



IFORD



BANQUE MONDIALE

---

---

**ENQUETE DE BASE DE L'EVALUATION DE L'IMPACT DU  
FINANCEMENT BASE SUR LE RESULTAT DANS LE SEC-  
TEUR DE LA SANTE**

---

---

*Réalisée par :*

***L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES  
(IFORD)***

**- RAPPORT FINAL -**

*Yaoundé, Mai 2013*

## **REMERCIEMENTS**

Ce rapport a été produit par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) en exécution d'un contrat avec la Banque mondiale, bureau de Cameroun, dans le cadre de l'évaluation d'impact du projet de Financement Basé sur les Résultats en Santé. L'enquête qui a donné lieu à présent rapport de l'IFORD a bénéficié (i) de la collaboration technique de la Banque mondiale dans le développement des outils et de la méthodologie de l'enquête, et (ii) de l'appui organisationnel du Ministère de la Santé Publique à travers l'unité de coordination du projet basée à Yaoundé et les directions régionales de la santé dans la zone de recherche (régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Est du Cameroun).

L'IFORD et la Banque mondiale remercient tous les acteurs aux différents niveaux (central, régional, district, et des formations sanitaires périphériques) qui n'ont ménagé aucun effort pour faciliter l'exécution des enquêtes sur le terrain. Les remerciements s'adressent en particulier aux Délégués Régionaux et aux équipes régionales qui se sont mobilisés et ont accompagné le travail de recherche dans leurs régions respectives. Ils s'adressent ensuite aux médecins-chefs des districts sanitaires et au personnel de santé des formations sanitaires qui ont accueilli et guidé les équipes d'enquête sur le terrain. Les remerciements vont aussi à l'endroit des autorités politico-administratives, des leaders communautaires et des personnes au niveau des villages qui ont relayé l'information sur l'enquête, facilitant ainsi l'acceptation par les populations de l'enquête. Enfin, aux personnes enquêtées, nous disons merci pour la confiance faite aux objectifs de l'enquête et aux enquêteurs.

## EQUIPE DE RECHERCHE

NOM ET PRÉNOM	INSTITUTION	DOMAINE D'EXPERTISE	RESPONSABILITÉ
<b>Dr. ZOURKALEINI Younoussi</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Coordonnateur Général
<b>Dr. NGANAWARA Didier</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Coordonnateur de la collecte des données
<b>Dr. NOUETAGNI Samuel</b>	IFORD	Démographe expert en système d'information sociodémographique	Coordonnateur de la saisie et du traitement des données
<b>Dr. BENINGUISSE Ger-vais</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Coordonnateur de l'analyse des données
<b>Dr. NGAMBI Marquise</b>	Ministère de la Santé Publique	Médecin, expert en santé publique et en santé maternelle et infantile	Coordonnatrice des aspects biomédicaux
<b>Mme KOUAM CHOUAPI Nadège</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistante pour la collecte, le traitement et l'analyse des données
<b>Mr SEKE KOUASSI De Syg</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistant pour la collecte, le traitement et l'analyse des données
<b>Mme OUEDRAOGO Ha-bibou</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistante pour la collecte, le traitement et l'analyse des données
<b>Mr. TANANG Patrice</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistante pour la collecte, le traitement et l'analyse des données
<b>Mr. NSOAMBODO Pierre</b>	IFORD	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistante pour la collecte, le traitement et l'analyse des données
<b>Mr SAIDOU HAMADOU</b>	Ministère du Plan, de l'Economie et de l'Aménagement du Territoire	Démographe, expert en système d'information sociodémographique	Assistant pour la collecte, le traitement et l'analyse des données



## SYNTHESE DES RESULTATS

L'enquête de base a pour but de décrire la situation de départ du processus d'évaluation de l'impact par des indicateurs pertinents qui feront l'objet d'un suivi dans le temps parallèlement à la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance (FBP). Elle a couvert 14 districts de santé dans trois régions pilotes du Cameroun : l'Est, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest. Elle comprenait un volet auprès des ménages et un autre auprès des formations sanitaires.

Au niveau des ménages elle a porté sur 3874 ménages au sein desquels 5296 femmes en âge de procréer (15-49 ans), 3380 femmes non-enceintes au moment de l'enquête mais qui ont un enfant né au cours des deux années précédant l'enquête et 5867 enfants de moins de cinq ans ont été enquêtés.

Au total 231 formations sanitaires (publiques et privées) ont été enquêtées. Environ 2000 agents de santé travaillaient en leur sein. Parmi ceux-ci 517 (dont 166 hommes et 351 femmes) ont été enquêtés. Au niveau de ces formations sanitaires, 319 observations directes et interviews en sortie de consultation prénatale (CPN), 237 observations directes et interviews en sortie de consultation d'enfants de moins de 5 ans et 345 interviews en sortie de consultation de personnes de plus de 5 ans avaient pu être réalisés.

La taille moyenne des ménages dans l'ensemble des trois régions est estimée à 5,8 personnes. Cette moyenne est de 3,4 personnes à l'Est, 7,4 au Nord Ouest et 6,2 au Sud Ouest. La majorité (71%) de la population d'âge compris entre 6 et 24 ans fréquente l'école au cours de l'année scolaire 2011/2012. Ce niveau de fréquentation est sensiblement le même dans le Sud Ouest (71%) et le Nord Ouest (72%) mais une légère différence semble s'observer avec la région de l'Est (67%). Cette fréquentation scolaire est moins régulière pour certains élèves ou étudiants. Au cours des 30 derniers jours, précédant l'enquête, elle a été régulière pour seulement environ 52% de la population d'âge compris entre 6 et 24 ans. Les raisons pour ces absences sont diverses et variées. Mais, les raisons liées à la santé ne sont pas négligeables. Dans l'ensemble, plus de 10% des absences seraient liées à des problèmes de santé. Cette proportion passe à 18% dans le Sud Ouest et tombe à 8% et 6,5% respectivement pour l'Est et le Nord Ouest.

Lorsque les personnes exercent une activité économique, des jours semblent également être perdus pour des raisons de santé. Dans l'ensemble, 81,8% de la population enquêtée a déclaré s'absenter entre 1 à 7 jours de son lieu de travail pour des raisons de santé au cours des 12 derniers mois. Cette proportion se situe à 11,2%, 3,2% et 3,8% respectivement pour les jours d'absence comprise entre 8-14 jours, entre 15-21 et entre 22-30. Cet état de santé semble également peser sur les dépenses des ménages. En moyenne 8% des dépenses mensuelles des ménages sont dues à des raisons de santé. On peut noter que peu de travailleurs bénéficient

d'une assurance maladie ; seulement 4% dans l'ensemble des trois régions. Ainsi pour faire face aux dépenses de santé il arrive qu'une majorité des ménages s'endette (78,3%) lorsque le bétail ou les biens ne sont pas mis sur le marché pour faire face à des problèmes de santé. Ainsi, dans l'ensemble, plus du tiers des ménages déclarent avoir vendu des biens ou du bétail pour faire face aux dépenses de santé. Il arrive même que le matériel agricole ou un terrain soit vendu pour assurer la prise en charge des soins de santé mais les bâtiments sont rarement mis en jeu (moins de 2%).

Devant ces difficultés financières en cas de maladie, moins de la moitié (42%) font recours à un personnel médical. Ce recours est souvent tardif car c'est à peine un quart des personnes qui font recours à un personnel médical dans les 24h, près du tiers (30%) attendent entre 24 et 48h dans la même semaine et 13% déclarent que ce temps d'attente se situerait à 15 jours ou plus. On peut noter que la cherté des prestations de services de santé est la raison principale du non recours aux soins.

Le premier contact avec la formation sanitaire (FOSA) des femmes enceintes enquêtées se situent autour de 13 semaines d'aménorrhée (4,4 mois). La grande majorité (92,6%) des femmes enceintes ont eu recours à la CPN mais la proportion des femmes ayant effectué les 4 CPN est seulement de 75,6%. Le coût trop élevé de la CPN a été la première raison de non recours à la CPN. Ainsi, environ 44% des femmes interrogées estiment que la barrière financière est leur raison de leur non recours. Toutefois, lors de la CPN, 98,3% des femmes enquêtées ont déclaré avoir effectué le test de dépistage du VIH et 92,1% ont déclaré avoir reçu le vaccin antitétanique.

Dans l'ensemble, la proportion des femmes ayant effectué un accouchement en présence d'un personnel de santé dans ces trois régions est de 87,3%. Parmi les raisons de non recours, la barrière financière est évoquée en premier, soit 30,2% des femmes enquêtées. L'accessibilité géographique a aussi été relevée comme raison de l'accouchement des femmes en dehors des FOSA, 13,8% des femmes estiment que la FOSA était trop loin. Parmi les femmes n'ayant pas accouché dans une FOSA, certaines ont quand même eu recours aux soins post-natals dans une FOSA : près de deux tiers des femmes n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins post-natals, soit 65,4%. Cela peut être pour des raisons médicales ou pour faciliter l'accès aux documents administratifs comme l'acte de naissance.

Dans l'ensemble des trois régions, 21,1% des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête affirment avoir eu des complications obstétricales. Les femmes résidentes de la région du Sud-Ouest ont beaucoup plus souffert des complications obstétricales (26,5%) comparées à leurs congénères résidentes des régions de l'Est (19,7%) et du Sud-Ouest (17,4%).

Environ 3,5% des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête ont donné naissance à un mort né. Cette proportion est relativement plus élevée dans les régions de l'Est (4,6%) et du Sud-Ouest (4,0%) et un peu moins dans la région du Nord-Ouest (2,1%)

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans non enceintes au moment de l'enquête, 12,3% utilisaient, au moins, une méthode contraceptive moderne au moment de la collecte. Seulement 51,8% de ces utilisatrices se sont adressées à un personnel de santé (40,8%) ou en pharmacie (11%) pour se procurer une méthode et près de la moitié des utilisatrices (48,2 %) se sont procuré leur méthode dans le secteur informel.

On peut souligner que 38,2% des femmes enceintes au moment de l'enquête déclarent que leur grossesse en cours est inopportune (n'arrive pas au bon moment). A coté des femmes enceintes, 14% des femmes non enceintes et non utilisatrices de la contraception déclarent que l'occurrence d'une éventuelle grossesse pourrait constituer un problème.

Les résultats des tests d'anémie réalisés auprès d'un échantillon de 1508 femmes en âge de procréer et ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête révèlent, dans l'ensemble des trois régions, que 3,8% d'entre elles souffraient d'anémie. La prévalence de l'anémie varie d'une région à l'autre et se situe à 5% dans le Nord-Ouest, 3,7% dans la région de l'Est et 2,3% dans la région du Sud-Ouest.

Le résultat du test rapide du paludisme réalisé au moment de l'enquête indique que 5,1% des femmes ayant participé au test souffraient de paludisme dans l'ensemble des trois régions. Toutefois, si moins de 1% d'entre elles souffraient de paludisme dans la région du Nord-Ouest, 7,5% des femmes diagnostiquées souffraient de paludisme dans la région de l'Est et 8,7% au Sud-Ouest.

La couverture vaccinale pour tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) est estimée à 71,3%. Elle est de 59 % dans la région de l'Est, 82,7 % dans le Sud-Ouest et 72,3 % dans la région du Nord-ouest. Au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête, 10,1% des enfants de 11-59 mois ont été suivis dans leur croissance dans une formation sanitaire. Les régions du Nord-Ouest (13,3%) et du Sud-Ouest (14,9%) enregistrent les niveaux de suivi les plus élevés comparées à la région de l'Est (4,1%).

La prévalence de l'anémie, chez les enfants, dans l'ensemble des trois régions est 6,7%. La région de l'Est enregistre la plus forte prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans (8,3%), suivie par la région du Sud-Ouest (6,4%) et enfin celle du Nord-Ouest (5,5%). Au moment de l'enquête 2,1% d'enfants de moins de cinq ans ont été diagnostiqués comme souffrant du paludisme. La prévalence du paludisme se situe au-dessus de cette moyenne dans les régions du Sud-Ouest (4,3%) et de l'Est (2,2%), tandis que moins de 1% d'enfants en sont victimes dans le Nord-Ouest.

Le nombre moyen de personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans les FO-SA est de 1,6, 2,7 et 3,3 respectivement à l'Est, Sud-Ouest et au Nord Ouest.

Dans l'ensemble presque toutes les formations sanitaires disposent d'une salle spécifiquement pour les consultations externes soit 96,5%, et 87,2% des FO-SA sont dotées de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés. A peine la moitié des FO-SA (51,3%) possè-

dent une salle dotée d'un lavabo avec une source d'eau et du savon et moins d'un tiers des FOSA présentent des affiches sur les étapes de la procédure de décontamination.

Aussi la distance moyenne séparant l'ensemble des FOSA de leur FOSA du niveau supérieur la plus proche est de 28 kilomètres. Dans la région du Nord-Ouest, seulement 13,8% des FOSA disposent d'un moyen de transport des patients. Cette proportion est de 24,6 % des FOSA à l'Est et 25,3% des FOSA au Sud-Ouest. Par ailleurs, si seulement 27,5% des FOSA sont connectées à un réseau électrique à l'Est. Cette proportion est de 49,4% au Nord-Ouest et 82,7% au Sud-Ouest.

Dans l'ensemble presque toutes les formations sanitaires offrent les services de vaccinations (95%), des services de CPN (98,4%) et des services liés à l'accouchement (89,2%). Cependant, seulement un quart des formations sanitaires enquêtées procurent les services liés à la tuberculose.

Presque la moitié des FOSA élaborent des plans de travail annuels, soit 48,1%. Environ 73% des FOSA enquêtées recueillent régulièrement l'opinion des utilisateurs et 80% déclarent qu'elles tiennent compte de l'opinion des utilisateurs sur la qualité des services pour opérer les changements au cours de ces derniers mois.

Les frais imposables aux usagers constituent l'une des principales sources de financement car environ 93% des FOSA enquêtées utilisent cette méthode comme source de financement. Plus de la moitié des FOSA utilisent la vente des médicaments comme source de financement, soit 52,8%. Seulement 11,2% des formations sanitaires enquêtées bénéficient de l'aide des donateurs.



## **TABLE DE MATIERES**

Equipe de Recherche .....	i
Synthèse des Résultats.....	iii
Table de matières.....	vii
Liste des Tableaux.....	xiii
Liste des Graphiques .....	xxi
Introduction générale .....	23
CHAPITRE 1     Contexte et Méthodologie de l'étude .....	25
1.1     Contexte et justification.....	25
1.2     Objectif et résultats attendus.....	27
1.3     Méthodologie .....	28
1.3.1     Champ géographique de l'étude .....	28
1.3.2     Méthode et outils de collecte .....	28
1.3.3     Echantillonnage .....	31
1.3.4     Saisie et Traitement des données.....	35
1.3.5     Taux de réponse au niveau de l'enquête ménage .....	38
1.3.6     Taux de réponse au niveau de l'enquête formation sanitaire .....	38
1.3.7     Difficultés rencontrées et solutions .....	40
1.3.8     Recommandations .....	41
CHAPITRE 2     Profil Démographique, Socio-économique et Sanitaire de la population ...	43
2.1     Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	43

2.1.1	Structure par sexe et âge .....	43
2.1.2	Taille moyenne des ménages .....	44
2.2	Caractéristiques socioculturelles de la population.....	46
2.2.1	Structure de la population selon la religion.....	46
2.2.2	Structure de la population selon le niveau d’instruction .....	46
2.2.3	Fréquentation et absence scolaire .....	47
2.3	Caractéristiques socio-économiques de la population.....	49
2.3.1	Situation d’activité au cours des 7 derniers jours .....	50
2.3.2	Durée d’activité perdue à cause de la mauvaise santé.....	51
2.3.3	Couverture par une assurance maladie .....	51
2.3.4	Poids des dépenses de santé .....	52
2.3.5	Endettement ou vente des biens du ménage pour raison de santé .....	53
2.3.6	Indice de bien-être de la population .....	54
2.4	Situation sanitaire de la population.....	55
2.4.1	Perception sur le niveau de santé de la population au moment de la collecte ....	55
2.4.2	Fréquence de handicap et de maladies chroniques .....	56
2.4.3	Fréquence de maladies non chroniques .....	58
2.4.4	Maladies non chroniques des enfants au cours des quatre dernières semaines ..	59
2.4.5	Maladie non chronique des femmes au cours des quatre dernières semaines ....	59
2.4.6	Temps passé dans la maladie.....	62
2.4.7	Recours aux soins en cas de maladie.....	62
2.4.8	Temps mis pour faire recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie.....	63
2.4.9	Raison de non recours à un personnel médical en cas de maladie .....	64

CHAPITRE 3	Couverture des services et de soins de santé maternelle et Infantile .....	67
3.1	Recours aux soins prénatals .....	67
3.2	Recours aux soins à l'accouchement .....	73
3.3	Recours aux soins postnatals .....	75
3.4	Régulation de la fécondité .....	76
3.4.1	Utilisation actuelle de la contraception .....	77
3.4.2	Source d'approvisionnement en contraceptifs.....	80
3.4.3	Raison de la non utilisation de la contraception : Opposition à l'utilisation par l'enquête ou le partenaire/conjoint .....	81
3.5	Vaccination des enfants de moins de cinq ans .....	83
CHAPITRE 4	L'état de la santé maternelle et infantile .....	87
4.1	L'état de santé de la mère .....	87
4.1.1	Complications de grossesse .....	87
4.1.2	Naissances non vivantes .....	88
4.1.3	Prévalence de l'anémie chez la mère.....	89
4.1.4	Prévalence du paludisme chez la mère .....	90
4.2	L'état de santé des enfants de moins de cinq ans .....	91
4.2.1	Suivi de la croissance et malnutrition.....	91
4.2.2	Prévalence de l'anémie chez l'enfant de moins de 5 ans .....	95
4.2.3	Prévalence du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans.....	95
4.2.4	Mortalité infantile et infanto-juvénile .....	97
CHAPITRE 5	Qualité subjective et normative des services, des soins de santé maternelle et infantile et bien-être du personnel de sante .....	99
5.1	Qualité perçue par les utilisatrices des services et de soins prénatals .....	99

5.1.1	Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals selon la région de résidence et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	99
5.1.2	Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon leur âge ..	100
5.1.3	Raison principale du choix de la formation sanitaire pour les consultations prénatales par région de résidence selon les caractéristiques des formations sanitaires	101
5.1.4	Temps d'attente et durée des consultations prénatales .....	103
5.1.5	Dépenses pour les consultations prénatales .....	104
5.1.6	Appréciation de la qualité générale des services de CPN .....	104
5.1.7	Services ou soins reçus par les femmes en CPN .....	105
5.2	Qualité perçue par les utilisateurs des services de l'enfant .....	109
5.2.1	Présentation de l'échantillon des patients de moins de cinq ans interrogés en sortie de consultation selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région .	110
5.2.2	Principale raison du choix de la formation sanitaire pour les soins infantiles selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	111
5.2.3	Durée d'attente et temps passé avec le prestataire pour la consultation des enfants de moins de cinq ans .....	113
5.2.4	Dépenses pour les soins infantiles .....	115
5.2.5	Qualité des services ou de soins reçus pendant la consultation des enfants .....	117
5.2.6	Appréciation de la qualité générale des soins infantiles .....	121
5.3	Qualité normative de la consultation en cas de présomption de certaines maladies infantiles .....	123
5.3.1	Qualité normative de la consultation en cas de présomption de diarrhée de l'enfant	123
5.3.2	Qualité normative de la consultation en cas de présomption de maladie respiratoire de l'enfant.....	124
5.3.3	Qualité normative de la consultation en cas de fièvre de l'enfant.....	125
5.4	Indicateur de bien-être du personnel de santé.....	126

5.5	Indicateur de satisfaction du personnel de santé.....	128
5.6	Régularité du paiement de salaire du personnel de santé .....	129
CHAPITRE 6	Fonctionnement des Formations Sanitaires.....	131
6.1	Organisation et accessibilité des services et des soins.....	131
6.1.1	Offre de services de vaccination.....	131
6.1.2	Offre de services de soins prénataux .....	131
6.1.3	Offre de services liés à l'accouchement .....	132
6.1.4	Offre de services liés à la tuberculose .....	133
6.1.5	Distance par rapport aux formations sanitaires du niveau de référence .....	133
6.2	Dotation en ressources humaines.....	134
6.2.1	Ressources humaines en général .....	134
6.2.2	Personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans les FOSA.....	135
6.3	Dotation en matériel et équipement.....	136
6.3.1	Possession d'une salle de consultation pour les malades externes .....	136
6.3.2	Dotation en salle possédant un lavabo avec une source d'eau et du savon .....	136
6.3.3	Dotation en boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés.....	137
6.3.4	Dotation en salle avec des affiches sur les étapes de la procédure de décontamination .....	137
6.3.5	Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux	138
6.3.6	Localisation du matériel de base des soins prénataux .....	138
6.3.7	Disponibilité de moustiquaires imprégnées à la date de l'enquête.....	139
6.3.8	Disponibilité du matériel de transport des patients .....	139
6.3.9	Fréquence des pénuries d'eau.....	140

6.3.10	Disponibilité de l'électricité .....	140
6.3.11	Fréquence d'absence de l'électricité au cours des 7 derniers jours .....	140
6.3.12	Disponibilité d'un système opérationnel d'évacuation des déchets .....	141
6.4	Financement des FOSA .....	141
<b>CHAPITRE 7 Comparabilité des indicateurs dans les groupes de l'évaluation d'impact</b>		<b>143</b>
7.1	Tests d'équilibre pour les indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile .....	143
7.2	Tests d'équilibre pour les indicateurs de l'état de la santé maternelle et infantile ..	146
7.3	Tests d'équilibre pour les indicateurs de qualité subjective et normative des soins en consultation prénatale et infantile et bien-être du personnel .....	148
7.4	Tests d'équilibre pour les indicateurs sur le fonctionnement des formations sanitaires	149
Annexes .....		152

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1 :</b> Evolution temporelle des indicateurs liés à la santé maternelle selon la région ..	26
<b>Tableau 2 :</b> Les districts de santé couverts dans les trois régions .....	28
<b>Tableau 3 :</b> taux de réponse des formations sanitaires par région.....	38
<b>Tableau 4 :</b> Nombre de ménages, de femmes de 15-49 ans, d'enfants de moins de 5 ans, et taux de réponse par région et district de santé.....	39
<b>Tableau 5 :</b> Répartition de la population enquêtée par région et district selon le sexe .....	43
<b>Tableau 6 :</b> Répartition de la population enquêtée par région selon le groupe d'âge .....	44
<b>Tableau 7 :</b> Situation matrimoniale par région et district.....	45
<b>Tableau 8 :</b> Répartition de la population selon la religion par région et district.....	46
<b>Tableau 9 :</b> Répartition de la population selon le niveau d'instruction par région et district sanitaire.....	47
<b>Tableau 10 :</b> Répartition de la population des 6-24 ans selon la fréquentation scolaire, par région et district.....	48
<b>Tableau 11 :</b> Répartition de la population des 6 – 24 ans selon le nombre de jours d'absence à l'école au cours des 30 derniers jours, par région et district .....	48
<b>Tableau 12 :</b> Répartition des raisons d'absence à l'école par région et district .....	49
<b>Tableau 13 :</b> Répartition de la population de 6 ans et plus selon la situation d'activité au cours des 7 derniers jours par région et district.....	50
<b>Tableau 14 :</b> Répartition de la population selon le nombre de jours d'activité perdu à cause de la mauvaise santé .....	51
<b>Tableau 15 :</b> Couverture par une assurance santé dans le cadre du travail principal par région et district .....	52
<b>Tableau 16 :</b> Proportion des ménages qui ont effectué des dépenses de santé au cours du mois précédant l'enquête.....	52

<b>Tableau 17 :</b> Proportion des ménage qui ont eu à faire recours à un endettement ou à des ventes des biens pour raison de santé par région et district.....	53
<b>Tableau 18 :</b> Quintile de bien-être économique selon la région de résidence.....	55
<b>Tableau 19 :</b> Niveau actuel perçu de la santé par région et district sanitaire .....	55
<b>Tableau 20 :</b> Niveau actuel de souffrance de handicap ou de maladie chronique par région et district .....	56
<b>Tableau 21 :</b> Type de handicap par région et district .....	57
<b>Tableau 22 :</b> Type de maladie chronique par région et district .....	57
<b>Tableau 23 :</b> Niveau de souffrance de maladie non chronique au cours des quatre dernières semaines .....	58
<b>Tableau 24 :</b> Premier type de maladie non chronique des enfants de moins de 5 ans au cours des 4 dernières semaines .....	60
<b>Tableau 25 :</b> Premier type de maladie non chronique des femmes au cours des 4 dernières semaines .....	61
<b>Tableau 26 :</b> Nombre de jours pendant lequel le (la) malade est resté(e) alité(e) du fait d'une maladie non chronique au cours des quatre dernières semaines .....	62
<b>Tableau 27 :</b> Recours à un personnel médical ou à un guérisseur en cas de maladie par région et district .....	63
<b>Tableau 28 :</b> En cas de maladie, temps mis pour faire recours à un personnel médical ou à un guérisseur traditionnel .....	64
<b>Tableau 29 :</b> Première raison de non recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie .....	65
<b>Tableau 30 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant eu recours aux soins prénatals auprès d'un professionnel de santé .....	67
<b>Tableau 31 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé .....	69
<b>Tableau 32 :</b> Durée moyenne de gestation à la première visite prénatale des femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages (mois).....	69



<b>Tableau 33 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant fait le test de VIH lors de la visite prénatale .....	70
<b>Tableau 34 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant reçu le Vaccin Anti Tétanique (VAT) lors de la visite prénatale .....	71
<b>Tableau 35 :</b> Proportion des femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages n'ayant pas eu recours aux soins prénatals par région selon la raison .....	72
<b>Tableau 36 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois .....	73
<b>Tableau 37 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages n'ayant pas accouché dans une FOSA selon le premier type de raison.....	75
<b>Tableau 38 :</b> Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois .....	76
<b>Tableau 39 :</b> Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive moderne actuellement utilisée et par région selon le groupe d'âges.....	78
<b>Tableau 40 :</b> Distribution (en %) des femmes de 15-49 ans utilisatrices de la contraception selon la méthode actuellement utilisée par région.....	79
<b>Tableau 41 :</b> Répartition (en %) des femmes actuellement en union de 15-49 ans par méthode contraceptive moderne actuellement utilisée et par région, selon certaines caractéristiques socioéconomiques.....	80
<b>Tableau 42 :</b> Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes âgées de 15-49 ans par source d'approvisionnement selon la méthode.....	81
<b>Tableau 43 :</b> Proportion de femmes ayant exprimé leur désapprobation de l'utilisation de la contraception au sein du couple selon certaines caractéristiques sociodémographiques par Région (enquêtée opposée).....	82
<b>Tableau 44 :</b> Proportion de femmes pensant que leur partenaire sexuel (marital, plus régulier) désapprouve l'utilisation de la contraception par les couples selon certaines caractéristiques sociodémographiques par Région (mari/conjoint opposé).....	83
<b>Tableau 45 :</b> Proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), selon certaines caractéristiques sociodémographiques .....	85

<b>Tableau 46 :</b> Proportion des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête et ayant eu des complications obstétricales selon certaines caractéristiques par région.....	87
<b>Tableau 47 :</b> Proportion des femmes enceintes (de 15-49 ans) au cours des 24 derniers mois avant l'enquête dont l'issue de la grossesse a été une naissance non vivante selon certaines caractéristiques par région.....	88
<b>Tableau 48 :</b> Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région.....	89
<b>Tableau 49 :</b> Proportion des mères ayant été diagnostiquées comme souffrant du paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région.....	90
<b>Tableau 50 :</b> Proportion d'enfants de 11-59 mois ayant participé au suivi de la croissance au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques par région.....	91
<b>Tableau 51 :</b> Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance selon certaines caractéristiques par région.....	92
<b>Tableau 52 :</b> Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale selon certaines caractéristiques par région .....	92
<b>Tableau 53 :</b> Proportion d'enfants de moins de 5 ans émaciés selon certaines caractéristiques par région.....	93
<b>Tableau 54 :</b> Proportion d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A lors d'une campagne selon certaines caractéristiques par région .....	94
<b>Tableau 55 :</b> Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqué comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région .....	95
<b>Tableau 56 :</b> Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant de paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région .....	96
<b>Tableau 57 :</b> Quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile .....	97
<b>Tableau 58 :</b> Quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile, EDSMICS .....	98
<b>Tableau 59 :</b> Répartition des femmes enceintes interrogées selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région.....	100
<b>Tableau 60 :</b> Répartition des femmes enceintes interrogées par groupe d'âges selon la région de résidence .....	101

<b>Tableau 61 :</b> Répartition des femmes selon la raison la plus importante du choix de la formation sanitaire pour les CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	102
<b>Tableau 62 :</b> Temps d'attente et durée moyens et médians de la CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	103
<b>Tableau 63 :</b> Dépense totale (sans les frais de transport) moyenne et médiane lors de la visite de référence effectuée par les femmes pour les CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	104
<b>Tableau 64 :</b> Répartition des femmes selon leur appréciation de la qualité générale des services de CPN reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	105
<b>Tableau 65 :</b> Répartition des femmes selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	108
<b>Tableau 66 :</b> Distribution des femmes enceintes en consultation prénatale pour la première fois selon le nombre de gestes prioritaires essentiels effectués selon la région et les caractéristiques des formations sanitaires .....	110
<b>Tableau 67 :</b> Distribution des patients de moins de cinq ans interrogés en sortie de consultation selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région.....	110
<b>Tableau 68 :</b> Principale raison du choix du centre selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	112
<b>Tableau 69 :</b> Temps d'attente et durée moyens et médians de la consultation de l'enfant selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires.....	115
<b>Tableau 70 :</b> Dépense totale (sans les frais de transport) moyenne et médiane effectuée au cours de cette visite pour la consultation de l'enfant selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	116
<b>Tableau 71 :</b> Répartition des enfants en sortie de consultation selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires.....	119
<b>Tableau 72 :</b> Répartition des enfants en sortie de consultation selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires (suite) .....	119
<b>Tableau 73 :</b> Distribution des patients de moins de cinq ans selon le nombre de gestes généraux prioritaires exigibles pour une consultation infantile, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	121

<b>Tableau 74 :</b> Répartition des enfants en sortie de consultation selon l'appréciation de la qualité générale des services fournis selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires.....	122
<b>Tableau 75 :</b> Distribution des consultations d'enfant souffrant de diarrhée selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%) .....	123
<b>Tableau 76 :</b> Distribution des consultations d'enfant souffrant de maladie respiratoire selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%) .....	124
<b>Tableau 77 :</b> Distribution des consultations d'enfant souffrant de fièvre selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%) .....	126
<b>Tableau 78 :</b> Distribution des personnels de santé selon le nombre de fois que le bien-être absolu a été exprimée pour les cinq déclarations énoncées, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%) .....	127
Tableau 79: Répartition des personnels de santé selon le nombre d'occurrences de la satisfaction sur 26 aspects du travail, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires.....	128
Tableau 80: Répartition des personnels de santé selon la régularité du paiement de leur salaire, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	129
<b>Tableau 81 :</b> Répartition des FOSA procurant des services de vaccination selon certaines caractéristiques par région.....	131
<b>Tableau 82 :</b> Répartition des FOSA procurant des services de soins prénatals (CPN) selon certaines caractéristiques par région.....	132
<b>Tableau 83 :</b> Répartition des FOSA procurant des services liés à l'accouchement selon certaines caractéristiques par région.....	132
<b>Tableau 84 :</b> Répartition des FOSA procurant des services liés à la tuberculose selon certaines caractéristiques par région.....	133
<b>Tableau 85 :</b> Distance moyenne (en km) par rapport à la FOSA du niveau supérieur la plus proche selon certaines caractéristiques par région .....	134
<b>Tableau 86 :</b> Répartition des FOSA ayant leurs employés tous présents au moment de l'enquête on certaines caractéristiques par région .....	135

<b>Tableau 87 :</b> Nombre moyen de personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans les FOSA, présents le jour de l'enquête selon certaines caractéristiques par région .....	135
<b>Tableau 88 :</b> Nombre de formations sanitaires disposant d'une salle de consultation pour les malades externes dans la zone d'examen selon la région .....	136
<b>Tableau 89 :</b> Nombre de formations sanitaires disposant de l'eau pour le lavage des mains, du savon et d'une serviette propre dans la zone d'examen selon la région .....	136
<b>Tableau 90 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés dans la zone d'examen selon la région.....	137
<b>Tableau 91 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant d'une salle avec des affiches sur les étapes de la procédure décontamination selon la région .....	137
<b>Tableau 92 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant des incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux selon la région.....	138
<b>Tableau 93 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant du matériel de base de soins prénataux selon la région.....	138
<b>Tableau 94 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant de moustiquaires imprégnées en stock à la date de l'enquête selon la région .....	139
<b>Tableau 95 :</b> Nombre de formation sanitaire disposant de matériel de transport des patients selon la région.....	139
<b>Tableau 96 :</b> Durée moyenne (en heures) des pénuries d'eau au cours des 7 derniers jours selon la région.....	140
<b>Tableau 97 :</b> Proportion de formations sanitaires disposant de l'électricité selon la région .	140
<b>Tableau 98 :</b> Durée moyenne (en heures) de coupures d'électricité au cours des 7 derniers jours selon la région.....	141
<b>Tableau 99 :</b> Proportion de formations sanitaires disposant d'un système d'évacuation des déchets opérationnel (bac à ordures, fosse ou incinérateur) selon la région .....	141
<b>Tableau 100 :</b> Pourcentages des FOSA ayant le MINSANTE comme l'une des principales sources de financement selon certaines caractéristiques par région.....	142
<b>Tableau 101 :</b> Pourcentages des FOSA ayant les frais imposables aux usagers comme l'une des principales sources de financement selon certaines caractéristiques par région .....	142

<b>Tableau 102:</b> F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile .....	144
<b>Tableau 103 :</b> F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile (suite) .....	145
<b>Tableau 104:</b> F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de l'état de la santé maternelle et infantile .....	147
<b>Tableau 105:</b> F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de qualité subjective et normative des soins en consultation prénatale et infantile et bien-être du personnel .....	148
<b>Tableau 106 :</b> F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs sur le fonctionnement des formations sanitaires.....	150

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

<b>Graphique 1:</b> Taille moyenne des ménages par région et district .....	45
<b>Graphique 2:</b> Prévalence contraceptive (en %) parmi les femmes en union .....	79





## INTRODUCTION GENERALE

Le Ministère de la Santé Publique du Cameroun avec l'appui de la Banque mondiale, est en train de développer, à travers le Projet d'Appui à l'Investissement dans le Secteur de la Santé (PAISS), la stratégie de Financement Basée sur les Résultats (FBR). Le FBR dans le cas du Cameroun est une contractualisation entre une agence d'achat de performance (AAP) et les formations sanitaires (FOSA) publiques ou privées qui reçoivent chacune des subsides sur la base de la quantité et la qualité des services définis qui sont fournis à la population. L'approche du FBR vise l'accroissement de l'utilisation des services, l'amélioration de la qualité du service, l'accroissement de l'efficacité et de l'équité notamment en focalisant l'attention des prestataires de soins sur les résultats plutôt que sur les intrants. Cette approche de financement basé sur les résultats est mise en place dans quatre régions sanitaires (Littoral, Est, Nord-Ouest et Sud-Ouest) à titre de projet pilote, en vue de mieux définir et affiner la démarche pour une extension à échelle du FBR. Tous les districts concernés dans la région du Littoral avaient commencé le FBR avant le développement de la stratégie de l'évaluation d'impact, aussi ils ne pouvaient être inclus dans cette évaluation. Au total, l'évaluation d'impact concerne 14 districts de santé des régions de l'Est, du Nord-Ouest et Sud-ouest couvrant une population totale de près de 2 millions d'habitants. L'IFORD a été retenu par la Banque Mondiale pour conduire l'enquête de base devant servir à cette évaluation et dont les résultats sont présentés dans le présent rapport. Cette enquête a connu la participation multi-forme des partenaires de l'IFORD. Cette contribution a consisté entre autres à :

- l'appui technique de la Banque Mondiale à travers : (i) la mise à disposition des questionnaires de base conçus pour les évaluations d'impact du FBR; (ii) les discussions techniques sur la méthodologie et la mise en œuvre sur le terrain de l'enquête ;
- la facilitation par le Ministère de la Santé des démarches administratives auprès des institutions et instances gouvernementales du Cameroun
- la phase d'information et de sensibilisation des acteurs sur le terrain. Cette phase a largement facilité de travail sur le terrain et a bénéficié de l'assistance du Ministère de la Santé à travers l'Unité de Gestion du PAISS. »

L'évaluation de l'impact du FBR utilise une approche expérimentale qui consiste à tirer aléatoirement et en public quatre groupes d'interventions et de contrôles. Ainsi, après une période de deux ans, l'impact du FBR sera mesuré sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile ainsi que sur l'état de santé de la mère et de l'enfant sur la base d'une comparaison entre la situation de départ (enquête de base) et la situation d'arrivée (enquête de clôture).

Quatre principales questions de recherche sont au centre du processus d'évaluation :

- Le FBR accroît-il la couverture des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) ?

- Le FBR améliore-t-il la qualité des services de SMI ?
- Lequel des facteurs suivants est responsable de l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de SMI ?
  - Le renforcement du suivi et de la supervision ;
  - Le lien entre les paiements et les résultats
- Quelle est la contribution du renforcement de la supervision et du suivi dans l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de SMI ?

Le présent rapport fournit les résultats de l'enquête de base qui occupe une place centrale dans le processus d'évaluation du FBR. Il comprend deux volets : un volet auprès des ménages et un volet auprès des formations sanitaires. L'enquête de base décrit la situation de départ du processus d'évaluation de l'impact par des indicateurs pertinents qui feront l'objet d'un suivi dans le temps parallèlement à la mise en œuvre du FBR.

Le rapport est structuré en six chapitres. Le premier chapitre décrit le contexte et la méthodologie de l'étude. Le deuxième chapitre présente le profil démographique, socio-économique et sanitaire de la population. Le troisième chapitre décrit la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile. Le quatrième chapitre examine l'état de la santé maternelle et infantile. Le cinquième chapitre aborde l'évaluation de la qualité subjective et normative des services, des soins de santé maternelle et infantile et bien-être du personnel de sante. Enfin le sixième chapitre analyse le fonctionnement des FOSA.

## CHAPITRE 1 CONTEXTE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

---

Ce chapitre s'articule autour du contexte et de la justification de l'étude, les objectifs et résultats attendus, la méthodologie, le champ géographique de l'étude, les outils de collecte, l'échantillonnage, le déroulement de la collecte, le traitement des données et les difficultés rencontrées assorties de quelques recommandations.

---

### 1.1 Contexte et justification

Le Cameroun a réalisé très peu de progrès dans la réalisation des OMDs à l'horizon 2015 (INS et PNUD, 2010) <sup>1</sup>. En effet, si l'on excepte la couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans en nette amélioration entre 2004 et 2006, la plupart des indicateurs clés de la santé maternelle et infantile stagnent ou s'empirent depuis 1990 (**Tableau 1**). La mortalité des enfants de moins de cinq ans a augmenté au Cameroun dans les années 1990 et a stagné dans les années 2000. Elle est en hausse continue dans les régions de l'Est et du Sud-Ouest tandis qu'elle stagne dans la région du Nord-Ouest. La mortalité maternelle est en hausse entre 1998 et 2004 pendant que la proportion d'accouchements assistés par un personnel régresse dans les trois régions étudiées (**Tableau 1**). D'après les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 2004, la malnutrition chronique touche près d'un tiers (32%) des enfants de moins de cinq ans. Ces performances sanitaires insuffisantes ont lieu dans un contexte de forte pauvreté permanente au niveau national et qui est en augmentation dans la région de l'Est (**Tableau 1**).

La faible allocation des ressources et l'inefficacité de l'utilisation des ressources figurent aux rangs des principaux facteurs sous-jacents qui expliquent les modestes performances sanitaires. Le Cameroun dépense \$60 par habitant pour la santé<sup>2</sup>, mais son profil épidémiologique est semblable à celui des pays qui déboursent entre \$10 et \$15 par habitant. L'un des aspects clés du problème résulte du fait que le niveau opérationnel reçoit une petite fraction du budget de la santé. Le budget de la santé a certes augmenté de plus du double ces dernières années, mais la plus grande part est allouée à l'administration et non aux prestations de santé. Cela se traduit par une pénurie des fonds devant servir aux dépenses de fonctionnement journalier du système de district sanitaire (consommables, médicaments, maintenance régulière, sensibilisation communautaire, etc.). L'inadéquation entre le fardeau des maladies et les dépenses de santé constitue un autre manquement du système de santé du Cameroun. Le SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies maternelles et infantiles, qui représentent 45% du

---

<sup>1</sup>(INS et PNUD (2010), Rapport National de Progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Cameroun, 50p.

<sup>2</sup> World Development Indicator (2012)

nombre total d'années d'espérance de vie ajustées pour l'invalidité, n'ont reçu que 25% du financement dans le cadre des dépenses à moyen terme 2002-07.

**Tableau 1 : Evolution temporelle des indicateurs liés à la santé maternelle selon la région**

Indicateurs et année d'observation	Est	Nord-ouest	Sud-Ouest	Pays
<b>Pauvreté monétaire</b>				
Proportion (en %) de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2001	44,0	52,5	33,8	40,2
Proportion (en %) de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2007	50,4	51,0	27,5	39,9
<b>Mortalité des enfants de moins de cinq ans</b>				
Taux de mortalité (en ‰) infanto-juvénile en 1991	124,2	88,8	88,8	144,1
Taux de mortalité (en ‰) infanto-juvénile en 1998	146,3	98,4	98,4	146,3
Taux de mortalité (en ‰) infanto-juvénile en 2004	187,0	99,0	144,0	144,0
<b>Couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans</b>				
Proportion d'enfants (en %) de 12-23 ans vaccinés contre la rougeole en 2004	62,3	77,2	63,1	64,8
Proportion d'enfants (en %) de 12-23 ans vaccinés contre la rougeole en 2006	73,0	96,4	82,2	78,8
<b>Mortalité maternelle</b>				
Ratio de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes) en 1998	-	-	-	430
Ratio de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes) en 2004	-	-	-	669
<b>Accouchements assistés par un personnel qualifié</b>				
Proportion (en %) d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié en 2004	47,7	87,5	77,8	61,8
Proportion (en %) d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié en 2006	27,5	79,7	69,6	58,9

Source : INS et PNUD (2010), Rapport National de Progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Cameroun, 50p

Les problèmes de gouvernance sont à la racine de la deuxième contrainte du fonctionnement dans les districts de santé. Une focalisation excessive sur les contrôles qui ne met pourtant pas le même accent sur les résultats décourage le personnel de santé à fournir des services de santé de qualité ou de promouvoir l'utilisation de ses services. Par ailleurs, la non transparence dans la gestion des ressources humaines et le bas niveau des salaires poussent le personnel de santé à abuser des fonds publics et / ou à imputer aux patients des frais non réglementaires ou encore à pratiquer la surfacturation, ce qui finalement décourage l'utilisation par les pauvres.

L'inaccessibilité géographique (enclavement, longues distances, rareté des moyens de transport) et financière (cherté des coûts des prestations de soins et de transport) associée à l'absence des systèmes de prépaiement des soins (assurance maladie) au sein des plus démunis contribuent au faible taux de couverture sanitaire et à l'accentuation des inégalités entre les riches et les pauvres. Le fardeau économique de la maladie s'en trouve accentué au sein

des plus démunis dans le contexte actuel du Cameroun où les mécanismes de recouvrement des coûts sont souvent utilisés comme sources de revenus des formations sanitaires.

Dans ce contexte, un FBR bien élaboré pourrait contribuer à résoudre certains problèmes identifiés plus haut tout en améliorant les indicateurs de santé maternelle et infantile. Pour ce faire, il faudrait :

- améliorer l'adéquation entre les ressources et les priorités de santé maternelle et infantile en mettant un accent sur les indicateurs de prestation de services prioritaires ;
- permettre aux formations sanitaires de préserver les fonds FBR afin de les utiliser au niveau opérationnel, et leur donner une autonomie de gestion sur l'utilisation de ceux-ci ;
- allouer des primes aux administrateurs et personnel des formations sanitaires afin qu'ils améliorent la couverture et la qualité des principaux services de santé maternelle et infantile. Ceci peut se faire à travers une corrélation entre les frais de service, les prestations de services et les indicateurs de qualité. De même, les primes du personnel médical devront être liées à la performance des formations sanitaires ;
- améliorer la gouvernance à travers un meilleur contrôle de la performance et de l'octroi des primes.

## **1.2 Objectif et résultats attendus**

L'enquête de base a pour objectif de décrire la situation de départ du processus d'évaluation de l'impact par des indicateurs pertinents qui feront l'objet d'un suivi dans le temps parallèlement à la mise en œuvre du FBR.

Les résultats attendus portent sur les niveaux de base des types d'indicateurs suivants :

- les indicateurs liés à la couverture des services et de soins de Santé Maternelle et Infantile (SMI) ;
- les indicateurs liés à la qualité normative et subjective des services et de soins de SMI ;
- les indicateurs liés à l'équipement, au fonctionnement des formations sanitaires et à la satisfaction du personnel de santé.

## 1.3 Méthodologie

### 1.3.1 Champ géographique de l'étude

L'enquête de base a couvert 14 districts de santé dans trois régions pilotes du Cameroun : l'Est, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest (**Tableau 2**). Elle comprenait un volet auprès des ménages et un autre auprès des formations sanitaires.

**Tableau 2 :** Les districts de santé couverts dans les trois régions

Région	District	Nombre de Formations Sanitaires
Est	Abong-Mbang	21
	Doumé	11
	Lomié	10
Nord-Ouest	Ketté	10
	Messamena	10
	Nguelemendouka	07
	Fundong	23
	Kumbo East	23
	Ndop	22
	Nkambé	19
Sud-Ouest	Buea	19
	Kumba	20
	Limbé	21
	Mamfé	15

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 1.3.2 Méthode et outils de collecte

#### 1.3.2.1 Méthode

L'enquête était basée sur une stratification des formations sanitaires en quatre groupes dont la composition repose sur une randomisation transparente. En effet, la distribution aléatoire des formations sanitaires dans les quatre groupes a été faite en public dans chacune des trois régions, en présence des responsables de toutes les formations sanitaires de l'échantillon.

Les quatre groupes expérimentés se caractérisent ainsi qu'il suit :

- T1 = groupe de traitement comprenant l'ensemble des composantes du FBR y compris un bonus financier lié à la performance ;
- C1 = 1<sup>er</sup> groupe de contrôle bénéficiant du même niveau de revenu par habitant que le groupe T1 mais sans lien avec la performance; ce groupe bénéficie aussi de la supervision, du monitoring et de l'autonomie de gestion tels que dans le groupe T1 ;
- C2 = 2<sup>e</sup> groupe de contrôle ne bénéficiant d'aucune ressource additionnelle mais bénéficiant de la supervision, du suivi et de l'autonomie de gestion tels que dans le groupe C1 ;
- C3 = 3<sup>e</sup> groupe de contrôle caractérisé par le statu quo.

Il est important de noter que certaines formations sanitaires, notamment certains hôpitaux, n'ont pas été randomisées et ont été systématiquement inclus dans le groupe T1.

### ***1.3.2.2 Population cible et outils de collecte***

Les populations cibles sont différentes selon les deux volets de l'étude à savoir : les ménages et les formations sanitaires.

#### **1.3.2.2.1 Au niveau du ménage**

Les populations cibles de l'étude sont composées des membres des ménages ayant au moins une femme enceinte ou une femme ayant un enfant né au cours des deux années précédant l'enquête, répartis en différentes catégories comme suit :

- les membres du ménage pour les informations sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques, l'utilisation des services de santé, la qualité perçue des services de santé, les dépenses, la richesse matérielle, les activités génératrices de revenus;
- les enfants âgés de moins de cinq ans pour le diagnostic rapide de l'anémie et du paludisme, ainsi que des mesures anthropométriques ;
- les femmes enceintes au moment de l'enquête pour le diagnostic rapide de l'anémie et du paludisme, ainsi que des mesures anthropométriques ;
- les femmes ayant un enfant né au cours des deux années précédant l'enquête pour le diagnostic rapide de l'anémie et du paludisme, ainsi que des mesures anthropométriques.

