



Evaluation Rapide des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans les Régions du Nord et Extrême-Nord du Cameroun

Rédigé par :

**BETSI Emmanuel, BITOUGA Aristide, KITIO TEMGOUA Carole, KETCHOUM
Casimir, TCHAKOUNTE Romain, SOPPO Claire, LEZAMA Ines, GBADIGUI Suzanne,
NGOUM Belyse, ALAKE Grace, AHANDA ASSIGA Yves M., BECHIR ANOUEEN,
ZOUNG KHANI Anne Cécile.**

Avril 2013



Evaluation Rapide des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans les Régions du Nord et Extrême-Nord du Cameroun

Rédigé par :

**BETSI Emmanuel, BITOUGA Aristide, KITIO TEMGOUA Carole, KETCHOUM
Casimir, TCHAKOUNTE Romain, SOPPO Claire, LEZAMA Ines, GBAGUIDI Suzanne,
NGOUM Belyse, ALAKE Grace, AHANDA ASSIGA Yves M., BECHIR ANOUEEN,
ZOUNG KHANI Anne Cécile.**

Avril 2013

1 RESUME EXECUTIF

En réponse à la crise alimentaire et nutritionnelle qui sévit depuis 2011 dans la zone sahélienne du Cameroun, l'UNICEF en collaboration avec le gouvernement camerounais ont adopté le Plan d'Opérations pour le Nord et l'Extrême-Nord. Il ressort de ce Plan, que la réponse à la crise du Sahel passe par la mise en œuvre des interventions de prévention, de réponse à l'éducation et à la protection des enfants dans la perspective d'une réponse humanitaire globale mais aussi par des interventions spécifiques susceptibles de contribuer de façon significative et durable à la lutte contre la malnutrition et à l'amélioration de l'état de santé des mères et des jeunes enfants.

Dans la perspective de la mise en œuvre de ce Plan d'opérations dans les 43 Districts de Santé de ces Régions sahéliennes, cinq (05) principaux axes stratégiques ont été retenus. Notamment, l'amélioration de la qualité des services essentiels par le passage à échelle des services essentiels et le renforcement des capacités des agents, la communication pour le Développement, la coordination de la réponse d'urgence, la suivi-évaluation de la situation des activités et le plaidoyer et la mobilisation des ressources. Ces axes stratégiques étaient assortis des activités spécifiques notamment la mise en œuvre des activités complémentaires dans les domaines de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement (WASH), santé, éducation et protection de l'enfant. Celles-ci devaient être d'abord réalisées dans 16 districts prioritaires, avec un passage à échelle dans les 43 DS des Régions concernées, selon la disponibilité des ressources. Ces activités déduites des axes stratégiques du Plan d'Opérations visaient à maximiser leurs impacts sur les populations bénéficiaires en mettant un accent particulier sur les Pratiques Familiales Essentielles ayant un rapport direct avec la nutrition et l'alimentation chez les enfants de 0 à 5 ans.

C'est ainsi que la Communication pour le Développement (C4D) qui est fait partie des cinq (05) axes stratégiques a été retenue comme une intervention transversale devant jouer un rôle essentiel et primordial dans la prévention et la prise en charge communautaire de la malnutrition. En prélude au lancement de la campagne communautaire sur les PFE, une étude CAP sur les Pratiques Familiales Essentielles a été retenue et s'avérait être un préalable à la conduite de cette vaste campagne. Cette étude évaluative doit permettre de collecter des données sur les connaissances, les attitudes, les perceptions et les pratiques des populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE).

Sur le plan méthodologique, il s'est agi d'une étude qui intégrait à la fois un volet quantitatif et qualitatif. Les entretiens structurés ont constitué la principale méthode de collecte pour les données quantitatives de cette étude. Tandis que les entretiens semi-structurés, les groupes de discussion focalisés, la revue documentaire et l'observation directe ont constitué les méthodes qualitatives. Les méthodes probabilistes et non probabilistes ont été retenues pour la construction de cet échantillonnage. Le choix des Districts et des Aires de santé a pris en compte les critères suivant : l'existence des enfants souffrant de la malnutrition aiguë sévère (MAS), le passage des épidémies de choléra et de maladies hydriques ainsi que l'accessibilité des zones à enquêter. Au total, 37 AS ont été retenus, 666 ménages ont été enquêtés, 55 entretiens approfondis ont été menés et 16 groupes de discussion dirigés ont été effectués.

L'étude CAP sur les pratiques familiales essentielles (PFE) est parvenue aux résultats suivants :

En ce qui concerne les caractéristiques des ménages, il est ressorti qu'indépendamment des Régions et du sexe du chef de ménage deux principaux mode d'éclairage sont utilisés : la lampe à pétrole (35,7%) et AES/SONEL (35,1%). De même, le mode de conservation des aliments le plus utilisé est le chauffage (62,8%). La radio (58,0%) est le canal d'information le plus utilisé par les hommes tandis que chez les femmes c'est le bouche à oreille (51,0%). De même, le mode de conservation des aliments le plus utilisé est le réchauffage (62,8%). La radio (58,0%) est le media fonctionnel d'information le plus utilisé par les hommes tandis que chez les femmes c'est le bouche à oreille (51,0%). Par ailleurs, la grande partie de ces populations vivent dans des logements dont le principal matériau du sol est la terre (60,4%) et les matériaux du mur les plus utilisés sont le béton/parpaing /briques cuites et la pise/terre battue (36,6%). Les tôles/tuiles (59,5%) et les nattes/chaumes (31,2%) sont les deux matériaux les plus utilisés par les ménages pour revêtir la toiture de leur logement. Que ce soit au Nord comme à l'Extrême- Nord, les toilettes de type traditionnel (84,7%) sont les plus répandues. Enfin le nombre

moyen de moustiquaire par ménage est de trois (03) et le nombre de dose de VAT reçu par les femmes en âge de procréer est de deux (02) en moyenne.

Pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques individuelles, indépendamment de la Région on constate que la population enquêtée est essentiellement féminine (59,8%). Les jeunes de plus de 15 ans (30,4%) représentent la grande couche de la population. Le niveau d'étude primaire (36,0%) est le plus représenté. Les populations des deux Régions sont dans leur grande majorité mariées (50,2%) et sont musulmanes (49,7%).

Parlant des PFE, il est ressorti que les populations des deux Régions, indépendamment des districts de santé, du sexe et de la religion ont un bon niveau de connaissance de certaines PFE notamment la CPN, la vaccination plus, la MILDA, les composantes du WASH et l'enregistrement des naissances. Cette bonne connaissance observée dans les deux Régions d'étude est notamment le résultat de la forte sensibilisation, mobilisation et communication menée par les pouvoirs publics à travers les prestataires, les organisations de la société civile, les organisations à base communautaire et associations diverses sur ces PFE. Au contraire, le faible niveau de connaissance de l'allaitement maternel exclusif de l'éveil du jeune enfant et de l'utilisation du SRO est consécutif à l'absence de sensibilisation et à l'ignorance des populations.

En ce qui concerne les attitudes, les populations du Nord et de l'Extrême Nord sont favorables à la vaccination plus, au WASH, à l'enregistrement des naissances, l'éveil du jeune enfant et à la MILDA. Ceci s'expliquant par la bonne perception qu'elles ont de ces PFE. Par contre, les populations ne sont pas favorables à l'utilisation du SRO et à l'allaitement maternel exclusif. Les raisons étant que la tradition et les habitudes culturelles influencent de manière considérable leur perception mais en plus l'allaitement maternel exclusif est perçu comme étant une activité pénible pour les populations. Les attitudes mitigées sur la CPN se justifient non seulement par les coûts financiers élevés mais aussi à cause de l'exposition à la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin. Certains hommes estiment que la CPN prédisposerait leurs épouses à l'adultère.

L'étude CAP sur les PFE a permis de relever que le bon niveau de connaissances et les perceptions positives qu'ont les populations ne garantissent pas la pratique systématique des PFE dans les deux Régions. En effet, si dans la Région du Nord les mauvaises connaissances sur l'allaitement maternel exclusif, l'utilisation du SRO et l'éveil du jeune enfant peuvent justifier les attitudes mitigées voire défavorables sur ces PFE et par conséquent leur faible pratique. Ceci n'est pas le cas dans l'Extrême Nord car bien que les populations ont une bonne connaissance et une attitude favorable sur le WASH et l'enregistrement des naissances, l'on observe tout de même une pratique mitigée de ces PFE. Comme facteurs explicatifs de cette situation, l'enquête a fait ressortir pour le cas spécifique de l'enregistrement des naissances que la non prise en compte des réalités socioculturelle et religieuses, les difficultés et le coût liés à l'établissement de l'acte de naissance, l'ignorance et la négligence sont les facteurs qui limitent ou qui freinent la pratique systématique de cette PFE. Pour ce qui est du WASH, elle est perçue par les populations comme une intervention exogène. Comme facteurs qui limitent la pratique systématique du WASH, il y a entre autre : la pauvreté, la précarité des ménages, les difficultés liées à l'approvisionnement en eau potable, les habitudes quotidiennes, les us et coutumes et le faible niveau d'instruction des femmes qui ont la charge des activités ménagères et domestiques dans les ménages.

