

Paul Roger LIBITE et Eric JAZET

Ce chapitre est consacré à la présentation de certaines caractéristiques du Cameroun et de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-III) réalisée dans le pays. Il permettra au lecteur de se familiariser avec le contexte environnemental de l'enquête ainsi qu'avec les procédures techniques de mise en œuvre de l'opération.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2° et 13° degrés de latitude nord et les 9° et 16° degrés de longitude est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 kilomètres carrés. Il présente une forme triangulaire qui s'étire au sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'ouest en est sur 800 km. Il possède au sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'est par la République Centrafricaine, et au nord-est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

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

Le *sud forestier* (provinces du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale. Cette zone se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Cette région est propice à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa et du tabac, etc. Elle abrite les deux plus grandes villes du pays: Douala (première ville, principal port et capitale économique avec ses activités commerciales et industrielles), Yaoundé (deuxième ville et capitale politique). Citons aussi d'importants centres urbains comme Edéa caractérisé par son industrie lourde et sa centrale hydro-électrique, Limbe, siège de l'industrie pétrolière et Kribi, terminal du pipeline Tchad Cameroun.

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

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

1.1.2 Organisation politico administrative

Le Cameroun a été découvert par les Portugais en 1472 et colonisé par l'Allemagne en 1884. Le Cameroun est un pays bilingue¹, composé d'une zone francophone et d'une zone anglophone. En effet, au terme du Traité de Versailles (à la fin de la première guerre mondiale), le pays a été placé, en 1919, par la Société Des Nations (SDN) sous mandat des administrations française (pour le Cameroun Oriental avec pour capitale Yaoundé) et anglaise (pour le Cameroun Occidental avec pour capitale Buéa). Le pays accède à l'indépendance le 1^{er} janvier 1960 pour le Cameroun sous tutelle² française et le 1^{er} octobre 1961 pour le Cameroun sous tutelle anglaise. À cette dernière date, le Cameroun devient un Etat fédéral. Le 20 mai 1972, à la suite d'un référendum, la Fédération cède la place à l'État unitaire. Puis en 1983, la République Unie du Cameroun devient République du Cameroun. Après une longue période de régime du parti unique au lendemain de l'indépendance, le multipartisme est réintroduit au Cameroun par la loi N° 90/053 du 19 décembre 1990.

Le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel pour un mandat de sept ans renouvelable une fois. Le Président Paul Biya, au pouvoir depuis le 6 novembre 1982, a été réélu en octobre 2004 pour un deuxième septennat³. L'Assemblée Nationale composée de 180 députés exerce le pouvoir législatif; le Rassemblement Démocratique du Peuple Camerounais (RDPC), parti proche du pouvoir, y détient depuis septembre 2002 une large majorité avec 149 sièges. Les 31 autres sièges sont partagés entre le Social Democratic Front (SDF), l'Union des Populations du Cameroun (UPC) et l'Union Démocratique du Cameroun (UDC). Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême. Il existe également un Conseil Économique et Social et une Chambre/Cour des Comptes. La constitution de janvier 1996 prévoit par ailleurs un Sénat et un Conseil Constitutionnel.

1.1.3 Aperçu socio-économique

Le développement économique du Cameroun, repose principalement, comme la plupart des pays en voie de développement, sur le secteur primaire. Les productions agricoles vivrières (maïs, manioc, banane plantain, macabo, riz, mil, sorgho et arachide, etc.) et de rente (cacao, café, coton, caoutchouc, banane, ananas, etc.) font de l'agriculture camerounaise la plus riche d'Afrique Centrale. D'une manière générale, le pays est auto-suffisant sur le plan alimentaire. Cependant les habitudes alimentaires des populations ne favorisent pas toujours une alimentation quotidienne équilibrée. Il convient de relever que la partie nord du pays est souvent sujette à des famines épisodiques, conséquences des aléas climatiques (sécheresse prolongée, inondations) et des invasions des acridiens (criquets migrants). Les ressources pétrolières et forestières s'ajoutent à celles d'origine pastorale et agricole pour constituer des arguments de poids en faveur d'une base industrielle sur laquelle le pays pourrait s'appuyer pour accélérer son développement. En 2002, Le PIB était estimé à 7 609 milliards de FCFA, soit près de la moitié de celui de la CEMAC estimé à 16 627 milliards de FCFA ; le Cameroun constitue ainsi un poids lourd dans la sous-région CEMAC.