Le volet ménage a donné lieu à l'élaboration d'un questionnaire ménage présentant deux grandes parties : une première partie renseignant tous les membres du ménage et une seconde partie destinée aux femmes de 15 – 49 ans.

La première partie du questionnaire renseignait pour chaque membre éligible les caractéristiques sociodémographiques, l'instruction, l'activité économique, l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Pour le ménage, elle renseignait la localisation physique à partir du GPS, les conditions de l'habitat, l'équipement, la consommation de même que la mortalité.

La seconde partie quant à elle enregistrait l'historique des grossesses de la femme, les soins prénatals et postnatals, ses attitudes et pratiques en matière de contraception, le suivi de la vaccination des enfants de moins de cinq ans du ménage, les mesures anthropométriques, les tests rapides de paludisme et d'anémie ainsi que l'utilisation des services de santé communautaire.

#### 1.3.2.2.2 Au niveau des formations sanitaires

L'étude au niveau des formations sanitaires comporte plusieurs sous-composantes et fait intervenir les populations cibles suivantes :

- les responsables des formations sanitaires ;
- le personnel des formations sanitaires en charge des consultations prénatales, des accouchements et des soins maternels et infantiles ;
- l'interaction entre le personnel de santé susmentionné et les patients ;
- les enfants de moins de cinq ans venant en consultation pour un nouvel épisode morbide, les femmes enceintes venant en consultation pour leur première consultation prénatale pour la grossesse en cours, les patients de cinq ans et plus venant en consultation pour un nouvel épisode morbide.

Le volet formation sanitaire a donné lieu à l'élaboration de sept types de questionnaire en fonction des différentes populations cibles regroupés en quatre groupes : questionnaire « formation sanitaire », questionnaire « personnel de santé », questionnaires « interaction » et questionnaires « sortie ».

Questionnaire « formation sanitaire » : ce questionnaire avait pour but d'évaluer le fonctionnement des formations sanitaires. Les responsables des formations sanitaires ou leurs représentants y étaient interrogés sur les principaux aspects fonctionnels et structurels de la qualité des soins. Il convient de noter que les responsables pouvaient s'appuyer sur leurs collaborateurs en charge notamment du laboratoire, de la pharmacie ou des services administratifs, financiers et comptables pour répondre à certaines questions. Ce questionnaire renseignait entre autres sur l'administration, les ressources humaines, le laboratoire, l'équipement, les services disponibles, le système d'information sanitaire, l'utilisation des services, les coûts, le leadership, les stocks de médicaments et de vaccins, de même que la population de couverture.

Questionnaire « Personnel de santé » : il avait pour objectif de collecter des informations sur les rôles, responsabilités, motivations, compensations, satisfaction et connaissances techniques du personnel éligible. Outre les informations générales, le personnel de santé était interrogé sur sa formation, ses horaires de travail, son salaire, des revenus supplémentaires, sa satisfaction et son bien-être dans sa fonction, ses connaissances et sa capacité d'innovation.

Questionnaires « Interaction prestataire-patients » : selon la population cible, deux types d'interaction ont été observés : interaction entre le prestataire et les femmes enceintes et interaction entre le prestataire et la personne en charge du patient de moins de cinq ans. Les interactions sont observées en vue de collecter les informations pour l'évaluation du respect des normes en soins maternels et infantiles et le counseling prodigué pour les patients de moins de



cinq ans en consultation pour un nouvel épisode morbide et aux femmes enceintes venant pour leur première consultation prénatale pour la grossesse en cours.

Questionnaire « sortie » : selon la méthodologie, tous les patients observés étaient ensuite interviewés à la sortie de consultation. Ces derniers sont interrogés sur la distance parcourue pour arriver au centre de santé, les dépenses occasionnées par le problème de santé en cours, leurs perceptions des soins et du service et leur satisfaction à la sortie des formations sanitaires. Il convient de noter que pour les enfants très jeunes ou les patients très malades, les informations étaient données par leurs accompagnateurs.

### **1.3.3 Echantillonnage**

#### ***1.3.3.1 Base de sondage***

##### **1.3.3.1.1 Au niveau du ménage**

La base de sondage était issue des sections d'énumération (SE), construites autour des FOSA. Ces sections d'énumération constituaient des unités primaires de sondage qui ont été toutes couvertes. Un dénombrement de l'ensemble des ménages des SE a été effectué en collectant quelques informations permettant de décider sur l'éligibilité du ménage (*c'est-à-dire, avoir au moins une femme enceinte ou une femme non-enceinte au moment de l'enquête, mais qui a un enfant né au cours des deux années précédant l'enquête*), ainsi que des informations géographiques pour recontacter ces ménages. L'ensemble des SE et ménages respectant ce critère d'éligibilité constituent la base de sondage pour le tirage systématique des ménages échantillon.

##### **1.3.3.1.2 Au niveau des FOSA**

#### **Responsables des FOSA**

La base de sondage était constituée des 247 responsables en charge des différents Centre Médical d'Arrondissement (CMA), Centre de Santé Intégré (CSI) et hôpitaux de la zone d'étude, dont 89 dans le Nord-ouest, 77 dans le Sud-Ouest et 81 dans l'Est.

#### **Personnel des FOSA en charge des consultations prénatales, des accouchements et des soins maternels et infantiles**

La base de sondage était ici constituée de l'ensemble des personnels des différents CMA, CSI et hôpitaux de la zone d'étude.

#### **Les enfants de moins de cinq ans venant en consultation pour un premier épisode maladie**

La base de sondage était constituée de l'ensemble des enfants visitant les FOSA et qui sont dans ces conditions pendant la durée de l'enquête.

### **Les femmes enceintes venant en première consultation prénatale**

La base de sondage était constituée de l'ensemble des femmes enceintes visitant les FOSA et qui sont dans ces conditions pendant la durée de l'enquête.

### **Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en sortie des FOSA**

La base de sondage est constituée de l'ensemble des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, observées préalablement en « **interaction prestataire-patient** », à la sortie des FOSA.

### **Les patients de 5 ans et plus venant en consultation pour un premier épisode de maladie**

La base de sondage était constituée de l'ensemble des patients de cinq ans et plus, à la sortie des FOSA et qui sont dans ces conditions, pendant la durée de l'enquête.

#### ***1.3.3.2 Plan d'échantillonnage***

##### **1.3.3.2.1 Au niveau du ménage**

Pour chaque SE et, à partir de la liste des ménages respectant le critère d'éligibilité, 16 ménages ont été sélectionnés par tirage systématique. Dans ces ménages, tous enfants âgés de moins de 5 ans, toutes les femmes enceintes au moment de l'enquête ou non-enceintes au moment de l'enquête, mais qui ont un enfant né au cours des deux années précédant l'enquête, ont été interrogés sur les thématiques spécifiques.

##### **1.3.3.2.2 Au niveau des FOSA**

### **Responsables des FOSA**

L'échantillon était constitué des 247 responsables en charge des différents CMA, CSI et hôpitaux de la zone d'étude.

### **Personnel des FOSA en charge des consultations prénatales, des accouchements et des soins maternels et infantiles**

Pour chaque FOSA, 5 de ces personnels devaient être interrogés. Pour garantir la représentativité par sexe et par ancienneté dans l'emploi (variables corrélées aux thématiques du module), il a été procédé, lorsque l'effectif le permettait, à un tirage systématique. Au préalable, un rangement des personnels selon le sexe et selon leur ancienneté dans l'emploi était nécessaire.

### **Observation en « interaction prestataire-patient » des femmes enceintes venant en première consultation**

L'échantillon de 5 femmes enceintes de chaque FOSA a été obtenu, autant que l'effectif le permettait, par la méthode de quota, étant donné qu'il n'y a pas une base de sondage disponible d'avance pour ce type d'interview. Les variables ou les critères du quota retenus, qui doivent être corrélés aux thématiques de ce module (déroulement de la consultation, traitement et counseling) étaient les mêmes que ceux du personnel (sexe et ancienneté du personnel de santé ayant effectué la CPN).

### **Observation en « interaction prestataire-patient » des enfants de moins de cinq ans venant en consultation pour un premier épisode de maladie**

L'échantillon de 5 enfants de moins de cinq ans de chaque FOSA a été obtenu, autant que l'effectif le permettait, par la méthode de quota. Les variables ou les critères du quota retenus, pouvaient être les mêmes que ceux du personnel.

### **Module Enquête sortie des FOSA**

Les enfants de moins de cinq ans venant en consultation pour un premier épisode maladie et les femmes enceintes venant en première consultation prénatale, il s'agit des mêmes qui ont fait l'objet du module « interaction prestataire-patient ».

Les patients de 5 ans et plus venant en consultation pour un premier épisode maladie dans la FOSA. Cinq d'entre eux pour chaque FOSA, ont été choisis, autant que l'effectif le permettait, par un quota de 5 personnels, en fonction du sexe, de l'âge et autre critère corrélé.

#### ***1.3.3.3 Méthode de remplacement des unités d'enquête***

##### **1.3.3.3.1 Remplacement des ménages**

Sur la base de la feuille de dénombrement qui liste les ménages remplissant le critère d'éligibilité, un ménage  $n$  à remplacer l'a été avec le ménage suivant  $n+1$ . Si celui-ci était aussi indisponible, il était remplacé par le ménage  $n-1$ , ainsi de suite.

S'agissant de l'enquête auprès des femmes et des enfants éligibles du ménage, on ne procédera pas au remplacement puisqu'ils sont sensés être tous interrogés.

##### **1.3.3.3.2 Remplacement des personnels de santé**

Sur la base de la liste des personnels de FOSA en charge des services maternels et infantiles, classés par sexe et ancienneté, il a été adopté le même principe de remplacement que celui des ménages, autant que l'effectif le permettait, en cas de refus ou indisponibilité.

#### 1.3.3.3.3 Remplacement des enfants de moins de cinq ans pour le module « interaction prestataire-patient »

Le premier enfant, respectant le critère d'éligibilité, venant en consultation chez un personnel est sensé être observé. Si la mère/gardienne refusait ou était indisponible, le prochain était observé, ainsi de suite.

#### 1.3.3.3.4 Remplacement des femmes enceintes pour le module « interaction prestataire-patient »

Idem que pour le cas des enfants de moins de cinq ans observés en interaction.

#### 1.3.3.3.5 Remplacement des enfants de moins de cinq ans pour le module « sortie des FO-SA»

Etant donné que les enfants interrogés ici sont ceux observés en interaction, le nombre à interroger en sortie est inférieur ou égal à celui observé, puisque la condition d'interview en sortie est que l'individu ait préalablement été observé. Il n'y a donc pas eu de remplacement.

#### 1.3.3.3.6 Remplacement des femmes enceintes pour le module « sortie des FOSA»

Idem que pour les enfants interrogés en sortie.

#### 1.3.3.3.7 Remplacement des patients de 5 ans et plus pour le module « sortie des FOSA»

Idem que pour le cas des enfants de moins de cinq ans observés en interaction.

### ***1.3.3.4 Répartition de l'échantillon***

L'échantillon de l'enquête FBR est basé sur un tirage aréolaire, stratifié et à 2 degrés.

Au premier degré, dans chaque SE, unités primaires de sondage telles que définies plus haut, les villages ont été tirés à probabilité proportionnelle à la taille (population de la SE communiquée par les responsables des structures de santé).

Au second degré, on a tiré le même nombre de ménages (16) dans chaque village.

En raison de plusieurs considérations, dont le budget disponible et le temps nécessaire pour une équipe pour accomplir son travail auprès d'une SE (coût de déplacement), il a été retenu de tirer un village par SE. La SE ici s'identifiera donc à la FOSA et au village ou localité ou quartier rattaché.

Un dénombrement des ménages dans chacune des SE a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 16 ménages. Tous les membres de ces ménages ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et les enfants de moins de cinq ans ont également été enquêtés.

### ***1.3.3.5 Pondération***

Des coefficients de pondération ont été calculés et ajoutés à chaque fichier de données. Ceux pour les données sur les ménages ont été calculés comme étant l'inverse de la probabilité de sélection du ménage, calculée au niveau du domaine d'échantillonnage (au sein de chaque région). Les pondérations des ménages ont été ajustées pour tenir compte des non-réponses au niveau de chaque domaine, et ont été normalisés par un facteur constant de façon à ce que le nombre total extrapolé de ménages soit égal au nombre total de ménages non-pondéré.

Les coefficients de pondération pour les données sur les femmes utilisent les pondérations non-normalisées des ménages, ajustés pour tenir compte des non-réponses sur les modules des femmes de 15-49 ans, et ont ensuite été normalisés de façon à ce que le nombre total extrapolé de ces femmes soit égal au nombre total desdites femmes non-pondéré.

Il en est de même des coefficients de pondération pour les données sur les enfants, les individus, les femmes et enfants, les femmes avec enfant de moins de 2 ans, les naissances des 10 dernières années qui suivent la même approche que pour les femmes, et utilisent les pondérations non-normalisées des ménages, ajustées pour tenir compte des non-réponses dans les modules correspondants, et qui sont ensuite été normalisés afin que le nombre total extrapolé de chaque population cible soit le même que le nombre total de la population cible non-pondéré.

## **1.3.4 Saisie et Traitement des données**

### ***1.3.4.1 Organisation des équipes de saisie***

L'organisation initiale consistait à effectuer la saisie sur le terrain. Ainsi une équipe composée de trois agents de saisie supervisés par un contrôleur devait se déployer dans chacune des trois régions. Mais pour des raisons d'un meilleur suivi et contrôle des données, et surtout d'apurement instantanée, l'opération s'est plutôt déroulée à Yaoundé sur un seul site avec une équipe de seize (16) agents de saisie, supervisée par deux (02) contrôleurs et placée sous la coordination d'un Coordonnateur de la Saisie.

Avant le début de l'opération de la saisie proprement dite, plusieurs tâches préparatoires ont été faites dont les principales sont :

- conception des masques de saisie ;
- conception des programmes de comparaison et d'apurement des données ;
- rédaction du manuel de l'agent de saisie ;
- formation et évaluation des agents de saisie ;
- configuration du réseau informatique et installation des masques de saisie.

### ***1.3.4.2 Déroulement de la saisie***

La saisie a commencé le 03 avril 2012, soit deux semaines après le début effectif de la collecte des données sur le terrain, et elle s'est achevée le 08 juillet 2012.

Cette opération consistait en six (06) activités principales :

- la vérification et codification des questionnaires reçus du terrain
- la première saisie des questionnaires vérifiés et codifiés ;
- la deuxième saisie (vérification) des questionnaires issus de la première activité ;
- la comparaison des données et correction des listings ;
- l'apurement des données issues de l'étape précédente ;
- l'imputation des données.

### **Codification des données**

Les questionnaires étaient transmis à l'équipe presque toutes les deux semaines. Bien que la plupart des questions soient fermées, les agents de saisie ont d'abord procédé, afin de faciliter la saisie, à la codification de certaines questions ouvertes ou semi-ouvertes.

Tous les questionnaires remplis sur le terrain ont systématiquement fait l'objet d'un contrôle préalable. Les agents ont également vérifié :

- le nombre de questionnaires remplis dans chaque SE qui doit correspondre à celui ramené du terrain et inscrit au dos de la boîte d'archives ;
- l'exhaustivité des questions posées ;
- le respect des sauts et filtres ;
- la cohérence de certaines informations recueillies.

Cette activité a signalé un non respect du code ID des enquêtés lors du passage d'un module à un autre ; et des identifiants incohérents ou manquants tout simplement sur certaines fiches de dénombrement/d'échantillon.

### **Première saisie**

Cette activité consiste à faire saisir les SE codifiées et vérifiées à l'étape précédente. Il s'agit là pour l'agent de saisir les informations telles qu'elles sont écrites sur les questionnaires physiques.

### **Deuxième saisie (Vérification)**

Elle consiste à faire saisir, par un autre agent de saisie, les SE sur lesquelles la première saisie est déjà effectuée. Elle vise à vérifier les données saisie à l'étape précédente.

## **Comparaison des données et correction des listings**

Il s'agit ici de comparer, pour chaque questionnaire, ses données de la première saisie et celles de la deuxième saisie. Au cas où des différences étaient détectées, des listings afférents sont imprimés et remis aux agents concernés pour correction. Les données sont dites « propres » à ce niveau si celles de la première saisie correspondent exactement à celles de la seconde.

### **Apurement**

L'exécution du programme rédigé sur base des spécifications préalablement élaborées a permis la détection et la correction des erreurs d'amplitude et de cohérence. Cette phase a permis d'avoir un fichier « nettoyé » utilisable en vue de la production des tableaux.

Les incohérences détectées étaient corrigées en se référant sur les questionnaires physiques.

Les spécifications, le programme et le listing résultant de cette exécution sont annexés dans le rapport de saisie plus détaillé.

### **Imputation**

L'imputation des données consistait à attribuer des réponses cohérentes aux valeurs incohérentes détectées et ayant échappée à l'étape précédente.

Des tabulations (simples tris à plat, surtout) ont été préalablement faite pour faciliter et bien mener cette imputation.

#### ***1.3.4.3 Exportation des données***

A la fin de toutes ces activités, les différentes bases ont été exportées sous un logiciel de statistique (Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Stata, ...). Les différents coefficients de pondération et les différentes clés d'appariement ont été ensuite créés.

En ce qui concerne les clés d'appariement, on a notamment :

#### **Sur les questionnaires ménages :**

- IDQV : Identifiant du quartier de ville ou localité (3 positions) à partir de la région (1 position) et Fosa (2 positions) ;
- IDMEN : Identifiant du ménage (sur 2 positions) à partir du quartier de ville ou localité (3 positions), de la région (1 position) et Fosa (2 positions) ;
- IDIND : Identifiant individu du ménage (sur 2 positions) à partir du ménage (sur 2 positions) du quartier de ville ou localité (3 positions), de la région (1 position) et Fosa (2 positions).

## Sur les questionnaires FOSA :

- CASEIDFS : Identifiant FOSA (F1, ..., F7) constitué de la région (1 position), de la FOSA (2 position) et du village/quartier (3 position)

### 1.3.5 Taux de réponse au niveau de l'enquête ménage

Tous les 3 874 ménages qui ont été dénombrés lors de l'enquête FBR ont été enquêtés avec succès, ce qui donne un taux de réponse de 100%, pour les ménages. Au sein de ces ménages enquêtés, 5 321 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées dont 5 296 enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 99,5%.

Par ailleurs, 5 900 enfants âgés de moins de cinq ans ont été dénombrés à partir du questionnaire-ménage. Parmi ceux-ci, les questionnaires (modules enfants de moins de 5 ans) ont été remplis avec succès pour 5 867 enfants, soit un taux de réponse de 99,4% (Tableau HH.1).

Dans l'ensemble, on note que les taux de réponse obtenus à partir de l'enquête FBR sont satisfaisants, compte tenu des réticences observées pour des opérations similaires.

### 1.3.6 Taux de réponse au niveau de l'enquête formation sanitaire

En ce qui concerne les formations sanitaires, 231 formations sanitaires ont été enquêtées sur un total de 247 échantillonnées, soit un taux de réponse de 93,5 %. Ce taux était de 97,8 au Nord-ouest, 97,4 % au Sud-ouest et 85,2 % à l'Est. Les non réponse au niveau des formations sanitaires sont essentiellement attribuables au non fonctionnement de certaines formations sanitaires et à l'absence de personnel. Toutefois, il est arrivé des cas de difficulté d'accès géographique à quelques formations sanitaires.

Tableau 3: taux de réponse des formations sanitaires par région

	Nombre de formations sanitaires		Taux de réponse
	initial	enquêté	
Est	81	69	85,2
Nord-ouest	89	87	97,8
Sud-ouest	77	75	97,4
Total	247	231	93,5



**Tableau 4 :** Nombre de ménages, de femmes de 15-49 ans, d'enfants de moins de 5 ans, et taux de réponse par région et district de santé.

	Région			District de santé														Total
	Est	Nord-Ouest	Sud-Ouest	Ketté	Fundong	Kumbo East	Ndop	Nkambé	Buea	Kumba	Limbé	Mamfé	Doumé	Abong-Mbang	Lomié	Messamena	Nguele-mendouga	
Nombre de ménages																		
Nombre de ménages tirés	1279	1395	1200	176	384	352	355	304	304	336	320	240	208	383	192	208	112	3874
Nombre de ménages occupés/trouvés	1279	1395	1200	176	384	352	355	304	304	336	320	240	208	383	192	208	112	3874
Nombre de ménages interviewés	1279	1395	1200	176	384	352	355	304	304	336	320	240	208	383	192	208	112	3874
Taux de réponse Ménage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes de 15-49ans																		
Nombre de femmes éligibles	1743	1948	1630	195	579	438	516	415	436	463	401	330	309	523	273	280	163	5321
Nombre de femmes interviewées	1736	1930	1630	195	575	433	508	414	436	463	401	330	307	522	272	278	162	5296
Taux de réponse Femme	99,6	99,1	100,0	100,0	99,3	98,9	98,4	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	99,8	99,6	99,3	99,4	99,5
Enfants de moins de cinq ans																		
Nombre d'enfants de moins de cinq ans éligibles	2178	2058	1664	272	584	468	566	440	398	472	422	372	425	649	304	330	198	5900
Nombre d'enfants de moins de cinq ans interviewés	2165	2038	1664	272	582	467	552	437	398	472	422	372	416	649	303	329	196	5867
Taux de réponse Enfant	99,4	99,0	100,0	100,0	99,7	99,8	97,5	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	97,9	100,0	99,7	99,7	99,0	99,4

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 1.3.7 Difficultés rencontrées et solutions

Dans l'accomplissement de cette lourde mission, toutes les équipes ont été confrontées à un certain nombre de difficultés, notamment :

- a°) le calendrier de fonctionnement des centres de santé parfois fermées les week-ends ;
- b°) l'éloignement entre les zones de travail des équipes de collecte et la base de travail ;
- c°) l'état des routes, l'enclavement de certaines zones d'enquête aggravé par l'arrivée de la saison des pluies;
- d°) la barrière linguistique nécessitant le recours aux traducteurs dans nombreuses localités avec pour corollaire l'alourdissement de la charges de travail des enquêteurs et la prolongation du temps des interviews ;
- f°) la rareté du carburant dans certaines localités des districts de NKambé, Fundong et Mamfé dans le Nord-Ouest, et dans cinq districts de santé sur six à l'Est ;
- g°) l'atteinte des quota de questionnaires à remplir dans les formations sanitaires par jour, n'avait pas tenu compte de la faible fréquentation de ces formations sanitaires par les populations. Il a fallu être ingénieux pour anticiper dans les prises de contacts préalables, d'obtenir des rendez-vous souvent au-delà des heures régulières de travail afin de réussir à les enquêter (y compris les week-ends). Vue la faiblesse des effectifs de patientes en CPN, nous avons été obligé de ne plus tenir compte uniquement du hasard du jour de la visite, mais de prendre expressément rendez-vous pour arriver les jours de CPN. De même, pour avoir des enfants en consultations, il a fallu repasser plusieurs fois dans certaines FOSA.
- h°) l'absence des rapports dans les cliniques privées, la mauvaise tenue des rapports mensuels d'activité dans les formations sanitaires publiques (difficulté plus accrue pour le recueil des données durant les six derniers mois dans les registres ;
- i) l'estimation difficile des quantités de vaccins stockés et disponibles dans certaines formations sanitaires qui ne sont pas dotées de groupe électrogène, d'électricité ou de réfrigérateur ;
- j) l'absence d'informations clé justifiée par des responsables nouvellement affectés et n'ayant pas à leur disposition les documents clés pour le recueil des informations ;.
- k) la difficulté d'appliquer la méthodologie d'enquêter une FOSA par jour. L'absence de certains responsables au sein de leurs formations sanitaires a exigé l'équipe à y retourner plusieurs fois et freinant ainsi le travail sur le terrain.
- l) L'existence dans la base de sondage produite par les districts de santé des formations sanitaires non fonctionnelles ;
- m) Au niveau de l'observation directe : En principe, l'hypothèse forte en observation directe stipule que le comportement du prestataire observé tendrait vers son comportement habi-

tuel au fur et à mesure des cas consultés dans la journée. Cela suppose une observation suffisamment longue. Or, dans notre enquête, l'observation ne dure qu'un jour et dans plusieurs cas, le nombre de patient obtenu était bien inférieur à celui attendu. Le problème de la fiabilité dans le comportement des prestataires de service peut ainsi être soulevé.

- n) En ce qui concerne le prix des médicaments, l'absence de précision des dosages de certains médicaments (amoxicilline sirop et les ACT) a été l'une des difficultés rencontrées sur le terrain dans la mesure où ces produits disponibles dans les pharmacies se présentaient sous plusieurs dosages et à des prix différents. Il faudrait donc demander les prix en fonction des dosages.
- o) D'une manière générale, les multiples objectifs entourant la collecte pour l'évaluation d'impact a conduit à la lourdeur des questionnaires. Ceci était particulièrement vrai pour le questionnaire ménage et pour le questionnaire F1 des FOSA.

### **1.3.8 Recommandations**

Quelques recommandations sont formulées pour le bon déroulement des activités futures :

- a°) Vu l'état des routes et l'enclavement de nombreuses zones d'enquête surtout pendant la saison des pluies, nous préconisons qu'à l'avenir, une telle enquête se déroule en saison sèche.
- b°) Compte tenu de l'importance de toutes les informations collectées et de la lourdeur des questionnaires, l'organisation devra réduire la charge journalière de travail afin d'assurer une sérénité dans la collecte des informations ;
- c°) Etendre le temps d'observation dans une FOSA.



## CHAPITRE 2 PROFIL DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DE LA POPULATION

Ce chapitre présente les caractéristiques sociodémographiques, culturelles, économiques et la situation sanitaire de la population enquêtée auprès des ménages.

### 2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population

La structure par âge et sexe, la taille des ménages, la situation matrimoniale de la population sont les caractéristiques sociodémographiques de la population qui ont constitué les centres d'intérêt dans cette section.

#### 2.1.1 Structure par sexe et âge

**Tableau 5 :** Répartition de la population enquêtée par région et district selon le sexe

Région	District	Homme		Femme		Total
		%	Effectif	%	Effectif	
Est	KETTE	47,5	355	52,5	393	748
	DOUME	47,1	758	52,9	853	1611
	ABONG-MBANG	45,7	1187	54,3	1411	2598
	LOMIE	46,8	513	53,2	583	1096
	MESSAMENA	47,3	355	52,7	396	751
	NGUELEMENDOUKA	43,1	347	56,9	458	805
	<b>Sous-total</b>	<b>46,2</b>	<b>3515</b>	<b>53,8</b>	<b>4094</b>	<b>7609</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	39,5	878	60,5	1342	2220
	KUMBO EAST	45,5	628	54,5	751	1379
	NDOP	44,5	1185	55,5	1478	2663
	NKAMBE	43,7	588	56,3	759	1347
	<b>Sous-total</b>	<b>43,1</b>	<b>3279</b>	<b>56,9</b>	<b>4330</b>	<b>7609</b>
Sud-Ouest	BUEA	46,0	757	54,0	888	1645
	KUMBA	44,2	1047	55,8	1323	2370
	LIMBE	43,8	494	56,2	634	1128
	MAMFE	44,7	488	55,3	603	1091
	<b>Sous-total</b>	<b>44,7</b>	<b>2786</b>	<b>55,3</b>	<b>3448</b>	<b>6234</b>
<b>Ensemble</b>		<b>44,7</b>	<b>9581</b>	<b>55,3</b>	<b>11875</b>	<b>21456</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Du **Tableau 5** il ressort que dans la population soumise à cette enquête il y a plus de femmes que d'hommes (55,3% contre 44,7%). Toutefois, même si la proportion des hommes reste moins élevée dans toutes les régions couvertes par l'étude, on peut souligner une disparité entre elles. Ainsi on peut remarquer qu'au Nord Ouest, l'on a plus de femmes (56,9%), suivi du Sud Ouest et de l'Est qui ont respectivement 55,3% et 53,8% de femmes.

En outre, une disparité s'observe à l'intérieur même d'une région donnée. A l'Est la part de femmes varie entre 52,5% (KETTE) et 56,9% (NGUELEMENDOUKA). Au Sud Ouest c'est dans le district de LIMBE que la proportion la plus élevée s'observe (56,2%) alors que la plus faible s'observe à BUEA (54%). Le district de Fundong est celui où la proportion des femmes est la plus élevée dans le Nord Ouest (60,5%) et, à l'opposé, se trouve le district sanitaire de Kumbo East (54,5%).

La population enquêtée est relativement très jeune. Dans chaque région, au moins le quart de la population est âgée de moins de cinq ans. Cette proportion passe à près de 50% lorsqu'on considère les personnes d'âge inférieur à 15 ans. La part des enfants de moins de cinq ans au niveau national s'élève à 27,1% et est plus élevée à l'Est ; 28,4% contre 26,6% et 26,2% respectivement au Nord Ouest et au Sud Ouest (**Tableau 6**).

**Tableau 6 : Répartition de la population enquêtée par région selon le groupe d'âge**

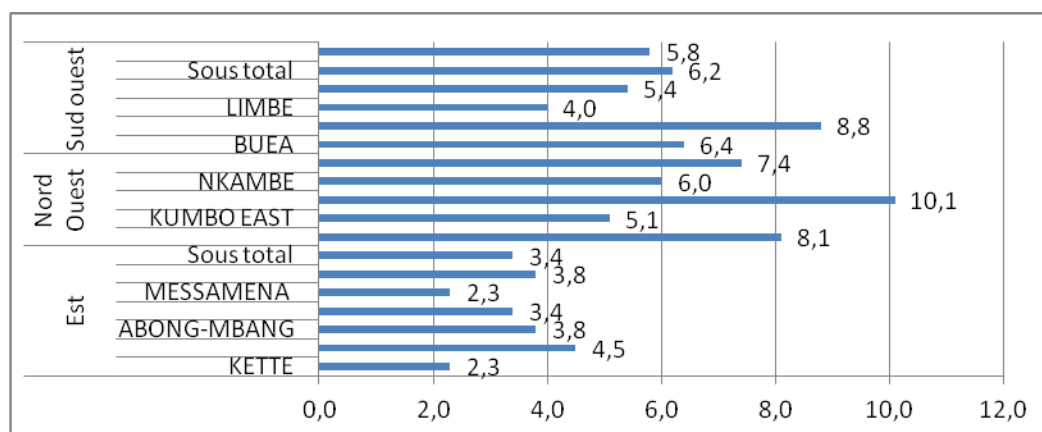
Groupe d'âge	Région						Total	
	Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest			
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Moins de 5 ans	28,4	2163	26,6	2024	26,2	1631	27,1	5818
5-9 ans	15,4	1173	14,8	1128	11,8	735	14,2	3036
10-14 ans	9,8	744	10,1	771	8,4	523	9,5	2038
15-19 ans	8,6	657	9,1	690	8,6	535	8,8	1882
20-24 ans	7,5	574	8,4	641	10,5	655	8,7	1870
25-29 ans	7,3	553	7,1	542	11,1	689	8,3	1784
30-34 ans	5,5	415	6,4	484	8,5	532	6,7	1431
35-39 ans	4,4	337	4,3	325	4,7	290	4,4	952
40-44 ans	3,6	273	3,1	235	3,3	204	3,3	712
45-49 ans	2,3	173	1,8	134	1,5	91	1,9	398
50-54 ans	2,5	189	2,2	170	2,1	128	2,3	487
55-59 ans	1,5	114	1,3	101	1,3	81	1,4	296
60 ans et plus	3,2	245	4,8	364	2,3	141	3,5	750
Ensemble	100	7610	100	7609	100	6235	100	21454

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.1.2 Taille moyenne des ménages

La taille moyenne des ménages dans l'ensemble des trois régions est estimée à 5,8 personnes (**Graphique 1**) alors qu'il est estimé à 5 personnes au niveau national selon l'EDSMICS 2011. Cette moyenne est de 3,4 personnes à l'Est, 7,4 au Nord Ouest et 6,2 au Sud Ouest. On remarque que parmi les trois régions, la taille des ménages à l'Est est la plus faible, avec une variation entre 2,3 (KETTE) personnes par ménage et 4,5 (DOUME). Le Nord Ouest qui présente les tailles moyennes les plus élevées, enregistre dans le district de Ndop le nombre moyen de personnes par ménage le plus élevé (10,1).

**Graphique 1:** Taille moyenne des ménages par région et district



Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.1.3 Situation matrimoniale

**Tableau 7 :** Situation matrimoniale par région et district

Région	District	Jamais Marié(e)	Marié(e) Monogame	Marié(e) Polygame	Union Libre	Divorcé(e)/ Séparé(e)	Veuf/Ve
Est	KETTE	13,9	39,9	19,9	20,5	2,0	3,8
	DOUME	32,8	16,9	6,5	35,8	1,9	6,1
	ABONG-MBANG	30,4	23,8	3,6	34,2	3,2	4,8
	LOMIE	32,3	19,6	3,5	33,6	4,9	6,1
	MESSAMENA	35,3	15,5	3,0	35,6	4,8	5,8
	NGUELEMENDOUKA	33,7	20,5	5,9	31,7	2,5	5,7
	<b>Sous-total</b>	<b>30,5</b>	<b>22,0</b>	<b>5,8</b>	<b>33,1</b>	<b>3,2</b>	<b>5,3</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	43,8	38,3	7,4	1,3	,6	8,6
	KUMBO EAST	30,4	54,2	5,1	2,5	2,9	4,9
	NDOP	31,5	48,3	9,4	4,8	1,4	4,7
	NKAMBE	37,4	46,6	3,9	1,6	3,2	7,4
	<b>Sous-total</b>	<b>36,0</b>	<b>46,0</b>	<b>7,1</b>	<b>2,8</b>	<b>1,7</b>	<b>6,4</b>
Sud-Ouest	BUEA	36,4	45,5	3,9	9,9	1,7	2,6
	KUMBA	37,1	46,2	1,9	7,3	1,3	6,3
	LIMBE	28,9	56,4	2,3	9,1	0,0	3,3
	MAMFE	45,2	30,1	6,0	11,7	0,3	6,8
	<b>Sous-total</b>	<b>36,8</b>	<b>45,0</b>	<b>3,2</b>	<b>9,1</b>	<b>1,0</b>	<b>4,8</b>
<b>Ensemble</b>		<b>34,4</b>	<b>37,6</b>	<b>5,4</b>	<b>15,0</b>	<b>2,0</b>	<b>5,5</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Environ 65% de la population âgée de plus de 15 ans vit dans une union ou avait déjà vécu en union. La proportion des célibataires est moins élevée à l'Est (30,5%) au bénéfice d'une part plus importante des unions libres. Un tiers des personnes de 15 ans et plus y vit en union libre (33,1%) contre moins de 3% au Nord Ouest et moins de 10% au Sud-Ouest. La polygamie est répandue dans toutes les régions et districts de la zone couverte par l'enquête. Toutefois, le District de KETTE se distingue par une plus forte proportion de polygames (19,9%). Le veu-

vage est plus important au Nord Ouest (6,4%), suivit par l'Est (5,3%) et le Sud Ouest (4,8%) (Tableau 7).

## 2.2 Caractéristiques socioculturelles de la population

La religion déclarée, le niveau de scolarisation atteint, la fréquentation scolaire, l'absence scolaire, les raisons de l'absence scolaire sont les principales caractéristiques socioculturelles examinées dans cette sous section.

### 2.2.1 Structure de la population selon la religion

La religion la plus répandue est le christianisme dans la mesure où 76,8% des enquêtés sont d'obédience chrétienne (38,9% sont des catholiques et 37,9% sont des protestants). Toutefois, la religion musulmane est pratiquée dans l'ensemble des trois régions d'étude par 8,6% des enquêtés. Cette dernière religion est la plus rapportée dans le district de KETTE (50,2%) à l'Est (Tableau 8).

**Tableau 8 :** Répartition de la population selon la religion par région et district

Région	District	Catholique	Protestant	Musulman	Autre
Est	KETTE	10,4	26,4	50,2	13,0
	DOUME	65,4	13,6	6,5	14,5
	ABONG-MBANG	47,9	32,5	5,6	14,0
	LOMIE	53,9	34,8	5,4	5,9
	MESSAMENA	39,5	54,1	1,9	4,5
	NGUELEMENDOUKA	58,5	23,2	0,1	18,2
	<b>Sous-total</b>	<b>49,0</b>	<b>29,4</b>	<b>9,2</b>	<b>12,3</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	50,7	38,7	7,7	2,9
	KUMBO EAST	56,5	21,0	21,4	1,2
	NDOP	25,2	40,2	18,2	16,5
	NKAMBE	25,1	51,6	7,1	16,2
	<b>Sous-total</b>	<b>38,3</b>	<b>38,3</b>	<b>13,7</b>	<b>9,7</b>
Sud-Ouest	BUEA	24,8	42,4	3,5	29,3
	KUMBA	25,3	52,6	0,0	22,1
	LIMBE	32,2	43,8	3,6	20,4
	MAMFE	30,4	49,0	0,3	20,3
	<b>Sous-total</b>	<b>27,3</b>	<b>47,7</b>	<b>1,6</b>	<b>23,4</b>
<b>Ensemble</b>		<b>38,9</b>	<b>37,9</b>	<b>8,6</b>	<b>14,6</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.2.2 Structure de la population selon le niveau d'instruction

Une faible proportion de la population est sans instruction (0,4%). Toutefois, la majorité de la population a un niveau d'instruction primaire (62,2%) dans toutes les régions et tous les districts de santé. Par ailleurs, on note des disparités entre les régions et les districts. La population du Sud Ouest semble avoir un niveau d'éducation plus élevé tandis que l'Est semble être en retrait par rapport au Nord Ouest. A l'intérieur de la Région de l'Est, il semble que le ni-



veau d'instruction est plus élevé à Abong-Mbang et à l'opposé se trouve le district de KETTE. S'agissant du Nord Ouest la situation est mitigée. Si le district de Kumbo East est l'un où une part importante de la population déclare avoir seulement atteint le niveau primaire (71,1%), c'est aussi le district où la proportion de ceux qui ont atteint le niveau supérieur reste le plus élevée (2,9%) au sein de la région. Au Sud Ouest, le niveau d'éducation le plus élevé s'observe à BUEA et à MAMFE quand Kumba et LIMBE semble être en retrait par rapport à ces deux districts (**Tableau 9**).

**Tableau 9 :** Répartition de la population selon le niveau d'instruction par région et district sanitaire

Région	District	Sans Instruc- tion	Maternel/ Primaire	Secondaire	Supérieur
Est	KETTE	-	86,7	13,0	0,3
	DOUME	1,2	66,2	32,2	0,4
	ABONG-MBANG	0,0	61,0	37,0	2,0
	LOMIE	-	61,6	38,0	0,4
	MESSAMENA	-	65,4	34,4	0,2
	NGUELEMENDOUKA	0,4	67,9	31,7	
	<b>Sous-total</b>	<b>0,3</b>	<b>65,0</b>	<b>33,8</b>	<b>0,9</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	0,1	69,0	30,4	0,4
	KUMBO EAST	0,2	71,1	25,8	2,9
	NDOP	1,4	62,2	34,9	1,5
	NKAMBE	0,0	74,6	24,1	1,3
	<b>Sous-total</b>	<b>0,5</b>	<b>68,1</b>	<b>30,0</b>	<b>1,4</b>
Sud-Ouest	BUEA	0,2	50,8	42,3	6,8
	KUMBA	0,2	56,0	40,0	3,7
	LIMBE	1,3	51,0	43,6	4,1
	MAMFE	0,0	50,3	46,7	3,1
	<b>Sous-total</b>	<b>0,4</b>	<b>52,7</b>	<b>42,5</b>	<b>4,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>62,2</b>	<b>35,2</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.2.3 Fréquentation et absence scolaire

Plus de la moitié (71,8%) de la population d'âge compris entre 6 et 24 fréquente l'école au cours de l'année scolaire 2011/2012. Ce niveau de fréquentation est sensiblement le même dans le Sud Ouest (72,8%) et le Nord Ouest (73,5%) mais une légère différence semble s'observer avec la région de l'Est (69,1%). L'examen selon le district montre que le niveau de la fréquentation est plus élevé à Ndop (76,9%) au Nord Ouest et plus faible à KETTE (64,6%) dans la région de l'Est (**Tableau 10**).

Cette fréquentation scolaire est moins régulière pour certains élèves ou étudiants. Au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête, elle a été régulière pour seulement environ 49,3% de la population d'âge compris entre 6 et 24 ans.

**Tableau 10 :** Répartition de la population des 6-24 ans selon la fréquentation scolaire, par région et district

Région	District	%
Est	KETTE	64,6
	DOUME	68,5
	ABONG-MBANG	70,1
	LOMIE	69,7
	MESSAMENA	69,6
	NGUELEMENDOUKA	68,5
	<b>Sous-total</b>	<b>69,1</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	73,2
	KUMBO EAST	75,5
	NDOP	76,9
	NKAMBE	65,7
	<b>Sous-total</b>	<b>73,5</b>
Sud-Ouest	BUEA	72,2
	KUMBA	71,8
	LIMBE	70,0
	MAMFE	77,2
	<b>Sous-total</b>	<b>72,8</b>
<b>Ensemble</b>		<b>71,8</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 11 :** Répartition de la population des 6 – 24 ans selon le nombre de jours d'absence à l'école au cours des 30 derniers jours, par région et district

Région	District	Nombre de jours d'absence à l'école					Effectif
		0 Jour	1-7 Jours	8-14 Jours	15-21 Jours	22-30 Jours	
Est	KETTE	62,7	28,6	0,8	5,6	2,4	126
	DOUME	71,4	25,8	1,6	-	1,2	713
	ABONG-MBANG	26,6	47,6	16,2	7,6	2,0	381
	LOMIE	14,8	9,1	60,6	15,1	0,3	750
	MESSAMENA	26,5	28,0	37,0	7,6	0,9	351
	NGUELEMENDOUKA	43,5	22,2	30,0	1,9	2,4	436
	<b>Sous-total</b>	<b>38,5</b>	<b>30,7</b>	<b>22,9</b>	<b>6,4</b>	<b>1,5</b>	<b>635</b>
Nord-ouest	FUNDONG	27,1	37,2	33,0	2,7	0,1	254
	KUMBO EAST	19,7	2,1	67,5	10,2	0,5	381
	NDOP	71,6	25,6	1,1	0,7	1,1	427
	NKAMBE	47,0	15,7	27,6	9,1	0,6	685
	<b>Sous-total</b>	<b>44,2</b>	<b>23,7</b>	<b>27,2</b>	<b>4,3</b>	<b>0,6</b>	<b>317</b>
Sud-Ouest	BUEA	69,7	28,0	1,4	0,9	0,0	211
	KUMBA	66,9	25,7	4,9	1,1	1,4	207
	LIMBE	68,9	23,2	5,5	2,4	-	5874
	MAMFE	69,6	14,2	13,1	3,1	-	126
	<b>Sous-total</b>	<b>68,5</b>	<b>23,3</b>	<b>5,9</b>	<b>1,7</b>	<b>0,5</b>	<b>713</b>
<b>Ensemble</b>		<b>49,3</b>	<b>25,9</b>	<b>19,5</b>	<b>4,3</b>	<b>0,9</b>	<b>5871</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Près de 26% ont enregistré une durée d'absence comprise entre 1 à 7 jours, 19,5% une durée d'absence comprise entre 8 et 14 jours, 4,3% une durée d'absence comprise entre 15 et 21 jours et moins d'1% se sont absenté 22 et 30 jours. On peut souligner une disparité entre les

régions et entre les districts. Les absences sont plus prononcées à l'Est, mais le Sud Ouest enregistre nettement moins d'absence que le Nord Ouest. Une comparaison entre les districts montre que les absences sont moins prononcées à Ndop au Nord Ouest et à DOUME à l'Est. Par contre les absences sont plus prononcées à LOMIE à l'Est et Kumbo au Nord Ouest (**Tableau 11**).

Les raisons de ces absences sont diverses et variées. Mais, les raisons liées à la santé ne sont pas négligeables. Dans l'ensemble, près de 10% des absences seraient liées à des problèmes de santé. Cette proportion passe à 18% dans le Sud Ouest et tombe à 8,2% et 7,7% respectivement pour l'Est et le Nord Ouest. A DOUME à l'Est et à Ndop au Nord Ouest plus du tiers (35,5% et 33,7% respectivement) des absences semble s'expliquer par des raisons de santé quand dans le Sud Ouest, c'est BUEA (23,1%) qui se singularise par de fortes proportions d'absences liées à des problèmes de santé (**Tableau 12**).

**Tableau 12 : Répartition des raisons d'absence à l'école par région et district**

Région	District	Pour Raison De Sante	Autres Raison	Effectif
Est	KETTE	8,3	91,7	48
	DOUME	35,5	64,5	491
	ABONG-MBANG	4,9	95,1	298
	LOMIE	3,3	96,7	181
	MESSAMENA	10,6	89,4	179
	NGUELEMENDOUKA	5,1	94,9	130
	<b>Sous-total</b>	<b>8,2</b>	<b>91,8</b>	<b>205</b>
Nord-ouest	FUNDONG	2,6	97,4	70
	KUMBO EAST	1,3	98,7	111
	NDOP	33,7	66,3	107
	NKAMBE	6,1	93,9	487
	<b>Sous-total</b>	<b>7,7</b>	<b>92,3</b>	<b>269</b>
Sud-Ouest	BUEA	23,1	76,9	151
	KUMBA	15,1	84,9	118
	LIMBE	12,9	87,1	2845
	MAMFE	20,7	79,3	48
	<b>Sous-total</b>	<b>18,0</b>	<b>82,0</b>	<b>491</b>
<b>Ensemble</b>		<b>10,0</b>	<b>9,8</b>	<b>2 846</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 2.3 Caractéristiques socio-économiques de la population

La situation d'activité au cours des 7 derniers jours avant l'enquête auprès des ménages, la durée d'activité perdue pour raison de santé, la protection sociale et sanitaire des travailleurs, les dispositions pratiques pour faire face à la prise en charge en cas de maladie sont les principaux thèmes abordés dans cette section.

### 2.3.1 Situation d'activité au cours des 7 derniers jours

La situation d'activité la plus récurrente est le travail pour son propre compte en tant qu'indépendant ou entrepreneur (40,5%) (Tableau 9). Le niveau le plus élevé semble s'observer à KETTE à l'Est (53,5%) et le plus faible à DOUME également à l'Est (34,2%).

Le travail salarié est relativement moins répandu. Seulement 6,2% de la population se déclarent dans cette situation. Cette proportion est encore plus faible à MESSAMENA (2,9%) et Abong-Mbang (3,2%) à l'Est. Quatre districts semblent se situer au dessus de la moyenne de l'ensemble des trois régions : LIMBE (16,7%), BUEA (10,1%), Kumba (7,6%) au Sud-Ouest et Kumbo East (7,0%) au Nord-Ouest.

