelle et infantile: plus de la moitié des femmes disposent de ce type de service sur place, c'est-à-dire dans leur localité ou dans leur quartier. De même le temps de trajet est très faible puisqu'il est de moins d'un quart d'heure pour 73,6 pour cent des femmes urbaines. En milieu rural, la distance

médiane est de 4,4 kilomètres pour atteindre une formation sanitaire quelconque assurant les soins de santé de la mère et de l'enfant, et 13,9 pour cent des femmes ont à parcourir une distance de 15 kilomètres ou plus. La durée médiane du trajet est de 19,7 minutes, mais pour 30,6 pour cent des femmes, ce trajet prend une heure et plus.

Pour la grande majorité des naissances des cinq dernières années pour lesquelles la mère a reçu des soins prénatals et a été assistée par un professionnel de la santé pendant l'accouchement (Tableau 12.13), les services de santé maternelle et infantile se situent à proximité du lieu de résidence: en milieu urbain, dans 98,4 pour cent des cas, ces services se situent à moins de 5 kilomètres et, en milieu rural, dans 92,6 pour cent des cas, ils se situent à moins de 15 kilomètres. Quel que soit le milieu de résidence, les services de santé maternelle et infantile se situent "sur place" (0 kilomètre) dans au moins 50 pour cent des cas. A l'opposé, en milieu rural, lorsque la mère n'a pas reçu de soins prénatals et n'a pas été assistée à l'accouchement, les services de santé maternelle et infantile sont éloignés: dans 22,8 pour cent des cas, ils se situent entre 15 et 29 kilomètres du lieu d'enquête, dans 3,1 pour cent des cas, aucune formation sanitaire offrant ce type de service n'existe dans un rayon de 30 kilomètres et la distance médiane est de 6,5 kilomètres. De même, on constate au Tableau 12.13 que la grande majorité des enfants de 1-4 ans ayant reçu toutes les vaccinations du PEV résident à proximité des services de santé pratiquant les vaccinations: en milieu urbain, dans 97,7 pour cent des cas, ces services se situent à moins de 5 kilomètres et, en milieu rural, dans 92,7 pour cent des cas, ils se situent à moins de 15 kilomètres et la distance médiane est de 2,2 kilomètres. Par contre, en milieu rural, lorsque les enfants n'ont reçu aucune vaccination du PEV, dans 21,8 pour cent des cas les services de vaccinations se situent entre 15 et 29 kilomètres du lieu de résidence et, dans 4,2 pour cent des cas, aucune formation sanitaire offrant ce type de service n'existe dans un rayon de 30 kilomètres.

Ainsi, comme cela a été souligné précédemment, pour les femmes du milieu rural les formations sanitaires offrant des services de santé maternelle et infantile, aussi bien que de planning familial sont plus difficilement accessibles que pour les femmes du milieu urbain. En outre, les charges financières auxquelles les femmes doivent faire face pour y parvenir (coût du transport, par exemple) ainsi que la moins bonne qualité de l'équipement et des prestations offertes dans les formations sanitaires les plus proches des villages limitent encore davantage la disponibilité des services de santé pour les femmes du milieu rural.

Tableau 12.13 Distance par rapport au service de santé maternelle et infantile le plus proche, soins prénatals et couverture vaccinale

Répartition (en %) des naissances ayant eu lieu 1 à 59 mois avant l'enquête, de celles pour lesquelles les mères ont reçu ou non des soins prénatals (SP) pendant la grossesse et de celles pour lesquelles les mères ont bénéficié d'une assistance médicale pendant l'accouchement (AA), et répartition (en %) des enfants de 1-4 ans ayant reçu toutes les vaccinations du PEV et de ceux n'en ayant reçu aucune, selon la distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche dans un rayon de 30 kilomètres offrant des services de santé maternelle et infantile selon le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Catégorie d'enfants	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)			Pas de service dans les 30 kilomètres	Total	Effectif de femmes	Distance médiane[b] (en kms)
		0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29				
Ensemble des naissances	Yaoundé/Douala	96,0	4,0	0,0	0,0	100,0	465	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	886	0,0
	Ensemble urbain	98,6	1,4	0,0	0,0	100,0	1352	0,0
	Rural	49,5	36,5	11,0	2,9	100,0	2104	3,8
	Ensemble	68,7	22,8	6,7	1,8	100,0	3456	0,6
Naissances avec SP et AA	Yaoundé/Douala	95,9	4,1	0,0	0,0	100,0	445	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	662	0,0
	Ensemble urbain	98,4	1,6	0,0	0,0	100,0	1107	0,0
	Rural	61,3	31,3	3,6	3,9	100,0	1053	0,0
	Ensemble	80,3	16,1	1,8	1,9	100,0	2160	0,0
Naissances avec SP ou AA	Yaoundé/Douala	97,4	2,6	0,0	0,0	100,0	20	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	133	0,0
	Ensemble urbain	99,7	0,3	0,0	0,0	100,0	153	0,0
	Rural	46,6	40,1	12,7	0,6	100,0	455	4,4
	Ensemble	59,9	30,1	9,5	0,4	100,0	608	2,5
Naissances sans SP ni AA	Yaoundé/Douala	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	91	1,8
	Ensemble urbain	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	91	1,8
	Rural	31,0	43,1	22,8	3,1	100,0	596	6,5
	Ensemble	40,2	37,4	19,7	2,7	100,0	688	5,2
Enfants 1-4 ans avec tous vaccins du PEV	Yaoundé/Douala	95,1	4,9	0,0	0,0	100,0	250	0,0
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	288	0,0
	Ensemble urbain	97,7	2,3	0,0	0,0	100,0	538	0,0
	Rural	58,0	34,7	3,8	3,5	100,0	484	2,2
	Ensemble	78,9	17,6	1,8	1,7	100,0	1023	0,0
Enfants 1-4 ans avec aucun vaccin du PEV	Yaoundé/Douala	96,9	3,1	0,0	0,0	100,0	17	0,2
	Autres villes	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	82	1,8
	Ensemble urbain	99,5	0,5	0,0	0,0	100,0	99	1,1
	Rural	33,1	40,9	21,8	4,2	100,0	372	6,4
	Ensemble	47,1	32,4	17,2	3,3	100,0	471	4,2

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"
[b]Calculée en excluant les services inexistants dans un rayon de 30 kilomètres

REFERENCES

Arnold, Fred et Ann K. Blanc. 1990. *Fertility levels and trends.* DHS Comparative Studies No. 2. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1978a. *Recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1976.* Vol. 1: Résultats, Tome 1: République Unie du Cameroun. Yaoundé, Cameroun.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1978b. *Recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1976.* Vol. 2: Analyse, Tome 1: Structure par âge et sexe. Yaoundé, Cameroun.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun] et Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF). 1983a. *Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun 1978: Rapport principal.* Vol. 1: Analyse des principaux résultats, Yaoundé, Cameroun: DSCN.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun] et Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF). 1983b. *Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun 1978: Rapport principal.* Vol. 2: Tableaux statistiques, Yaoundé, Cameroun: DSCN.

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1992a. *DEMO 87: Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun.* Vol. 2: Résultats bruts, Tome 1: République du Cameroun. Yaoundé, Cameroun.

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1992b. *DEMO 87: Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun.* Vol. 3: Analyse préliminaire, Tome 1: Evaluation des données. Yaoundé, Cameroun.

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1992c. *DEMO 87: Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun.* Vol. 3: Analyse préliminaire, Tome 2: Répartition par sexe et par âge. Yaoundé, Cameroun.

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2ème RGPH), Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1992d. *DEMO 87: Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun.* Vol. 3: Analyse préliminaire, Tome 9: Synthèse des rapports préliminaires. Yaoundé, Cameroun.

Garenne, Michel et Olivier Fontaine. 1990. Assessing the probable causes of death using a standardized questionnaire: a study in rural Senegal. Dans *Measurement and analysis of mortality: new approaches.* edité par Jacques Vallin, Stan D'Souza et Alberto Palloni, 123-142. New York/Oxford, England: Oxford University Press.

Grant, J.P. 1990. *The state of the world's children 1990.* New York: Oxford University Press.

Previous Page Blank

Gray, Ronald H. 1991. Interview-based diagnosis of morbidity and causes of death. Communication présentée au séminaire de l'UIESP Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health Care: Interdisciplinary Approaches. Le Caire, Egypte.

Kalter, Henry D., Ronald H. Gray, Robert E. Black, et Socorro A. Gultiano. 1990. Validation of post-mortem interviews to ascertain selected causes of death in children. *International Journal of Epidemiology* 19(2):380-386.

Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT) [Cameroun]. 1991. *Déclaration de politique nationale de population.* Document provisoire. Yaoundé

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Expanded Programme on Immunization, Training for Mid Level Managers. 1991. *The EPI Coverage Survey.* Genève: OMS.

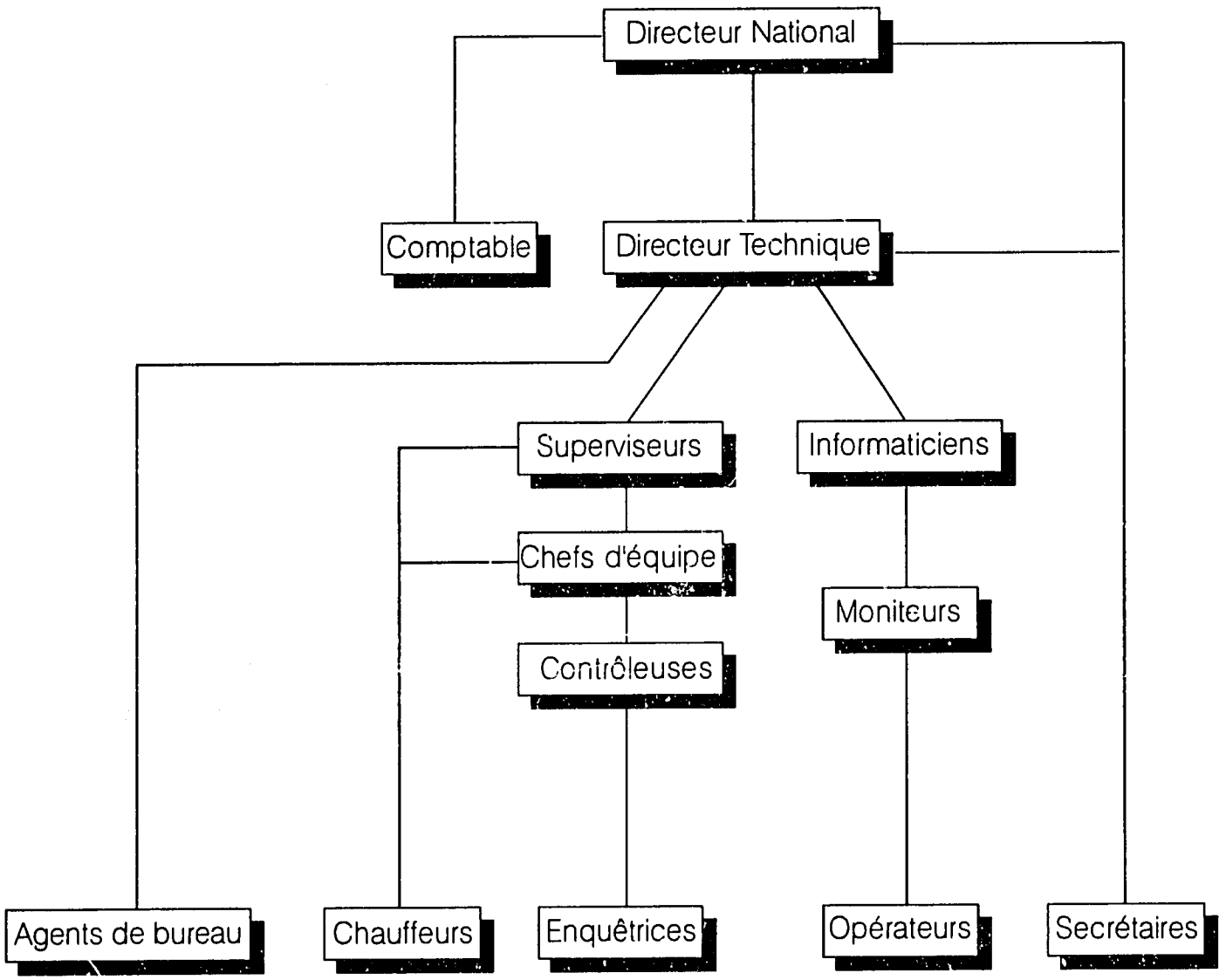
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et PRITECH. 1992. *Enquête sur la morbidité et la prise en charge des cas de diarrhée.* Genève: OMS.

Sullivan Jeremiah M., George T. Bicego, Shea Oscar Rutstein. 1990. Assessment ot the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the demographic and health surveys. Dans *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems Inc.

ANNEXE A

ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

ORGANIGRAMME DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU CAMEROUN (EDSC)



PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU CAMEROUN (EDSC)

Personnel National Permanent

Directeur National
Martin BALEPA

Directeur Technique
Médard FOTSO

Superviseurs de terrain
Emmanuel ALAM
Michel KWEKEM FANKAM
Marc MAYILA
Ambroise MBAH

Traitement des données
Aboubacar GHAPOUTSA
Marc MAYILA

Personnel National Temporaire

Agents de cartographie et de dénombrement
- Jean-Paul BAHEBECK
- Godlove DOHNJI
- Michel KAMGANG
- Célestin KEPSSEU
- Arouna MOULIOM
- Joseph MVELLE MINLO
- Cyrille Désiré MVOGO
- Benjamin MVOMO MVOMO
- Joseph NDONGO
- Paul NJECK NGUE
- Chouaïbou SAKAME
- Charles YIMBU SHUDZEKA

Chefs d'équipe pré-test
- Martin MBEM
- Louis-Roger BIKAI NYEMB

Contrôleuses pré-test
- Marcelline NDOURA FONDJO
- Yvette ZING

Enquêtrices pré-test
- Rosaline KOUEKEM
- Felicia DIMLA
- A. BOSSOKEN KONDO
- Félicité LEGBANE
- Honorine BELLA
- Marie-Alice NGO NJIKI
- Marguérite NGAH NOAH
- Xavérie MEKONGO

Chefs d'équipe enquête principale
- Chouaïbou SAKAME
- Benjamin MVOMO MVOMO
- Martin MBEM
- Paul NJECK NGUE
- Louis-Roger BIKAI NYEMB
- Godlove DOHNJI

Contrôleuses enquête principale
- Célestine TEFANG
- Marcelline NDOURA FONDJO
- Yvette ZING
- Rose IKELLE
- Marie MENDO OBAM

Enquêtrices enquête principale
- Felicia DIMLA
- Edith AFOR FOMBAD
- Florence NKENG
- Margaret NGUNANG
- Rosaline KOUEKEM NDJOUNO
- Elisabeth KADIJA
- ZOUANE PALOU
- THASSOM NANDIGNAR
- Véronique MANTESSA
- Lucienne NJIWE
- MALELE
- Marthe NJIDJEU
- Marguérite NGAH NOAH
- Félicité LEGBANE
- Madeleine EBA
- Lucie MBAZOA
- Xavérie MEKONGO
- Marie-Alice NGO NJIKI
- A. BOSSOKEN KONDO
- Jeanne-Chantal MBABY
- B. MBAKOP WANDA
- L. NJOGUEM FODJO
- Jeanne d'Arc NANGA
- Justine FANMOGNI

Agents de saisie
- Victorine KINYOCK
- Véronique ANYAM
- Victorine KETCHA
- Philomène MESSOMO
- Regina FOMUSO
- Black BENAME
- Gertrude NKWAMU

Personnel administratif
- Comptable
  - Louise Evelyne BIKAI
- Secrétaire
  - Béatrice Michèle NYEMB
- Agent de bureau
  - Lucas NKWAM
- Chauffeurs
  - Abdoul AZIZ
  - Léopold EVINA
  - Moïse PAGAL
  - Maurice YOUMESSI
  - Abdoulaye ISSA
  - Jean NGNOUNG
  - Augustin BANG
  - Godlove FONCHAM

Consultants Nationaux

Formation des personnels
- Dr Martina BAYE
- Dr Eléonore SEUMO
- Emmanuel ATINA
- Véronique ADA

Traduction des questionnaires
- Pr Manasseh NGOME
- Gladys JOKO
- Anne TCHINO
- Abdoulaye ALIOUM
- Athanase BIHINA
- Xavérie MEKONGO

Consultants DHS/MACRO INTERNATIONAL

Termes de référence du contrat
- Dr Jeremiah M. SULLIVAN
- Dr Mohamed AYAD

Sondage
- Dr Chris SCOTT
- Thanh LE

Formation des personnels
- Dr Ekouevi KOFFI

Traitement des données
- Trevor N. CROFT
- Greg FEGAN
- Jim OTTO

Coordinateur Technique
- Bernard BARRERE

ANNEXE B

CALENDRIER DES OPERATIONS

ANNEXE B

CALENDRIER DES OPERATIONS

Activités	Date prévue	Date d'exécution
1. Conception de l'enquête, développement des questionnaires et traduction	oct-nov 1990	oct-nov 1990
2. Développement du plan de sondage	sep-oct 1990	sep-oct 1990
3. Identification des zones d'enquête et de dénombrement, et des ménages dans ces zones	oct 1990-fév 1991	oct 1990-fév 1991
4. Recrutement et formation du personnel du pré-test	nov-déc 1990	nov-déc 1990
5. Révision des questionnaires	déc 1990-fév 1991	déc 1990-fév 1991
6. Formation du personnel de l'enquête principale	fév 1991	mars-avr 1991
7. Collecte des données sur le terrain	fév-juin 1991	avr-sep 1991
8. Saisie et apurement des données	mars-juil 1991	mai-oct 1991
9. Rédaction du rapport préliminaire	juil-août 1991	nov 1991
10. Tabulation, analyse et préparation du rapport final	sep-nov 1991	avr-juin 1992
11. Premier draft du rapport final	déc 1991-jan 1992	juin 1992
12. Lecture et révision du rapport final	fév 1992	juil-août 1992
13. Préparation du rapport-résumé	mars 1992	août 1992
14. Impression du rapport final et du rapport-résumé	avr-mai 1992	sep-déc 1992
15. Séminaire national de présentation des résultats	juin 1992	fév 1993
16. Audit comptable	juil 1992	mars 1993

Previous Page Blank

ANNEXE C

PLAN DE SONDAGE

Previous Page Blank

ANNEXE C

PLAN DE SONDAGE

C.1 INTRODUCTION

Le plan de sondage de l'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC) avait prévu initialement un échantillon national de 6 300 femmes âgées de 15 à 49 ans. A la suite d'une révision du budget et de l'organisation des travaux de l'enquête, cet échantillon s'est avéré trop grand. On a donc réduit l'échantillon de 6 300 à 4 500 femmes environ, soit à peu près 70 pour cent de l'échantillon initial. Pour réduire cet échantillon, on a conservé le plan de sondage initial et on a tiré un sous-échantillon de l'échantillon existant. Cet annexe présente une description générale du premier plan de sondage - structure de l'échantillon, procédé de stratification, probabilité de sondage - mais avec les paramètres de sondage qui correspondent à l'échantillon final retenu.

C.2 OBJECTIFS

Le plan initial de l'enquête avait prévu un échantillon national de femmes âgées de 15 à 49 ans. Comme les villes de Yaoundé et de Douala, les deux plus grandes villes du pays, ne constituent qu'environ 14 pour cent de la population, un échantillon proportionnel ne leur aurait pas alloué suffisamment de femmes pour les analyses détaillées qu'on souhaitait effectuer dans ces villes. On avait donc doublé le taux de sondage à Yaoundé/Douala par rapport au taux global afin d'assurer un échantillon suffisant dans ces villes. Dans ce but, on avait créé deux grands domaines d'étude avec des taux de sondage différents, mais au sein de chaque domaine, on avait appliqué un taux homogène afin que l'échantillon tiré soit auto-pondéré. Cependant, après la réduction uniforme d'un tiers de l'échantillon, l'échantillon obtenu pour les centres urbains autres que Yaoundé/Douala s'est avéré trop petit. On a donc changé le plan initial pour créer trois grands domaines d'études avec des taux de sondage différents: Yaoundé/Douala, le reste des centres urbains (les "autres villes") et le milieu rural. L'échantillon reste auto-pondéré au sein de chaque domaine.