Cependant, le Cameroun reste un pays pauvre : selon la deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM II), en 2001, deux personnes sur cinq (40 %) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 232 547 FCFA par adulte et par an. Le taux d'activité de la population âgée de 15-64 ans était de 66 % en 1987 (deuxième RGPH). Selon l'ECAM, le taux d'activité (au sens du BIT) était estimé en 2001 à 72 %. D'autre part, le taux de scolarisation (personnes de 6-14 ans) qui était de 73 % en

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

² Après la seconde guerre mondiale, la SDN devient Organisation des Nations Unies (ONU); la notion de "Mandat" devient "Tutelle"; c'est ainsi que le Cameroun Oriental est placé sous tutelle française et Cameroun Occidental sous tutelle anglaise.

³ Avant la constitution de 1996, le mandat était de 5 ans, illimité et, depuis cette constitution, la durée du mandat a été allongée à 7 ans et renouvelable une seule fois.

1987 a été estimé en 2001 à 79 %. Le taux d'alphabétisation qui se situait en 1987 à 47 % est estimé à 68 % en 2001; mais reste encore assez faible pour les femmes (55 %).

Sur le plan macroéconomique, on notera qu'après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 80, le Cameroun a connu une crise économique à partir de l'année 1986. Le pays en est progressivement sorti à partir de l'année 1994 à la suite de la mise en œuvre des politiques économiques axées sur l'ajustement monétaire et les gains de compétitivité induits. Après l'exécution satisfaisante entre 1997 et 2000 de son premier programme économique et financier, appuyé par une Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée (FASR) du Fonds Monétaire International (FMI), les autorités camerounaises ont conclu en décembre 2000 un second programme soutenu par une Facilité pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (FCRP) mise en place par le FMI. Le Cameroun a enregistré de bonnes performances macroéconomiques en ce début du millénaire, ce qui lui a permis d'être admis à l'Initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le point de décision a été franchi en octobre 2000. En avril 2003, avec la mise en œuvre des programmes consignés dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), approuvé par les Institutions de Bretton Woods (IBW), le Cameroun envisage d'atteindre le point d'achèvement dans un avenir proche.

En matière de santé, en 1990 le Ministère de la Santé comptait 1 lit pour 393 habitants et 1 médecin pour 11 407 habitants. Selon nos calculs effectués à partir de la base des données de la carte sanitaire réalisée en 2004, le pays compte actuellement 1 lit pour 442 habitants et 1 médecin pour 5 673 habitants.

1.1.4 Milieu humain et démographie

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

- Les Soudanais, les Hamites et les Sémites vivant dans les provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord; ils sont généralement animistes ou islamisés ;
- les Bantous, Semi Bantous et apparentés, et les Pygmées dans le reste du pays ; ils sont généralement animistes ou christianisés.

Mis à part quelques enquêtes parcellaires, les recherches approfondies sur les problèmes démographiques du Cameroun, de portée nationale, sont assez récentes. C'est dans les années 70 que les premiers recensements et enquêtes d'envergure nationale et à caractère socio-économique ont été réalisés comme le Recensement Agricole (RA 1972), le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 1976), l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF 1978) et l'Enquête Nationale sur la Nutrition (ENN 1978). Au cours de la décennie 80, les opérations suivantes ont été réalisées : l'Enquête Budget-Consommation (EBC 1983-84), le deuxième Recensement Agricole (RA 1984) et le Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2e RGPH 1987). Au cours de la décennie 90, parmi les opérations réalisées, on peut citer la première Enquête Démographique et de Santé (EDSC-I) qui a eu lieu en 1991 suivie de la deuxième EDS (EDSC-II) en 1998; entre ces deux opérations, la première Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM I) s'est déroulée en 1996. Depuis le début du millénaire, deux enquêtes ont été réalisées ; il s'agit de l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS-2000) et de la deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM II 2001). Signalons enfin que le troisième RGPH est en cours de réalisation. Le tableau 1.1 présente les principaux indicateurs démographiques tels qu'ils ont été estimés par certaines de ces sources.