2 TABLES DES MATIERES

1	RESUME EXECUTIF	3
2	TABLES DES MATIERES	5
	LISTE DES TABLEAUX	9
3	Liste des figures.....	12
	INTRODUCTION.....	15
	1.1.Contexte et justification.....	15
	1.2.OBJECTIFS.....	18
	1.2.1.Objectif Général :	18
	1.2.2.Objectifs Spécifiques.....	18
	1.2.3.Résultats attendus	18
2.	CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE.....	19
	Type d'étude :	19
	Méthode et outils de collecte	19
	2.1.1.Critères d'inclusion :	19
	2.1.2.Echantillonnage	19
	2.1.3.Taille de l'échantillon.....	21
	2.1.4.Méthodes et outils de collecte – volet quantitatif.....	21
	2.1.5.Outils de collecte - Volet quantitatif.....	22
	2.1.6.Méthodes et outils de collecte – volet qualitatif	22
	2.1.7.Outils de collecte – Données qualitatives.....	22
	Collecte des données	23
	2.1.8.Déroulement de l'enquête pilote (Pré-test).....	23
	2.1.9.Formation des enquêteurs.....	23
	2.1.10.Déroulement de la collecte	23
	2.1.11.Ressources humaines.....	24
	2.1.12.Ressources financières.....	24
	2.1.13.Modalités administratives.....	24
	2.1.14.Exigences éthiques	24

Méthodes et outils d'analyse des données Analyse des données quantitatives	24
2.1.15.Dépouillement des données quantitatives.....	24
2.1.16.Saisie des données quantitatives.....	25
2.1.17.Traitement des données quantitatives.....	25
2.1.18.Exploitation et analyse des données quantitatives.....	25
Analyse des Données qualitatives	25
2.1.19.Transcription des données qualitatives.....	25
2.1.20.Codification des données qualitatives.	25
2.1.21.Analyse des données qualitatives.	25
Limites et difficultés de l'étude.....	25
3. CHAPITRE III : RESULTATS DE L'ETUDE.....	27
Caractéristiques sociodémographiques des ménages et de la population.....	27
3.1.1.Caractéristiques des ménages	27
3.1.2.Caractéristiques des ménages et de l'habitat	27
3.1.2.1.Modes d'éclairage	27
3.1.2.2.Modes de cuisson des aliments.....	28
3.1.2.3.Modes de conservation des aliments	28
3.1.2.4.Canaux fonctionnels d'information.....	29
3.1.2.5.Matériaux du sol.....	29
3.1.2.6.Matériaux du mur	30
3.1.2.7.Matériaux du toit	30
3.1.2.8.Types de toilettes.....	30
3.1.2.9.Possession des moustiquaires imprégné d'insecticide à longue durée d'action dans les ménages	31
3.1.2.10.Nombre de doses de VAT	31
3.1.3.Caractéristiques de l'échantillon	32
3.1.3.1.Sexe et âge.....	32
3.1.3.2.Niveau d'instruction	32
3.1.3.3.Statut matrimonial	33
3.1.3.4.Religion	33
3.1.3.5.Statut socioprofessionnel.....	33

3.1.4. ACCES AUX SOINS DE SANTE.....	34
3.1.4.1.Moyens utilisés pour se rendre à la formation sanitaire	34
3.1.4.2.Méthodes connues pour l'accès aux médicaments	34
3.1.4.3.Principale source d'approvisionnement en médicaments.....	35
3.1.4.4.Existence d'une boîte à pharmacie	36
3.1.4.5.Canal d'obtention des informations sur la santé.....	36
3.1.4.6.Appréciation de la qualité des services disponibles dans la formation sanitaire	37
3.1.4.7.Raisons de l'insatisfaction des services de la formation sanitaire	37
CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUES SUR LES PFE.....	39
Situation des PFE dans la Région de l'Extrême-Nord	39
3.1.5.1.Niveau de connaissance sur les PFE	39
3.1.5.2.Attitudes sur les PFE	40
3.1.5.3.Pratiques sur les PFE.....	41
Situation des PFE dans la Région du Nord	43
3.1.5.4.Connaissance des PFE.....	43
3.1.5.5.Attitudes sur les PFE	43
3.1.5.6.Pratiques sur les PFE.....	44
CAP SUR LES PFE	45
3.1.6.Consultation prénatale (CPN).....	45
3.1.6.1.Connaissances sur la CPN	45
3.1.6.2.Attitudes sur la CPN	47
3.1.6.3.Pratiques de la CPN.....	48
3.1.7.L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : allaitement maternel exclusif et alimentation complémentaire	53
L'alimentation dans des circonstances exceptionnellement difficiles.....	55
VIH et alimentation du nourrisson	56
3.1.7.1.Connaissance	56
3.1.7.2.Attitudes	60
3.1.7.3.Pratique.....	62
3.1.8.L'utilisation de la SRO pour la prise en charge de la diarrhée.....	66
3.1.8.1.Niveau de connaissance sur la SRO.	66

3.1.8.2. Attitudes des populations vis à vis de la SRO.....	70
3.1.8.3. Pratiques des populations vis à vis de la SRO.....	71
3.1.9. La vaccination Plus.....	73
3.1.9.1. Niveau de connaissance des populations sur la vaccination Plus.....	74
3.1.9.2. Attitudes des populations sur la Vaccination Plus.....	76
3.1.9.3. Pratiques des populations sur la Vaccination Plus.	78
3.1.10. Enregistrement des naissances.	80
3.1.10.1. Connaissance	80
3.1.10.2. Attitudes des populations sur l'enregistrement des naissances	83
3.1.10.3. Pratiques des populations sur l'enregistrement des naissances.	83
3.1.11. Le WASH.....	86
3.1.11.1. Connaissance	86
3.1.11.2. Attitudes des populations des Régions d'étude sur le WASH.....	88
3.1.11.3. Pratique des populations sur le WASH	89
3.1.12. L'utilisation de la MILDA.....	97
3.1.12.1. Niveau de connaissances des populations sur la MILDA	97
3.1.12.2. Attitudes vis-à-vis de la MILDA	99
3.1.12.3. Pratiques sur la MILDA	100
3.1.13. Eveil du jeune enfant	102
3.1.13.1. Connaissance des populations sur l'éveil du jeune enfant.....	102
3.1.13.2. Pratiques des populations vis-à-vis de l'éveil du jeune enfant	104
Conclusion.....	105
4. Recommandations	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: DS retenus pour la Région de l'Extrême Nord.....	19
Tableau 2: DS retenus dans la Région du Nord.....	20
Tableau 3: DS et AS concernés par l'enquête PFE dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord	20
Tableau 4: Bilan de la collecte.....	27
Tableau 5: Répartition des ménages suivant le principal mode d'éclairage selon la Région et le sexe du chef de ménage.....	28
Tableau 6: Répartition des ménages suivant le principal mode d'énergie utilisé pour la cuisson selon la Région et le sexe du chef de ménage	28
Tableau 7: Répartition des ménages suivant le principal mode de conservation des aliments selon la Région et le sexe du chef de ménage	28
Tableau 8: Proportion des ménages (utilisant) le média par type selon la Région et le sexe du chef de ménage	29
Tableau 9: Répartition des ménages suivant le principal matériau du sol selon la Région et le sexe du chef de ménage.....	29
Tableau 10: Répartition des ménages suivant le principal matériau du mur selon la Région et le sexe du chef de ménage.....	30
Tableau 11: Répartition des ménages selon le principal matériau du toit par Région et sexe du chef de ménage	30
Tableau 12: Nombre moyen de moustiquaire par ménage, proportion de ménage ayant une milda selon la Région et le sexe du chef de ménage.....	31
Tableau 13: Nombre moyen de doses de VAT reçus par les femmes en âge de procréer selon la Région	32
Tableau 14: Répartition des individus suivant le sexe et la tranche d'âge selon la Région	32
Tableau 15 : Répartition des individus de 10-49 ans suivant le statut matrimonial la Région	33
Tableau 16: Répartition des personnes de 10-49 ans suivant la religion et selon la Région	33
Tableau 17: Répartition des personnes de 10-49 ans suivant le statut socioprofessionnel et selon la Région.....	33
Tableau 18: Moyen utilisé pour se rendre à la formation sanitaire la plus proche.....	34
Tableau 19: Canal utilisé pour avoir accès au médicament	35
Tableau 20: Sources d'approvisionnement en médicament	35
Tableau 21: Disponibilité d'une boîte à pharmacie dans les ménages.....	36
Tableau 22: Canal d'information sur la santé (Tableau à reprendre).....	36

