

# CAMEROUN - Troisième Enquête Démographique et de Santé, 2004

**Institut National de la Statistique (INS) - Ministère de la planification de la  
programmation du développement et de l'aménagement du territoire (MINPLADAT)**

Rapport généré le: March 27, 2014

Vous pouvez consulter notre catalogue de données sur: <http://nada.stat.cm/index.php>

## Aperçu

### Identification

---

**ID**

CMR-INS-EDSIII-2004

### Version

---

**DESCRIPTION DE LA VERSION**

Version finale après publication des résultats

**DATE DE PRODUCTION**

2008-08-30

## Aperçu

---

**RÉSUMÉ**

L'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-III) est la troisième du genre. Elle est une enquête par sondage, représentative au niveau national. Commanditée par le Gouvernement camerounais, elle a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS) en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Le projet EDSC-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) et du Fonds des Nations Unies Pour la Population (UNFPA). En outre, l'EDSC-III a bénéficié de l'apport financier du Gouvernement camerounais et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de logistique.

L'EDSC-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. De nouveaux volets inclus lors de la collecte portent sur la pratique de l'excision et de la circoncision, l'utilisation des moustiquaires, les violences domestiques, et les tests du VIH ainsi que de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDSC-III permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1991 et 1998.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de février à août 2004, 10 462 ménages, 10 656 femmes âgées de 15-49 ans et 5 280 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès, parmi lesquels 5 227 femmes de 15-49 ans et 5 125 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH.

Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (Yaoundé/Douala, Autres villes, et milieu rural) et au niveau des 12 domaines d'étude que sont la ville de Yaoundé, la ville de Douala, la province du Centre hormis Yaoundé (appelée "Centre"), la province du Littoral hormis Douala (appelée "Littoral"), puis les huit autres provinces du pays : Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud et Sud- Ouest.

Moins de la moitié des ménages au Cameroun disposent de l'électricité (47 %). Par rapport à 1991 et 1998, on constate cependant une nette amélioration puisque à ces dates, ce sont respectivement 29 % et 41% des ménages qui en disposaient. Pour l'approvisionnement en eau de boisson, 53 % des ménages sur le territoire national ont accès à l'eau potable en 2004 contre 45 % en 1998. L'enquête s'est intéressée à la survie des parents des enfants de moins de 18 ans. Il en ressort que 56 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette situation est plus fréquente en milieu rural (59 %) qu'en milieu urbain (53 %).

Les indices de parité du genre révèlent l'existence d'une certaine discrimination à l'égard des filles en ce qui concerne la fréquentation scolaire aux niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Cette discrimination semble plus accentuée au niveau d'enseignement secondaire où ce ratio est de 0,86 comparé au niveau primaire où il est de 0,90. L'intensité de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre.

**FÉCONDITÉ**

Niveau de fécondité et tendance. Les données de l'EDSC-III montrent que la fécondité des femmes au Cameroun en 2004 demeure élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnerait naissance en moyenne à 5,0 enfants à la fin de sa vie féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 29 % des filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance, au moins, un enfant ou en sont à leur première grossesse au moment de l'enquête. La fécondité continue de baisser dans la mesure où d'après l'ENF (1978), une femme arrivée en fin de vie féconde avait, en moyenne, 6,4 enfants; l'EDSC-I (1991) et l'EDSC-II (1998) ont respectivement estimé ce nombre à 5,8 enfants et 5,2 enfants alors que d'après l'EDSC-III une femme aurait, en moyenne, 5,0 enfants en fin de vie féconde, soit, au total, 1,4 enfants de moins par rapport au niveau de 1978. Au Cameroun, 3,6 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 35- 49 ans n'ont jamais eu d'enfant et pourraient être considérées comme stériles.

Fécondité différentielle. Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme de Yaoundé/Douala a un niveau de fécondité nettement plus faible (3,2) que celui qui prévaut dans les Autres Villes (4,6) et en zone rurale (6,1). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon importante selon les régions, d'un minimum de 3,7 enfants dans le Sud-Ouest à un maximum de 6,4 dans l'Extrême-Nord. Ce nombre moyen présente des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes (3,5 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 6,3 chez celles sans niveau d'instruction) et le niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme : 3,2 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 6,3 pour celles des ménages les plus pauvres.

### NUPTIALITÉ

Parmi les femmes de 15-49 ans, 67 % étaient en union au moment de l'enquête. La proportion des femmes qui restent encore célibataires à 35-39 ans est de 2 % seulement. Ainsi, le mariage qui demeure le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation est largement répandu au Cameroun. En outre, trois femmes sur dix (30 %) sont en union polygame. L'entrée en union demeure précoce au Cameroun : 22 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union à 15 ans et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 17,6 ans. En 1991 et 1998, ces valeurs étaient de 16,5 ans et 17,4 ans ; il n'y a donc pas eu d'évolution notable dans le calendrier de la primo nuptialité entre les deux dernières enquêtes. Les premiers rapports sexuels se produisent toujours très tôt, puisque l'âge médian est de 16,4 ans, chez les femmes mais en recul par rapport au niveau de 1998 (15,8 ans).

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif ; leur âge médian à la première union étant de 25,2 ans. Quant à l'âge aux premiers rapports sexuels pour les hommes âgés de 25-49 ans, il est resté constant : 18,5 ans en 2004 et 18,3 ans en 1998.

### PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance des méthodes contraceptives. Bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives (90 % en 2004 contre 81 % en 1998), et en particulier les méthodes modernes (90 % en 2004 contre 80 % en 1998), peu de femmes les utilisent.

Prévalence contraceptive. En effet, la prévalence contraceptive des femmes en union est seulement de 26 %, toutes méthodes confondues, et 13 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a augmenté au cours des quatorze dernières années : 16 % en 1991 à 19 % en 1998 et 26 % en 2004 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, la variation est presque constante entre les trois périodes (4 % en 1991, 7 % en 1998 et 13 % en 2004).

Besoins non satisfaits en planification. Bien que ces besoins soient assez importants chez les femmes en union, l'utilisation actuelle de la contraception est relativement faible. Une femme en union sur cinq (20 %) en expriment le besoin et ce, essentiellement, pour l'espacement des naissances (14 %). Actuellement, 56 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union se trouve satisfaite au Cameroun. Si tous les besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive des femmes en union serait de 46 % soit plus de 1,7 fois plus élevée que la prévalence observée.

### SANTÉ DE LA MÈRE

Soins prénatals. En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour la grande majorité (83 %) des naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale auprès de personnel qualifié et que 72 % d'entre elles ont été protégées contre le tétanos néonatal, par au moins une dose de vaccin antitétanique. Environ six naissances sur dix (59 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire, contre 40 % à la maison. Par ailleurs, 62 % des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Les femmes du milieu rural (58 %), celles sans niveau d'instruction (78 %), celles appartenant aux ménages les plus pauvres (71 %) et celles n'ayant reçu aucun soin prénatal (89 %) ont, beaucoup plus fréquemment que les autres, accouché à domicile et sans assistance de personnel formé.

Tendances des soins prénatals. Par rapport à l'enquête de 1998, on note une nette augmentation des proportions de femmes qui ont effectué des visites prénatales (79 % en 1998) et de celles protégées contre le tétanos néonatal (69 % en 1998). On note également une diminution de la proportion de femmes qui accouchent à domicile (44 % en 1998).

## SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccination des enfants. Pour ce qui est de la vaccination des enfants, on constate que la majorité est vaccinée : 86 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 65 % les trois doses de DTCoq, 67 % celles de la Polio et 65 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, près de la moitié des enfants de 12-23 mois (48 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) (sans la fièvre jaune). À l'inverse, seulement 5 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Comparativement à la situation qui prévalait en 1998, on note une nette amélioration de la couverture vaccinale (36 % d'enfants totalement vaccinés en 1998). Les enfants bénéficiant d'une meilleure couverture vaccinale sont ceux de mères instruites, vivant en ville ou qui appartiennent à un ménage aisé.

Maladies de l'enfance. Au Cameroun, les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Un peu plus d'un enfant sur 10 (11 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près d'un quart (24 %) des enfants ont eu la fièvre pendant cette période. S'agissant de la diarrhée, moins d'un enfant sur cinq (16 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 23 % des enfants n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation, et dans 21 % des cas, des soins ont été recherchés au cours de leur maladie.

Possession et utilisation des moustiquaires. L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Les données de l'enquête montrent que seulement un ménage sur cinq (20 %) possède au moins une moustiquaire. C'est à Yaoundé/Douala que près d'un tiers des ménages possède au moins une moustiquaire (31 %) contre seulement 17 % en milieu rural. Dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans et disposant de moustiquaires, seulement 12 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Une proportion quasiment identique plus élevée de femmes enceintes (12 %) a dormi sous une moustiquaire au cours de la nuit ayant précédé l'interview.

## NUTRITION

Allaitement des petits enfants. Plus de neuf enfants sur dix (94 %) nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Bien que la majorité des enfants (60 %) soient allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, dans 62 % des cas, ils ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. L'assistance à l'accouchement et partant, le lieu où celui-ci s'est déroulé, influence légèrement le début de l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé, plus d'un enfant sur trois (35 %) ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance contre 29 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle ou d'une autre personne (21 %). De même, 36 % des enfants nés dans un centre de santé ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance. Quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 27 %.

Sevrage et aliments de compléments. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Cameroun, une proportion importante d'enfants consomme des céréales et des tubercules ou racines avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, 21 % d'enfants ne consomment aucun aliment solide ou semi-solide comme complément nutritionnel en plus du lait maternel.

Supplémentation en vitamine A. La carence en vitamine A (avitaminose A) affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants, affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Elle peut être évitée par des compléments en vitamine A ou l'enrichissement des aliments. Plus de deux enfants sur cinq (38 %) âgés de moins de trois ans ont reçu des compléments de vitamine A. Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence (35 % en milieu rural contre 40 % dans les Autres villes et 44 % à Yaoundé/Douala). Au plan national, seulement 28 % des femmes ont reçu des suppléments en vitamine A deux mois après l'accouchement de leur dernier-né.

Etat nutritionnel des enfants. Les indices concernant l'état nutritionnel montrent que 32 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique modérée, et de 13 % sous sa forme sévère. En plus, 5 % des enfants souffrent de sous-nutrition aiguë modérée, et moins de 1 % sous sa forme sévère. Enfin, la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est de 18 %, et de 4 % pour sa forme sévère.

## MORTALITÉ INFANTILE

Niveau de mortalité et tendance. La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 74 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (29 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 45 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1000 enfants âgés d'un an, 75 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 144 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur sept.

Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisée en 1998 (EDSC-II), le niveau de toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenus en 2004 est sensiblement le même : mortalité infantile de 77 pour mille à l'EDSC-III contre 74 pour mille en 2004 pour les cinq dernières années, mortalité infanto-juvénile de 144 pour mille en 2004 contre 151 pour mille pour les cinq dernières années précédant l'EDSC-II.

Mortalité différentielle. La mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (68 ‰) qu'en milieu rural (91 ‰). L'analyse par région indique de fortes disparités. En effet, la probabilité de mourir entre 0 et 5 ans varie de manière importante d'une région à une autre. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au double, d'un minimum de 58 ‰ dans le Nord-Ouest à un maximum de 111 ‰ à l'Est. Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère. En effet, un enfant dont la mère n'a aucun niveau d'instruction a une probabilité de mourir, avant le premier anniversaire 1,59 fois plus élevée que celle d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (94 ‰ contre 59 ‰).

## EXCISION

Prévalence. La pratique de l'excision est très peu répandue au Cameroun puisque seulement 1,4 % des femmes ont déclaré être excisées. Cependant, on constate des variations selon les catégories de femmes, les proportions les plus élevées se situant à : 2,5 % parmi les femmes de 20-24 ans, 4,8 % parmi les femmes sans niveau d'instruction, 12,7 % parmi les femmes de l'ethnie Arabe- Choa/Peuls/Haoussa/Kanuri, 5,8 % parmi les musulmanes et 4,0 % parmi celles des ménages du second quintile.

Perspectives. Moins d'un pour cent des enquêtées avaient une fille excisée et dans moins d'un pour cent des cas, elles avaient l'intention de la faire exciser. Globalement, 1,5 % des filles des mères enquêtées sont excisées (0,7 %) ou seront excisées (0,8 %) : cette « prévalence » se situe au même niveau que celle des mères (1,4 %), ce qui dénote peu de perspectives de changement dans la pratique de l'excision au Cameroun.

## VIOLENCES DOMESTIQUES

L'EDSC-III montre que plus d'une femme sur deux (53 %) a déclaré avoir subi des violences physiques à un moment quelconque depuis l'âge de 15 ans et, dans 45 % des cas, les femmes ont subi ces actes de violence au cours des douze derniers mois. Le plus fréquemment, l'auteur de ces violences est le mari/partenaire. Quel que soit le type de violence considéré, physique ou sexuelle, les femmes souffrent souvent de conséquences graves : dans 21 % des cas, les violences ont eu pour conséquences des hématomes ou des meurtrissures et même, dans 15 % des cas, des blessures ou des os cassés.

## SIDA ET AUTRES IST

Connaissance du sida. Le VIH/sida est connu par pratiquement toute la population (98 % des femmes et 99 % des hommes). Cependant, bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 62 % d'entre elles ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms lors des rapports sexuels ou en limitant des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté. Chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée (75 %). La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est légèrement plus répandue parmi les hommes (72 %) que les femmes (60 %).

Sida et stigma. Le comportement que les gens adopteraient face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Cette enquête montre que 69 % des femmes ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du sida. La proportion est plus élevée chez les hommes (82 %).\*

Rapports à hauts risques et utilisation du condom. Un des objectifs essentiels du Comité National de Lutte contre le Sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSC-III montre que plus d'un quart des femmes (29 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 62 %. Un peu plus d'un quart de femmes (41 %) et plus de la moitié des hommes (55 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

## PRÉVALENCE DU VIH

Taux de couverture. Les résultats de l'EDSC-III indiquent que plus de 9 personnes sur 10 ont consenti à donner quelques gouttes de leur sang pour être testées sur le VIH. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (90 %). Les taux d'acceptation chez les femmes et les hommes du milieu rural sont nettement plus élevés que chez ceux du milieu urbain. Dans l'ensemble, 95 % des personnes dans les zones rurales ont accepté contre 87 % chez celles des villes (82 % à Yaoundé/Douala et 90 % dans les Autres villes). Le taux de couverture du test du VIH est plus élevé dans le Sud où 96 % des femmes et des hommes ont été testés et moins élevé à l'Est où 90 % des femmes et des hommes ont été testés. D'une manière générale, à l'exception du Nord-Ouest et de l'Ouest, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes, comparé à celui des hommes.

VIH et vulnérabilité des femmes. Les résultats de l'EDSC-III de 2004 montrent que 5,5 % des adultes au Cameroun âgés de 15-49 ans sont séropositifs au VIH. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 6,8 % contre 4,1 %. Il s'en dégage un ratio d'infection entre les hommes et les femmes de 1,7, ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes infectées. Ce chiffre est comparable avec d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, ce qui implique que les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH par rapport aux hommes.

VIH et milieu de résidence. Selon le milieu de résidence, et quel que soit le sexe, le milieu urbain présente un risque d'infection significativement plus élevé au VIH par rapport au milieu rural (tableau 16.4). La prévalence est plus élevée dans les Autres villes (6,9 %) et à Yaoundé/Douala (6,4 %) qu'en milieu rural (4,0 %). Il convient de relever que la prévalence est relativement élevée à Yaoundé (8,3% contre 4,5 % à Douala) tant chez les femmes (10,7 % contre 5,5 %) que chez les hommes (6,0 % contre 3,6 %). L'épidémie du VIH présente de fortes disparités régionales.