L'état civil date de l'époque coloniale. Cependant, l'enregistrement des événements à l'état civil n'est pas encore suffisamment ancrée dans les mœurs des populations, cela malgré la multiplication des

centres d'état civil sur l'ensemble du territoire. Du fait du sous enregistrement des actes d'état civil et du dysfonctionnement du système, les données provenant de cette source sont évidemment incomplètes.

Les sources d'informations les plus fiables sur le plan démographique restent donc les enquêtes démographiques régionales ou nationales et les recensements généraux de la population réalisés en 1976 et 1987.

Indicateurs	RGPH 1976 ^a	ENF 1978	RGPH 1987	EDSC-I 1991	EDSC-II 1998	MICS 2000
Population totale	7 663 296	-	10 493 655 ^a			
Taux brut de natalité (p.1 000)	45,0	-	41,0	39	37	-
Indice Synthétique de Fécondité	6,0	6,4	5,5	5,8	5,2	-
Taux brut de mortalité (p.1 000)	20,4	20,2 ^b	13,7	-	-	-
Taux de mortalité infantile (p.1 000)	156,5	113,0	86,0 ^a	65,0	77,0	76,0
Espérance de vie (e ₀ , en années)	44,4	44,9 ^b	54,3 ^a	-	-	-

^a Données ajustées
^b Estimations

Selon les résultats du dernier RGPH, la densité moyenne de peuplement était de 23 habitants au kilomètre carré. Cette population était inégalement répartie sur le territoire national, la proportion d'urbains étant de 38 %. De plus, la population du Cameroun est jeune : au dernier RGPH, les personnes âgées de 0-14 ans représentaient 46 % de la population totale.

Cette population augmente rapidement, le taux d'accroissement annuel moyen estimé à 1,9 % en 1950 a été évalué à 2,9 % en 1987. Cette évolution est imputable à la baisse de la mortalité et à une fécondité relativement constante mais dont le niveau demeure élevé. À ce rythme de croissance, la population doublerait en moins de 24 ans; en d'autres termes, si ce rythme de croissance se maintenait d'ici 2014, le Cameroun compterait environ 23 millions d'habitants.

1.1.5 Politique de population

Au début des années 80, le Cameroun a opté pour une intégration de la variable démographique dans le processus de développement socio-économique. Pour mener cette option à terme, les pouvoirs publics ont mis sur pied d'importantes mesures devant aboutir à cette fin. C'est ainsi qu'une Commission Nationale de la Population a été instituée en mars 1985, avec pour principale mission d'assister le Gouvernement dans la définition, l'orientation, l'harmonisation et la recherche des voies et moyens de mise en oeuvre de cette politique.

La Politique Nationale de Population adoptée par les pouvoirs publics avec une large participation de toutes les couches de la société camerounaise « a pour but d'améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans le cadre d'un développement durable en conformité avec la dignité humaine et les Droits Fondamentaux de l'Homme, en assurant notamment l'adéquation entre la croissance démographique et les ressources disponibles et accessibles »⁴. il s'agit de doter le Cameroun d'un potentiel humain de qualité.

Dans le cadre de cette politique, les objectifs généraux suivants ont été définis :

⁴ Tiré du préambule de la Déclaration de Politique Nationale de Population (MINEPAT, 2002).

- améliorer l'état de santé de la population en général, en fournissant des efforts particuliers dans le domaine de la santé de la reproduction pour améliorer l'état de santé des enfants et celui de leur mère;
- promouvoir l'éducation de base pour tous et celle des filles en particulier ;
- renforcer la lutte contre le chômage ;
- promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes ;
- renforcer l'autosuffisance et promouvoir la sécurité alimentaire ;
- promouvoir l'occupation rationnelle de l'espace et la préservation de l'environnement ;
- améliorer les conditions nécessaires à l'épanouissement et à la sauvegarde de la famille et de l'individu ;
- améliorer les conditions de mise en œuvre et de suivi/évaluation des programmes de population.