Tableau 23: Satisfaction sur l'utilisation de la FS	37
Tableau 24: Raisons de l'insatisfaction	38
Tableau 25: Matrice PFE – Niveau de Connaissances des populations de l'Extrême-Nord sur les PFE.	39
Tableau 26: Matrice PFE, Attitudes des populations de la Région de l'Extrême-Nord	41
Tableau 27: Matrice PFE, Pratiques des Populations de la Région de l'Extrême-Nord.....	42
Tableau 28: Matrice PFE, Connaissance des populations de la Région du Nord	43
Tableau 29: Matrice PFE, Attitudes des populations de la Région du Nord	44
Tableau 30: Matrice PFE, Pratiques des populations de la Région du Nord.	45
Tableau 31: Nombre moyen de CPN effectué par les femmes lors du dernier accouchement selon la Région.....	49
Tableau 32: Lieux de naissance du dernier enfant.....	51
Tableau 33: Personne ayant assisté la femme lors de son dernier accouchement	51
Tableau 34: Répartition des femmes selon la fréquence des tétées par jour.....	57
Tableau 35: Proportion de femme avec un enfant de 0 à 24 mois ayant donné le colostrum.	58
Tableau 36: Répartition des femmes selon le type de nourriture donnée à l'enfant.....	58
Tableau 37: Répartition des femmes ayant un enfant de 0 à 24 mois selon le temps de mise au sein.	62
Tableau 38: Répartition des femmes avec un enfant de 0 à 24 mois selon la décision de la mise au sein.	63
Tableau 39: Répartition des femmes selon ce qui est donné à l'enfant lorsqu'il a soif.	64
Tableau 40: Répartition des femmes selon la raison du refus de l'introduction des aliments de complément.....	65
Tableau 41: Reconnaître la diarrhée.	67
Tableau 42 : Canal d'information sur le traitement de la diarrhée.	68
Tableau 43: Mesures prises pour le traitement à la maison de la diarrhée.	70
Tableau 44: Vaccination	79
Tableau 45: Méthodes de traitement de l'eau.....	87
Tableau 46: Canal d'information sur le WASH	88
Tableau 47: Outil de nettoyage des fesses après les selles.....	90
Tableau 48: Type d'ustensile utilisé pour puiser de l'eau.....	92
Tableau 49: Source d'eau de boisson.	93
Tableau 50: Fréquence de lavage des mains.	94

Tableau 51: L'habitude de vider la poubelle.....	95
Tableau 52: Nombre de fois que la maison est balayée.	96
Tableau 53: Possession de la MILDA.....	100
Tableau 54: Fréquence d'utilisation de la MILDA.	101

3 Liste des figures

Figure 1: Répartition des ménages suivant le type de toilette selon la Région	30
Figure 2: Les toilettes du camp des réfugiés de Madagascar (KOUSSERI).....	31
Figure 3 : Répartition des individus de 10-49 ans suivant le niveau d'instruction et la Région.....	32
Figure 4: Causes de la diarrhée.	67
Figure 5: proportion des enfants disposant d'un acte de naissance.....	84

LISTES DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AME	<i>Allaitement maternel exclusif</i>
ARC	<i>Agent Relais Communautaire</i>
ASC	<i>Agent de santé communautaire</i>
AS	<i>Aire de Santé</i>
CAP	<i>Connaissances, Attitudes et Pratiques</i>
CBS	<i>Chef de Bureau Santé</i>
C4D	<i>Communication For Development</i>
CPN	<i>Consultation Pré Natale</i>
CSSD	<i>Chef de Service de Santé de District</i>
DROS	<i>Division de la Recherche Opérationnelle en Santé</i>
DRSP	<i>Délégation Régionale de la Santé Publique</i>
DS	<i>District de Santé</i>
DSF	<i>Direction de la Santé Familiale</i>
EDS	<i>Enquête Démographique et de Santé</i>
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
FOSA, FS	<i>Formation Sanitaire</i>
GIZ	<i>Coopération Internationale Allemande</i>
HD	<i>Hôpital de District</i>
HR	<i>Hôpital Régional</i>
IEC	<i>Information, Education, Communication</i>
INS	<i>Institut National de la Statistique</i>
JNV	<i>Journées Nationales de Vaccination</i>
MAS	<i>Malnutrition Aigue Sévère</i>
MICS	<i>Multiple indicators Cluster Survey</i>
MILDA	<i>Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action</i>
MINEDUB	<i>Ministère de l'Education de Base</i>
MINEPAT	<i>Ministère de l'Economie, de la planification et de l'Aménagement du Territoire</i>
MINES	<i>Ministère des Enseignements Secondaires</i>
MINJEUN	<i>Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique</i>
MINPROFF	<i>Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille</i>
MINSANTE	<i>Ministère de la Santé Publique</i>
OBC	<i>Organisation à Base Communautaire</i>

OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONG	<i>Organisation Non Gouvernementale</i>
OSC	<i>Organisation de la Société Civile</i>
PCIME	<i>Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant</i>
PF	<i>Planification Familiale – Planning Familial</i>
PFE	<i>Pratique Familiale Essentielle</i>
PF/SR	<i>Point Focal Santé de Reproduction</i>
PTF	<i>Partenaire Technique et Financier</i>
PTME	<i>Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA</i>
RGPH	<i>Recensement Général de la Population et de l'Habitat</i>
SASNIM	<i>Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle</i>
SIDA	<i>Syndrome de l'immuno déficience acquise</i>
SONU	<i>Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence</i>
SOUB	<i>Soins Obstétricaux d'Urgence de Base</i>
SRO	<i>Solution de Réhydratation Orale</i>
SSD	<i>Service de Santé de District</i>
UNFPA	<i>Fonds des Nations Unies pour la Population</i>
UNICEF	<i>Fonds des Nations Unies pour l'enfance</i>
VAT	<i>Vaccin Anti Tétanique</i>
WASH	<i>Water Sanitation and Hygiene (Eau, Hygiène et Assainissement)</i>

INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

Le déficit pluviométrique enregistré en 2011 a eu comme conséquences directes la faible production agricole dans les deux Régions sahéliennes du Cameroun à savoir: les Régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Cette situation, ajoutée à la situation de précarité, d'incidences de maladies et de pauvreté a entraîné de manière indirecte une malnutrition aigüe qui, faut-il le rappeler demeure un problème de santé publique au Cameroun. En effet, l'enquête nationale EDS-MICS 2011 a relevé que les Régions les plus affectées par la malnutrition chronique chez les 06 à 59 mois sont l'Extrême-Nord (45%), le Nord (40%), l'Adamaoua (40%) et l'Est (37%). Les enfants de moins de cinq ans sont ceux qui payent le plus lourd tribut. De manière globale, 32,5% des enfants de 06 à 59 mois souffrent de malnutrition chronique, et 14.1%, de la malnutrition chronique sévère. Parmi les enfants âgés de 0 à 59 mois, 5,6% souffrent de malnutrition aigüe, et 1,9 % de malnutrition aigüe sévère.

L'enquête nationale sur l'anémie et la carence en vitamine A réalisée en 2000 a montré que 40% des enfants de 12 à 59 mois sont affectés par la carence en vitamine A. Sur l'ensemble du territoire, quatre Régions ont des taux supérieurs à la moyenne nationale : Extrême-Nord, 48% ; Nord, 63% ; Littoral, 40% ; Sud, 40%. Selon EDS-MICS 2011, l'anémie touche 60,3% des enfants de 6-59 mois et 39,5% des femmes en âge de procréer. Le secteur nutrition estime que 55.000 enfants de moins de cinq ans auraient été atteints de malnutrition aigüe sévère dans ces 2 Régions en 2012.

En ce qui concerne la **malnutrition aigüe globale (émaciation)** chez les enfants de 6 à 59 mois, les données MICS, EDS-MICS relèvent des taux stagnants de 7% en 2006 et 6% en 2011. Les Régions du Nord (10%) et de l'Extrême Nord (12%) affichent des taux de malnutrition aigüe qui dépassent le seuil d'alerte de 10%. Les enquêtes SMART (Standardized Monitoring Assessment in Relief and Transitions) organisés dans ces Régions en 2011 et 2012 confirment que la malnutrition aigüe globale est critique et que les seuils d'urgence pour les formes sévères sont dépassés (2,9% malnutrition aigüe sévère pour l'Extrême Nord et 3,1% pour le Nord en juillet 2011).

Au regard de ce profil épidémiologique sombre, il devenait urgent et important de renforcer les capacités des structures de santé concernées sur la prise en charge de la malnutrition aigüe et des maladies infantiles (pneumonie, paludisme et diarrhée) et de mettre en œuvre au niveau de ces deux Régions, des actions préventives et curatives en nutrition concomitamment à des actions de santé et de WASH.

En réponse à cette crise nutritionnelle dans la Région sahélienne du Cameroun, l'UNICEF en collaboration avec le gouvernement camerounais ont adopté le Plan d'opérations pour la Région Sahélienne du Cameroun en 2011: Régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Ce dernier fait ressortir dans ses grandes lignes non seulement les interventions de prévention, de réponse à l'éducation et à la protection des enfants dans la perspective d'une réponse humanitaire globale mais aussi des interventions spécifiques susceptibles de contribuer de façon significative à la lutte contre la malnutrition et à l'amélioration de l'état de santé des mères et des jeunes enfants.

Dans la perspective de passer à la mise en œuvre de ce Plan d'opérations dans les 43 Districts de Santé de ces Régions sahéliennes, cinq (05) principaux axes stratégiques ont été retenus. Il s'agit notamment de :

1. L'amélioration de la qualité de services essentiels par le passage à échelle des services essentiels, et le renforcement des capacités des agents de santé et les agents de santé communautaire.
2. **La Communication pour le Développement.**
3. La Coordination de la réponse d'urgence (paquet intégré)
4. Le Suivi-évaluation de la situation et des activités.

5. Le Plaidoyer et la mobilisation des ressources.

De manière globale, les activités liées à ces axes stratégiques devaient être d'abord réalisées dans 16 districts prioritaires, avec une expansion de couverture aux autres DS des Régions concernées selon la disponibilité des ressources. Les districts retenus sont ceux qui ont le plus grand nombre de cas d'enfants souffrant de la malnutrition aigüe sévère (MAS) au Nord et à l'Extrême-Nord:

- Extrême Nord (8): Goulfey, Kousseri, Mada et Makary, Yagoua, Kaelé, Guéré, et Kar-Hay.
- Nord (8): Bibemi, Figuil, Guider, Golombe, Rey-Bouba, Poli, Tcholliré, Touboro.