**Tableau 13 :** Répartition de la population de 6 ans et plus selon la situation d'activité au cours des 7 derniers jours par région et district

Région	District	Salarié(e)	Travailleur Indé- pendant/Auto- entrepreneur	Apprenti/Aide Familiale	Chômeur	Inactif	Autre
Est	KETTE	3,7	53,5	4,2	-	32,2	6,3
	DOUME	4,1	34,2	16,9	1,8	41,8	1,2
	ABONG-MBANG	3,2	48,3	3,8	0,5	42,6	1,7
	LOMIE	6,2	38,9	6,7	0,5	47,3	0,4
	MESSAMENA	2,9	45,4	6,6	0,4	44,1	0,6
	NGUELEMENDOUKA	3,8	36,4	21,7	0,2	36,9	0,9
	<b>Sous-total</b>	<b>3,9</b>	<b>43,0</b>	<b>9,0</b>	<b>0,6</b>	<b>41,9</b>	<b>1,6</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	4,0	38,6	3,4	1,0	49,2	3,8
	KUMBO EAST	7,0	44,2	4,2	0,7	41,5	2,4
	NDOP	4,8	40,0	5,1	1,1	44,1	5,0
	NKAMBE	6,1	41,7	6,6	1,0	40,1	4,5
	<b>Sous-total</b>	<b>5,4</b>	<b>40,9</b>	<b>4,7</b>	<b>0,9</b>	<b>44,1</b>	<b>3,9</b>
Sud-Ouest	BUEA	10,1	37,6	3,3	3,2	44,5	1,3
	KUMBA	7,6	38,2	3,2	1,4	47,8	1,9
	LIMBE	16,7	32,2	1,1	3,9	44,1	1,9
	MAMFE	5,0	40,4	2,6	1,5	49,4	1,2
	<b>Sous-total</b>	<b>9,9</b>	<b>37,1</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>46,4</b>	<b>1,6</b>
<b>Ensemble</b>		<b>6,2</b>	<b>40,5</b>	<b>5,6</b>	<b>1,3</b>	<b>44,0</b>	<b>2,4</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Le niveau de chômage déclaré, dans l'ensemble des trois régions, semble être relativement faible (1,3%). Le niveau de chômage le plus élevé déclaré est celui de LIMBE (3,9%) devant BUEA (3,2%), DOUME (1,8%) et Kumba (1,4%). Ailleurs, le niveau de chômage déclaré reste inférieur à la moyenne et parfois même presque nul comme à KETTE où on note moins de 0,1% de chômeur.

Dans l'ensemble près de la moitié de la population (44 %) est inactive soit parce qu'elle fréquente encore l'école ou est malade, vieille ou à la retraite.

### 2.3.2 Durée d'activité perdue à cause de la mauvaise santé

Lorsque les personnes exercent une activité, des jours semblent être perdus pour des raisons de santé (**Tableau 14**). Dans l'ensemble, 81,8% de la population enquêtée a déclaré s'être absenté entre 1 à 7 jours de son lieu de travail pour des raisons de santé. Cette proportion se situe à 11,2%, 3,2% et 3,8% respectivement pour les jours d'absence compris entre 8-14 jours, 15-21 et 22-30.. C'est dire que, plus le nombre de jours d'absence augmente moindre est la part des personnes. Cela semble donc indiquer que les absences de longue durée au travail, reste limiter par un rétablissement de la situation sanitaire.

**Tableau 14 :** Répartition de la population selon le nombre de jours d'activité perdu à cause de la mauvaise santé

Régions	District	1-7 jours	8-14 jours	15-21 jours	22-30 jours
Est	KETTE	88,6	11,4	-	-
	DOUME	74,1	19,4	2,2	4,3
	ABONG-MBANG	77,5	17,5	2,5	2,5
	LOMIE	84,1	12,5	3,4	-
	MESSAMENA	91,2	7,4	1,5	0,0
	NGUELEMENDOUKA	80,8	11,0	6,8	1,4
	<b>Sous-total</b>	<b>80,4</b>	<b>14,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,0</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	82,6	11,1	2,8	3,5
	KUMBO EAST	82,6	12,0	2,2	3,3
	NDOP	78,0	6,3	6,8	8,9
	NKAMBE	82,5	3,8	5,0	8,8
	<b>Sous-total</b>	<b>80,9</b>	<b>8,3</b>	<b>4,5</b>	<b>6,3</b>
Sud-Ouest	BUEA	81,5	13,7	3,4	1,4
	KUMBA	83,9	9,5	2,9	3,6
	LIMBE	93,9	2,0	0,0	4,0
	MAMFE	79,3	13,3	1,5	5,9
	<b>Sous-total</b>	<b>83,9</b>	<b>10,1</b>	<b>2,3</b>	<b>3,7</b>
<b>Ensemble</b>		<b>81,8</b>	<b>11,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.3.3 Couverture par une assurance maladie

On peut noter que peu de travailleur bénéficie d'une assurance maladie ; seulement 2,5% dans l'ensemble des trois régions. Cette proportion est de moins de 1% dans les districts de Nguemendouka, KETTE et MESSAMENA tous à l'Est. Le District de LIMBE se singularise par une plus forte proportion (5,2%) devant celui de Kumbo (4,8%), Kumba (3,6%), Fundong (3,5%) et BUEA (3,4%). Dans tous les autres districts la couverture des travailleurs par une assurance santé ne s'écarte pas très loin de celle de la moyenne d'ensemble (**Tableau 15**). En l'absence de cette couverture en assurance comment les populations s'y prennent en cas de maladie nécessitant des soins ?

### 2.3.4 Poids des dépenses de santé

Le poids des dépenses de santé des ménages qui est le rapport des dépenses consacrées à la santé (frais d'hôpitaux) au cours du mois précédant l'enquête rapporté à l'ensemble des dépenses (somme des dépenses alimentaires et non alimentaires) effectuées par le ménage permet de saisir la proportion du budget mensuelle du ménage consacrée à la santé des membres du ménages (Tableau 16).

**Tableau 15 :** Couverture par une assurance santé dans le cadre du travail principal par région et district

Région	District	Oui	Non
Est	KETTE	0,0	100,0
	DOUME	1,3	98,7
	ABONG-MBANG	1,3	98,7
	LOMIE	2,2	97,8
	MESSAMENA	0,1	99,9
	NGUELEMENDOUKA	0,8	99,2
	Sous-total	1,1	98,9
Nord-ouest	FUNDONG	3,5	96,5
	KUMBO EAST	4,8	95,2
	NDOP	1,5	98,5
	NKAMBE	2,3	97,7
	Sous-total	2,8	97,2
Sud-Ouest	BUEA	3,4	96,6
	KUMBA	3,6	96,4
	LIMBE	5,2	94,8
	MAMFE	2,2	97,8
	Sous-total	3,6	96,4
Ensemble		2,5	97,5

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 16 :** Proportion des ménages qui ont effectué des dépenses de santé au cours du mois précédant l'enquête.

Poids (%) des dépenses de santé dans les dépenses totales mensuelles	Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
	Pourcentage des ménages (%)	Effectifs	Pourcentage des ménages (%)	Effectifs	Pourcentage des ménages (%)	Effectifs	Pourcentage des ménages (%)	Effectifs
0	48,9	626	44,6	623	26,8	322	40,5	1570
[1-9]	33,0	422	34,5	482	48,4	581	38,3	1484
[10-19]	9,4	120	11,9	166	13,2	158	11,5	445
[20-29]	3,8	49	3,8	53	5,6	67	4,4	170
[30-39]	2,2	28	2,1	29	3,1	37	2,4	93
[40-95]	2,7	34	3,1	42	2,9	35	2,9	112
Total	100	1279	100	1395	100	1200	100	3874

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Dans le mois précédant l'enquête, plus de 40% des ménages déclarent n'avoir pas effectués des dépenses de santé ; 38,3% des ménages ont dépensé entre 1 et 10% de leur budget dans la santé et moins de 3% y ont mis plus de 40% de leur budget.

Quelle que soit la région, la majorité des ménages dépensent entre 1 et 9 % de leur budget dans la santé. La région de l'Est (48,9%) est celle où les ménages déclarent le plus n'avoir pas effectué des dépenses de santé dans le mois précédant l'enquête. A l'inverse, les populations du Sud-Ouest sont celles qui ont effectuées le plus de dépenses de santé dans le mois précédant l'enquête (près de 73%).

### 2.3.5 Endettement ou vente des biens du ménage pour raison de santé

Au **Tableau 17**, il ressort que pour faire face aux dépenses de santé dans les 12 derniers mois précédant l'enquête, il arrive qu'une majorité des ménages s'endette (72,1%). A LIMBE, par exemple, la quasi-totalité (88,3%) des ménages déclare avoir fait recours à l'endettement au moins une fois et dans tous les districts du Sud-Ouest cette proportion est au dessus de 80%. Le niveau du recours à l'endettement est plus faible à l'Est (61,5%) avec trois districts où il est inférieur à 60%: MESSAMENA (54,9%) Nguélemendouka (53,1%), KETTE (50%). Au Nord Ouest, où cette proportion se situe à (73,4%), seul le district de NKAMBE semble être en retrait (58,1%) quand dans tous les autres districts cette proportion est au dessus de 70%.

**Tableau 17 :** Proportion des ménage qui ont eu à faire recours à un endettement ou à des ventes des biens pour raison de santé par région et district.

Régions	District	Vente des biens du ménage pour la sante	Terrain du ménage vendu pour la sante	Bâtiments du ménage vendu pour la sante	Matériel agricole Du ménage vendu pour la sante	Bétail du ménage vendu pour la sante	Autres possessions du ménage vendu pour la sante	Endettement lie a la sante
Est	KETTE	28,1	0,0	0,0	11,1	33,3	55,6	50,0
	DOUME	41,8	0,0	0,0	36,4	27,3	37,5	62,0
	ABONG-MBANG	26,4	0,0	0,0	44,7	18,4	39,5	65,3
	LOMIE	34,8	13,0	0,0	39,1	26,1	34,8	72,7
	MESSAMENA	32,9	0,0	0,0	44,4	18,5	55,6	54,9
	NGUELEMENDOUKA	55,1	3,8	0,0	69,2	7,7	34,6	53,1
	<b>Sous-total</b>	<b>34,7</b>	<b>2,6</b>	<b>0,0</b>	<b>44,2</b>	<b>20,5</b>	<b>41,3</b>	<b>61,5</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	28,7	10,3	0,0	5,1	48,7	35,9	76,5
	KUMBO EAST	42,4	8,3	2,8	11,1	47,2	41,7	77,4
	NDOP	48,8	7,6	1,3	6,3	48,8	46,8	76,8
	NKAMBE	61,6	5,7	0,0	5,7	47,2	43,4	58,1
	<b>Sous-total</b>	<b>44,2</b>	<b>7,7</b>	<b>1,0</b>	<b>6,8</b>	<b>48,1</b>	<b>43,0</b>	<b>73,4</b>
Sud-Ouest	BUEA	9,9	37,5	12,5	37,5	12,5	25,0	81,5
	KUMBA	23,8	20,0	4,0	16,0	16,0	48,0	83,8
	LIMBE	10,4	0,0	0,0	12,5	25,0	62,5	88,3
	MAMFE	12,8	20,0	0,0	0,0	20,0	60,0	84,6
	<b>Sous-total</b>	<b>15,0</b>	<b>19,6</b>	<b>3,9</b>	<b>15,7</b>	<b>17,6</b>	<b>49,0</b>	<b>84,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>32,9</b>	<b>7,2</b>	<b>1,0</b>	<b>22,0</b>	<b>34,0</b>	<b>43,1</b>	<b>72,1</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

En plus de l'endettement, la vente des biens du ménage est utilisée comme stratégie pour faire face à un problème de santé. Dans l'ensemble des régions, près du tiers (32,9%) des ménages s'est trouvé dans cette situation de vente de biens. Cette proportion se situe à 15% au Sud-Ouest, à 34,7% à l'Est et à 44,2% au Nord Ouest. Le niveau du recours de la vente des biens du ménage pour la santé est plus le fait des populations du district de NKAMBE (61,6%) quand à l'inverse les populations du district de BUEA (9,9%) sont celles qui font le moins recours à cette pratique.

Le bien le plus vendu sur le marché pour faire face à des problèmes de santé est le bétail. Ainsi, dans l'ensemble, plus du tiers (34%) des ménages déclare avoir eu à y faire recours lors des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les niveaux les plus élevés s'observent dans le Nord Ouest (48,1%) avec Ndop (48,8%), Fundong (48,7%), NKAMBE (47,2%), et Kumbo East (47,2%) tandis qu'à l'opposé les niveaux les plus bas s'observe à Nguélemendouka (7,7%) à l'Est et à BUEA (12,5%) au Sud Ouest.

Il arrive même que le matériel agricole soit vendu pour assurer la prise en charge des soins de santé. Ainsi, dans l'ensemble, près d'un ménage sur cinq (22%) des ménages déclare avoir eu à y faire recours lors des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette situation est plus rapportée à Nguélemendouka (69,2%), Abong-Mbang (44,7%), MESSAMENA (44,4%) et LOMIE (39,1%), tous à l'Est.

Le bâtiment est rarement mis en jeux, la proportion des ménages qui ont dû vendre un bâtiment pour faire face à un problème de santé ne dépasse guère 8%. Cependant, on note que cette pratique est plus répandue dans la région du Sud Ouest (19,6%) où les niveaux les plus élevés s'observent avec BUEA (37,5%), Kumba (20,0%) et MAMFE (20,0%). La région de l'Est avec 2,6% est la région où cette pratique est la moins répandue.

### **2.3.6 Indice de bien-être de la population**

En plus des caractéristiques socioéconomiques de base (activité économique), un indicateur composite de la situation économique des ménages a été construit. Bien que lors de cette enquête des données sur les revenus et la consommation des ménages ont été collectées, les informations détaillées collectées sur le logement et ses caractéristiques ainsi que sur l'accès des ménages à une variété de biens de consommation et services sont plutôt utilisées comme une mesure de la situation économique afin de produire le quintile de bien-être économique des ménages. Cet indice de bien-être économique est construit en utilisant les données sur les caractéristiques des logements et les possessions des ménages, grâce à une analyse en composantes principales. Le **Tableau 18** présente la répartition de la population enquêtée par quintile de bien-être économique selon la région de résidence.

Dans l'ensemble des trois régions, on estime à 17,5% la proportion des ménages très pauvres et à 18,5% celle des ménages pauvres. La proportion des ménages à niveau de vie moyen se chiffrent à 18% quand celles des ménages riches et très riches se chiffrent à 21,4% et 24,7% respectivement. C'est dire que dans la zone d'étude, près de 4 ménages sur 10 enquêtés sont à



considérer comme des ménages pauvres quand 2 ménages sur 10 et près de 5 ménages sur 10 ont respectivement des niveaux de vie moyen et élevé. Les niveaux de vie les plus élevés s'observent dans le Sud Ouest avec 27,4% de riches et de très riches tandis que les ménages à plus faibles niveaux de vie sont enregistrés dans la région de l'Est (37,1% de très pauvres et 24,6% de pauvres).

**Tableau 18 :** Quintile de bien-être économique selon la région de résidence.

Quintile de bien-être économique	Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	EFFECTIFS	(%)	Effectifs
Très pauvre	37,1	474	13,8	193	,9	11	17,5	678
Pauvre	24,6	314	27,2	380	1,8	22	18,5	716
Moyen	18,2	233	27,8	388	6,1	74	18,0	695
Riches	14,4	184	22,6	315	27,4	329	21,4	829
Très riches	5,7	73	8,5	119	63,7	764	24,7	956
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>1279</b>	<b>100</b>	<b>1395</b>	<b>100</b>	<b>1200</b>	<b>100</b>	<b>3874</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 2.4 Situation sanitaire de la population

La perception de la situation sanitaire, les principaux états morbides, le temps passé dans la maladie, les principaux recours thérapeutiques en cas de maladie et les raisons de non recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie seront présentés dans cette section.

### 2.4.1 Perception sur le niveau de santé de la population au moment de la collecte

**Tableau 19 :** Niveau actuel perçu de la santé par région et district sanitaire

Région	District	Excellent	Bon	Passable	Médiocre
Est	KETTE	29,3	56,7	10,3	3,7
	DOUME	15,4	56,8	17,9	9,9
	ABONG-MBANG	28,8	53,1	13,0	5,1
	LOMIE	22,7	61,3	11,4	4,6
	MESSAMENA	28,6	51,5	13,4	6,4
	NGUELEMENDOUKA	17,8	52,8	22,0	7,4
	<b>Sous-total</b>	<b>24,0</b>	<b>55,2</b>	<b>14,5</b>	<b>6,3</b>
Nord-ouest	FUNDONG	38,5	52,7	6,5	2,3
	KUMBO EAST	35,1	56,2	6,9	1,9
	NDOP	29,7	58,6	8,1	3,5
	NKAMBE	27,1	59,7	7,5	5,6
	<b>Sous-total</b>	<b>32,8</b>	<b>56,6</b>	<b>7,3</b>	<b>3,3</b>
Sud-Ouest	BUEA	33,4	56,1	8,2	2,3
	KUMBA	21,8	64,5	12,0	1,7
	LIMBE	43,0	46,8	8,9	1,3
	MAMFE	42,4	46,0	6,0	5,6
	<b>Sous-total</b>	<b>32,3</b>	<b>55,8</b>	<b>9,4</b>	<b>2,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>29,5</b>	<b>55,9</b>	<b>10,5</b>	<b>4,1</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Une part non négligeable des chefs de ménage pense que le niveau de santé de la population est passable voire même médiocre. Ainsi, dans l'ensemble 14,6% pensent que la situation

sanitaire est moins que bonne. Cette proportion passe à près de 30% à DOUME et Nguelemendouka, 19,8% à MESSAMENA, mais elle est de seulement 8,8% à Fundong ainsi qu'à Kumbo East (**Tableau 19**). Une des raisons de cette appréciation négative de la situation sanitaire pourrait être attribuée à la prévalence de maladies chroniques ou encore la recrudescence de certaines maladies guérissables.

#### 2.4.2 Fréquence de handicap et de maladies chroniques

Au **Tableau 20** il ressort que 4% de la population souffrent de maladie chronique ou de handicap. Cette proportion est plus élevée à MAMFE (5,5%), Kumba (5,1%) et Fundong (4,6%). Les niveaux les plus faibles, avec moins de 2%, se retrouvent à KETTE et LIMBE.

**Tableau 20 :** Niveau actuel de souffrance de handicap ou de maladie chronique par région et district

Région	District	Proportion (%)
Est	KETTE	1,5
	DOUME	3,2
	ABONG-MBANG	3,9
	LOMIE	2,0
	MESSAMENA	4,6
	NGUELEMENDOUKA	3,4
	<b>Sous-total</b>	3,3
Nord-Ouest	FUNDONG	4,6
	KUMBO EAST	3,3
	NDOP	3,4
	NKAMBE	4,1
	<b>Sous-total</b>	3,9
Sud-Ouest	BUEA	4,0
	KUMBA	5,1
	LIMBE	1,8
	MAMFE	5,5
	<b>Sous-total</b>	4,3
<b>Ensemble</b>		<b>3,8</b>

*Source :* Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Dans toutes les régions et tous les districts, le handicap physique est le plus rapporté (54,2%). Le Handicap mental est plus élevé à NKAMBE (26,7%), Nguelemendouka (25%), DOUME et NKAMBE (20% chacun) alors que la fréquence de la cécité est plus élevée à LIMBE (66,6%), BUEA (27,8%), Ndop (22,7%), KETTE (20%). La surdité reste particulièrement élevée à DOUME (**Tableau 21**).

A côté de ces handicaps on note également la présence de maladies chroniques. Le diabète (7%) et le VIH/SIDA(5,9%) en tête, suivis par les troubles cardiaques (5,5%), l'épilepsie (5,1%), l'asthme (3,4%) et la tuberculose (3,0%). On remarquera une forte proportion de la catégorie autre, reflétant une mauvaise reconnaissance des maladies liées à certaines souff-

frances endémiques. Cette non-reconnaissance est plus accentuée à Nguemendouka (89,5%), KETTE (85,7%) et Abong-Mbang (84,9%) (**Tableau 22**).

**Tableau 21** : Type de handicap par région et district

Région	District	Handicap physique	Handicap mental	Cécité	Surdité/mutité	Autre handicap
Est	KETTE	60,0	-	20,0	20,0	-
	DOUME	44,0	20,0	8,0	24,0	4,0
	ABONG-MBANG	76,9	7,7	0,0	11,5	3,8
	LOMIE	71,4	7,1	14,3	-	7,1
	MESSAMENA	45,5	9,1	18,2	9,1	18,2
	NGUELEMENDOUKA	12,5	25,0	-	-	62,5
	<b>Sous-total</b>	<b>56,2</b>	<b>12,4</b>	<b>7,9</b>	<b>12,4</b>	<b>11,2</b>
Nord Ouest	FUNDONG	48,0	16,0	4,0	16,0	16,0
	KUMBO EAST	36,4	18,2	18,2	9,1	18,2
	NDOP	41,9	19,4	22,6	12,9	3,2
	NKAMBE	53,3	26,7	6,7	6,7	6,7
	<b>Sous-total</b>	<b>45,1</b>	<b>19,5</b>	<b>13,4</b>	<b>12,2</b>	<b>9,8</b>
Sud Ouest	BUEA	66,7	5,6	27,8	0,0	-
	KUMBA	54,2	12,5	8,3	16,7	8,3
	LIMBE	33,3	0,0	66,7	0,0	-
	MAMFE	80,0	20,0	0,0	-	0,0
	<b>Sous-total</b>	<b>60,3</b>	<b>10,3</b>	<b>19,0</b>	<b>6,9</b>	<b>3,4</b>
<b>Ensemble</b>		<b>54,2</b>	<b>14,4</b>	<b>13,3</b>	<b>10,3</b>	<b>7,8</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

On peut souligner que, LIMBE se singularise par une plus forte fréquence de trouble cardiaque, d'asthme et de diabète (15,4%, 38,5% et 15,4 % respectivement). S'agissant de Kumba, elle se caractérise par une plus forte fréquence d'épilepsie (17,7%). Quant    MAMFE il l'est dans le cas du diabète (19,1 %). Le VIH/sida touche plus les populations des districts de Fundong et de Ndop (18,7 % et 10,7 % resp.). Quant à la tuberculose, elle est l'apanage des habitants du district de LOMIE (25,0%) (**Tableau 22**).

**Tableau 22** : Type de maladie chronique par région et district

Région	District	Trouble cardiaque	Diabète	��pilepsie	Asthme	Cancer	VIH/sida	Tuberculose	Autre maladie chronique
Est	KETTE	14,3	-	-	-	-	-	-	85,7
	DOUME	10,7	10,7	7,1	10,7	3,6	-	7,1	50,0
	ABONG-MBANG	4,1	2,7	4,1	0,0	-	2,7	1,4	84,9
	LOMIE	0,0	12,5	12,5	-	-	-	25,0	50,0
	MESSAMENA	4,3	-	4,3	13,0	-	-	0,0	78,3
	NGUELEMEN	-	-	5,3	-	-	5,3	-	89,5
	DOUKA	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Sous-total</b>	<b>5,1</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>	<b>3,8</b>	<b>,6</b>	<b>1,9</b>	<b>3,2</b>	<b>76,6</b>

<b>Nord-Ouest</b>	FUNDONG	1,3	5,3	1,3	1,3	4,0	18,7	2,7	65,3
	KUMBO EAST	2,9	8,8	-	2,9	-	5,9	8,8	70,6
	NDOP	5,4	8,9	3,6	1,8	-	10,7	3,6	66,1
	NKAMBE	10,0	5,0	2,5		5,0	7,5	2,5	67,5
	<b>Sous-total</b>	<b>4,4</b>	<b>6,8</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>	<b>2,4</b>	<b>12,2</b>	<b>3,9</b>	<b>66,8</b>
<b>Sud-Ouest</b>	BUEA	12,8	8,5	-	2,1	-	0,0	2,1	74,5
	KUMBA	3,1	1,0	17,7	0,0	-	-	2,1	76,0
	LIMBE	15,4	38,5	-	15,4	-	0,0	-	30,8
	MAMFE	2,1	19,1	2,1	17,0	-	10,6	0,0	48,9
	<b>Sous-total</b>	<b>5,9</b>	<b>9,4</b>	<b>8,9</b>	<b>5,4</b>	<b>-</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>	<b>66,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>5,5</b>	<b>7,0</b>	<b>5,1</b>	<b>3,4</b>	<b>1,0</b>	<b>5,9</b>	<b>3,0</b>	<b>69,0</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 2.4.3 Fréquence de maladies non chroniques

**Tableau 23 :** Niveau de souffrance de maladie non chronique au cours des quatre dernières semaines

Région	District	A souffert d'une maladie non chronique au cours des 4 dernières semaines		Enfant de moins de 5 ans ayant souffert d'une maladie non chronique au cours des 4 dernières semaines		Femme ayant souffert d'une maladie non chronique au cours des 4 dernières semaines	
		Oui (%)	Effectif	Oui (%)	Effectif	Oui (%)	Effectif
<b>Est</b>	KETTE	10,3	77	16,1	38	10,4	41
	DOUME	15,2	242	20,8	99	18,4	155
	ABONG-MBANG	13,3	345	19,5	142	12,8	181
	LOMIE	13,0	142	18,5	51	14,1	82
	MESSAMENA	15,8	119	23,5	48	15,9	63
	NGUELEMENDOUKA	15,7	124	24,8	57	15,7	70
	<b>Sous-total</b>	<b>13,9</b>	<b>1049</b>	<b>20,2</b>	<b>435</b>	<b>14,5</b>	<b>592</b>
<b>Nord-Ouest</b>	FUNDONG	16,2	355	21,6	118	17,0	227
	KUMBO EAST	14,8	203	20,4	76	15,4	115
	NDOP	12,4	319	16,7	120	13,2	188
	NKAMBE	14,9	199	20,1	73	15,1	114
	<b>Sous-total</b>	<b>14,4</b>	<b>1076</b>	<b>19,3</b>	<b>387</b>	<b>15,1</b>	<b>644</b>
<b>Sud-Ouest</b>	BUEA	25,0	411	41,9	177	24,4	216
	KUMBA	25,5	602	38,2	245	25,2	333
	LIMBE	22,9	257	36,1	106	26,6	168
	MAMFE	22,5	245	28,1	76	27,9	168
	<b>Sous-total</b>	<b>24,4</b>	<b>1515</b>	<b>37,1</b>	<b>604</b>	<b>25,7</b>	<b>885</b>
<b>Ensemble</b>		<b>17,1</b>	<b>3640</b>	<b>24,7</b>	<b>1425</b>	<b>18,0</b>	<b>2121</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A côté de ces handicaps et maladies chroniques l'enquête nous renseigne sur la prévalence de plusieurs maladies non chroniques qui contribuent à leur tour à une dégradation de la situation sanitaire. Au cours des quatre dernières semaines, 24,7% des enfants de moins de 5 ans et 18% des femmes ont soufferts de ces types de maladies. Ces proportions passent respective-

ment à 41,9% et 24,4% à BUEA, 38,2% et 25,2% à Kumba et 36,0% et 26,6% à LIMBE. Les districts de KETTE et de Ndop se singularisent par les niveaux les plus faibles aussi bien pour les enfants que pour les femmes, 16,1% et 10,4% ; 16,7% et 13,2% respectivement (**Tableau 23**).

#### **2.4.4 Maladies non chroniques des enfants au cours des quatre dernières semaines**

Le **Tableau 24** apporte un éclairage sur les maladies non chroniques des enfants de moins de cinq ans observées au cours des quatre (4) dernières semaines. La toux (21,1%), le paludisme (18,3%) et la fièvre (18,1%) sont les maladies les plus rapportées loin devant les maladies de la peau (9,1%) et la diarrhée (9%). La toux est essentiellement répandue dans les districts de BUEA (39,5%), Fundong (35,9%), Kumbo East (31,6%) et MESSAMENA (30,6%). La fièvre est plus rapportée à Kumba (34,3%), Kumbo East (31,6%) et dans une moindre mesure à MAMFE (24%) et KETTE (23,7%). Le paludisme est plus rapporté à Ndop (33,3%), KETTE (28,9%) et LIMBE (28%). Les maladies diarrhéiques sont plus rapportées dans les districts de Nguelemendouka (34,5%), DOUME (22,3%) et Abong-Mbang (16,8%). Les districts de MAMFE (20%), Fundong (16,2%) et BUEA (14,1%) se singularisent par une plus forte fréquence de maladies de la peau. La rougeole, moins fréquente dans l'ensemble (0,5%) est plus répandue, dans deux districts que sont DOUME (2,1%) et Nguelemendouka (1,8%).

#### **2.4.5 Maladie non chronique des femmes au cours des quatre dernières semaines**

Au cours des quatre dernières semaines, les premiers types de maladies non chroniques rapportés pour les femmes sont le paludisme (16,3%), la fièvre (15,6%) et la toux (12%), loin devant les douleurs abdominales (7,8%) les maux de tête (7%) et les maladies de la peau (6,1%). Les maladies liées à la grossesse et/ou accouchement sont également moins citées que la diarrhée et occupent le même niveau que celles liées aux muscles/os (**Tableau 25**).

La prévalence de la fièvre semble être plus élevée à Kumba (27,2%), Fundong (21,8%), Ndop (20,2%), Kumbo East (20,2%) et BUEA (19,8%). Le paludisme semble être plus rapporté dans les districts de LOMIE (30,9%), Abong-Mbang (25,0%), Ndop (22,9%), LIMBE (22,6%), KETTE (22,5%) et MESSAMENA (22,2%). Le district de Fundong (3,5%) semble se singulariser par une plus faible fréquence de paludisme. Le district de BUEA se singularise par une plus forte fréquence de toux (30,0%) alors qu'à MAMFE (17,1%) les vomissements avec ou sans diarrhées prennent le dessus. A LIMBE (22,6 %), le paludisme est la maladie la plus récurrente (**Tableau 25**).

**Tableau 24 :** Premier type de maladie non chronique des enfants de moins de 5 ans au cours des 4 dernières semaines

Région	District	Paludisme	Rougeole	Pro- blème oculaire	Peau	Fièvre	Douleurs abdominales	Toux unique- ment	Toux avec respiration difficile, rapide	Maux de tête	Autre	Diarrhée avec ou sans sang	Vomissement avec ou sans diarrhée
Est	KETTE	28,9	0,0	0,0	0,0	23,7	7,9	5,3	7,9	-	7,9	7,9	10,5
	DOUME	23,4	2,1	7,4	2,1	5,3	4,3	7,4	5,3	-	22,3	-	20,2
	ABONG-MBANG	23,1	-	-	11,2	9,1	6,3	11,9	6,3	0,7	16,8	2,8	11,9
	LOMIE	18,0	-	2,0	4,0	16,0	6,0	10,0	10,0	-	10,0	-	24,0
	MESSAMENA	16,3	0,0	-	6,1	6,1	6,1	30,6	10,2	-	10,2	2,0	12,2
	NGUELEMENDOUKA	12,7	1,8	-	3,6	9,1	-	14,5	1,8	-	34,5	7,3	14,5
	<b>Sous-total</b>	<b>21,0</b>	<b>,7</b>	<b>1,9</b>	<b>5,8</b>	<b>10,0</b>	<b>5,1</b>	<b>12,6</b>	<b>6,5</b>	<b>,2</b>	<b>17,9</b>	<b>2,8</b>	<b>15,4</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	3,4	-	1,7	16,2	9,4	3,4	35,9	-	0,9	3,4	0,9	24,8
	KUMBO EAST	6,6	-	-	3,9	31,6	1,3	31,6	1,3	2,6	1,3	2,6	17,1
	NDOP	30,3	0,8	1,7	5,0	16,0	1,7	25,2	-	6,7	9,2	0,0	3,4
	NKAMBE	14,9	-	2,7	4,1	12,2	2,7	9,5	1,4	-	9,5	10,8	32,4
	<b>Sous-total</b>	<b>14,5</b>	<b>,3</b>	<b>1,6</b>	<b>8,0</b>	<b>16,3</b>	<b>2,3</b>	<b>26,7</b>	<b>,5</b>	<b>2,8</b>	<b>6,0</b>	<b>2,8</b>	<b>18,1</b>
Sud-Ouest	BUEA	11,9	-	0,6	14,1	16,4	-	39,5	-	1,7	4,5	1,1	10,2
	KUMBA	22,4	0,8	1,6	10,2	34,3	1,2	12,7	0,0	-	5,7	1,2	9,8
	LIMBE	28,0	-	-	7,5	19,6	0,9	25,2	0,9	4,7	0,9	0,9	11,2
	MAMFE	9,3	-	0,0	20,0	24,0	1,3	17,3	0,0	0,0	8,0	4,0	16,0
	<b>Sous-total</b>	<b>18,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>	<b>12,1</b>	<b>25,2</b>	<b>0,8</b>	<b>23,3</b>	<b>0,2</b>	<b>1,3</b>	<b>4,8</b>	<b>1,5</b>	<b>10,9</b>
<b>Ensemble</b>		<b>18,3</b>	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>9,1</b>	<b>18,1</b>	<b>2,6</b>	<b>21,1</b>	<b>2,1</b>	<b>1,4</b>	<b>9,0</b>	<b>2,2</b>	<b>14,3</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 25 :** Premier type de maladie non chronique des femmes au cours des 4 dernières semaines

Région	District	Paludisme	Ané- mie	Digestif	Muscle /os	Peau	Grossesse / lie a l'ac- couchement	Fièvre	Douleurs abdomi- nales	Toux unique- ment	Toux avec respira- tion difficile, rapide	Mau x de tete	Diar- rhée avec ou sans sang	Vomisse- ment avec ou sans diarrhée	Autre
Est	KETTE	22,5	-	2,5	2,5	2,5	2,5	7,5	12,5	7,5	2,5	2,5	2,5	10,0	22,5
	DOUME	14,9	4,1	2,7	2,0	4,7	4,1	3,4	18,2	3,4	1,4	-	7,4	0,7	33,1
	ABONG-MBANG	25,0	1,1	0,6	1,1	6,7	5,6	7,2	10,0	5,6	2,2	1,1	7,8	2,8	23,3
	LOMIE	30,9	1,2	0,0	-	4,9	1,2	8,6	4,9	4,9	6,2	0,0	8,6	1,2	27,2
	MESSAMENA	22,2	-	0,0	3,2	3,2	3,2	1,6	6,3	15,9	3,2	-	4,8	4,8	31,7
	NGUELEMENDOUKA	9,1	3,0	6,1	4,5	6,1	1,5	6,1	9,1	9,1	4,5	1,5	19,7	-	19,7
	<b>Sous-total</b>	<b>20,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>5,2</b>	<b>3,6</b>	<b>5,7</b>	<b>11,1</b>	<b>6,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0,7</b>	<b>8,5</b>	<b>2,4</b>	<b>26,8</b>
Nord-ouest	FUNDONG	3,5	-	0,9	2,2	9,6	2,6	21,8	7,9	14,4	0,4	0,4	1,3	12,7	22,3
	KUMBO EAST	11,4	-	2,6	3,5	2,6	0,0	20,2	9,6	22,8	0,9	0,9	0,0	2,6	22,8
	NDOP	22,9	0,5	2,1	0,5	1,6	1,1	20,2	4,8	2,7	-	1,1	3,7	8,5	30,3
	NKAMBE	10,4	-	5,2	0,9	1,7	0,9	5,2	8,7	13,0	0,9	3,5	4,3	5,2	40,0
	<b>Sous-total</b>	<b>11,8</b>	<b>0,2</b>	<b>2,3</b>	<b>1,7</b>	<b>4,6</b>	<b>1,4</b>	<b>18,1</b>	<b>7,4</b>	<b>12,2</b>	<b>0,5</b>	<b>1,2</b>	<b>2,3</b>	<b>8,4</b>	<b>27,9</b>
Sud-Ouest	BUEA	10,1	-	-	2,8	6,5	2,8	19,8	2,8	30,0	-	0,9	2,3	8,3	13,8
	KUMBA	20,2	-	0,0	2,4	7,3	2,4	27,2	5,1	7,9	-	0,0	3,3	6,6	17,5
	LIMBE	22,6	-	0,6	6,5	7,7	6,5	12,5	4,2	19,0	0,0	0,6	3,0	6,5	10,1
	MAMFE	10,6	-	0,6	4,1	11,2	2,9	14,7	8,2	7,6	-	1,8	0,6	17,1	20,6
	<b>Sous-total</b>	<b>16,4</b>	<b>-</b>	<b>0,2</b>	<b>3,6</b>	<b>7,9</b>	<b>3,4</b>	<b>20,2</b>	<b>5,0</b>	<b>15,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>2,5</b>	<b>9,0</b>	<b>15,8</b>
<b>Ensemble</b>		<b>16,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>	<b>6,1</b>	<b>2,8</b>	<b>15,6</b>	<b>7,8</b>	<b>12,0</b>	<b>0,9</b>	<b>4,2</b>	<b>0,8</b>	<b>7,0</b>	<b>22,5</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 2.4.6 Temps passé dans la maladie

En cas de maladie, à l'exception de celles qui déclarent être alitées pendant deux jours, la proportion des personnes malades restées alitées diminue avec le temps. Une forte proportion (87,7%) des personnes malades, soit près de 9 personnes sur 10, est restée alitée moins d'une semaine. Cette proportion se situe à 7,2%, 2% et 3,1% respectivement pour les périodes de deux semaines, trois semaines et plus de trois semaines. Les variations entre les régions ou les districts restent très faibles. Parfois, on peut souligner certaines hausses selon la période de temps mais celles-ci semblent être liées à une mauvaise appréciation du temps par le répondant ou encore à la faiblesse de la taille de l'échantillon (**Tableau 26** page 62).

**Tableau 26 :** Nombre de jours pendant lequel le (la) malade est resté(e) alité(e) du fait d'une maladie non chronique au cours des quatre dernières semaines

Région	District	1-7 Jours	8-14 Jours	15-21 Jours	22-30 Jours
Est	KETTE	89,5	10,5	-	-
	DOUME	80,6	11,2	3,7	4,5
	ABONG-MBANG	87,8	9,9	0,6	1,7
	LOMIE	91,8	2,7	2,7	2,7
	MESSAMENA	90,9	7,3	1,8	-
	NGUELEMENDOUKA	94,3	3,8	-	1,9
	<b>Sous-total</b>	<b>87,6</b>	<b>8,4</b>	<b>1,7</b>	<b>2,2</b>
Nord-ouest	FUNDONG	87,6	8,2	1,0	3,1
	KUMBO EAST	83,1	11,3	0,0	5,6
	NDOP	86,3	8,6	4,3	0,7
	NKAMBE	86,4	1,2	4,9	7,4
	<b>Sous-total</b>	<b>86,1</b>	<b>7,5</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>
Sud-Ouest	BUEA	94,3	0,8	0,0	4,9
	KUMBA	88,0	8,1	3,0	0,9
	LIMBE	93,7	1,3	0,0	5,1
	MAMFE	81,9	9,6	1,2	7,2
	<b>Sous-total</b>	<b>89,4</b>	<b>5,6</b>	<b>1,5</b>	<b>3,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>87,7</b>	<b>7,2</b>	<b>2,0</b>	<b>3,1</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 2.4.7 Recours aux soins en cas de maladie

Au **Tableau 27**, il ressort qu'en cas de maladie moins de la moitié (41,5%) font recours à un personnel médical. Cette proportion est variable selon les régions et les districts. Dans l'Est, le taux de recours le plus faible s'observe à Abong-Mbang (32,1%), au Nord Ouest c'est à NKAMBE (39,7%) et au Sud Ouest c'est à BUEA (37,2%). On remarque, toutefois que les disparités sont moindres dans le Sud Ouest. Au Nord Ouest, c'est le district de Ndop (57,1%) qui a la plus forte proportion de recours à un personnel médical ou un guérisseur traditionnel. A l'Est, le district de KETTE (57,1%) se singularise par une plus forte proportion de recours



loin devant DOUME (49,4%) et Nguelemendouka (48,4%) qui ont des niveaux de recours similaires (**Tableau 27** page 62).

**Tableau 27 :** Recours à un personnel médical ou à un guérisseur en cas de maladie par région et district

Région	District	Oui	Non
Est	KETTE	57,1	42,9
	DOUME	49,4	50,6
	ABONG-MBANG	32,1	67,9
	LOMIE	40,8	59,2
	MESSAMENA	33,6	66,4
	NGUELEMENDOUKA	48,4	51,6
	<b>Sous-total</b>	<b>41,2</b>	<b>58,8</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	41,2	58,8
	KUMBO EAST	44,8	55,2
	NDOP	57,1	42,9
	NKAMBE	39,7	60,3
	<b>Sous-total</b>	<b>46,3</b>	<b>53,7</b>
Sud-Ouest	BUEA	37,2	62,8
	KUMBA	39,0	61,0
	LIMBE	38,9	61,1
	MAMFE	39,2	60,8
	<b>Sous-total</b>	<b>38,5</b>	<b>61,5</b>
<b>Ensemble</b>		<b>41,5</b>	<b>58,5</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 2.4.8 Temps mis pour faire recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie

Du **Tableau 28**, il ressort qu'en cas de maladie, c'est à peine un quart (20,9%) des personnes qui font recours à un personnel médical ou à un guérisseur traditionnel dans les 24h qui suivent, près du tiers (28,2%) attendent entre 24 et 48h quand 38% le font au cours de la même semaine de maladie. On peut souligner que 12,1% déclarent que ce temps d'attente se situerait à 15 jours ou plus. En ce qui concerne, la part des recours dans les 24h, à l'exception de LOMIE (29,7%) à l'Est et de NKAMBE (27,1%) au Nord ouest, l'on observe peu de différence entre les différents districts. En ce qui concerne les déclarations relatives à la deuxième et troisième période les erreurs sur leur limite semble influencer la nature des résultats par district. Toutefois, il y a plus de disparité à l'intérieur de la région de l'Est. Deux districts de l'Est, DOUME (28,2%) et Nguelemendouka (25,8%), et Ndop (22,4%) dans le Nord-Ouest se distinguent par un retard (dans les 15 jours et plus) dans le recours aux soins en cas de maladie (**Tableau 28**).

**Tableau 28 :** En cas de maladie, temps mis pour faire recours à un personnel médical ou à un guérisseur traditionnel

Région	District	Dans les 24 heures	Entre 24 et 48 heures	Dans la même semaine	Dans les 15 jours et plus
Est	KETTE	18,2	54,5	18,2	9,1
	DOUME	19,2	33,3	19,2	28,2
	ABONG-MBANG	20,9	38,8	26,9	13,4
	LOMIE	29,7	29,7	24,3	16,2
	MESSAMENA	26,1	39,1	26,1	8,7
	NGUELEMENDOUKA	12,9	29,0	32,3	25,8
	<b>Sous-total</b>	<b>20,9</b>	<b>36,0</b>	<b>24,0</b>	<b>19,0</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	11,8	36,8	32,9	18,4
	KUMBO EAST	25,9	38,9	24,1	11,1
	NDOP	12,9	30,2	34,5	22,4
	NKAMBE	27,1	31,3	25,0	16,7
	<b>Sous-total</b>	<b>17,3</b>	<b>33,7</b>	<b>30,6</b>	<b>18,4</b>
Sud-Ouest	BUEA	21,1	36,6	28,2	14,1
	KUMBA	21,5	28,5	39,2	10,8
	LIMBE	15,6	32,8	46,9	4,7
	MAMFE	24,6	13,8	41,5	20,0
	<b>Sous-total</b>	<b>18,2</b>	<b>54,5</b>	<b>18,2</b>	<b>9,1</b>
<b>Ensemble</b>		<b>20,9</b>	<b>28,2</b>	<b>38,8</b>	<b>12,1</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 2.4.9 Raison de non recours à un personnel médical en cas de maladie

Au **Tableau 29** il ressort que la cherté des prestations de services de santé (45,7%) est la raison principale du non recours aux soins. Cette raison est suivie de près par l'appréciation que les malades se font de leur état de santé (32,4%). La troisième raison la plus souvent évoquée est la préférence de se faire soigner à la maison (12%). La distance à parcourir pour atteindre la formation sanitaire (1,8%) ou encore la charge du travail quotidien (0,8%) ne sont pas des raisons essentielles du non recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie.

On note une disparité entre les régions et à l'intérieure des régions. La cherté est plus rapportée à l'Est (65,4%). A l'intérieure de la région de l'Est, les proportions de population estimant que la cherté est un frein au recours au centre de santé varient entre 54,5% (KETTE) et 81,3% (Nguelemendouka). Dans ce dernier district et celui d'Abong-Mbang la part de ceux qui préfèrent se soigner à la maison (respectivement 6,3% et 15,9%) est supérieure à celle de ceux qui pensent qu'ils ne sont pas suffisamment malade pour demander des soins dans un centre de santé ou à un personnel médical (respectivement 1,6% et 12,4%). On remarquera que le niveau le plus élevé de l'éloignement comme raison de non recours s'observe dans la région de l'Est (2,9%) et avec acuité dans cette région dans le district de DOUME (7,3%) (**Tableau 29**).

**Tableau 29 :** Première raison de non recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie

Région	District	Trop cher	Trop loin	Trop occupé(e) (travail, enfants)	N'était pas suffisamment malade	Préfère les soins à la maison	Autre
Est	KETTE	54,5	-	6,1	24,2	6,1	9,1
	DOUME	64,2	7,3	-	20,3	4,1	4,1
	ABONG-MBANG	64,4	1,7	-	12,4	15,9	5,6
	LOMIE	66,3	1,2	-	17,4	4,7	10,5
	MESSAMENA	60,8	3,8	1,3	13,9	12,7	7,6
	NGUELEMENDOUKA	81,3	1,6	3,1	1,6	6,3	6,3
	<b>Sous-total</b>	<b>65,4</b>	<b>2,9</b>	<b>0,8</b>	<b>14,4</b>	<b>10,0</b>	<b>6,5</b>
Nord-Ouest	FUNDONG	30,3	0,0	0,5	53,4	9,6	6,3
	KUMBO EAST	33,9	0,9	1,8	43,8	9,8	9,8
	NDOP	33,6	4,4	-	29,9	5,1	27,0
	NKAMBE	49,6	5,0	6,7	18,5	4,2	16,0
	<b>Sous-total</b>	<b>35,8</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>	<b>38,7</b>	<b>7,5</b>	<b>13,9</b>
Sud-Ouest	BUEA	29,5	0,4	0,0	46,5	18,2	5,4
	KUMBA	40,8	1,6	0,0	40,0	14,5	3,0
	LIMBE	34,0	-	-	42,9	19,9	3,2
	MAMFE	55,7	-	1,3	26,8	12,8	3,4
	<b>Sous-total</b>	<b>38,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,2</b>	<b>40,2</b>	<b>16,2</b>	<b>3,8</b>
<b>Ensemble</b>		<b>45,7</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>32,4</b>	<b>12,0</b>	<b>7,3</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Au Nord Ouest, NKAMBE se distingue des autres districts par une plus forte proportion de la raison financière (49,6%) comme raison principale de non recours. A Fundong (53,4%) et Kumbo East (43,8%) la légèreté de la maladie (insuffisance du mal) est la raison primordiale du non recours.

S'agissant du Sud Ouest, la légèreté de la maladie comme première raison de non recours est plus prononcée dans les districts de BUEA et de LIMBE (46,5% et 42,9% respectivement). On peut souligner l'absence de différence entre les deux raisons que sont la cherté et l'insuffisance du mal à Kumba (40,8% et 40,9% respectivement) mais aussi la faible représentation de la cherté comme raison de non recours aux soins de santé à BUEA (29,5%). La région du Nord Ouest semble également se singulariser par une plus forte proportion (38,7%) de ceux qui préféreraient se soigner à la maison plutôt que d'aller dans un centre de santé ou auprès d'un personnel médical (**Tableau 29**).