Les résultats de l'EDC-III montrent que le Nord-Ouest (8,7 %), l'Est (8,6 %), et le Sud-Ouest (8,0 %), sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. A l'opposé, le Nord (1,7 %) et l'Extême-Nord (2,0 %) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles. Les taux de prévalence sont particulièrement plus élevés chez les femmes du Nord-Ouest (11,9 %), du Sud-Ouest (11,0 %), de Yaoundé (10,7 %) de l'Adamaoua (9,8 %) et de l'Est (9,4 %). Chez les hommes, les taux sont plus élevés à l'Est (7,6 %), au Nord-Ouest (5,2 %), à l'Ouest (5,2 %) et au Sud-Ouest (5,1 %).

#### **TYPE DE DONNÉES**

Sample survey data [ssd]

#### **UNITÉS D'ANALYSE**

Ménage, Individu, Femme (15-49 ans), Hommes(15-59 ans), Enfants(0-6 mois).

## Champ

---

#### **NOTES**

L'EDSC III a permis d'aborder les sujets suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques
- Reproduction
- Fécondité
- Planification familiale
- Nuptialité et exposition au risque de grossesse
- Santé de la mère et de l'enfant
- Paludisme
- Grossesse, soins postnatals et allaitement
- Vaccination et santé des enfants
- Mariage et activité sexuelle
- Préférences en matière de fécondité

- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme
- SIDA et autres IST
- Mortalité maternelle
- Excision
- Relations dans le ménage

**KEYWORDS**

EDS, Santé, Enfant, IST, SIDA, Planification familiale, Reproduction, Sexualité, Femme, Homme

## Couverture

---

**COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE**

L'enquête a une couverture nationale et est représentative pour les milieux urbain et rural ainsi que pour les 12 régions d'étude constituées des 10 provinces, de Douala et Yaoundé.

**UNIVERS**

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (environ 12 000). De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon de 6000 hommes environ de 15-59 ans devait également être enquêté au cours de l'EDSC-III. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH.

En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

## Producteurs et sponsors

---

**INVESTIGATEUR PRINCIPAL**

Nom	Affiliation
Institut National de la Statistique (INS)	Ministère de la planification de la programmation du développement et de l'aménagement du territoire (MINPLADAT)

**AUTRE(S) PRODUCTEUR(S)**

Nom	Affiliation	Rôle
ORC Macro, Calverton, Maryland, U.S.A	Organisation Internationale	Assistance technique

**FINANCEMENT**

Nom	Abbréviation	Rôle
Gouvernement		Financement
ORC Macro, Calverton, Maryland, U.S.A		Financement
Banque Mondiale	BM	Financement
USAID	USAID	Financement
UNICEF	UNICEF	Financement
UNFPA	UNFPA	Financement

**AUTRES REMERCIEMENTS**

Nom	Affiliation	Rôle
-----	-------------	------

Nom	Affiliation	Rôle
Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)	Institution nationale	Gestionnaire du projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, à travers lequel la BM a accordé son appui financier
Bureau Central des Recensements des Études de la Population (BUCREP)	Institution nationale	Base de sondage et tirage des cartes
Centre Pasteur du Cameroun (CPC)	Institution nationale	Test VIH

## Production des métadonnées

### MÉTADONNÉES PRODUITES PAR

Nom	Abbréviation	Affiliation	Rôle
Institut National de la Statistique	INS	Ministère de l'économie de la planification et de l'aménagement du territoire (MINEPAT)	Producteur, diffuseur
OCDE/Paris21	OCDE/Paris21	OCDE	Appui technique et financier
TCHAKOUTE NGOHO Romain		INS	Développement de l'archive

### DATE DE LA PRODUCTION DES MÉTADONNÉES

2008-08-30

### VERSION DU DOCUMENT DDI

Version 2.2 (Août 2008):

Cette version a été finalisée (mise à jour) à Kribi au cours d'un atelier de production des archives des enquêtes et recensements.

### ID DU DOCUMENT DDI

CMR-INS-EDS3-2004

## Echantillonnage

### Méthode d'échantillonnage

---

Le Cameroun avait envisagé de réaliser un recensement général de la population et de l'habitat en novembre 2003. Le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP) a préparé un fichier des zones de dénombrement (ZD) pour les besoins du recensement. Ce fichier contenant environ 17 500 ZDs a été utilisé comme base de sondage pour l'EDSC-III. Les ZD contiennent des informations sur leur identifiant, leur milieu de résidence (urbain ou rural) et leur taille en terme de nombre de ménages<sup>2</sup>. Chaque ZD a une carte déterminant sa position et ses limites. La base de sondage est stratifiée selon le domaine d'étude et le milieu de résidence (urbain/rural). En total vingt-deux strates d'échantillonnage ont été créées, parmi lesquels les domaines de Douala et de Yaoundé n'ont que de milieu urbain.

L'échantillon de l'EDSC-III est un échantillon aéroaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la ZD telle que définie pour les besoins du recensement en préparation. Chaque domaine a été séparé en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate.

Au premier degré, 466 ZDs ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans la ZD pendant l'opération de cartographie pour le recensement. Un dénombrement des ménages dans chaque ZD sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré.

Avant le dénombrement des ménages, chaque grande ZD a été divisée en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de la ZD.

Au second degré, dans chacune des ZD sélectionnées au premier degré, un nombre variant de ménages (entre 10 et 50) sont sélectionnés pour arriver auto-pondéré à l'intérieur de chacune des strates d'échantillonnage, avec un tirage systématique de probabilité égale à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement.