C.3 UNITES AREOLAIRES DE SONDAGE

L'ensemble des zones de dénombrement (ZD) qui constituent la base aréolaire de sondage ont été délimitées en 1986 en vue du 2ème Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 1987. Il s'agit d'environ 10 000 zones d'une taille moyenne de 1 000 habitants, classées par arrondissement et département à l'intérieur de chaque province. Une carte existe pour chaque ZD ainsi qu'une carte au niveau de chaque arrondissement qui permet de situer les limites de toutes les ZD de chaque arrondissement.

C.4 STRUCTURE DE L'ECHANTILLON

L'échantillon a été tiré à deux degrés. Au premier degré, on a tiré un certain nombre de ZD après une stratification géographique de ces ZD, avec des probabilités proportionnelles à leur taille, la taille étant l'effectif des ménages recensés dans la ZD. A la suite d'un dénombrement des ménages résidant dans chaque ZD, on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages à partir des listes établies par le dénombrement.

C.5 STRATIFICATION

Dans le fichier du RGPH, les ZD sont classées en urbaines ou rurales. En plus des grandes villes, tous les chefs-lieux d'arrondissement et de district sont aussi classés en urbains. Comme certaines de ces

Previous Page Blank

agglomérations ont moins de 1 000 habitants et comme on peut mettre en doute leur caractère vraiment urbain du point de vue des comportements socio-démographiques, on a décidé, dans le cadre de l'EDSC, de classer toutes les ZD des villes de moins de 5 000 habitants dans les strates rurales. Les trois grandes strates retenues correspondent exactement aux trois domaines d'études présentés plus haut. Ces trois grandes strates sont le milieu rural (y compris les zones considérées comme urbaines au RGPH mais ayant moins de 5 000 habitants), Yaoundé/Douala et les "autres villes" (non compris les zones urbaines du RGPH ayant moins de 5 000 habitants).

Une stratification plus détaillée a été retenue au sein de chaque grande strate de la manière suivante:

Tableau C.1 Stratification

No. de strate	Définition	Population recensée
11	Rural Extrême-Nord	1 342 216
12	Rural Nord	543 518
13	Rural Adamaoua	283 792
14	Rural Nord-Ouest	842 261
15	Rural Sud-Ouest	488 134
16	Rural Ouest/Littoral	1 068 875
17	Rural Centre/Sud/Est	1 255 060
21	Urbain Yaoundé	589 885
22	Urbain Douala	708 607
31	Urbain Adamaoua/Nord/Extrême-Nord	694 219
32	Urbain Nord-Ouest/Sud-Ouest	471 740
33	Urbain Centre/Sud/Est	418 933
34	Urbain Ouest/Littoral	607 601

Note: Les populations rurales résidant dans les arrondissements de Yaoundé et de Douala sont classées respectivement dans les strates 16 et 17.

Dans chacune des strates, un sondage systématique des ZD a été retenu afin d'introduire un élément de stratification lié à l'ordre de présentation des unités dans la liste qui constitue la base de sondage. Dans ce but, un reclassement des arrondissements, qui figurent actuellement par ordre alphabétique dans le fichier du RGPH, a été nécessaire afin de les présenter par ordre géographique et notamment par ordre "serpentin." Ceci assure que les unités voisines dans la liste sont voisines sur le terrain. A l'intérieur des arrondissements, les ZD figurent déjà dans un ordre plus ou moins géographique et on n'a pas introduit de modification.

C.6 PROBABILITE DE SONDAGE

Au premier degré de sondage, on a tiré les ZD avec des probabilités proportionnelles au nombre de ménages recensés.

Soit M_i le nombre de ménages recensés de la $i^{ème}$ ZD d'une strate donnée. La probabilité d'inclusion de la $i^{ème}$ ZD dans l'échantillon peut donc s'écrire:

$$p_{1i} = kM_i \tag{1}$$

où l'indice 1 désigne le premier degré de sondage et k est une constante égale à:

$$k = a/\sum_i M_i \tag{2}$$

où a est le nombre de ZD tirées dans la strate et la somme Σ s'étend sur la totalité des ZD existantes dans la strate. On a donc:

$$p_{1i} = aM_i/\sum_i M_i \tag{3}$$

Si on veut un échantillon auto-pondéré, la probabilité au deuxième degré doit être inversement proportionnelle à celle du premier degré, de manière à ce que le produit des deux soit constant. On a donc:

$$p_{2i} = k'/M_i \tag{4}$$

En supposant que l'effectif de ménages dans la ZD est le même que lors du recensement, on pourrait tirer un nombre $M_i.p_{2i}$ de ménages dans cette ZD, soit exactement k'. Dans la pratique, cette hypothèse ne se vérifie pas, mais elle est suffisante pour déterminer la constante k' qui est donc le nombre moyen de ménages que l'on souhaite tirer par ZD.

En nommant cette quantité $\bar{b}$, on peut écrire:

$$p_{2i} = \bar{b}/M_i \tag{5}$$

Afin que l'auto-pondération soit assurée, on doit fixer:

$$p_{1i}.p_{2i} = constante \tag{6}$$

d'où

$$p_{2i} = k/(aM_i/\sum_i M_i) \tag{7}$$

C.7 PARAMETRES DE SONDAGE

Les analyses coût/variance menées dans le cadre d'autres enquêtes analogues indiquent un nombre optimal d'environ 30 femmes à enquêter par grappe. En supposant un taux de non-réponse de 10 pour cent approximativement, et en prenant 1,179 comme nombre moyen de femmes en âge de procréer par ménage,[1] on est arrivé à 28 ménages à sélectionner en moyenne par grappe.

[1] Selon les résultats du 2ème RGPH.

Le Tableau C.2 donne la répartition de l'échantillon initial dans les différentes strates ainsi que celle de l'échantillon final:

Tableau C.2 Répartition des ménages-échantillon par strate

No. de strate	Strate	Taux de sondage (initial) %	Nombre de grappes (initial)	Taux de sondage (final) %	Nombre de grappes (final)
11	Rural Extrême-Nord	0,2917	29	0,1750	17
12	Rural Nord	0,2917	12	0,1750	7
13	Rural Adamaoua	0,2917	6	0,1750	4
14	Rural Nord-Ouest	0,2917	13	0,1750	8
15	Rural Sud-Ouest	0,2917	9	0,1750	6
16	Rural Ouest/Littoral	0,2917	22	0,1750	13
17	Rural Centre/Sud/Est	0,2917	28	0,1750	17
21	Urbain Yaoundé	0,5835	24	0,4668	19
22	Urbain Douala	0,5835	30	0,4668	24
31	Urbain Adamaoua/Nord/Extrême-Nord	0,2917	13	0,2917	13
32	Urbain Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,2917	9	0,2917	9
33	Urbain Centre/Sud/Est	0,2917	6	0,2917	6
34	Urbain Ouest/Littoral	0,2917	11	0,2917	11
	Total	0,3342	212	0,2421	154

C.8 ECHANTILLON MARI

L'EDSC a prévu une enquête auprès d'un sous-échantillon de 50 pour cent des maris de toutes les femmes éligibles, qu'elles soient enquêtées avec succès ou non, pour pouvoir mener aussi bien une analyse portant sur les maris qu'une analyse comparative femme-mari. Pour le tirage de l'échantillon mari, deux modes de tirage différents ont été utilisés dans le milieu rural et le milieu urbain (y compris Yaoundé/Douala). En milieu rural, l'enquête a porté sur tous les maris des femmes éligibles, dans une grappe sur deux. En milieu urbain (y compris Yaoundé/Douala), les maris ont été enquêtés dans toutes les grappes, mais seulement dans un ménage sur deux.

C.9 RESULTATS DES ENQUETES

Le Tableau C.3 et C.4 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménage, femme et mari selon les milieux et régions de résidence. A la suite du classement des ménages suivant les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante:

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(4)+(7)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des maris sont calculés de la manière suivante:

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit des taux de réponse des enquêtes ménages et femmes.

Le taux de réponse global des maris est le produit du taux de réponse des enquêtes dans les ménages sélectionnés pour l'enquête mari et du taux de réponse des enquêtes maris.

Tableau C.3 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête, et taux de réponse des ménages et des femmes et taux de réponse global selon la région et le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Résultat des interviews	Région de résidence					Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Adamaoua/ Nord/ Ext.-Nord	Centre/ Sud/ Est	Ouest/ Litto-/ ral	Nord-Ouest/ Sud-Ouest	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble Urbain	Rural	
Ménages sélectionnés										
Rempli (1)	82,8	88,1	88,8	79,2	71,6	82,8	79,8	81,3	84,5	82,8
Ménage présent mais personne de compétent pour répondre (2)	0,1	0,2	0,2	0,8	0,3	0,1	0,6	0,4	0,2	0,3
Refus de répondre (3)	3,8	0,4	0,5	2,5	0,5	3,8	1,3	2,6	0,7	1,7
Logement non trouvé (4)	0,7	1,2	0,6	0,0	0,0	0,7	1,1	0,9	0,2	0,6
Ménage absent (5)	7,1	2,4	5,9	12,0	6,1	7,1	8,0	7,5	5,2	6,4
Logement vide (6)	5,2	4,4	3,5	4,9	8,3	5,[illegible]	6,0	5,6	4,6	5,1
Logement détruit (7)	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3
Autre (8)	0,2	3,1	0,2	0,4	12,9	0,2	2,9	1,6	4,2	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1123	1112	649	761	627	1123	1119	2242	2030	4272
Taux de réponse des ménages	94,7	98,1	98,6	96,0	98,9	94,7	96,3	95,5	98,7	97,0
Femmes éligibles										
Entièrement rempli (a)	92,8	95,4	94,9	89,7	93,2	92,8	93,6	93,2	93,6	93,3
Pas à la maison (b)	3,5	3,0	3,6	6,1	3,5	3,5	3,1	3,3	4,5	3,8
Différé (c)	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Refus de répondre (d)	2,7	0,5	0,8	1,8	0,6	2,7	1,6	2,2	0,4	1,4
Partiellement rempli (e)	0,2	0,2	0,2	0,9	0,8	0,2	0,5	0,4	0,4	0,4
Autre (f)	0,7	0,9	0,5	1,3	1,9	0,7	1,1	0,9	1,1	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1240	1083	642	667	515	1240	1106	2346	1801	4147
Taux de réponse des femmes	93,5	96,3	95,3	90,9	95,0	93,5	94,6	94,0	94,6	94,3
Taux de réponse global des femmes	88,6	94,4	94,0	87,3	94,0	88,6	91,1	89,8	93,4	91,5

Tableau C.4 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des maris par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête mari et des maris éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête, et taux de réponse des ménages et des maris et taux de réponse global selon la région et le milieu de résidence, EDS Cameroun 1991

Résultat des interviews	Région de résidence					Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Adamaoua/ Nord/ Ext.-Nord	Centre/ Sud/ Est	Ouest/ Litto-/ ral	Nord-Ouest/ Sud-Ouest	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble Urbain	Rural	
Ménages sélectionnés										
Rempli (1)	84,0	86,5	85,9	81,8	71,3	84,0	81,3	82,6	82,8	82,7
Ménage présent mais personne de compétent pour répondre (2)	0,0	0,2	0,3	0,3	0,3	0,0	0,4	0,2	0,2	0,2
Refus de répondre (3)	4,1	0,4	0,7	2,4	0,7	4,1	1,6	2,9	0,6	1,8
Logement non trouvé (4)	0,4	0,7	0,7	0,0	0,0	0,4	0,9	0,6	0,1	0,4
Ménage absent (5)	6,3	2,5	6,6	9,6	5,5	6,3	7,5	6,9	4,6	5,8
Logement vide (6)	4,8	4,1	4,9	4,5	6,8	4,8	5,2	5,0	4,8	4,9
Logement détruit (7)	0,0	0,2	1,0	0,5	0,7	0,0	0,2	0,1	0,7	0,4
Autre (8)	0,4	5,5	0,0	0,8	14,7	0,4	3,0	1,7	6,3	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	557	563	305	374	307	557	560	1117	989	2106
Taux de réponse des ménages avec enquête mari	94,9	98,6	98,1	96,8	98,6	94,9	96,6	95,7	98,9	97,2
Maris éligibles										
Entièrement rempli (a)	73,4	87,9	88,0	72,2	74,8	73,4	79,1	76,2	85,1	80,5
Pas à la maison (b)	20,5	10,7	8,5	26,4	22,4	20,5	20,2	20,3	12,2	16,4
Différé (c)	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1
Refus de répondre (d)	3,0	0,6	2,1	1,4	0,0	3,0	0,8	1,9	1,0	1,5
Partiellement rempli (e)	0,4	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2
Autre (f)	2,3	0,8	1,4	0,0	1,9	2,3	0,0	1,2	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	263	355	142	144	107	263	258	521	490	1011
Taux de réponse des maris	75,1	88,6	89,3	72,2	76,2	75,1	79,1	77,1	86,3	81,6
Taux de réponse global des maris	71,3	87,4	87,6	69,9	75,2	71,3	76,4	73,8	85,4	79,3

ANNEXE D

ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE D

ERREURS DE SONDAGE

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: erreurs de mesure et erreurs de sondage. On appelle erreurs de mesure les biais imputables à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données tels que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation de questions, soit de la part de l'enquêtrice, soit de la part de l'enquêtée, ou encore tels que les erreurs de saisie des données. Quoique tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDSC, il est très difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon pondéré de 3 871 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres enquêtées, on a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été quelque peu différentes de celles que l'on a présentées. C'est l'incertitude de cette assomption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même: l'erreur-type est la racine carrée de la variance. Cet indice a pour propriété que dans 95 pour cent des échantillons de taille et de caractéristique identiques, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle de ± 2 ET.

Si l'échantillon des femmes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSC est un échantillon stratifié à deux degrés. Par conséquent, on a besoin d'utiliser des formules plus complexes. Le logiciel CLUSTERS, développé par l'International Statistical Institute pour l'Enquête mondiale de fécondité, a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée.

CLUSTERS traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r=y/x$, dans lequel y représente la valeur du paramètre y pour l'échantillon total, et x représente le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h-1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - r.x_{hi} \text{ , and } z_h = y_h - r.x_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total d'unités primaires de sondage (UPS) tirées dans la $h^{ème}$ strate,
y_{hi} est la somme des valeurs du paramètre y dans l'UPS i dans la $h^{ème}$ strate,
x_{hi} est la somme des nombres de cas (femmes) dans l'UPS i dans la $h^{ème}$ *strate*, et
f est le taux global de sondage qui est tellement faible que CLUSTERS n'en teint pas compte.

Previous Page Blank

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe: c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si on avait eu recours à un sondage aléatoire simple. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de la même taille: la valeur 1,0 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1,0 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel CLUSTERS calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSC ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cet annexe pour le pays en entier, l'ensemble du milieu urbain, le milieu rural, l'ensemble des deux grandes villes Yaoundé/Douala, l'ensemble des "autres villes," et les quatre groupes de provinces (Adamaoua/Nord/Extrême-Nord, Centre/Sud/Est, Nord-Ouest/Sud-Ouest et Ouest/Littoral). Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne ou proportion) et la population de base sont présentés dans le Tableau D.1. Les Tableaux D.2 à D.10 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95% (M±2ET) pour chaque variable.

En général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. On remarque certaines différences dans les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons: par exemple, pour la variable ENVIV (enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans), l'erreur relative en tant que pourcentage de la moyenne estimée est, respectivement, de 1,9%, 2,6% et 3,3% pour l'ensemble des femmes du pays, pour celles du milieu rural et pour celles du milieu urbain.

Pour la même variable (ENVIV) et pour l'ensemble des femmes, l'EDSC a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,192 auquel correspond une erreur-type de 0,061 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne ± 2 ET est donc 3,070 et 3,313. La probabilité que la vraie valeur du nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes âgées de 15 à 49 ans soit à l'intérieur de cet intervalle est de 95%.

Tableau D.1 Variables utilisees pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Cameroon 1991

Variable	Echantillon femme	Estimation	Population de base
URBAIN	Résidence urbaine	Proportion	Toutes les femmes
NOEDUC	Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes
EDUC	Instruction secondaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes
CELIB	Jamais en union	Proportion	Toutes les femmes
MARIEE	Mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes
MAAV20	En union avant 20 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
SEX18	Première activité sexuelle avant 18 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
ENVIV	Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes
ENV40	Enfants nés vivants	Moyenne	Femmes 40-49 ans
ENSUR	Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes
CMETHOD	Connaît une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
CSOURCE	Connaît la source pour une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
UMETHOD	A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILMET	Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILMETMO	Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILPIL	Utilise la pilule	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILDIU	Utilise le DIU	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILCOND	Utilise le condom	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILSTER	Utilise la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILCPER	Utilise la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement en union
UTILSPUB	Utilise secteur public	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
NEVEUT	Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union
RETARD	Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union
IDEAL	Taille de famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes
TETANUS	Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	Proportion	Naissances, 5 dernières années
ACCOUCH	Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 5 dernières années
DIARR1	Diarrhée dans les dernières 24 heures	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
DIARR2	Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
SRO	A reçu traitement SRO	Proportion	Enfant âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
DIAMED	A reçu traitement médical	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
CARTE	Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
BCG	A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
DTC3	A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
POLIO3	A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
ROUGEOLE	A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
VACCOMP	Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
URBAIN	Résidence urbaine	Proportion	Tous les maris
NOEDUC	Sans instruction	Proportion	Tous les maris
EDUC	Instruction secondaire ou plus	Proportion	Tous les maris
CMETHOD	Connaît une méthode	Proportion	Tous les maris
UMETHOD	A utilisé une méthode	Proportion	Tous les maris
UTILMET	Utilise actuellement une méthode	Proportion	Tous les maris
UTILMETMO	Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Tous les maris
UTILPIL	Utilise la pilule	Proportion	Tous les maris
UTILDIU	Utilise le DIU	Proportion	Tous les maris
UTILCOND	Utilise le condom	Proportion	Tous les maris
UTILSTER	Utilise la stérilisation féminine	Proportion	Tous les maris
UTILCPER	Utilise la continence périodique	Proportion	Tous les maris
NEVEUT	Ne veut plus d'enfants	Proportion	Tous les maris
IDEAL	Taille de famille idéale	Moyenne	Tous les maris