## CHAPITRE 3 COUVERTURE DES SERVICES ET DE SOINS DE SANTE MATER- NELLE ET INFANTILE

Ce chapitre traite de la couverture effective des populations des zones enquêtées par les services de santé maternelle et infantile. L'offre des services concernée ici est la consultation prénatale (soins fournis à une femme lors de sa grossesse.), l'accouchement assisté par un professionnel de la santé et la consultation postnatale (soins prodigués à une femme dans les 42 jours après son accouchement)

### 3.1 Recours aux soins prénatals

**Tableau 30 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant eu recours aux soins prénatals auprès d'un professionnel de santé

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Âge</b>	15-19 ans	81,2	270	92,7	168	92,7	122	87,2	560
	20-24 ans	85,0	296	94,0	355	95,2	327	91,7	978
	25-29 ans	81,4	261	97,0	302	96,4	308	92,1	871
	30-34 ans	82,8	150	92,3	192	96,3	169	90,8	511
	35-39 ans	75,6	113	98,3	90	88,1	61	86,2	263
	40-44 ans	83,0	49	93,4	41	95,8	22	89,4	113
	45-49 ans	78,5	5	100,0	5	100,0	4	92,6	14
<b>Statut matrimonial</b>	Jamais marié(e)	87,0	271	91,1	315	94,9	216	90,7	801
	Marié(e) monogame	86,0	259	95,3	662	95,4	605	93,8	1527
	Marié(e) polygame	76,9	51	97,2	72	87,9	35	88,5	159
	Union libre	77,9	505	100,0	49	94,7	134	82,8	688
	Divorcé(é)/séparé(e)	85,4	40	100,0	29	99,3	11	92,5	80
	Veuf (ve)	64,0	15	98,2	24	100,0	11	88,4	50
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	100,0	9	88,1	5	95,9	13
	Primaire	80,5	568	94,4	670	95,1	432	89,8	1670
	Secondaire	87,7	452	94,5	336	94,5	494	92,1	1282
	Supérieur	100,0	10	100,0	12	100,0	53	100,0	75
<b>Religion</b>	Catholique	84,1	558	95,2	453	95,2	295	90,5	1306
	Protestant	86,4	342	92,2	440	97,5	459	92,6	1241
	Musulman	72,6	109	97,5	149	85,4	22	86,8	280
	Autre	68,8	134	98,8	110	90,7	229	86,4	473
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	79,4	436	90,3	163	89,9	11	82,5	610
	Pauvre	81,3	283	94,4	293	94,5	21	88,2	597
	Moyen	82,9	201	95,2	349	96,6	68	91,4	618
	Riche	84,7	177	95,3	269	97,0	270	93,3	716
	Très riche	94,9	47	100,0	79	94,2	645	94,8	770
<b>Ensemble</b>		<b>82,0</b>	<b>1144</b>	<b>94,7</b>	<b>1153</b>	<b>95,1</b>	<b>1013</b>	<b>90,4</b>	<b>3311</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Selon le tableau ci-dessus, **Tableau 30**, dans l'ensemble, la majorité des femmes enceintes ont eu recours à la CPN. En effet 90,4% des femmes de 15-49 ans interrogées dans les ménages ont eu recours à la CPN ; cette proportion présente des changements en fonction de l'âge et du quintile de pauvreté. Notons que cette proportion se situe à 85% dans le cadre de l'EDSMICS de 2011.

On s'attendrait à ce que les plus jeunes générations de femmes comparées aux plus anciennes recourent le plus aux CPN partant du principe qu'ayant moins d'expérience lors de grossesse que leurs aînées. Cependant, (sous réserve de l'échantillon), l'analyse de ces résultats en fonction de l'âge révèle que ce sont plutôt les femmes les plus âgées qui effectuent le plus la CPN. L'explication pouvant tenir de ce que les plus vieilles générations de femmes (45-49 ans) étant susceptibles d'avoir une grossesse à risque sont plus enclines à la pratique de la CPN.

Parmi les causes de la non-utilisation des services de CPN par les femmes enceintes au Cameroun, la barrière financière est souvent évoquée. Le statut économique des femmes ayant recours à la CPN démontre que des femmes enquêtées les plus pauvres (82,5%) avaient le moins recours à la CPN contrairement à celles les plus riches (94,8 %).

Le recours à la CPN varie aussi selon la région de résidence de la femme interrogée. Dans la région de l'Est elles représentent 82,0 % des femmes interrogées, alors que cette proportion est plus élevée dans les deux autres régions de l'enquête : Sud-Ouest (95,1%) et Nord-ouest (94,7%)

L'efficacité de la CPN, est aussi fonction du nombre de CPN effectuées, tout au long d'une grossesse. Comme le recommande l'OMS, au Cameroun, chaque femme doit effectuer au moins 4 consultations prénatales tout au long de sa grossesse.

Le **Tableau 31** affiche les proportions des femmes ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé par région de résidence, selon le groupe d'âge et les autres caractéristiques socioéconomiques, culturelles et démographiques. Dans le cadre de cette étude, la proportion des femmes ayant effectué les 4 CPN est de 72,6% quand cette proportion se situe à 62% dans le cadre de l'EDSMICS 2011. Bien que ne variant pas beaucoup en fonction du niveau d'instruction, on note des disparités selon les régions. De manière croissante, il est de 60,6% à l'est, de 74,6% au Sud-Ouest et de 81,2% au Nord-Ouest.

L'âge gestationnel à la première visite de la CPN est déterminant pour le devenir de la grossesse. En effet, si nous prenons le cas des femmes infectées par le VIH, le paquet d'intervention pour la prévention de la transmission mère à l'enfant du VIH est plus efficace quant il est appliqué dès la 14<sup>ième</sup> semaine de la grossesse. Le **Tableau 32** montre que dans l'ensemble, le premier contact avec la formation sanitaire des femmes enceintes enquêtées se situent autour de 13 semaines d'aménorrhée (4,3 mois).

**Tableau 31 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Âge	15-19 ans	55,7	219	77,5	155	61,3	113	63,9	487
	20-24 ans	62,2	252	77,7	331	72,1	306	71,3	890
	25-29 ans	59,1	213	83,6	286	75,7	292	74,1	791
	30-34 ans	70,0	124	82,6	177	78,1	163	77,6	464
	35-39 ans	61,5	84	90,3	88	93,6	54	80,4	226
	40-44 ans	55,2	41	80,0	38	88,1	21	71,6	101
	45-49 ans	56,3	4	100,0	5	93,1	4	85,1	13
Statut matrimonial	Jamais marié(e)	64,1	235	79,5	279	71,2	202	72,1	716
	Marié(e) monogame	60,8	223	83,4	629	78,2	571	77,8	1423
	Marié(e) polygame	61,1	40	73,5	70	79,3	31	71,2	140
	Union libre	57,1	392	75,8	49	59,9	127	59,4	568
	Divorcé(é)/séparé(e)	73,3	34	77,7	29	99,2	11	78,8	74
	Veuf (ve)	78,5	10	83,0	24	81,5	11	81,7	44
Niveau d'instruction	Sans instruction	-	0	100,0	9	0,0	4	68,1	13
	Primaire	59,0	457	79,6	625	69,8	411	70,6	1493
	Secondaire	63,4	395	85,5	315	79,0	462	75,5	1172
	Supérieur	54,3	10	89,4	12	89,2	49	84,3	70
Religion	Catholique	63,1	468	78,9	431	78,1	280	72,4	1179
	Protestant	58,9	296	85,7	398	72,7	438	73,7	1132
	Musulman	53,5	79	81,2	144	52,0	18	69,9	241
	Autre	59,4	92	74,3	109	75,7	208	71,7	409
Quintile de pauvreté	Très pauvre	56,5	345	72,5	147	61,3	9	61,3	502
	Pauvre	59,1	230	75,5	269	46,7	19	67,1	519
	Moyen	63,7	166	83,9	330	60,3	65	75,2	562
	Riche	64,7	150	85,2	257	65,4	262	72,8	668
	Très riche	74,7	45	93,0	79	81,3	597	82,2	721
<b>Ensemble</b>		<b>60,6</b>	<b>936</b>	<b>81,2</b>	<b>1082</b>	<b>74,6</b>	<b>954</b>	<b>72,6</b>	<b>2972</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 32 :** Durée moyenne de gestation à la première visite prénatale des femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages (mois)

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs
Âge	15-19 ans	4,0	219	4,4	156	4,6	113	4,3	488
	20-24 ans	4,0	252	4,6	333	4,4	311	4,4	896
	25-29 ans	3,8	213	4,4	292	4,6	297	4,3	802
	30-34 ans	3,8	124	4,6	177	4,4	163	4,3	465
	35-39 ans	4,1	85	4,8	88	4,6	54	4,5	227
	40-44 ans	4,1	41	4,6	38	4,6	21	4,4	101
	45-49 ans	3,1	4	4,3	5	3,7	4	3,7	13
Statut matrimonial	Jamais marié(e)	4,0	235	4,8	287	4,5	205	4,4	727
	Marié(e) monogame	3,9	223	4,5	630	4,4	578	4,4	1431
	Marié(e) polygame	4,2	40	4,7	70	5,0	31	4,6	140
	Union libre	3,9	393	4,7	49	4,7	127	4,2	570

	Divorcé(e)/séparé(e)	3,7	34	4,2	29	3,6	11	3,9	74
	Veuf (ve)	3,7	10	4,7	24	4,6	11	4,5	44
	Sans instruction	-	0	4,9	9	5,0	4	5,0	13
<b>Niveau d'instruction</b>	Primaire	3,9	457	4,6	632	4,7	411	4,4	1500
	Secondaire	3,9	396	4,4	317	4,3	467	4,2	1180
	Supérieur	4,5	10	3,8	12	4,2	53	4,2	75
<b>Religion</b>	Catholique	3,9	469	4,7	431	4,5	281	4,3	1181
	Protestant	3,8	296	4,5	405	4,4	447	4,3	1148
	Musulman	4,2	79	4,5	146	5,3	18	4,5	243
	Autre	4,3	92	4,5	109	4,7	208	4,5	409
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	4,0	346	4,7	147	5,3	9	4,2	503
	Pauvre	4,0	230	4,7	276	4,9	19	4,4	525
	Moyen	3,9	166	4,5	332	4,7	65	4,4	564
	Riche	3,8	150	4,4	257	4,8	262	4,4	668
	Très riche	4,0	45	4,2	79	4,3	607	4,3	730
<b>Ensemble</b>		<b>3,9</b>	<b>938</b>	<b>4,6</b>	<b>1091</b>	<b>4,5</b>	<b>963</b>	<b>4,3</b>	<b>2991</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Certains critères permettent d'apprécier le respect des normes de la CPN. Ces derniers ont été étudiés au cours de cette étude. Il s'agit entre autre de la pratique du test du VIH lors de la CPN et du vaccin antitétanique.

S'agissant de la proportion des femmes ayant effectué le test du VIH lors de la consultation prénatale (**Tableau 33**) presque toutes les femmes enquêtées ont déclaré avoir effectué le test de dépistage du VIH soit 97,1 % de l'échantillon. Cette proportion connaît des fluctuations selon le quintile de pauvreté. Le statut économique des femmes ayant fait le test de VIH lors de la visite prénatale démontre que les femmes les plus pauvres (95,5%) avaient moins effectué le test de dépistage de VIH à la CPN contrairement à leurs congénères les plus riches (99,6 %).

**Tableau 33 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant fait le test de VIH lors de la visite prénatale

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Âge</b>	15-19 ans	91,7	145	99,3	140	99,8	98	96,6	383
	20-24 ans	86,1	179	99,6	316	98,6	287	96,1	781
	25-29 ans	90,9	137	99,6	279	99,3	275	97,8	691
	30-34 ans	96,8	91	98,6	172	100	159	98,7	423
	35-39 ans	94,1	47	99,3	84	100	54	98,2	185
	40-44 ans	69,2	22	100	38	100	18	91,3	78
	45-49 ans	100	1	100	5	100	4	100	10
<b>Statut matrimonial</b>	Jamais marié(e)	84,9	187	99,5	265	100	188	95,4	640
	Marié(e) monogame	95,1	134	99,5	604	99,1	539	98,9	1276
	Marié(e) polygame	89,5	27	97,6	66	100	29	96,4	122
	Union libre	90,5	247	100	47	98,9	118	94	413



	Divorcé(é)/séparé(e)	95,4	21	97,8	27	100	10	97,3	59
	Veuf (ve)	100	5	100	23	100	10	100	38
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	100	9	100	4	100	13
	Primaire	89,7	264	99,5	591	98,5	369	97,1	1224
	Secondaire	90,3	315	99,4	307	99,9	444	96,9	1066
	Supérieur	100	10	100	11	100	53	100	74
<b>Religion</b>	Catholique	86,8	324	99,4	412	99,4	271	95,4	1007
	Protestant	95,1	195	99,8	392	99,4	399	98,7	986
	Musulman	85,7	47	98,8	131	100	17	95,7	194
	Autre	94,9	56	98,3	100	99	199	98,1	355
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	92,8	205	99,4	131	100	7	95,5	343
	Pauvre	87,9	144	99,4	264	96,8	15	95,4	424
	Moyen	91,6	105	99,5	309	94,2	52	97,1	466
	Riche	83,5	127	100	251	99,2	242	96,3	620
	Très riche	100	42	97	79	99,9	579	99,6	699
<b>Ensemble</b>		<b>90,1</b>	<b>623</b>	<b>99,4</b>	<b>1034</b>	<b>99,3</b>	<b>895</b>	<b>97,1</b>	<b>2552</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

L'immunité acquise par la vaccination antitétanique (au moins deux doses) chez la femme enceinte est une méthode efficace de prévention du tétanos néonatal, une des causes de la mortalité néonatale. D'une manière générale, 91,9% des femmes enquêtées ont déclaré avoir reçu le vaccin antitétanique lors de la CPN. Cependant des variations existent selon le niveau socio-économique, la religion, le niveau d'instruction, etc. et cela à l'intérieur d'une même région et entre les régions (**Tableau 34**).

**Tableau 34 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant reçu le Vaccin Anti Tétanique (VAT) lors de la visite prénatale

		<b>Est</b>		<b>Nord-ouest</b>		<b>Sud-Ouest</b>		<b>Ensemble</b>	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Âge</b>	15-19 ans	87,1	219	93,7	156	96,6	113	91,4	488
	20-24 ans	91	252	96,1	330	93,9	311	93,9	893
	25-29 ans	89,8	213	94,3	292	93,7	297	92,9	801
	30-34 ans	89,9	124	92,5	177	82,2	163	88,2	464
	35-39 ans	90	84	94,4	88	87,5	54	91,1	226
	40-44 ans	86,7	41	96,5	38	78,7	21	88,7	101
	45-49 ans	88,5	4	74,9	5	100	4	86,9	13
<b>Statut matrimonial</b>	Jamais marié(e)	85,8	235	93,5	284	95,8	205	91,6	723
	Marié(e) monogame	88,9	223	95,1	630	89,3	578	91,8	1430
	Marié(e) polygame	84,5	40	97,1	70	96	31	93,3	140
	Union libre	92,1	392	96,2	49	92,9	127	92,6	568
	Divorcé(é)/séparé(e)	88,4	34	95,5	29	100	11	92,8	74
	Veuf (ve)	100	10	76,4	24	91,9	11	85,3	44

<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	61,2	9	100	4	73,6	13
	Primaire	88	457	94,5	630	92,1	411	91,9	1498
	Secondaire	91,8	395	95,8	315	90	467	92,1	1177
	Supérieur	100	10	97,9	12	96	53	96,9	75
<b>Religion</b>	Catholique	90,3	468	95,2	430	93,5	281	92,9	1178
	Protestant	92,6	296	92,8	405	91,4	447	92,2	1148
	Musulman	85,5	79	95,4	144	99,5	18	92,5	241
	Autre	78	92	96,1	109	88,1	208	87,9	409
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	87,9	345	92,1	147	99,7	9	89,4	502
	Pauvre	88,3	230	93,9	276	98,9	19	91,7	525
	Moyen	88,5	166	96,8	330	97,6	65	94,5	562
	Riche	93,6	150	93,2	255	92,1	262	92,8	666
	Très riche	95,1	45	94,8	79	90,3	607	91,1	730
<b>Ensemble</b>		<b>89,4</b>	<b>936</b>	<b>94,5</b>	<b>1087</b>	<b>91,5</b>	<b>963</b>	<b>91,9</b>	<b>2986</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Même si 9 femmes de 15-49 ans sur 10 (90,4%) interrogées dans les ménages ont eu recours à la CPN, nous devons examiner les raisons qui expliquent que certaines femmes n'ont pas recours à la CPN. Ainsi, le premier type de raison de non recours aux soins prénatals des femmes est présenté dans le **Tableau 35**. En effet, le cout trop élevé de la CPN a été la première raison de non recours à la CPN. La moitié des femmes interrogées (50,3%) estiment que la barrière financière est une raison de non recours. En effet, le cout de la CPN au Cameroun n'est ni harmonisé, ni standardisé. Les prix appliqués pour les interventions de CPN varient d'une FOSA à l'autre. Des disparités existent pour cette raison financière évoquée. Aussi, si à l'Est 60,4 % des femmes l'ont évoqué, seulement 40,3% et 22,3% respectivement au Nord-ouest et au Sud-Ouest l'ont signalé.

**Tableau 35 :** Proportion des femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages n'ayant pas eu recours aux soins prénatals par région selon la raison

Raison de non recours aux soins prénatals	Régions			
	Est	Nord-ouest	Sud-Ouest	Ensemble
Trop cher	60,4	40,3	22,3	50,3
Trop loin	4,2	0,0	2,0	3,1
Trop occupé(e) (travail, enfants)	0,2	0,0	0,0	0,1
Automédication	0,0	0,0	3,3	0,6
Trop tôt lors de la grossesse	6,8	24,1	49,5	17,2
La structure de cet établissement est mauvaise	0,6	0,0	0,0	0,4
Service non disponible	2,2	0,0	0,0	1,5
Pas de transport	0,0	0,0	0,5	0,1
Pas eu besoin	11,1	0,5	11,5	9,2
Horaires peu pratiques	0,0	10,8	0,0	2,0
Longues attentes	0,8	0,0	0,0	0,5
Préfère les soins à la maison	6,6	0,0	3,0	4,8
Ma famille ne voulait pas que j'y aille	3,3	0,0	7,8	3,5
Autre	3,6	24,3	0,1	6,8
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Effectif</b>	<b>192</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>296</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 3.2 Recours aux soins à l'accouchement

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés surviennent dans la période néonatale surtout quand celle-ci se produit en l'absence d'un prestataire de santé à l'accouchement. Aussi, tout comme la consultation prénatale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié constitue un des piliers de réduction de la mortalité maternelle. Le **Tableau 36** présente les résultats en rapport avec la proportion de femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois. Dans l'ensemble, la proportion des femmes ayant effectué un accouchement en présence d'un personnel de santé dans ses trois régions est de 79,2%. Cette proportion se situe au Cameroun à 64% selon l'EDSMICS de 2011. Toutefois, cette proportion montre des variations selon la région d'enquête. La région de l'Est enregistre des proportions basses des accouchements assistés par un personnel de santé : 48,5% contre 95,2% chacune pour les régions du Nord-ouest et du Sud-Ouest. D'ailleurs, cette région de l'Est fait partie des trois régions les plus concernées par le phénomène d'accouchement à domicile qui comporte des risques certains pour la mortalité maternelle. En effet, selon l'EDSMICS de 2011, la proportion de femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois est nettement plus faible dans les régions de l'Extrême-Nord (25,1%), du Nord (32,9%) et de l'Est (48,9%).

Il ressort aussi de ce tableau qu'aucune tendance n'est perçue pour l'analyse de cet indicateur en fonction du niveau d'instruction.

Le statut économique des femmes enquêtées a aussi fait l'objet de cette étude en rapport avec l'accouchement assisté. Les femmes les plus pauvres comparées à leurs homologues très riches ont le moins accès aux services de santé lors de l'accouchement (respectivement 51,8% contre 98,5%). Cependant, (sous réserve de l'échantillon), seulement 68,3% des femmes âgées de 15-19 ans ont bénéficié d'un accouchement assisté contre 83,9% des femmes âgées de 40-45 ans.

**Tableau 36 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Âge	15-19 ans	47,4	264	87,1	170	88,7	115	68,3	549
	20-24 ans	53	286	95,7	351	95,6	314	82,8	950
	25-29 ans	47,9	248	96,4	295	95,8	299	81,9	842
	30-34 ans	46,7	147	98,9	189	97,6	164	83,1	500
	35-39 ans	43,2	106	95,8	93	97,2	54	74,1	253
	40-44 ans	48,5	48	96,1	40	89,1	22	73,9	109
	45-49 ans	39,6	3	100	5	100	4	83,9	12

<b>Statut matrimonial</b>	Jamais marié(e)	60,1	257	93,7	309	92,5	217	82,4	783
	Marié(e) monogame	53,1	258	95,7	658	96	575	88,5	1491
	Marié(e) polygame	46,4	51	97,3	72	98,7	29	80,3	152
	Union libre	41	484	100	49	96,2	127	56	660
	Divorcé(é)/séparé(e)	42,8	38	81,5	29	75,4	11	61,5	78
	Veuf (ve)	38,1	12	98,3	24	100	11	83,3	47
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	.	0	100	9	88,1	5	95,9	13
	Primaire	39,4	545	94,8	654	95,1	418	76,2	1617
	Secondaire	63,6	435	95,4	343	95,6	467	84,4	1246
	Supérieur	100	10	100	12	100	53	100	74
<b>Religion</b>	Catholique	52	530	97,1	450	98,6	281	78,5	1261
	Protestant	51,2	334	94,8	432	92,7	439	82	1205
	Musulman	40,9	109	93,4	150	100	18	73,2	276
	Autre	33,6	129	91	111	95	224	76,9	464
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	36,8	420	89,7	161	74	11	51,8	592
	Pauvre	43,5	273	91	293	59	20	67,7	586
	Moyen	51,8	195	97,4	339	82,2	67	80,9	601
	Riche	71,4	166	98,9	271	92,6	271	90	709
	Très riche	87,3	47	99,4	79	99,3	603	98,5	729
<b>Ensemble</b>		<b>48,5</b>	<b>1103</b>	<b>95,2</b>	<b>1143</b>	<b>95,2</b>	<b>971</b>	<b>79,2</b>	<b>3217</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Sous un angle contraire, certaines femmes de l'enquête ont déclaré ne pas avoir effectué leur accouchement dans une FOSA. Plusieurs raisons ont été évoquées, et ces raisons ont été consignées dans le **Tableau 37** ci-dessous. Parmi ces raisons, la barrière financière est évoquée en premier, soit 28,8% des femmes enquêtées. L'accessibilité géographique a aussi été relevé comme raison de l'accouchement des femmes en dehors des FOSA, 13,3% des femmes estiment que la FOSA était trop loin.

Dans la région de l'Est et du Sud-Ouest, la barrière financière est évoquée en premier par les femmes dans les ménages pour expliquer le fait de n'avoir pas accouché dans une FOSA (respectivement 31,0% et 18,6%). Cependant, au Nord-ouest, c'est plutôt l'accessibilité géographique (28,8%) qui est évoquée en premier comme raison de l'accouchement des femmes en dehors des FOSA.

**Tableau 37 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages n'ayant pas accouché dans une FOSA selon le premier type de raison

Raison de non recours aux soins prénatals	REGION			
	Est	Nord ouest	Sud ouest	Ensemble
Trop cher	31,0	23,1	18,6	28,8
Trop loin	11,8	28,8	14,7	13,3
Trop tard lors de l'accouchement	28,0	7,7	19,6	25,5
Mauvaise qualité des services	1,7	3,8	2,0	1,9
Service non disponible	7,4	0,0	10,8	7,4
Pas de transport	0,6	1,9	6,9	1,5
Pas eu besoin	9,5	1,9	2,9	8,1
Horaires peu pratiques	0,5	0,0	5,9	1,1
Préfère l'accouchement a la maison	5,8	1,9	7,8	5,8
Ma famille ne voulait pas que j'y aille	1,1	0,0	0,0	0,9
Autre	2,5	30,8	10,8	5,5

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 3.3 Recours aux soins postnatals

Les soins post-natals, se définissent comme tous les soins prodigués à une femme dans les 42 jours suivant son accouchement. Le **Tableau 38** montrant la proportion de femmes qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois.

Parmi les femmes n'ayant pas accouché dans une FOSA, certaines ont quand même eu recours aux soins post-natals dans une FOSA : près de deux tiers des femmes n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins post-natals, soit 63,4 %. Cette proportion se situe à 58% dans le cadre de l'EDSMICS réalisé en 2011. Ceci pourrait témoigner du fait que l'accouchement effectué hors de la formation sanitaire a connu une complication quelconque qui a motivé la consultation post-natale.

La région de l'Est enregistre les proportions les plus basses de femmes qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois : 60,4 % contre 67,3 % pour la région du Nord-ouest et 69,6% pour la région du Sud-Ouest.

Les femmes les plus pauvres font moins recours aux soins postnatals quand bien même elles n'auraient pas accouché dans une FOSA (56,5%) contrairement à celles les plus riches (70,6%).

**Tableau 38 :** Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois

		Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Âge</b>	15-19 ans	100,0	22	100,0	7	100,0	9	100,0	37
	20-24 ans	100,0	4	-	0	100,0	12	100,0	16
	25-29 ans	100,0	64	100,0	11	100,0	18	100,0	93
	30-34 ans	63,2	39	100,0	2	65,0	10	65,1	51
	35-39 ans	43,6	36	100,0	8	71,2	12	57,2	55
	40-44 ans	63,4	36	45,7	12	62,7	20	60,0	69
	45-49 ans	72,8	17	77,6	2	54,2	2	71,6	22
<b>Statut matrimonial</b>	Jamais marié(e)	63,0	15	32,1	2	86,9	11	70,2	28
	Marié(e) monogame	84,4	5	-	0	100,0	0	85,1	5
	Marié(e) polygame	100,0	1	-	0	-	0	100,0	1
	Union libre	67,3	35	94,1	9	42,5	13	65,9	57
	Divorcé(é)/séparé(e)	54,9	22	88,7	8	72,4	24	67,8	54
	Veuf (ve)	74,9	9	75,0	2	100,0	4	81,2	14
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	57,3	80	-	0	72,5	10	59,0	90
	Primaire	63,0	3	3,1	7	100,0	2	34,3	12
	Secondaire	-	0	-	0	100,0	3	100,0	3
	Supérieur	-	0	-	0	-	0	-	0
<b>Religion</b>	Catholique	53,4	85	60,5	22	87,4	24	60,9	131
	Protestant	67,3	55	100,0	1	55,1	27	63,6	83
	Musulman	-	0	100,0	1	0,0	2	42,5	3
	Autre	62,3	79	65,3	4	76,3	12	64,3	95
<b>Quintile de pauvreté</b>	Très pauvre	50,2	41	87,0	12	52,5	29	56,5	83
	Pauvre	78,6	6	100,0	4	100,0	3	90,0	13
	Moyen	67,6	23	9,6	6	98,7	11	67,5	40
	Riche	53,1	64	30,1	1	66,7	1	53,1	66
	Très riche	68,7	37	77,7	5	79,8	4	70,6	46
<b>Ensemble</b>		<b>60,4</b>	<b>149</b>	<b>67,3</b>	<b>26</b>	<b>69,6</b>	<b>56</b>	<b>63,4</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 3.4 Régulation de la fécondité

L'enquête de base sur le FBR a collecté les informations suivantes sur la planification familiale :

- la connaissance et la pratique présente de la contraception ;
- les sources d'approvisionnement en contraception ;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;

- les opinions et les attitudes face à la contraception.

### 3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception

Au cours de l'enquête, il a été demandé aux femmes qui n'étaient pas enceintes et qui connaissaient au moins une méthode contraceptive, si elles en utilisaient une actuellement pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question permettent d'évaluer la prévalence contraceptive actuelle qui correspond à la proportion des femmes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Les résultats présentés au **Tableau 39** montrent que, parmi toutes les femmes de 15-49 ans non enceintes au moment de l'enquête, 12,3% utilisaient, au moins, une méthode contraceptive moderne dans l'ensemble des trois régions d'enquête. Les variations selon l'âge montrent que c'est parmi les femmes de 35-39 ans (8,6%) et les plus âgées de 45-49 ans (9,1%) que la prévalence est la plus faible. La prévalence est assez forte chez les femmes de 20-29 ans (14,3%) (**Tableau 39** page 78).

La méthode moderne la plus utilisée selon les femmes est le préservatif masculin (26,7 %), le taux d'utilisation des autres méthodes modernes étant très faible. Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique (26,1%) et l'aménorrhée (24,4 %) qui sont les méthodes les plus utilisées (**Tableau 40** page 79).

Les résultats concernant les femmes en union ne sont guère différents de ceux de l'ensemble des femmes. Au moment de l'enquête, 41,6 % des femmes en union utilisaient une méthode quelconque : 14,6 % une méthode moderne et 27,1 % une méthode traditionnelle. En outre, les variations selon l'âge sont les mêmes que celles observées pour l'ensemble des femmes. La méthode moderne la plus utilisée chez les femmes en union reste le condom masculin (9,5%) et parmi les méthodes traditionnelles, c'est également la continence périodique qui est la plus fréquemment utilisée (11,9%) (**Graphique 2** page 79).

Les données recueillies permettent par ailleurs l'analyse de la prévalence contraceptive moderne selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union (**Tableau 41** page 80). Pour ce qui est de la prévalence contraceptive moderne en général, il apparaît que les femmes en union ayant un niveau d'instruction primaire ont une prévalence contraceptive plus faible (12,9 %) que celles ayant un niveau d'instruction secondaire (18,2%).

En outre, au moment de l'enquête, les femmes issues des ménages très pauvres pratiquaient moins la contraception (8,6%) que celles issues des ménages du quintile le plus riche (19,9%).

**Tableau 39 :** Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive moderne actuellement utilisée et par région selon le groupe d'âges

Groupe d'âges	Est			Nord-ouest			Sud-Ouest			Ensemble		
	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)
<b>Toutes les femmes</b>												
15 – 19 ans	12,3	10,1	296	9,4	8,7	356	10,4	8,5	291	10,6	9,1	943
20 - 24 ans	11,2	8,1	292	14,9	9,6	373	16,2	15,4	345	14,3	11,2	1010
25 - 29 ans	10,1	7,1	250	18,3	10,5	298	14,0	8,3	296	14,3	8,7	844
30 - 34 ans	8,7	4,7	145	14,9	8,7	197	11,7	6,7	189	12,0	6,9	531
35 - 39 ans	9,3	2,8	129	9,1	6,1	118	6,6	4,2	76	8,6	4,3	322
40 - 44 ans	10,9	1,5	86	15,2	8,7	88	3,8	3,3	55	10,9	4,7	229
45 - 49 ans	8,0	3,2	49	6,0	4,1	56	15,8	0,0	36	9,1	2,8	141
<b>Ensemble</b>	<b>10,6</b>	<b>6,8</b>	<b>1247</b>	<b>13,5</b>	<b>8,9</b>	<b>1486</b>	<b>12,6</b>	<b>9,3</b>	<b>1286</b>	<b>12,3</b>	<b>8,4</b>	<b>4019</b>
<b>Femmes actuellement en union</b>												
15 – 19 ans	16,4	11,6	118	34,6	33,5	60	12,5	12,5	44	20,5	17,7	222
20 – 24 ans	9,0	7,6	178	15,5	9,5	203	19,1	18,6	205	14,8	12,1	586
25 - 29 ans	9,0	7,0	194	20,0	10,8	208	15,4	9,5	219	15,0	9,2	621
30 - 34 ans	11,5	6,3	110	13,9	6,9	149	13,8	8,1	153	13,2	7,2	411
35 - 39 ans	9,7	3,4	107	10,9	7,3	73	6,0	3,0	49	9,3	4,5	229
40 - 44 ans	14,9	2,0	63	20,3	11,1	62	5,3	4,5	35	14,9	6,0	160
45 - 49 ans	12,6	5,0	31	8,8	6,1	38	27,5	0,0	20	14,4	4,3	89
<b>Ensemble</b>	<b>11,2</b>	<b>6,8</b>	<b>800</b>	<b>17,4</b>	<b>10,9</b>	<b>793</b>	<b>15,2</b>	<b>11,0</b>	<b>725</b>	<b>14,6</b>	<b>9,5</b>	<b>2319</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

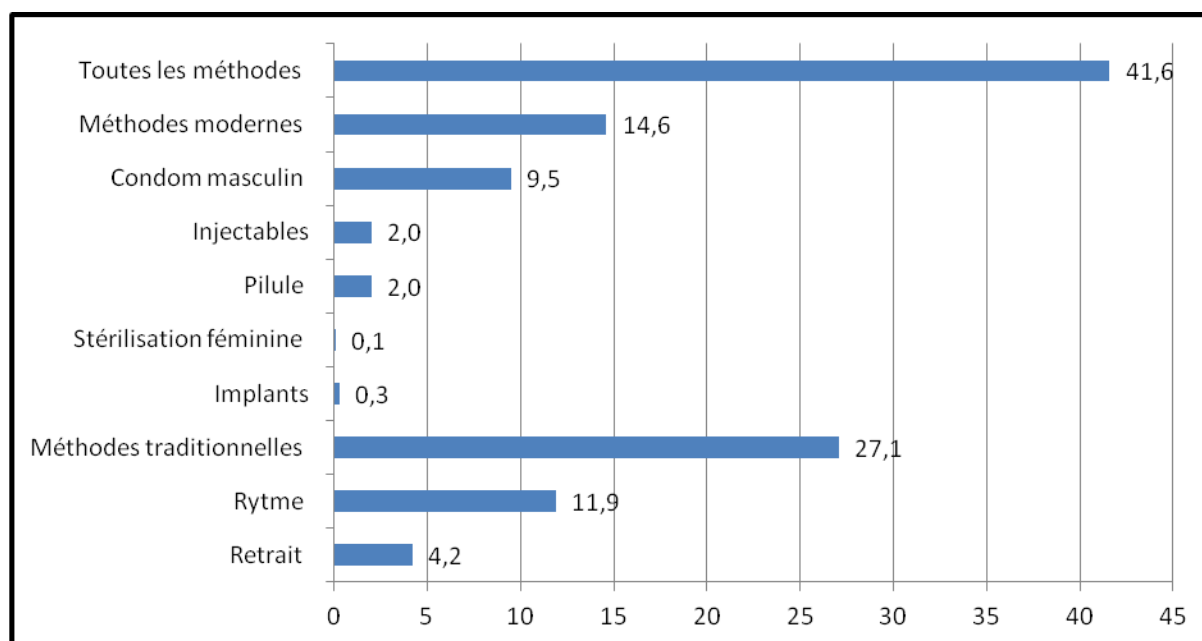


**Tableau 40 :** Distribution (en %) des femmes de 15-49 ans utilisatrices de la contraception selon la méthode actuellement utilisée par région

Méthodes	Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Stérilisation féminine	0,2	1	0,0	0	0,2	1	0,2	2
Stérilisation masculine	0,0	0	3,6	13	0,0	0	1,0	13
Diu/spirale	0,0	0	0,0	0	0,4	2	0,2	2
Injectables/Depoprovera	5,0	20	6,9	25	1,6	8	4,2	53
Implants/Norplant	0,2	1	1,9	7	0,4	2	0,8	10
Pilule	5,0	20	5,5	20	3,2	16	4,4	56
Préservatif masculin	21,0	85	36,5	132	24,1	120	26,7	337
Préservatif féminin	1,0	4	0,3	1	0,0	0	0,4	5
Diaphragme	0,0	0	0,0	0	0,2	1	0,1	1
Mousse/gel	0,2	1	0,0	0	0,0	0	0,1	1
Méthode d'aménorrhée	45,3	183	8,6	31	19,1	95	24,4	309
Rythme/méthode naturelle	12,9	52	19,9	72	41,4	206	26,1	330
Retrait	6,9	28	13,8	50	6,2	31	8,6	109
Autre méthode moderne	0,5	2	0,6	2	2,4	12	1,3	16
Autre méthode tradition	1,7	7	1,4	5	0,4	2	1,1	14
Autres	0,0	0	0,8	3	0,4	2	0,4	5
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>404</b>	<b>100,0</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>	<b>498</b>	<b>100,0</b>	<b>1264</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Graphique 2:** Prévalence contraceptive (en %) parmi les femmes en union



Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 41 :** Répartition (en %) des femmes actuellement en union de 15-49 ans par méthode contraceptive moderne actuellement utilisée et par région, selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Caractéristiques socio-économique	Est			Nord-ouest			Sud-Ouest			Ensemble		
	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)	Une méthode moderne (%)	Condom masculin (%)	Effectif de femmes (N)
<b>Niveau instruction</b>												
Aucun	0,0	0,0	0	0,0	0,0	10	0,0	0,0	4	0,0	0,0	14
Primaire	8,0	4,3	410	13,4	7,8	458	18,0	11,5	359	12,9	7,7	1227
Secondaire 1er cycle	19,1	12,0	251	25,1	16,1	159	12,7	10,3	235	18,2	12,4	645
Second. 2nd cycle ou plus	16,0	14,8	35	37,2	25,8	44	13,9	12,8	111	19,7	16,2	191
<b>Quintile de bien-être économique</b>												
Très pauvre	8,1	3,7	305	10,9	3,0	89	1,7	0,6	10	8,6	3,5	404
Pauvre	8,3	6,4	189	13,3	11,7	199	1,6	0,4	12	10,6	8,8	401
Moyen	13,1	7,3	146	16,4	12,5	227	10,3	7,3	38	14,7	10,2	412
Riche	16,4	12,7	114	22,1	10,2	204	9,9	6,1	201	16,1	9,2	519
Très riche	23,8	12,1	45	26,7	15,6	74	18,5	13,9	464	19,9	14,0	584
<b>Ensemble</b>	<b>11,2</b>	<b>6,8</b>	<b>800</b>	<b>17,4</b>	<b>10,9</b>	<b>793</b>	<b>15,2</b>	<b>11,0</b>	<b>725</b>	<b>14,6</b>	<b>9,5</b>	<b>2319</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 3.4.2 Source d'approvisionnement en contraceptifs

Une bonne connaissance des endroits ou des canaux par lesquels les femmes enquêtées se procurent les méthodes contraceptives peut, non seulement, aider à évaluer la contribution des services publics et privés dans la distribution ou la vente des méthodes contraceptives, mais aussi, permettre de redéployer les efforts de marketing social ou de distribution communautaire des méthodes de contraception. Aussi, l'enquête s'est-elle intéressée à la source d'approvisionnement lors de la première fois des méthodes contraceptives par les femmes utilisatrices de ces méthodes au moment de l'enquête.

Le **Tableau 42** montre que dans les trois régions enquêtées, seulement 40,8% des utilisatrices actuelles de la contraception s'adressent au personnel soignant pour se procurer leurs méthodes. Dans 19,4% des cas, les femmes obtiennent leur méthode auprès des sages-femmes et dans 10,2% des cas, elles les obtiennent auprès des infirmières ou accoucheuses. Cette proportion n'est que de 8,4% pour les médecins.

En outre, près de la moitié des utilisatrices (48,2%) s'est procurée la méthode de contraception dans le secteur informel, hors des formations sanitaires et essentiellement dans un magasin (29,3%) ou chez un vendeur de médicaments (7,6%). L'autre source d'approvisionnement qui est la pharmacie représente 11,0%.

**Tableau 42 :** Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes âgées de 15-49 ans par source d’approvisionnement selon la méthode

Source d'approvisionnement	Injectables		Implants		Pilule		Condom masculin		Ensemble <sup>1</sup>	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Personnel soignant	98,1	52	90,0	9	66,1	37	27,6	93	40,8	203
Docteur en médecine	24,5	13	36,4	4	5,5	3	5,0	17	8,4	42
Sage-femme	41,5	22	45,5	5	25,5	14	14,8	50	19,4	97
Infirmière	32,1	17	9,1	1	34,5	19	3,8	13	10,2	51
Agent santé communauté	0,0	0	0,0	0	0,0	0	3,3	11	2,2	11
Pharmacien	0,0	0	10,0	1	12,5	7	13,4	45	11,0	55
Autre source	1,9	1	0,0	0	21,4	12	59,1	199	48,2	240
Vendeur	1,9	1	0,0	0	20,0	11	7,4	25	7,6	38
Magasin	0,0	0	0,0	0	0,0	0	41,4	140	29,3	146
Famille	0,0	0	0,0	0	1,8	1	2,4	8	3,2	16
Ami/voisin	0,0	0	0,0	0	0,0	0	4,7	16	4,4	22
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>	<b>498</b>

<sup>1</sup>le total comprend 2 utilisatrices de DUI, 4 utilisatrices de préservatifs féminin et 36 utilisatrices d’autres méthodes.

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Cette situation n’est pas due à une moindre implication de ces secteurs dans la distribution des méthodes contraceptives, mais elle est plutôt attribuable à la mobilisation générale contre la pandémie du sida et, de manière parallèle, à une augmentation de la distribution du condom masculin par tous les canaux de distribution de proximité (boutiques, hôtels, boîtes de nuit, circuit informel, distribution gratuite lors des campagnes de sensibilisation, etc.). En effet, le condom masculin, méthode contraceptive moderne la plus utilisée (26,7 %), s’obtient essentiellement dans le secteur privé non médical (41,4% dans les magasins). Seules (14,8%) des femmes se procurent les condoms masculins auprès des sages-femmes.

### 3.4.3 Raison de la non utilisation de la contraception : Opposition à l’utilisation par l’enquêteur ou le partenaire/conjoint

Les résultats du **Tableau 43** et du **Tableau 44** montrent que plus d’une femme sur quatre ont cité l’opposition à l’utilisation de la contraception. Cette opposition pouvant provenir du mari/partenaire (40,1 %) ou de l’enquêtée elle-même (31,9 %).

La fréquence de cette désapprobation varie selon les groupes d’âges. Les femmes de 15-29 ans ont moins fréquemment cité l’opposition pouvant provenir d’elles-mêmes (31,3) que les femmes de 30-45 ans (33,3 %). De même, par rapport aux femmes de 30-49 ans, celles âgées de 15-29 ans ont plus fréquemment cité l’opposition pouvant provenir du mari/partenaire (39,9 % contre 41,9 %).

**Tableau 43 :** Proportion de femmes ayant exprimé leur désapprobation de l'utilisation de la contraception au sein du couple selon certaines caractéristiques sociodémographiques par Région (enquête opposée)

	Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âges</b>								
<b>15 - 19 ans</b>	31,2	286	25,3	342	22,9	288	26,4	917
<b>20 - 24 ans</b>	40,6	287	28,6	366	34,6	332	34,1	984
<b>25 - 29 ans</b>	42,8	238	27,7	284	31,3	288	33,4	811
<b>30 - 34 ans</b>	37,0	143	25,5	195	30,6	182	30,5	520
<b>35 - 39 ans</b>	38,9	121	22,7	110	48,1	72	35,2	303
<b>40 - 44 ans</b>	37,2	76	25,8	78	36,3	48	32,6	202
<b>45 - 49 ans</b>	36,8	38	47,2	54	37,4	30	41,5	122
<b>Groupe d'âges : jeunes et vieilles</b>								
<b>15 - 29 ans</b>	37,9	812	27,2	992	29,8	909	31,3	2712
<b>30 - 49 ans</b>	37,6	378	27,5	436	35,8	332	33,3	1147
<b>Niveau instruction le plus élevé</b>								
<b>Sans Niveau</b>	-	0	61,5	10	88,1	4	69,3	15
<b>Primaire</b>	44,1	545	30,1	720	30,6	456	34,7	1722
<b>Secondaire</b>	22,0	518	21,5	521	33,1	667	26,2	1706
<b>Supérieur</b>	45,6	10	27,5	21	20,3	75	24,1	106
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
<b>Très pauvre</b>	44,8	431	41,9	190	51,5	12	44,0	633
<b>Pauvre</b>	37,5	277	26,3	339	26,0	20	31,2	637
<b>Moyen</b>	37,5	213	24,7	428	25,3	83	28,5	723
<b>Riche</b>	33,9	196	22,4	332	36,7	358	30,7	887
<b>Très riche</b>	9,5	72	29,5	139	29,5	768	28,0	979
<b>Religion</b>								
<b>Catholique</b>	32,4	581	31,7	562	26,7	298	30,9	1441
<b>Protestante</b>	32,2	371	21,9	557	32,5	622	28,6	1550
<b>Musulmane</b>	87,5	104	30,3	180	52,2	24	51,3	308
<b>Autres</b>	38,7	132	25,7	127	33,4	288	32,9	547
<b>Ensemble</b>	<b>37,9</b>	<b>1188</b>	<b>27,2</b>	<b>1426</b>	<b>31,7</b>	<b>1232</b>	<b>31,9</b>	<b>3846</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 44 :** Proportion de femmes pensant que leur partenaire sexuel (marital, plus régulier) désapprouve l'utilisation de la contraception par les couples selon certaines caractéristiques sociodémographiques par Région (mari/conjoint opposé)

	Est		Nord-ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âges</b>								
<b>15 - 19 ans</b>	54,1	128	24,2	91	18,0	79	35,4	299
<b>20 - 24 ans</b>	47,9	164	35,6	216	36,7	216	39,4	596
<b>25 - 29 ans</b>	51,3	160	36,4	189	42,1	214	42,8	563
<b>30 - 34 ans</b>	49,2	93	44,6	133	29,4	157	39,5	383
<b>35 - 39 ans</b>	43,6	86	34,9	69	52,0	53	42,9	209
<b>40 - 44 ans</b>	41,8	53	44,1	60	44,0	35	43,3	148
<b>45 - 49 ans</b>	52,9	25	58,5	20	37,0	16	50,5	61
<b>Groupe d'âges : jeunes et vieilles</b>								
<b>15 - 29 ans</b>	50,9	452	33,8	497	36,0	509	39,9	1458
<b>30 - 49 ans</b>	46,2	258	43,1	282	36,4	261	41,9	800
<b>Niveau instruction le plus élevé</b>								
<b>Sans Niveau</b>	-	0	59,8	10	88,1	4	68,4	14
<b>Primaire</b>	54,2	360	41,8	419	33,2	329	43,3	1107
<b>Secondaire</b>	33,7	268	25,6	241	36,9	369	32,8	877
<b>Supérieur</b>	-	0	43,5	17	37,4	48	39,0	65
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
<b>Très pauvre</b>	56,9	250	50,6	93	26,7	6	54,6	349
<b>Pauvre</b>	51,5	172	40,7	164	17,4	14	45,1	350
<b>Moyen</b>	47,8	136	36,1	229	37,9	46	40,2	411
<b>Riche</b>	42,4	117	28,7	206	38,5	207	35,6	529
<b>Très riche</b>	9,6	34	39,1	88	35,7	497	34,7	618
<b>Religion</b>								
<b>Catholique</b>	44,5	353	38,1	293	38,2	214	40,8	860
<b>Protestante</b>	46,6	207	29,5	300	35,6	352	36,1	859
<b>Musulmane</b>	84,0	70	54,8	104	72,6	19	67,2	193
<b>Autres</b>	45,7	78	37,5	80	32,4	179	36,7	337
<b>Ensemble</b>	<b>49,2</b>	<b>709</b>	<b>37,0</b>	<b>776</b>	<b>36,5</b>	<b>763</b>	<b>40,7</b>	<b>2249</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 3.5 Vaccination des enfants de moins de cinq ans

Pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, on a collecté des informations sur la vaccination dans le but, entre autres, d'évaluer la couverture vaccinale grâce au Programme Élargi de Vaccinations (PEV) dans les trois régions de l'enquête de base. Conformément aux recommandations de l'OMS, suivies par le PEV du Cameroun, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCoq (contre la

diphtérie, le tétanos et la coqueluche). En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (polio 0) est donnée à la naissance.

D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an. 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 inscrites les différentes vaccinations qui lui sont administrées.

Au cours de cette étude, la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Lorsque la mère disposait d'un carnet de vaccination, les enquêteurs recopiaient les informations qui y étaient inscrites. Dans le cas où la mère ne disposait pas d'un tel document (soit elle ne l'avait jamais eu, soit il n'était pas disponible au moment de l'enquête, soit encore elle l'avait perdu), on lui demandait si son enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche (y compris le nombre de doses), le DTCoq, administré par injection, en principe, en même temps que la Polio (y compris le nombre de doses), et le vaccin contre la rougeole. Que ce soit à partir des carnets 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 vient seulement d'être intégrée au PEV.

Le **Tableau 45** présente les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. Il s'agit des enfants qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint l'âge où ils devraient être complètement vaccinés. Environ, près de trois quart des enfants de 12-23 mois (71,3%) ont reçu le BCG, les trois doses de vaccins de la polio et du DTCoq et le vaccin contre la rougeole.

Il est à noter qu'aucun écart sensible n'est perceptible entre la couverture vaccinale des garçons et celle des filles (respectivement 71,5% et 71%). Entre les régions, l'on constate des écarts importants, la couverture vaccinale pour tous les vaccins du PEV passant d'un minimum de 59% dans la région de l'Est à un maximum de 82,7% dans le Sud-Ouest et 72,3% dans la région du Nord-ouest.