En moyenne, 22 ménages sont sélectionnés dans une ZD urbaine et 28 ménages dans une ZD rurale. Au total, 11584 ménages sont sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes.

Tous les membres des ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire du ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifiée dans le ménage, est également enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur deux est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés.

Au total, 466 ZDs ont été sélectionnées, dont 244 dans le milieu urbain et 222 dans le milieu rural. Pour les ménages, 11 584 sont sélectionnés au total, dont 5 368 dans le milieu urbain et 6 216 dans le milieu rural.

### Ecarts au plan de sondage

---

Des 466 grappes sélectionnées dans le cadre de l'EDSC-III, une seule n'a pu être enquêtée, car elle se trouvait dans la province de l'Extrême-Nord et que sa population était en transhumance ; seuls 4 ménages sur 10 ont été couverts.

### Taux de réponse

---

Parmi les 10 719 ménages identifiés et présents au moment de l'enquête, 10 462 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,6 %.

Parmi les 11 304 femmes éligibles, 10 656 ont été enquêtés soit un taux de réponse de 94,3%.

Parmi les 5 676 hommes éligibles, 5 280 ont été enquêtés soit un taux de réponse de 93%.

### Pondération

---

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate.

Au premier degré on a la probabilité d'inclusion de la grappe  $i$  dans l'échantillon ( $p_1$ ).

Au deuxième degré on a la probabilité qu'un ménage  $i$  d'une ZD soit tirée parmi les ménages dénombrés dans cette ZD

(p2).

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates des taux de pondération sont alors utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Pour chaque strate d'échantillonnage, le taux de pondération pour les individus dans la même strate est le même car l'échantillon est auro-pondéré à l'intérieur de chaque strate.

Le taux de pondération pour les individus dans la strate  $h$  a été calculé comme l'inverse de la probabilité que son ménage soit tiré ( $1/p_1p_2$ ).

# Questionnaires

## Aperçu

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSC-III : 0.  
 le questionnaire ménage ; <  
 le questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ;  
 le questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

Ces trois instruments ont été calqués sur les questionnaires développés dans le cadre du programme international DHS, et ont été adaptés aux spécificités et aux besoins du Cameroun. Ces questionnaires étaient disponibles en versions française et anglaise. Ces versions ont également été testées et améliorées au cours du pré-test et de la formation principale avant leur utilisation pour l'enquête principale. Les questionnaires comprenaient pour la première fois un module sur le paludisme, un module sur l'excision et un module du VIH/sida. Ces modules ont permis d'obtenir les informations nécessaires au calcul des indicateurs de suivi et évaluation recommandés par les organisations internationales compétentes en la matière. Enfin, le module de DHS sur la mortalité adulte a été ajouté de façon à examiner l'impact de l'épidémie du Sida sur les niveaux de mortalité des adultes.

### Questionnaire ménage

Ce questionnaire permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et la survie des parents. Par ailleurs, dans un ménage sur deux, le questionnaire ménage a permis aussi d'enregistrer les mesures anthropométriques (le poids et la taille) de toutes les femmes de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 6 ans ; de même, au moyen du questionnaire ménage, on a mesuré le niveau d'hémoglobine des enfants de moins de 6 ans, des femmes et des hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Ce même prélèvement a servi pour le test du VIH/sida. Il faut noter que le consentement des enquêtés était requis pour les tests d'hémoglobine et du VIH/sida chez les femmes et chez les hommes. Enfin, par le biais du questionnaire ménage, on a également collecté certaines caractéristiques des logements qui ont été utilisées pour évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui ont été enquêtés individuellement.

Cependant, l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un ménage sur deux, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans). Le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité). En outre, le questionnaire comprend, en page de garde, la localisation du ménage (province, département, arrondissement, district, quartier ou village), le nombre de visites effectuées par l'enquêteur et le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

### Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme, qui constitue le cœur de l'EDSC-III, a été élaboré sur la base du questionnaire modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les onze sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur plusieurs thèmes (Caractéristiques socio-démographiques, Reproduction, Planification familiale, Grossesse, soins postnatals et allaitement, Vaccination et santé des enfants, Mariage et activité sexuelle, Préférences en matière de fécondité, Caractéristiques du conjoint et travail de la femme, SIDA et autres IST, Mortalité maternelle, Excision, Relations dans le ménage).

### Questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme, qui est une forme allégée du questionnaire individuel femme ne comporte que six sections. Il permet de collecter des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, le mariage et l'activité sexuelle, le VIH/sida et les autres IST, l'excision et la mortalité maternelle.

## Collecte des données

### Dates de la collecte des données

Début	Fin	Cycle
2004-02-23	2004-06-20	N/A

### Période

Début	Fin	Cycle
2004-02-23	2004-06-20	N/A

### Mode de collecte de données

Face-to-face [f2f]

#### NOTES SUR LA COLLECTE DES DONNÉES

##### Enquête pilote

Le pré-test s'est déroulé entre novembre et décembre 2003. Au cours de l'enquête pilote, 28 agents enquêteurs et enquêtrices ont été retenus pour suivre une formation de 25 jours. La phase sur le terrain à durée 10 jours s'est déroulé dans 4 zones d'enquête ne faisant parti des zones de l'échantillon principal.