Ces objectifs généraux sont traduits en objectifs spécifiques et les orientations générales de leur mise en œuvre sont également définies. Leur exécution s'appuie sur des stratégies opérationnelles élaborées dans chaque secteur (stratégies sectorielles des différents ministères et organismes). Des actions appropriées, quantifiées et réalistes sont entreprises pour atteindre les objectifs fixés. La coordination est réalisée par la Commission Nationale de Population qui est secondée par un Comité Technique interministériel.

1.1.6 Politique de santé

1.1.6.1 Historique

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'ici l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun :

- La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot avait pour caractéristique : (i) l'exercice d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans le Cameroun Oriental, (ii) la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux, militaires, religieux et accessoirement aux colonisés ; (iii) l'extension (après la 1^{ère} guerre mondiale) du réseau sanitaire vers les zones rurales ; (iv) la formation médicale (Dakar) et para médicale (Ayos) ; (v) la mise sur pied des programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).
- La période post-indépendance ou phase des expérimentations axée sur la santé communautaire avait pour objectif général : « expérimenter des approches de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables et en harmonie avec leurs réalités locales ».
- La période post Alma Ata basée sur les Soins de Santé Primaires adopté en 1982, caractérisée par la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires, avait comme objectif général : « amener d'ici à l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé, leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive ».

- La politique actuelle se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin. Elle tient donc compte des recommandations issues de certaines rencontres importantes organisées par les Etats africains au cours desquelles des stratégies concertées ont été développées. Parmi ces rencontres, Il convient de citer ici la conférence de Lusaka (1985), la conférence interrégionale de l'OMS à Harare (Août 1987), le sommet des Chefs d'États de l'OUA (Juillet 1987) et la conférence de Bamako (septembre 1987).

1.1.6.2 Réformes récentes et mise en place d'une politique de santé

Au Cameroun, les réformes élaborées et rendues publiques en 1989 ont été officiellement adoptées en 1992 par la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et, en 1993, par la Déclaration de mise en œuvre de la « Réorientation des Soins de Santé Primaires ». Dans ce concept, les principes suivants constituent les éléments de base :

- la participation de la communauté dans le but de son auto responsabilisation vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des Droits de l'Homme, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de ces réformes, le centre de santé est appelé à jouer le rôle d'intermédiaire entre la communauté et les services de santé ; c'est aussi dans les centres de santé que sont dispensés les soins intégrés, continus et globaux. Ces réformes reposent sur :

- le financement des activités des Soins de Santé Primaires (SSP) par le biais des contributions communautaires et non communautaires ;
- le succès de la mise en œuvre des SSP par la supervision et le Système National d'Informations Sanitaires ;
- le développement de la participation communautaire par la mise sur pied et le fonctionnement des structures de dialogue et de gestion.

La mise en œuvre de ces politiques a conduit à l'élaboration du document des stratégies sectorielles de la santé qui a été adopté en octobre 2001. Dans ce document, le Gouvernement compte à l'horizon 2010 (i) réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale et la mortalité des groupes de populations les plus vulnérables, (ii) mettre en place, à une heure de marche et pour 90 % de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et (iii) pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des formations sanitaires et services de santé publics et privés à différents niveaux de la pyramide.

Pour atteindre ces objectifs, les autorités ont développé un ensemble de huit programmes à travers lesquels elles mènent des actions spécifiques pour améliorer sensiblement la santé des Camerounais. Il s'agit de (i) la lutte contre la maladie, (ii) la santé de la reproduction, (iii) la promotion de la santé, (iv) les médicaments et consommables médicaux essentiels, (v) le processus gestionnaire, (vi) l'amélioration de l'offre de la santé, (vii) le financement du secteur de la santé et (viii) le développement institutionnel.

Le programme « Lutte contre la Maladie » est axé sur (i) la lutte contre les grandes endémies de santé publique que sont le paludisme, première cause de mortalité et de morbidité pour lequel un

programme spécifique a été élaboré, la lèpre, l'onchocercose, la cécité, la trypanosomiase humaine africaine, le ver de guinée, la schistosomiase, (ii) la lutte contre certaines maladies chroniques constituant un problème de santé publique au nombre desquels l'hypertension artérielle, le diabète, l'épilepsie, la drépanocytose, les cancers, l'asthme, les affections rhumatismales, la surdité, (iii) la lutte contre les épidémies, notamment le choléra, la rougeole, la méningite cérébro-spinale, et la prise en charge des urgences dues aux catastrophes et accidents et (iv) la lutte contre la tuberculose et les IST/SIDA pour lesquelles un programme spécifique a été adopté en septembre 2000.