Tableau D.2 Erreurs de sondage: Echantillon national, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,420	0,024	3871	3871,0	3,029	0,057	0,372	0,468
Sans instruction	0,402	0,023	3871	3871,0	2,864	0,056	0,357	0,447
Instruction secondaire ou plus	0,265	0,016	3871	3871,0	2,254	0,060	0,233	0,297
Jamais en union	0,186	0,010	3871	3871,0	1,519	0,051	0,167	0,205
Mariée (en union)	0,741	0,011	3871	3871,0	1,632	0,016	0,718	0,764
En union avant 20 ans	0,784	0,013	2922	2952,2	1,670	0,016	0,758	0,809
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,796	0,011	2922	2952,2	1,514	0,014	0,773	0,819
Enfants nés vivants	3,192	0,061	3871	3871,0	1,243	0,019	3,070	3,313
Enfants nés vivants	6,245	0,190	526	576,1	1,225	0,030	5,865	6,625
Enfants survivants	2,629	0,051	3871	3871,0	1,266	0,019	2,527	2,731
Connaît une méthode	0,696	0,017	2737	2868,5	1,981	0,025	0,661	0,731
Connaît la source pour une méthode	0,501	0,019	2737	2868,5	1,996	0,038	0,462	0,539
A utilisé une méthode	0,403	0,020	2737	2868,5	2,157	0,050	0,363	0,444
Utilise actuellement une méthode	0,161	0,010	2737	2868,5	1,465	0,064	0,140	0,181
Utilise une méthode moderne	0,043	0,004	2737	2868,5	1,070	0,097	0,035	0,051
Utilise la pilule	0,012	0,002	2737	2868,5	0,989	0,173	0,008	0,016
Utilise le DIU	0,003	0,000	2737	2868,5	0,000	0,000	0,003	0,003
Utilise le condom	0,010	0,002	3871	3871,0	1,008	0,163	0,007	0,013
Utilise la stérilisation féminine	0,012	0,003	2737	2868,5	1,213	0,211	0,007	0,017
Utilise la continence périodique	0,068	0,006	2737	2868,5	1,278	0,091	0,055	0,080
Utilise secteur public	0,306	0,049	151	122,8	1,291	0,159	0,208	0,403
Ne veut plus d'enfants	0,124	0,008	2737	2868,5	1,327	0,067	0,107	0,141
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,346	0,013	2737	2868,5	1,399	0,037	0,321	0,372
Taille de famille idéale	6,820	0,124	3520	3487,6	2,034	0,018	6,571	7,068
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,691	0,018	3325	3460,2	1,876	0,027	0,654	0,728
Assistance médicale à l'accouchement	0,638	0,023	3325	3460,2	2,204	0,037	0,591	0,684
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,083	0,007	3037	3157,0	1,310	0,083	0,069	0,097
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,177	0,010	3037	3157,0	1,459	0,059	0,157	0,198
A reçu traitement SRO	0,180	0,021	506	560,2	1,232	0,114	0,139	0,221
A reçu traitement médical	0,201	0,020	506	560,2	1,103	0,098	0,161	0,240
Ayant une carte de santé	0,521	0,025	644	663,0	1,235	0,047	0,472	0,570
A reçu vaccination BCG	0,755	0,026	644	663,0	1,549	0,035	0,703	0,308
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,480	0,031	644	663,0	1,534	0,064	0,419	0,541
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,497	0,030	644	663,0	1,530	0,061	0,436	0,558
A reçu vaccination rougeole	0,560	0,029	644	663,0	1,473	0,052	0,502	0,618
Vacciné contre toutes les maladies	0,406	0,030	644	663,0	1,549	0,075	0,345	0,466
MARIS								
Résidence urbaine	0,371	0,031	814	814,0	1,849	0,084	0,308	0,433
Sans instruction	0,433	0,029	814	814,0	1,681	0,067	0,374	0,491
Instruction secondaire ou plus	0,239	0,023	814	814,0	1,568	0,098	0,192	0,286
Connaît une méthode	0,739	0,030	814	814,0	1,917	0,040	0,680	0,798
A utilisé une méthode	0,477	0,033	814	814,0	1,888	0,069	0,411	0,543
Utilise actuellement une méthode	0,198	0,021	814	814,0	1,492	0,105	0,156	0,240
Utilise une méthode moderne	0,058	0,011	814	814,0	1,340	0,190	0,036	0,080
Utilise la pilule	0,011	0,003	814	814,0	0,879	0,296	0,004	0,017
Utilise le DIU	0,003	0,001	814	814,0	0,744	0,456	0,000	0,006
Utilise le condom	0,016	0,004	814	814,0	0,993	0,277	0,007	0,024
Utilise la stérilisation féminine	0,025	0,009	814	814,0	1,608	0,355	0,007	0,042
Utilise la continence périodique	0,066	0,010	814	814,0	1,192	0,157	0,045	0,087
Ne veut plus d'enfants	0,098	0,010	814	814,0	0,980	0,105	0,077	0,118
Taille de famille idéale	11,224	0,480	690	689,5	1,637	0,043	10,263	12,184

Tableau D.3 Erreurs de sondage: Yaoundé/Douala, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1151	626,6	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,051	0,006	1151	626,6	0,943	0,120	0,038	0,063
Instruction secondaire ou plus	0,625	0,029	1151	626,6	2,033	0,046	0,567	0,683
Jamais en union	0,309	0,017	1151	626,6	1,230	0,054	0,275	0,342
Mariée (en union)	0,612	0,022	1151	626,6	1,511	0,035	0,569	0,655
En union avant 20 ans	0,575	0,025	859	468,2	1,495	0,044	0,525	0,626
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,671	0,022	859	468,2	1,364	0,033	0,627	0,714
Enfants nés vivants	2,321	0,091	1151	626,6	1,168	0,039	2,139	2,503
Enfants nés vivants	5,676	0,438	93	49,9	1,057	0,077	4,799	6,552
Enfants survivants	2,047	0,083	1151	626,6	1,206	0,041	1,880	2,213
Connaît une méthode	0,967	0,011	697	383,5	1,556	0,011	0,945	0,988
Connaît la source pour une méthode	0,908	0,013	697	383,5	1,181	0,014	0,882	0,933
A utilisé une méthode	0,784	0,020	697	383,5	1,289	0,026	0,744	0,824
Utilise actuellement une méthode	0,386	0,020	697	383,5	1,090	0,052	0,346	0,426
Utilise une méthode moderne	0,121	0,010	697	383,5	0,841	0,086	0,100	0,142
Utilise la pilule	0,046	0,008	697	383,5	0,947	0,163	0,031	0,062
Utilise le DIU	0,014	0,004	697	383,5	0,793	0,250	0,007	0,021
Utilise le condom	0,021	0,003	1151	626,6	0,644	0,128	0,016	0,027
Utilise la stérilisation féminine	0,015	0,006	697	383,5	1,187	0,362	0,004	0,026
Utilise la continence périodique	0,183	0,012	697	383,5	0,840	0,067	0,159	0,208
Utilise secteur public	0,221	0,045	85	46,4	1,000	0,205	0,131	0,312
Ne veut plus d'enfants	0,142	0,016	697	383,5	1,193	0,111	0,110	0,173
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,312	0,015	697	383,5	0,878	0,049	0,281	0,343
Taille de famille idéale	4,882	0,105	1093	593,3	1,613	0,022	4,672	5,092
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,854	0,015	852	466,0	1,053	0,018	0,824	0,884
Assistance médicale à l'accouchement	0,962	0,007	852	466,0	0,000	0,008	0,947	0,976
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,033	0,008	783	428,5	1,157	0,229	0,018	0,048
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,112	0,015	783	428,5	1,295	0,132	0,082	0,141
A reçu traitement SRO	0,251	0,048	86	47,8	0,984	0,189	0,156	0,346
A reçu traitement médical	0,242	0,060	86	47,8	1,285	0,246	0,123	0,361
Ayant une carte de santé	0,586	0,044	177	97,7	1,163	0,074	0,499	0,674
A reçu vaccination BCG	0,908	0,019	177	97,7	0,879	0,021	0,869	0,946
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,746	0,031	177	97,7	0,954	0,042	0,684	0,808
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,757	0,027	177	97,7	0,843	0,036	0,703	0,811
A reçu vaccination rougeole	0,794	0,030	177	97,7	0,980	0,037	0,735	0,854
Vacciné contre toutes les maladies	0,689	0,029	177	97,7	0,842	0,043	0,630	0,747
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	193	108,9	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,050	0,021	193	108,9	1,332	0,417	0,008	0,093
Instruction secondaire ou plus	0,638	0,048	193	108,9	1,391	0,076	0,542	0,735
Connaît une méthode	0,965	0,018	193	108,9	1,367	0,019	0,928	1,001
A utilisé une méthode	0,824	0,040	193	108,9	1,452	0,048	0,744	0,904
Utilise actuellement une méthode	0,458	0,040	193	108,9	1,102	0,087	0,379	0,537
Utilise une méthode moderne	0,145	0,024	193	108,9	0,943	0,166	0,097	0,192
Utilise la pilule	0,044	0,014	193	108,9	0,943	0,318	0,016	0,072
Utilise le DIU	0,020	0,011	193	108,9	1,059	0,533	-0,001	0,042
Utilise le condom	0,030	0,011	193	108,9	0,886	0,362	0,008	0,052
Utilise la stérilisation féminine	0,035	0,014	193	108,9	1,035	0,392	0,008	0,062
Utilise la continence périodique	0,160	0,025	193	108,9	0,930	0,154	0,110	0,209
Ne veut plus d'enfants	0,210	0,027	193	108,9	0,927	0,130	0,156	0,265
Taille de famille idéale	6,353	0,340	168	94,8	1,138	0,054	5,672	7,033

Tableau D.4 Erreurs de sondage: Autres villes, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1035	997,9	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,416	0,063	1035	997,9	4,117	0,152	0,290	0,542
Instruction secondaire ou plus	0,291	0,044	1035	997,9	3,139	0,152	0,202	0,379
Jamais en union	0,193	0,027	1035	997,9	2,170	0,138	0,140	0,246
Mariée (en union)	0,716	0,036	1035	997,9	2,551	0,050	0,644	0,787
En union avant 20 ans	0,796	0,032	778	767,0	2,194	0,040	0,732	0,859
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,778	0,029	778	767,0	1,943	0,037	0,720	0,836
Enfants nés vivants	3,081	0,114	1035	997,9	1,251	0,037	2,853	3,309
Enfants nés vivants	5,901	0,330	133	126,3	1,072	0,056	5,241	6,561
Enfants survivants	2,601	0,089	1035	997,9	1,170	0,034	2,424	2,779
Connaît une méthode	0,706	0,046	710	714,4	2,717	0,066	0,613	0,799
Connaît la source pour une méthode	0,559	0,051	710	714,4	2,731	0,091	0,457	0,661
A utilisé une méthode	0,437	0,055	710	714,4	2,936	0,125	0,328	0,547
Utilise actuellement une méthode	0,176	0,024	710	714,4	1,657	0,135	0,129	0,224
Utilise une méthode moderne	0,044	0,007	710	714,4	0,882	0,155	0,030	0,057
Utilise la pilule	0,008	0,003	710	714,4	1,046	0,443	0,001	0,015
Utilise le DIU	0,004	0,002	710	714,4	0,643	0,375	0,001	0,007
Utilise le condom	0,012	0,004	1035	997,9	1,121	0,323	0,004	0,019
Utilise la stérilisation féminine	0,013	0,005	710	714,4	1,045	0,338	0,004	0,022
Utilise la continence périodique	0,078	0,019	710	714,4	1,841	0,238	0,041	0,115
Utilise secteur public	0,268	0,093	33	31,3	1,185	0,347	0,082	0,453
Ne veut plus d'enfants	0,148	0,020	710	714,4	1,483	0,133	0,109	0,188
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,351	0,024	710	714,4	1,337	0,068	0,303	0,399
Taille de famille idéale	6,581	0,223	918	883,7	1,983	0,034	6,134	7,027
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,795	0,048	891	886,0	2,809	0,060	0,699	0,891
Assistance médicale à l'accouchement	0,767	0,047	891	886,0	2,606	0,061	0,674	0,860
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,089	0,015	821	815,9	1,379	0,163	0,060	0,118
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,200	0,025	821	815,9	1,704	0,124	0,151	0,250
A reçu traitement SRO	0,226	0,046	156	163,5	1,408	0,205	0,133	0,319
A reçu traitement médical	0,229	0,030	156	163,5	0,874	0,130	0,169	0,288
Ayant une carte de santé	0,568	0,046	173	171,1	1,219	0,081	0,476	0,659
A reçu vaccination BCG	0,823	0,049	173	171,1	1,692	0,059	0,725	0,920
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,523	0,064	173	171,1	1,678	0,122	0,395	0,651
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,537	0,063	173	171,1	1,668	0,118	0,411	0,664
A reçu vaccination rougeole	0,540	0,067	173	171,1	1,766	0,124	0,406	0,674
Vacciné contre toutes les maladies	0,414	0,067	173	171,1	1,787	0,162	0,280	0,548
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	204	193,0	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,452	0,070	204	193,0	1,995	0,154	0,312	0,591
Instruction secondaire ou plus	0,248	0,053	204	193,0	1,758	0,215	0,142	0,355
Connaît une méthode	0,757	0,030	204	193,0	0,988	0,039	0,697	0,816
A utilisé une méthode	0,432	0,045	204	193,0	1,307	0,105	0,341	0,523
Utilise actuellement une méthode	0,181	0,025	204	193,0	0,911	0,136	0,132	0,230
Utilise une méthode moderne	0,060	0,013	204	193,0	0,764	0,211	0,035	0,086
Utilise la pilule	0,008	0,006	204	193,0	0,958	0,751	-0,004	0,020
Utilise le DIU	0,002	0,002	204	193,0	0,707	1,000	-0,002	0,007
Utilise le condom	0,042	0,013	204	193,0	0,951	0,319	0,015	0,069
Utilise la stérilisation féminine	0,008	0,006	204	193,0	0,910	0,713	-0,003	0,019
Utilise la continence périodique	0,084	0,020	204	193,0	1,049	0,244	0,043	0,124
Ne veut plus d'enfants	0,139	0,023	204	193,0	0,934	0,163	0,094	0,185
Taille de famille idéale	11,157	0,250	167	159,3	2,126	0,112	8,657	13,658

Tableau D.5 Erreurs de sondage: Ensemble du milieu urbain, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	2186	1624,6	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,275	0,048	2186	1624,6	4,975	0,173	0,180	0,370
Instruction secondaire ou plus	0,420	0,037	2186	1624,6	3,503	0,088	0,346	0,494
Jamais en union	0,238	0,020	2186	1624,6	2,200	0,084	0,198	0,278
Mariée (en union)	0,676	0,025	2186	1624,6	2,546	0,038	0,625	0,727
En union avant 20 ans	0,712	0,028	1637	1235,2	2,502	0,039	0,656	0,768
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,737	0,022	1637	1235,2	2,013	0,030	0,693	0,781
Enfants nés vivants	2,788	0,093	2186	1624,6	1,530	0,033	2,602	2,974
Enfants nés vivants	5,837	0,267	226	176,1	1,090	0,046	5,304	6,370
Enfants survivants	2,387	0,072	2186	1624,6	1,401	0,030	2,242	2,532
Connaît une méthode	0,797	0,038	1407	1097,8	3,557	0,048	0,721	0,873
Connaît la source pour une méthode	0,681	0,045	1407	1097,8	3,604	0,066	0,591	0,770
A utilisé une méthode	0,558	0,045	1407	1097,8	3,416	0,081	0,468	0,649
Utilise actuellement une méthode	0,249	0,022	1407	1097,8	1,923	0,089	0,205	0,294
Utilise une méthode moderne	0,071	0,007	1407	1097,8	1,030	0,100	0,057	0,085
Utilise la pilule	0,021	0,004	1407	1097,8	1,038	0,188	0,013	0,029
Utilise le DIU	0,008	0,002	1407	1097,8	0,734	0,223	0,004	0,011
Utilise le condom	0,015	0,003	2186	1624,6	0,993	0,170	0,010	0,021
Utilise la stérilisation féminine	0,014	0,004	1407	1097,8	1,125	0,252	0,007	0,021
Utilise la continence périodique	0,115	0,015	1407	1097,8	1,824	0,135	0,084	0,146
Utilise secteur public	0,240	0,046	118	77,7	1,165	0,192	0,148	0,332
Ne veut plus d'enfants	0,146	0,014	1407	1097,8	1,497	0,097	0,118	0,174
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,338	0,016	1407	1097,8	1,242	0,046	0,306	0,369
Taille de famille idéale	5,898	0,172	2011	1477,0	2,508	0,029	5,554	6,243
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,815	0,033	1743	1352,0	2,882	0,041	0,749	0,881
Assistance médicale à l'accouchement	0,834	0,036	1743	1352,0	3,199	0,043	0,763	0,906
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,070	0,011	1604	1244,4	1,584	0,151	0,049	0,091
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,170	0,018	1604	1244,4	1,842	0,105	0,134	0,205
A reçu traitement SRO	0,232	0,037	242	211,3	1,442	0,160	0,157	0,306
A reçu traitement médical	0,232	0,027	242	211,3	1,026	0,116	0,178	0,285
Ayant une carte de santé	0,575	0,033	350	268,8	1,268	0,058	0,508	0,641
A reçu vaccination BCG	0,853	0,034	350	268,8	1,807	0,039	0,786	0,921
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,604	0,047	350	268,8	1,792	0,077	0,511	0,697
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,617	0,046	350	268,8	1,775	0,074	0,525	0,709
A reçu vaccination rougeole	0,632	0,050	350	268,8	1,932	0,079	0,533	0,732
Vacciné contre toutes les maladies	0,514	0,049	350	268,8	1,849	0,096	0,415	0,612
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	397	301,8	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,307	0,057	397	301,8	2,467	0,186	0,193	0,421
Instruction secondaire ou plus	0,389	0,049	397	301,8	1,991	0,125	0,291	0,487
Connaît une méthode	0,832	0,026	397	301,8	1,361	0,031	0,781	0,883
A utilisé une méthode	0,573	0,042	397	301,8	1,709	0,074	0,488	0,658
Utilise actuellement une méthode	0,281	0,025	397	301,8	1,128	0,091	0,230	0,332
Utilise une méthode moderne	0,091	0,012	397	301,8	0,859	0,137	0,066	0,116
Utilise la pilule	0,021	0,007	397	301,8	0,969	0,333	0,007	0,035
Utilise le DIU	0,009	0,004	397	301,8	0,884	0,472	0,000	0,017
Utilise le condom	0,038	0,010	397	301,8	0,995	0,252	0,019	0,057
Utilise la stérilisation féminine	0,018	0,006	397	301,8	0,938	0,351	0,005	0,030
Utilise la continence périodique	0,111	0,016	397	301,8	1,025	0,146	0,079	0,143
Ne veut plus d'enfants	0,165	0,018	397	301,8	0,980	0,111	0,128	0,201
Taille de famille idéale	9,365	0,945	335	254,1	2,520	0,101	7,475	11,255

Tableau D.6 Erreurs de sondage: Milieu rural, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,000	0,000	1685	2246,6	0,000	0,000	0,000	0,000
Sans instruction	0,494	0,024	1685	2246,6	1,998	0,049	0,446	0,543
Instruction secondaire ou plus	0,153	0,017	1685	2246,6	1,943	0,111	0,119	0,187
Jamais en union	0,149	0,010	1685	2246,6	1,195	0,070	0,128	0,169
Mariée (en union)	0,788	0,011	1685	2246,6	1,130	0,014	0,766	0,811
En union avant 20 ans	0,836	0,013	1285	1717,0	1,284	0,016	0,809	0,862
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,838	0,013	1285	1717,0	1,269	0,016	0,812	0,864
Enfants nés vivants	3,484	0,089	1685	2246,6	1,165	0,026	3,306	3,662
Enfants nés vivants	6,424	0,246	300	400,0	1,219	0,038	5,933	6,916
Enfants survivants	2,803	0,076	1685	2246,6	1,213	0,027	2,652	2,954
Connaît une méthode	0,634	0,020	1330	1770,6	1,514	0,032	0,594	0,674
Connaît la source pour une méthode	0,389	0,022	1330	1770,6	1,639	0,056	0,345	0,433
A utilisé une méthode	0,307	0,023	1330	1770,6	1,843	0,076	0,260	0,353
Utilise actuellement une méthode	0,105	0,013	1330	1770,6	1,597	0,128	0,078	0,132
Utilise une méthode moderne	0,025	0,005	1330	1770,6	1,270	0,216	0,014	0,036
Utilise la pilule	0,006	0,002	1330	1770,6	1,095	0,387	0,001	0,011
Utilise le DIU	0,000	0,000	1330	1770,6	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,006	0,002	1685	2246,6	1,106	0,352	0,002	0,010
Utilise la stérilisation féminine	0,011	0,003	1330	1770,6	1,235	0,327	0,004	0,018
Utilise la continence périodique	0,038	0,006	1330	1770,6	1,207	0,166	0,026	0,051
Utilise secteur public	0,419	0,100	33	45,1	1,152	0,240	0,218	0,619
Ne veut plus d'enfants	0,110	0,010	1330	1770,6	1,138	0,089	0,091	0,130
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,352	0,018	1330	1770,6	1,375	0,051	0,316	0,388
Taille de famille idéale	7,496	0,184	1509	2010,6	1,866	0,025	7,127	7,865
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,611	0,024	1582	2108,2	1,554	0,039	0,564	0,659
Assistance médicale à l'accouchement	0,511	0,031	1582	2108,2	1,943	0,061	0,449	0,574
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,092	0,009	1433	1912,6	1,150	0,102	0,073	0,111
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,182	0,013	1433	1912,6	1,208	0,071	0,156	0,208
A reçu traitement SRO	0,149	0,022	264	348,9	0,979	0,149	0,105	0,193
A reçu traitement médical	0,182	0,027	264	348,9	1,087	0,150	0,127	0,236
Ayant une carte de santé	0,485	0,035	294	394,2	1,180	0,073	0,414	0,555
A reçu vaccination BCG	0,688	0,039	294	394,2	1,406	0,056	0,611	0,766
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,395	0,044	294	394,2	1,493	0,112	0,307	0,484
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,415	0,044	294	394,2	1,483	0,106	0,326	0,503
A reçu vaccination rougeole	0,510	0,039	294	394,2	1,288	0,076	0,433	0,587
Vacciné contre toutes les maladies	0,332	0,042	294	394,2	1,476	0,127	0,248	0,416
MARIS								
Résidence urbaine	0,000	0,000	417	512,1	0,000	0,000	0,000	0,000
Sans instruction	0,507	0,034	417	512,1	1,385	0,067	0,439	0,575
Instruction secondaire ou plus	0,150	0,028	417	512,1	1,572	0,183	0,095	0,206
Connaît une méthode	0,685	0,044	417	512,1	1,932	0,064	0,597	0,773
A utilisé une méthode	0,420	0,047	417	512,1	1,944	0,112	0,326	0,514
Utilise actuellement une méthode	0,149	0,030	417	512,1	1,741	0,204	0,088	0,210
Utilise une méthode moderne	0,038	0,016	417	512,1	1,696	0,417	0,006	0,070
Utilise la pilule	0,005	0,003	417	512,1	0,955	0,682	-0,002	0,011
Utilise le DIU	0,000	0,000	417	512,1	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,002	0,002	417	512,1	0,996	1,000	-0,002	0,007
Utilise la stérilisation féminine	0,029	0,013	417	512,1	1,630	0,464	0,002	0,056
Utilise la continence périodique	0,040	0,014	417	512,1	1,444	0,348	0,012	0,067
Ne veut plus d'enfants	0,058	0,012	417	512,1	1,039	0,206	0,034	0,082
Taille de famille idéale	12,308	0,575	355	435,4	1,359	0,047	11,159	13,458