A l'issu de cette phase certaine erreur dans les questionnaires, certaines imprécisions dans les traductions des documents et les lacunes de la formations des enquêteurs ont été identifié. A partir de ces enseignements, il a été possible de préparer la version finale des questionnaires, des instructions de l'enquête et la finalisation des lexiques de traduction en langues nationales.

##### Formation et enquête principale

La formation du personnel a duré six semaines sur la période allant du 12 janvier au 22 février 2004 : quatre semaines pour la formation des enquêteurs en salle, une semaine pour celle des techniciens et la pratique en salle en langues officielles et nationales pour les non techniciens et une semaine de pratique de terrain dans les zones non sélectionnées pour l'enquête principale de la ville de Yaoundé et ses environs (Mbankomo, Nomayos et Tsinga village). La formation consistait, d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'interview et d'enregistrement des informations et, d'autre part, en des exercices sur la façon de remplir les questionnaires. La formation a été essentiellement dispensée en français et, par la suite, des compléments ont été donnés en anglais et en langues nationales par le lexique confectionné lors du pré-test. En outre, différents spécialistes dans les domaines de la santé de la reproduction, la vaccination, la nutrition, la promotion de la femme, de la protection sociale et du VIH/sida ont donné aux enquêtrices des informations complémentaires dans leurs domaines de compétence. Par ailleurs, la pratique des mesures anthropométriques et celles des prélèvements s'est déroulée dans des centres de santé (Hôpital Général, le Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya, Hôpital de district de Nkoldongo, Hôpital de district Biyem Assi, Hôpital de district d'Efoulan et le Centre de Promotion de Femme de Tsinga).

Cette formation a été suivie par environ 100 personnes recrutées par l'INS. Des tests d'évaluation effectués au cours de la formation ont permis de retenir 84 agents de terrain. Parmi eux, 56 ont aussi reçu la formation de techniciens (chargés de faire les prélèvements sanguins). Ces agents de terrain étaient repartis en 14 équipes composées d'un chef d'équipe, d'une contrôleuse, de trois enquêtrices et d'un enquêteur.

Les personnes sélectionnées en qualité de chefs d'équipes et contrôleuses ont suivi une formation supplémentaire de trois jours leur permettant d'assumer efficacement leurs rôles.

La collecte des données a démarré par la couverture des grappes de Yaoundé par toutes les équipes. Chacune des équipes constituées a couvert deux grappes de l'échantillon dans la ville de Yaoundé ; ce qui a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne soient déployées dans leurs zones de travail respectives. La collecte s'est achevée durant la troisième semaine du mois d'août 2004.

##### Enquêteurs

Nom	Abbréviation	Affiliation
Institut National de la Statistique	INS	Ministère de la planification de la programmation du développement et de l'aménagement du territoire (MINPLADAT)

##### Supervision

Dans le cadre du suivi des travaux sur le terrain, des missions de supervision ont été organisées régulièrement. Les membres de l'équipe technique ont assuré cette supervision des activités de terrain. Les missions de supervision avaient pour but d'évaluer les conditions de travail de chaque équipe, de contrôler la qualité du travail, de résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les équipes, de les ravitailler en matériel, et de rapporter à Yaoundé les questionnaires remplis.

#### Traitements des données

La saisie des données sur micro ordinateur a débuté juste après le démarrage de l'enquête sur le terrain. Elle a été effectuée par 20 agents de saisie assistés de 4 agents de vérification.

Les questionnaires étaient renvoyés régulièrement du terrain à l'INS à Yaoundé où des agents de bureau étaient chargés de leur vérification. Ils étaient ensuite transmis à l'atelier de saisie. Les données ont été saisies en utilisant le logiciel CSPRO, développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le Programme DHS, et le Serpro S.A. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient répercutées aux équipes sur le terrain, au jour le jour quand cela était possible et lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées en octobre 2004, suite à une mission d'un expert informaticien de l'ORC Macro venu pour la vérification finale.

## Evaluation des données

### Estimation des erreurs d'échantillonnage

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que des dispositions particulières aient été prises pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDSC-III, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDSC-III n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne peut pas être mesurée exactement, mais elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreurtype peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans les quels devrait se trouver la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95%.

Si l'échantillon 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'EDSCIII étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

Autres types d'évaluation des données

## Documentation de l'étude Questionnaires Questionnaire global de l'EDS III(Ménage, femme, homme)

Titre Questionnaire global de l'EDS III(Ménage, femme, homme)  
 Auteur(s) Institut National de la Statistique  
 Pays Cameroun  
 Contributeur(s) Macro, CNLS, CPC  
 Nom du fichier QUESTIONNAIRE/QUESTIONNAIRES\_EDS2004.pdf

## Questionnaire ménage

Titre Questionnaire ménage  
 Auteur(s) Institut National de la Statistique  
 Pays Cameroun  
 Contributeur(s) Macro, CNLS, CPC  
 Description Questionnaire pour les ménages  
 Nom du fichier QUESTIONNAIRE/Questionnaire\_menageEDS2004.pdf

## Questionnaire individuel pour femme

Titre Questionnaire individuel pour femme  
 Auteur(s) Institut National de la Statistique  
 Pays Cameroun  
 Contributeur(s) Macro, CNLS, CPC  
 Nom du fichier QUESTIONNAIRE/Questionnaire\_femmeEDS2004.pdf

## Questionnaire individuel pour homme

Titre Questionnaire individuel pour homme  
 Auteur(s) Institut National de la Statistique  
 Pays Cameroun  
 Contributeur(s) Macro, CNLS, CPC  
 Nom du fichier QUESTIONNAIRE/Questionnaire\_hommeEDS2004.pdf

## Rapports Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004

Titre Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004  
 Auteur(s) Institut National de la Statistique Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire Yaoundé, Cameroun ORC Macro Calverton, Maryland, USA  
 Date 2005-06-01  
 Pays cameroun  
 Contributeur(s) Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Cameroun (EDSC-III) de février à août 2004 par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Comité National de Lutte contre  
 Editeur(s) ORC Macro Calverton, Maryland, USA  
 Description Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Cameroun (EDSC-III) de février à août 2004 par l'Institut National de la Statistique (INS).