Les principales pratiques clés retenues sont : la promotion et le soutien à l'Allaitement maternel exclusif Jusqu'à 6 mois et à une alimentation de complément appropriée, l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour tous les enfants de moins de 5 ans et toutes les femmes enceintes et femmes allaitantes dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, la prise en charge de la diarrhée à domicile, la reconnaissance des premiers signes de la diarrhée par les familles et l'administration du SRO aux enfants, le lavage des mains au retour des toilettes et avant de manger, la CPN/PTME, la Vaccination Plus, l'enregistrement des naissances et l'éveil du jeune enfant.

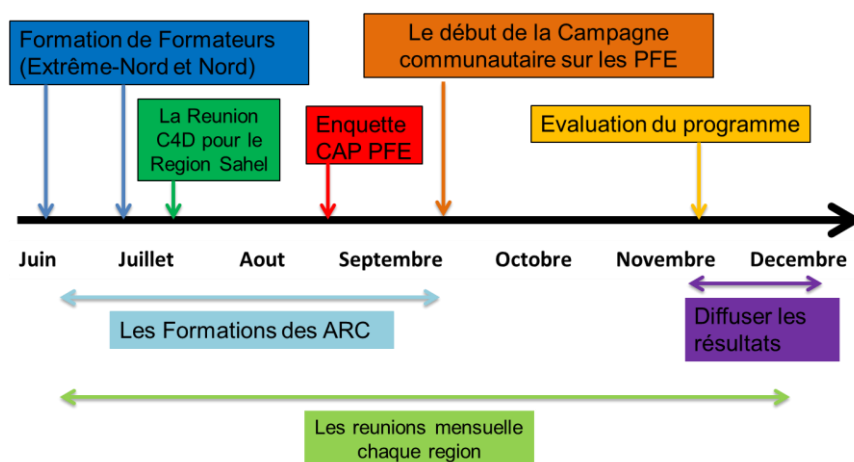
Ces activités déduites des axes stratégiques du Plan d'Opérations visaient à offrir un paquet d'intervention ayant un fort impact sur la survie de l'enfant et visent à lui donner un bon départ.

De manière spécifique, la Communication pour le Développement (C4D) a été retenue comme une intervention transversale devant jouer un rôle essentiel et primordial dans la prévention et la prise en charge communautaire de la malnutrition. Elle « *est un processus social qui favorise le dialogue entre les communautés et les décideurs aux niveaux local, national et Régional. Son but est de promouvoir, développer et mettre en œuvre des politiques et des programmes qui améliorent la qualité de vie pour tous* (McCall, 2011) ». Le C4D utilise 4 stratégies à savoir : La communication axée sur les changements comportementaux, la communication pour le changement social, la communication visant à promouvoir des pratiques nouvelles et les activités visant à soutenir et renforcer un environnement médiatique et de communication favorable à l'adoption de pratiques nouvelles (McCall, 2011).

De ce fait, plusieurs activités de C4D ont donc été identifiées et développées. Il s'agissait de : a) la formation des formateurs en C4D, b) la formation des agents de sante communautaire (ASC), c) la conduite d'une enquête CAP PFE, d) la conduite de la campagne communautaire sur les PFE, e) l'évaluation du Programme et f) la diffusion des résultats. Toutes ces activités ont pour objectifs de promouvoir l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de nutrition maternelle et de santé avec les acteurs principaux qui sont : les ASC, les groupes communautaires, les chefs de communautés, les partenaires locaux et les radios communautaires locales. Elles s'appuient sur la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement et s'appliquent à toutes les structures de participation communautaire sur le terrain : églises, mosquées, les jours de marché, des médias (là où ils existent), des ONG locales tout comme internationales, des mouvements et associations des jeunes, des écoles, etc.... Elles sont principalement orientées vers les familles ayant des enfants malnutris et l'ensemble des populations constituant la cible secondaire.

Pour faciliter la mise en œuvre de toutes ces activités, un chronogramme opérationnel a été élaboré et se présente comme suit :

Chronogramme des Activités Propose



Au regard de ce chronogramme, certaines activités de ce programme ont d'ores et déjà été menées à l'instar de l'identification et de la formation des Points focaux C4D et des ASC.

En prélude au lancement de la campagne communautaire sur les PFE, une étude CAP sur les Pratiques Familiales Essentielles a également été retenue et s'avère être un préalable à la conduite de cette vaste campagne. Cette évaluation rapide des PFE devra permettre à court terme d'identifier les barrières aux bonnes pratiques, les canaux de diffusion existants et fonctionnels de ces moyens de communication ainsi que les acteurs communautaires clés à solliciter et à former. Elle permettra également de produire et de diffuser avec les supports de communication existants les pratiques familiales essentielles (PFE) analysées pour stimuler le dialogue communautaire. Elle permettra de développer et de produire des supports de communication additionnels si nécessaire (en fonction des résultats de l'évaluation rapide des PFE et de renforcer les compétences du personnel de santé et des agents de changements en matière de techniques de communication pour promouvoir l'adoption des bonnes pratiques familiales et orienter les femmes et les enfants ayant des besoins de protection vers les services nécessaires.

1.2. OBJECTIFS

1.2.1. Objectif Général :

L'objectif général de cette étude est de disposer des informations fiables sur le niveau de connaissances, des attitudes et des pratiques des communautés des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun sur les Pratiques Familiales Essentielles.

1.2.2. Objectifs Spécifiques

1. Evaluer le niveau de connaissance qu'ont les populations des Régions du Nord et de l'Extrême Nord sur les Pratiques Familiales Essentielles.
2. Identifier les Attitudes, les Perceptions et les Pratiques adoptées et reproduites par les populations de ces Régions au sujet des PFE et au détriment des valeurs sanitaires édictées et prônées par les Professionnels de Santé.
3. Identifier les mots clés ou « mots véhicule » sur les PFE utilisés et partagés par les différents acteurs locaux susceptibles d'être capitalisés pour l'élaboration des messages.

1.2.3. Résultats attendus

1. Le niveau de connaissance que les populations des Régions du Nord et de l'Extrême Nord ont sur les Pratiques Familiales Essentielles est évalué et connu.
2. Les Attitudes, les Perceptions et les Pratiques adoptées et reproduites par les populations de ces Régions au sujet des PFE et au détriment des valeurs sanitaires édictées et prônées par les Professionnels de Santé sont identifiées.
3. Les mots clés ou « mots véhicule » sur les PFE utilisés et partagés par les différents acteurs locaux sont également identifiés et susceptibles d'être capitalisés pour l'élaboration des messages.

2. CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE

Type d'étude :

L'étude sur l'évaluation rapide des pratiques familiales essentielles (PFE) était transversale de type descriptif et analytique. Elle intégrait à la fois un volet quantitatif et qualitatif.

Méthode et outils de collecte

2.1.1. Critères d'inclusion :

Deux (02) types de critères d'inclusion ont été retenus : les critères relatifs à l'éligibilité du ménage et ceux spécifiques à l'éligibilité et au recrutement des répondants au sein du ménage. Pour le questionnaire ménage, le principal pré-requis d'inclusion était l'acceptation par le chef de ménage d'être interviewé et sa capacité à donner la possibilité aux membres éligibles de son ménage d'être interviewés. Pour ce qui est des répondants du questionnaire individuel, les principaux critères d'inclusions étaient :

- Etre membre du ménage sélectionné ;
- Avoir entre 10 et 49 ans ;
- Etre disposé à répondre aux questions des enquêteurs ;
- Avoir donné (verbalement) son accord à participer à l'étude.

2.1.2. Echantillonnage

Les méthodes probabilistes et non probabilistes ont été retenues pour la construction de l'échantillonnage. Les Régions et les Districts de santé ont été choisis sur la base d'un échantillonnage raisonné. Ce sont d'abord les Régions qui hébergent le programme d'urgence conjointement élaboré et mis en œuvre par le MINSANTE et l'UNICEF. Ce sont des Régions qui ont connu un afflux de réfugiés et qui mettent en œuvre certaines activités de nutrition, alimentation et de santé à l'endroit de ces réfugiés. Ce sont enfin des Régions qui ont connu non seulement des épidémies de choléra mais aussi qui font face à des crises nutritionnelles et alimentaires. Pour la Région de l'Extrême Nord, les DS ci-dessous ont été retenus :

Tableau 1: DS retenus pour la Région de l'Extrême Nord

District de Sante Extrême Nord	Nbre d'AS à tirer	Nombre de Ménages par AS
GOULFEY	2	36
GUERE	1	18
KAELE	3	54
KAR HAY	3	54
KOUSSERI	3	54
MADA	2	36
MAKARY	2	36
MAROUA URBAIN	4	72
MOKOLO	3	54
YAGOUA	3	54
Total	26	468

Pour la Région du Nord, les DS ci-dessous ont été retenus :

Tableau 2: DS retenus dans la Région du Nord

District de Sante Région du Nord	Nbre d'AS à tirer	Nombre de Ménages par AS
BIBEMI*	2	36
FIGUIL*	1	18
GOLOMBE*	1	18
GUIDER*	1	18
LAGDO	1	18
PITOA	1	18
POLI*	1	18
REY-BOUBA*	1	18
TCHOLLIRE*	1	18
TOUBORO*	1	18
Total	11	198

Pour le tirage des AS, des villages/Quartiers et des ménages, quelques critères d'inclusion avaient été au préalable définis notamment :

- la mise en œuvre des interventions de C4D dans ces AS,
- l'accessibilité de ces zones d'intervention et
- la morbidité due au choléra et aux maladies hydriques.