Le programme « Santé de la Reproduction » met l'accent sur (i) la santé de la mère, de l'adolescent et de la personne âgée, (ii) le programme élargi de vaccination (PEV) axé sur la protection des enfants de 0   11 mois et de 1 à 5 ans contre des maladies évitables par la vaccination telles que la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la variole, l'hépatite, la fièvre jaune, la poliomyélite, la rougeole, etc., (iii) la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) notamment les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la rougeole et les carences nutritionnelles chez les enfants de moins de 5 ans.

Le programme « Promotion de la Santé » concerne surtout (i) l'information, l'éducation et la communication de santé, éléments nécessaires pour amener les populations à adopter des comportements et styles de vie favorables à leur santé, (ii) l'alimentation et la nutrition nécessaires pour réduire l'incidence des malnutritions protéino-énergétiques, de l'anémie et de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, les adolescents, les femmes enceintes et celles qui allaitent et (iii) la santé mentale et le comportement humain.

Le programme « Médicaments Réactifs et Dispositifs Médicaux Essentiels » a pour but de développer des stratégies permettant de rendre disponibles dans toutes les structures sanitaires les médicaments essentiels, de préférence sous leur forme générique, les réactifs ainsi que les dispositifs médicaux essentiels de qualité, et d'en faciliter l'accès aux populations.

Le programme « Processus Gestionnaire », porte sur l'amélioration de la gestion financière du secteur de la santé, des infrastructures et équipements, des ressources humaines, du système d'information sanitaire, en vue d'améliorer l'offre des soins et services de la santé.

Le programme « Amélioration de l'Offre des Soins et Services » porte sur le développement des ressources humaines et des infrastructures et équipements, la réforme hospitalière et sur la définition et des protocoles et normes des soins. Ces différentes actions permettront de (i) rendre disponibles des ressources humaines tant sur le plan qualitatif que quantitatif pour la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, (ii) contribuer à l'amélioration de l'offre des services en matière de santé pour toutes les couches de la population camerounaise et (iii) contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des malades dans le réseau hospitalier.

Le programme « Financement de la Santé » consiste à (i) mettre en place un système tarifaire par protocole de soins, permettant d'assurer l'accessibilité sur le plan financier de toutes les couches de la population, en particulier des plus pauvres, aux soins de santé, (ii) d'augmenter le financement public de la santé et sa liquidité et (iii) d'encourager la promotion du partage du risque maladie dans le financement de la santé par l'intermédiaire notamment de la création par les communautés d'une mutuelle de santé au niveau de chaque district de santé.

Le programme « Développement Institutionnel », axé sur le renforcement des capacités institutionnelles et le développement du partenariat, vise à définir le rôle des différents acteurs qui interviennent dans le système de santé et de recentrer le rôle de coordination que doit jouer le Ministère de la Santé Publique pour le succès de la mise en œuvre de la stratégie.

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Organisation de l'EDSC-III

La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-III) fait partie du Programme International des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) de ORC Macro, Calverton, Maryland, U.S.A). Elle a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) en collaboration avec le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), avec l'assistance technique de ORC Macro. L'EDSC-III a été réalisée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par le biais du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, l'USAID, l'UNICEF et l'UNFPA. En outre, l'EDSC-III a bénéficié de l'apport financier du Gouvernement camerounais et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de la logistique.

D'autres organismes nationaux tels que le Bureau Central des Recensements des Études de la Population (BUCREP) et le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ont apporté leur expertise à la réalisation de cette opération.