Il apparaît clairement que le niveau de la couverture vaccinale est influencé par le niveau de vie des ménages : la proportion d'enfants vaccinés augmente avec le niveau de richesse du ménage, de 52,1 % pour les enfants des ménages les plus pauvres, la couverture vaccinale atteint 92,2 % pour les enfants des ménages les plus riches.

**Tableau 45 :** Proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	BCG	DTC			VPO				Rougeole	Tous les vaccins	Fièvre jaune	Effectifs
		DTC 1	DTC 2	DTC 3	VPO 0	VPO 1	VPO 2	VPO 3				
<i>Région</i>												
<b>Est</b>	88,6	90,4	84,8	73,3	82,9	89,5	89,5	81,0	87,5	59,0	87,6	367
<b>Nord-Ouest</b>	98,7	96,8	94,3	87,3	89,9	94,9	91,8	89,9	81,8	72,3	76,6	267
<b>Sud-Ouest</b>	100,0	98,0	96,9	88,8	94,9	94,9	96,9	87,9	100,0	82,7	100,0	208
<i>Sexe</i>												
<b>Masculin</b>	96,4	94,8	91,7	82,4	89,1	92,2	91,2	86,5	90,2	71,5	88,6	422
<b>Féminin</b>	95,8	96,4	92,9	84,5	89,9	94,7	94,1	87,5	86,3	71,0	83,3	418
<i>Quintile de bien-être économique</i>												
<b>Très pauvre</b>	87,5	91,7	79,2	68,8	79,2	89,6	83,3	77,1	79,2	52,1	75,0	169
<b>Pauvre</b>	97,3	96,0	91,9	89,3	86,7	93,3	80,0	87,8	89,3	78,7	88,0	173
<b>Moyen</b>	97,0	95,6	94,0	83,6	91,0	97,0	95,5	88,1	88,1	74,6	74,6	165
<b>Riche</b>	95,9	92,9	91,9	80,8	86,9	92,9	93,9	86,9	83,8	65,3	89,9	180
<b>très riche</b>	100,0	100,0	100,0	90,3	100,0	94,4	98,6	91,8	100,0	82,2	97,3	154
<b>Ensemble</b>	<b>96,1</b>	<b>95,3</b>	<b>92,2</b>	<b>83,4</b>	<b>89,2</b>	<b>93,4</b>	<b>92,5</b>	<b>87,0</b>	<b>88,4</b>	<b>71,3</b>	<b>86,1</b>	<b>840</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

D'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère, on constate que 96,1% des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG au moment de l'enquête. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTC est également très élevée (95,3%), mais la couverture vaccinale diminue rapidement avec le nombre de doses : de 95,3% pour la première dose, la proportion passe à 92,2% pour la deuxième dose et à seulement 83,4% pour la troisième dose. Par ailleurs, selon les deux sources d'information, plus de la moitié des enfants a reçu les trois doses de polio (87,9 %) (**Tableau 45**).

En outre, on notera que près de 9 enfants sur 10 ont été vaccinés contre la polio à la naissance (89,2%). En ce qui concerne la rougeole, la couverture vaccinale (88,4%) est proche de celle de la polio 3. Enfin, on constate que, même contre la fièvre jaune, la proportion d'enfants vaccinés est considérable (86,1%).



## CHAPITRE 4 L'ETAT DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Ce chapitre analyse les éléments de la santé maternelle et infantile que sont l'issue des grossesses y compris la survenance d'éventuelles complications de grossesse, la prévalence de l'anémie et du paludisme chez les femmes en âge de procréer et ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête. Chez les enfants de moins de cinq ans, l'on s'intéressera à leur état nutritionnel ainsi qu'à la prévalence de l'anémie et du paludisme parmi eux.

### 4.1 L'état de santé de la mère

Cette section développe quatre points essentiels de la santé maternelle à savoir la survenance des complications de grossesse et des naissances non vivantes, la prévalence de l'anémie et du paludisme chez la mère.

#### 4.1.1 Complications de grossesse

**Tableau 46 :** Proportion des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête et ayant eu des complications obstétricales selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âge</b>	15-24 ans	19,8	550	20,8	518	25,0	432	21,7	1501
	25-34 ans	18,7	396	14,9	484	29,1	471	20,9	1351
	35-49 ans	21,7	157	13,0	138	21,3	80	18,4	375
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	0,0	9	100,0	5	35,7	14
	Maternel/Primaire	20,2	545	16,8	655	26,8	422	20,5	1621
	Secondaire	21,3	436	20,2	342	28,8	475	23,9	1252
	Supérieur	0,0	10	41,7	12	11,5	52	14,9	74
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	17,6	421	21,7	161	18,2	11	18,6	592
	Pauvre	22,3	273	10,5	294	15,0	20	16,2	587
	Moyen	16,3	196	17,5	337	30,3	66	18,5	599
	Riche	26,9	167	21,5	270	21,5	275	22,8	711
	Très riche	10,6	47	20,3	79	29,1	612	27,0	738
<b>Ensemble</b>		<b>19,7</b>	<b>1103</b>	<b>17,4</b>	<b>1140</b>	<b>26,7</b>	<b>983</b>	<b>21,0</b>	<b>3227</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Dans l'ensemble des trois régions, 21% des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête affirment avoir eu des complications obstétricales (**Tableau 46**). Les femmes résidentes de la région du Sud-Ouest ont beaucoup plus

souffert des complications obstétricales (26,7 %) comparées à leurs congénères résidentes des régions de l'Est (19,7 %) et du Sud-Ouest (17,4 %).

La différenciation des résultats selon certaines caractéristiques montrent que, dans l'ensemble les femmes de niveau d'instruction secondaire (23,9%) sont relativement plus à risque que leurs congénères de niveau primaire (20,5%) et supérieur (14,9%). Si ce constat semble être le même dans les régions de l'Est et du Sud-Ouest, le risque d'être victime de complications de grossesse augmente avec le niveau d'instruction des femmes dans la région du Nord-Ouest. Par ailleurs, aucune tendance ne se dégage d'une région à l'autre selon le groupe d'âges des femmes même si on note dans l'ensemble que les plus jeunes (15-24 ans) (21,7%) semblent relativement plus à risque que les femmes de 25-34 ans (20,9%) et celles de 35-49 ans (18,4%). En outre, dans l'ensemble les plus riches ont beaucoup plus souffert de complications de grossesse.

Les principales complications obstétricales, identifiées lors de l'enquête par les femmes victimes des trois régions, sont dans l'ordre d'occurrences le "travail prolongé" (30,3%), les douleurs abdominales (13,4%) et le saignement lors de l'accouchement (8,6%). Dans chaque région, le "travail prolongé" est cité par les femmes victimes comme la principale complication obstétricale, suivi des douleurs abdominales (cf. annexe A.1).

#### 4.1.2 Naissances non vivantes

**Tableau 47 :** Proportion des femmes enceintes (de 15-49 ans) au cours des 24 derniers mois avant l'enquête dont l'issue de la grossesse a été une naissance non vivante selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âges</b>	15-24 ans	3,5	566	2,3	529	4,5	449	3,3	1543
	25-34 ans	5,9	410	2,2	496	2,9	483	3,5	1389
	35-49 ans	4,9	164	1,4	140	8,0	87	4,3	391
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	0,0	9	0,0	5	0,0	13
	Maternel/Primaire	4,9	568	2,4	671	2,5	433	3,3	1672
	Secondaire	4,7	448	0,9	342	5,8	500	4,2	1292
	Supérieur	0,0	10	7,7	13	0,0	53	1,3	75
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	3,5	434	3,0	165	0,0	11	3,3	610
	Pauvre	3,5	282	2,0	298	4,8	21	2,7	600
	Moyen	3,5	200	2,6	346	2,9	68	2,9	614
	Riche	10,7	177	1,1	275	0,4	275	3,2	727
	Très riche	0,0	46	1,3	80	5,7	645	4,9	770
<b>Ensemble</b>		4,6	1140	2,1	1165	4,0	1019	3,5	3323

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Environ 3,5% des femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête ont donné naissance à un mort né. Cette proportion est relativement moins élevée que la moyenne dans les régions de l'Est (4,6 %) et du Sud-Ouest (4,0 %) et un peu moins dans la région du Nord-Ouest (2,1 %) (**Tableau 47**). Les résultats présentés dans le tableau ci-dessus montrent que les groupes à haut risque selon les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques varient d'une région à l'autre.

Pour ce qui est des différences selon les districts, le district de santé de Doumé, dans la région de l'Est, enregistre la plus grande proportion de femmes ayant eu une grossesse dont l'issue a été une naissance non vivante, soit 6,9 %. Il en est de même du district de santé de Kumbo-East (3,9 %) dans la région du Nord-Ouest et du district de santé de Limbé (7,4 %) dans la région du Sud-Ouest (cf. annexes A.2.a et A.2.b).

#### 4.1.3 Prévalence de l'anémie chez la mère

Les résultats des tests d'anémie réalisés auprès d'un échantillon de 1486 femmes en âge de procréer et ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête révèlent, dans l'ensemble des trois régions, que 3,9% d'entre elles souffraient d'anémie. La prévalence de l'anémie varie d'une région à l'autre et se situe à 4,9 % dans le Nord-Ouest, 3,7% dans la région de l'Est et 2,4% dans la région du Sud-Ouest. Cette prévalence est la plus élevée dans le district de santé de Doumé (4,9%) pour ce qui est de la région de l'Est, de Ndop (6,9%) en ce qui concerne la région du Nord-Ouest et de Limbé (5,5%) pour ce qui est de la région du Sud-Ouest (cf. annexes A.3.a et A.3.b).

**Tableau 48 :** Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âges</b>	15-24 ans	5,2	305	7,7	248	4,3	116	5,8	668
	25-34 ans	2,2	224	2,8	254	1,3	157	2,4	635
	35-49 ans	2,1	95	4,4	68	0,0	21	2,2	183
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	0,0	7	-	0	0,0	7
	Maternel/Primaire	4,3	322	3,6	307	3,6	110	3,9	739
	Secondaire	3,6	249	6,2	178	2,0	148	4,0	574
	Supérieur	0,0	1	0,0	6	0,0	24	0,0	31
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	1,8	228	4,2	72	0,0	3	2,3	303
	Pauvre	5,2	153	4,5	134	0,0	6	4,8	293
	Moyen	5,4	111	2,5	157	17,6	17	4,5	286
	Riche	4,7	106	9,9	152	4,5	88	6,7	345
	Très riche	0,0	25	0,0	53	0,6	181	0,4	258
<b>Ensemble</b>		3,7	624	5,1	570	2,4	294	3,9	1486

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Le tableau ci-dessus présente les proportions de femmes souffrant d'anémie au sein de certaines catégories. Dans l'ensemble, on constate que les femmes appartenant au groupe d'âges 15-24 ans (5,8%), celles qui sont de niveau d'instruction secondaire (4%) et celles de niveau de vie "riche" (6,7%) courraient plus le risque de présenter des signes d'anémie comparées aux autres.

#### 4.1.4 Prévalence du paludisme chez la mère

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité au sein des groupes les plus vulnérables à savoir les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (SSS<sup>3</sup>, 2009). Le résultat du test rapide du paludisme réalisé au moment de l'enquête indique que 5,3% des femmes ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête, souffraient de paludisme dans l'ensemble des trois régions. Toutefois, si moins de 1% d'entre elles souffraient de paludisme dans la région du Nord-Ouest, 7,7% des mères diagnostiquées en souffraient dans la région de l'Est et 8,9% au Sud-Ouest. Deux districts se distinguent des autres avec des niveaux de prévalences du paludisme au-dessus de 10% : le district de Ketté (11,9%) et celui de Mamfé (26,8%) (cf. annexes A.4.a et A.4.b).

**Tableau 49 :** Proportion des mères ayant été diagnostiquées comme souffrant du paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Groupe d'âge</b>	15-24 ans	6,4	314	0,8	256	8,5	118	4,7	688
	25-34 ans	10,9	229	0,8	260	10,3	155	6,7	645
	35-49 ans	4,2	96	1,5	68	0,0	20	3,3	184
<b>Niveau d'instruction</b>	Sans instruction	-	0	0,0	7	-	0	0,0	7
	Maternel/Primaire	8,2	330	0,9	321	8,2	110	5,2	762
	Secondaire	8,3	254	0,6	178	7,4	148	5,5	579
	Supérieur	0,0	1	0,0	6	0,0	24	0,0	31
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	6,4	235	2,7	74	33,3	3	5,8	312
	Pauvre	6,5	154	1,4	139	16,7	6	4,3	299
	Moyen	10,4	115	0,6	168	,0	17	4,3	299
	Riche	9,9	111	0,0	152	9,0	89	5,7	352
	Très riche	4,0	25	0,0	52	9,0	177	6,7	255
<b>Ensemble</b>		<b>7,7</b>	<b>639</b>	<b>0,9</b>	<b>584</b>	<b>8,9</b>	<b>293</b>	<b>5,3</b>	<b>1517</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

<sup>3</sup> Stratégie Sectorielle de la Santé

## 4.2 L'état de santé des enfants de moins de cinq ans

L'enquête de base sur le Financement Basé sur la Performance dans les formations sanitaires, menée dans les régions de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a fait l'objet d'un suivi de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et d'une évaluation de la prévalence de certaines maladies à l'instar de l'anémie et du paludisme.

### 4.2.1 Suivi de la croissance et malnutrition

Au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête, 9,6% des enfants de 11-59 mois, dans l'ensemble des trois régions, ont été suivis dans leur croissance dans une formation sanitaire (**Tableau 50**). Les régions du Nord-Ouest (12,5%) et du Sud-Ouest (14,1%) enregistrent les niveaux de suivi les plus élevés comparées à la région de l'Est (4%). Ces différences pourraient expliquer les écarts observés sur les niveaux de malnutrition diagnostiquée chez les enfants de moins de cinq ans au moment de l'enquête. En effet, 19% d'enfants résidant dans la région de l'Est souffraient d'insuffisance pondérale au moment de l'enquête contre 11,1% et 9,1% dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest respectivement (**Tableau 52**). Il en est de même du niveau de prévalence de l'émaciation dans la région de l'Est (10,7%), qui est relativement plus élevé que celui des régions du Sud-Ouest (6,5%) et du Nord-Ouest (6,4%) (**Tableau 53**). S'agissant du retard de croissance (**Tableau 51**), 41% d'enfants accusent un retard de croissance dans la région de l'Est, 37,8% dans la région du Nord-Ouest et 29,9% dans la région du Sud-Ouest pour une prévalence d'ensemble de 36,7%. Relevons qu'un enfant sur deux (50%) résidant dans le district de santé de Nguelemendouga accuse un retard de croissance (cf. annexes B.1.a et B.1.b).

Les résultats de l'enquête montrent que la malnutrition est prépondérante chez les enfants de moins de 5 ans des ménages pauvres comparativement à ceux des ménages riches. En outre, les prévalences du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale sont plus élevées dans l'ensemble parmi les garçons. Par contre, 8,4% de filles souffraient d'émaciation contre 7,7% de garçons. Quant à la prévalence des indicateurs anthropométriques à chaque âge, la situation dépend de la région considérée (**Tableau 51, Tableau 52 et Tableau 53**).

**Tableau 50 :** Proportion d'enfants de 11-59 mois ayant participé au suivi de la croissance au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Sexe	Masculin	4,5	762	12,9	673	15,1	511	10,2	1948
	Féminin	3,6	756	12,0	690	13,1	540	9,1	1986
Groupe d'âges	11 mois	6,7	30	71,9	32	77,8	27	51,1	90
	12-23 mois	6,2	513	25,0	515	27,6	373	18,8	1401
	24-35 mois	3,7	351	3,9	255	1,5	203	3,3	810
	36-47 mois	2,4	340	1,3	302	5,6	249	3,0	892
	48-59 mois	1,8	284	1,5	259	3,5	200	2,2	742

	Très pauvre	3,7	597	11,9	185	0,0	10	5,6	792
	Pauvre	2,6	344	11,8	391	4,8	21	7,4	757
<b>Niveau de vie</b>	Moyen	4,6	285	11,2	393	7,0	86	8,2	765
	Riche	6,0	215	14,9	302	16,9	320	13,4	836
	Très riche	6,4	78	15,1	93	14,0	613	13,4	784
<b>Ensemble</b>		<b>4,0</b>	<b>1518</b>	<b>12,5</b>	<b>1363</b>	<b>14,1</b>	<b>1052</b>	<b>9,6</b>	<b>3934</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 51 :** Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Sexe</b>	Masculin	45,0	980	41,5	884	33,8	710	40,7	2574
	Féminin	36,8	938	33,9	849	26,4	785	32,7	2572
<b>Âge</b>	0	30,7	554	31,0	571	28,6	591	30,0	1715
	1	44,4	484	43,9	471	32,9	346	41,2	1301
	2	44,9	323	35,0	234	32,1	187	38,5	742
	3	42,1	302	46,1	245	27,5	211	39,3	759
	4	50,8	256	36,2	213	29,2	161	40,2	629
<b>Niveau de vie du ménage</b>	Très pauvre	47,7	763	43,5	246	46,7	15	46,7	1024
	Pauvre	39,1	448	37,6	479	64,3	28	39,1	954
	Moyen	33,7	353	36,0	519	49,1	110	36,7	982
	Riche	37,2	266	41,1	387	29,7	451	35,5	1104
	Très riche	33,3	90	20,8	101	26,3	891	26,3	1082
<b>Ensemble</b>		<b>41,0</b>	<b>1918</b>	<b>37,8</b>	<b>1733</b>	<b>29,9</b>	<b>1495</b>	<b>36,7</b>	<b>5146</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 52 :** Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Sexe</b>	Masculin	19,1	1022	11,5	923	12,1	711	14,6	2656
	Féminin	19,0	981	6,6	893	10,2	788	12,2	2661
<b>Âge</b>	0	11,6	586	3,5	594	10,6	586	8,6	1765
	1	21,7	507	12,1	495	10,7	347	15,3	1349
	2	20,9	335	10,2	246	12,6	190	15,4	771
	3	21,7	309	10,7	262	11,4	211	15,2	782
	4	25,1	267	14,2	218	11,0	163	18,0	650
<b>Niveau de vie du ménage</b>	Très pauvre	22,6	793	16,9	255	43,8	16	21,5	1065
	Pauvre	21,7	457	10,1	524	10,3	29	15,3	1011
	Moyen	16,7	366	7,3	537	18,3	115	11,9	1017
	Riche	10,8	288	7,2	387	10,9	460	9,6	1135
	Très riche	11,1	99	,9	111	9,7	878	8,9	1088
<b>Ensemble</b>		<b>19,0</b>	<b>2003</b>	<b>9,1</b>	<b>1816</b>	<b>11,1</b>	<b>1499</b>	<b>13,4</b>	<b>5317</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 53 :** Proportion d'enfants de moins de 5 ans émaciés selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Sexe	Masculin	9,8	933	7,1	830	5,6	676	7,7	2439
	Féminin	11,7	915	5,8	817	7,3	758	8,4	2490
Âge	0	10,3	505	5,2	503	8,1	543	7,9	1551
	1	13,3	475	9,7	465	5,1	334	9,9	1276
	2	8,8	320	9,9	222	6,9	189	8,5	730
	3	9,5	296	2,4	246	5,2	211	5,9	752
	4	10,7	252	3,8	210	5,7	158	6,9	619
Niveau de vie du ménage	Très pauvre	10,3	737	4,5	244	13,3	15	8,9	996
	Pauvre	11,0	437	6,7	463	3,8	26	8,7	927
	Moyen	13,0	346	6,1	489	12,0	108	9,3	943
	Riche	9,9	242	8,8	353	7,2	446	8,4	1041
	Très riche	5,8	86	4,0	99	5,3	838	5,2	1023
<b>Ensemble</b>		<b>10,7</b>	<b>1848</b>	<b>6,4</b>	<b>1647</b>	<b>6,5</b>	<b>1434</b>	<b>8,1</b>	<b>4929</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Par ailleurs, les enfants ont massivement participé aux campagnes d'administration de la vitamine A qui se sont déroulées dans leur région. Ce faisant, on relève que dans l'ensemble des trois régions de l'étude près de trois enfants de moins de 3 ans sur quatre ont reçu la vitamine A lors d'une campagne de vaccination. Aucune différence notable n'est à relever entre région et à l'intérieur des régions bien que la plus grande proportion soit enregistrée dans les districts de santé de Fundong dans le Nord-Ouest et de Buéa (87%) dans le Sud-Ouest et la plus faible à Ndop (68,9%) dans la région du Nord-Ouest (cf. annexes B.2.a et B.2.b).

Les informations présentées dans le **Tableau 54** montrent que les enfants d'un ou de deux ans ont le plus reçu la vitamine A au cours d'une campagne de vaccination comparativement à ceux de 0 an dans chaque région de l'étude. Cependant, aucune tendance ne se dégage d'une région à l'autre en ce qui concerne les autres caractéristiques considérées dans le tableau ci-dessous.

### Encadré 1: Les indicateurs anthropométriques

L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans est généralement appréhendé dans les systèmes de suivi ou de surveillance nutritionnelle par les indicateurs anthropométriques. Il s'agit notamment de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation.

#### ❖ Insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale (faible poids par rapport à l'âge) indique tant une croissance linéaire inadéquate que des disproportions corporelles causées par la dénutrition. C'est l'indicateur le plus communément mesuré par les systèmes de suivi de la croissance.

#### ❖ Retard de croissance

Le retard de croissance (faible taille par rapport à l'âge) mesure l'inadéquation de la croissance à long terme liée à la dénutrition chronique. Il est associé à la pauvreté et peut être évalué dans les situations stables afin de mesurer l'évolution dans le temps.

#### ❖ L'émaciation

L'émaciation ou « maigreur » (faible poids par rapport à la taille) est le résultat d'une dénutrition aiguë. C'est l'indicateur le plus communément utilisé lors des enquêtes de nutrition conduites en situation de crise.

**Tableau 54 :** Proportion d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A lors d'une campagne selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Sexe</b>	Masculin	75,1	590	74,5	372	84,8	257	76,9	1220
	Féminin	71,4	538	75,3	376	76,1	276	73,8	1189
<b>Âge</b>	0 an	48,2	407	45,1	224	58,2	146	49,2	777
	1 an	87,0	414	88,0	351	88,4	233	87,7	998
	2 ans	88,3	307	86,2	174	89,0	154	87,9	636
<b>Niveau de vie du ménage</b>	Très pauvre	71,9	427	68,1	116	66,7	6	70,9	550
	Pauvre	74,2	279	77,7	197	81,8	11	75,7	486
	Moyen	76,1	213	68,1	210	77,6	49	72,7	472
	Riche	73,5	170	84,9	166	78,9	142	79,1	478
	Très riche	67,5	40	74,6	59	81,5	325	79,2	424
<b>Ensemble</b>		<b>73,3</b>	<b>1128</b>	<b>74,9</b>	<b>748</b>	<b>80,3</b>	<b>533</b>	<b>75,3</b>	<b>2409</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012



#### 4.2.2 Prévalence de l'anémie chez l'enfant de moins de 5 ans

La prévalence de l'anémie dans l'ensemble des trois régions est de 6,7% avec de légères disparités entre régions. Les résultats consignés dans le **Tableau 55** montrent que la région de l'Est enregistre la plus forte prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans (8,4%), suivie de la région du Sud-Ouest (6,4%) et enfin de celle du Nord-Ouest (5,4%).

L'analyse des prévalences de l'anémie selon le sexe, l'âge de l'enfant et le niveau de vie met en exergue, dans l'ensemble, des niveaux relativement plus élevés chez les enfants de sexe féminin, chez ceux qui sont âgés de quatre ans et, parmi les enfants des ménages riches.

Les districts de santé dans lesquels on note les prévalences les plus élevés sont : Lomié (12%) à l'Est, Ndop (7,8%) dans le Nord-Ouest et Mamfé (21,5%) dans le Sud-Ouest. Par contre, la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans se situe autour de 1% dans les districts de santé de Buéa et de Fundong (cf. annexes B.3.a et B.3.b).

**Tableau 55** : Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqué comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Sexe</b>	Masculin	8,9	531	4,9	629	5,6	306	6,5	1466
	Féminin	7,9	484	6,0	571	7,1	351	6,9	1406
<b>Âge</b>	0 an	8,8	364	4,9	465	6,6	365	6,6	1194
	1 an	7,0	356	7,0	427	6,3	256	6,8	1040
	2 ans	9,4	106	6,5	108	5,0	20	7,7	235
	3 ans	5,3	95	3,4	116	0,0	13	4,4	225
	4 ans	13,8	94	1,2	83	0,0	2	7,8	179
<b>Niveau de vie du ménage</b>	Très pauvre	7,0	345	1,2	162	14,3	7	5,3	514
	Pauvre	7,4	243	4,3	328	0,0	12	5,7	584
	Moyen	9,5	199	3,4	357	8,7	46	5,8	602
	Riche	9,8	174	13,3	270	5,0	180	9,8	623
	Très riche	14,5	55	1,2	83	6,6	411	6,6	549
<b>Ensemble</b>		<b>8,4</b>	<b>1015</b>	<b>5,4</b>	<b>1200</b>	<b>6,4</b>	<b>657</b>	<b>6,7</b>	<b>2872</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 4.2.3 Prévalence du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans

En considérant les trois régions de l'étude, 8,7% d'enfants de moins de cinq ans ont été diagnostiqués comme souffrant du paludisme au moment de l'enquête. La prévalence du paludisme se situe au-dessus de cette moyenne d'ensemble dans les régions du Sud-Ouest (11%) et de l'Est (14,2%), tandis que moins de 3% d'enfants sont victimes dans le Nord-Ouest. Les enfants appartenant au ménage de niveau de élevé (riche) et très élevé (très riche) courraient

moins de risque d'être victimes de paludisme que leurs congénères appartenant à des ménages de niveau de vie inférieur. En outre, les garçons et les enfants âgés de plus de 2 ans souffriraient plus de paludisme que leurs congénères de sexe féminin et ceux âgés de moins de 2 ans respectivement. Cependant, aucune tendance ne se dégage de l'analyse entre les régions aussi bien pour les caractéristiques sociodémographiques considérées qu'entre les différents bras de l'étude.

Au niveau des districts de santé, les prévalences du paludisme les plus élevées ont été enregistrées dans le district de Kumba (18,5%) pour ce qui est de la région du Sud-Ouest, de Ketté (33,4%) à l'Est et de Kumbo-East (5,1%) dans le Nord-Ouest (cf. annexes B.4.a et B.4.b).

**Tableau 56 :** Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant de paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Sexe</b>	Masculin	15,6	544	2,0	644	11,8	305	9,0	1493
	Féminin	12,7	497	3,6	587	10,3	349	8,4	1433
<b>Âge</b>	0 an	7,5	371	1,3	476	6,6	365	4,8	1212
	1 an	11,6	361	0,9	441	15,0	253	8,0	1056
	2 ans	29,4	109	7,7	117	38,1	21	19,8	247
	3 ans	17,2	99	7,5	107	15,4	13	12,3	220
	4 ans	29,0	100	6,7	89	0,0	2	18,8	191
<b>Niveau de vie du ménage</b>	Très pauvre	13,8	363	4,0	173	0,0	6	10,5	543
	Pauvre	14,7	245	2,1	337	30,8	13	7,9	595
	Moyen	19,1	204	3,2	372	32,6	46	10,6	623
	Riche	11,0	173	3,0	265	11,2	178	7,6	616
	Très riche	7,3	55	0,0	84	8,0	411	6,7	549
<b>Ensemble</b>		<b>14,2</b>	<b>1041</b>	<b>2,8</b>	<b>1231</b>	<b>11,0</b>	<b>654</b>	<b>8,7</b>	<b>2926</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Les chiffres relatifs à la prévalence du paludisme au sein des enfants de moins de cinq ans et parmi les mères qui sont issus de la présente enquête sont nettement inférieurs à ceux issus de l'enquête démographique et de santé de 2011 (EDS-MICS, 2011). Le même test de diagnostic du paludisme (Tests de Diagnostic Rapide) ayant été utilisé aux deux enquêtes par du personnel qualifié et formé, l'hypothèse plausible de l'impact de la campagne de distribution massive de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) sur toute l'étendue du territoire national peut être avancée. En effet, l'EDS-MICS (2011) s'est déroulée bien avant cette opération qui débuta en septembre 2011. Par contre, l'enquête FBR (2012) s'est déroulée bien après cette campagne, permettant ainsi de mettre en évidence l'impact sur la prévalence du paludisme. Les statistiques suivantes permettent de conforter cette hypothèse :

- La proportion de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire est de 51,8% à l'EDS-MICS (2011) au niveau national et se situe à 91,6% à l'enquête FBR (2012) dans les trois régions étudiées ;

- La proportion de la population de fait des ménages qui, la nuit précédant l'enquête, a dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) est de 21,3% à l'EDSC-MICS (2011) et de 73,3% à l'enquête FBR (2012) dans les trois régions étudiées ;
- La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit précédant l'enquête, ont dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) est de 36,7% à l'EDSC-MICS (2011) et de 78,3% à l'enquête FBR (2012) dans les trois régions étudiées.

#### 4.2.4 Mortalité infantile et infanto-juvénile

Les quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile sont considérés comme des mesures, à la naissance, de la probabilité de décéder respectivement avant le premier et le cinquième anniversaire. Les données permettant de procéder à une estimation directe de ces quotients ont été collectées lors de l'enquête à travers l'historique des naissances recueillie auprès des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Cependant, la qualité des estimations de la mortalité basées sur l'historique dépend de la complétude avec laquelle les naissances et les décès ont été déclarés et enregistrés. Ce faisant, Brass a montré que les proportions d'enfants survivants, par âges des mères, permettent ainsi d'évaluer les quotients de mortalité  $xq0$ , pour autant que l'on tienne compte d'une correction liée aux calendriers différents de fécondité d'une population à l'autre (WUNSCH, 1978).

Ainsi donc, nous avons appliqué les coefficients correcteurs (les "multiplicateurs") à la série des proportions d'enfants décédés par rapport aux nés vivants classées selon l'âge des mères. Les multiplicateurs utilisés ici se rapportent au repère de précocité de la fécondité P2/P3, où P2 et P3 sont les parités atteintes des femmes des groupes d'âge 20-24 ans et 25-29 ans respectivement.

S'agissant de la mortalité infantile, les résultats obtenus par la méthode d'estimation de Brass indiquent que pour 1000 naissances vivantes dans l'ensemble des trois régions, 74 meurent avant d'atteindre le premier anniversaire. Ce risque varie considérablement d'une région à l'autre. Il est de 93 p.1000 dans la région de l'Est, de 72 p.1000 au Sud-Ouest et de 40 p.1000 au Nord-Ouest.

En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, sur 1000 naissances vivantes, 114 meurent avant le cinquième anniversaire dans la région de l'Est, 86 dans la région du Sud-Ouest et 65 dans la région du Nord-Ouest. Dans l'ensemble des trois régions, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est de 88 décès pour 1000 naissances vivantes.

**Tableau 57 : Quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile**

Régions	1000*xq0	
	1q0	5q0
Est	93	114
Nord-Ouest	40	65
Sud-Ouest	72	86
<b>Ensemble</b>	<b>74</b>	<b>88</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Comme on peut le constater, ces estimations sont proches des valeurs obtenues lors de l'enquête EDSMICS réalisées au Cameroun en 2011 en ce qui concerne la région du Nord-Ouest pour les deux quotients et dans la région du Sud-Ouest pour le quotient de mortalité infantile. Quant à la région de l'Est, l'EDSMICS semble avoir sous-estimé les quotients de mortalité. Cette hypothèse est d'autant plus probable que le rapport de l'EDSMICS 2011 indique que l'ampleur de la baisse de la mortalité qui se serait produite dans cette région depuis l'EDSC-III de 2004 semble improbable compte tenu de la situation sanitaire de cette région.

**Tableau 58 :** Quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile, EDSMICS

Régions	1000*xq0	
	1q0	5q0
<b>Est</b>	48	96
<b>Nord-Ouest</b>	43	68
<b>Sud-Ouest</b>	77	127

*Source :* Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## CHAPITRE 5 QUALITÉ SUBJECTIVE ET NORMATIVE DES SERVICES, DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL DE SANTÉ

Ce chapitre présente la qualité perçue par les utilisateurs des services et de soins de santé maternelle et infantile, la qualité normative des services selon le protocole de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant PCIME en cas de présomption de certaines maladies infantiles et enfin, un indicateur du bien-être perçue par le personnel de santé. Il a quatre sections: la première section est consacrée à la perception de la qualité des services par les femmes en consultation prénatale. La seconde est destinée aux utilisateurs des services de santé de l'enfant. La troisième section porte sur la qualité normative des services de santé infantile et la dernière sur la perception du bien-être au travail par le personnel de santé. Les analyses sont faites par région de résidence, par type et par statut de la formation sanitaire.

### 5.1 Qualité perçue par les utilisatrices des services et de soins prénatals

La qualité perçue par les utilisatrices des services et de soins prénatals a été saisie à travers les interviews de femmes enceintes à la sortie de consultation. Avant d'évaluer cette qualité à travers les indicateurs retenus, nous allons tout d'abord présenter la répartition des utilisatrices des services suivant les régions et les caractéristiques des formations sanitaires.

#### 5.1.1 Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals selon la région de résidence et selon les caractéristiques des formations sanitaires

D'après le **Tableau 59**, près de la moitié des femmes de l'échantillon ont été interrogées dans la région du Nord-Ouest (48,3%). Les femmes enceintes interrogées dans la région du Sud-ouest représentaient un peu plus du tiers de l'effectif Ensemble des femmes (36,7%). Celles de l'Est représentaient 15,1%.

En ce qui concerne les types de formations sanitaires, plus de 2/3 (68%) des femmes interrogées l'ont été à la sortie des Centres de Santé Intégré (CSI). Ceci pourrait être lié à la surreprésentation des CSI dans l'échantillon des formations sanitaires. Par contre, les femmes enceintes interrogées à la sortie des Centres Médical d'Arrondissement (CMA) et des hôpitaux sont comparativement moins représentées (respectivement 14,4% et 17,6%). Les femmes interrogées à la sortie des CSI ont été plus représentées quelle que soit la région. Elles constituent 62,5% à l'Est, 72,7% au Nord-Ouest et 64,1% au Sud-ouest.

Un peu moins de trois quart des femmes de l'échantillon ont été interrogées à la sortie des formations sanitaires publiques (73%). Celles interrogées à la sortie des formations confessionnelles représentaient 18,5%, contre seulement 8,5% à la sortie de formations privées. Selon le statut de la formation sanitaire, les proportions des femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires publiques sont plus élevées, quelle que soit la région. Elles constituent 68,8% à l'Est, 77,3% au Nord-Ouest et 69,2% au Sud-ouest. Comme pour l'ensemble des trois régions, les femmes interrogées à la sortie des formations confessionnelles sont les deuxièmes plus importantes en nombre, quelle que soit la région.

**Tableau 59 :** Répartition des femmes enceintes interrogées selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région

	Région			Ensemble
	Est	Nord-Ouest	Sud-Ouest	
<b>Proportion de femmes</b>	15,1	48,3	36,7	100
<b>Type FOSA</b>				
CSI	62,5	72,7	64,1	<b>68,0</b>
CMA	2,1	14,3	19,7	<b>14,4</b>
Hôpital	35,4	13,0	16,2	<b>17,6</b>
<b>Statut FOSA</b>				
Confessionnel	27,1	13,6	21,4	<b>18,5</b>
Privé	4,2	9,1	9,4	<b>8,5</b>
Public	68,8	77,3	69,2	<b>73,0</b>
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Effectif</b>	<b>48</b>	<b>154</b>	<b>117</b>	<b>319</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 5.1.2 Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon leur âge

L'échantillon de femmes enceintes est relativement jeune, puisque la moyenne d'âge pour les trois régions est de 25,2 ans (**Tableau 60**). Dans l'ensemble, les femmes âgées de 20 à 24 ans sont les plus nombreuses (31%). Il en est de même dans la région du Nord-Ouest où cette proportion est de 33,1%. En revanche, dans les régions de l'Est et du Sud-ouest, ce sont les femmes âgées respectivement de 15 à 19 ans (36,2%) et de 25 à 29 ans (34,2%) qui sont les plus représentées parmi les femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires.

**Tableau 60 :** Répartition des femmes enceintes interrogées par groupe d'âges selon la région de résidence

Groupes d'âges	Région			Ensemble
	Est	Nord-Ouest	Sud-ouest	
15 – 19 ans	36,2	18,2	9,4	17,6
20 - 24 ans	27,7	33,1	29,9	31,1
25 - 29 ans	17,0	24,0	34,2	26,7
30 - 34 ans	14,9	16,2	22,2	18,2
35 - 46 ans	4,3	8,4	4,3	6,3
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Effectif</b>	<b>47</b>	<b>154</b>	<b>117</b>	<b>318</b>
<b>Moyenne d'âge</b>	<b>23,4</b>	<b>25,1</b>	<b>25,9</b>	<b>25,2</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 5.1.3 Raison principale du choix de la formation sanitaire pour les consultations prénatales par région de résidence selon les caractéristiques des formations sanitaires

Il ressort du **Tableau 61** que les femmes interrogées à la sortie des consultations prénatales sont proportionnellement plus nombreuses à évoquer la raison de la proximité du site de la formation sanitaire non loin de leur domicile (44,7%) comme raison principale du choix des formations sanitaires. Viennent ensuite celles qui ont fourni comme raison principale du choix des formations sanitaires la confiance accordée aux prestataires ou à la qualité des soins avec une proportion estimée à 32,1%. On retrouve les mêmes tendances dans les régions de l'Est et du Nord-Ouest et l'inverse dans le Sud-ouest. Ainsi, à l'Est, 40,4% de femmes sortant des consultations prénatales ont choisi les formations sanitaires à cause de la proximité de la formation sanitaire par rapport à leur domicile, tandis que 27,7% ont évoqué comme raison la confiance aux prestataires ou la bonne qualité des soins. Les statistiques concernant les femmes à la sortie des formations sanitaires dans la région du Nord-Ouest sont de 51,9% et 28,6% respectivement pour la raison du site de la formation sanitaire non loin de leur domicile et celle de la bonne qualité des soins. En revanche, dans la région du Sud-ouest, une part prépondérante de femmes enceintes sortant des consultations prénatales (38,5%) ont évoqué comme raison principale du choix de formations sanitaires la bonne qualité des soins tandis qu'une proportion relativement proche de ces femmes (36,8%) ont mis plutôt en avant la raison du site de la formation sanitaire non loin de leur domicile.

Les raisons avancées par les femmes à la sortie des consultations prénatales dans les CSI et les CMA sont avant tout la proximité du site de la formation sanitaire par rapport à leur domicile (49,5% pour les CSI et 39,1% pour les CMA) et ensuite la bonne qualité des soins (29,6%

et 32,6% resp.). En revanche, les femmes sortant des consultations prénatales dans les hôpitaux sont majoritaires (41,1%) à évoquer la raison de la bonne qualité des soins et ensuite celle de la proximité du site par rapport à leur domicile (30,4%).

En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, la moitié des femmes interrogées à la sortie des consultations prénatales dans les formations sanitaires privées ont évoqué la raison du site non loin de leur domicile comme raison principale du choix des formations sanitaires tandis que 30,8% se sont prononcées en faveur de la bonne qualité des soins. Ces tendances sont les mêmes pour les femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires publiques où 46,4% ont évoqué la proximité à la formation sanitaire et 30% la qualité des soins. Par contre, les femmes sortant des consultations prénatales dans les formations sanitaires confessionnelles ont déclaré en grande partie les avoir choisies plutôt pour la bonne qualité des soins (40,7%) et ensuite, à cause de la proximité à leur domicile (35,6%).

**Tableau 61 :** Répartition des femmes selon la raison la plus importante du choix de la formation sanitaire pour les CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Raisons du choix de la formation sanitaire								Effectifs
	Site non loin de la maison	Coût réduit	Confiance aux agents/soins de haute qualité	Disponibilité des médicaments	Disponibilité d'agent féminin	Recommandation	Référence	Autre	
Région									
Est	40,4	10,6	27,7	0,0	0,0	10,6	2,1	8,5	47
Nord-Ouest	51,9	7,1	28,6	1,3	0,6	4,5	0,6	5,2	154
Sud-ouest	36,8	5,1	38,5	3,4	0,0	9,4	1,7	5,1	117
Type de FOSA									
CMA	39,1	15,2	32,6	4,3	0,0	6,5	0,0	2,2	46
CSI	49,5	6,0	29,6	1,4	0,5	5,6	1,4	6,0	216
Hôpital	30,4	3,6	41,1	1,8	0,0	14,3	1,8	7,1	56
Statut de la Fosa									
Confessionnel	35,6	10,2	40,7	1,7	0,0	5,1	1,7	5,1	59
Privé	50,0	0,0	30,8	0,0	0,0	15,4	0,0	3,8	26
Public	46,4	6,9	30,0	2,1	0,4	6,9	1,3	6,0	233
Ensemble	44,7	6,9	32,1	1,9	0,3	7,2	1,3	5,7	318

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012



### 5.1.4 Temps d'attente et durée des consultations prénatales

Les femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires admettent avoir attendu pendant en moyenne 39,2mn pour être reçues pour les soins prénataux. Le temps moyen d'attente est de 40,7mn dans les régions de l'Est et du Nord-Ouest et de 36,7mn dans la région du Sud-ouest (**Tableau 62**). C'est dans les CMA que le temps moyen d'attente est plus élevé, soit 49,8 mn et viennent ensuite les hôpitaux avec 46,4mn et enfin les CSI avec 35,1mn de temps moyen d'attente. L'examen du temps médian montre que la moitié des femmes sortant des CSI (respectivement des hôpitaux et CMA) ont attendu moins de 20mn (respectivement moins de 30mn) avant d'être reçues pour les soins prénataux. En outre, le temps moyen d'attente est plus élevé dans les formations sanitaires confessionnelles (41,8 mn), suivi par les formations publiques (39,3 mn) et les formations sanitaires privées (33 mn). La moitié des femmes sortant des consultations prénatales ont attendu moins de 15 mn dans les formations sanitaires privées et moins de 30 mn dans les formations sanitaires confessionnelles ou publiques.

**Tableau 62 :** Temps d'attente et durée moyens et médians de la CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Temps d'attente avant la consultation, minutes		Temps passé avec le médecin/infirmier, minutes		Effectifs
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	
<b>Région</b>					
Est	40,7	30	20,7	13	47
Nord-Ouest	40,7	20	39,3	17	154
Sud-ouest	36,7	30	21,4	15	117
<b>Type de FOSA</b>					
CMA	49,8	30	24,9	12	46
CSI	35,1	20	30,6	15	216
Hôpital	46,4	30	31,5	19	56
<b>Statut de la Fosa</b>					
Confessionnel	41,8	30	24,1	20	59
Privé	33,0	15	21,2	16	26
Public	39,3	30	32,4	15	233
<b>Ensemble</b>	<b>39,2</b>	<b>27,5</b>	<b>30,0</b>	<b>15</b>	<b>318</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

S'agissant de la durée des consultations prénatales, elle est en moyenne de 30mn quelle que soit la région de résidence des femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires. Elle est plus élevée dans le Nord-Ouest (39,3mn) que dans les régions de l'Est (20,7mn) et du Sud-ouest (21,4 mn). C'est à l'Est que la durée des consultations prénatales est la plus faible car il faut noter que la moitié des femmes sortant des consultations dans cette région ont déclaré avoir passé moins de 13mn avec les prestataires. Par ailleurs, la durée des consultations prénatales est plus élevée dans les hôpitaux (31,5mn) et les CSI (30,6mn) que dans les CMA (24,9

mn). De même, on constate que les femmes ont passé plus de temps avec les prestataires de soins prénatals dans les formations sanitaires publiques (32,4 mn) que dans les formations sanitaires privées (21,2 mn) et confessionnelles (24,1 mn). Malgré cette durée de consultations élevée dans les formations sanitaires publiques, l'examen de la durée médiane montre que la moitié des femmes ont passé moins de 15 mn avec les prestataires dans ce type de formation sanitaire.

### 5.1.5 Dépenses pour les consultations prénatales

**Tableau 63 :** Dépense totale (sans les frais de transport) moyenne et médiane lors de la visite de référence effectuée par les femmes pour les CPN selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Dépenses moyennes	Dépenses médianes	Effectifs
<b>Région</b>			
Est	2646,3	800	46
Nord-Ouest	3184,2	3000	153
Sud-ouest	7566,8	8125	114
<b>Type de FOSA</b>			
CMA	6190,9	5850	46
CSI	4348,0	2952,5	212
Hôpital	4817,6	4400	55
<b>Statut de la Fosa</b>			
Confessionnel	6802,6	5750	58
Privé	4938,8	5000	25
Public	4145,7	3080	230
<b>Ensemble</b>	<b>4701,4</b>	<b>3900</b>	<b>313</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Le **Tableau 63** montre que, dans l'ensemble des trois régions, les femmes déclarent à la sortie des CPN avoir dépensé au total 4700F en moyenne et la moitié d'entre elles ont supporté un coût inférieur à 3900F, excepté les frais de transport. Le coût total moyen de la visite de référence<sup>4</sup> est plus élevé dans le Sud-ouest (7567F) et plus faible dans la région de l'Est (2646F) tandis que celui du Nord-Ouest se situe dans une situation intermédiaire (3184 F). Cependant, le coût total moyen des CPN est plus élevé dans les CMA (6191 F) que dans les hôpitaux (4818F) et les CSI (4348 F). Les variations de ce coût moyen selon le statut des formations sanitaires montrent qu'il est plus élevé dans les formations sanitaires confessionnelles (6802F), que dans celles du privé (4939F) et du publiques (4146F).

### 5.1.6 Appréciation de la qualité générale des services de CPN

Il ressort du **Tableau 64** que 92,1% des femmes interrogées à la sortie des CPN dans les trois régions de l'étude sont satisfaites de la qualité générale des services reçus. Ce pourcentage est

<sup>4</sup> La visite de référence renvoie à la visite en cours le jour de l'interview.

le même dans le Nord-Ouest, un peu plus élevé dans le Sud-ouest (95,7%) et faible dans la région de l'Est (83%). Par ailleurs, on constate que les femmes sortant des CPN dans les CSI sont beaucoup plus satisfaites de la qualité générale des services reçus, soit 95,4%, et viennent ensuite celles sortant des CMA (87%) et enfin celles sortant des hôpitaux avec 83,9%. En outre, 98,3% de femmes sortant des CPN dans les formations sanitaires confessionnelles sont satisfaites de la qualité générale des services reçus et ces statistiques pour celles sortant des CPN dans les formations sanitaires privées et publiques sont respectivement de 92,3% et 90,6% respectivement. Ce taux de satisfaction élevé à la sortie des CPN dans les formations sanitaires confessionnelles, et dans une moindre mesure, privées serait lié à la disponibilité du personnel et au bon accueil souvent réservé aux patients dans ces structures.

**Tableau 64 :** Répartition des femmes selon leur appréciation de la qualité générale des services de CPN reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	La qualité générale des services fournis était satisfaisante		
	Accord	Ni en accord ni en désaccord	Effectifs
<b>Région</b>			
Est	83,0	10,6	47
Nord-Ouest	92,2	7,1	154
Sud-ouest	95,7	4,3	117
<b>Type de FOSA</b>			
CMA	87,0	10,9	46
CSI	95,4	4,2	216
Hôpital	83,9	12,5	56
<b>Statut de la Fosa</b>			
Confessionnel	98,3	0,0	59
Privé	92,3	7,7	26
Public	90,6	8,2	233
<b>Ensemble</b>	<b>92,1</b>	<b>6,6</b>	<b>318</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 5.1.7 Services ou soins reçus par les femmes en CPN

Au cours de la première consultation prénatale, des gestes prioritaires doivent être effectués par les personnels de santé. Dans le cadre de l'enquête de base, une série de questions portant sur ces gestes essentiels ont été posées aux femmes à la sortie de leur CPN. L'indicateur « 12 gestes prioritaires à la 1ère CPN » a été conçu à partir des questions relatives à la pesée, à la mesure de la taille, à la prise de la tension artérielle, à la prise d'un échantillon d'urine, à la prise d'un échantillon de sang, à l'estimation de la date d'accouchement, à la demande du groupe sanguin, à la distribution ou à la prescription de fer, à la précision sur les effets secondaires de ce complément, à la distribution ou à la prescription de traitement antipaludique, à la demande de renseignement sur l'état de vaccination d'anatoxine tétanique, à l'explication sur

les complications de grossesse. Ces 12 gestes ont été évalués à partir des réponses des femmes interrogées à la sortie de leur première CPN. Avant d'examiner la complétude de ces gestes, nous allons examiner la distribution de certains services offerts aux femmes pendant la CPN.