Liste des tableaux et des graphiques.....	ix	
Préface.....	xvii	
Remerciements.....	xix	
Résumé.....	xxi	
Carte du Cameroun.....	xxx	
<b>CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE</b>		
Paul Roger LIBITE et Eric JAZET		
1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS.....	1	
1.1.1 Situation géographique.....	1	
1.1.2 Organisation politico administrative.....	2	
1.1.3 Aperçu socio-économique.....	2	
1.1.4 Milieu humain et démographie.....	3	
1.1.5 Politique de population.....	4	
1.1.6 Politique de santé.....	5	
1.2 METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	8	
1.2.1 Organisation de l'EDSC-III.....	8	
1.2.2 Objectifs de l'EDSC-III.....	8	
1.2.3 Questionnaires.....	9	
1.2.4 Échantillonnage.....	11	
1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH.....	13	
1.2.6 Personnel de l'EDSC-III.....	14	
1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSC-III.....	14	
<b>CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES</b>		
Claude TCHAMDA et Thio'ni NKAKOB		
2.1 ENQUÊTE MÉNAGE.....	18	
2.1.1 Structure par sexe et âge de la population.....	18	
2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES.....	19	
2.3 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE.....	22	
2.4 CONDITIONS DE VIE.....	29	
<b>CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTES</b>		
Eric JAZET et Anaclet DZOSSA		
3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTES.....	35	
3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	38	
3.3 ALPHABÉTISATION.....	40	
3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS.....	44	
3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE.....	46	
3.6 STATUT DE LA FEMME.....	52	
3.6.1 Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage.....	52	
3.6.2 Prise de décision dans le ménage.....	54	
3.6.3 Opinion des femmes sur la violence conjugale.....	56	
3.6.4 Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels.....	57	
<b>CHAPITRE 4 FECONDITE</b>		
Paul Roger LIBITE		
4.1 NIVEAU DE LA FECONDITE ET FECONDITE DIFFÉRENTIELLE.....	62	
4.2 TENDANCES DE LA FECONDITE.....	66	
4.3 PARITE ET STÉRILITÉ PRIMAIRE.....	69	
4.4 GROSSESSES IMPRODUCTIVES.....	71	
4.5 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....	74	
4.6 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE.....	76	
4.7 FECONDITE DES ADOLESCENTES.....	78	
<b>CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE</b>		
Martin TSAFACK et Robert SIMO KENGNE		
5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION.....	86	
5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	86	
5.2.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque.....	86	
5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception.....	87	
5.3 PRÉVALENCE SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME.....	91	
5.4 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION.....	92	
5.5 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE.....	93	
5.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION.....	95	
5.7 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION.....	96	
5.8 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....	99	
5.9 CONTACT DES NON UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION AVEC DES PRESTATAIRES DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	101	
5.10 OPINIONS ET ATTITUDES DES COUPLES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	103	
5.10.1 Discussion de la planification familiale avec le conjoint.....	103	
5.10.2 Opinion des couples face à la planification.....	104	
<b>CHAPITRE 6 NUPITALITÉ ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE</b>		
Marie Antoinette FOMO		
6.1 ÉTAT MATRIMONIAL.....	107	
6.2 POLYGAMIE.....	109	
6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION.....	111	
6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS.....	114	
6.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE.....	118	
6.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE.....	121	
6.7 MENOPAUSE.....	124	
<b>CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FECONDITE</b>		
Marie Antoinette FOMO, Anaclet DZOSSA et Antoine KAMDOUN		
7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES).....	125	
7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	128	
7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS.....	130	
7.4 PLANIFICATION DE LA FECONDITE.....	133	
7.5 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS, BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE, SELON LE STATUT DE LA FEMME.....	136	
<b>CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT</b>		
Monique BARRÈRE		
8.1 SOINS PRÉNATAUX, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES.....	139	
8.1.1 Soins prénataux.....	139	
8.1.2 Accouchement.....	144	
8.1.3 Examens postnatals.....	148	
8.1.4 Santé de la reproduction et statut de la femme.....	150	
8.1.5 Tendances.....	151	
8.2 VACCINATION DES ENFANTS.....	152	
8.3 MALADIES DES ENFANTS.....	157	
<b>CHAPITRE 9 PALUDISME</b>		
Jean Christian YOUNG et Monique BARRÈRE		
9.1 SITUATION DU PALUDISME ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN.....	165	
9.2 PRÉVENTION DU PALUDISME.....	167	
9.2.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages.....	167	
9.2.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans, l'ensemble des femmes et les femmes enceintes.....	170	
9.2.3 Chimio-prévention chez la femme enceinte.....	173	
9.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.....	175	
<b>CHAPITRE 10 ALLAITEMENT MATERNEL, ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES</b>		
Daniel SIBETCHEU, Marie Antoinette FOMO, Paul Roger LIBITE et Eric JAZET		
10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT.....	179	
10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS ET PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE.....	188	
10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages.....	188	
10.2.2 Consommation de micronutriments chez les enfants.....	189	
10.2.3 Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes.....	192	
10.2.4 Prévalence de l'anémie.....	194	
10.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES.....	199	
10.3.1 État nutritionnel des enfants.....	199	
10.3.2 État nutritionnel des femmes.....	207	
<b>CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS</b>		
Paul Roger LIBITE		
11.1 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS.....	213	
11.2 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES.....	216	
11.3 DIFFÉRENTIELS DE MORTALITÉ DES ENFANTS ET STATUT DE LA FEMME.....	220	
<b>CHAPITRE 12 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE</b>		
Bernard BARRÈRE		
12.1 COLLECTE DES DONNÉES.....	225	
12.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES.....	226	
12.3 ESTIMATION DE LA MORTALITÉ ADULTE.....	229	
12.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE.....	231	
<b>CHAPITRE 13 EXCISION</b>		
Monique BARRÈRE		
13.1 CONNAISSANCE ET PRÉVALENCE DE L'EXCISION.....	235	
13.2 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION.....	238	
<b>CHAPITRE 14 VIOLENCE DOMESTIQUE</b>		
Jean Pierre MAKANG, Paulette BEAT SONGUE et Ghislain GEUWOU		
14.1 VIOLENCE DOMESTIQUE.....	244	
14.1.1 Méthodologie.....	244	
14.1.2 Violence physique depuis l'âge de 15 ans.....	246	
14.1.3 Violence physique pendant la grossesse.....	248	
14.1.4 Contrôle exercé par le mari/partenaire.....	251	
14.2 VIOLENCE CONJUGALE.....	251	
14.2.1 Prévalence de la violence exercée par les conjoints.....	251	
14.2.2 Fréquence de la violence conjugale récente.....	253	
14.2.3 Premier épisode de violence conjugale.....	255	
14.2.4 Conséquences de la violence et recherche d'assistance.....	255	
14.2.5 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques conjoints.....	258	
14.2.6 Violences des femmes contre leur conjoint.....	260	
<b>CHAPITRE 15 CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DES IST/SIDA</b>		
Monique BARRÈRE		
15.1 CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES.....	261	
15.1.1 Connaissance des moyens de prévention et de transmission.....	263	
15.1.2 Stigmatisation.....	269	
15.2 POPULATION AVANT EFFECTUÉ UN TEST DE VIH/SIDA.....	272	
15.3 RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM.....	275	
15.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	279	
15.5 OPINIONS.....	280	
15.6 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES.....	284	
15.6.1 Connaissance.....	284	
15.6.2 Comportements sexuels.....	286	
<b>CHAPITRE 16 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS</b>		
Dr Jemba J. MOSOKO et Dr Gislaine A. N. AFFANA		
16.1 PROTOCOLE DE TEST DU VIH.....	294	
16.1.1 Collecte.....	295	
16.1.2 Procédures de laboratoire.....	295	
16.1.3 Traitement informatique et restitution des résultats.....	297	
16.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH.....	298	
16.3 PRÉVALENCE DU VIH.....	301	
16.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	301	
16.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques.....	304	
16.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risque.....	305	
16.3.4 Prévalence du VIH et autres facteurs à risque.....	307	
16.3.5 Prévalence du VIH et circoncision.....	308	
16.3.6 Prévalence du VIH parmi les couples.....	310	
16.3.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes.....	312	
<b>RÉFÉRENCES.....</b>		315
<b>PERSONNEL DE L'EDSC-III 2004.....</b>		319
<b>INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS - EDSC-III.....</b>		323