A ce niveau, des tirages aléatoires à 03 degrés ont été effectués pour avoir la taille de l'échantillon requise :

- **Au premier degré**, un tirage au hasard à probabilité égale des Aires de Santé (un quart dans chaque Région) a été effectué. Les aires de Santé tirés par Région et Par DS sont les suivants :

Tableau 3: DS et AS concernés par l'enquête PFE dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord

District de Santé Extrême Nord	Aires de Santé retenues	Nombre de Ménages par AS
GOULFEY	MALTAM, AFADÉ	36
GUERE	GUIBI	18
KAELE	KAELE, DJIDOMA, MAPOUSSIÉRE	54
KAR HAY	DOUKOULA I, DOUKOULA II TCHATIBALI	54
KOUSSERI	MADAGASCAR, PARPAR, NDJAGARA	54
MADA	MADA, BLANGOUA	36
MAKARY	MAKARY, AMCHILGA	36
MAROUA URBAIN	DOUGOI, DOUALARE, DOMAYO CATHOLIQUE, FOUNANGUE	72
MOKOLO	MOKOLO II, OURO TADA, ZILENG	54
YAGOUA	YAGOUA, BOUGAYÉ, DANA	54
Total	26	468
District de Santé Nord	Aires de Santé retenues	Nombre de Ménages par AS
BIBEMI*	BIBEMI	18

FIGUIL*	FIGUIL	18
GOLOMBE*	SORAWEL	18
GUIDER*	SAINTE MARTINE, LARBAK	36
LAGDO	NGOUNOUGOU	18
PITOA	PITOA	18
POLI*	POLI	18
REY-BOUBA*	KONGRONG	18
TCHOLLIRE*	TCHOLLIRE	18
MAYO- HOULO	DOURBEY	18
GAROUA I	OURO LABO	18
Total	12	216

- **Au deuxième degré, suivant le processus de tirage sus-évoqué, les villages/quartiers de ces aires de santé ont également été tirés.** Après le tirage des aires de santé, il était important d'avoir la liste des villages/quartiers qui allaient être retenus pour la collecte des données proprement dite. Pour ce faire, une base référentielle de la situation épidémiologique des aires de santé et des villages a été prise pour identifier les villages remplissant les critères sus-évoqués imposés aux AS.
- **Tirage au troisième degré :** A partir des résultats du 3^{ème} RGPH, nous avons obtenu le nombre de ménages par Région. En appliquant un taux de sondage de 1/1000, nous avons obtenu 1110 ménages à enquêter dans les deux (02) Régions. La population d'une aire de santé étant comprise entre 7.000 et 10.000 habitants. En prenant une moyenne de 7.500 habitants par AS, nous avons obtenu en moyenne 1 250 ménages; or la taille d'une zone de dénombrement pour les enquêtes de référence similaires réalisées par l'Institut de la Statistique (Enquêtes MICS) est généralement de 750 ménages. Dans chaque zone de dénombrement, on interroge environ 20 ménages pour que l'échantillon soit représentatif. Pour notre cas, au regard de l'accent qui était mis sur le volet qualitatif de l'étude, nous avons pris comme taille de l'échantillon 666 ménages qui correspond à la taille d'une zone de dénombrement pour les Enquêtes MICS. Nous avons enquêté 18 ménages par aire de santé à raison de 468 ménages pour la Région de l'Extrême Nord et 198 ménages pour la Région du Nord.
- Les ménages dans les aires de santé ont été sélectionnés sur le terrain par les enquêteurs. Cette activité s'est faite avec le concours des chefs des centres de santé en fonction de la configuration de chaque aire de santé (Village rue, village en hameau, etc.).

2.1.3. Taille de l'échantillon

Pour avoir la taille requise de l'échantillon pouvant nous permettre d'inférer nos résultats sur l'ensemble des deux Régions d'étude, la méthode de calcul ci-dessous a été retenue :

$$n = ((z_{1-\beta} + z_{1-\alpha}) / d)^2$$

En décidant d'employer une puissance "satisfaisante" de
 $1 - \beta = 0.80$ alors :
 $\alpha = 5\%$, $\beta = 20\%$ et une précision $d = 0.075$ on trouve donc $n = 1111$ ménages répartis proportionnellement à la taille des ménages par Aires de Santé.

Au total 1111 ménages devaient être interviewés dans les 02 Régions et plus spécifiquement dans les 16 districts de santé prioritaires. Au regard des contraintes budgétaires, de temps et d'orientations données pour cette étude qui se voulait plus qualitative, une restriction de l'effectif à couvrir a été faite en ramenant d à 0.085 donnant ainsi un effectif total de 666 ménages. Au total, 666 ménages ont été interviewés de 468 ménages pour la Région de l'Extrême Nord et 198 ménages pour la Région du Nord. Un taux de couverture de 100% a été réalisé pour ces cibles.

2.1.4. Méthodes et outils de collecte – volet quantitatif

Les entretiens structurés ont constitué la principale méthode de collecte pour les données quantitatives de cette étude. Cette méthode a permis d'une part de collecter des informations précises sur le niveau de connaissance qu'avaient les populations des deux Régions du Nord et de l'Extrême Nord sur les PFE et d'autre part d'identifier de façon liminaire et descriptive toutes les connaissances qu'avaient les

populations sur les PFE, et les pratiques développées par ces populations en faveur ou en défaveur des PFE.

2.1.5. Outils de collecte - Volet quantitatif

Pour coller davantage à notre sujet d'étude et dans la perspective de capter toutes les informations sur le sujet et permettre ainsi de procéder à une bonne triangulation des résultats l'utilisation du questionnaire a été privilégiée. Nous avons élaboré deux types de questionnaires : un questionnaire ménage et un questionnaire individuel.

Le questionnaire ménage avait pour objectifs de capter les informations sur les critères d'éligibilité des membres du ménage et d'avoir les données sur les caractéristiques sociodémographiques de ces ménages spécifiquement sur leur habitat et sur certaines interventions de santé à l'instar du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) disponibles dans le ménage, le nombre de doses de Vaccin Anti Tétanique (VAT) ayant déjà été reçues par les femmes en âge de procréer (15- 49ans) de ces ménages.

Le questionnaire individuel quant à lui a permis de collecter les données sur les PFE de manière spécifique pour chaque membre vivant dans le ménage. Le choix de cette approche se justifiait par le fait que les connaissances et les pratiques sur les PFE ne peuvent être spécifiées ou généralisables à partir des seules réponses données par les chefs de ménages. Il était opportun dans ce cas, d'interviewer tous les habitants de ces ménages et de recueillir leurs réponses sur le sujet. L'utilisation du questionnaire s'est avérée très importante voire nécessaire pour certaines informations de type statistique à l'instar du nombre de tétées journalières, la fréquence de la mise au sein du nouveau-né pour ce qui est de l'allaitement maternel ou encore du nombre de CPN effectués pour ce qui est de la pratique de la CPN. Ces questionnaires ont été administrés aux différents répondants retenus conformément aux critères d'inclusion préalablement définis en prélude à la collecte des données.

2.1.6. Méthodes et outils de collecte – volet qualitatif

Les différentes méthodes de collecte qui ont été utilisées directe pour le volet qualitatif de cette étude CAP sont : les entretiens semi-structurés, les groupes de discussion focalisés, la revue documentaire et l'observation. Ces différentes méthodes de collecte ont permis d'évaluer le niveau de connaissance, d'identifier et d'analyser les attitudes et pratiques développées par les populations de ces Régions en ce qui concerne l'adoption des PFE.

2.1.7. Outils de collecte – Données qualitatives

Respectivement à ces méthodes de collecte, les guides d'entretien, la grille de lecture, le guide de discussion, l'appareil photo et le dictaphone sont les différents outils qui ont été utilisés pour collecter les données qualitatives. A cet effet, les « face to face interview » avec les responsables et leaders communautaires et leaders ont été organisés, l'analyse de contenu des différents documents reçus pour exploitation, les informations recueillies lors des Focus group et toutes celles pouvant être captées par la reprographie, la photographie et les dictaphones ont été exploitées pour comprendre et analyser les attitudes et pratiques des populations de ces Régions par rapport à la mise en œuvre des interventions contenues dans le paquet des PFE. Un accent particulier a été mis sur les entretiens approfondis. Dans le cadre de cette étude, des entretiens approfondis ont menés avec des personnes ressources constituées des responsables du MINSANTE, les leaders politiques administratifs et religieux et des leaders communautaires.

Pour capter les données pertinentes sur les attitudes des populations sur les bonnes pratiques familiales essentielles, 04 entretiens approfondis en moyenne ont été effectués dans les DS d'interventions ce qui a permis d'avoir un total de 25 entretiens dans la Région de l'Extrême-Nord et 30 entretiens dans la Région du Nord. Soit un total de 55 entretiens pour l'ensemble des deux Régions. Les cibles interviewées ont été sélectionnées parmi les catégories suivantes :

1. Autorité administrative
2. Personnel des formations sanitaires
3. Personnel éducatif
4. Leaders communautaires (religieux et politique, groupes sociaux)
5. Responsables des radios communautaires

En ce qui concerne les focus group discussion, au regard de l'objectif de l'étude qui était d'aboutir à l'élaboration d'un plan de communication sur les PFE, huit (08) FGD ont été organisés par Région dans les DS ayant connu des épisodes morbides de choléra et de malnutrition sévère. Ces focus group discussion ont été organisés ainsi qu'il suit : 04 focus group discussion avec les hommes et les 04 autres avec les femmes. Soit à la clef, un total de 16 focus group discussion pour l'ensemble des deux Régions.