Tableau D.7 Erreurs de sondage: Amadaoua/Nord/Extreme-Nord, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,347	0,064	1033	1313,3	4,338	0,185	0,218	0,476
Sans instruction	0,848	0,030	1033	1313,3	2,667	0,035	0,789	0,908
Instruction secondaire ou plus	0,037	0,014	1033	1313,3	2,457	0,392	0,008	0,066
Jamais en union	0,064	0,010	1033	1313,3	1,255	0,149	0,045	0,083
Mariée (en union)	0,891	0,012	1033	1313,3	1,273	0,014	0,866	0,916
En union avant 20 ans	0,961	0,009	816	1048,8	1,352	0,009	0,943	0,980
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,926	0,010	816	1048,8	1,131	0,011	0,906	0,947
Enfants nés vivants	3,683	0,107	1033	1313,3	1,103	0,029	3,469	3,898
Enfants nés vivants	6,283	0,433	152	192,7	1,406	0,069	5,416	7,149
Enfants survivants	2,826	0,104	1033	1313,3	1,371	0,037	2,618	3,034
Connaît une méthode	0,415	0,027	913	1170,1	1,634	0,064	0,362	0,469
Connaît la source pour une méthode	0,187	0,025	913	1170,1	1,913	0,132	0,138	0,236
A utilisé une méthode	0,190	0,030	913	1170,1	2,292	0,156	0,131	0,250
Utilise actuellement une méthode	0,055	0,012	913	1170,1	1,578	0,217	0,031	0,079
Utilise une méthode moderne	0,009	0,004	913	1170,1	1,179	0,414	0,002	0,016
Utilise la pilule	0,003	0,002	913	1170,1	0,945	0,563	0,000	0,007
Utilise le DIU	0,000	0,000	913	1170,1	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,001	0,000	1033	1313,3	0,000	0,000	0,001	0,001
Utilise la stérilisation féminine	0,001	0,001	913	1170,1	0,993	0,982	-0,001	0,003
Utilise la continence périodique	0,010	0,007	913	1170,1	2,168	0,706	-0,004	0,025
Utilise secteur public	0,206	0,127	7	10,3	0,772	0,618	-0,049	0,461
Ne veut plus d'enfants	0,079	0,018	913	1170,1	1,960	0,221	0,044	0,114
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,374	0,025	913	1170,1	1,567	0,067	0,324	0,424
Taille de famille idéale	8,900	0,273	926	1179,5	2,011	0,031	8,354	9,445
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,490	0,036	1039	1320,6	1,824	0,073	0,419	0,561
Assistance médicale à l'accouchement	0,326	0,037	1039	1320,6	1,915	0,112	0,253	0,399
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,142	0,014	904	1152,5	1,136	0,099	0,114	0,171
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,243	0,023	904	1152,5	1,523	0,095	0,196	0,289
A reçu traitement SRO	0,150	0,032	219	279,6	1,310	0,216	0,085	0,214
A reçu traitement médical	0,144	0,017	219	279,6	0,713	0,119	0,110	0,179
Ayant une carte de santé	0,434	0,051	172	220,2	1,317	0,117	0,333	0,535
A reçu vaccination BCG	0,615	0,048	172	220,2	1,278	0,078	0,519	0,710
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,343	0,055	172	220,2	1,481	0,161	0,232	0,454
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,354	0,054	172	220,2	1,444	0,153	0,245	0,462
A reçu vaccination rougeole	0,387	0,069	172	220,2	1,805	0,178	0,249	0,524
Vacciné contre toutes les maladies	0,265	0,059	172	220,2	1,683	0,224	0,146	0,383
MARIS								
Résidence urbaine	0,328	0,061	312	365,5	2,293	0,186	0,206	0,450
Sans instruction	0,799	0,030	312	365,5	1,328	0,038	0,738	0,859
Instruction secondaire ou plus	0,067	0,018	312	365,5	1,285	0,271	0,031	0,104
Connaît une méthode	0,501	0,051	312	365,5	1,796	0,102	0,399	0,602
A utilisé une méthode	0,245	0,043	312	365,5	1,751	0,174	0,160	0,331
Utilise actuellement une méthode	0,065	0,016	312	365,5	1,148	0,247	0,033	0,097
Utilise une méthode moderne	0,012	0,007	312	365,5	1,131	0,589	-0,002	0,026
Utilise la pilule	0,000	0,000	312	365,5	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le DIU	0,000	0,000	312	365,5	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,012	0,007	312	365,5	1,131	0,589	-0,002	0,026
Utilise la stérilisation féminine	0,000	0,000	312	365,5	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise la continence périodique	0,016	0 008	312	365,5	1,138	0,507	-0,000	0,032
Ne veut plus d'enfants	0,051	0,011	312	365,5	0,921	0,225	0,028	0,074
Taille de famille idéale	14,892	0,662	275	325,0	1,301	0,044	13,568	16,217

Tableau D.8 Erreurs de sondage: Centre/Sud/Est, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,203	0,040	609	712,5	2,457	0,197	0,123	0,283
Sans instruction	0,139	0,024	609	712,5	1,698	0,171	0,091	0,186
Instruction secondaire ou plus	0,344	0,038	609	712,5	1,952	0,109	0,268	0,419
Jamais en union	0,201	0,021	609	712,5	1,281	0,104	0,160	0,243
Mariée (en union)	0,702	0,020	609	712,5	1,100	0,029	0,661	0,743
En union avant 20 ans	0,701	0,029	453	530,4	1,327	0,041	0,643	0,758
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,805	0,027	453	530,4	1,473	0,034	0,751	0,860
Enfants nés vivants	3,044	0,117	609	712,5	0,968	0,039	2,810	3,279
Enfants nés vivants	5,503	0,305	110	133,0	0,850	0,055	4,894	6,112
Enfants survivants	2,554	0,112	609	712,5	1,096	0,044	2,329	2,778
Connaît une méthode	0,823	0,032	424	500,2	1,730	0,039	0,759	0,887
Connaît la source pour une méthode	0,608	0,038	424	500,2	1,584	0,062	0,532	0,683
A utilisé une méthode	0,479	0,042	424	500,2	1,725	0,088	0,395	0,563
Utilise actuellement une méthode	0,179	0,026	424	500,2	1,380	0,144	0,128	0,231
Utilise une méthode moderne	0,043	0,010	424	500,2	1,023	0,236	0,023	0,063
Utilise la pilule	0,015	0,007	424	500,2	1,174	0,456	0,001	0,029
Utilise le DIU	0,000	0,000	424	500,2	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,006	0,003	609	712,5	0,965	0,486	0,000	0,013
Utilise la stérilisation féminine	0,020	0,007	424	500,2	0,988	0,339	0,006	0,033
Utilise la continence périodique	0,089	0,015	424	500,2	1,066	0,166	0,060	0,119
Utilise secteur public	0,200	0,123	20	21,3	1,335	0,613	-0,045	0,445
Ne veut plus d'enfants	0,170	0,019	424	500,2	1,048	0,112	0,132	0,209
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,269	0,029	424	500,2	1,347	0,108	0,211	0,327
Taille de famille idéale	5,647	0,085	562	657,7	0,718	0,015	5,478	5,816
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,729	0,037	531	626,4	1,602	0,051	0,655	0,803
Assistance médicale à l'accouchement	0,641	0,053	531	626,4	2,080	0,083	0,534	0,747
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,075	0,018	498	588,0	1,470	0,238	0,039	0,111
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,189	0,026	498	588,0	1,446	0,139	0,137	0.242
A reçu traitement SRO	0,096	0,030	93	111,2	0,985	0,314	0,036	0,156
A reçu traitement médical	0,153	0,044	93	111,2	1,076	0,289	0,065	0,242
Ayant une carte de santé	0,395	0,056	120	137,8	1,207	0,141	0,284	0,506
A reçu vaccination BCG	0,700	0,065	120	137,8	1,494	0,093	0,570	0,830
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,335	0,071	120	137,8	1,603	0,213	0,192	0,477
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,366	0,079	120	137,8	1,739	0,216	0,208	0,523
A reçu vaccination rougeole	0,522	0,053	120	137,8	1,130	0,102	0,415	0,628
Vacciné contre toutes les maladies	0,304	0,073	120	137,8	1,679	0,240	0,158	0,449
MARIS								
Résidence urbaine	0,180	0,050	125	136,2	1,440	0,276	0,081	0,280
Sans instruction	0,091	0,023	125	136,2	0,885	0,252	0,045	0,136
Instruction secondaire ou plus	0,378	0,086	125	136,2	1,977	0,228	0,206	0,550
Connaît une méthode	0,918	0,027	125	136,2	1,082	0,029	0,865	0,971
A utilisé une méthode	0,585	0,047	125	136,2	1,072	0,081	0,491	0,680
Utilise actuellement une méthode	0,180	0,033	125	136,2	0,959	0,183	0,114	0,247
Utilise une méthode moderne	0,052	0,032	125	136,2	1,583	0,606	-0,011	0,115
Utilise la pilule	0,006	0,006	125	136,2	0,887	1,058	-0,006	0,018
Utilise le DIU	0,000	0,000	125	136,2	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise le condom	0,020	0,012	125	136,2	0,965	0,605	-0,004	0,044
Utilise la stérilisation féminine	0,026	0,021	125	136,2	1,433	0,781	-0,015	0,068
Utilise la continence périodique	0,070	0,024	125	136,2	1,052	0,345	0,022	0,118
Ne veut plus d'enfants	0,087	0,032	125	136,2	1,284	0,374	0,022	0,152
Taille de famille idéale	7,760	0,806	116	126,7	1,867	0,104	6,148	9,372

Tableau D.9 Erreurs de sondage: Ouest/Littoral, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,412	0,041	598	638,9	2,025	0,099	0,330	0,494
Sans instruction	0,212	0,034	598	638,9	2,042	0,161	0,144	0,280
Instruction secondaire ou plus	0,327	0,034	598	638,9	1,770	0,104	0,259	0,395
Jamais en union	0,251	0,028	598	638,9	1,566	0,111	0,195	0,306
Mariée (en union)	0,676	0,032	598	638,9	1,653	0,047	0,612	0,739
En union avant 20 ans	0,738	0,028	435	465,2	1,304	0,037	0,683	0,793
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,699	0,027	435	465,2	1,235	0,039	0,644	0,753
Enfants nés vivants	3,087	0,085	598	638,9	0,675	0,027	2,918	3,256
Enfants nés vivants	6,867	0,326	87	95,6	1,067	0,048	6,215	7,520
Enfants survivants	2,658	0,061	598	638,9	0,575	0,023	2,535	2,781
Connaît une méthode	0,871	0,015	393	431,8	0,884	0,017	0,841	0,901
Connaît la source pour une méthode	0,655	0,040	393	431,8	1,686	0,062	0,574	0,736
A utilisé une méthode	0,518	0,035	393	431,8	1,405	0,068	0,447	0,589
Utilise actuellement une méthode	0,232	0,025	393	431,8	1,158	0,106	0,182	0,281
Utilise une méthode moderne	0,059	0,016	393	431,8	1,359	0,275	0,026	0,091
Utilise la pilule	0,003	0,003	393	431,8	1,134	0,986	-0,003	0,010
Utilise le DIU	0,006	0,002	393	431,8	0,543	0,362	0,002	0,010
Utilise le condom	0,021	0,007	598	638,9	1,179	0,327	0,007	0,035
Utilise la stérilisation féminine	0,012	0,007	393	431,8	1,201	0,556	-0,001	0,025
Utilise la continence périodique	0,104	0,017	393	431,8	1,097	0,162	0,071	0,138
Utilise secteur public	0,258	0,099	23	25,3	1,063	0,384	0,060	0,456
Ne veut plus d'enfants	0,164	0,019	393	431,8	0,991	0,113	0,127	0,201
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,379	0,017	393	431,8	0,691	0,045	0,345	0,413
Taille de famille idéale	6,220	0,194	521	552,3	1,490	0,031	5,831	6,609
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,858	0,037	479	534,2	2,027	0,043	0,784	0,932
Assistance médicale à l'accouchement	0,853	0,071	479	534,2	3,622	0,083	0,711	0,996
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,048	0,011	448	498,2	1,068	0,229	0,026	0,071
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,140	0,019	448	498,2	1,152	0,140	0,101	0,179
A reçu traitement SRO	0,276	0,056	63	69,5	0,976	0,204	0,163	0,389
A reçu traitement médical	0,245	0,059	63	69,5	1,045	0,240	0,128	0,363
Ayant une carte de santé	0,644	0,070	99	111,2	1,452	0,108	0,505	0,784
A reçu vaccination BCG	0,873	0,082	99	111,2	2,498	0,094	0,710	1,037
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,584	0,097	99	111,2	1,957	0,166	0,391	0,777
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,608	0,086	99	111,2	1,766	0,142	0,435	0,780
A reçu vaccination rougeole	0,542	0,070	99	111,2	1,396	0,130	0,401	0,683
Vacciné contre toutes les maladies	0,419	0,080	99	111,2	1,607	0,191	0,259	0,579
MARIS								
Résidence urbaine	0,302	0,071	104	106,7	1,573	0,235	0,160	0,445
Sans instruction	0,235	0,067	104	106,7	1,605	0,285	0,101	0,370
Instruction secondaire ou plus	0,269	0,030	104	106,7	0,679	0,110	0,209	0,328
Connaît une méthode	0,941	0,018	104	106,7	0,765	0,019	0,905	0,976
A utilisé une méthode	0,678	0,091	104	106,7	1,970	0,134	0,497	0,860
Utilise actuellement une méthode	0,292	0,055	104	106,7	1,227	0,188	0,182	0,402
Utilise une méthode moderne	0,059	0,016	104	106,7	0,679	0,266	0,028	0,091
Utilise la pilule	0,011	0,010	104	106,7	0,917	0,847	-0,008	0,030
Utilise le DIU	0,000	0,000	104	106,7	0,000	0,000	-0,000	0,000
Utilise le condom	0,007	0,008	104	106,7	0,908	1,051	-0,008	0,022
Utilise la stérilisation féminine	0,030	0,019	104	106,7	1,109	0,624	-0,007	0,067
Utilise la continence périodique	0,121	0,040	104	106,7	1,232	0,327	0,042	0,200
Ne veut plus d'enfants	0,132	0,044	104	106,7	1,307	0,330	0,045	0,220
Taille de famille idéale	9,516	0,093	62	61,0	1,359	0,115	7,329	11,702

Tableau D.10 Erreurs de sondage: Nord-Ouest/Sud-Ouest, EDS Cameroun 1991

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondéré (N)	Population de base: Pondéré (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,232	0,045	480	579,7	2,347	0,195	0,141	0,322
Sans instruction	0,305	0,049	480	579,7	2,340	0,161	0,207	0,403
Instruction secondaire ou plus	0,228	0,039	480	579,7	2,021	0,170	0,150	0,305
Jamais en union	0,239	0,018	480	579,7	0,908	0,074	0,204	0,275
Mariée (en union)	0,661	0,025	480	579,7	1,137	0,037	0,611	0,710
En union avant 20 ans	0,732	0,026	359	439,5	1,093	0,035	0,681	0,784
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,710	0,036	359	439,5	1,514	0,051	0,637	0,783
Enfants nés vivants	3,317	0,210	480	579,7	1,506	0,063	2,896	3,738
Enfants nés vivants	6,821	0,426	84	104,9	1,308	0,062	5,969	7,672
Enfants survivants	2,871	0,157	480	579,7	1,322	0,055	2,556	3,185
Connaît une méthode	0,920	0,032	310	382,9	2,055	0,034	0,857	0,984
Connaît la source pour une méthode	0,737	0,058	310	382,9	2,310	0,079	0,621	0,852
A utilisé une méthode	0,443	0,070	310	382,9	2,462	0,157	0,304	0,582
Utilise actuellement une méthode	0,153	0,040	310	382,9	1,964	0,263	0,072	0,233
Utilise une méthode moderne	0,051	0,016	310	382,9	1,285	0,316	0,019	0,083
Utilise la pilule	0,009	0,005	310	382,9	0,945	0,568	-0,001	0,019
Utilise le DIU	0,001	0,001	310	382,9	0,636	1,013	-0,001	0,004
Utilise le condom	0,010	0,005	480	579,7	1,218	0,567	-0,001	0,020
Utilise la stérilisation féminine	0,032	0,013	310	382,9	1,282	0,404	0,006	0,057
Utilise la continence périodique	0,057	0,015	310	382,9	1,136	0,263	0,027	0,087
Utilise secteur public	0,738	0,117	16	19,4	1,032	0,159	0,503	0,972
Ne veut plus d'enfants	0,137	0,020	310	382,9	1,034	0,148	0,096	0,177
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,361	0,038	310	382,9	1,392	0,105	0,285	0,437
Taille de famille idéale	6,420	0,354	418	504,7	2,414	0,055	5,712	7,128
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,841	0,024	424	513,0	1,166	0,029	0,793	0,890
Assistance médicale à l'accouchement	0,916	0,027	424	513,0	1,884	0,030	0,861	0,970
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,033	0,010	404	489,8	1,117	0,307	0,013	0,053
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,106	0,010	404	489,8	0,624	0,091	0,087	0,126
A reçu traitement SRO	0,331	0,087	45	52,1	1,190	0,262	0,157	0,505
A reçu traitement médical	0,505	0,106	45	52,1	1,344	0,210	0,293	0,717
Ayant une carte de santé	0,693	0,049	76	96,2	0,926	0,070	0,596	0,790
A reçu vaccination BCG	0,866	0,044	76	96,2	1,134	0,050	0,779	0,953
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,611	0,058	76	96,2	1,044	0,095	0,495	0,727
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,619	0,064	76	96,2	1,159	0,104	0,491	0,748
A reçu vaccination rougeole	0,792	0,028	76	96,2	0,612	0,035	0,736	0,848
Vacciné contre toutes les maladies	0,572	0,066	76	96,2	1,171	0,116	0,439	0,704
MARIS								
Résidence urbaine	0,168	0,036	80	96,7	0,850	0,213	0,097	0,240
Sans instruction	0,180	0,051	80	96,7	1,172	0,282	0,079	0,281
Instruction secondaire ou plus	0,209	0,083	80	96,7	1,808	0,395	0,044	0,375
Connaît une méthode	0,913	0,042	80	96,7	1,334	0,046	0,828	0,998
A utilisé une méthode	0,585	0,135	80	96,7	2,431	0,230	0,316	0,855
Utilise actuellement une méthode	0,327	0,118	80	96,7	2,233	0,360	0,092	0,563
Utilise une méthode moderne	0,139	0,062	80	96,7	1,580	0,442	0,016	0,262
Utilise la pilule	0,020	0,014	80	96,7	0,900	0,703	-0,008	0,049
Utilise le DIU	0,005	0,005	80	96,7	0,626	1,025	-0,005	0,014
Utilise le condom	0,016	0,011	80	96,7	0,803	0,711	-0,007	0,038
Utilise la stérilisation féminine	0,098	0,054	80	96,7	1,618	0,551	-0,010	0,207
Utilise la continence périodique	0,085	0,053	80	96,7	1,700	0,628	-0,022	0,192
Ne veut plus d'enfants	0,123	0,013	80	96,7	0,338	0,101	0,098	0,148
Taille de famille idéale	8,941	0,002	69	82,0	1,492	0,112	6,937	10,945