#### ***5.1.7.1 Prise de poids pendant les CPN***

Globalement, la prise de poids semble systématique, puisque 98,7% des femmes enceintes interrogées en sortie de CPN affirme avoir été pesées (**Tableau 65**). Cette tendance est observable chez les répondantes, quels que soient la région et le type de formation sanitaire. Il existe tout de même une différenciation suivant le statut de la formation sanitaire. En effet, les formations sanitaires privées se démarquent par une faible proportion de femmes interrogées et affirmant avoir été pesées (92,3%), comparativement aux formations sanitaires publiques (99,6%) et confessionnelles (98,3%).

#### ***5.1.7.2 Mesure de la taille pendant les CPN***

Globalement, la mesure de la taille des femmes pendant les consultations prénatales n'est pas fréquente dans toutes les formations sanitaires. En effet, moins d'un quart (23,6%) des femmes interrogées à la sortie de CPN ont déclaré avoir été mesurées (**Tableau 65**). Or la mesure de la taille en début de la série de CPN va en complémentarité avec la prise du poids, afin d'évaluer la progression de l'indice de masse corporelle ou les dosages de certains médicaments.

Suivant la région de résidence des femmes, les femmes interrogées dans la région du Nord-Ouest ont été proportionnellement plus importante à affirmer avoir été mesurées (27,3%). Dans les régions du Sud-ouest et de l'Est, cette proportion est respectivement de 20,5% et 19,1%.

Suivant le type de formation sanitaire, les femmes interrogées à la sortie de CMA sont proportionnellement plus importante à affirmer avoir été mesurées (30,4%). Celles interrogées à la sortie des CSI et des hôpitaux enregistrent des proportions respectivement de 22,7% et 21,4%.

En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, il existe une grande variation dans les proportions de femmes interrogées à la sortie de CPN et affirmant avoir été pesées. Ainsi, tandis que cette proportion est relativement élevée chez les femmes interrogées à la sortie des

formations sanitaires confessionnelles (27,1%), elle est estimée à 24,5% chez celles des formations publiques et 7,7% chez celles des formations privées.

#### ***5.1.7.3 Information sur l'injection d'anatoxine tétanique pendant les CPN***

La demande d'information concernant l'administration antérieure d'anatoxine tétanique n'est pas systématique au cours des CPN. En effet, seules 63,5% des femmes interrogées à la sortie de CPN ont déclaré avoir été interrogées sur ce point (**Tableau 65**). La connaissance de cette information et la planification des injections d'anatoxine tétanique est capitale pour la santé de l'enfant.

Suivant les régions, les femmes interrogées à la sortie de CPN dans la région de l'Est ont été proportionnellement plus importante à affirmer avoir été interrogées sur l'administration antérieure d'anatoxine tétanique (80,9%). Elles représentent 65,6% et 53,8% respectivement dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest.

En ce qui concerne le type de formation sanitaire, les agents de santé des hôpitaux semblent plus enclins à demander cette information. En effet, parmi les femmes interrogées à la sortie des CPN, les femmes ayant été dans les hôpitaux enregistrent la plus forte proportion de celles ayant été interrogées sur l'administration antérieure d'anatoxine tétanique (82,1%). Cette proportion est de 69,6% dans les CMA et de 57,4% dans les CSI.

Suivant le statut de la formation sanitaire, les femmes interrogées à la sortie des formations sanitaires confessionnelles sont celles qui ont le plus été interrogées sur l'administration antérieure d'anatoxine lors de la CPN (74,6%).

#### ***5.1.7.4 Programmation de l'accouchement dans la formation sanitaire***

La programmation de l'accouchement dans les formations sanitaires n'est pas systématique. Seules 59,4% des femmes interrogées à la sortie de CPN ont déclaré avoir programmé leur accouchement dans le centre avec l'agent de santé pendant la CPN du jour de l'interview (**Tableau 65**). Or cette programmation a pour but de fidéliser la femme enceinte pour les visites de suivi et de limiter la déperdition des femmes au moment de l'accouchement. Ce faible taux de programmation de l'accouchement peut être lié soit à un refus des patientes ou alors à une omission des agents de santé de le proposer systématiquement aux femmes.

Parmi les trois régions, la région du Nord-Ouest se démarque en obtenant la proportion la plus élevée de femmes interrogées à la sortie de CPN et affirmant avoir programmé leur accouchement avec l'agent de santé pendant la CPN (66,9%).

**Tableau 65 :** Répartition des femmes selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Services ou soins reçus							
	A été pesée pendant cette visite		A été mesurée (taille) pendant cette visite		A programmé votre accouchement dans le centre pendant cette visite		A déjà reçu une injection d'anatoxine tétanique	
	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif
<b>Région</b>								
Est	100,0	47	19,1	47	63,8	47	80,9	47
Nord-Ouest	98,7	154	27,3	154	66,9	154	65,6	154
Sud-ouest	98,3	117	20,5	117	47,9	117	53,8	117
<b>Type de FOSA</b>								
CMA	100,0	46	30,4	46	50,0	46	69,6	46
CSI	99,1	216	22,7	216	57,9	216	57,4	216
Hôpital	96,4	56	21,4	56	73,2	56	82,1	56
<b>Statut de la Fosa</b>								
Confessionnel	98,3	59	27,1	59	54,2	59	74,6	59
Privé	92,3	26	7,7	26	61,5	26	38,5	26
Public	99,6	233	24,5	233	60,5	233	63,5	233
<b>Ensemble</b>	<b>98,7</b>	<b>318</b>	<b>23,6</b>	<b>318</b>	<b>59,4</b>	<b>318</b>	<b>63,5</b>	<b>318</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Selon le type de formation sanitaire, il existe une grande variation de la proportion de femmes interrogées à la sortie de CPN et affirmant avoir programmé leur accouchement dans la formation sanitaire. Les femmes ayant été en CPN dans les hôpitaux semblent les plus nombreuses à affirmer avoir programmé leur accouchement dans le centre de santé avec l'agent de santé (73,2%). Cette proportion est plus faible dans les autres types de formations sanitaires.

Suivant le statut de la formation, il existe une variation dans la proportion de femmes ayant programmé leur accouchement dans la formation sanitaire au cours de la CPN du jour de l'interview. Parmi les femmes interrogées à la sortie de CPN, celles ayant visité les formations sanitaires privées sont plus nombreuses à avoir programmé leur accouchement avec l'agent de santé (61,5 %).

### ***5.1.7.5 Complétude des gestes généraux prioritaires en cas de première consultation prénatale***

A l'examen du **Tableau 66**, nous constatons qu'une proportion très faible de femmes a bénéficié effectivement des 12 gestes recommandés pour la première CPN (2,1%). La plupart des femmes interrogées ont bénéficié de 8, 9 ou 10 des 12 gestes concernés (22,5%, 31,4% et 19,9% respectivement). La faiblesse de cet indicateur est une fois de plus révélatrice d'une certaine légèreté dans les consultations prénatales.

Un examen de cet indicateur selon la région montre que la proportion de femmes déclarant avoir bénéficié de tous les 12 gestes requis en première CPN, bien que faible, est plus élevée dans la région du Nord-Ouest (4,1 %). Elle est nulle dans les autres régions.

En ce qui concerne le type de formation sanitaire, les hôpitaux enregistrent la plus forte proportion de femmes interrogées en sortie de première CPN et qui affirment avoir bénéficié des 12 gestes identifiés comme essentiels. Cette proportion est nulle pour les autres types de formations sanitaires.

Pour ce qui est du statut de la formation sanitaire, elle semble influencer la complétude des gestes nécessaires à une première CPN adéquate. En effet, les formations sanitaires confessionnelles sont celles qui enregistrent la plus forte proportion de femmes interrogées à la sortie de leur CPN et déclarant avoir bénéficié de tous les 12 gestes concernés. Les formations sanitaires privées et publiques enregistrent des proportions nulles pour ces 12 gestes.

## **5.2 Qualité perçue par les utilisateurs des services de l'enfant**

Cette section examine les motivations des responsables de patients en bas âge pour le choix d'un centre de santé donné, le temps d'attente et le temps consacré au patient pendant la consultation, l'état d'accomplissement de certains soins exigibles en consultation infantile, l'appréciation de certains aspects de la qualité de service. Les analyses fournies se basent sur les données recueillies à partir du questionnaire réservé aux patients de moins de cinq ans à la sortie de la consultation infantile. Les répondants à ce questionnaire sont les responsables ou les accompagnants de ces jeunes patients. Avant toute analyse, présentons l'échantillon des enfants interrogés en sortie de consultation

**Tableau 66 :** Distribution des femmes enceintes en consultation prénatale pour la première fois selon le nombre de gestes prioritaires essentiels effectués selon la région et les caractéristiques des formations sanitaires

	Nombre de gestes essentiels effectués par les prestataires pour la 1ère CPN											Ensemble
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Région												
Est	0,0	9,5	0,0	14,3	23,8	4,8	19,0	23,8	4,8	0,0	0,0	21
Nord-Ouest	0,0	1,0	1,0	2,0	5,1	13,3	25,5	28,6	15,3	4,1	4,1	98
Sud-ouest	1,4	0,0	0,0	1,4	1,4	8,3	19,4	37,5	30,6	0,0	0,0	72
Type de FOSA												
CMA	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	11,1	51,9	25,9	0,0	0,0	27
CSI	0,8	2,3	0,8	2,3	4,5	12,9	28,8	28,0	17,4	2,3	0,0	132
Hôpital	0,0	0,0	0,0	9,4	6,3	9,4	6,3	28,1	25,0	3,1	12,5	32
Statut de la Fosa												
Confessionnel	2,2	2,2	0,0	2,2	4,4	6,7	15,6	26,7	26,7	4,4	8,9	45
Privé	0,0	0,0	6,7	13,3	6,7	20,0	13,3	26,7	13,3	0,0	0,0	15
Public	0,0	1,5	0,0	2,3	6,1	10,7	26,0	33,6	18,3	1,5	0,0	131
Ensemble	0,5	1,6	0,5	3,1	5,8	10,5	22,5	31,4	19,9	2,1	2,1	191

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 5.2.1 Présentation de l'échantillon des patients de moins de cinq ans interrogés en sortie de consultation selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région

**Tableau 67 :** Distribution des patients de moins de cinq ans interrogés en sortie de consultation selon les caractéristiques des formations sanitaires et la région

	Région			Ensemble
	Est	Nord-Ouest	Sud-Ouest	
type FOSA				
CMA	6,4	12,5	13,7	11,8
CSI	78,7	70,5	62,7	68,8
Hôpital	14,9	17,0	23,5	19,4
Statut FOSA				
Confessionnel	29,8	14,8	25,5	22,4
privé	2,1	17,0	3,9	8,4
public	68,1	68,2	70,6	69,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	47	88	102	237

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Selon le **Tableau 67**, la région du Sud-ouest est celle dans laquelle nous avons le plus interrogé les patients de moins de 5 ans (43%). Suivant le type de formation sanitaire, près de sept patients de moins de cinq ans sur dix ont été interrogés dans les centres de santé intégrés (68,8%). Cette tendance est observable dans les trois régions, avec une proportion maximale de 78,7% observée à l'Est. Du point de vue du statut de la formation sanitaire, le secteur pu-



blic était le plus représenté dans l'échantillon couvrant globalement 69,2% de la population de jeunes patients enquêtés en sortie de consultation.

## **5.2.2 Principale raison du choix de la formation sanitaire pour les soins infantiles selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires**

La raison prépondérante du choix de la formation sanitaire pour les soins de l'enfant est la confiance et la qualité des soins habituellement reconnu au centre par les responsables des jeunes patients. En effet, 39,1 % des responsables des patients de moins de cinq ans interrogés à la sortie de consultation déclarent avoir choisi le centre pour cette raison (**Tableau 68**). La qualité primerait donc sur la proximité qui est évoquée comme principale raison par 36,6 % des responsables d'enfants. Ces deux premières raisons sont largement avancées devant l'accessibilité financière (4,7%), les recommandations (3,8%), la disponibilité des médicaments (3,4%). Les autres raisons sont relativement résiduelles.

### ***5.2.2.1 Raison du choix par région de résidence***

Dans les régions de l'Est et du Sud-ouest, la raison principale du choix de la formation sanitaire pour les soins de l'enfant est la confiance dans le personnel soignant et la qualité des soins offerts (37% et 45,5 %) (**Tableau 68**). Une fois de plus, cette raison prime devant la proximité à la formation sanitaire. Mais dans la région du Nord-Ouest, c'est la proximité qui est évoquée comme raison du choix de la formation sanitaire pour les soins par 44,3 % des responsables d'enfants. Ceci suggère l'existence d'une certaine uniformité des soins de sorte que leur qualité ne constitue plus un critère de différenciation entre les formations sanitaires dans cette région.

### ***5.2.2.2 Raison du choix par type de formation sanitaire***

La principale raison du choix de la formation sanitaire pour les soins est liée au type de formation. Ainsi, les responsables d'enfants interrogés à la sortie d'hôpitaux et de centres médicaux d'arrondissement sont plus portés vers la confiance au personnel soignant et sur la qualité des soins (53,3% et 39,3% respectivement), tandis que les responsables de jeunes patients au sortir des centres de santé intégrés évoquent plus souvent la proximité comme principale raison du choix de la formation sanitaire (**Tableau 68**). Ce résultat n'est pas étonnant compte tenu de la vocation des types de formations sanitaires aux différents niveaux du système de santé national.

### 5.2.2.3 Raison du choix par statut de formation sanitaire

L'examen des principales raisons évoquées par les responsables de jeunes patients de moins de cinq ans en fonction du statut de la formation sanitaire amène à penser que la principale raison du choix d'une formation sanitaire donnée est également associée à son statut. En effet, tandis que les responsables d'enfants interrogés à la sortie des formations sanitaires publiques déclarent pour la plupart (42%) que la principale raison de leur choix est la proximité au centre, suivi de la confiance et la qualité des soins, l'inverse est observé pour les formations sanitaires privées et confessionnelles (**Tableau 68**). En effet, 55% des responsables d'enfants interrogés au sortir de consultation dans les formations sanitaires privées et 50,9 % dans les formations sanitaires confessionnelles ont comme principale raison du choix de la formation sanitaire la confiance et la qualité des soins offerts. Cette distribution suppose une meilleure qualité de soins offerts dans les formations sanitaires privées et confessionnelles.

**Tableau 68 :** Principale raison du choix du centre selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Raisons du choix de la formation sanitaire										Effectifs
	Emplacement proche du domicile	Bas prix	Confiance aux soignants / bonne qualité des soins	Disponibilité des médicaments	Disponibilité des femmes agents de santé	Référence par une autre centre de santé	Recommandation de la famille/ ami	c'est mon lieu d'accouchement	Nature de la maladie	Autre	
Région											
Est	34,8	4,3	37,0	6,5	2,2	4,3	2,2	0,0	0,0	8,7	46
Nord-Ouest	44,3	8,0	33,0	2,3	1,1	1,1	2,3	1,1	0,0	6,8	88
Sud-ouest	30,7	2,0	45,5	3,0	0,0	1,0	5,9	4,0	1,0	6,9	101
Type de FOSA											
CMA	32,1	3,6	39,3	7,1	0,0	7,1	0,0	3,6	0,0	7,1	28
CSI	40,7	4,9	35,2	3,1	1,2	0,6	4,3	1,2	0,6	8,0	162
Hôpital	24,4	4,4	53,3	2,2	0,0	2,2	4,4	4,4	0,0	4,4	45
Statut de la Fosa											
Confessionnel	24,5	3,8	50,9	3,8	1,9	0,0	1,9	0,0	1,9	11,3	53
Privé	25,0	5,0	55,0	0,0	0,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0	20
Public	42,0	4,9	33,3	3,7	0,6	1,9	3,7	3,1	0,0	6,8	162
Ensemble	36,6	4,7	39,1	3,4	0,9	1,7	3,8	2,1	0,4	7,2	235

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### **5.2.3 Durée d'attente et temps passé avec le prestataire pour la consultation des enfants de moins de cinq ans**

#### ***5.2.3.1 Temps d'attente avant la consultation en soins infantiles selon la région***

Le temps d'attente avant d'être reçus en consultation infantile rapporté par les responsables de jeunes patients est en moyenne de 26 minutes (**Tableau 69**). Ce temps est cependant variable suivant les régions. Ainsi, les responsables de jeunes patients interrogés à la sortie des formations sanitaires de la région de l'Est ont attendu d'être reçus plus longtemps (environ 33 minutes) que leurs homologues du Nord-Ouest et du Sud-ouest (environ 24 minutes).

#### ***5.2.3.2 Temps d'attente avant la consultation en soins infantiles selon le type de formation sanitaire***

Le temps d'attente avant d'être reçu en consultation infantile est associé au type de formation sanitaire. Ainsi, avant d'être reçus en consultation infantile, les responsables de jeunes patients interrogés à la sortie des hôpitaux ont attendu en moyenne plus longtemps (46 minutes) que ceux interrogés à la sortie des centres médicaux d'arrondissement (29 minutes) et des centres de santé intégrés (20 minutes) (**Tableau 69**). Ceci traduit la difficulté pour les patients d'être rapidement reçus au fur et à mesure que le niveau de la formation sanitaire s'élève dans le système sanitaire. En effet, les centres de santé intégrés sont destinés à une plus grande proximité vis-à-vis des populations. Leur importance numérique par rapport aux autres types de formations sanitaires est conséquente. Le temps d'attente moyen dans les hôpitaux peut être allongé du fait que certains patients y recourent en premier intention, sans passer par les niveaux inférieurs.

#### ***5.2.3.3 Temps d'attente avant la consultation en soins infantiles selon le statut de formation sanitaire***

Le temps d'attente avant d'être reçu est légèrement variable suivant le statut de la formation sanitaire fréquentée et c'est dans les formations sanitaires publiques que l'attente apparaît plus longue. En effet, les responsables de jeunes patients interrogés à la sortie de consultation infantile dans les formations sanitaires publiques ont rapporté la moyenne d'attente la plus longue (27 minutes), contre 25 et 19 minutes en moyenne chez les répondants sortis des formations sanitaires confessionnelles et privées respectivement (**Tableau 69**). Ce résultat ne semble pas à priori surprenant, car compte tenu des coûts des services, les formations sanitaires publiques accueillent généralement plus de patients dont les potentialités financières ne

permettent pas toujours de s'offrir des soins dans le secteur privé.

#### ***5.2.3.4 Temps passé avec le prestataire pendant la consultation en soins infantiles selon la région***

De manière globale, l'examen des résultats sur la zone d'enquête permet de conclure que la durée moyenne de la consultation de l'enfant de moins de cinq est inférieure à la norme en vigueur. En effet, les responsables des jeunes patients interrogés à la sortie ont rapporté avoir passé en moyenne 13 minutes avec le prestataire de soins (**Tableau 69**). Cette durée moyenne est largement en dessous des 20 minutes évaluées nécessaires pour cerner le problème de santé en cas de consultation infantile. Le non respect de cette durée laisse croire à la précipitation dans le cadre des consultations infantiles. Dans un but d'amélioration des services de santé au Cameroun, il apparaît important de chercher en profondeur les causes de ces entorses à la norme. Ces causes peuvent être liées à l'ignorance ou l'incompétence des prestataires ou à la disponibilité des prestataires face à un nombre de patients important.

Suivant les régions, nous constatons que les responsables des jeunes patients interrogés à la sortie dans les régions du Nord-Ouest et de l'Est ont rapporté les durées les plus élevées (respectivement 15 et 14 minutes), mais encore en dessous de la norme prescrite. Dans le Sud-ouest, le temps passé avec le prestataire en consultation des enfants est plus réduit (environ 10 minutes).

#### ***5.2.3.5 Temps passé avec le prestataire pendant la consultation en soins infantiles selon le type de formation sanitaire***

La durée de la consultation des enfants varie très peu suivant le type de formation sanitaire. En effet, les responsables des jeunes patients interrogés en sortie de consultation des CMA et des CSI ont rapporté une durée moyenne de 13 minutes, tandis que ceux sortis des hôpitaux ont rapporté une moyenne de 11 minutes (**Tableau 69**).

#### ***5.2.3.6 Temps passé avec le prestataire pendant la consultation en soins infantiles selon le statut de la formation sanitaire***

La durée de la consultation des enfants de moins de cinq ans demeure faible et ne diffère pas considérablement d'un statut de formation sanitaire à l'autre. En effet, les responsables de jeunes patients interrogés à la sortie de consultation ont rapporté des durées de consultations moyennes similaires dans les formations sanitaires confessionnelles et publiques (12 minutes)

(**Tableau 69**). Les accompagnants d'enfants sortis de consultation dans des formations sanitaires privées ont, quant à eux, donné une durée moyenne de consultation un peu plus élevée (15 minutes).

**Tableau 69 :** Temps d'attente et durée moyens et médians de la consultation de l'enfant selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Temps d'attente avant la consultation, minutes		Temps passé avec le médecin/infirmier, minutes		Effectifs
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	
Région					
Est	33,0	10	13,7	11,5	46
Nord-Ouest	23,5	10	15,0	13	87
Sud-Ouest	24,6	15	9,7	10	100
Type de FOSA					
CMA	28,8	17,5	13,4	10	28
CSI	19,6	10	12,6	10	161
hôpital	46,2	40	11,5	10	44
Statut de la FOSA					
confessionnel	24,9	15	12,3	10	53
privé	19,0	10	14,5	15	20
public	27,0	15	12,3	10	160
Ensemble	25,8	15	12,5	10	233

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 5.2.4 Dépenses pour les soins infantiles

### 5.2.4.1 Dépenses pour les soins infantiles selon la région

Les dépenses de santé constituent un poste de dépense important pour les ménages. Les ménages ayant des enfants en bas âge sont encore plus sujets à ce poste de dépenses. Les dépenses que nous évaluons ici sont relatives à la seule visite du jour de l'enquête et ne comprennent pas les frais de transport. Elles sont saisies à partir des déclarations des responsables des enfants de moins de cinq ans venus en consultation pour un nouvel épisode de maladie. Globalement, la visite à la formation sanitaire pour la consultation de l'enfant de moins de cinq ans a coûté en moyenne 3474 FCFA (**Tableau 70**). Toutefois ce montant est très dispersé, puisque la médiane des dépenses totales pour la visite de référence est estimée à 2550 FCFA.

Le montant moyen des dépenses est variable d'une région à l'autre et le coût de la santé infantile est plus élevé au Sud-ouest. En effet, les responsables des jeunes patients interrogés en

sortie de consultation dans la région du Sud-ouest sont ceux qui ont déclaré la moyenne de dépense totale de la visite de référence la plus élevée (4362 FCFA). Les moyennes des dépenses totales enregistrées auprès des responsables de jeunes patients interrogés à la sortie des formations sanitaires du Nord-Ouest et de l'Est sont respectivement 3160 FCFA et 2115 FCFA.

#### **5.2.4.2 Dépenses pour les soins infantiles selon le type de formation sanitaire**

Le montant moyen des dépenses totales pour la visite de référence varie et croît au fur et à mesure que l'on progresse dans les niveaux de classification des formations sanitaires dans le système de santé nationale. Ainsi, les responsables d'enfants consultés dans les hôpitaux et interrogés à la sortie de consultation ont rapporté avoir dépensé une moyenne de 5020 FCFA pour la visite de référence (**Tableau 70**). Cette moyenne est suivie par la moyenne des accompagnants d'enfants ayant été dans les Centres médicaux d'arrondissement. Ces derniers rapportent avoir dépensé au totale en moyenne 4756 FCFA. Les responsables d'enfants ayant été consultés dans les centres de santé intégrés ont dépensé moins.

#### **5.2.4.3 Dépenses pour les soins infantiles selon le statut de la formation sanitaire**

**Tableau 70 :** Dépense totale (sans les frais de transport) moyenne et médiane effectuée au cours de cette visite pour la consultation de l'enfant selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Dépenses moyennes	Dépenses médianes	Effectifs
<b>Région</b>			
Est	2114,9	1925	46
Nord-Ouest	3160,1	2350	87
Sud-Ouest	4362,8	3000	101
<b>Type de FOSA</b>			
CMA	4755,9	3592,5	28
CSI	2818,6	2150	161
hôpital	5019,9	5300	45
<b>Statut de la FOSA</b>			
confessionnel	5210,9	4000	53
privé	3525	2675	20
public	2895,5	2200	161
<b>Ensemble</b>	<b>3473,7</b>	<b>2550</b>	<b>234</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, il ressort des résultats que les formations sanitaires confessionnelles sont celles où les patients ont effectué les dépenses totales les plus

élevées. En effet, les responsables des jeunes patients sortis de consultation des formations sanitaires confessionnelles ont déclaré avoir effectué une moyenne de dépense totale de 5211 FCFA (**Tableau 70**). Ces dépenses ont une valeur plus faibles selon les déclarations des accompagnants d'enfants sortie de consultation des formations sanitaires privées et publiques.

### **5.2.5 Qualité des services ou de soins reçus pendant la consultation des enfants**

Les services de santé en général et de santé infantile en particulier sont dotés de protocoles servant de normes pour accomplir de manière efficace la consultation. Dans la zone d'enquête, les différentes étapes sont suivies avec plus ou moins de rigueur au cours de la consultation des enfants de moins de cinq ans. A partir des déclarations des responsables d'enfants interrogés à la sortie de consultation de leurs patients, nous constatons que les agents de santé ont pris l'habitude de ne considérer que quelques aspects du protocole de consultation des enfants. Les gestes ou pratiques les plus souvent observés concernent : le renseignement de l'âge, demandé pour 97,9% des patients, la pesée de l'enfant (82,1%), l'explication de la posologie de prise des médicaments prescrits (92,1%), l'examen physique de l'enfant (77,4%) (**Tableau 71** et **Tableau 72**).

Les autres aspects compris dans le protocole de consultation ne sont pas appliqués par la majorité des prestataires. Nous constatons que la mesure de la taille de l'enfant n'est faite que pour 0,9% des patients. La comparaison de l'évolution des paramètres physiques de l'enfant avec la courbe d'évolution n'est faite que pour 8,1% des enfants (**Tableau 71**). D'autre part, même si la posologie est expliquée, les effets secondaires des médicaments prescrits sont rarement portés à la connaissance des personnes prenant soins de l'enfant (seulement 3%) (**Tableau 72**).

#### **5.2.5.1 Qualité des services ou de soins reçus pendant la consultation des enfants selon la région**

La distribution des responsables de jeunes patients interrogés à la sortie de consultation suivant les gestes pratiqués pendant la consultation de leurs patients varie en fonction de la région. L'examen des résultats laisse constater que les responsables de patients interrogés à la sortie de consultation des formations sanitaires de la région de l'Est ont moins vu leur patient être pesé (70%) contre 85% dans le Nord-Ouest et le Sud-ouest. À l'inverse, ces responsables de jeunes patients de la région de l'Est ont été proportionnellement plus important à déclaré

l'examen physique de l'enfant lors de la consultation (85%) contre 80% au Nord-Ouest et 72% au Sud-ouest (**Tableau 71**).

#### ***5.2.5.2 Qualité des services ou de soins reçus pendant la consultation des enfants selon le type de la formation sanitaire***

Selon le type de formation sanitaire, il semble apparaître une supériorité de la qualité des services dans les hôpitaux et les CMA sur celle des CSI, plus particulièrement pour certains soins tels que la pesée de l'enfant malade et l'examen physique. La pesée des enfants est un aspect de la consultation nécessaire pour évaluer l'état de l'enfant et calculer le dosage de la médication. Les responsables d'enfants de moins de cinq ans, interrogés à la sortie des centres intégrés de santé ont été proportionnellement moins importants à déclarer ces services. Toutefois, en ce qui concerne l'explication de la posologie des médicaments prescrits et la présentation des effets secondaires liés à la prise de ces médicaments, les responsables de jeunes patients interrogés à la sortie des centres de santé intégrés avaient une proportion plus élevée (94% et 4% respectivement pour les deux services) (**Tableau 72**).

#### ***5.2.5.3 Qualité des services ou de soins reçus pendant la consultation des enfants selon le statut de la formation sanitaire***

La demande de l'âge de l'enfant lors des consultations des enfants est quasi systématique et ne varie pas de manière importante selon le statut de la formation sanitaire, bien qu'il semble moins fréquent dans les formations sanitaires privées (95%). La pesée est moins systématique et est plus régulièrement faite dans les formations sanitaires confessionnelles (94%) par rapport aux autres (85% et 78 % respectivement pour les formations sanitaires privées et publiques) (**Tableau 71**). L'examen physique quant à lui est plus souvent fait dans les formations sanitaires privées (95%) par rapport aux autres (83% et 74% respectivement pour les formations sanitaires confessionnelles et publiques).



**Tableau 71 :** Répartition des enfants en sortie de consultation selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Services ou soins reçus									
	Age de l'enfant demandé		Enfant pesé		Taille de l'enfant mesurée		Poids ou taille de l'enfant comparé à la courbe de croissance		Examen physique de l'enfant fait	
	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif
<b>Région</b>										
Est	100,0	46	69,6	46	0,0	46	6,5	46	84,8	46
Nord-Ouest	94,3	88	85,2	88	2,3	88	11,4	88	79,5	88
Sud-Ouest	100,0	101	85,1	101	0,0	101	5,9	101	72,3	101
<b>Type de FOSA</b>										
CMA	100,0	28	92,9	28	0,0	28	14,3	28	82,1	28
CSI	97,5	162	77,2	162	1,2	162	9,3	162	75,3	162
hôpital	97,8	45	93,3	45	0,0	45	0,0	45	82,2	45
<b>Statut de la FOSA</b>										
confessionnel	100,0	53	94,3	53	0,0	53	15,1	53	83,0	53
privé	95,0	20	85,0	20	0,0	20	0,0	20	95,0	20
public	97,5	162	77,8	162	1,2	162	6,8	162	73,5	162
<b>Ensemble</b>	<b>97,9</b>	<b>235</b>	<b>82,1</b>	<b>235</b>	<b>0,9</b>	<b>235</b>	<b>8,1</b>	<b>235</b>	<b>77,4</b>	<b>235</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 72 :** Répartition des enfants en sortie de consultation selon les services ou soins reçus selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires (suite)

	Services ou soins reçus									
	Traitement des maladies infantiles à la maison expliqué?		Agent de santé a demandé de ramener l'enfant si ça s'empire ?		Posologie bien expliquée ?		Agent de santé vous parlé des éventuels effets secondaires		Date précise à laquelle ramener l'enfant au centre	
	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif	Oui	Effectif
<b>Région</b>										
Est	54,3	46	28,3	46	86,7	45	6,5	46	17,4	46
Nord-Ouest	44,7	85	30,6	85	92,9	84	2,4	85	23,5	85
Sud-Ouest	35,6	101	24,8	101	94,0	100	2,0	101	22,8	101
<b>Type de FOSA</b>										
CMA	42,9	28	32,1	28	85,2	27	0,0	28	17,9	28
CSI	42,8	159	23,9	159	94,3	159	4,4	159	20,8	159
Hôpital	42,2	45	37,8	45	88,4	43	0,0	45	28,9	45
<b>Statut de la FOSA</b>										
confessionnel	30,2	53	18,9	53	90,6	53	11,3	53	17,0	53
privé	45,0	20	40,0	20	94,7	19	0,0	20	25,0	20
public	46,5	159	28,9	159	92,4	157	0,6	159	23,3	159
<b>Total</b>	<b>42,7</b>	<b>232</b>	<b>27,6</b>	<b>232</b>	<b>92,1</b>	<b>229</b>	<b>3,0</b>	<b>232</b>	<b>22,0</b>	<b>232</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### ***5.2.5.4 Complétude des gestes généraux prioritaires en cas de consultation infantile***

Au début de toute consultation infantile, l'âge de tout enfant devrait être demandé, il devrait être pesé, mesuré, comparé à la courbe de croissance, examiné physiquement, puis diagnostiqué (dire ce qui ne va pas). A partir de l'ensemble des réponses des responsables des patients de moins de cinq ans interrogés à la sortie de consultation sur ces six gestes généraux et prioritaires exigibles en début de consultation de tout enfant, nous pouvons convenir avec les statistiques du **Tableau 73** qu'aucun des prestataires ou groupe de prestataires ayant reçus ces patients n'a effectué tous les six gestes sur un patient. Globalement dans la zone d'enquête, seuls 5,5% des enfants dont les responsables ont été interrogés en sortie de consultation ont pu bénéficier de 5 des six gestes concernés. La plupart des enfants ont bénéficié de 2, 3 ou 4 des six gestes concernés (21,9%, 37,6% et 32,5% respectivement). La faiblesse de cet indicateur est révélatrice de la légèreté avec laquelle les consultations infantiles se déroulent et doit interpeller les uns et les autres sur les raisons de cette inattention sur les gestes élémentaires de base de toute consultation infantile.

L'examen du **Tableau 73** montre que la région du Nord-Ouest se démarque en ayant la proportion la plus élevée des consultations infantiles ayant au moins atteint 5 des 6 gestes prioritaires, rapporté pour 10,2% des patients.

En ce qui concerne le type de formation sanitaire, ce sont les centres médicaux d'arrondissement qui enregistrent les plus fortes proportions de responsables déclarant que leurs patients ont reçus 5 des six gestes généraux prioritaires exigibles en consultation infantile (10,7%). On pourrait constater que dans les hôpitaux, cette proportion est nulle. Cela pourrait être dû au fait que ces lieux idéalement de référence héritent des gestes réalisés dans les niveaux inférieurs et consignés dans les carnets. Cette explication plausible doit cependant être nuancée, dans la mesure où les patients référencés en constituent que 1,7 % dans le cadre de cette enquête de base.

Le nombre de gestes effectués lors des consultations infantiles semble varier avec le statut de la formation sanitaire, en faveur des formations sanitaires confessionnelles. Ainsi les formations sanitaires confessionnelles sont celles qui ont enregistré la plus forte proportion de responsables d'enfants de moins de cinq ans déclarant à la sortie de consultation que leur patient a bénéficié de 5 des 6 gestes concernés (7,5%).

**Tableau 73 :** Distribution des patients de moins de cinq ans selon le nombre de gestes généraux prioritaires exigibles pour une consultation infantile, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Nombre de gestes prioritaires effectués par les prestataires						Ensemble
	0	1	2	3	4	5	
Région							
Est	2,1	0,0	23,4	38,3	31,9	4,3	47
Nord-Ouest	1,1	2,3	20,5	40,9	25,0	10,2	88
Sud-Ouest	1,0	1,0	22,5	34,3	39,2	2,0	102
Type de FOSA							
CMA	0,0	0,0	21,4	17,9	50,0	10,7	28
CSI	1,2	1,8	22,7	39,3	28,8	6,1	163
hôpital	2,2	0,0	19,6	43,5	34,8	0,0	46
Statut de Fosa							
confessionnel	0,0	0,0	13,2	34,0	45,3	7,5	53
privé	0,0	0,0	25,0	35,0	40,0	0,0	20
public	1,8	1,8	24,4	39,0	27,4	5,5	164
Ensemble	1,3	1,3	21,9	37,6	32,5	5,5	237

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 5.2.6 Appréciation de la qualité générale des soins infantiles

La perception de la qualité des soins infantiles du point de vue du consommateur renvoie à différents aspects des services fournis, aussi bien l'accueil, la courtoisie, que la technique et même les coûts. L'indicateur « qualité générale des services fournis » a été saisi en demandant aux responsables d'enfants de moins de cinq ans à la sortie de consultation de leurs patients de dire s'ils sont d'accord, ni d'accord ni pas d'accord ou en désaccord avec la déclaration suivante : « La qualité générale des services fournis était satisfaisante ». Globalement, environ neuf responsables d'enfants interrogés à la sortie de consultation infantile sur dix étaient d'accord avec cette assertion (91,1%). Ceci contraste avec les écarts observés dans les pratiques par rapport aux normes, écarts de nature à réduire l'effectivité, la complétude et l'efficacité de la consultation. Les taux élevés de personnes ainsi satisfaites soulèvent le questionnement sur les motivations de la satisfaction des patients ou de leurs accompagnants.

### 5.2.6.1 Appréciation de la qualité générale des services de soins infantiles selon région

Le **Tableau 74** montre que la satisfaction ne varie pas amplement en fonction des régions. Ainsi, les responsables d'enfants de moins de cinq ans interrogés à la sortie de consultation de leurs patients des services de soins infantiles sont beaucoup satisfaits de la qualité générale des services fournis d'abord dans le Sud-ouest (93,1%), ensuite dans la région du Nord-Ouest

(89,8%) et enfin dans l'Est (89,1%).

#### **5.2.6.2 Appréciation de la qualité générale des services de soins infantiles selon le type de formation sanitaire**

L'appréciation de la qualité générale des services est relativement variable d'un type de formation sanitaire à l'autre en faveur des centres médicaux d'arrondissement. En effet, les responsables de patient de moins de cinq ans interrogés à la sortie de consultation des centres médicaux d'arrondissement ont enregistré une proportion plus élevée de personnes satisfaites de la qualité générale des services de soins (96,4%), comparativement aux responsables d'enfants interrogés au sortir des hôpitaux (93,5%) et des centres de santé intégrés (89,5%). Les centres de santé intégrés constituent le type de formation sanitaire qui enregistre les plus fortes proportions de personnes indécises, incapables de se prononcer si elles ont été satisfaites ou pas.

#### **5.2.6.3 Appréciation de la qualité générale des services de soins infantiles selon le statut de la formation sanitaire**

**Tableau 74 :** Répartition des enfants en sortie de consultation selon l'appréciation de la qualité générale des services fournis selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	La qualité générale des services fournis était satisfaisante		
	Accord	Ni en accord ni en désaccord	Effectifs
<b>Région</b>			
Est	89,1	6,5	46
Nord-Ouest	89,8	8,0	88
Sud-Ouest	93,1	5,9	102
<b>Type de FOSA</b>			
CMA	96,4	0,0	28
CSI	89,5	9,3	162
Hôpital	93,5	2,2	46
<b>Statut de la FOSA</b>			
Confessionnel	92,5	3,8	53
Privé	100,0	0,0	20
Public	89,6	8,6	163
<b>Ensemble</b>	<b>91,1</b>	<b>6,8</b>	<b>236</b>

*Source :* Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

L'appréciation de la qualité générale des services est également variable selon le statut de la formation sanitaire et les centres de santé privés semblent apporter plus de satisfaction aux patients et accompagnants. En effet, tous les responsables de patient de moins de cinq ans

interrogés à la sortie de consultation des formations sanitaires privées ont été satisfaits de la qualité générale des services de soins (100%), comparativement aux responsables d'enfants interrogés au sortir des formations sanitaires confessionnelles (92,5%) et des centres de santé publics (89,6%).

### 5.3 Qualité normative de la consultation en cas de présomption de certaines maladies infantiles

#### 5.3.1 Qualité normative de la consultation en cas de présomption de diarrhée de l'enfant

L'évaluation de la qualité normative de la consultation en cas de diarrhée de l'enfant a été faite à partir du questionnaire observation directe de l'interaction entre le prestataire et l'enfant de moins de cinq ans. En cas de diarrhée comme nature principale du malaise ayant conduit à la visite dans la formation sanitaire, trois gestes et informations principaux sont attendus, notamment (i) l'information sur le début du malaise, (ii) sur la présence de sang dans les selles, (iii) la vérification des plis cutanés de l'enfant par l'agent de santé. Les résultats de cette évaluation sont consignés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 75 :** Distribution des consultations d'enfant souffrant de diarrhée selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%)

	Nombre de gestes effectués en cas de présomption de diarrhée			Effectif
	1	2	3	
Région				
Est	42,1	36,8	21,1	19
Nord-Ouest	25,0	68,8	6,3	16
Sud-ouest	0,0	62,5	37,5	8
Type de FOSA				
CMA	0,0	100,0	0,0	4
CSI	30,0	43,3	26,7	30
hôpital	33,3	66,7	0,0	9
Statut de la FOSA				
confessionnel	16,7	66,7	16,7	12
privé	0,0	100,0	0,0	1
public	33,3	46,7	20,0	30
Ensemble	27,9	53,5	18,6	43

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Les observations directes effectuées révèlent qu'en cas de diarrhée, seules 18,6% des consultations d'enfants se sont déroulées selon les normes, c'est-à-dire qu'elles ont intégré les trois gestes et informations préconisés. Près de la moitié des consultations infantiles ne concernent que deux des trois gestes (53,5%). En général, les prestataires ne mettent pas un accent sur la

complétude des gestes à effectuer pour évaluer les cas de diarrhée. Dans 27,9 % des consultations d'enfants, les prestataires se sont limités à un seul des trois gestes.

Selon la région, nous constatons que la région du Sud-ouest est celle qui enregistre la proportion la plus élevée de consultation incluant les trois gestes préconisés en cas de diarrhée (37,5%). Suivant le type de formation sanitaire, ce sont les CSI qui enregistrent la plus forte proportion de consultation incluant les trois gestes à effectuer en cas de diarrhée de l'enfant (26,7%). Suivant le statut de la formation sanitaire, cette proportion se trouve la plus élevée pour les consultations ayant eu lieu dans les formations sanitaires publiques (20,0%).

### 5.3.2 Qualité normative de la consultation en cas de présomption de maladie respiratoire de l'enfant

L'évaluation de la qualité normative de la consultation en cas de présomption de maladie respiratoire de l'enfant a été faite à partir du questionnaire observation directe de l'interaction entre le prestataire et l'enfant de moins de cinq ans. En cas de maladie respiratoire comme nature principale du malaise ayant conduit à la visite dans la formation sanitaire, cinq gestes ou informations principaux sont attendus, notamment (i) l'information sur le début du malaise, (ii) sur la perception de sifflement lors de la respiratoire, (iii) la vérification de la fréquence respiratoire, (iv) la vérification du torse de l'enfant (vérification sous la chemise), (v) examen à l'aide d'un stéthoscope. Les résultats de cette évaluation sont consignés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 76 :** Distribution des consultations d'enfant souffrant de maladie respiratoire selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%)

	Nombre de gestes effectués en cas de présomption de maladie respiratoire						Effectif
	0	1	2	3	4	5	
Région							
Est	9,5	33,3	28,6	9,5	14,3	4,8	21
Nord-Ouest	4,8	19,0	16,7	19,0	31,0	9,5	42
Sud-ouest	2,2	20,0	20,0	24,4	15,6	17,8	45
Type de FOSA							
CMA	6,7	13,3	13,3	13,3	20,0	33,3	15
CSI	4,2	29,2	20,8	20,8	19,4	5,6	72
Hôpital	4,8	4,8	23,8	19,0	28,6	19,0	21
Statut de la FOSA							
confessionnel	0,0	10,7	21,4	25,0	32,1	10,7	28
privé	0,0	0,0	33,3	22,2	44,4	0,0	9
public	7,0	29,6	18,3	16,9	14,1	14,1	71
Ensemble	4,6	22,2	20,4	19,4	21,3	12,0	108

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

D'une manière générale, la totalité des gestes ou informations requis en cas de présomption de maladie respiratoire de l'enfant est rarement effectués. En effet, seuls 12,0% des observations directes des interactions prestataire – patient en cas de présomption de maladie respiratoire ont intégré les 5 gestes ou informations requis dans un tel cas. Les autres interactions ont intégré les quatre des cinq gestes requis dans 21,3% et trois des cinq gestes dans 19,4 %. Il arrive également qu'en cas de présomption de maladie respiratoire, le prestataire n'effectue aucun des gestes attendus (4,6% des interactions observées).

En ce qui concerne les régions, la région du Sud-ouest est celle qui enregistre la plus grande proportion de consultations intégrant les 5 gestes ou informations requis en cas de présomption de maladie respiratoire, lors de la consultation infantile (17,8%). En ce qui concerne les types de formation sanitaire, cette proportion est plus élevée dans les CMA (33,3%), par rapport aux hôpitaux et aux CSI. En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, la plus forte proportion de consultations intégrant les 5 gestes ou informations en cas de présomption de maladie respiratoire lors de la consultation est enregistrée dans les formations sanitaires publiques (14,1%).

Nous pouvons conclure qu'à l'observation directe, les gestes ou informations à effectuer en cas de présomption de maladie respiratoire pendant les consultations infantiles sont loin d'être faits selon les normes en vigueur.

### **5.3.3 Qualité normative de la consultation en cas de fièvre de l'enfant**

L'évaluation de la qualité normative de la consultation en cas de fièvre de l'enfant a été faite à partir du questionnaire observation directe de l'interaction entre le prestataire et l'enfant de moins de cinq ans. Si la fièvre est la nature principale du malaise ayant conduit à la visite dans la formation sanitaire, six gestes ou informations principaux sont attendus du prestataire, notamment (i) l'information sur le début du malaise, (ii) la vérification de la température actuelle, (iii) l'information sur des antécédents de rougeole, (iv) l'examen des yeux, (v) l'examen du nez, (vi) l'examen de la peau. Les résultats de cette évaluation sont consignés dans le **Tableau 77**.

En cas de fièvre, seules 4,4% des consultations d'enfant observées ont intégré les 6 gestes et informations nécessaires selon le protocole en vigueur pour cerner le problème de santé lié à la fièvre pendant la consultation infantile. Cependant, 16,3% des consultations ont intégré cinq des six gestes et 15,6% en ont intégré quatre. La plus grande proportion (30,4%) de consultations s'est limitée à quatre des six gestes et informations requises.

En ce qui concerne les régions, c'est dans la région du nord-ouest que l'on enregistre la proportion de consultation infantile en cas de fièvre intégrant l'ensemble des six gestes ou informations préconisés (8,0%). En fonction du type de formation sanitaire, cette proportion est plus élevée dans les hôpitaux (11,1%). Pour ce qui est du statut de la formation sanitaire, les formations sanitaires publiques enregistrent ici aussi la plus forte proportion de consultations intégrant les six gestes ou informations requises (5,2%).

**Tableau 77 :** Distribution des consultations d'enfant souffrant de fièvre selon le nombre de gestes effectués au cours de la consultation, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%)

	Nombre de gestes en cas de fièvre							Effectif
	0	1	2	3	4	5	6	
Région								
Est	0,0	19,2	38,5	23,1	7,7	7,7	3,8	26
Nord-Ouest	0,0	2,0	24,0	38,0	12,0	16,0	8,0	50
Sud-ouest	3,4	0,0	25,4	27,1	22,0	20,3	1,7	59
Type de FOSA								
CMA	0,0	6,3	25,0	31,3	25,0	6,3	6,3	16
CSI	0,0	4,3	30,4	32,6	12,0	18,5	2,2	92
Hôpital	7,4	3,7	18,5	22,2	22,2	14,8	11,1	27
Statut de la FOSA								
confessionnel	6,7	0,0	23,3	36,7	10,0	20,0	3,3	30
privé	0,0	0,0	12,5	37,5	0,0	50,0	0,0	8
public	0,0	6,2	29,9	27,8	18,6	12,4	5,2	97
Ensemble	1,5	4,4	27,4	30,4	15,6	16,3	4,4	135

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 5.4 Indicateur de bien-être du personnel de santé

Le bien-être du personnel est un élément essentiel de sa performance quotidienne dans son lieu de travail. La qualité des services et des soins octroyés aux patients en dépend. Dans le cadre de l'enquête de base, la perception du bien-être du personnel de santé a été saisie dans le questionnaire individuel agent de santé. A cet effet, le personnel devait dire si, au cours des deux dernières semaines, (i) il s'est senti joyeux et de bonne humeur, (ii) il était calme et détendu, (iii) il était actif et vigoureux, (iv) il était frais et reposé à son réveil, (v) ses journées étaient remplies de choses intéressantes. Pour chacune de ces déclarations, l'agent de santé devait se situer sur l'une des fréquences : (i) la plupart du temps, (ii) plus de la moitié du temps, (iii) moins de la moitié du temps, (iv) très rarement, (v) jamais. Les résultats de cette évaluation sont traduits par un indicateur de bien-être consigné dans le **Tableau 78**.