Collecte des données

2.1.8. Déroulement de l'enquête pilote (Pré-test)

Le pré-test a été effectué dans les DS de santé d'Efoulan et de Biyem-Assi dans la Région du Centre. Cette activité a permis d'éprouver les outils élaborés, de corriger les erreurs dissipées, de reformuler certaines questions encore éludées et de peaufiner les outils au regard des méthodes finalement retenues.

2.1.9. Formation des enquêteurs

Une session de formation de trois (03) jours pour les enquêteurs (qualitatifs et quantitatifs) a eu lieu à Maroua (Délégation Régionale de la Santé Publique, Extrême-Nord). Cette session de formation était animée par les deux superviseurs centraux. Un manuel de formation et d'utilisation du questionnaire et des guides d'entretiens a été préalablement élaboré et utilisé comme principal support de formation. Le but de cette activité était d'outiller les enquêteurs et de leur donner suffisamment d'informations sur les indications précises de la méthodologie et des attitudes à adopter pour la collecte des données de cette étude.

Le guide de formation de l'agent enquêteur précisait : le contexte de l'étude, la méthode à adopter sur le terrain, la présentation des questionnaires, le détail de remplissage du questionnaire, l'organisation du travail, les règles fondamentales d'enquête, les responsabilités administratives et techniques de tous les intervenants dans le cadre de cette recherche. En définitive, cette formation a permis de :

- Imprégner toute l'équipe d'enquête sur le contexte et les enjeux de l'étude ;
- Préciser les qualités et techniques particulières nécessaires à la réussite de l'enquête ;
- Donner davantage des détails sur les supports d'enquête (questionnaires et guide d'entretien) afin de s'assurer que les questions retenues ont la même signification pour tous les intervenants ;
- Préciser la stratégie d'enquête et ses différentes approches ;
- Présenter l'organisation de l'opération, son calendrier et le système de contrôle mis en œuvre.

Les agents de collecte des données, une fois formés ont été déployés sur le terrain par équipe constituée d'enquêteurs quantitatifs (08) et des enquêteurs qualitatifs (04) par Région. Chaque équipe Régionale était placée sous la responsabilité d'un superviseur.

2.1.10. Déroulement de la collecte

La collecte des données s'est déroulée dans les Régions du Nord et de l'Extrême- Nord du Cameroun durant la période allant du 15 novembre au 05 décembre 2012.

Pour la Région de l'Extrême-Nord, les équipes d'enquêteurs quantitatifs ont été réparties suivant des axes de déploiement suivants : Axe 1(KAR HAY-GUERE-YAGOUA-KAELE), Axe 2 (KOUSSERI-GOULFEY-MADA-MAKARY) et l'Axe 3 (MAROUA-MOKOLO). Les enquêteurs qualitatifs par contre ont constitué une seule équipe, et ont parcouru les quatre (04) DS (YAGOUA, KAELE, MOKOLO et MAROUA) qui avaient été retenus pour la collecte des données qualitatives.

Pour la Région du Nord, deux (02) équipes ont été constituées et réparties pour la collecte des données quantitatives comme suit :

- Axe1: POLI/TCHOLLIRE/REY BOUBA/LAGDO/GAROUA I
- Axe 2: PITOA/BIBEMI/FIGUIL/GOLOMBE/MAYO-OULO/GUIDER

Au niveau de la collecte des données qualitatives, une seule équipe a été constituée pour parcourir les quatre (04) DS à savoir : GUIDER, GOLOMBE, LAGDO et PITOA.

2.1.11. Ressources humaines

L'exécution de cette activité sur le terrain a mobilisé de nombreuses ressources humaines constituées de superviseurs quatre dont deux Centraux et deux Régionaux (Points Focaux C4D). Chaque équipe de supervision était composée d'un superviseur central et d'un superviseur Régional. Les superviseurs centraux ont joué le rôle de formateurs pendant l'atelier de formation des enquêteurs retenus pour la collecte des données (quantitatives et qualitatives). Pour collecter toutes ces informations, une moyenne de 150 h/enquêteur était nécessaire pour couvrir les 666 ménages retenus. Pour cela, 12 enquêteurs quantitatifs ont été nécessaires à raison de 08 à l'Extrême Nord et 04 pour la Région du Nord. Quinze (15) jours ont été suffisants pour couvrir tous les ménages et les différents membres qui les composaient ce d'autant plus que le questionnaire individuel devait être administré à toute personne dans le ménage répondant aux critères d'inclusion retenus.

Pour le volet qualitatif, huit (08) enquêteurs socio-anthropologues ont été retenus à raison de la moitié des effectifs par Région. Ceux-ci ont été recrutés à partir de Yaoundé en raison de leurs expériences et de leurs fortes capacités à conduire des entretiens et des groupes de discussion focalisées et dans le souci d'assurer un meilleur suivi des transcriptions intervenant généralement après la collecte des données sur le terrain.

2.1.12. Ressources financières

La réalisation de cette étude a bénéficié dans sa globalité de la contribution financière de l'UNICEF. Le budget mis à la disposition de la DROS a couvert à suffisance toutes les activités retenues dans le cadre de ce projet jusqu'à la dissémination des résultats prévue dans les Régions investiguées après validation des résultats de cette étude.

2.1.13. Modalités administratives

La descente de chaque équipe sur le terrain était conditionnée par le passage auprès de la Délégation Régionale de la Santé Publique des Régions enquêtées. Avant de descendre au niveau des DS retenus, chaque équipe a eu une séance de travail avec les Délégués Régionaux de la Santé Publique qui, à l'occasion leur ont prodigué des conseils techniques, proposer des itinéraires et suggérer un plan de travail susceptible de faciliter leur travail sur le terrain. En additif, chaque équipe se faisait accompagner par une Note de service qui permettait aux équipes de se déployer sur le terrain sans risques de représailles. Au niveau des DS, d'autres séances de travail étaient systématiquement programmées. Ces dernières avaient pour objectifs de mettre en place un dispositif d'accompagnement des enquêteurs à travers les guides et plus souvent les ASC.

2.1.14. Exigences éthiques

Toutes les méthodes et techniques utilisées dans le cadre de cette étude ont été effectuées conformément aux normes internationales relatives au respect des exigences en matière d'éthique de la recherche en santé humaine et en sciences sociales. Nos différents outils de collecte (questionnaire, guides d'entretien, etc.) ont été conçus avec une section introductive garantissant aux informateurs la confidentialité des données à collecter. Cette disposition leur était lue avant le début de chaque entretien et un consentement verbal leur était systématiquement demandé avant l'amorce de tout entretien.

Méthodes et outils d'analyse des données Analyse des données quantitatives

2.1.15. Dépouillement des données quantitatives

Avant ce dépouillement, nous avons procédé à l'étape de classification des questionnaires en fonction des Régions/Districts de Santé/ AS/ et des interviewés conformément à leurs différents statuts. Puis, nous avons procédé à la vérification des questionnaires remplis pour s'assurer de leur complétude. Le dépouillement des données quantitatives s'est fait manuellement et séparément dans les 02 Régions d'étude. Les questionnaires reçus ont été dépouillés en vue de l'élaboration de la fiche de codification. Cette codification a concerné uniquement les questions ouvertes tant les autres questions avaient déjà des codes à eux affectés. Il s'est fait à l'aide de la fiche de codification précédemment élaborée après dépouillement d'une cinquantaine de questionnaires. Le dépouillement a également consisté à vérifier non seulement l'exactitude des réponses données par les répondants mais aussi à vérifier la complétude de ces différents outils.

2.1.16. Saisie des données quantitatives

Une fois dépouillés et classifiés, les questionnaires - ménage et ensuite individuels ont été saisis dans un masque de saisie préalablement élaboré sur CS Pro. 04 agents de saisie recrutés dans le cadre de cette activité ont saisi toutes ces informations recueillies des questionnaires à travers une double saisie. Tous les questionnaires étaient saisis doublement pour minimiser les erreurs de saisie et garantir ainsi une base de données fiable pour l'exploitation et l'analyse des données.

2.1.17. Traitement des données quantitatives

Le traitement des données a consisté à vérifier après la saisie, la fiabilité, l'exactitude, la concordance des données saisies en procédant à l'apurement de celles-ci. Les logiciels CS-PRO et EXCEL ont été utilisés pour effectuer le traitement de ces données.

2.1.18. Exploitation et analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives a consisté à la production des tableaux et à l'exploitation de ces derniers à des fins d'analyse. Pour le faire, un plan de tabulation a été élaboré au préalable. Il avait pour objectifs de ressortir pour chaque item développé, les tableaux susceptibles d'informer ou de renseigner du niveau de mise en œuvre de ces différentes interventions. Deux (02) types d'analyse ont été privilégiés : l'analyse univariée et l'analyse bivariée. Pour l'analyse univariée, certaines valeurs à tendances centrales (moyennes, modes) ont été privilégiées pour ressortir les pourcentages de chaque intervention à l'instar de la majorité des données sociodémographiques des ménages. Pour l'analyse bivariée, certaines variables dépendantes ont été croisées à d'autres pour obtenir des informations plus pointues. Le logiciel SPSS 18.0 a été utilisé pour le traitement des données saisies et la sortie des tableaux.