ANNEXE E

TABLEAUX POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

Tableau E.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDS Cameroun 1991

	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
Age	Effectif	%	Effectif	%	Age	Effectif	%	Effectif	%
<1	345	3,7	360	3,6	36	74	0,8	81	0,8
1	339	3,6	334	3,3	37	69	0,7	69	0,7
2	290	3,1	359	3,6	38	82	0,9	87	0,9
3	364	3,9	376	3,8	39	63	0,7	56	0,6
4	366	3,9	311	3,1	40	158	1,7	134	1,3
5	325	3,5	332	3,3	41	52	0,6	58	0,6
6	362	3,8	379	3,8	42	62	0,7	60	0,6
7	316	3,4	330	3,3	43	48	0,5	51	0,5
8	334	3,5	337	3,4	44	46	0,5	46	0,5
9	271	2,9	279	2,8	45	93	1,0	83	0,8
10	326	3,5	305	3,1	46	45	0,5	47	0,5
11	247	2,6	241	2,4	47	36	0,4	36	0,4
12	272	2,9	280	2,8	48	60	0,6	52	0,5
13	229	2,4	265	2,7	49	40	0,4	21	0,2
14	248	2,6	233	2,3	50	122	1,3	159	1,6
15	222	2,4	185	1,9	51	39	0,4	61	0,6
16	197	2,1	206	2,1	52	56	0,6	80	0,8
17	174	1,8	169	1,7	53	60	0,6	45	0,4
18	217	2,3	240	2,4	54	32	0,3	49	0,5
19	148	1,6	156	1,6	55	72	0,8	97	1,0
20	201	2,1	222	2,2	56	35	0,4	51	0,5
21	145	1,5	148	1,5	57	28	0,3	35	0,4
22	140	1,5	168	1,7	58	43	0,5	66	0,7
23	107	1,1	141	1,4	59	27	0,3	26	0,3
24	94	1,0	119	1,2	60	97	1,0	132	1,3
25	154	1,6	161	1,6	61	25	0,3	28	0,3
26	87	0,9	131	1,3	62	39	0,4	26	0,3
27	109	1,2	111	1,1	63	11	0,1	26	0,3
28	103	1,1	156	1,6	64	22	0,2	23	0,2
29	85	0,9	63	0,6	65	56	0,6	74	0,7
30	178	1,9	219	2,2	66	27	0,3	15	0,1
31	95	1,0	99	1,0	67	12	0,1	10	0,1
32	99	1,1	110	1,1	68	18	0,2	26	0,3
33	60	0,6	84	0,8	69	12	0,1	11	0,1
34	77	0,8	84	0,8	70+	183	1,9	216	2,2
35	138	1,5	146	1,5	ND	7	0,1	6	0,1
					Total	9418	100,0	9983	100,0

Previous Page Blank

Tableau E.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS Cameroun 1991

	Femmes dans l'enquête ménage		Femmes enquêtées		
Groupe d'âges	Effectif	%	Effectif	%	Pourcentage enquêtées
10-14	1325	-	-	-	-
15-19	955	23,9	919	23,7	96,2
20-24	798	20,0	778	20,1	97,5
25-29	622	15,6	618	16,0	99,3
30-34	596	14,9	562	14,5	94,3
35-39	439	11,0	418	10,8	95,3
40-44	348	8,7	332	8,6	95,5
45-49	239	6,0	244	6,3	102,1
50-54	393	-	-	-	-
15-49	3997	100,0	3871	100,0	96,9

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau E.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démagraphiques et de santé, EDS Cameroun 1991

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		30,7	9137
Mois et année		0,3	9137
Age au décès	Naissances des 15 dernières années	0,2	1344
Age/Date de la 1ère union[1]	Femmes non-célibataires	0,2	3151
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,0	3871
Poids à la naissance	Naissances des 0-59 derniers mois pesées à la naissance	16,9	2131
Anthropométrie[2]	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		11,1	3189
Poids		11,2	3189
Taille et poids		11,3	3189
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	4,3	3189

[1]Sans information pour l'âge et l'année
[2]Enfant non mesuré

Tableau E.4 Naissances par année du calendrier

Répartition des naissances par année du calendrier pour les enfants survivants (S), décédés (D) et l'ensemble des enfants (E), pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDS Cameroun 1991

	Effectifs de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naisssances annuelles[3]		
Années	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
90	680	40	719	96,1	82,1	95,3	98,3	62,4	95,9	-	-	-
89	603	58	661	89,1	64,7	87,0	91,7	143,1	95,3	95,4	96,0	95,4
88	586	81	667	78,5	55,6	75,7	92,5	142,3	97,4	93,5	118,5	95,9
87	650	79	729	78,3	58,6	76,2	107,5	113,4	108,1	114,8	100,9	113,2
86	546	75	621	80,2	53,3	76,9	115,0	129,0	116,6	86,9	75,0	85,3
85	606	122	728	69,4	46,9	65,6	84,9	91,6	86,0	110,3	125,0	112,5
84	554	120	674	64,6	51,0	62,2	111,9	142,9	116,8	98,1	107,5	99,6
83	524	101	625	65,9	42,0	62,0	91,4	108,8	94,0	97,0	92,1	96,2
82	526	99	625	61,4	35,5	57,3	111,5	73,9	104,4	111,1	104,4	110,0
81	423	89	512	68,4	40,3	63,5	101,8	69,2	95,2	-	-	-
86-90	3064	333	3397	84,8	60,5	82,4	100,4	119,6	102,1	-	-	-
81-85	2633	531	3164	65,9	43,6	62,2	99,2	95,9	98,7	-	-	-
76-80	1854	507	2361	62,4	34,8	56,5	97,2	118,8	101,5	-	-	-
71-75	1230	364	1595	59,8	26,1	52,1	99,6	103,7	100,5	-	-	-
< 71	1049	428	1478	48,4	26,1	41,9	112,5	134,0	118,3	-	-	-
Ensemble	9831	2164	11994	68,5	37,7	62,9	100,6	112,9	102,7	-	-	-

[1]Mois et année de naissance déclarés

[2]$(N_m/N_f)x100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f le nombre de naissances féminines

[3]$[2N_x/(N_{x-1}+N_{x+1})]x100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x

Tableau E.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Cameroun 1991

Age au décès en jours	Années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
0	31	55	36	20	141
1	13	23	24	21	81
2	10	9	10	11	40
3	12	12	7	7	38
4	6	10	5	3	24
5	4	9	6	6	24
6	5	8	4	1	18
7	7	11	24	11	53
8	5	4	1	0	10
9	2	3	3	0	7
10	3	1	3	4	11
11	0	2	1	0	3
12	0	1	0	0	1
13	2	1	0	0	3
14	4	10	6	5	26
15	4	3	0	0	7
17	1	0	1	0	2
18	1	1	1	0	3
20	1	1	0	0	2
21	1	6	1	2	10
24	0	1	1	0	2
29	0	0	0	1	1
30	0	0	1	0	1
ND	0	0	1	1	1
Ensemble 0-30	111	171	134	93	509
% néonatal précoce[1]	72,7	73,1	67,9	74,5	71,9

[1]0-6 jours/0-30 jours

Tableau E.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Cameroun 1991

Age au décès en mois	Années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
< 1 mois[1]	111	171	135	94	511
1	13	29	16	11	70
2	15	20	24	11	70
3	16	9	20	16	61
4	6	7	6	4	24
5	3	5	12	9	30
6	7	14	10	5	37
7	9	15	16	12	52
8	6	14	10	10	40
9	7	9	5	4	26
10	3	12	3	3	20
11	4	10	6	5	24
12	9	25	29	24	87
13	8	14	13	4	39
14	5	9	4	5	22
15	9	3	6	0	18
16	3	3	4	1	11
17	5	7	6	1	19
18	6	16	10	7	39
19	4	2	3	1	9
20	2	5	6	1	15
21	4	0	1	2	8
22	1	1	0	0	2
23	5	3	4	0	11
1 an[2]	0	1	0	1	1
% néonatal[3]	55,6	54,1	51,3	50,7	53,0

[1]Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours
[2]Age au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois
[3]Moins de 1 mois/moins de 1 an

ANNEXE F

QUESTIONNAIRES

MINISTERE DU PLAN ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

Confidentiel

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE MENAGE

IDENTIFICATION

PROVINCE _____	PROVINCE..... [ ]
DEPARTEMENT _____	N° de la STRATE.... [ ][ ]
ARROND./DISTRICT _____	ARROND./DISTRICT [ ][ ][ ]
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	N° de la GRAPPE [ ][ ][ ]
VILLAGE _____	N° de STRUCTURE [ ][ ][ ]
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	N° du MENAGE..... [ ][ ]
NOM DE L'ENQUETE(E) _____	N° de la ZD _____

ENQUETE MARI: OUI 1 NON 2

VISITES D'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR.... [ ][ ]
				MOIS.... [ ][ ]
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	ANNEE... [ ][ ]
	_____	_____	_____	CODE ENQUETRICE [ ][ ]
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT... [ ]
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	_____	_____		

*CODES RESULTAT:
1 REMPLI
2 MENAGE PRESENT MAIS PERSONNE COMPET. POUR REPONDRE
3 MENAGE ABSENT
4 DIFFERE
5 REFUS DE REPONDRE
6 LOGEMENT VIDE
7 LOGEMENT DETRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVE
9 AUTRE _____
(PRECISER)

TOTAL DANS LE MENAGE [ ][ ]

TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES [ ][ ]

TOTAL DE(S) MARI(S) ELIGIBLE(S) [ ]

N° du QUESTIONNAIRE [ ] NOMBRE DE QUESTIONNAIRES [ ]

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
	_____	_____	_____	[ ][ ]
	_____	_____	_____	

Previous Page Blank

TABLEAU DE MENAGE

(0)	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ☐☐	MINUTES ☐☐

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

ENQUETE MARI
OUI 1 NON 2

N°	NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE*	SITUATION DE RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION				ENCADREMENT DES ENFANTS*** POUR CEUX AGES DE MOINS DE 15 ANS				FEMMES EN UNION	ELIGIBILITE DES FEMMES	ELIGIBILITE DES MARIS
	S'il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui ont dormi chez vous la nuit dernière, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) vit-il/elle habituellement dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle dormi dans ce ménage la nuit dernière?	(NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	Quel âge (NOM) a-t-il/elle?	(NOM) sait-il/elle lire et écrire?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école? SI 'NON' PASSER A Q. 12	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il/elle a atteint et la dernière classe qu'il/elle a achevé à ce niveau?** SI LE NIVEAU EST MATERNELLE NE RIEN INSCRIRE POUR CLASSE	POUR TOUS CEUX AGES DE MOINS DE 25 ANS (NOM) va-t-il/elle encore à l'école?	Est-ce que la mère qui a mis (NOM) au monde est toujours en vie? SI 'NON' OU 'NSP' PASSER A Q. 14	SI EN VIE Est-ce que la mère qui a mis (NOM) au monde vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE LA MERE	Est-ce que le père qui a mis (NOM) au monde est toujours en vie? SI 'NON' OU 'NSP' PASSER A Q. 16	SI EN VIE Est-ce que le père qui a mis (NOM) au monde vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTER LE NUMERO DE LIGNE DU PERE	POUR LES FEMMES DE 15 à 49 ANS Est-ce que (NOM) est mariée ou vit actuellement en union?	ENTOURER LE NUMERO D'ORDRE DES FEMMES DE 15 à 49 ANS (VOIR Q.7) QUI ONT DORMI DANS LE MENAGE LA NUIT DERNIERE (OUI A Q.5)	POUR CHAQUE FEMME ELIGIBLE EN UNION Le mari/conjoint de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DU MARI EN FACE DE CELUI DE SA FEMME SI NON: INSCRIRE '00' EN FACE DU NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANNEES	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON		
01		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	01	☐☐
02		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	02	☐☐
03		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	03	☐☐
04		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	04	☐☐
05		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	05	☐☐
06		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	06	☐☐
07		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	07	☐☐
08		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	08	☐☐
09		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	09	☐☐
10		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐ ☐	1 2	1 2 8	☐☐	1 2 8	☐☐	1 2	10	☐☐

11			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	11	
12			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	12	
13			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	13	
14			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	14	
15			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	15	
16			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	16	
17			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	17	
18			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	18	
19			1 2	1 2	1 2		1 2	1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2	19	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE ☐
ET NOTER LE NUMERO DE FEUILLE EN 1° PAGE

NOMBRE TOTAL DE FEMME(S) ELIGIBLE(S) ☐☐

NOMBRE TOTAL DE MARI(S) ELIGIBLE(S) ☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement dans votre ménage? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

3) En plus de toutes les personnes déjà citées, avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires, ou d'autres personnes qui ont dormi dans votre ménage la nuit dernière? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

* CODES POUR Q.3
LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE:
01= CHEF DE MENAGE
02= FEMME OU MARI DU C.M.
03= FILS OU FILLE DU C.M.
04= BEAU-FILS OU BELLE-FILLE DU C.M.
05= PETIT-FILS OU -FILLE DU C.M.
06= PERE OU MERE DU C.M.
07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE DU C.M.
08= FRERE OU SOEUR DU C.M.
09= ONCLE OU TANTE DU C.M.
10= COUSIN/COUSINE/NEVEU/NIECE DU C.M.
11= AUTRES PARENTS DU C.M.
12= SANS PARENTE AVEC LE C.M.
98= NSP

** CODES POUR Q.10
NIVEAU D'EDUCATION:
0= MATERNELLE
1= PRIMAIRE
2= SECONDAIRE
3= SUPERIEUR
8= NSP

CLASSE: CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION
0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP POUR LE SUPERIEUR: VOIR LE MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1°ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2°ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3°ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4°ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

*** Cette question concerne les parents biologiques de l'enfant. Noter 00 si les parents ne sont pas membres du ménage

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
19	Où vous approvisionnez-vous en eau pour faire la vaisselle, pour laver les habits et pour vous laver?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITS PUITS A POMPE MANUELLE.....21 PUITS SANS POMPE MANUELLE....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE _____51 (PRECISER)	→21
20	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau et et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... 1 [ ][ ] HEURES..... 2 [ ][ ] SUR PLACE.....996	
21	Pour boire, utilisez-vous l'eau de la même source que celle dont nous venons de parler?	OUI.....1 NON.....2	→24
22	Où vous approvisionnez-vous en eau pour boire dans votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITS PUITS A POMPE MANUELLE.....21 PUITS SANS POMPE MANUELLE....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE _____51 (PRECISER)	→24
23	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau pour boire et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... 1 [ ][ ] HEURES..... 2 [ ][ ] SUR PLACE.....996	
24	Quel type de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES AMENAGEES.....21 LATRINES SOMMAIRES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE CIEL OUVERT.....31 RIVIERE.....32 PAS DE W.C.....33 AUTRE _____41 (PRECISER)	
25	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigerateur? Une cuisinière à gaz ou électrique? Un réchaud à gaz ou électrique?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2 CUISINIERE.....1 2 RECHAUD.....1 2	
26	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... [ ][ ]	
27	Combien de personnes dorment dans la pièce où il y a le plus de gens qui dorment?	NOMBRE DE PERSONNES..... [ ][ ]	
28	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER. (ENREGISTRER L'OBSERVATION.)	PLANCHER NATUREL TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE_____41 (PRECISER)	
29	Dans votre ménage quelqu'un possède-t-il: Une bicyclette/vélo? Une moto/motocyclette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE/VELO.....1 2 MOTO/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE.....1 2	
30	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... [ ][ ] MINUTES..... [ ][ ]	

MINISTERE DU PLAN ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

Confidentiel

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

IDENTIFICATION

PROVINCE _____

DEPARTEMENT _____

ARROND./DISTRICT _____

VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____

VILLAGE _____

QUARTIER VILLE/LOCALITE _____

NOM DE LA FEMME _____

PROVINCE..... [ ]

N° de la STRATE.... [ ][ ]

ARROND./DISTRICT [ ][ ][ ]

N° de la GRAPPE [ ][ ][ ]

N° de STRUCTURE [ ][ ][ ]

N° du MENAGE..... [ ][ ]

N° DE LIGNE FEMME [ ][ ]

N° de la ZD _____

VISITES D'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR.... [ ][ ]
				MOIS.... [ ][ ]
				ANNEE... [ ][ ]
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUETRICE [ ][ ]
	_____	_____	_____	
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT... [ ]
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	_____	_____		

*CODES RESULTAT:
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUS DE REPONDRE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE _____ (PRECISER)

QUESTIONNAIRE FRANCAIS..... [1]

LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ [ ]

INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)..... [ ]

**CODES LANGUE:
1 FRANCAIS
2 ANGLAIS
3 FULFULDE
4 EWONDO
5 PIDGIN
6 AUTRES

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... [ ][ ] MINUTES..... [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-mêmes et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Yaounde/Douala ou une autre capitale, dans une autre ville, ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à _____ _____? (NOM DE LA VILLE, DU VILLAGE OU SE PASSE L'ENQUETE)	DEPUIS LA NAISSANCE.....95 VISITEUSE.....96 → 105 ANNEES..... [ ][ ]	
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Yaoundé/Douala ou une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3	
105	Quelle est votre date de naissance?	MOIS..... [ ][ ] NSP MOIS.....98 ANNEE..... [ ][ ] NSP ANNEE.....98	
106	Quel est votre âge? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES..... [ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2 → 111	
108	A quel niveau scolaire le plus élevé avez-vous arrêté vos études: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE..... [ ]	
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU SUPERIEUR [ ] → 112		
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	
112	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2 → 114	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter à la radio des émissions sur la promotion de la femme ou sur la santé? SI OUI, lesquelles? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES	ENTRE NOUS MESDAMES.....A CALLING THE WOMEN.....B SANTE POUR TOUS.....C MEDICAL HOTLINE.....D AUTRES EMISSIONS FEMME/SANTE....E AUTRES EMISSIONS.....F AUCUNE EMISSION FEMME/SANTE.....G NSP.....H	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2 → 116	
115	Avez-vous l'habitude de regarder à la télévision: Pavillon écran? Health watch? Tout feu tout femme? Feminine line? Les gestes qui sauvent?	OUI NON PAVILLON ECRAN.....1 2 HEALTH WATCH.....1 2 TOUT FEU TOUT FEMME.....1 2 FEMININE LINE.....1 2 LES GESTES QUI SAUVENT.....1 2	
116	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANTE.....2 MUSULMANE.....3 AUTRE _____ 4 (PRECISER) AUCUNE.....5	

* CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION: 0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP
POUR LE SUPERIEUR: VOIR MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1°ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2°ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3°ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4°ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre nationalité?	CAMEROUNAISE.....1 AUTRE AFRICAINE.....2 AUTRE.....3	
118	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE LA FEMME ENQUETEE N'EST PAS UNE RESIDENTE ('NON' A Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE) ☐	LA FEMME ENQUETEE EST RESIDENTE ('OUI' A Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE) ☐	→201
119	Vivez-vous habituellement à Yaoundé/Douala, dans une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3	
120	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. Où vous approvisionnez-vous en eau pour faire la vaisselle, pour laver les habits et pour vous laver?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITS PUITS A POMPE MANUELLE.....21 PUITS SANS POMPE MANUELLE....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE _____51 (PRECISER)	→122
121	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... 1 ☐☐ HEURES..... 2 ☐☐ SUR PLACE.....996	
122	Pour boire, utilisez-vous l'eau de la même source que celle dont nous venons de parler?	OUI.....1 NON.....2	→125
123	Où vous approvisionnez-vous en eau pour boire dans votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUITS PUITS A POMPE MANUELLE.....21 PUITS SANS POMPE MANUELLE....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE _____51 (PRECISER)	125
124	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau pour boire et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... 1 ☐☐ HEURES..... 2 ☐☐ SUR PLACE.....996	
125	Quel type de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES AMENAGEES.....21 LATRINES SOMMAIRES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE CIEL OUVERT.....31 RIVIERE.....32 PAS DE W.C.....33 AUTRE _____41 (PRECISER)	
126	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricite? Une radio? Une télévision? Un refrigérateur? Une cuisinière à gaz ou électrique? Un réchaud à gaz ou électrique?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2 CUISINIERE.....1 2 RECHAUD.....1 2	
127	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... ☐☐	
128	Combien de personnes dorment dans la pièce où il y a le plus de gens qui dorment?	NOMBRE DE PERSONNES..... ☐☐	
129	Pourriez-vous décrire le plancher de votre logement? Est-ce principalement: Terre? Bois? Ciment? Carrelage?	PLANCHER NATUREL: TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE: BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE_____41 (PRECISER)	
130	Dans votre ménage quelqu'un possède-t-il: Une bicyclette/velo? Une moto/motocyclette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE/VELO.....1 2 MOTO/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE.....1 2	

3

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des garçons ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de ces garçons habitent avec vous? Combien de ces filles habitent avec vous? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS A LA MAISON..... [ ][ ] FILLES A LA MAISON..... [ ][ ]	
204	Avez-vous donné naissance à des garçons ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de ces garçons encore en vie n'habitent pas avec vous? Combien de ces filles encore en vie n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS AILLEURS..... [ ][ ] FILLES AILLEURS..... [ ][ ]	
206	Avez-vous donné naissance à des garçons ou à des filles, né(es) vivant(es) mais décédé(es) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) garçon ou fille qui a pleuré ou qui a manifesté un signe de vie quelconque, mais qui n'a survecu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	Combien de garçons sont décédés? Et combien de filles sont décédées? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS DECEDES..... [ ][ ] FILLES DECEDEES..... [ ][ ]	
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	TOTAL..... [ ][ ]	
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE PUIS PASSER A 210		
210	Par ailleurs, avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→212
211	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE..... [ ][ ]	
212	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES [ ] ↓ AUCUNE NAISSANCE [ ]		→225

4

213 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur chacune de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 214 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPAREES)

214 Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	215 DEMANDER A L'ENQUETEE SI UNE DE SES NAISSANCES ETAIT MULTIPLE ET ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	216 (NOM) est-ce un garçon ou une fille?	217 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quand a lieu son anniversaire? OU: En quelle période/saison?	218 (NOM) est-il/elle encore en vie?	219 SI ENCORE VIVANT: Quel âge a (NOM) actuellement? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	220 SI ENCORE VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	221 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit (NOM)? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	222 SI DECEDE(E): Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois? INSCRIRE EN: JOUR SI MOINS 1 MOIS MOIS SI MOINS 2 ANS ANS SI 2 ANS ET PLUS SI DECEDE JOUR NAI. INSCRIRE:00 JOUR
01 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
02 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
03 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
04 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
05 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
06 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.
07 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. MOIS... ANNEES.

214 Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	215 DEMANDER A L'ENQUETEE SI UNE DE SES NAISSANCES ETAIT MULTIPLE ET ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	216 (NOM) est-ce un garçon ou une fille?	217 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quand a lieu son anniversaire? OU: En quelle période/saison?	218 (NOM) est-il/elle encore en vie?	219 SI ENCORE VIVANT: Quel âge a (NOM) actuellement? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	220 SI ENCORE VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	221 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit (NOM)? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	222 SI DECEDE(E): Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois? INSCRIRE EN: JOUR SI MOINS 1 MOIS MOIS SI MOINS 2 ANS ANS SI 2 ANS ET PLUS SI DECEDE JOUR NAI. INSCRIRE: 00 JOUR
08 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
09 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
10 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
11 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
12 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
13 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐
14 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ☐☐ ANNEE.. ☐☐	OUI...1 NON...2 → 222	AGE EN ANNEES ☐☐	OUI.....1 (PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 ☐☐ MOIS... 2 ☐☐ ANNEES. 3 ☐☐

223 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES ☐ → VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE ☐

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE ☐

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE ☐

POUR LE DECES A 1 AN: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS ☐

LES NOMBRES SONT DIFFERENTS ☐ → VERIFIER ET CORRIGER

224 VERIFIER 217 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1986
S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE 0. ☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
225	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	228
226	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... [ ][ ]	
227	Au moment où vous êtes tombée enceinte: -vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, -vouliez-vous attendre plus tard, -ou vouliez-vous ne pas tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	231
228	Avez-vous vos règles en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 JAMAIS EU DE REGLES.....3 EN MENOPAUSE.....4	230 232 231
229	Il y a combien de jours que vos regles ont commencé?	JOURS..... [ ][ ]	231
230	Il y a combien de temps que vos dernieres règles ont commencé?	DUREE EN: JOURS..... 1 [ ][ ] SEMAINES..... 2 [ ][ ] MOIS..... 3 [ ][ ] ANNEES..... 4 [ ][ ] AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...994 JAMAIS EU DE REGLES.....995 EN MENOPAUSE.....996	232
231	A quel âge avez-vous eu vos premières règles?	AGE EN ANNEES..... [ ][ ] NSP.....98	
232	Entre le premier jour des règles et le premier jour des règles suivantes, y-a-t-il certains moments pendant lesquels une femme a plus de chance de tomber enceinte qu'à d'autres moments?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	301
233	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chance de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 N'IMPORTE QUAND.....5 AUTRE _____ (PRECISER) 6 NSP.....8	

7

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais que nous parlions de la planification familiale, c'est à dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
ENCERCLER LE CODE 2 SI LA FEMME A ENTENDU PARLER, ET LE CODE 3 SI ELLE N'A PAS ENTENDU PARLER DE LA METHODE.
PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-305 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infir-mière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une piqure par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous subi une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 Savez-vous où on peut aller pour subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants
07 STERILISATION MASCULINE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Votre mari/conjoint a-t-il subi une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 Savez-vous où un homme peut aller pour subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants?
08 CONTINENCE PERIODIQUE Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte, on appelle cette méthode la méthode Ogino.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 ABSTINENCE En dehors de l'arrêt des rapports sexuels traditionnellement observé après la naissance, certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 RETRAIT Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation lors des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3		
1 _____ (PRECISER)	.....	OUI.....1 NON.....2	
2 _____ (PRECISER)	.....	OUI.....1 NON.....2	
3 _____ (PRECISER)	.....	OUI.....1 NON.....2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) → ↓ ; AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 308

8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
306	Avez-vous déja utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... [ ] NON..... [ ]	→326
307	Quel(s) moyen(s) ou méthode(s) avez-vous utilisé(s)? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)		
308	Combien d'enfants vivants aviez-vous au moment où, pour la premiere fois, vous avez fait quelque chose ou utilise une methode pour éviter de tomber enceinte. SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... [ ][ ]	
309	VERIFIER 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE [ ] ENCEINTE [ ]		→326
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE [ ] FEMME STERILISEE [ ]		→312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une methode pour eviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→326
312 312A	Quelle méthode utilisez-vous actuellement? ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 ABSTINENCE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE_____ (PRECISER) 11	→314 →319 →325
313	Quand vous avez utilise la continence périodique la derniere fois, comment avez-vous determiné les jours où il fallait éviter d'avoir des rapports sexuels?	CALCUL DES JOURS/CALENDRIER.....1 TEMPERATURE DU CORPS.....2 METHODE DU MUCUS CERVICAL (BILLINGS).....3 TEMPERATURE CORPS ET MUCUS.....4 AUTRE_____ (PRECISER) 5	→325
314	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la premiere fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
315	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2	
316	Puis-je voir le paquet des pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DES PILULES)	EMBALLAGE VU.....1 NOM DES PILULES_____ [ ][ ] EMBALLAGE NON VU.....2	→318
317	Connaissez-vous le nom des pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DES PILULES)	NOM DES PILULES_____ [ ][ ] NSP NOM DES PILULES.....98	
318 318A	Combien vous coûte une boite de pilules? (NOTER LE PRIX) Pour combien de cycles utilisez-vous cette boite de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	PRIX..... [ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....9996 NSP.....9998 NOMBRE DE CYCLES..... [ ]	

9

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
319	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE ☐ → Est-ce facile ou difficile de se faire stériliser? UTILISE UNE AUTRE METHODE ☐ → Est-ce facile ou difficile de se procurer (METHODE)?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2	
320	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE ☐ → Où avez-vous fait faire la stérilisation?/Où votre mari/conjoint a fait faire la sterilisation? UTILISE UNE AUTRE METHODE ☐ → Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I. .....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PROPHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE EGLISE.....31 CONNAISSANCES/PARENTES.....32 AUTRE_____ (PRECISER) 41 NSP.....98	→323
321	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à (NOM DE L'ENDROIT)? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES, OU EN JOURS.	MINUTES..... 1 ☐☐☐ HEURES..... 2 ☐☐☐ JOURS..... 3 ☐☐☐ NSP.....998	
322	Est-ce facile ou difficile de se rendre à (NOM DE L'ENDROIT)?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2	
323	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE(E) ☐ → UTILISE UNE AUTRE METHODE ☐		→325
324	En quel mois et quelle année avez-vous (a-t-il) été stérilisé(e)?	MOIS..... ☐☐ ANNEE..... ☐☐	→337
325	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... ☐☐ 8 ANS OU PLUS.....96	→337
326	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→330 →333
327	Quelle methode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 ABSTINENCE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE_____ (PRECISER) .11 NSP.....98	
328	Dans combien de temps avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFEREE)? SI 1 MOIS OU PLUS, INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS SI NON, ENCERCLER LE CODE APPROPRIE	MOIS..... ☐☐ MOINS DE 1 MOIS.....96 NSP.....98	→331
329	Pourquoi n'utilisez-vous pas (METHODE PREFEREE) dès maintenant?	ENCEINTE.....01 AMENORRHEE/ALLAITEMENT.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 VEUT DES ENFANTS.....04 COUT TROP ELEVE.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 FAMILLE DESAPPROUVE.....08 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS....09 NON MARIEE.....10 AUTRE_____ (PRECISER) 11 NSP.....98	→331

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
330	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 FATALISTE/CA DEPEND DE DIEU....10 FAMILLE DESAPPROUVE.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS....12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13 MENOPAUSE/STERILISATION.....14 MALCOMMODE.....15 NON MARIEE.....16 AUTRE _____17 (PRECISER) NSP.....98	
331	VERIFIER 327 POUR LA METHODE PREFEREE CODES 1-7 ENTOURES [ ]	Q.327 NON POSEE [ ]	→333
		CODES 8-11 OU 98 ENTOURES [ ]	→333
332	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327) le plus facilement? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I.....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PROPHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE EGLISE.....31 CONNAISSANCES/PARENTES.....32 AUTRE_____41 (PRECISER) NSP.....98	→335 →337
333	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→337
334	Quel endroit connaissez-vous où on peut se procurer le plus facilement une méthode de planification familiale? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I.....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PROPHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE EGLISE.....31 CONNAISSANCES/PARENTES.....32 AUTRE_____41 (PRECISER)	→337
335	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à (NOM DE L'ENDROIT)? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES, OU EN JOURS.	MINUTES..... [1] [ ][ ] HEURES..... [2] [ ][ ] JOURS..... [3] [ ][ ] NSP.....998	
336	Est-ce facile ou difficile de se rendre à (NOM DE L'ENDROIT)?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2	
337	Au cours du mois dernier, avez-vous entendu ou lu un message sur le planning familial: à la radio? à la télévision? dans un journal/revue ou sur une affiche?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION..... ..1 2 JOURNAL/REVUE/AFFICHE..1 2	
338	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'informations sur le planning familial à la radio ou à la télévision?	POUR/BON.....1 CONTRE/MAUVAIS.....2 NSP.....8	

11

SECTION 4.A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401 VERIFIER 224 :
UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1986 ☐ ↓

AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 ☐ → PASSER A 601

402 INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES EN COMMENÇANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE.
(S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.)
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur l'état de santé des enfants que vous avez eus au cours des cinq dernières années. Nous commencerons par la dernière naissance que vous avez eue.

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	☐☐	☐☐	☐☐
	SELON Q. 214 ET Q. 218	NOM _____ VIVANT ☐ DECEDE ☐	NOM _____ VIVANT ☐ DECEDE ☐	NOM _____ VIVANT ☐ DECEDE ☐
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405) PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS..... 1☐☐ ANNEES..... 2☐☐ NSP.....998	MOIS..... 1☐☐ ANNEES..... 2☐☐ NSP.....998	MOIS..... 1☐☐ ANNEES..... 2☐☐ NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals concernant cette grossesse? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....D AUTRE _____ (PRECISER) E NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)<	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....D AUTRE _____ (PRECISER) E NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)<	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....D AUTRE _____ (PRECISER) E NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)<
406	Avez-vous un carnet de consultation prénatale pour cette grossesse? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plait?	OUI, VU.....1 OUI, NON VU.....2 NON, PAS DE CARNET.....3 NSP.....8	OUI, VU.....1 OUI, NON VU.....2 NON, PAS DE CARNET.....3 NSP.....8	OUI, VU.....1 OUI, NON VU.....2 NON, PAS DE CARNET.....3 NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez consulté quelqu'un pour la première fois concernant cette grossesse? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	MOIS..... ☐☐ NSP.....98	MOIS..... ☐☐ NSP.....98	MOIS..... ☐☐ NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	NOMBRE DE VISITES.. ☐☐ NSP.....98	NOMBRE DE VISITES.. ☐☐ NSP.....98	NOMBRE DE VISITES.. ☐☐ NSP.....98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une piqûre dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tetanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) NSP.....8
410	Au cours de la grossesse, combien de fois avez-vous eu cette piqûre? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	NOMBRE..... ☐ NSP.....8	NOMBRE..... ☐ NSP.....8	NOMBRE..... ☐ NSP.....8

12

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE_____41 (PRECISER)	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE_____41 (PRECISER)	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE_____41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté à l'accouchement de (NOM)? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE .....D PARENT.....E AUTRE_____F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE .....D PARENT.....E AUTRE_____F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE .....D PARENT.....E AUTRE_____F (PRECISER) PERSONNE.....G
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme, c'est-à-dire au bon moment, ou prématurément, c'est-à-dire trop tôt?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	A combien de mois de grossesse avez-vous accouché?	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est à dire vous a-t-on ouvert le ventre pour sortir l'enfant?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418)
417	Combien pesait-il/elle?	GRAMMES..... [ ][ ][ ][ ] NSP.....9998	GRAMMES..... [ ][ ][ ][ ] NSP.....9998	GRAMMES..... [ ][ ][ ][ ] NSP.....9998
418	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, très petit(e)?	PLUS GROS QUE MOYENNE....1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8	PLUS GROS QUE MOYENNE....1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8 (PASSER A 420)	PLUS GROS QUE MOYENNE....1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8 (PASSER A 420)
419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI .....1 (PASSER A 421) NON.....2 (PASSER A 422)		
420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI .....1 NON.....2 (PASSER A 424)	OUI .....1 NON.....2 (PASSER A 424)
421	Après la naissance de (NOM), pendant combien de mois vous n'avez pas eu de règles?	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98
422	VOIR 225: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE [ ] ENCEINTE OU PAS SURE [ ] (PASSER A 424)		
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425)		
424	Après la naissance de (NOM), pendant combien de mois vous n'avez pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
425	Avez-vous allaité (NOM), même pendant peu de temps?	OUI.....1 (PASSER A 427) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 434) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 434) NON.....2
426	Pourquoi vous n'avez pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE_____8 (PRECISER) (PASSER A 436)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE_____8 (PRECISER) (PASSER A 436)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE_____8 (PRECISER) (PASSER A 436)
427	Après la naissance de (NOM), au bout de combien de temps l'avez-vous mis(e) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, NOTER '00'. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES..... [1][ ][ ] JOURS..... [2][ ][ ]		
428	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 434)		
429	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 434)		
430	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT [ ][ ]		
431	Combien de fois avez-vous allaité hier, entre le lever et le coucher du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR [ ][ ]		
432	Hier ou la nuit dernière, avez-vous donné à (NOM) un ou plusieurs boissons ou aliments suivant: Eau minerale? Eau de la maison? Eau sucrée? Jus? Tisane? Lait en boite pour bébé? Lait frais? Lait en boite ou en poudre? Autres liquides? Aliment solide ou en bouillie?	OUI NON EAU MINERALE.....1 2 EAU DE LA MAISON.....1 2 EAU SUCREE.....1 2 JUS.....1 2 TISANE.....1 2 LAIT EN BOITE BEBE....1 2 LAIT FRAIS.....1 2 LAIT EN BOITE/POUDRE..1 2 AUTRES LIQUIDES.....1 2 ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1 2		
433	VOIR 432 : BOISSON OU ALIMENT DONNE HIER OU LA NUIT DERNIERE	OUI POUR UN OU PLUS [ ] (PASSER A 438) AUCUN "OUI" [ ] (PASSER A 437)		

14

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
434	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE 00.	MOIS..... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437)	MOIS..... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437)	MOIS..... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437)
435	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER)
436	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 438)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 438)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 438)
437	Avez-vous donné à (NOM) de l'eau, quelque chose d'autre à boire, ou n'importe quelle nourriture autre que le lait maternel?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441)
438	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner un ou plusieurs boissons ou aliments suivants de façon régulière:			
	Lait en boite ou lait autre que le lait maternel?	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96
	Eau?	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96
	Autre liquide?	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96
	Aliment solide ou en bouillie? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 441)	AGE EN MOIS..... [ ][ ] JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 441)
439	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 441)		
440	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit derniere?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
441	Selon vous, pendant combien de temps une femme devrait allaiter son enfant? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE 00.	NOMBRE DE MOIS..... [ ][ ] JAMAIS.....96 NSP.....98		
442	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 443.			

15

443 INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES EN COMMENÇANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.)