Déclarer la fréquence « la plupart du temps » pour exprimer un état de satisfaction constitue le bien-être absolu et les proportions contenues dans le tableau ci-dessous nous donnent la distribution des personnels de santé selon le nombre de fois que cette satisfaction absolue a été exprimée pour les cinq déclarations énoncées.



**Tableau 78 :** Distribution des personnels de santé selon le nombre de fois que le bien-être absolu a été exprimée pour les cinq déclarations énoncées, par région, par type de formation sanitaire et par statut de la formation sanitaire (%)

	Occurrences du bien-être absolu lors de l'interview						Ensemble
	0	1	2	3	4	5	
Région							
Est	7,6	18,5	24,4	21,8	20,2	7,6	119
Nord-Ouest	12,0	17,7	11,5	14,4	16,7	27,8	209
Sud-ouest	13,8	13,2	11,6	16,9	18,0	26,5	189
Type de FOSA							
CMA	9,4	21,9	10,9	9,4	21,9	26,6	64
CSI	11,2	15,0	15,5	19,0	17,9	21,4	374
Hôpital	14,1	17,9	12,8	14,1	15,4	25,6	78
Statut de la FOSA							
confessionnel	8,2	22,7	17,3	15,5	13,6	22,7	110
parapublic	11,1	0,0	5,6	27,8	11,1	44,4	18
privé	14,3	12,2	12,2	16,3	24,5	20,4	49
public	12,1	15,6	14,5	17,1	18,9	21,8	339
Ensemble	11,4	16,3	14,5	17,1	18,0	22,7	516

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

D'une manière générale, les personnels sont peu nombreux à exprimer une satisfaction absolue dans leur travail. En effet, moins du quart des personnels interrogés (22,7%) ont admis être la plupart du temps dans une situation de bien-être pour toutes les cinq déclarations énoncées par l'enquêteur. Toutefois, nous observons que 18% des personnels ont exprimé cette satisfaction absolue pour quatre des déclarations et 17,1% pour trois des déclarations. Cette situation est très variable, car en même temps, nous notons une proportion considérable de personnels n'ayant exprimé aucune fois la satisfaction absolue (11,4%).

La satisfaction des personnels varie en fonction des régions et c'est dans la région du Nord-Ouest que les personnels ont le plus exprimé une satisfaction absolue pour toutes les cinq déclarations énoncées (27,8%). Suivant le type de formation sanitaire, la variation de la proportion de personnels ayant exprimé cinq fois la satisfaction absolue est peu perceptible. En effet, tandis qu'ils sont 26,6% à exprimer cinq fois une satisfaction absolue concernant les déclarations énoncées dans les CMA, ils sont 25,6% dans les hôpitaux et 21,4% dans les CSI. Pour ce qui est du statut de la formation sanitaire, les formations parapubliques se démarquent en enregistrant la plus forte proportion de personnels ayant exprimé cinq fois la satisfaction absolue concernant les déclarations énoncées (44,4%).

## 5.5 Indicateur de satisfaction du personnel de santé

La satisfaction du personnel de santé a été saisie dans le questionnaire individuel de l'agent de santé. L'agent de santé a été interrogé sur son degré de satisfaction en ce qui concerne certains aspects du travail effectué. A cet effet, 26 aspects de son travail ont été évoqués par l'enquêteur, et l'agent de santé devant dire s'il est satisfait, indifférent ou insatisfait. Les réponses à ces questions nous ont permis d'élaborer un indicateur de la satisfaction de l'agent de santé, présentant le nombre d'occurrences de la satisfaction chez l'agent de santé pour les 26 aspects évoqués.

Ainsi, il ressort que moins d'un pourcent (0,4 %) des personnels ont été satisfaits concernant 25 à 26 aspects du travail évoqués et 10,3 % ont été satisfaits concernant 20 à 24 aspects (Tableau 79: Répartition des personnels de santé selon le nombre d'occurrences de la satisfaction sur 26 aspects du travail, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires). La plus grande proportion de personnels a plutôt été satisfaite concernant 15 à 19 aspects (38,0 %) suivie de celle des personnels satisfaits sur 10 à 14 aspects de leur travail.

La tendance générale est également observable dans la région de l'Est, avec la plus grande proportion des personnels ayant été satisfaits sur 15 à 19 aspects de leur travail (42,6 %). Cependant, les plus fortes proportions de personnels satisfaits sont enregistrées pour seulement 10 à 14 aspects de leur travail dans le Nord-ouest (43,2 %) et dans le Sud-ouest (35,9 %).

En ce qui concerne le type de formation sanitaire, les hôpitaux et les CSI enregistrent les plus grandes proportions de personnels satisfaits pour 15 à 19 aspects de leur travail (42,4 % et 37,1 % respectivement), alors que les personnels des CMA sont satisfaits pour seulement 10 à 14 aspects de leur travail (46,2 %). Toutefois, 38,5 % des personnels des CMA sont également satisfaits pour 15 à 19 aspects de leur travail.

La satisfaction du personnel varie en fonction du statut de la formation sanitaire. Tandis que l'on enregistre la plus forte proportion de personnels satisfaits dans le groupe de 15 à 19 aspects du travail dans les formations sanitaires confessionnelles (44,7 %), cette concentration est plutôt dans le groupe de 10 à 14 aspects du travail dans les formations privées (52,9 %). Cette répartition est assez étendue pour les formations sanitaires publiques où les plus grandes proportions de personnels satisfaits se retrouvent dans les deux groupes centraux 10 à 14 et 15 à 19 aspects (38,3 et 38,9 % respectivement).

Tableau 79: Répartition des personnels de santé selon le nombre d'occurrences de la satisfaction sur 26 aspects du travail, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

	Nombre d'occurrences de la satisfaction de personnel sur les 26 aspects du travail						Effectif
	3 - 4	4 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 26	
Région							

	Nombre d'occurrences de la satisfaction de personnel sur les 26 aspects du travail						Effectif
	3 - 4	4 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 26	
Région							
Est	0,0	19,7	23,0	42,6	14,8	0,0	61
Nord-Ouest	2,1	9,5	43,2	38,9	6,3	0,0	95
Sud-Ouest	2,6	15,4	35,9	33,3	11,5	1,3	78
Type de fosa							
CMA	0,0	0,0	46,2	38,5	15,4	0,0	26
CSI	1,7	14,9	36,6	37,1	9,1	0,6	175
hôpital	3,0	21,2	21,2	42,4	12,1	0,0	33
Statut de la fosa							
confessionnel	2,1	17,0	21,3	44,7	14,9	0,0	47
para-public	12,5	25,0	25,0	25,0	12,5	0,0	8
privé	0,0	5,9	52,9	17,6	17,6	5,9	17
public	1,2	13,6	38,3	38,9	8,0	0,0	162
Ensemble	1,7	14,1	35,5	38,0	10,3	0,4	234

## 5.6 Régularité du paiement de salaire du personnel de santé

La régularité et la ponctualité du paiement des salaires est une nécessité pour le bon fonctionnement des formations sanitaires et pour la qualité des soins. Il ressort de l'enquête auprès des agents de santé que 83,5 % des personnels de santé ont reçu la totalité de leur salaire dans les délais au cours des 12 derniers mois (Tableau 80). Cette proportion varie en fonction des régions et elle est plus élevée dans la région du Nord-ouest (87,3 %), suivi de près de celle du Sud—ouest (86,1 %). Dans la région de l'Est, cette proportion est de 73,1 %.

Suivant le type de formation sanitaire, la proportion de personnels ayant reçu leur salaire dans les délais au cours des 12 derniers mois est plus élevée dans les hôpitaux (85,7 %), suivi des centres de santé intégré (83,9 %). Les CMA présentent la proportion la plus faible de salaires régulièrement payés (78,3 %).

En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, les personnels des formations sanitaires parapubliques ont été tous régulièrement payés, dans les délais, au cours des 12 derniers mois (100 %). Cette proportion est suivi de celle des personnels des formations sanitaires confessionnelles (92,7 %) et les formations privées (91,8 %). Les formations sanitaires publiques sont celles qui enregistrent la plus faible proportion de personnels payés dans les délais au cours des 12 derniers mois (78,3 %).

Tableau 80: Répartition des personnels de santé selon la régularité du paiement de leur salaire, selon la région et selon les caractéristiques des formations sanitaires

A reçu la totalité du salaire dans les délais au cours des 12 derniers mois					Effectif
	Oui, toujours	Oui, pas toujours	Non	ND	
Région					
Est	73,1	3,4	17,6	5,9	119

	A reçu la totalité du salaire dans les délais au cours des 12 derniers mois				Effectif
	Oui, toujours	Oui, pas toujours	Non	ND	
Nord-Ouest	87,3	5,9	1,5	5,4	204
Sud-Ouest	86,1	5,3	3,7	4,8	187
type de fosa					
CMA	78,3	8,3	8,3	5,0	60
CSI	83,9	4,8	5,1	6,2	372
hôpital	85,7	3,9	9,1	1,3	77
statut de la fosa					
confessionnel	92,7	4,5	0,9	1,8	110
para-public	100,0	0,0	0,0	0,0	18
privé	91,8	4,1	2,0	2,0	49
public	78,3	5,7	8,7	7,2	332
Ensemble	83,5	5,1	6,1	5,3	509

## CHAPITRE 6 FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES

Ce chapitre traite des éléments qui constituent le package nécessaire pour assurer le fonctionnement des formations sanitaires (FOSA) au Cameroun. L'organisation et l'accessibilité géographique des FOSA par les populations sera analysée, tout aussi bien que les dotations en ressources humaines et en matériel et équipement. L'analyse des différentes sources de financement des formations sanitaires clôturera ce chapitre.

### 6.1 Organisation et accessibilité des services et des soins

#### 6.1.1 Offre de services de vaccination

Dans l'ensemble, les services de vaccination sont offerts dans la presque totalité des formations sanitaires enquêtées (95,2%) (**Tableau 81**). Ce qui démontre que la vaccination de routine est largement assurée par les formations sanitaires enquêtées. C'est la région de l'Est qui enregistre la plus forte proportion des FOSA procurant les services de vaccination (98,6%), suivi par le Nord-Ouest (96,6%). Selon le type de formation sanitaire, les services de vaccination sont plus souvent offerts dans les CMA. En effet, tous les CMA en offrent, ce qui est le cas pour 9 hôpitaux sur 10. Suivant le statut de la formation sanitaire, toutes formations sanitaires confessionnelles offrent des services de vaccination.

**Tableau 81 :** Répartition des FOSA procurant des services de vaccination selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	100,0	6	100,0	9	100,0	7	100,0	22
	CSI	100,0	57	98,6	69	89,7	58	96,2	184
	Hôpital	83,3	6	100	7	88,9	9	90,9	22
	ND	-	0	0,0	2	100,0	1	33,3	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	100,0	9	100,0	9
	A but lucratif	-	0	-	0	55,6	9	55,6	9
	Parapublic	-	0	-	0	83,3	6	83,3	6
	Privé	100,0	12	100,0	31	-	0	100,0	43
	Public	98,2	57	98,1	54	96,0	50	97,5	161
	ND	-	0	0,0	2	100,0	1	33,3	3
<b>Ensemble</b>		<b>98,6</b>	<b>69</b>	<b>96,6</b>	<b>87</b>	<b>90,7</b>	<b>75</b>	<b>95,2</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 6.1.2 Offre de services de soins prénatals

La quasi-totalité (98,3%) des formations sanitaires enquêtées offrent des services de CPN (**Tableau 82**). De légères disparités existent entre les régions. En effet, si toutes les forma-

tions sanitaires des régions de l'Est et du Nord-ouest offrent la CPN, seulement 95% des formations sanitaires du Sud-ouest en offrent. Suivant le type de FOSA, tandis que tous les CMA et presque tous les CSI (98,4%) offrent des services de soins prénatals, 95,5% des hôpitaux en procurent. Par rapport au statut de la formation sanitaire, toutes les formations confessionnelles (100,0%) et publiques (99,4%) offrent des services de CPN. Les formations privées à but lucratif sont proportionnellement moins nombreuses à le faire (77,8%).

**Tableau 82 :** Répartition des FOSA procurant des services de soins prénatals (CPN) selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	100,0	6	100,0	9	100,0	7	100,0	22
	CSI	100,0	57	100,0	69	94,8	58	98,4	184
	Hôpital	100,0	6	100,0	7	88,9	9	95,5	22
	ND	-	0	100,0	2	100,0	1	100,0	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	100,0	9	100,0	9
	A but lucratif	-	0	-	0	77,8	9	77,8	9
	Parapublic	-	0	-	0	83,3	6	83,3	6
	Privé	100,0	12	100,0	31	-	0	100,0	43
	Public	100,0	57	100,0	54	98,0	50	99,4	161
	ND	-	0	100,0	2	100,0	1	100,0	3
<b>Ensemble</b>		<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>95,0</b>	<b>75</b>	<b>98,3</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.1.3 Offre de services liés à l'accouchement

Les services liés à l'accouchement sont offertes dans 89,2% des formations sanitaires enquêtées (**Tableau 83**). La région de l'Est enregistre la plus forte proportion de formations sanitaires offrant ces services (94,2%). Suivant le type de formation sanitaire, les CMA et les hôpitaux arrivent en tête dans l'offre des services liés à l'accouchement (95,5%). En ce qui concerne le statut de la formation sanitaire, les formations publiques sont proportionnellement les plus importantes dans l'offre de ces services (91,9%).

**Tableau 83 :** Répartition des FOSA procurant des services liés à l'accouchement selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	100,0	6	88,9	9	100,0	7	95,5	22
	CSI	93,0	57	88,4	69	82,8	58	88,0	184
	Hôpital	100,0	6	100,0	7	88,9	9	95,5	22
	ND	-	0	50,0	2	100,0	1	66,7	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	77,8	9	77,8	9
	A but lucratif	-	0	-	0	77,8	9	77,8	9
	Parapublic	-	0	-	0	83,3	6	83,3	6
	Privé	75,0	12	90,3	31	-	0	86,0	43
	Public	98,2	57	88,9	54	88,0	50	91,9	161
	ND	-	0	50,0	2	100,0	1	66,7	3
<b>Ensemble</b>		<b>94,2</b>	<b>69</b>	<b>88,5</b>	<b>87</b>	<b>85,3</b>	<b>75</b>	<b>89,2</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.1.4 Offre de services liés à la tuberculose

D'une manière générale, un peu moins d'un quart (24,3%) des formations sanitaires enquêtées procurent les services liés à la tuberculose. Ces services sont majoritairement présents dans les hôpitaux (86,4%). Ceci est dû au fait que les hôpitaux constituent généralement des lieux de référence pour ces cas. Les formations sanitaires les plus proches des populations CMA et CSI offrent moins les services liés à la tuberculose. Ces résultats ne montrent pas de disparités importantes par région. Néanmoins, en rapport avec le statut de la FOSA, des différences existent. Les formations confessionnelles sont proportionnellement plus importante pour offrir ces services (77,8%) contre seulement 15,0% pour les FOSA publiques. (**Tableau 84**)

**Tableau 84 :** Répartition des FOSA procurant des services liés à la tuberculose selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	16,7	6	55,6	9	42,9	7	40,9	22
	CSI	15,8	57	16,2	68	12,1	58	14,8	183
	Hôpital	100,0	6	100,0	7	66,7	9	86,4	22
	ND	-	0	0,0	2	100,0	1	33,3	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	77,8	9	77,8	9
	A but lucratif	-	0	-	0	33,3	9	33,3	9
	Parapublic	-	0	-	0	16,7	6	16,7	6
	Privé	58,3	12	41,9	31	-	0	46,5	43
	Public	15,8	57	18,9	53	10,0	50	15,0	160
	ND	-	0	0,0	2	100,0	1	33,3	3
<b>Ensemble</b>		<b>23,2</b>	<b>69</b>	<b>26,7</b>	<b>86</b>	<b>22,7</b>	<b>75</b>	<b>24,3</b>	<b>230</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.1.5 Distance par rapport aux formations sanitaires du niveau de référence

Dans le cadre de cette étude, la distance moyenne mesurée entre la FOSA enquêtée et celle du niveau supérieur la plus proche traduit la capacité de cette FOSA à effectuer des références pour une prise en charge de qualité de ses patients. Aussi des résultats de l'enquête, il ressort que la distance moyenne séparant les FOSA de leur FOSA du niveau supérieur la plus proche est de 28 kilomètres (**Tableau 85**).

Selon la région, la distance moyenne est plus élevée dans la région de l'Est (40,9 km). L'analyse par type de FOSA nous montre que les FOSA enquêtées CSI et CMA sont moins

éloignées de leur FOSA du niveau supérieur la plus proche, (respectivement 32,5 km et 19,5 km) en comparaison avec les hôpitaux (98,5 km).

**Tableau 85 :** Distance moyenne (en km) par rapport à la FOSA du niveau supérieur la plus proche selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs	Moy.	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	54,2	6	17,7	9	32,9	7	32,5	22
	CSI	27,9	57	17,3	69	13,8	58	19,5	184
	Hôpital	151,3	6	117,9	7	48,1	9	98,5	22
	ND	.	0	10	2	45	1	21,7	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	.	0	.	0	6,2	9	6,2	9
	A but lucratif	.	0	.	0	8,1	9	8,1	9
	Parapublic	.	0	.	0	19	6	19	6
	Privé	13,8	12	32	31	.	0	27	43
	Public	46,6	57	21,9	54	24,4	50	31,4	161
	ND	.	0	10	2	45	1	21,7	3
<b>Ensemble</b>		<b>40,9</b>	<b>69</b>	<b>25,3</b>	<b>87</b>	<b>20,1</b>	<b>75</b>	<b>28,3</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 6.2 Dotation en ressources humaines

Le déploiement des ressources humaines dans les formations sanitaires est un aspect très important de l'offre des services et des soins. Ce déploiement dépend de la disponibilité des ressources, mais aussi de l'effectivité de la présence dans les centres de santé.

### 6.2.1 Ressources humaines en général

La présence effective des personnels de santé aux jours et heures de services constitue une des conditions du bon fonctionnement de la formation sanitaire et de l'offre des services. Il ressort des résultats de l'enquête que, à peine la moitié des personnels de santé (44,8%) était présent à leurs postes au moment de l'enquête (**Tableau 86**). Cette faible proportion est à décrier.

La région qui enregistre le record de l'absence de son personnel de santé le jour de l'enquête est le Sud-ouest avec seulement 32% de son personnel présent pendant l'enquête.

Les résultats de l'enquête montrent que la proportion de personnels de santé présents le jour de l'enquête varie selon le type de FOSA. Les employés étaient plus présents dans les CSI (52,5%), que dans les CMA et les hôpitaux (13,6%).

Par rapport au statut de la formation sanitaire, les formations sanitaires publiques enregistrent la plus forte proportion de personnels de santé présents le jour de l'enquête (47,7%). Les formations sanitaires confessionnels enregistrent le plus fort taux d'absentéisme avec seulement 11,1% de son personnel présents le jour de l'enquête.



**Tableau 86 :** Répartition des FOSA ayant leurs employés tous présents au moment de l'enquête on certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	0,0	6	22,2	9	14,3	7	13,6	22
	CSI	70,2	57	52,9	68	34,5	58	52,5	183
	Hôpital	0,0	6	0,0	7	33,3	9	13,6	22
	ND	-	0	50,0	2	0,0	1	33,3	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	11,1	9	11,1	9
	A but lucratif	-	0	-	0	44,4	9	44,4	9
	Parapublic	-	0	-	0	16,7	6	16,7	6
	Privé	66,7	12	38,7	31	-	0	46,5	43
	Public	56,1	57	49,1	53	36,0	50	47,5	160
	ND	-	0	50,0	2	0,0	1	33,3	3
<b>Ensemble</b>		<b>58,0</b>	<b>69</b>	<b>45,3</b>	<b>86</b>	<b>32,0</b>	<b>75</b>	<b>44,8</b>	<b>230</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 6.2.2 Personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans les FOSA

Dans l'ensemble, moins de trois (2,6) personnels de santé offrant les services de santé maternelle et infantile (SMI) étaient présents au moment de l'enquête (**Tableau 87**). La faiblesse de cet Effectifs interpelle sur la disponibilité des personnels pour les formations sanitaires, et aussi à leur assiduité.

**Tableau 87 :** Nombre moyen de personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans les FOSA, présents le jour de l'enquête selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		Moy	Effectifs	Moy	Effectifs	Moy	Effectifs	Moy	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	1,7	6	3,4	9	7,1	7	4,1	22
	CSI	1,2	57	2,2	69	3,0	58	2,1	184
	Hôpital	6	6	7,4	7	2,6	9	5,0	22
	ND	-	0	1,5	2	0,0	1	1,0	3
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	-	0	-	0	4,3	9	4,3	9
	A but lucratif	-	0	-	0	7,0	9	7,0	9
	Parapublic	-	0	-	0	3,3	6	3,3	6
	Privé	1,5	12	2,4	31	-	0	2,2	43
	Public	1,6	57	2,9	54	2,5	50	2,4	161
	ND	-	0	1,5	2	0,0	1	1,0	3
<b>Ensemble</b>		<b>1,6</b>	<b>69</b>	<b>2,7</b>	<b>87</b>	<b>3,3</b>	<b>75</b>	<b>2,6</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Le nombre moyen de personnel des SMI dans les formations sanitaires enquêtés varie en fonction des régions, du type de FOSA et de son statut. En effet, la région du Sud-ouest enre-

giste la plus forte proportion de ces personnels le jour de l'enquête (3,3), contre seulement 2,7 au Nord-ouest et 1,6 à l'Est. S'agissant du type de FOSA, les hôpitaux ont la plus forte moyenne (5) de personnel des SMI présents le jour de l'enquête. Pour ce qui est du statut des formations sanitaires, les formations sanitaires privées à but lucratif ont enregistrées la présence la plus importante de leur personnel SMI avec une moyenne de 7.

### 6.3 Dotation en matériel et équipement

#### 6.3.1 Possession d'une salle de consultation pour les malades externes

La possession d'une salle de consultation est primordiale pour assurer aux patients un minimum de confort et d'intimité. Dans l'ensemble presque toutes les formations sanitaires disposent d'une salle spécifiquement pour les consultations externes (97,8 %) (**Tableau 88**). Ce résultat ne varie pas significativement entre les régions.

**Tableau 88 :** Nombre de formations sanitaires disposant d'une salle de consultation pour les malades externes dans la zone d'examen selon la région

		Est		Nord-ouest		Sud-ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Possession d'une salle de consultation pour les malades</b>	OUI, vu	95,7	66	97,7	85	96,0	72	96,5	223
	OUI, pas vu	4,3	3	-	0	-	0	1,3	3
	NON	-	0	2,3	2	4,0	3	2,2	5
<b>Ensemble</b>		<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

#### 6.3.2 Dotation en salle possédant un lavabo avec une source d'eau et du savon

La prévention des infections dans le milieu hospitalier nécessite de la part du personnel de santé un lavage des mains adéquat et fréquent. Pour ce faire une disponibilité en lavabo, source d'eau et savon sont des pré-requis. Les résultats de cette étude relatifs à la disponibilité de ces 3 items montrent que sur l'ensemble des 3 régions, 51,3% des FOSA possèdent une salle dotée d'un lavabo avec une source d'eau et du savon (**Tableau 89**). Dans 48,2% des FOSA, cette salle a été vérifiée et dans 3,1%, elle n'a pas été vue.

**Tableau 89 :** Nombre de formations sanitaires disposant de l'eau pour le lavage des mains, du savon et d'une serviette propre dans la zone d'examen selon la région

	OUI, vu		OUI, pas vu		NON		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	24,6	17	1,4	1	72,5	50	1,4	1	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	51,8	44	3,5	3	43,5	37	1,2	1	100,0	85
<b>Sud-ouest</b>	66,7	48	4,2	3	29,2	21	-	0	100,0	72
<b>Ensemble</b>	<b>48,2</b>	<b>109</b>	<b>3,1</b>	<b>7</b>	<b>47,8</b>	<b>108</b>	<b>0,9</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

La région du Sud-ouest est la mieux dotée pour ce qui est des salles effectivement vues. Il est à noter que 66,7% des FOSA sont dotées de cette salle dans cette région, contre 51,8% dans le Nord-Ouest et 17 % à l'Est.

### 6.3.3 Dotation en boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés

Dans l'ensemble, 87,2 % des FOSA sont dotées de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés (**Tableau 90**), que ces boîtes aient été vues ou juste déclarées. Dans la région du Nord-Ouest, cette proportion est de 94,1% des FOSA, contre 90,3% dans la région du Sud-ouest des FOSA et 75,4% des FOSA de l'Est.

**Tableau 90 :** Nombre de formation sanitaire disposant de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés dans la zone d'examen selon la région

	OUI, vu		OUI, pas vu		NON		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	72,5	50	2,9	2	23,2	16	1,4	1	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	85,9	73	8,2	7	5,9	5	-	0	100,0	85
<b>Sud-ouest</b>	86,1	62	4,2	3	9,7	7	-	0	100,0	72
<b>Ensemble</b>	<b>81,9</b>	<b>185</b>	<b>5,3</b>	<b>12</b>	<b>12,4</b>	<b>28</b>	<b>0,4</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.4 Dotation en salle avec des affiches sur les étapes de la procédure de décontamination

**Tableau 91 :** Nombre de formation sanitaire disposant d'une salle avec des affiches sur les étapes de la procédure de décontamination selon la région

	OUI, vu		OUI, pas vu		NON		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	23,2	16	5,8	4	69,6	48	1,4	1	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	18,8	16	14,1	12	67,1	57	-	0	100,0	85
<b>Sud-ouest</b>	25,0	18	12,5	9	62,5	45	-	0	100,0	72
<b>Ensemble</b>	<b>22,1</b>	<b>50</b>	<b>11,1</b>	<b>25</b>	<b>66,4</b>	<b>150</b>	<b>0,4</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

Dans l'ensemble des trois régions, 33,3% des FOSA sont dotées de salles avec affiches sur les étapes de la procédure de décontamination (**Tableau 91**), que ces salles aient été vues ou simplement déclarées. Dans la région du Sud Ouest, 37,5% des FOSA disposent de telles salles contre 32,9% des FOSA de la région du Nord-Ouest et seulement 29,0% des FOSA de la région de l'Est.

### 6.3.5 Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux

L'élimination des déchets hospitaliers se fait de plusieurs manières au Cameroun, mais l'une des méthodes les plus efficaces et recommandées par les autorités sanitaires est l'utilisation de l'incinérateur. L'examen de la disponibilité de ce dernier dans les formations sanitaires montre que dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest, environ un quart des formations sanitaires en disposent (25,3% et 24% respectivement) (**Tableau 92**). Dans la région de l'Est, cette proportion est légèrement plus faible (23,1%).

**Tableau 92 :** Nombre de formation sanitaire disposant des incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux selon la région

	OUI, vu		OUI, pas vu		NON		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	21,7	15	1,4	1	76,8	53	-	0	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	23,0	20	2,3	2	74,7	65	-	0	100,0	87
<b>Sud-ouest</b>	22,7	17	1,3	1	76,0	57	-	0	100,0	75
<b>Ensemble</b>	<b>22,5</b>	<b>52</b>	<b>1,7</b>	<b>4</b>	<b>75,8</b>	<b>175</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.6 Localisation du matériel de base des soins prénataux

L'étude s'est intéressée à la localisation du matériel de base des soins prénataux dans les FO-SA. Les résultats obtenus montrent que pour l'ensemble des trois régions, dans trois quart des formations sanitaires (74,9%), le matériel de base des soins prénataux est situé dans une salle utilisée pour d'autres activités (**Tableau 93**). Une proportion relativement faible (16,9%) des formations sanitaires dispose d'une salle spéciale pour les soins prénataux. Cette proportion cache des disparités suivant les régions. En effet, pour près d'une formation sanitaire sur cinq, ce matériel est localisé dans une salle spéciale pour soins prénataux dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest (respectivement 20,7% et 22,7% des FOSA). Cette proportion est seulement de 5,8% dans la région due l'Est.

**Tableau 93 :** Nombre de formation sanitaire disposant du matériel de base de soins prénataux selon la région

	Dans une salle spéciale pour soins prénataux		Dans une salle également utilisée pour d'autres activités		Ce matériel n'existe pas dans cette FOSA		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	5,8	4	76,8	53	17,4	12	-	0	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	20,7	18	78,2	68	1,1	1	-	0	100,0	87
<b>Sud-ouest</b>	22,7	17	69,3	52	8,0	6	-	0	100,0	75
<b>Ensemble</b>	<b>16,9</b>	<b>39</b>	<b>74,9</b>	<b>173</b>	<b>8,2</b>	<b>19</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.7 Disponibilité de moustiquaires imprégnées à la date de l'enquête

La politique nationale en termes de prévention du paludisme stipule que tous les ménages doivent pouvoir disposer de moustiquaires imprégnées d'insecticides. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les cibles prioritaires. Aussi les moustiquaires imprégnées doivent toujours être disponibles dans les FOSA. Au niveau des trois régions, on observe qu'un peu plus de la moitié (56,6%) des formations sanitaires disposaient des moustiquaires imprégnées en stock à la date de l'enquête, que les enquêteurs les aient vues ou pas. Dans la région de l'est, un tiers des formations sanitaires en disposaient (33,3%), contre 72,1% des FOSA de la région du Nord-Ouest et 59,4% des FOSA du Sud-Ouest.

**Tableau 94 :** Nombre de formation sanitaire disposant de moustiquaires imprégnées en stock à la date de l'enquête selon la région

Régions	OUI, vu		OUI, pas vu		NON		NSP		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	31,8	21	1,5	1	66,7	44	-	0	-	0	100,0	66
<b>Nord-Ouest</b>	43,0	37	29,1	25	24,4	21	-	0	3,5	3	100,0	86
<b>Sud-ouest</b>	43,2	32	16,2	12	32,4	24	-	0	8,1	6	100,0	74
<b>Ensemble</b>	<b>39,8</b>	<b>90</b>	<b>16,8</b>	<b>38</b>	<b>39,4</b>	<b>89</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>4,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.8 Disponibilité du matériel de transport des patients

Le matériel de transport des patients est très important, notamment dans les cas d'urgence nécessitant un transfert ou une récupération de patient en détresse. Les résultats de l'enquête (**Tableau 95**) montrent que pour les trois régions, 20,8% des formations sanitaires disposent de tels matériels. Cette proportion relativement faible reflète le niveau économique des formations sanitaires. Suivant la région, nous notons que 24,6% des FOSA de la région de l'Est sont dotées d'un moyen de transport des patients. Cette région se caractérise aussi par des distances relativement longues entre les FOSA et celles de niveau supérieur comme nous l'avons noté précédemment. La région du Sud-ouest, avec 25,3% des FOSA possédant un moyen de transports des patients, est la mieux équipée des trois régions. Dans la région du Nord-Ouest, seulement 13,8% des FOSA disposent d'un moyen de transport des patients.

**Tableau 95 :** Nombre de formation sanitaire disposant de matériel de transport des patients selon la région

Régions	OUI		NON		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	24,6	17	75,4	52	-	0	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	13,8	12	86,2	75	-	0	100,0	87
<b>Sud-ouest</b>	25,3	19	74,7	56	-	0	100,0	75
<b>Ensemble</b>	<b>20,8</b>	<b>48</b>	<b>79,2</b>	<b>183</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.9 Fréquence des pénuries d'eau

Les pénuries d'eau sont fréquentes dans les différentes régions. Globalement, la durée moyenne de pénurie d'eau est de 99,6 heures. Avec en moyenne de 112,4 heures sans eau par semaine, les FOSA de la région de l'Est connaissent plus de pénurie d'eau que celles des régions du Nord-Ouest (avec en moyenne 100 heures) et du Sud-ouest (avec en moyenne 91,5 heures sans eau) (**Tableau 96**).

**Tableau 96 :** Durée moyenne (en heures) des pénuries d'eau au cours des 7 derniers jours selon la région

Région	Moyenne	Effectifs
Est	112,4	69
Nord-ouest	100,0	87
Sud-ouest	91,5	75
<b>Ensemble</b>	<b>99,58</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.10 Disponibilité de l'électricité

Les sources d'approvisionnement en énergie électriques sont diverses dans les formations sanitaires. Il ressort de l'analyse que 24,7% des formations sanitaires enquêtées ne dispose d'aucune source d'électricité. Suivant la région, 58% des FOSA de la région de l'Est ne disposent d'aucune source d'électricité contre 16,1% des FOSA du Nord-Ouest et 4,0% de celles du Sud-ouest. La moitié des formations sanitaires (53,7%) sont connectées au réseau électrique. Si seulement 27,5% des FOSA sont connectées à un réseau électrique à l'Est, au Nord-Ouest et au Sud-ouest respectivement 49,4% et 82,7% des FOSA de ces dernières le sont. L'utilisation de l'énergie solaire est résiduelle, rencontrée dans seulement quatre FOSA sur les 231 étudiées.

**Tableau 97 :** Proportion de formations sanitaires disposant de l'électricité selon la région

	Réseau électrique		Groupe électrogène		Solaire		Aucune source d'électricité		Autre		ND		Ensemble	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Est</b>	27,5	19	7,2	5	1,4	1	58,0	40	5,8	4	-	0	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	49,4	43	14,9	13	2,3	2	16,1	14	17,2	15	-	0	100,0	87
<b>Sud-ouest</b>	82,7	62	6,7	5	1,3	1	4,0	3	5,3	4	-	0	100,0	75
<b>Ensemble</b>	<b>53,7</b>	<b>124</b>	<b>10,0</b>	<b>23</b>	<b>1,7</b>	<b>4</b>	<b>24,7</b>	<b>57</b>	<b>10,0</b>	<b>23</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.11 Fréquence d'absence de l'électricité au cours des 7 derniers jours

La fréquence des coupures d'électricité est importante dans la zone enquêtée. En effet, au cours des 7 derniers jours, la durée moyenne de l'absence d'électricité dans les formations

sanitaires est estimée à 61,7 heures, soit plus de deux jours et demi continu d'absence d'électricité. Cette situation est très variable suivant les régions. Les FOSA des régions de l'Est et du Nord-Ouest passent environ 3 jours sur 7 sans électricité contre 2 jours sur 7 pour les FOSA du Sud-ouest (**Tableau 98**).

**Tableau 98 :** Durée moyenne (en heures) de coupures d'électricité au cours des 7 derniers jours selon la région

Région	Moyenne	Effectifs
Est	77,6	69
Nord-Ouest	71,7	87
Sud-ouest	45,1	75
<b>Ensemble</b>	<b>61,66</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### 6.3.12 Disponibilité d'un système opérationnel d'évacuation des déchets

L'évacuation des déchets hospitaliers doit se faire selon des normes spécifiques. Compte tenu de la délicatesse de ces résidus, un système opérationnel d'évacuation doit être mis en place afin d'y veiller. Dans l'ensemble, 96,5 % des FOSA disposent d'un système opérationnel d'évacuation des déchets. Les formations sanitaires des régions de l'Est et du Nord-ouest sont les plus dotées (99%) comparées à celles de la région du Sud-ouest (92 %) (**Tableau 99**).

**Tableau 99 :** Proportion de formations sanitaires disposant d'un système d'évacuation des déchets opérationnel (bac à ordures, fosse ou incinérateur) selon la région

	OUI		NON		NSP		ND		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Est</b>	98,6	68	1,4	1	-	0	-	0	100,0	69
<b>Nord-Ouest</b>	98,9	86	1,1	1	-	0	-	0	100,0	87
<b>Sud-ouest</b>	92,0	69	8,0	6	-	0	-	0	100,0	75
<b>Ensemble</b>	<b>96,5</b>	<b>223</b>	<b>3,5</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 6.4 Financement des FOSA

Les sources de financement des FOSA sont variées. Il existe des financements stables ou pérennes et des financements occasionnels. Le système de santé camerounais décrit son financement à travers deux principales sources: l'allocation du gouvernement, à travers le budget du ministère de la santé, et les recettes produites par le fonctionnement de la FOSA. Ces recettes appelées recettes affectées englobent : la vente des médicaments essentiels et les frais imposables aux usagers.

Il ressort que seulement la moitié des FOSA enquêtées sont financé avec le budget de l'état (MINSANTE), soit 52,8% pour l'ensemble des FOSA enquêtées. La région de l'Est a la pro-

portion de ces FOSA la plus élevée (63,8%), devant le Sud-ouest (53,3%) et le Nord-ouest (43,7%).

En outre, le financement des FOSA est associé à leur type. En effet, il apparaît que 72,7% des CMA sont financés par le MINSANTE, contre 60,9% pour les hôpitaux et 49,5% pour les CSI.

Suivant le statut de la formation sanitaire, ce sont essentiellement les formations publiques qui sont financées par le MINSANTE.

Le **Tableau 101**, ci-dessous présenté, met en exergue la répartition des FOSA ayant comme source de financement, les frais imposables aux usagers. D'une manière générale, 93,1% des FOSA enquêtées utilisent cette méthode comme source de financement. Cette proportion varie d'une région à l'autre, révélant ainsi que la région de l'Est est la moins impliquée dans cette méthode. Tous les CMA enrôlés dans l'étude (100%) utilisent les frais imposables aux usagers comme l'une des principales sources de financement, ceci indépendamment de la région d'appartenance du CMA.

**Tableau 100 :** Pourcentages des FOSA ayant le MINSANTE comme l'une des principales sources de financement selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	83,3	6	66,7	9	71,4	7	72,7	22
	CSI	57,9	57	40,8	71	51,7	58	49,5	186
	Hôpital	100,0	6	42,9	7	50,0	10	60,9	23
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	50,0	10	0,0	21	10,0	10	14,6	41
	Parapublic	-	0	-	0	0,0	6	0,0	6
	Privé	50,0	2	0,0	12	0,0	8	4,5	22
	Public	66,7	57	70,4	54	76,5	51	71	162
<b>Ensemble</b>		<b>63,8</b>	<b>69</b>	<b>43,7</b>	<b>87</b>	<b>53,3</b>	<b>75</b>	<b>52,8</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 101 :** Pourcentages des FOSA ayant les frais imposables aux usagers comme l'une des principales sources de financement selon certaines caractéristiques par région

		Est		Nord-Ouest		Sud-Ouest		Ensemble	
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Type de FOSA</b>	CMA	100,0	6	100,0	9	100,0	7	100,0	22
	CSI	87,7	57	100,0	71	89,7	58	93,0	186
	Hôpital	83,3	6	100,0	7	80,0	10	87,0	23
<b>Statut de la FOSA</b>	Confessionnel	70,0	10	100,0	21	100,0	10	92,7	41
	Parapublic	-	0	-	0	66,7	6	66,7	6
	Privé	100,0	2	100,0	12	87,5	8	95,5	22
	Public	91,2	57	100,0	54	90,2	51	93,8	162
<b>Ensemble</b>		<b>88,4</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>89,3</b>	<b>75</b>	<b>93,1</b>	<b>231</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012



## CHAPITRE 7 COMPARABILITE DES INDICATEURS DANS LES GROUPES DE L'EVALUATION D'IMPACT

Ce chapitre analyse l'équilibre de l'échantillon entre les quatre groupes de l'évaluation d'impact (T1, C1, C2 et C3) à partir des tests d'équilibre sur les indicateurs clés de l'étude. Deux types de tests sont réalisés pour chaque indicateur : F-test pour détecter une éventuelle différence significative entre les bras de l'étude de manière générale, et T-test pour vérifier la comparabilité des couples de bras de l'étude. Ces tests sont faits pour les indicateurs représentant quatre axes ci-après de l'étude : couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile, l'état de la santé maternelle et infantile, la qualité subjective et normative des services, de soins de santé maternelle et infantile et bien-être du personnel de santé, et enfin le fonctionnement des formations sanitaires..

### 7.1 Tests d'équilibre pour les indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile

Il ressort des F-tests que cinq indicateurs sur dix huit présentent des variances significativement différentes à l'enquête de base au seuil de 5%. Ces indicateurs étant relatifs à la proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois, la proportion de femmes utilisant la contraception moderne ou le condom masculin au moment de l'enquête, la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une supplémentation en vitamine A. Pour chacun des indicateurs de la régulation de la fécondité dont les F-tests sont significatifs, les T-tests mettent en exergue les couples dont les proportions calculées sont significativement différentes et notamment les couples de bras T1-C1 et T1-C2 pour les trois indicateurs, C1-C3 pour les deux premiers indicateurs (proportions de femmes utilisant la contraception moderne ou le condom masculin), et T1-C3 pour l'indicateur proportion de femmes en union utilisant la contraception moderne au moment de l'enquête (Tableau 102: F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile).

S'agissant de la vaccination des enfants de moins de cinq ans, seul l'indicateur sur *la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une supplémentation en vitamine A* affiche une différence significative entre les groupes. Pour cet indicateur, les T-test mettent en exergue les couples dont les proportions calculées sont significativement différentes, notamment "T1-C3", "C1-C2" et C1-C3".

Quant aux recours aux soins à l'accouchement et aux soins postnatals, il ressort des F-tests que l'indicateur relatif à la proportion de femmes de 15-49 ans enquêtées dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu

au cours des 24 derniers mois présente des variances significativement différentes à l'enquête de base au seuil de 5%. Par ailleurs, pour cet indicateur, les différences entre certains couples de bras de l'étude, notamment "T1-C3", "C1-C2" et "C1-C3" sont significatives.

Aussi, on note des différences significatives entre certains couples de bras de l'étude pour trois autres indicateurs, notamment "C2-C3" pour la proportion de femmes de 15-49 ans enquêtées dans les ménages ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé, "T1-C1", "C1-C2" et "C2-C3" pour la proportion de femmes de 15-49 ans enquêtées dans les ménages ayant reçu le vaccin antitétanique lors de la visite prénatale et enfin "T1-C1" pour la proportion de femmes de 15-49 ans enquêtées dans les ménages qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois.

**Tableau 102:** F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile

Indicateurs	T1		C1		C2		C3		F-test	T-test					
	%	N	%	N	%	N	%	N		T1-C1	T1-C2	T1-C3	C1-C2	C1-C3	C2-C3
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant eu recours aux soins prénatals auprès d'un professionnel de santé	90,7	676	91,9	521	91,3	853	89,7	659	0,552	0,50	0,762	0,462	0,669	0,177	0,280
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé	46,8	120	57,9	136	48,3	165	62,4	118	0,309	0,075	0,804	0,160	0,095	0,473	0,019
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant fait le test de VIH lors de la visite prénatale	88,1	76	87,6	95	95,4	96	87,6	74	0,127	0,910	0,077	0,926	0,051	0,989	0,063
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant reçu le Vaccin Anti Tétanique (VAT) lors de la visite prénatale	86,8	125	97,0	136	81,6	165	92,5	118	0,490	0,02	0,249	0,139	0,000	0,100	0,009
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois	24,4	124	31,4	136	16,5	168	14,0	118	0,008	0,215	0,096	0,040	0,002	0,001	0,564
<b>Régulation de la fécondité</b>															
Proportion de femmes utilisant la contraception moderne au moment de l'enquête	14,25	807	8,68	607	10,23	1012	13,18	831	0,002	0,001	0,01	0,531	0,299	0,006	0,051

Proportion de femmes utilisant le Condom Masculin au moment de l'enquête	10,11	807	5,18	607	6,71	1012	9,16	831	0,002	0,000	0,01	0,516	0,202	0,003	0,055
Proportion de femmes en union utilisant la contraception moderne au moment de l'enquête	19,11	492	10,17	364	10,91	598	14,31	465	0,000	0,000	0,000	0,046	0,718	0,069	0,1001

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

**Tableau 103 : F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de la couverture des services et de soins de santé maternelle et infantile (suite)**

Indicateurs	T1		C1		C2		C3		F-test	T-test					
	%	N	%	N	%	N	%	N		T1-C1	T1-C2	T1-C3	C1-C2	C1-C3	C2-C3
Proportion de femmes pensant que leur partenaire sexuel (marital, plus régulier) désapprouve l'utilisation de la contraception par les couples	39,42	459	44,78	334	40,83	592	41,09	456	0,495	0,132	0,643	0,605	0,245	0,302	0,931
<b>Vaccination des enfants de moins de cinq ans</b>															
Proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV (BCG, Rougeole, Polio 0-1-2-3, DTCog 1-2-3)	31	173	37,04	148	34,15	207	26,86	159	0,249	0,257	0,515	0,409	0,575	0,057	0,132
Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une supplémentation en vitamine A	75,85	795	82,7	689	77,68	1059	76,47	727	0,007	0,001	0,355	0,778	0,009	0,004	0,549
<b>Recours aux soins prénatals</b>															
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant eu recours aux soins prénatals auprès d'un professionnel de santé	90,7	676	91,9	521	91,3	853	89,7	659	0,552	0,5	0,762	0,462	0,669	0,177	0,28
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé	46,8	120	57,9	136	48,3	165	62,4	118	0,309	0,075	0,804	0,16	0,095	0,473	0,019
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant fait le test de VIH lors de la visite prénatale	88,1	76	87,6	95	95,4	96	87,6	74	0,127	0,91	0,077	0,926	0,051	0,989	0,063
Proportion de femmes de 15-49 ans	86,8	125	97	136	81,6	165	92,5	118	0,49	0,02	0,249	0,139	0,000	0,100	0,009

enquêtés dans les ménages ayant reçu le Vaccin Anti Tétanique (VAT) lors de la visite prénatale																
<b>Recours aux soins à l'accouchement et aux soins postnatals</b>																
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement suivi au cours des 24 derniers mois	24,4	124	31,4	136	16,5	168	14	118	0,008	0,215	0,096	0,04	0,002	0,001	0,564	
Proportion de femmes de 15-49 ans enquêtés dans les ménages qui bien que n'ayant pas accouché dans une FOSA ont eu recours aux soins postnatals dans une FOSA au cours des 24 derniers mois	71,3	28	45,9	37	69	42	56,2	36	0,125	0,04	0,823	0,218	0,038	0,385	0,248	

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## 7.2 Tests d'équilibre pour les indicateurs de l'état de la santé maternelle et infantile

Le **Tableau 104**: F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de l'état de la santé maternelle et infantile montre que les bras de l'étude sont comparables à la base en ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle car aucune différence significative n'a été détectée entre les bras de l'étude de façon générale (F-test), et entre chaque combinaison de bras (T-test) au seuil de 5 %.

S'agissant de l'état de santé des enfants, quatre indicateurs sur sept indiquent une différence significative entre les bras de l'étude à la base – soit un déséquilibre de 57%. Il s'agit du "suivi de la croissance des enfants", de l'"émaciation", de la "prise de vitamine A" et de l'"anémie".

Cependant, les résultats des T-tests montrent que les paires T1-C1 et C2-C3 sont comparables à un indicateur près et précisément à l'exception de la proportion d'enfants ayant reçu la vitamine A pour la première, et la proportion d'enfants atteints de l'anémie pour la seconde. En outre, les T-tests mettent également en exergue quelques couples présentant des différences significatives. Il s'agit notamment de la paire T1-C2 dont les couples de bras sont comparables à l'exception de deux indicateurs : la proportion d'enfants émaciés et celle d'enfants souffrant de paludisme. Pour T1-C3, les indicateurs suivants sont égaux à la base : proportions d'enfants souffrant de l'insuffisance pondérale ou du paludisme et de celles ayant reçu la vitamine A.