Analyse des Données qualitatives

2.1.19. Transcription des données qualitatives.

Une fois collectées à travers les dictaphones, les informations recueillies ont été transcrites littéralement en tenant compte des règles de l'art en matière de transcription. Des exigences méthodologiques avaient au préalable été élaborées et mises à la disposition des enquêteurs qualitatifs ayant auparavant conduit ces entretiens approfondis et ces groupes de discussion focalisés. Les informations recueillies ont été transcrites et saisies sur le logiciel Word, et enregistrées sous RTF pour les prédisposer à la codification. Les dictaphones et le logiciel Word ont été utilisés pour mener à terme cette activité.

2.1.20. Codification des données qualitatives.

La codification des données qualitatives s'est effectuée avec l'aide du logiciel ATLAS TI version 6.3. Elle a consisté à regrouper toutes les informations recueillies sous certaines thématiques identifiées renommées en codes.

2.1.21. Analyse des données qualitatives.

Les données codifiées ont été générées conformément au plan d'analyse préalablement conçu et en respectant les exigences du livre de code élaboré à cet effet. Pour davantage garantir l'exploitation et l'analyse de ces données, des matrices d'analyse (04) ont parallèlement été développées. Elles ont permis de capter les données primaires « *les verbatims* » provenant des interviewées, de faire des analyses primaires sur les 03 principales variables indépendantes que sont : le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations vis-à-vis des PFE. Ces analyses primaires ont ensuite été croisées à différents niveaux : Régions (1), DS (2), Sexe (03), Tranche d'âge (04) et Religion (05). Autrement dit, pour analyser une quelconque information sur ces PFE, il fallait la lire et l'analyser en passant en revue ces 05 différents niveaux et à chaque niveau, il était exigé de ressortir non seulement les disparités mais aussi les similitudes qui se dégagent du thème développé.

Limites et difficultés de l'étude

La principale difficulté ressortie dans le cadre de cette étude est l'inaccessibilité de certaines zones d'étude plus spécifiquement de certaines aires de santé. Conduite en saison de pluie, la praticabilité de certains villages et quartiers a été précaire. En effet, certaines AS étaient inondées et n'ont pas permis

aux enquêteurs de s'y rendre. D'autres tirages ont été faits suivant les exigences méthodologiques préconisées à cet effet. Les Aires de Santé non accessibles ont été remplacées et le travail de collecte s'est poursuivi sans incidents majeurs.

3. CHAPITRE III : RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre dans son ensemble présente les différents résultats obtenus de cette étude. Ces derniers mettront d'abord un accent particulier sur la présentation des caractéristiques sociodémographiques des ménages, puis des répondants, c'est-à-dire les ménages et les membres éligibles de ces ménages. Après cette présentation des caractéristiques sociodémographiques des répondants, une présentation synoptique du niveau de connaissance, des attitudes et des pratiques des huit PFE sera faite pour l'ensemble des deux Régions. Les résultats de cette étude devant être capitalisés pour l'élaboration d'un plan de communication qui se veut précis et spécifique à chaque cible identifiée, il a été retenu par l'équipe de recherche de procéder d'abord à une présentation Régionale de la situation des PFE en termes de connaissances, d'attitudes et pratiques qu'ont les populations de ces deux Régions vis-à-vis de l'adoption des PFE. Après cette présentation synoptique des PFE, chaque Pratique Familiale Essentielle sera présentée de manière spécifique en respectant comme souligné dans la méthodologie les cinq niveaux d'analyse : Régionale, District, homme, femme et obédience religieuse et en dégageant pour chaque cas, le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations vis-à-vis de ces interventions.

Caractéristiques sociodémographiques des ménages et de la population

3.1.1. Caractéristiques des ménages

Cette étude s'est réalisée sur un échantillon de 667 ménages dans les deux Régions de l'étude à savoir l'Extrême-Nord (469 ménages) et le Nord (198 ménages). La couverture de l'échantillon a été de 100% des ménages. Concernant l'administration des questionnaires individuels auprès des personnes cibles (personnes âgées entre 10 et 49 ans) du ménage, il y a eu 7 cas de refus dans l'extrême Nord et 8 cas de refus dans le Nord. Au total, 1378 personnes sur 1393 ont été enquêtées soit un taux de complétude de 98,92%. Le tableau ci-dessous présente le bilan de cette collecte.

Tableau 4: Bilan de la collecte

Région de l'enquête		Questionnaire ménage			Questionnaire individuel		
		Nombre de ménages enquêtés	Nombre de ménages attendus	Taux de couverture ménage	Nombre d'individus enquêtés avec succès	Nombre d'individus éligibles	Taux de couverture
Extrême Nord	Extrême Nord	469	468	100	840	847	99,2
	Nord	198	198	100	538	546	98,5
Ensemble		667	667	100	1378	1393	98,9

Source : PFE, 2012 MINSANTE

3.1.2. Caractéristiques des ménages et de l'habitat

3.1.2.1. Modes d'éclairage

Dans l'ensemble des deux Régions, près 70,8% des ménages utilisent comme principal mode d'éclairage la lampe à pétrole/ à éda (35,7%) et le courant électrique provenant de AES/SONEL (35,1%). Cependant, on remarque que c'est dans la Région du Nord que la source AES/SONEL est la plus utilisée (54,0%) alors que dans l'Extrême Nord, la principale source la plus utilisée est la lampe à pétrole/à éda (40,5%). Par ailleurs, selon le sexe du chef de ménage, on constate que les ménages dirigés par les hommes sont ceux qui utilisent le plus AES/SONEL (36,9) par contre ceux dirigés par les femmes font plus recours à la lampe à pétrole/ à éda (36,9%).

Tableau 5: Répartition des ménages suivant le principal mode d'éclairage selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Principal mode d'éclairage								Total
	AES/SONEL	Groupe électrogène	Energie solaire	Lampe à pétrole/ à éda	Lampe à gaz	Bougies	Autre	ND	
Région									
Extrême Nord	27,1	6,4	0,4	40,5	0,2	0,6	21,5	3,2	100,0
Nord	54,0	0,0	0,0	24,2	1,5	0,5	18,7	1,0	100,0
Sexe du chef de ménage									
Masculin	36,9	4,7	0,4	35,2	0,4	0,6	19,8	1,9	100,0
Féminin	30,8	4,0	0,0	36,9	1,0	0,5	22,7	4,0	100,0
Ensemble	35,1	4,5	0,3	35,7	0,6	0,6	20,7	2,5	100,0

Source : PFE, 2012 MINSANTE

3.1.2.2. Modes de cuisson des aliments

Indépendamment des Régions et du sexe, le principal mode de cuisson est le bois de chauffage/charbon (93,9%).

Tableau 6: Répartition des ménages suivant le principal mode d'énergie utilisé pour la cuisson selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Principal source d'énergie						Total	
	Bois de chauffage/charbon		Gaz	Pétrole	Autre	ND		
Région de l'enquête								
	de	Extrême Nord	94,0	1,5	0,4	2,1	1,9	100,0
		Nord	93,4	3,0	2,5	0,5	0,5	100,0
Sexe du chef de ménage								
		Masculin	94,9	1,3	0,6	1,5	1,7	100,0
		Féminin	91,4	3,5	2,0	2,0	1,0	100,0
Ensemble			93,9	1,9	1,0	1,6	1,5	100,0

Source : PFE, 2012 MINSANTE

3.1.2.3. Modes de conservation des aliments

Il ressort qu'indépendamment de la Région et du sexe du chef de ménage, le mode de conservation des aliments le plus utilisé est le chauffage. Dans la Région de l'Extrême-Nord, 52,0 % des populations font recours au chauffage comme mode de conservation des aliments. Tandis que dans la Région du Nord 88,4 % de la population l'utilisent. Seule une faible proportion d'entre eux (4.2%) utilise le réfrigérateur.

Tableau 7: Répartition des ménages suivant le principal mode de conservation des aliments selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Principal mode de conservation des aliments					Total		
	Réfrigérateur/congélateur		Chauffage	Aucun	Autre		ND	
Région de l'enquête								
	de	Extrême Nord	4,3	52,0	20,0	21,3	2,3	100,0
		Nord	4,0	88,4	4,0	3,5	0,0	100,0
Sexe du chef de ménage								
		Masculin	3,8	62,7	15,6	16,0	1,9	100,0
		Féminin	5,1	63,1	14,6	16,2	1,0	100,0
Ensemble			4,2	62,8	15,3	16,0	1,6	100,0

Source : PFE, 2012 MINSANTE

Cette variable met en exergue non seulement le niveau de vie des populations mais permet également de comprendre pourquoi les populations identifient comme cause probable de la diarrhée, la consommation des aliments faisandés. L'utilisation du bois de chauffage pour la conservation des aliments ne se fait

pas toujours de façon systématique pour plusieurs raisons : la disponibilité du bois, le coût onéreux de ce dernier et la pénibilité liée à son utilisation.