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	☐☐	☐☐	☐☐
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
444	Avez-vous le carnet ou la carte de vaccination de (NOM)? SI OUI: Puis-je le (la) voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 446) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 448) PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 446) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 448) PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 446) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 448) PAS DE CARNET.....3
445	Avez-vous jamais eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 448) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 448) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 448) NON.....2
446	(1)COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2)SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT, MAIS QUE LA DATE N'EST PAS REPORTEE, INSCRIRE '44' A LA COLONNE JOUR (3)SI LE VACCIN N'A PAS ETE FAIT NE RIEN INSCRIRE.	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
	BCG?	BCG	BCG	BCG
	POLIO 1?	P1	P1	P1
	POLIO 2?	P2	P2	P2
	POLIO 3?	P3	P3	P3
	DTCoq 1?	D1	D1	D1
	DTCoq 2?	D2	D2	D2
	DTCoq 3?	D3	D3	D3
	ROUGEOLE?	ROU	ROU	ROU
	FIEVRE JAUNE?	F.J	F.J	F.J
447	(NOM) a-t-il/elle reçu un vaccin qui n'est pas inscrit sur ce carnet ou carte? SI OUI: Quel vaccin? N'ENCERCLER 'OUI' QUE SI LE(S) VACCIN(S) CITE(S) SONT: BCG, POLIO, DTCoq, ROUGEOLE, ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (VERIFIER LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' A LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A 446) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450)	OUI.....1 (VERIFIER LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' A LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A 446) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450)	OUI.....1 (VERIFIER LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' A LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A 446) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450)
448	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450) NSP.....8
449	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:			
	Une vaccination du BCG, c'est-à-dire une piqûre dans le bras qui a laissé une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
	Une vaccination contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
	SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8
	Une vaccination du DTCoq (ou DTCoq-polio) c'est-à-dire une piqûre dans l'épaule?	.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
	SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NOMBRE DE FOIS..... ☐ NSP.NOMBRE DE FOIS.....8
	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
	Une vaccination contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une piqûre dans l'épaule?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	☐☐	☐☐	☐☐
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
450	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT ☐ DECEDE ☐ (PASSER A 452)	VIVANT ☐ DECEDE ☐ (PASSER A 452)	VIVANT ☐ DECEDE ☐ (PASSER A 452)
451	RETOURNER A 444 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 479			
452	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	(NOM) a-t-il/elle souffert de toux durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456) NSP.....8
454	Combien de temps a duré la toux ? (Depuis combien de temps dure la toux?)	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')
455	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle la respiration plus rapide que d'habitude, c'est-à-dire une respiration courte et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	VOIR 452 ET 453: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 452 OU 453 ☐ AUTRE ☐ (PASSER A 461)	"OUI" DANS 452 OU 453 ☐ AUTRE ☐ (PASSER A 461)	"OUI" DANS 452 OU 453 ☐ AUTRE ☐ (PASSER A 461)
457	Avez-vous amené (NOM) en consultation ou voir quelqu'un quand il/elle souffrait de la fièvre/toux?	OUI.....1 (PASSER A 459) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 459) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 459) NON.....2
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 459A) NON.....2 (PASSER A 460)	OUI.....1 (PASSER A 459A) NON.....2 (PASSER A 460)	OUI.....1 (PASSER A 459A) NON.....2 (PASSER A 460)
459 459A	Où avez-vous amené (NOM)? Où avez-vous obtenu des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux de (NOM)? Quelque part ailleurs? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)
460	Est-ce que quelque chose a été donné à (NOM) pour traiter la fièvre/toux? SI OUI: De quoi s'agit-il? Quelque chose d'autre? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN.....C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN.....C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN.....C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)
461	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 463) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 463) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 463) NON.....2 NSP.....8
462	RETOURNER A 444 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 479			
463	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhee durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
464	Combien de temps a duré la diarrhée? (Depuis combien de temps dure la diarrhée?)	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... ☐☐ (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')

	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
465	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 469)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 469)
466	VOIR 425/429: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI [ ] NON [ ] (PASSER A 469)		
467	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 469)		
468	Pendant la diarrhée, avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitements, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
469	Pendant la diarrhée de (NOM), en dehors du lait maternel, lui avez-vous donné à boire la même quantité, plus ou moins qu'avant la diarrhée?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
470	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial contre la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
471	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
472	VOIR 470 ET 471: ENFANT A REÇU LIQUIDE D'UN SACHET (470) ET/OU LIQUIDE RECOMMANDE FAIT A LA MAISON(471)?	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) [ ] PAS DE LIQUIDE [ ] (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) [ ] PAS DE LIQUIDE [ ] (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) [ ] PAS DE LIQUIDE [ ] (PASSER A 474)
473	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu ce liquide? SI MOINS DE '1' JOUR, NOTER'00'	JOURS..... [ ][ ] NSP.....98	JOURS..... [ ][ ] NSP.....98	JOURS..... [ ][ ] NSP.....98
474	A-t-il/elle reçu quelque chose contre la diarrhée (autre que ce liquide)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476) NSP.....8
475	Qu'est-ce qui a été donné (fait) pour traiter la diarrhée de (NOM)? Quelque chose d'autre? (ENTOURER CHAQUE CHOSE CITEE)	ERSEFLURIL/TYPHOMICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE..B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE _____H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHOMICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE..B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE _____H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHOMICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE .....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE..B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE _____H (PRECISER)
476	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478)
477	Où avez-vous obtenu des conseils ou un traitement pour la diarrhée de (NOM)? Quelque part ailleurs? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION.....K AUTRE_____L (PRECISER)
478	RETOURNER A 444 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSE 479			

18

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
479	VOIR 470: SOLUTION TRO NON REÇUE, 'NON' OU 'NSP' A Q. 470, OU Q.470 NON POSEE	SOLUTION TRO REÇUE PAR UN ENFANT, 'OUI' A Q. 470	483
480	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé sachet OMS/sachet UNICEF/sachet de sel pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	482
481	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	485
482	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	484
483	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer le sachet OMS/sachet UNICEF/sachet de sel pour le traitement de la diarrhée?*	33 CL.....01 1/2 LITRE.....02 66 CL.....03 1 LITRE.....04 1 LITRE 1/2.....05 2 LITRES.....06 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...07 AUTRE_____08 (PRECISER) NSP.....98	
484	Où pouvez-vous obtenir le sachet OMS/sachet UNICEF/ sachet de sel pour le traitement de la diarrhée? INSISTER: Quelque part ailleurs? (ENTOURER TOUS LES LIEUX CITES)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC..... .....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC.....C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....F DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE.....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES.....J BOUTIQUE/MARCHE.....K AUTRE_____L (PRECISER) NSP.....H	
485	VOIR 471: SOLUTION RECOMMANDEE FAITE A LA MAISON DONNEE A UN ENFANT (UN OUI A 471) SOLUTION RECOMMANDEE FAITE A LA MAISON NON DONNEE OU 471 NON POSEE		488
486	Avez-vous déjà entendu parler d'un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	501
487	Avez-vous déja préparé à la maison un liquide recommandé par le personnel de santé avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	501
488	Où avez-vous obtenu l'information pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC..... ....11 P.M.I..... .....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PROPHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 CABINET MEDECIN PRIVE.....25 AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE_____41 (PRECISER)	
489	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée?*	33 CL.....01 1/2 LITRE.....02 66 CL.....03 1 LITRE.....04 1 LITRE 1/2.....05 2 LITRES.....06 AUTRE_____07 (PRECISER) NSP.....98	
490	Combien de morceaux de sucre utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée, lorsque vous utilisez (QUANTITE D'EAU DE Q.489)?	NOMBRE DE MORCEAUX..... AUTRE_____97 (PRECISER) NSP.....98	
491	Combien de cuillers à café de sel utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée, lorsque vous utilisez (QUANTITE D'EAU DE Q.489 ET NOMBRE DE MORCEAUX DE SUCRE DE Q.490)?	NOMBRE DE CUILLERS..... AUTRE_____97 (PRECISER) NSP.....98	

* Correspondance pour la quantité d'eau: Petite bière/Top = 33 Cl. Bouteille vin/sirop = 1 Litre
Grande bière/Top = 66 Cl. Bouteille eau minérale = 1 Litre 1/2

19

SECTION 5. CAUSES DES DECES

501 VERIFIER 214, 218 ET 224

UN OU PLUSIEURS ENFANTS DECEDES PARMI LES NAISSANCES SURVENUES DEPUIS JANV.1986 [ ] → ↓

AUCUN ENFANT DECEDE PARMI LES NAISSANCES SURVENUES DEPUIS JANV.1986 [ ] → (PASSER A 601)

502 INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS SEULEMENT A PROPOS DES ENFANTS DECEDES. SI PLUS DE 3 NAIS. DEPUIS JANV.86, UTILISEZ UN 2ème QUEST.

SELON Q. 214 ET Q. 218	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
	N°DE LIGNE Q. 214 [ ][ ]	N°DE LIGNE Q. 214 [ ][ ]	N°DE LIGNE Q. 214 [ ][ ]
	NOM _____	NOM _____	NOM _____
	VIVANT [ ] → (NAISS. SUIVANTE)	VIVANT [ ] → (NAISS. SUIVANTE)	VIVANT [ ] → (PASSER A 601)
	DECEDE [ ] ↓	DECEDE [ ] ↓	DECEDE [ ] ↓

Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre(vos) enfant(s) décédé(s) parmi les naissances que vous avez eues durant les cinq dernières années.

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
503	Le décès de (NOM) a-t-il été causé par un accident ou par une maladie? SI LA FEMME REPOND "ACCIDENT", INSISTER: S'agit-il d'un accident ou d'un accident lié à l'accouchement?	ACCIDENT. .....1 ACCIDENT A L'ACCOUCHEMENT/PREMATURITE/MALFORMATION.....2 MALADIE/MAUVAIS SORT....3 (PASSER A 505)	ACCIDENT.....1 ACCIDENT A L'ACCOUCHEMENT/PREMATURITE/MALFORMATION.....2 MALADIE/MAUVAIS SORT....3 (PASSER A 505)	ACCIDENT.....1 ACCIDENT A L'ACCOUCHEMENT/PREMATURITE/MALFORMATION.....2 MALADIE/MAUVAIS SORT....3 (PASSER A 505)
504	Quel genre d'accident?	CHUTE.....1 NOYADE.....2 ACCID. DE CIRCULATION...3 BRULURE.....4 INTOXICATION.....5 AUTRE_____6 (PRECISER) NSP.....8 (PASSER A Q. 502, NAISSANCE SUIVANTE)	CHUTE.....1 NOYADE.....2 ACCID. DE CIRCULATION...3 BRULURE.....4 INTOXICATION.....5 AUTRE_____6 (PRECISER) NSP.....8 (PASSER A Q. 502, NAISSANCE SUIVANTE)	CHUTE.....1 NOYADE.....2 ACCID. DE CIRCULATION...3 BRULURE.....4 INTOXICATION.....5 AUTRE_____6 (PRECISER) NSP.....8 (PASSER A Q. 601)
505	Quelle est la maladie qui a causé la mort de (NOM)? NOTER LE NOM DES MALADIES CITEES PAR L'ENQUETEE	MALADIE(S):_____ _____ [ ][ ] [ ][ ]	MALADIE(S):_____ _____ [ ][ ] [ ][ ]	MALADIE(S):_____ _____ [ ][ ] [ ][ ]
506	Pendant la maladie qui a causé le décès de (NOM), l'avez-vous conduit quelque part pour une consultation? SI OUI: Où l'avez-vous amené? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITION.....J AUTRE_____K (PRECISER) NULLE PART.....L	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITION.....J AUTRE_____K (PRECISER) NULLE PART.....L	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I..... .....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE....I AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITION.....J AUTRE_____K (PRECISER) NULLE PART.....L
507	Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETAB. MEDICAL.....2 AUTRE_____3 (PRECISER)	MAISON.....1 ETAB. MEDICAL.....2 AUTRE_____3 (PRECISER)	MAISON.....1 ETAB. MEDICAL.....2 AUTRE_____3 (PRECISER)
508	Pendant les premiers jours de sa vie, est-ce que (NOM) tétait ou buvait bien?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q. 509)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q. 509)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q. 509)

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE LA DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), OU DE L'AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE) OU DE L'AV. AVANT-DERNIERE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE [ ][ ]

NOM _____

509 Durant la maladie qui a causé le décés, (NOM) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)? ENCERCLER LE CODE APPROPRIE POUR CHAQUE SYMPTOME, PUIS POSER LES QUESTIONS 510 A 513 OU PASSER AU SYMPTOME SUIVANT.		510 (SYMPTOME) était-il/elle grave?	511 Combien de temps avant le décés, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décés?	513 Combien de temps avant le décés (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	
01 DIARRHEE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 02) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→02
02 DIARRHEE AVEC SANG	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 03) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→03
03 TOUX	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 04) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→04
04 RESPIRATION COURTE ET RAPIDE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 05) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→05
05 FIEVRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 06) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→06
06 CONVULSIONS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 07) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→07
07 BOUTONS SUR LE CORPS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 08) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→08
08 TRES MAIGRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 09) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→09
09 VISAGE ET JAMBES ENFLES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE, OU A Q.601)	

21

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE L'AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), OU DE L'AV. AVANT-DERNIERE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE [ ][ ]

NOM _____

509 Durant la maladie qui a causé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)? ENCERCLER LE CODE APPROPRIE POUR CHAQUE SYMPTOME, PUIS POSER LES QUESTIONS 510 A 513 OU PASSER AU SYMPTOME SUIVANT.		510 (SYMPTOME) était-il/elle grave?	511 Combien de temps avant le décès, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décès?	513 Combien de temps avant le décès (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	
01 DIARRHEE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 02) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→02
02 DIARRHEE AVEC SANG	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 03) NON..... NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→03
03 TOUX	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 04) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→04
04 RESPIRATION COURTE ET RAPIDE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 05) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→05
05 FIEVRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 06) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→06
06 CONVULSIONS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 07) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→07
07 BOUTONS SUR LE CORPS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 08) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→08
08 TRES MAIGRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 09) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→09
09 VISAGE ET JAMBES ENFLES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A) Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE, OU A Q.601)	

22

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE L'AV. AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE [ ][ ]

NOM _____

509 Durant la maladie qui a causé le décés, (NOM) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)? ENCERCLER LE CODE APPROPRIE POUR CHAQUE SYMPTOME, PUIS POSER LES QUESTIONS 510 A 513 OU PASSER AU SYMPTOME SUIVANT.		510 (SYMPTOME) était-'l/elle grave?	511 Combien de temps avant le décés, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décés?	513 Combien de temps avant le décés (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé? NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	
01 DIARRHEE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 02) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→02
02 DIARRHEE AVEC SANG	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 03) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→03
03 TOUX	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 04) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→04
04 RESPIRATION COURTE ET RAPIDE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 05) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→05
05 FIEVRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 06) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→06
06 CONVULSIONS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 07) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→07
07 BOUTONS SUR LE CORPS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 08) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→08
08 TRES MAIGRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 09) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	→09
09 VISAGE ET JAMBES ENFLES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.601)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A Q.601) NON.....2 NSP.....8	JOURS.... [1][ ][ ] SEMAINES. [2][ ][ ] MOIS..... [3][ ][ ] NSP.....998 (PASSER A Q.601)	

23

SECTION 6. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→611
602	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	MARIEE.....1 VIT EN UNION.....2 VEUVE.....3 DIVORCEE.....4 SEPAREE.....5	→607
603	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
604	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→607
605	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... [ ][ ] NSP.....98	→607
606	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième .... épouse?	RANG..... [ ][ ]	
607	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	→609
608	En comptant le mariage/union actuel(le), combien de fois avez-vous été mariée ou en union?	NOMBRE DE MARIAGE/UNION..... [ ]	
609	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	AGE..... [ ][ ]	
610	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint? COMPARER ET CORRIGER 609 ET/OU 610 SI INCOMPATIBLES.	MOIS..... [ ][ ] NSP MOIS.....98 ANNEE..... [ ][ ] NSP ANNEE.....98	→612
611	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	→616
612	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la contraception et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels durant les quatre derniéres semaines?	NOMBRE DE FOIS..... [ ][ ]	
613	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS..... [ ][ ]	
614	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	JOURS..... 1 [ ][ ] SEMAINES..... 2 [ ][ ] MOIS..... 3 [ ][ ] ANNEES..... 4 [ ][ ] AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
615	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des rapports sexuels?	AGE..... [ ][ ] PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	
616	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	

24

SECTION 7. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 312: NON STERILISE(E) ☐ LUI OU ELLE STERILISE(E) ☐		→707
702	VOIR 602: ACTUELLEMENT MARIEE/EN UNION CODES '1' OU '2' ENCERCLES A Q.602 ☐ AUTRES ☐		→715
703	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? ENCEINTE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS/PLUS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	→710
704	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? ENCEINTE ☐ Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS..... [1][ ][ ] ANNEES..... [2][ ][ ] BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS/PLUS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE _____ (PRECISER) 996 NSP.....998	→710
705	VOIR 218 ET 225: A UN/DES ENFANTS VIVANT(S) OU ENCEINTE OUI ☐ NON ☐		→710
706	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? ENCEINTE ☐ Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE: ANNEES..... [ ][ ] NSP.....98	→710
707	Regrettez-vous que vous (votre mari) ayez (ait) eu l'operation pour ne pas (plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	→709
708	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON _____ (PRECISER) 4	→718
709	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que vous prendriez la même décision d'être stérilisée?	OUI.....1 NON.....2	→718
710	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve les couples qui utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI/APPROUVE.....1 NON/DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
711	Avez-vous déjà parlé avec votre mari/conjoint des méthodes pour éviter de tomber enceinte et de leur utilisation?	OUI.....1 NON.....2	→713
712	Combien de fois avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de ce sujet au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
713	Avez-vous déjà discuté avec votre mari/conjoint du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
714	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE .....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
715	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS..... 1 [ ][ ] ANNEES..... 2 [ ][ ] AUTRE _____ 996 (PRECISER)	
716	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
717	Etes-vous d'accord que des couples utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI, D'ACCORD.....1 NON, PAS D'ACCORD.....2	
718	VOIR 218: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) [ ] → Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque ou vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total? N'A PAS D'ENFANT(S) VIVANT(S) [ ] → Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISIRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... [ ][ ] AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)	→ 720
719	Combien de garçons et combien de filles?	NOMBRE DE GARÇONS..... [ ][ ] GARÇONS DEPEND DE DIEU.....95 NOMBRE DE FILLES..... [ ][ ] FILLES DEPEND DE DIEU.....95 AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
720	Selon vous, quels sont les principaux avantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° AVANTAGE, NOTER '00'	AIDE DANS LE TRAVAIL.....01 ASSISTANCE/AIDE FINANCIERE.....02 SOUTIEN DANS LA VIEILLESSE.....03 AFFECTION/COMPAGNIE.....04 OBLIGATIONS RELIGIEUSES/ SOCIALES.....05 FIERTE/AFFIRMATION DE SOI.....06 STATUT SOCIAL.....07 POSTERITE/PATRONYME.....08 AUCUN AVANTAGE.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER) NSP.....98	1° AVANTAGE..... [ ][ ] 2° AVANTAGE..... [ ][ ] 3° AVANTAGE..... [ ][ ]	
721	Selon vous, quel sont les principaux désavantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° DESAVANTAGE, NOTER '00'	COUT/FRAIS FINANCIERS.....01 PROBLEMES D'ENCADREMENT.....02 PROBLEMES DE DISCIPLINE.....03 AUGMENTATION DU TRAVAIL.....04 CONTRAINTES POUR LES PARENTS...05 INQUIETUDE SUR L'AVENIR.....06 PROBLEMES DANS LE COUPLE.....07 MALADIE/MORT.....08 AUCUN DESAVANTAGE.....09 AUTRE _____ 10 (PRECISER)	1° DESAVANTAGE..... [ ][ ] 2° DESAVANTAGE..... [ ][ ] 3° DESAVANTAGE..... [ ][ ]	
722	Selon vous, à partir de combien d'enfants peut-on considérer qu'une femme a beaucoup d'enfants?	NOMBRE..... [ ][ ] NSP.....98	
723	Et vous, préférez-vous beaucoup d'enfants ou peu d'enfants?	BEAUCOUP D'ENFANTS.....1 PEU D'ENFANTS.....2	

SECTION B. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	VOIR 601: EST OU A ETE MARIEE/EN UNION 'OUI' A Q.601 ☐ → POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION 'NON' A Q.601 ☐		810
802	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	805
803	A quel niveau scolaire le plus élevé a-t-il arrêté ses études: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....8	805
804	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE..... ☐	
805	Quelle est (était) l'occupation principale de votre (dernier) mari/conjoint?	_____ ☐☐ _____ _____	
806	VOIR 805: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE ☐ → NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE ☐		808
807	Est-ce que votre mari/conjoint travaille (travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, est-ce qu'il loue la terre ou est-ce qu'il travaille sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSON. OU FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 AUTRE CHAMP.....3	
808	Quelle est (était) la religion de votre (dernier) mari/conjoint?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 AUTRE_____4 (PRECISER) AUCUNE.....5 NSP.....8	
809	Quelle est (était) la nationalité de votre (dernier) mari/conjoint?	CAMEROUNAISE.....1 AUTRE AFRICAINE.....2 AUTRE.....3	

* CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION: 0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP
POUR LE SUPERIEUR, VOIR LE MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1°ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2°ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3°ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4°ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

27

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
810	Comme vous le savez, beaucoup de femmes travaillent en dehors de leur propre travail au foyer. Certaines ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres tiennent une boutique ou un petit commerce à la maison ou ailleurs; d'autres cultivent les champs de la famille ou travaillent dans une affaire familiale. Avez-vous actuellement un travail de ce genre?	OUI.....1 NON.....2	→818
811	Quel genre de travail faites-vous?	_____ _____ _____	
812	Dans votre travail, êtes-vous une employée, êtes-vous à votre compte, êtes-vous employeur ou aidez-vous quelqu'un de la famille?	EMPLOYEE.....1 A SON COMPTE.....2 EMPLOYEUR.....3 AIDE FAMILIALE.....4	
813	Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
814	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de la maison?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
815	VOIR 217/218/220: A UN ENFANT NE DEPUIS JANV. 1986 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI ☐ ↓ NON ☐	→818
816	Pendant que vous travaillez, avez-vous habituellement (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous quelque fois avec vous ou jamais avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOIS.....2. JAMAIS.....3	→812
817	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 CRECHE/GARDERIE.....08 AUTRE _____ 09 (PRECISER)	
818	NOTER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	

28

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 217, 218:	
	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1986 ET ENCORE EN VIE ☐ ↓	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1986 ENCORE EN VIE ☐ → FIN

EN 902-904, ENREGISTRER LE N° D'ORDRE, LE NOM, ET LA DATE DE NAISSANCE DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS LE 1e JANVIER 1986, EN COMMENÇANT PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE. NOTER LA TAILLE ET LE POIDS EN 906 ET 908. SI PLUS DE TROIS NAISSANCES DEPUIS JANV. 86, ENCORE EN VIE UTILISER UN 2ème QUESTIONNAIRE.