1.2.2 Objectifs de l'EDSC-III

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-III) réalisée à partir d'un échantillon représentatif de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans vise à atteindre un certains nombre d'objectifs dont les principaux sont :

- recueillir des données à l'échelle nationale qui permettent de calculer des taux démographiques essentiels, plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile et infanto-juvénile et d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et la tendance de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;
- mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes par méthode ;
- recueillir des données sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement ;
- recueillir des données sur la prévention et sur le traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation de moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes, le traitement des enfants atteints de fièvre ;
- recueillir des données sur les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement, prendre des mesures anthropométriques pour évaluer l'état nutritionnel des femmes et des enfants, et réaliser un test d'anémie auprès des enfants de moins de cinq ans, des femmes de 15-49 ans ;
- recueillir des données sur la connaissance et les attitudes des femmes et des hommes au sujet des IST et du SIDA et évaluer les modifications récentes de comportement du point de vue de l'utilisation du condom ;
- recueillir des données permettant d'estimer, à l'échelle nationale, le niveau de la mortalité adulte et en particulier de la mortalité maternelle ;

- recueillir des données de qualité sur la connaissance, les opinions et la pratique de l'excision ;
- recueillir des données de qualité sur la violence domestique ;
- effectuer des prélèvements de sang pour le dépistage anonyme du VIH auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans afin d'estimer la prévalence du VIH dans la population adulte.

Les informations collectées au cours de l'EDSC-III permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1991 et de 1998. Ces données faciliteront aussi le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, ceux concernant la santé maternelle et infantile et le bien-être familial. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans les opérations précédentes et dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables avec les périodes antérieures et au niveau international.

1.2.3 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSC-III :

- le questionnaire ménage ;
- le questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ;
- le questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

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

Questionnaire ménage

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

Cependant, l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un ménage sur deux, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans). Le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

En outre, le questionnaire comprend, en page de garde, la localisation du ménage (province, département, arrondissement, district, quartier ou village), le nombre de visites effectuées par l'enquêteur et le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme, qui constitue le cœur de l'EDSC-III, a été élaboré sur la base du questionnaire modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les onze sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : cette section est consacrée aux informations concernant le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion, l'ethnie et l'exposition aux médias.
- **Reproduction** : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.
- **Planification familiale** : cette section a pour but de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives disponibles dans le pays, ainsi que sur leurs sources d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non utilisation de la contraception.
- **Santé des enfants** : cette section concerne les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Elle est composée de deux sous sections :
 - **Grossesse, soins postnatals et allaitement** : cette première sous-section est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. La deuxième sous-section concerne l'allaitement et les questions posées portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels.
 - **Vaccination et santé des enfants** : cette sous section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) ; de plus, cette sous-section comporte des questions sur les IRA, la diarrhée et la fièvre ainsi que sur le traitement des enfants de moins de cinq ans malades; les résultats à ces question permettent d'estimer la prévalence de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

- **Mariage et activité sexuelle** : cette section est consacrée aux données sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, les différents partenaires sexuels, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- **Préférences en matière de fécondité** : cette section a pour but de recueillir des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et, l'opinion concernant la taille de la famille.
- **Caractéristiques du conjoint et travail de la femme** : dans cette partie, les questions qui ont été posées ont pour but de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes. De plus, des questions spécifiques ont été posées pour évaluer le statut de la femme portant principalement sur le niveau de contrôle des femmes dans le ménage et sur leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. On a également demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains des rôles que la société leur confère.
- **SIDA et autres IST** : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence du VIH/sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles, ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida.
- **Mortalité maternelle** : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.
- **Excision** : cette section est posée dans un ménage sur deux (ménage où l'on a relevé les mesures anthropométriques) ; on collecte ici des informations sur l'importance de la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles, ainsi que sur l'attitude vis-à-vis de cette pratique.
- **Relations dans le ménage** : cette section est aussi posée dans un ménage sur deux (à l'opposé de la précédente, il s'agit des ménages où on n'a pas relevé les mesures anthropométriques). On s'intéresse ici à l'évaluation des relations entre les deux conjoints ainsi qu'à la prévalence de la violence (émotionnelle, physique et/ou sexuelle) au niveau général et au niveau du couple. Une seule femme du ménage concerné, tirée au hasard (utilisation de la grille de Kish) était soumise à cette section.

Questionnaire individuel homme

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

1.2.4 Echantillonnage

Un échantillon national de 11 556 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 12 domaines d'étude

(constitués des 10 provinces, de Douala et Yaoundé) pour lesquels on obtient une estimation pour tous les indicateurs clés.