Nom du fichier RAPPORT/RapportEDS2004.pdf

## Documents techniques Qualité des données

Titre Qualité des données

Auteur(s) Institut National de la Statistique Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire Yaoundé, Cameroun

Date 2005-06-01

Pays Cameroun

Contributeur(s) ORC Macro

Editeur(s) ORC Macro

Description C'est un ensemble de tableau qui permette d'évaluer la qualité des données collectées au cours de l'EDSIII

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages  
Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées  
Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Documents techniques Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement  
Tableau C.4 Naissances par année de naissance  
Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours  
Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Nom du fichier DOCUMENT\_TECHNIQUE/ERREURS\_DE\_SONDAGE.pdf

## Erreurs de sondage

Titre Erreurs de sondage

Auteur(s) Institut National de la Statistique Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire Yaoundé, Cameroun

Date 2005-06-01

Pays Cameroun

Contributeur(s) ORC Macro

Editeur(s) ORC Macro

Description Ce document décrit le plan de sondage et le processus d'évaluation de l'erreur de sondage.

Nom du fichier DOCUMENT\_TECHNIQUE/Qualite\_de\_donnees.pdf

## Autres ressources INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS - EDSC-III

Titre INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS - EDSC-III

Auteur(s) Institut National de la Statistique Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire Yaoundé, Cameroun ORC Macro Calverton, Maryland, USA

Date 2005-06-01

Pays Cameroun

Contributeur(s) ORC Macro

Editeur(s) ORC Macro Calverton, Maryland, USA

Description INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS - EDSC-III

Documents techniques listes des indicateurs sur les enfants

Nom du fichier TABLEAU/INDICATEURS.pdf