**Tableau 104:** F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de l'état de la santé maternelle et infantile

Indicateurs	T1		C1		C2		C3		F-test	T-test						
	%	N	%	N	%	N	%	N		T1-C1	T1-C2	T1-C3	C1-C2	C1-C3	C2-C3	
Etat de santé de la mère																
Femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête et ayant été victimes de complications obstétricales (%)	21,6	653	20,8	513	21,5	828	19,3	655	0,722	0,741	0,930	0,304	0,791	0,525	0,318	
Femmes enceintes (de 15-49 ans) au cours des 24 derniers mois avant l'enquête dont l'issue de la dernière grossesse a été une naissance non vivante (%)	3,0	671	2,8	523	3,4	852	2,4	670	0,7242	0,777	0,712	0,477	0,526	0,700	0,267	
Prévalence de l'anémie chez la mère de 15-49 ans (%)	4,4	339	3,6	242	4,3	363	3,7	291	0,9436	0,602	0,901	0,660	0,677	0,917	0,743	
Prévalence du palu- disme chez la mère de 15-49 ans (%)	4,7	340	5,2	250	5,1	378	8,3	296	0,1915	0,776	0,805	0,067	0,950	0,145	0,101	
Etat de santé de l'enfant																
Enfants de 11-59 mois ayant participé au suivi de la croissance (%)	8,3	746	8,6	676	10,3	1023	12,4	729	0,029	0,835	0,136	0,009	0,229	0,018	0,174	
Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance (%)	34,5	1024	38,2	858	36,9	1319	39,3	997	0,136	0,098	0,222	0,024	0,556	0,614	0,240	
Enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale (%)	14,6	1061	12,1	893	12,7	1359	14,6	1030	0,221	0,104	0,178	0,996	0,673	0,108	0,184	
Enfants de moins de 5 ans émaciés	9,4	981	9,5	813	6,3	1262	6,2	961	0,002	0,956	0,006	0,007	0,009	0,010	0,926	
Enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vita- mine A (%)	72,2	487	81,4	424	75,7	627	74,0	445	0,010	0,001	0,192	0,547	0,026	0,009	0,527	
Enfants de moins de 5 ans victimes d'anémie (%)	5,7	596	7,6	429	3,8	773	10,3	532	0,000	0,219	0,100	0,005	0,008	0,144	0,000	
Enfants de moins de 5 ans victimes de palu- disme (%)	5,7	604	15,5	433	9,5	803	7,5	552	0,000	0,000	0,006	0,207	0,003	0,000	0,200	

Source : Enquête de base : Evaluation d'impact du FBR du Cameroun- IFORD, 2012

### 7.3 Tests d'équilibre pour les indicateurs de qualité subjective et normative des soins en consultation prénatale et infantile et bien-être du personnel

Il ressort des F-tests que pour tous les indicateurs retenus, trois sur quinze présentent des variances significativement différentes à l'enquête de base (**Tableau 105**: F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de qualité subjective et normative des soins en consultation prénatale et infantile et bien-être du personnel) et notamment la proportion d'enfants pesés au cours de la consultation, le temps d'attente avant la consultation des enfants et les dépenses totales moyennes y relatives à l'exception des frais de transport.

S'agissant des résultats des T-tests, les paires T1-C3 et C2-C3 sont parfaitement comparables du point de vue de l'évaluation d'impact, puisque les moyennes de tous les indicateurs sont identiques à la base dans ces deux bras. Les paires T1-C1, C1-C2, T1-C2 et C1-C3 les sont à un indicateur près. En effet, pour les paires T1-C1 et C1-C2, les moyennes du temps passé avec le prestataire pour les CPN sont significativement différentes au seuil de 5%. Quant aux paires T1-C2 et C1-C3, ce sont respectivement les proportions d'enfants pesés au cours de la visite et de ceux ayant bénéficié d'au moins quatre gestes généraux prioritaires sur six qui sont significativement différents au seuil de 5 %.

**Tableau 105**: F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs de qualité subjective et normative des soins en consultation prénatale et infantile et bien-être du personnel

Indicateurs	T1		C1		C2		C3		F-test	T-test					
	%	N	%	N	%	N	%	N		T1-C1	T1-C2	T1-C3	C1-C2	C1-C3	C2-C3
Proportion des personnels satisfaits sur au moins 13 des 26 aspects du travail	0,73	48	0,59	51	0,75	55	0,64	45	0,384	0,143	0,853	0,384	0,087	0,577	0,277
Proportion des personnels ayant reçu leur salaire dans les délais au cours des 12 derniers mois	0,91	98	0,86	100	0,88	101	0,9	104	0,917	0,293	0,538	0,917	0,656	0,334	0,602
Proportion de personnel ayant déclaré le bien-être absolu sur au moins 3 des 6 aspects du travail	0,64	107	0,53	108	0,65	108	0,53	111	0,121	0,11	0,848	0,121	0,073	0,956	0,08
Proportion de patientes satisfaites de la qualité générale des services	0,92	66	0,97	62	0,9	70	1,0	61	0,095	0,283	0,621	0,542	0,125	0,638	0,278
Proportion de patientes pesées au cours de la visite	0,98	66	0,98	62	1	69	1,0	61	0,887	0,965	0,308	0,956	0,293	0,991	0,289
Proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins six gestes généraux priori-	0,79	66	0,76	62	0,8	69	0,8	61	0,992	0,69	0,896	0,815	0,594	0,872	0,715

taires																
Proportion de responsables d'enfant satisfaits de la qualité générale des services	0,85	48	0,91	35	0,92	53	0,94	53	0,609	0,412	0,261	0,136	0,864	0,601	0,699	
Proportion d'enfants pesés au cours de la visite	0,67	48	0,83	35	0,91	54	0,77	53	0,014	0,101	0,002	0,235	0,275	0,537	0,059	
Proportion d'enfants ayant bénéficié d'au moins quatre gestes généraux prioritaires sur six	0,4	48	0,51	35	0,42	55	0,26	53	0,127	0,289	0,82	0,162	0,378	0,017	0,093	
Temps d'attente avant la CPN	41,18	66	33,37	62	31,57	69	44,9	61	0,223	0,257	0,154	0,696	0,735	0,185	0,114	
Temps passé avec le prestataire en CPN	30,11	66	18,5	62	32,16	69	37,8	61	0,575	0,004	0,696	0,64	0,004	0,25	0,729	
Dépense totale de la visite sans frais de transport (CPN)	4380	63	4404	62	4439	68	5239	61	0,757	0,975	0,932	0,361	0,963	0,396	0,363	
Temps d'attente avant la consultation de l'enfant	20,57	47	19,31	35	25,65	54	17,6	53	0,000	0,811	0,429	0,512	0,37	0,714	0,173	
Temps passé avec le prestataire lors de la consultation de l'enfant	12,92	48	13,74	35	11,67	54	12,96	52	0,736	0,639	0,383	0,981	0,194	0,717	0,458	
Dépense totale de la visite sans frais de transport (consultation enfant)	2638	47	2638	35	3997	54	2922	53	0,003	0,999	0,098	0,513	0,163	0,602	0,182	

Source : Enquête de base : Evaluation d'impact du FBR du Cameroun- IFORD, 2012

## 7.4 Tests d'équilibre pour les indicateurs sur le fonctionnement des formations sanitaires

L'équilibre entre les bras de l'étude à la base peut être validé au regard des résultats des tests consignés dans le **Tableau 106**. En effet, pour tous les indicateurs retenus dans ce tableau, les bras de l'étude sont comparables à la base car aucune différence significative au seuil de 5% n'a été détectée entre les différents bras de façon générale (F-test), et entre chaque combinaison de bras de l'étude (T-test).

Globalement, les analyses montrent que pour les F-tests, les bras de l'étude sont comparables à la base pour tous les indicateurs testés relatifs à l'état de la santé maternelle, au fonctionnement des formations sanitaires, aux recours aux soins prénatals et aux soins lors du dernier accouchement à l'exception de la proportion de femmes de 15-49 ans bénéficiant de l'assistance d'un professionnel de santé lors du dernier accouchement, et de quelques indicateurs en rapport avec la régulation de la fécondité et la santé infantile. Quant aux T-tests, tous les couples de bras de l'étude sont comparables pour les indicateurs sur le fonctionnement des formations sanitaires mais on note quelques différences de couples de bras pour certains indicateurs.

**Tableau 106 : F-test et T-test d'équilibres relatifs aux indicateurs sur le fonctionnement des formations sanitaires**

Indicateurs	T1		C1		C2		C3		F-test	T-test					
	%	N	%	N	%	N	%	N		T1-C1	T1-C2	T1-C3	C1-C2	C1-C3	C2-C3
FOSA procurant des services de vaccination (%)	98,1	53	96,1	51	94,5	55	97,9	47	0,721	0,540	0,331	0,932	0,713	0,611	0,393
FOSA procurant des services de soins prénatals (CPN) (%)	98,1	53	98,0	51	98,2	55	100,0	47	0,828	0,978	0,979	0,349	0,958	0,340	0,358
FOSA procurant des services liés à l'accouchement (%)	86,8	53	90,2	51	92,7	55	85,1	47	0,616	0,591	0,312	0,811	0,644	0,448	0,220
FOSA procurant des services liés à la tuberculose (%)	9,6	52	23,5	51	20,0	55	17,0	47	0,292	0,058	0,132	0,281	0,663	0,430	0,704
Pourcentages de la marge bénéficiaire imposée aux patients dans le prix des médicaments	13,6	51	16,8	49	12,0	54	11,2	44	0,591	0,507	0,691	0,581	0,269	0,229	0,839
FOSA ayant le MINSANTE comme l'une des principales sources de financement (%)	50,9	53	47,1	51	50,9	55	61,7	47	0,516	0,695	0,997	0,284	0,695	0,149	0,278
FOSA ayant les frais imposables aux usagers comme l'une des principales sources de financement (%)	96,2	53	88,2	51	94,5	55	95,7	47	0,319	0,129	0,681	0,904	0,248	0,171	0,782
FOSA ayant la vente des médicaments comme l'une des principales sources de financement (%)	58,5	53	51,0	51	56,4	55	44,7	47	0,522	0,447	0,825	0,171	0,583	0,538	0,244
FOSA ayant leurs employés tous présents au moment de l'enquête (%)	52,8	53	41,2	51	50,9	55	47,8	46	0,658	0,238	0,843	0,624	0,320	0,515	0,760
Disponibilité d'une salle de consultation pour les malades externes	97,87	46	98,2	54	98	50	96,2	51	0,422	0,634	0,954	0,912	0,585	0,541	0,958
Disponibilité de l'eau pour le lavage des mains, du savon et d'une serviette propre	44,7	21	47,3	26	51	26	45,3	24	0,21	0,952	0,538	0,796	0,565	0,838	0,706
Disponibilité de	87,2	41	80	44	88,2	45	83	44	0,737	0,56	0,881	0,333	0,454	0,69	0,252



boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés																
Disponibilité d'une salle avec des affiches sur les étapes de la procédure décontamination	36,2	17	32,7	18	29,4	15	26,4	14	0,19	0,297	0,481	0,718	0,736	0,477	0,716	
Disponibilité des incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux	23,4	11	27,3	15	21,6	11	9,4	5	0,19	0,058	0,83	0,659	0,088	0,017	0,5	
Disponibilité du matériel de base de soins prénataux	93,6	44	94,5	52	92,2	47	86,8	46	0,593	0,261	0,782	0,844	0,379	0,168	0,625	
Disponibilité de moustiquaires imprégnées en stock à la date de l'enquête	55,3	26	60	33	51	26	62,3	33	0,721	0,486	0,671	0,637	0,25	0,811	0,355	
Disponibilité de matériel de transport des patients	12,8	6	16,4	9	23,5	12	18,9	10	0,877	0,411	0,173	0,613	0,565	0,736	0,36	
Disponibilité d'une source d'eau potable dans la FOSA	44,7	21	47,3	26	45,1	23	47,2	25	0,364	0,806	0,967	0,796	0,834	0,992	0,825	
Disponibilité de l'électricité	70,2	33	58,2	32	58,8	30	62,3	33	0,736	0,407	0,244	0,212	0,723	0,668	0,947	
Disponibilité d'une ligne téléphonique	17	8	21,8	12	11,8	6	17	9	0,32	0,996	0,463	0,548	0,454	0,53	0,172	
Disponibilité d'un système d'évacuation des déchets opérationnel	97,9	46	98,2	54	92,2	47	98,1	52	0,069	0,932	0,203	0,912	0,159	0,979	0,147	
urée (en heures) des pénuries d'eau au cours des 7 derniers jours	98,44		93,9		91,83		112,4		0,668	0,446	0,752	0,838	0,237	0,315	0,921	
Distance moyenne (en km) par rapport à la FOSA du niveau supérieur la plus proche	20,2	53	19,2	51	21,8	55	22,0	47	0,902	0,775	0,686	0,709	0,502	0,558	0,961	
Nombre de personnel de santé offrant les soins maternelle et infantile dans la FOSA	2,0	53	2,5	51	2,5	55	2,5	47	0,645	0,317	0,257	0,211	0,923	0,997	0,904	

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## ANNEXES

ANNEXE A	L'état de santé de la mère .....	154
A.1	Fréquence d'un type donné de complication obstétricale par rapport à l'ensemble de complications obstétricales parmi les femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête et ayant eu au moins une complication obstétricale selon certaines caractéristiques pour l'ensemble des 3 régions .....	154
A.2	Proportion des femmes enceintes (de 15-49 ans) au cours des 24 derniers mois avant l'enquête dont l'issue de la grossesse a été une naissance non vivante selon certaines caractéristiques par district de santé .....	155
A.2.a	Est et Nord-Ouest .....	155
A.2.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	156
A.3	Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé PBF, 2012 .....	157
A.3.a	Est et Nord-Ouest .....	157
A.3.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	158
A.4	Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant du paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé .....	159
A.4.a	Est et Nord-Ouest .....	159
A.4.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	160
ANNEXE B	L'Etat de santé des Enfants de Moins de cinq ans .....	161
B.1	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance selon certaines caractéristiques par district de santé .....	161
B.1.a	Est et Nord-Ouest .....	161
B.1.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	162

B.2	Proportion d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A lors d'une campagne selon certaines caractéristiques par district de santé .....	163
B.2.a	Est et Nord-Ouest.....	163
B.2.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	164
B.3	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé ....	165
B.3.a	Est et Nord-Ouest.....	165
B.3.b	Sud-Ouest et Ensemble .....	166
B.4	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant de paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé .	167
B.4.a	Est et Nord- Ouest.....	167
B.4.b	Sud- Ouest et ensemble .....	168
ANNEXE C	Méthodologie de construction de l'indicateur du niveau de vie non monétaire	169

## ANNEXE A L'ETAT DE SANTE DE LA MERE

A.1 Fréquence d'un type donné de complication obstétricale par rapport à l'ensemble de complications obstétricales parmi les femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois avant l'enquête et ayant eu au moins une complication obstétricale selon certaines caractéristiques pour l'ensemble des 3 régions

		Type de complication												Effectifs
		Saignements pendant grossesse	Saignements lors accouchement	Vertiges	Hyper tension	Jambes/visages gonflés	Douleurs abdominales	Douleurs pelviennes	Fièvre (>24h)	Convulsions	Travail prolongé	Avortement spontané	Autre	
<b>Groupe d'âge</b>	15-24 ans	6,2	7,3	1,9	0,0	6,5	13,4	8,4	5,2	0,0	33,4	1,6	15,9	314
	25-34 ans	10,5	9,6	3,4	0,7	9,6	13,6	4,3	7,0	0,0	26,0	1,6	13,7	267
	35-49 ans	1,5	10,6	6,9	4,6	2,0	13,2	2,8	12,3	0,0	32,5	0,0	13,6	66
<b>Niveau d instruction</b>	Sans instruction	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,9	0,0	88,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5
	Maternel/Primaire	7,9	8,3	2,2	1,0	5,8	18,2	1,4	8,2	0,0	31,7	1,3	14,0	320
	Secondaire	6,3	8,9	2,8	0,6	10,1	8,4	12,1	3,9	0,0	28,2	1,8	16,9	283
	Supérieur	18,7	9,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	1,7	0,0	62,0	0,0	7,4	11
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	4,6	13,8	3,9	0,0	2,4	11,8	5,9	10,3	0,0	38,8	0,0	8,5	103
	Pauvre	11,6	11,2	0,0	0,0	4,6	16,6	9,4	4,6	0,0	23,6	0,0	18,4	94
	Moyen	7,3	5,6	3,2	0,0	8,1	13,6	3,2	11,8	0,1	27,9	0,0	19,2	104
	Riche	6,0	9,0	1,7	0,2	8,9	18,1	11,1	3,2	0,0	27,5	0,5	13,8	153
	Très riche	8,4	5,8	5,1	2,4	9,6	9,0	2,3	5,7	0,0	32,5	4,4	14,8	193
<b>Ensemble</b>		<b>7,5</b>	<b>8,6</b>	<b>3,1</b>	<b>,8</b>	<b>7,3</b>	<b>13,4</b>	<b>6,1</b>	<b>6,7</b>	<b>0,0</b>	<b>30,3</b>	<b>1,4</b>	<b>14,8</b>	<b>647</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A.2 Proportion des femmes enceintes (de 15-49 ans) au cours des 24 derniers mois avant l'enquête dont l'issue de la grossesse a été une naissance non vivante selon certaines caractéristiques par district de santé

A.2.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemendouga		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Groupe d'âge	15-24 ans	3,5	62	7,6	107	1,4	181	0,0	89	7,5	60	3,7	67	3,5	566	3,8	159	2,7	83	1,3	172	1,1	115	2,2	529
	25-34 ans	0,6	49	7,8	97	6,4	152	3,1	43	4,6	35	9,2	35	5,8	410	0,3	115	6,3	103	1,3	191	1,7	87	2,1	495
	35-49 ans	0,0	15	0,0	23	6,3	62	11,9	21	4,3	18	2,5	25	4,7	164	0,0	43	0,0	38	4,0	40	0,0	18	1,2	139
Niveau d'instruction	Sans instruction	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0	2	-	0	0,0	7	-	0	0,0	9
	Maternel/Primaire	1,8	50	8,7	125	2,9	192	3,3	75	5,6	67	6,6	58	4,8	568	3,5	182	4,2	129	1,2	219	1,4	141	2,4	671
	Secondaire	0,0	11	5,3	89	6,0	178	0,7	61	6,9	45	3,8	65	4,7	449	0,0	98	1,5	65	1,7	122	0,4	58	0,9	343
	Supérieur	-	0	-	0	0,0	9	0,0	1	-	0	-	0	0,0	10	0,0	1	12,5	10	0,0	1	0,0	1	9,8	13
Niveau de vie	Très pauvre	0,0	48	7,9	46	2,5	146	3,7	69	2,6	62	6,1	63	3,5	435	0,0	29	4,7	22	5,8	56	0,6	58	2,8	164
	Pauvre	5,6	34	4,4	41	2,7	95	1,0	38	7,1	30	2,3	44	3,5	282	0,3	92	3,7	45	3,0	94	1,7	67	2,0	298
	Moyen	1,9	31	5,9	56	0,7	69	4,2	21	13,1	12	0,0	11	3,4	200	5,3	112	3,9	65	0,2	128	1,8	42	2,7	346
	Riche	0,0	13	9,6	72	16,2	59	0,0	17	17,8	8	15,5	9	10,9	177	0,2	76	3,7	68	0,0	95	1,3	36	1,2	275
	Très riche	-	0	0,0	12	0,0	25	0,0	8	0,0	0	-	0	0,0	46	0,0	9	4,2	23	0,0	31	0,0	17	1,2	80
Ensemble		2,0	126	6,9	227	4,1	394	2,5	153	6,1	113	5,0	127	4,5	1140	2,0	317	3,9	224	1,5	403	1,2	219	2,1	1163

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A.2.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectifs
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs		
Groupe d'âge	15-24 ans	7,5	111	1,7	172	3,5	72	6,1	93	4,3	449	3,3	1543
	25-34 ans	0,3	130	2,1	193	8,0	91	2,8	69	2,8	483	3,5	1389
	35-49 ans	8,7	35	0,0	21	16,3	26	0,0	6	8,3	88	4,3	391
Niveau d'instruction	Sans instruction	-	0	-	0	0,0	5	-	0	,0	5	0,0	13
	Maternel/Primaire	6,9	124	0,8	185	1,1	59	0,2	64	2,5	432	3,3	1672
	Secondaire	2,6	121	3,2	177	12,3	107	7,9	95	5,9	500	4,2	1291
	Supérieur	0,0	25	0,0	14	0,2	10	0,0	3	0,0	53	1,7	76
Niveau de vie	Très pauvre	0,0	0	0,0	7	-	0	0,8	3	0,2	11	3,3	610
	Pauvre	-	0	3,7	16	0,0	1	0,0	3	2,9	21	2,7	601
	Moyen	0,0	2	1,8	45	13,1	5	0,2	15	2,3	68	2,9	614
	Riche	0,3	72	0,0	107	3,2	24	0,0	72	0,4	275	3,2	728
	Très riche	5,8	201	2,7	212	7,9	158	10,2	74	5,8	645	5,0	771
Ensemble		4,3	276	1,8	387	7,4	189	4,5	168	4,0	1019	3,5	3323

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A.3 Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé PBF, 2012

A.3.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemendouga		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Groupe d'âge	15-24 ans	0,0	24	8,2	97	5,6	79	5,2	31	0,7	22	3,6	53	5,3	305	,0	28	0,0	29	12,3	152	0,0	40	7,5	247
	25-34 ans	0,0	17	1,5	87	4,2	57	5,1	19	4,3	16	0,0	28	2,4	224	,0	22	7,1	35	2,6	168	0,7	29	2,8	254
	35-49 ans	0,0	9	3,6	22	0,0	29	0,0	7	4,0	8	2,9	21	1,8	95	,0	6	5,5	16	4,5	36	0,0	9	3,7	67
Niveau d'instruction	Sans instruction	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0	7	-	0	0,0	7
	Maternel/Primaire	0,0	15	4,0	113	3,8	96	8,7	22	4,1	28	5,3	47	4,3	322	,0	32	7,5	45	4,1	190	0,0	40	3,6	308
	Secondaire	0,0	6	6,9	79	4,7	66	2,5	27	0,0	18	0,0	53	3,7	249	,0	22	0,0	23	10,2	107	0,8	26	6,2	178
	Supérieur	-	0	-	0	-	0	0,0	1	-	0	-	0	0,0	1	,0	1	0,0	4	0,0	1	0,0	1	0,0	6
Niveau de vie	Très pauvre	0,0	18	0,0	38	0,0	65	9,6	27	4,2	28	0,0	52	1,6	228	,0	4	0,0	8	6,8	48	1,6	13	4,8	73
	Pauvre	0,0	14	8,1	40	4,9	41	0,0	11	0,0	12	7,2	35	5,1	153	,0	15	5,7	16	5,9	86	0,0	17	4,5	134
	Moyen	0,0	11	7,0	55	9,2	26	0,0	8	0,0	6	0,0	6	5,6	111	,0	14	0,0	21	3,9	105	0,0	18	2,6	157
	Riche	0,0	6	4,9	60	9,6	25	0,0	6	0,0	1	0,0	9	5,0	107	,0	19	9,9	25	13,2	92	0,0	16	9,6	152
	Très riche	-	0	0,0	12	0,0	7	0,0	5	0,0	0	-	0	0,0	25	,0	4	0,0	10	0,0	25	0,0	13	0,0	53
Ensemble		0,0	49	4,9	205	4,1	164	4,6	57	2,5	46	2,5	102	3,7	624	,0	55	4,2	80	6,9	356	0,3	77	4,9	568

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A.3.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectifs
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs		
Groupe d'âge	15-24 ans	7,5	24	2,9	56	8,1	14	1,1	22	4,1	116	5,9	668
	25-34 ans	0,0	54	0,5	62	5,9	18	4,3	24	1,5	157	2,3	634
	35-49 ans	0,0	4	0,0	7	0,0	8	0,0	1	0,0	21	2,3	183
Sans instruction		-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0	7
Niveau d'instruction	Maternel/Primaire	0,0	28	3,6	54	8,0	14	7,7	14	3,8	110	3,9	740
	Secondaire	4,6	38	0,0	61	3,2	23	0,6	26	1,8	148	4,0	574
	Supérieur	0,0	15	0,0	7	31,5	1	0,0	1	1,3	24	1,0	31
Niveau de vie	Très pauvre	0,0	0	0,0	3	-	0	0,0	0	0,0	3	2,4	303
	Pauvre	-	0	0,0	4	-	0	0,0	1	0,0	6	4,7	292
	Moyen	0,0	0	16,8	12	46,0	2	0,0	3	17,5	18	4,7	286
	Riche	10,9	16	0,0	44	11,4	5	5,4	22	4,0	87	6,8	345
	Très riche	0,0	65	0,0	62	1,5	33	0,3	20	0,3	180	0,2	258
Ensemble		2,2	82	1,6	125	5,5	40	2,7	47	2,4	294	3,9	1486

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012



#### A.4 Proportion des femmes en âge de procréer ayant été diagnostiquées comme souffrant du paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé

##### A.4.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemendougua		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Groupe d'âge	15-24 ans	12,4	24	8,4	104	4,8	79	9,4	31	,7	22	2,6	54	6,3	314	,4	28	,0	29	,9	159	,0	40	,6	256
	25-34 ans	17,1	17	12,3	92	12,4	57	11,0	19	4,1	16	4,7	28	11,1	230	4,7	22	,0	35	,5	174	,0	29	,7	260
	35-49 ans	0,0	9	11,0	20	7,9	29	,0	7	,0	8	,0	23	4,7	96	0,0	6	5,5	16	,5	37	2,3	9	1,9	68
Niveau d'instruction	Sans instruction	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	,0	7	.	0	,0	7
	Maternel/Primaire	24,1	15	8,2	119	10,4	96	9,3	22	2,3	29	2,7	49	8,3	330	2,7	32	2,0	45	,7	204	,5	41	1,1	321
	Secondaire	38,3	6	13,3	84	4,7	66	10,0	27	,8	18	2,6	53	8,2	254	1,1	22	,0	23	,9	107	,0	26	,7	178
	Supérieur	.	0	.	0	.	0	,0	1	.	0	.	0	,0	1	,0	1	,0	4	,0	1	,0	1	,0	6
Niveau de vie	Très pauvre	13,0	18	12,4	43	5,3	65	7,9	27	2,4	28	2,5	54	6,5	235	,0	4	,0	8	3,5	49	,0	13	2,3	74
	Pauvre	13,8	14	10,0	41	8,5	41	2,5	11	1,3	12	,0	35	6,5	154	3,1	15	5,7	16	,8	90	,0	19	1,5	139
	Moyen	,0	11	18,1	56	1,0	26	22,5	8	,0	6	,0	8	10,6	115	4,6	14	,0	21	,0	114	1,2	18	,5	167
	Riche	27,5	6	4,2	64	23,2	25	,0	6	,0	1	15,5	9	10,4	111	,0	19	,0	25	,0	92	,0	16	,0	152
	Très riche	.	0	,0	12	1,5	7	15,7	5	,0	0	.	0	3,8	25	,0	4	,0	10	,0	25	,0	12	,0	52
Ensemble		11,9	49	10,3	217	8,0	164	8,8	57	1,7	47	2,6	106	7,8	640	2,0	55	1,1	80	,6	370	,3	78	,8	584

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

A.4.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectifs
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs		
Groupe d'âge	15-24 ans	8,7	24	1,6	57	3,3	14	29,9	22	8,6	118	4,6	688
	25-34 ans	2,3	54	13,0	60	6,2	18	25,2	24	10,4	155	6,7	645
	35-49 ans	,0	4	,0	7	,0	7	,0	1	,0	20	3,1	184
Niveau d'instruction	Sans instruction	.	0	.	0	.	0	.	0	.	0	,0	7
	Maternel/Primaire	4,2	29	11,6	54	3,2	13	9,1	14	8,3	110	5,3	762
	Secondaire	5,5	38	2,9	60	4,3	23	22,0	26	7,1	147	5,6	579
	Supérieur	,0	15	,0	7	16,4	1	4,5	1	,9	24	,7	31
Niveau de vie	Très pauvre	,0	0	27,6	3	.	0	33,1	0	25,8	3	5,7	312
	Pauvre	.	0	,0	4	.	0	73,5	1	16,3	6	4,3	299
	Moyen	,0	0	,0	12	,0	2	8,5	3	1,6	18	4,4	300
	Riche	5,3	17	1,9	45	19,8	5	25,7	22	9,4	89	5,6	352
	Très riche	3,7	65	11,7	61	2,0	32	28,2	20	8,9	177	6,6	254
Ensemble		4,0	82	7,0	125	4,0	39	26,8	47	9,0	293	5,3	1516

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## ANNEXE B L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

### B.1 Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance selon certaines caractéristiques par district de santé

#### B.1.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemdougoua		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
<b>Sexe</b>	Masculin	44,6	121	50,9	211	39,7	333	39,4	123	47,7	98	55,4	94	45,0	981	38,8	245	50,0	174	39,4	292	40,4	172	41,5	883
	Féminin	34,2	98	41,6	190	33,1	327	39,5	128	27,6	85	45,4	111	36,8	938	36,5	250	41,3	151	24,7	300	40,7	149	33,9	849
<b>Âge</b>	0	38,0	60	26,6	88	25,4	212	33,7	80	36,3	58	38,9	56	30,6	554	29,8	176	38,8	123	28,1	160	28,5	112	31,0	570
	1	31,0	56	52,3	105	45,6	146	36,4	58	39,8	53	51,6	65	44,4	484	38,0	130	56,2	85	41,5	173	45,9	83	43,9	471
	2	58,3	32	39,8	68	41,2	121	39,8	48	54,0	25	58,2	29	44,9	323	41,7	65	45,1	36	20,7	97	51,9	36	35,0	233
	3	40,9	35	55,6	62	31,8	115	54,9	37	32,6	24	46,4	30	42,1	302	52,3	59	51,3	47	41,7	94	41,0	44	46,0	245
	4	40,4	36	60,0	78	51,3	66	41,1	28	29,9	23	65,2	25	50,7	256	40,5	65	40,2	34	19,3	67	50,8	46	36,0	212
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	41,6	89	54,6	97	46,6	259	50,2	106	42,4	107	51,8	105	47,7	763	55,7	44	47,0	31	32,9	84	46,3	87	43,5	247
	Pauvre	42,9	57	43,4	70	32,1	148	47,5	62	26,6	44	47,0	67	39,1	447	40,4	169	43,8	59	31,1	154	39,4	96	37,6	479
	Moyen	38,5	45	42,7	109	23,2	123	25,7	34	42,9	20	41,9	21	33,7	352	29,0	159	52,3	112	26,0	181	52,5	67	36,0	519
	Riche	31,4	28	48,3	93	30,7	85	20,2	37	37,4	12	64,5	12	37,2	267	39,7	113	43,2	88	44,8	135	30,5	50	41,1	386
	Très riche	-	0	37,0	33	39,5	46	0,0	11	-	0	-	0	33,5	90	21,9	9	35,3	34	16,0	38	4,8	19	20,9	101
<b>Ensemble</b>		<b>40,0</b>	<b>219</b>	<b>46,5</b>	<b>401</b>	<b>36,5</b>	<b>660</b>	<b>39,5</b>	<b>251</b>	<b>38,4</b>	<b>183</b>	<b>50,0</b>	<b>205</b>	<b>41,0</b>	<b>1919</b>	<b>37,6</b>	<b>495</b>	<b>46,0</b>	<b>325</b>	<b>32,0</b>	<b>592</b>	<b>40,5</b>	<b>320</b>	<b>37,8</b>	<b>1732</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

B.1.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectifs
		%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs		
Sexe	Masculin	33,2	198	34,6	271	29,4	121	37,5	120	33,8	710	40,7	2574
	Féminin	27,8	181	26,0	331	22,2	148	30,1	126	26,4	785	32,7	2573
Âge	0	28,6	171	24,5	229	31,6	108	35,4	83	28,5	591	30,0	1715
	1	49,2	82	35,3	142	12,1	56	25,6	65	33,0	346	41,2	1300
	2	26,4	44	42,7	69	23,5	40	27,5	34	32,0	186	38,5	743
	3	15,8	40	31,7	86	19,6	42	37,2	44	27,5	212	39,3	759
	4	21,3	42	22,4	75	42,9	23	54,9	21	29,1	161	40,3	629
Niveau de vie	Très pauvre	50,0	1	54,9	11	-	0	28,4	4	48,7	15	46,7	1025
	Pauvre	-	0	63,0	21	100,0	2	56,5	5	64,8	28	39,1	954
	Moyen	7,0	4	52,4	72	35,8	7	49,8	28	49,1	110	36,7	981
	Riche	39,2	104	27,3	182	31,1	41	24,8	125	29,7	450	35,5	1104
	Très riche	27,7	271	23,2	316	23,3	219	40,4	85	26,2	891	26,3	1082
Ensemble		30,7	379	29,9	602	25,4	269	33,7	246	29,9	1495	36,7	5147

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## B.2 Proportion d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A lors d'une campagne selon certaines caractéristiques par district de santé

### B.2.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemdougou		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Sexe	Masculin	86,0	65	65,7	143	76,1	189	75,6	82	80,2	49	77,0	62	75,1	591	88,0	72	84,9	68	65,3	148	70,5	84	74,4	372
	Féminin	80,9	45	75,7	134	71,1	174	63,0	86	56,3	35	76,2	65	71,4	538	85,9	68	69,8	62	72,0	169	77,8	77	75,3	376
Âge	0	65,9	38	49,3	96	44,8	140	44,9	63	37,5	30	53,3	41	48,2	407	64,8	27	45,1	41	42,3	95	41,2	61	45,2	224
	1	90,3	48	78,3	106	93,1	122	80,3	56	87,0	31	93,9	52	86,9	414	90,6	74	94,6	59	82,0	154	93,9	64	88,1	350
	2	98,8	25	86,6	75	90,1	102	87,9	49	90,1	23	78,5	34	88,3	307	95,3	39	88,3	31	76,4	68	94,7	35	86,5	174
Niveau de vie	Très pauvre	86,9	46	60,5	62	78,6	133	64,9	71	69,0	51	67,8	63	71,8	427	65,3	17	86,5	15	69,1	33	63,1	51	68,1	116
	Pauvre	77,0	28	75,4	53	72,1	93	72,4	46	67,4	18	79,8	41	74,1	279	88,1	35	81,2	28	65,5	80	88,0	53	77,8	197
	Moyen	88,0	26	77,2	76	68,6	64	60,4	21	85,9	9	94,1	17	76,1	213	87,7	43	73,6	40	60,2	100	59,4	27	68,3	210
	Riche	79,1	11	72,2	73	69,8	55	80,3	21	66,3	5	100,0	5	73,5	169	93,2	45	76,6	35	84,5	68	80,9	18	84,8	166
	Très riche	-	0	49,7	13	75,4	18	81,0	9	-	0	-	0	68,3	40	100,0	1	75,5	12	71,1	36	81,1	11	74,0	59
Ensemble		83,9	110	70,5	277	73,7	363	69,2	168	70,3	83	76,6	127	73,3	1129	87,0	140	77,7	131	68,9	317	74,0	161	74,9	748

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

B.2.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectif
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif		
Sexe	Masculin	88,9	68	81,0	111	82,3	39	90,2	39	84,7	257	76,9	1220
	Féminin	84,6	53	77,8	116	60,7	49	78,1	57	76,1	275	73,7	1190
Age	0	74,3	36	59,6	76	45,3	17	30,1	16	58,2	146	49,2	777
	1	88,6	48	92,2	100	73,7	37	91,7	48	88,4	233	87,7	997
	2	97,5	37	83,7	50	79,1	34	96,9	33	88,8	154	87,9	635
Niveau de vie	Très pauvre	-	0	53,0	5	-	0	100,0	2	63,8	7	71,0	550
	Pauvre	-	0	78,6	9	-	0	92,2	2	81,1	11	75,8	486
	Moyen	75,7	2	80,2	31	37,0	2	78,2	14	77,6	49	72,8	472
	Riche	87,9	29	81,3	60	41,9	16	84,7	37	79,2	142	79,1	478
	Très riche	87,0	90	79,4	122	77,5	71	82,1	42	81,4	325	79,1	424
Ensemble		87,0	121	79,4	227	70,2	88	83,0	97	80,3	533	75,3	2410

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

### B.3 Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant d'anémie au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé

#### B.3.a Est et Nord-Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemdougou		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
<b>Sexe</b>	Masculin	7,9	44	11,4	227	2,7	106	15,0	41	4,0	39	9,6	75	8,9	532	2,2	127	2,9	82	7,6	317	1,9	103	5,0	630
	Féminin	9,6	26	7,3	204	7,7	97	8,8	40	6,2	25	8,6	91	7,8	484	0,2	114	5,5	60	8,0	320	5,9	77	5,9	570
<b>Âge</b>	0	10,7	29	14,4	107	3,7	109	9,1	41	2,6	29	10,3	49	8,8	364	0,8	124	4,1	70	8,9	191	2,2	80	4,9	465
	1	8,0	35	3,3	110	6,9	91	11,9	36	6,2	33	11,8	53	7,1	357	1,9	113	4,8	59	11,1	184	6,5	72	7,0	427
	2	0,0	3	9,1	74	0,0	3	43,4	4	29,5	1	4,9	21	9,3	106	0,0	2	0,0	5	7,8	93	0,0	9	6,7	109
	3	0,0	2	5,9	64	0,0	1	0,0	0	0,0	1	5,0	28	5,4	95	0,0	3	0,0	5	4,2	103	0,0	6	3,7	117
	4	0,0	1	14,6	77	-	0	-	0	0,0	0	8,9	15	13,5	94	-	0	0,0	3	1,5	67	0,0	13	1,2	83
<b>Niveau de vie</b>	Très pauvre	6,2	27	7,0	92	2,6	70	16,8	33	4,9	30	7,8	94	7,0	346	0,0	23	0,0	10	1,3	84	1,8	45	1,1	162
	Pauvre	10,7	19	6,4	80	7,4	52	11,8	25	6,4	21	5,8	46	7,4	243	1,2	76	6,8	24	5,6	170	4,1	57	4,4	328
	Moyen	4,8	18	8,0	115	12,9	36	0,0	11	5,2	5	26,2	14	9,4	199	0,3	91	2,3	51	5,6	183	0,0	31	3,3	357
	Riche	23,5	6	11,2	112	0,0	28	13,4	9	0,0	7	11,8	12	9,6	173	4,0	46	7,0	41	19,2	151	6,2	31	13,3	270
	Très riche	-	0	22,5	34	0,0	18	0,0	3	-	0	-	0	14,1	55	0,0	4	0,0	15	0,1	49	9,0	15	1,7	84
<b>Ensemble</b>		<b>8,5</b>	<b>69</b>	<b>9,5</b>	<b>432</b>	<b>5,1</b>	<b>204</b>	<b>12,0</b>	<b>81</b>	<b>4,9</b>	<b>64</b>	<b>9,1</b>	<b>166</b>	<b>8,4</b>	<b>1015</b>	<b>1,3</b>	<b>241</b>	<b>4,0</b>	<b>142</b>	<b>7,8</b>	<b>638</b>	<b>3,6</b>	<b>179</b>	<b>5,4</b>	<b>1200</b>

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

B.3.b Sud-Ouest et Ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectif
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif		
Sexe	Masculin	1,7	94	1,4	112	11,2	52	16,3	46	5,4	305	6,5	1467
	Féminin	0,0	77	5,1	126	0,3	74	24,8	74	7,1	351	6,9	1406
Âge	0	0,0	105	2,5	124	1,8	72	31,1	64	6,6	365	6,6	1194
	1	3,0	55	3,5	103	9,5	48	12,3	50	6,2	256	6,8	1040
	2	0,0	3	17,2	7	0,0	5	0,0	5	6,1	20	7,8	235
	3	0,0	8	0,0	4	53,8	0	0,0	0	1,9	13	4,3	225
	4	-	0	-	0	0,0	1	0,0	2	0,0	2	7,6	179
Niveau de vie	Très pauvre	-	0	0,0	4	-	0	44,2	2	14,6	6	5,3	514
	Pauvre	-	0	3,3	10	0,0	1	8,1	2	3,8	13	5,6	583
	Moyen	0,0	2	11,9	32	0,0	1	6,1	11	9,6	46	5,8	602
	Riche	0,0	57	2,9	54	1,2	19	14,4	49	4,9	180	9,8	623
	Très riche	1,5	112	1,7	139	5,6	104	30,6	56	6,5	411	6,5	549
Ensemble		1,0	171	3,4	239	4,8	126	21,5	121	6,3	657	6,7	2872

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012



B.4 Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été diagnostiqués comme souffrant de paludisme au moment de l'enquête selon certaines caractéristiques par district de santé

B.4.a Est et Nord- Ouest

		Est												Nord-Ouest											
		Ketté		Doumé		Abong-Mbang		Lomié		Messamena		Nguelemdougou		Sous-ensemble		Fundong		Kumbo East		Ndop		Nkambé		Sous-ensemble	
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Sexe	Masculin	41,3	44	18,9	232	4,7	106	15,6	42	8,4	39	10,4	81	15,7	544	,0	127	2,8	82	3,2	329	,2	106	2,0	644
	Féminin	19,8	26	17,8	213	6,5	97	22,5	41	7,1	25	3,0	94	12,7	497	,0	116	8,3	60	4,4	332	1,6	80	3,6	587
Âge	0	24,0	29	6,8	110	6,4	109	8,7	43	1,5	29	5,0	52	7,6	371	,0	122	1,2	70	2,1	203	1,0	82	1,2	476
	1	30,9	36	8,3	109	4,8	91	27,9	36	14,2	33	5,6	58	11,7	362	,0	117	4,4	59	,8	191	,3	75	1,0	441
	2	100,0	3	33,8	77	,0	3	40,3	5	,0	1	5,8	21	29,4	109	2,3	2	33,4	5	7,4	101	,0	10	7,9	117
	3	100,0	2	17,9	68	,0	1	100,0	0	,0	1	10,1	28	16,9	99	,0	3	40,9	5	6,1	93	6,7	7	7,7	108
	4	92,4	1	33,1	81	.	0	.	0	,0	0	8,1	17	29,2	100	.	0	,0	3	8,7	73	,0	13	7,2	89
Ni veau de vie	Très pauvre	41,7	27	16,4	103	7,2	70	17,8	33	10,2	30	8,0	100	13,7	363	,0	23	3,2	10	7,5	93	,5	47	4,3	173
	Pauvre	30,8	19	17,6	80	7,9	52	30,2	28	3,3	21	7,1	46	14,8	245	,1	76	8,4	24	2,8	178	,0	58	2,1	337
	Moyen	33,3	18	25,6	117	3,5	36	7,5	11	21,6	5	,0	17	19,1	204	,0	91	2,2	51	5,4	198	,0	32	3,2	372
	Riche	7,8	7	15,2	111	3,6	28	9,2	9	2,1	7	,0	12	11,2	174	,0	48	9,3	41	1,8	142	3,7	34	2,9	265
Ensemble	Très riche	.	0	11,2	34	,0	18	,0	3	.	0	.	0	7,0	55	,0	4	,0	15	,0	49	,0	15	,0	84
		33,4	70	18,3	445	5,6	204	19,0	84	7,9	64	6,4	175	14,3	1041	,0	243	5,1	142	3,8	661	,8	186	2,8	1231

Source : Enquête de base : Evaluation d'Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

B.4.b Sud- Ouest et ensemble

		Sud-Ouest										Ensemble	
		Buea		Kumba		Limbé		Mamfé		Sous-ensemble		%	Effectif
		%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif		
Sexe	Masculin	2,3	94	20,7	112	5,9	52	16,0	46	11,8	305	9,0	1493
	Féminin	5,8	77	16,5	124	,6	74	14,3	74	10,3	349	8,4	1433
Âge	0	4,2	105	9,3	124	1,9	72	10,5	64	6,5	365	4,8	1212
	1	4,1	55	26,0	101	2,4	48	17,1	50	15,0	253	8,0	1056
	2	,0	3	61,9	7	4,9	5	57,2	5	37,2	20	19,8	247
	3	,0	8	34,5	4	58,7	0	,0	0	14,0	13	12,2	220
	4	.	0	.	0	93,8	1	,0	2	20,4	2	18,8	191
Niveau de vie	Très pauvre	.	0	1,6	4	.	0	2,4	2	1,9	6	10,6	543
	Pauvre	.	0	33,0	10	,0	1	17,7	2	27,7	13	7,9	595
	Moyen	,0	2	40,2	32	,0	1	23,5	11	33,2	46	10,7	623
	Riche	8,5	57	19,9	52	5,1	19	7,3	49	11,1	177	7,6	616
	Très riche	1,6	112	12,5	139	2,4	104	20,4	56	8,0	411	6,7	549
Ensemble		3,9	171	18,5	236	2,8	126	15,0	121	11,0	654	8,7	2926

Source : Enquête de base : Evaluation d’Impact du FBR du Cameroun – IFORD, 2012

## ANNEXE C METHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR DU NIVEAU DE VIE NON MONETAIRE

L'indicateur du niveau de vie utilisé dans le cadre des analyses saisit les conditions d'existence. Il a été construit en utilisant les caractéristiques du logement et un certain nombre d'actifs détenus par le ménage. Cet indice, qui n'est autre qu'un proxy du niveau de vie, sera calculé au niveau du ménage et attribué au niveau individuel (dans notre cas les individus du ménage). Il sera utilisé pour dresser les profils socioéconomiques des ménages et des individus.

Il est à noter que l'approche non monétaire adoptée privilège le bien être des ménages, contrairement à l'approche monétaire qui donne beaucoup plus d'importance à leurs ressources.

Les principaux domaines pris en compte dans l'approche non monétaire utilisée se rapportent aux caractéristiques du logement, les biens d'équipement, des biens durables et de confort en termes d'hygiène, d'assainissement, de communication et de transport du ménage. D'autres actifs tels que le bétail ou la possession des terres sont considérés, afin de prendre en compte des actifs plus spécifiques au monde rural.

Plusieurs approches notamment l'approche d'entropie et l'approche d'inertie, permettent d'agréger les différentes dimensions de la pauvreté non monétaire afin d'avoir une vision d'ensemble de celle-ci. La construction utilisée dans le cadre de ce travail sera basée sur l'approche d'inertie à travers une analyse multidimensionnelle. Cette méthode d'agrégation a l'avantage de permettre d'éliminer, autant que possible, l'arbitraire dans le calcul d'un indicateur composite tout en évitant la redondance dans les choix des dimensions pertinentes du niveau de vie.

La technique d'analyse factorielle utilisée et la plus adaptée dans ce cas est celle de l'Analyse des Correspondances Multiples (ACM), car les indicateurs primaires sont mesurés au niveau des ménages sous la forme qualitative et peuvent être codifiés sous forme binaire.

Sa construction est basée sur l'approche inertie qui vise à définir un indicateur composite pour chaque unité (ménage) donné. La forme fonctionnelle est définie comme suit :

Considérons  $m$  l'indice d'un ménage donné et  $C_m$  sa valeur propre pour l'indicateur du niveau de vie  $Nivie$ , sa forme fonctionnelle est alors :

$$C_m = \frac{\sum_{k=1}^K \sum_{j_k} W_{j_k}^k I_{j_k}^k}{K}$$

Avec :

$K$  = nombre d'indicateurs catégoriels ;

$J_k$  = nombre de catégories de l'indicateur  $k$  ;

$W_{j_k}^k$  : le poids (score de premier axe normalisé,  $\frac{score}{\sqrt{\lambda_1}}$ ) de la catégorie  $J_k$

$I_{j_k}^k$  = la variable binaire 0/1, prenant la valeur 1 lorsque l'unité a la catégorie  $J_k$ .

Les coefficients de pondération obtenus par l'ACM correspondent aux scores normalisés sur le premier axe factoriel. La valeur de Nivie pour tout ménage  $m$  correspond à la moyenne des scores normalisés des variables catégoriques. Le poids d'une catégorie est la moyenne des scores normalisés des unités appartenant à cette catégorie.

Toutes les modalités des variables étant transformées en indicateurs binaires (0 ou 1), donnant au total  $P$  indicateurs binaires, l'indicateur Nivie pour un ménage  $i$  donnée, peut également s'écrire :

$$Nivie_i = \frac{\sum_{p=1}^P W_i I_{ip}}{K}$$

Avec,  $I_{ip}$  l'indicateur binaire (0/1), prenant la valeur 1 lorsque le ménage a la modalité  $p$  et 0 sinon.