L'échantillon a été sélectionné à deux degrés. Au premier degré, on a sélectionné des Unités Primaires de Sondage (UPS) à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établies lors des opérations de cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, menées par le BUCREP entre juin 2002 et avril 2003. Ces ZD ont servi de base de sondage pour le tirage de 466 grappes (222 rurales et 244 urbaines) lesquelles ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Au second degré, un échantillon de ménages a été sélectionné dans ces ZD. Les ménages ont été sélectionnés avec une probabilité inverse de façon à ce que l'échantillon soit auto pondéré à l'intérieur de chaque domaine.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (environ 12 000). De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon de 6000 hommes environ de 15-59 ans devait également être enquêté au cours de l'EDSC-III. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

Tableau 1.2 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle					
Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, Cameroun 2004					
Résultat	Milieu de résidence				
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
FEMMES					
Enquête ménages					
Ménages sélectionnés	1 941	3 401	5 342	6 214	11 556
Ménages identifiés	1 846	3 180	5 026	5 693	10 719
Ménages enquêtés	1 761	3 082	4 843	5 619	10 462
Taux de réponse des ménages	95,4	96,9	96,4	98,7	97,6
Enquête individuelle femme					
Effectif de femmes éligibles	2 179	3 495	5 674	5 630	11 304
Effectif de femmes éligibles enquêtées	1 935	3 335	5 270	5 386	10 656
Taux de réponse des femmes éligibles	88,8	95,4	92,9	95,7	94,3
HOMMES					
Enquête ménages pour l'enquête homme					
Ménages sélectionnés	988	1 733	2 721	3 163	5 884
Ménages identifiés	938	1 625	2 563	2 918	5 481
Ménages enquêtés	888	1 556	2 444	2 875	5 319
Taux de réponse des ménages	94,7	95,8	95,4	98,5	97,0
Enquête individuelle homme					
Effectif d'hommes éligibles	1 174	1 756	2 930	2 746	5 676
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	1 008	1 645	2 653	2 627	5 280
Taux de réponse des hommes éligibles	85,9	93,7	90,5	95,7	93,0

Des 466 grappes sélectionnées dans le cadre de l'EDSC-III, une seule n'a pu être enquêtée, car elle se trouvait dans la province de l'Extrême-Nord⁵. Au total, 11 556 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 10 719 ont été identifiés et étaient présents au moment de l'enquête. Parmi ces 10 719 ménages, 10 462 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,6 %, comme l'indique le tableau 1.2⁶.

À l'intérieur des 10 462 ménages enquêtés, 11 304 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 10 656 d'entre elles, l'enquête a pu être menée avec succès. Le taux de réponse s'établit donc à 94,3 % pour les interviews auprès des femmes.

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : au total 5 676 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 5 676 hommes devant être interviewés individuellement, 5 280 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 93,0 %.

1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans, et les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour le test d'anémie. En outre, ces femmes et ces hommes étaient éligibles pour le test du VIH. Les protocoles pour les tests de l'anémie et du VIH ont été approuvés par le Comité d'Éthique de l'ORC Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique du Cameroun.

Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue. Un consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant ou du jeune de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait sa permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins de six mois ou de moins d'un an et très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl pour les enfants, les hommes et les femmes non enceintes, et inférieur à 9 g/dl pour les femmes enceintes), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès des services de santé.

Test de VIH

Le test de VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été effectués chez tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH/sida est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique de l'ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique du Cameroun a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique à l'EDSC-III. Les informations concernant ce protocole, la méthode de

⁵ La population était en transhumance ; seuls 4 ménages sur 10 ont été couverts.

⁶ Les résultats détaillés concernant la couverture de l'échantillon figurent à l'annexe A.

prélèvement sanguin et l'algorithme des tests en laboratoire figurent au chapitre 16 sur la prévalence du VIH.

1.2.6 Personnel de l'EDSC-III

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs de l'EDSC-III, un comité technique a été mis en place sous l'autorité de l'Institut National de la Statistique. Ce comité technique était composé d'un Coordonnateur National, d'un Coordonnateur Technique, de 6 cadres de l'INS, 3 cadres du CNLS et un médecin de l'Hôpital général de Yaoundé. Ce comité technique, assisté d'une équipe de 7 experts de ORC Macro, a été complété par 4 éditeurs chargés des travaux informatiques et 2 secrétaires.