	1 DERNIER ENFANT EN VIE	2 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 No. D'ORDRE DE LA Q.214	☐☐	☐☐	☐☐
903 NOM DE LA Q.214	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.217 ET DEMANDER LE JOUR	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐
905 CICATRICE BCG SUR LE BRAS	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
906 TAILLE (EN Cm.)	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐
907 MESURE: COUCHE OU DEBOUT	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (EN Kg.)	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐.☐
909 DATE DE PESEE ET DE MESURE DE L'ENFANT	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐
910 RESULTAT (POIDS ET TAILLE)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)

911 NOM DU MESUREUR: _____ ☐☐ NOM DE L'ASSISTANT: _____ ☐☐

29

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
(A remplir après achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

_____

_____

Commentaires sur des questions particulières: _____

_____

_____

Autres commentaires: _____

_____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

_____

_____

_____

_____

Nom de la contrôleuse: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

_____

_____

_____

_____

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

30

MINISTERE DU PLAN ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

Confidentiel

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL MARI

IDENTIFICATION

PROVINCE _____
DEPARTEMENT _____
ARROND./DISTRICT _____
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____
VILLAGE _____
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____
NOM DU MARI _____

PROVINCE..... [ ]
N° de la STRATE.... [ ][ ]
ARROND./DISTRICT [ ][ ][ ]
N° de la GRAPPE [ ][ ][ ]
N° de STRUCTURE [ ][ ][ ]
N° du MENAGE..... [ ][ ]
N° DE LIGNE MARI... [ ][ ]
N° de la ZD _____

N° LIGNE DE LA (DES) FEMME(S) ELIGIBLE(S) DU MARI ENQUETE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

VISITES D'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR.... [ ][ ] MOIS.... [ ][ ] ANNEE... [ ][ ]
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUETRICE [ ][ ]
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT... [ ]
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	_____	_____		

*CODES RESULTAT:
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUS DE REPONDRE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE _____ (PRECISER)

QUESTIONNAIRE FRANCAIS..... [1]
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ [ ]
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)..... [ ]

**CODES LANGUE:
1 FRANCAIS
2 ANGLAIS
3 FULFULDE
4 EWONDO
5 PIDGIN
6 AUTRES

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... [ ][ ] MINUTES..... [ ][ ]	
102	Quelle est votre date de naissance?	MOIS..... [ ][ ] NSP MOIS.....98 ANNEE..... [ ][ ] NSP ANNEE.....98	
103	Quel est votre âge? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES..... [ ][ ]	
104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI..... .1 NON.....2	→ 107
105	A quel niveau scolaire le plus élevé avez-vous arrêté vos études: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevé à ce niveau?*	CLAS ..... [ ]	
107	Quelle est votre occupation principale ?	_____ [ ][ ] _____ _____	
108	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 AUTRE_____4 (PRECISER) AUCUNE.....5	
109	Quelle est votre nationalité?	CAMEROUNAISE.....1 AUTRE AFRICAINE.....2 AUTRE.....3	
110	Maintenant je voudrais vous poser des questions à propos du mariage: Combien d'épouses/femmes avez-vous actuellement?	NOMBRE..... [ ][ ]	
111	Avez-vous l'intention de prendre une autre (d'autres) épouse(s)/femme(s) dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2	
112	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes marié ou quand vous avez commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... [ ][ ]	
113	En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez-vous commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	MOIS..... [ ][ ] NSP MOIS.....98 ANNEE..... [ ][ ] NSP ANNEE.....98	

* CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION: 0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP
POUR LE SUPERIEUR: VOIR LE MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1°ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2°ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3°ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4°ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

2

SECTION 2: CONTRACEPTION

201 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale, c'est à dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 202 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 202, POSER 203 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	202 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	203 Avez-vous, vous ou votre (vos) femme(s), déjà utilisé (METHODE)?
01 PILULE (Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
02 DIU/STERILET (Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS (Certaines femmes reçoivent une piqûre par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
04 SPERMICIDES: DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE (Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
05 PRESERVATIF/CONDOM (Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE/LIGATURE DES TROMPES (Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Votre femme a-t-elle eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE/VASECTOMIE (Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 CONTINENCE PERIODIQUE/OGINO (Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
09 ABSTINENCE (En dehors de l'arrêt des rapports sexuels traditionnellement observé après la naissance, certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT/COIT INTERROMPU (Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation)	OUI/SPONTANE.....1 OUI/CITE.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER) 3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2

204 VERIFIER 203: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) → ☐ ; AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → ☐ → PASSER A 207

3

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
205	Avez-vous jamais, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI..... ☐ NON..... ☐	→209
206	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 203-204 (ET 202 SI NECESSAIRE)		
207	En ce moment, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→209
208	Quelle méthode utilisez-vous actuellement?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 ABSTINENCE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE_____11 (PRECISER)	→212
209	Avez-vous, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) l'intention d'utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans l'avenir?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→211 →212
210	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 ABSTINENCE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE_____11 (PRECISER) PAS SUR.....98	→212
211	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 FATALISTE/DEPEND DE DIEU.....10 FAMILLE DESAPPROUVE.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS....12 FEMME A DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE..... 13 FEMME MENOPAUSE/STRERILISEE....14 MAL COMMODE.....15 AUTRE _____16 (PRECISER) NSP.....98	
212	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'informations sur le planning familial à la radio ou à la télévision?	POUR/BON.....1 CONTRE/MAUVAIS.....2 NSP.....8	

4

SECTION 3: PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
301	Avez-vous des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→303
302	Combien de garçons avez-vous? Combien de filles avez-vous?	NOMBRE DE GARÇONS..... [ ][ ] NOMBRE DE FILLES..... [ ][ ]	
303	VERIFIER 203: NON STERILISE [ ] ↓ STERILISE [ ] → PASSER A 312		
304	Voudriez-vous avoir un (d'autres) enfant(s) ou préféreriez vous ne pas avoir d'(autres) enfant(s)?	AVOIR UN (AUTRES) ENFANT(S).....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 DIT QU'IL NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANT.....4 PAS DECIDE OU NSP.....8	
305	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) approuve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une naissance?	OUI/APPROUVE.....1 NON/DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
306	Combien de fois avez-vous parlé avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) de ce sujet au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
307	Avez-vous déjà discuté avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	
308	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) souhaite(nt) avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE .....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
309	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS..... 1 [ ][ ] ANNEES..... 2 [ ][ ] AUTRE _____ (PRECISER) 996	
310	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
311	Etes-vous d'accord que des couples utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI, D'ACCORD.....1 NON, PAS D'ACCORD.....2	
312	VERIFIER 301-302 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS [ ] Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? A DES ENFANTS VIVANTS [ ] Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... [ ][ ] AUTRE REPONSE _____ (PRECISER) 96	→314
313	Combien de garçons et combien de filles?	NOMBRE DE GARÇONS..... [ ][ ] GARÇONS DEPEND DE DIEU.....95 NOMBRE DE FILLES..... [ ][ ] FILLES DEPEND DE DIEU.....95 AUTRE REPONSE _____ (PRECISER) NSP.....98	

5

N°	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	PASSER A
314	Selon vous, quels sont les principaux avantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° AVANTAGE, NOTER 00	AIDE DANS LE TRAVAIL.....01 ASSISTANCE/AIDE FINANCIERE.....02 SOUTIEN DANS LA VIEILLESSE.....03 AFFECTION/COMPAGNIE.....04 OBLIGATIONS RELIGIEUSES/ SOCIALES.....05 FIERTE/AFFIRMATION DE SOI.....06 STATUT SOCIAL.....07 POSTERITE/PATRONYME.....08 AUCUN AVANTAGE.....09 AUTRE _____ (PRECISER) 10 NSP.....98	1° AVANTAGE..... [ ][ ] 2° AVANTAGE..... [ ][ ] 3° AVANTAGE..... [ ][ ]	
315	Selon vous, quels sont les principaux désavantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° DESAVANTAGE, NOTER 00	COUT/FRAIS FINANCIERS.....01 PROBLEMES D'ENCADREMENT.....02 PROBLEMES DE DISCIPLINE.....03 AUGMENTATION DU TRAVAIL.....04 CONTRAINTES POUR LES PARENTS...05 INQUIETUDE SUR L'AVENIR.....06 PROBLEMES DANS LE COUPLE.....07 MALADIE/MORT.....08 AUCUN DESAVANTAGE.....09 AUTRE _____ (PRECISER) 10	1° DESAVANTAGE..... [ ][ ] 2° DESAVANTAGE..... [ ][ ] 3° DESAVANTAGE..... [ ][ ]	
316	Selon vous à partir de combien d'enfants peut-on considérer qu'une femme a beaucoup d'enfants?		NOMBRE D'ENFANTS..... [ ][ ] NSP.....98	
317	ENREGISTRER L'HEURE		HEURE..... [ ][ ] MINUTES..... [ ][ ]	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
(A remplir après achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

_____

_____

Commentaires sur des questions particulières: _____

_____

_____

Autres commentaires: _____

_____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

_____

_____

_____

_____

Nom de la contrôleuse: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

_____

_____

_____

_____

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

7

MINISTERE DU PLAN ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION

PROVINCE _____

DEPARTMENT _____

ARROND./DISTRICT _____

N° ZD _____

PROVINCE..... [ ]

N° STRATE..... [ ][ ]

ARROND./DISTRICT [ ][ ][ ]

N° GRAPPE..... [ ][ ][ ]

TYPE DE LOCALITE:

YAOUNDE [1] DOUALA [2] AUTRES VILLES [3] PETITES VILLES [4] CAMPAGNE [5]

→ Nom de la ville: _____

→ Nom du quartier: _____

→ Nom du village/localité (centre de la grappe): _____

NOMBRE D'HABITANTS DE LA VILLE/VILLAGE/LOCALITE:

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

	JOUR	MOIS
DATE DE DEBUT DE VISITE A LA GRAPPE _____	[ ][ ]	[ ][ ]
DATE DE FIN DE VISITE A LA GRAPPE _____	[ ][ ]	[ ][ ]
NOM DE L'ENQUETEUR _____	[ ][ ]	

ENQUETES HOMMES:

NOMBRE: [ ]

FONCTIONS/TITRES*: _____ [ ]

_____ [ ]

_____ [ ]

ENQUETEES FEMMES:

NOMBRE: [ ]

FONCTIONS/TITRES**: _____ [ ]

_____ [ ]

_____ [ ]

* CODES:	** CODES:
1 CHEF VILLAGE/QUARTIER	1 RESP. VILLAGE/QUARTIER
2 CHEF DE BLOC	2 RESPONSABLE DE BLOC
3 PERSONNEL MEDICAL	3 PERSONNEL MEDICAL
4 RESPONSABLE EDUCATION	4 RESPONSABLE EDUCATION
5 RESPONSABLE RELIGIEUX	5 MEMBRE ASS. DE FEMMES
6 AUTRE	6 AUTRE

Previous Page Blank

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE: PETITE VILLE / VILLAGE ☐ ↓ YAOUNDE/DOUALA / AUTRE VILLE ☐		→ 107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE.....1 DISPERSE.....2 AUTRE_____3 (PRECISER)	
103	Quel est le centre urbain le plus proche de _____? (Nom local./village/pte. ville)	_____ (NOM DU CENTRE URBAIN)	
104	Quelle est la principale voie d'accès entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain))	ROUTE GOUDRONNEE.....1 PISTE PRATICABLE TTE ANNEE.....2 PISTE PRATIC. EPISODIQUEMENT....3 VOIE FERREE.....4 VOIE D'EAU.....5 SENTIER.....6	
105	Quelle est la distance en kilomètres entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain)) INSCRIRE '90' POUR 90 KM ET PLUS.	☐☐ KILOMETRES	
106	Quels sont les moyens de transport en commun les plus utilisés pour se rendre à _____? (Nom Centre Urbain) ENREGISTRER SEULEMENT LES DEUX PRINCIPAUX MOYENS DE TRANSPORT	AUTOBUS.....A TAXI-BROUSSE.....B TAXI.....C CAMION/CAMIONETTE.....D BATEAU.....E TRAIN.....F AUCUN.....G	
107	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de _____ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COURS.....12 BORNE FONTAINE.....13 EAU DE PUITS PUITS A POMPE MANUELLE.....21 PUITS SANS POMPE MANUELLE....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE_____51 (PRECISER)	
108	Comment sont évacuées les eaux usées des logements de _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	SYSTEME D'EGOUTS FERMES.....1 EGOUTS A CIEL OUVERT.....2 FOSSE SEPTIQUE.....3 RIEN.....4	
109	Quel genre de w.c. sont utilisés par la majorité des habitants de _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES AMENAGEES.....21 LATRINES SOMMAIRES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE CIEL OUVERT.....31 RIVIERE.....32 PAS DE W.C.....33 AUTRE_____41 (PRECISER)	
110	Y-a-t-il l'électricité à _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	OUI.....1 NON.....2	
111	Quelle est l'activité principale des habitants de _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	AGRICULTURE/PECHE.....1 COMMERCE.....2 ARTISANAT.....3 INDUSTRIE.....4 SERVICES.....5 AUTRE_____6 (PRECISER)	

COMPLETER LE TABLEAU A PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	112 DISTANCE (EN KM.) ENTRE LE LIEU D'ENQUETE ET LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '00'. INSCRIRE '90' POUR 90 KM ET PLUS.	113 MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE	114 TEMPS NECESSAIRE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE, PAR LE MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE
01 ECOLE PRIMAIRE	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 02	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 02
02 ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 03	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 03
03 ETABLIS. DE FORMATION PROFESSION.	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 04	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 04
04 MARCHE JOURNALIER	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 05	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 05
05 MARCHE HEBDOMADAIRE	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 06	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 06
06 BOUTIQUE	KILOMETRES → SI '00' PASSER A 07	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → 07
07 SERVICE REGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN	KILOMETRES → SI '00' PASSER A Q.201	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES → Q.201

3

SECTION 2. DISPONIBILITE DES SERVICES SANITAIRES

	201 Où se trouve _____ (Nom du service) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve _____ (Nom du service) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à _____ (Nom du service) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à _____ (Nom du serv.) le plus proche, par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 _____ (Nom du serv.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 _____ de (Nom du service) le plus proche assure-t-il:				208 Savez-vous si à _____ (Nom du service) le plus proche on peut se procurer:				
								OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP	
01 HOPITAL PUBLIC	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 02	SOINS PRENATALS	1	2	8	SACHETS SRO	1	2	8	
							ACCOUCHEMENTS	1	2	8	PILULE CONTRACEP.	1	2	8	
							SOINS POSTNATALS	1	2	8	STERILET	1	2	8	
							SUIVI DES ENFANTS	1	2	8	INJECTIONS CONTR.	1	2	8	→02
							VACCINATIONS	1	2	8	CONDOM	1	2	8	
							URGENCES	1	2	8	METH. VAGINALES	1	2	8	
							MEDECINE GENERALE	1	2	8	STERILIS. FEM.	1	2	8	
											AUTR. METH. CONT.	1	2	8	
											_____ (A PRECISER)				
								OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP	
02 HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 03	SOINS PRENATALS	1	2	8	SACHETS SRO	1	2	8	
							ACCOUCHEMENTS	1	2	8	PILULE CONTRACEP.	1	2	8	
							SOINS POSTNATALS	1	2	8	STERILET	1	2	8	
							SUIVI DES ENFANTS	1	2	8	INJECTIONS CONTR.	1	2	8	→03
							VACCINATIONS	1	2	8	CONDOM	1	2	8	
							URGENCES	1	2	8	METH. VAGINALES	1	2	8	
							MEDECINE GENERALE	1	2	8	STERILIS. FEM.	1	2	8	
											AUTR. METH. CONT.	1	2	8	
											_____ (A PRECISER)				
								OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP	
03 PMI	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 04	SOINS PRENATALS	1	2	8	SACHETS SRO	1	2	8	
							ACCOUCHEMENTS	1	2	8	PILULE CONTRACEP.	1	2	8	
							SOINS POSTNATALS	1	2	8	STERILET	1	2	8	
							SUIVI DES ENFANTS	1	2	8	INJECTIONS CONTR.	1	2	8	→04
							VACCINATIONS	1	2	8	CONDOM	1	2	8	
							URGENCES	1	2	8	METH. VAGINALES	1	2	8	
							MEDECINE GENERALE	1	2	8	STERILIS. FEM.	1	2	8	
											AUTR. METH. CONT.	1	2	8	
											_____ (A PRECISER)				

04 CENTRE DE SANTE PUBLIC	(NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 05	SOINS PRENATALS 1 2 8 ACCOUCHEMENTS 1 2 8 SOINS POSTNATALS 1 2 8 SUIVI DES ENFANTS 1 2 8 VACCINATIONS 1 2 8 URGENCES 1 2 8 MEDECINE GENERALE 1 2 8	OUI NON NSP	SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP	→ 05
05 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE	(NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 06	SOINS PRENATALS 1 2 8 ACCOUCHEMENTS 1 2 8 SOINS POSTNATALS 1 2 8 SUIVI DES ENFANTS 1 2 8 VACCINATIONS 1 2 8 URGENCES 1 2 8 MEDECINE GENERALE 1 2 8	OUI NON NSP	SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP	→ 06
06 MATERNITE	(NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 07	SOINS PRENATALS 1 2 8 ACCOUCHEMENTS 1 2 8 SOINS POSTNATALS 1 2 8 SUIVI DES ENFANTS 1 2 8 VACCINATIONS 1 2 8 URGENCES 1 2 8 MEDECINE GENERALE 1 2 8	OUI NON NSP	SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP	→ 07
07 CABINET MEDECIN PRIVE	(NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE → PASSER A Q.208 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 08			SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 (A PRECISER)	OUI NON NSP	→ 08

SECTION 2. DISPONIBILITE DES SERVICES SANITAIRES (Suite..)

	201 Ou se trouve _____ (Nom du service) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve _____ (Nom du service) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à _____ (Nom du service) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à _____ (Nom du serv.) le plus proche, par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 _____ (Nom du serv.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 _____ de (Nom du service) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à _____ (Nom du service) le plus proche on peut se procurer:
08 PHARMACIE	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE [ ] → PASSER A Q.208 DISTANCE >30 Km. [ ] → PASSER A 09		OUI NON NSP SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 →09 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 _____ (A PRECISER)
09 PROPHARMACIE	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.205	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <30 Km. OU Q.202 NON POSEE [ ] → PASSER A Q.208 DISTANCE >30 Km. [ ] → PASSER A 10		OUI NON NSP SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 →10 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 _____ (A PRECISER)
10 CENTRE DE PLANNING FAMILIAL	_____ (NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE 'SUR PLACE' ET PASSER A Q.207	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '90' POUR 90 KM. ET PLUS.	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE_____5 (PRECISER)	[ ][ ][ ] MINUTES		DISTANCE <30 Km. [ ] → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] → FIN	OUI NON NSP SOINS PRENATALS 1 2 8 ACCOUCHEMENTS 1 2 8 SOINS POSTNATALS 1 2 8 SUIVI DES ENFANTS 1 2 8 VACCINATIONS 1 2 8 URGENCES 1 2 8 MEDECINE GENERALE 1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO 1 2 8 PILULE CONTRACEP. 1 2 8 STERILET 1 2 8 INJECTIONS CONTR. 1 2 8 CONDOM 1 2 8 METH. VAGINALES 1 2 8 STERILIS. FEM. 1 2 8 AUTR. METH. CONT. 1 2 8 _____ (A PRECISER)

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE
(A remplir après achèvement de l'interview)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

7