Par ailleurs, des experts nationaux issus des Ministères en charge des secteurs sociaux, des organisations internationales et des ONG ont été consultés pour l'adaptation des supports de collecte au contexte du pays.

Pour la collecte des données, 84 agents ont été retenus à l'issue d'une formation.

Au niveau de l'exploitation, 20 agents de saisie et 4 agents de vérification avaient été recrutés et affectés au pool de saisie.

La liste du personnel de l'EDSC-III ainsi que des experts nationaux et internationaux ayant participé à l'enquête se trouve en annexe D.

1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSC-III

Cartographie

Pour les opérations de mise à jour de la cartographie et de dénombrement des zones sélectionnées pour l'enquête, 28 agents ont été recrutés pour former 14 équipes de deux personnes chacune. Ces agents ont été formés en une semaine et ils ont reçu une formation dans la ville de Yaoundé où chaque équipe a dénombré au moins deux grappes avant d'être affectée dans une région. Les travaux se sont déroulés de novembre 2003 à février 2004. Ils consistaient spécifiquement à repérer les coordonnées géographiques des grappes avec un GPS, déterminer avec exactitude les limites des grappes, établir leur plan de situation et faire leur croquis, indiquer les positions relatives de chaque structure occupée par les ménages et dresser la liste de ces ménages.

Enquête pilote

Le pré-test s'est déroulé de novembre à décembre 2003, 28 enquêtrices et enquêteurs ayant été retenus pour suivre une formation de 25 jours. Pour les travaux de terrain du pré-test qui ont duré 10 jours, quatre zones d'enquêtes, ne faisant pas partie des zones de l'échantillon principal, ont été retenues : deux secteurs de Yaoundé pour le milieu urbain, la ville de Mfou pour le milieu semi urbain et le village Obout non loin de Mfou, représentant le milieu rural.

Le pré-test a permis d'identifier certaines erreurs dans les questionnaires, certaines imprécisions dans les traductions ainsi que des lacunes dans la formation ; à partir de ces enseignements, il a été possible de préparer la version finale des questionnaires, des instructions de l'enquête et la finalisation des lexiques de traduction en langues nationales.

Formation et enquête principale

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

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

- Les chefs d'équipe, au nombre de 14, ont été sélectionnés parmi les hommes qui ont suivi la formation principale et qui présentaient les meilleures aptitudes de compréhension des questionnaires et des techniques de prélèvements.
- Les contrôleuses ont été sélectionnées au nombre de 14 parmi les jeunes femmes ayant suivi la formation principale et qui présentaient les meilleures aptitudes de compréhension des questionnaires et des techniques de prélèvements.
- Les techniciens (28 dont 14 de sexe masculin) ont été sélectionnés au cours de la formation et formés sur les techniques de prélèvement avec les contrôleuses et les chefs d'équipes.
- Les enquêtrices (28 pour former 14 équipes) ont été sélectionnées après la formation et selon leurs résultats aux différents tests d'aptitude.

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

La collecte des données a démarré le 23 février 2004 par la couverture des grappes de Yaoundé par toutes les équipes. Chacune des équipes constituées a couvert deux grappes de l'échantillon dans la ville de Yaoundé ; ce qui a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne soient déployées dans leurs zones de travail respectives. La collecte s'est achevée durant la troisième semaine du mois d'août 2004.

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

Traitement des données

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

Analyse

Les travaux d'analyse ont été réalisés en collaboration avec ORC Macro. Sur les seize chapitres du rapport principal, onze ont été rédigés par les cadres nationaux, quatre par les experts de ORC Macro International et un chapitre a fait l'objet d'une rédaction conjointe. Un séminaire d'harmonisation d'une durée de dix-sept jours a été organisé à Kribi dans le sud du pays avant la finalisation du rapport principal. Ce séminaire qui a regroupé les auteurs des différents chapitres (à l'exception de ceux de ORC Macro) et les personnes ressources a permis aux participants de faire des observations sur les différents chapitres afin de préparer leur version finale. Cette version (du rapport principal et rapport de synthèse) a été réalisée au siège de l'ORC Macro par deux cadres de l'INS et deux de cette institution.