3.1.2.4. Canaux fonctionnels d'information

Dans l'ensemble des deux Régions d'étude, les canaux d'information les plus utilisés par les populations sont : le poste radio (50,7 %), le bouche à oreille (42,4 %) et la télévision (25,3%). Il faut cependant relever que la majorité des ménages dirigés par les hommes utilisent plus le poste radio (58,0%) alors que ceux dirigés par les femmes utilisent plus le bouche à oreille (51,0%). Autrement dit, les hommes apprennent la majorité de leurs informations à travers la radio alors qu'au niveau des femmes, c'est au travers d'autres femmes ou par d'autres acteurs qu'elles apprennent des informations. Il est important de relever que l'utilisation de la presse et des autres canaux d'information sur support papier comme média n'est que très marginale. Le tableau ci-dessous donne plus de précision sur le type de média utilisé par les ménages.

Tableau 8: Proportion des ménages (utilisant) le média par type selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Poste radio	Télévision	Journaux/presse	Bouche à oreille	Internet	Aucun	Autre
Région de l'enquête							
Extrême Nord	52,5	20,5	2,8	41,8	0,4	11,7	7,7
Nord	46,5	36,9	3,5	43,9	1,5	9,1	8,6
Sexe du chef de ménage							
Masculin	58,0	26,9	3,8	38,8	0,9	10,7	8,5
Féminin	33,3	21,7	1,0	51,0	0,5	11,6	6,6
Ensemble	50,7	25,3	3,0	42,4	0,7	10,9	7,9

Source : PFE, 2012 MINSANTE

Cette variable montre que les hommes sont plus prédisposés à accéder à l'information sur les PFE par rapport aux femmes. Ceci s'expliquant par le fait qu'habituellement, les informations relevant du domaine sanitaire sont transmises aux populations via les émissions radio/télé diffusées.

3.1.2.5. Matériaux du sol

Le tableau 9 ci-dessous met en exergue le fait qu'indépendamment des Régions et du sexe du chef de ménage, les principaux matériaux du sol sont la terre (60,4%) et le ciment (35,5%). Le recours à la terre comme matériau du sol est une source probable et potentielle d'exposition des enfants aux maladies diarrhéiques. Par ailleurs, elle a des conséquences sur la pratique du WASH et plus spécifiquement sur hygiène de l'habitat et l'hygiène corporelle des enfants.

Tableau 9: Répartition des ménages suivant le principal matériau du sol selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Principal matériel du sol						Total
	Ciment	Carreaux	Bois	Terre	Autre	ND	
Région de l'enquête							
Extrême Nord	30,7	0,6	0,4	65,2	0,6	2,3	100,0
Nord	47,0	1,5	1,0	49,0	1,5	0,0	100,0
Sexe du chef de ménage							
Masculin	36,2	1,1	0,6	59,7	0,6	1,7	100,0
Féminin	33,8	0,5	0,5	62,1	1,5	1,5	100,0
Ensemble	35,5	0,9	0,6	60,4	0,9	1,6	100,0

Source : PFE, 2012 MINSANTE

3.1.2.6. Matériaux du mur

Dans l'ensemble des deux Régions et indépendamment du sexe du chef de ménage, les matériaux du mur les plus utilisés sont : Béton/parpaing/Briques cuites (36,6%), la Pise/Terre battue (36,6%) et la terre/brique simple (20,5%).

Tableau 10: Répartition des ménages suivant le principal matériau du mur selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Principal matériel du mur							Total
	Béton/parpaing/ Briques cuites	Pierre de taille	Terre /brique simple	Pise/Terre battue	Nattes/chaumes/ feuille	Autre	ND	
Région de l'enquête								
EN	42,6	2,3	13,4	36,0	1,9	1,9	1,7	100,0
Nord	22,2	0,5	37,4	37,9	0,5	1,5	0,0	100,0
Sexe du chef de ménage								
M	37,7	2,3	19,8	35,8	1,9	1,1	1,3	100,0
F	33,8	0,5	22,2	38,4	0,5	3,5	1,0	100,0
Ensemble	36,6	1,8	20,5	36,6	1,5	1,8	1,2	100,0

Source : PFE, 2012 MINSANTE

3.1.2.7. Matériaux du toit

Il ressort du tableau 11 ci-dessous qu'indépendamment des Régions et du sexe du chef de ménage, les principaux matériaux utilisés pour le toit des maisons sont : les tôles/tuiles (59,5%) et les Nattes/chaumes/feuilles (31,2%).

Tableau 11: Répartition des ménages selon le principal matériau du toit par Région et sexe du chef de ménage

	Principal matériel du toit						Total
	Ciment	Tôle/Tuile	Nattes/Chaumes/Feuilles	Terre	Autre	ND	
Région de l'enquête							
Extrême Nord	1,7	58,6	32,0	2,6	3,2	1,9	100,0
Nord	2,5	61,6	29,3	1,0	5,6	0,0	100,0
Sexe							
Masculin	1,9	58,4	32,0	2,8	3,4	1,5	100,0
Féminin	2,0	62,1	29,3	0,5	5,1	1,0	100,0
Ensemble	1,9	59,5	31,2	2,1	3,9	1,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.2.8. Types de toilettes

Indépendamment des Régions les toilettes de type traditionnel (87,7%) sont les plus répandues.

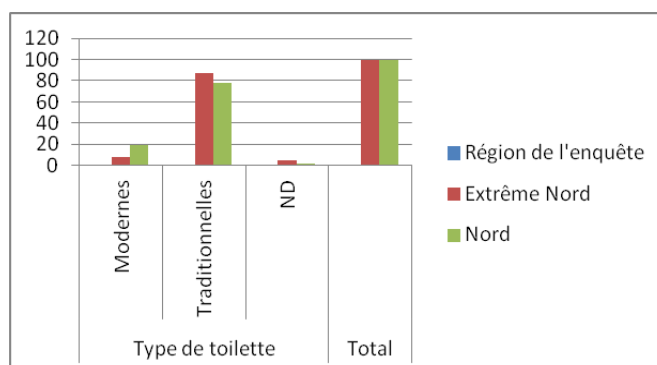


Figure 1: Répartition des ménages suivant le type de toilette selon la Région

Source : PFE 2012, MINSANTE.

La photographie ci-dessous illustre non seulement le type de toilette qu'on retrouve dans certaines localités visitées dans les deux Régions, mais également met en exergue la mauvaise pratique des règles qui sont édictées par le WASH au regard de l'état de propreté de ces lieux d'aisance.



Figure 2: Les toilettes du camp des réfugiés de Madagascar (KOUSSERI)

Source : PFE 2012, MINSANTE.

3.1.2.9. Possession des moustiquaires imprégné d'insecticide à longue durée d'action dans les ménages

Dans l'ensemble des deux Régions et indépendamment du sexe du chef de ménage, il ressort du tableau 12 ci-dessous que neuf ménages sur dix possèdent au moins une MILDA. On retrouve dans les ménages un nombre moyen de trois moustiquaires. Dans le cadre de la campagne nationale "KO Palu", initiée par l'Etat du Cameroun à travers le MINSANTE et ses Partenaires, 8,6 millions de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action ont été distribuées à des millions de camerounais. C'est ce qui permet d'expliquer la présence effective des moustiquaires dans les ménages. Cette campagne nationale qui a eu lieu dans plusieurs autres pays à travers l'Afrique au sud du Sahara vise à éliminer le paludisme dans le monde.

Tableau 12: Nombre moyen de moustiquaire par ménage, proportion de ménage ayant une milda selon la Région et le sexe du chef de ménage

	Nombre de moustiquaires dans le ménage	Proportion de ménage ayant une moustiquaire
Régions de l'enquête		
Extrême Nord	2,4	92,3
Nord	3,2	97,5
Sexe du chef de ménage		
Masculin	2,8	95,1
Féminin	2,2	90,9
Ensemble	2,6	93,9

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.2.10. Nombre de doses de VAT

Indépendamment des Régions, on relève que le nombre de doses de VAT reçues par les femmes en âge de procréer est de 2 en moyenne. Ce résultat met en exergue le fait que le suivi de ce vaccin par les femmes de deux Régions ne se fait pas de façon systématique. On peut même penser que le recours au VAT se fait seulement pendant les périodes de grossesse car en se référant au calendrier vaccinal du VAT, les deux doses du vaccin devraient être administrées à la femme enceinte dans l'intervalle de neuf mois et les deux autres doses quelques mois voire années après.

Tableau 13: Nombre moyen de doses de VAT reçues par les femmes en âge de procréer selon la Région

Nombre de doses de VAT reçu par femme en âge de procréer dans le ménage	
Régions de l'enquête	
Extrême Nord	1,8
Nord	2,3
Ensemble	2,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.3. Caractéristiques de l'échantillon

3.1.3.1. Sexe et âge.

Le tableau 14 ci-dessous donne la répartition par âge et sexe de la population recensée dans les ménages. Indépendamment de la Région, six (06) personnes sur dix (10) dans la population enquêtées sont des femmes. Selon le groupe d'âge, les données révèlent une supériorité des jeunes adolescents âgés de 15-24 ans (30.4%). Ces derniers se retrouvent plus dans la Région du Nord que dans la Région de l'extrême Nord. Ensuite, viennent successivement les populations âgées de 15-34 ans (27.1%), plus de 35 ans (26.7%) et ceux âgés de 5-14 ans (15.4%). Les moins représentés dans cette étude sont les enfants âgés de 0 à 05 ans qui ont été retrouvés à une faible proportion (0.4%).

Tableau 14: Répartition des individus suivant le sexe et la tranche d'âge selon la Région

		Sexe		Total	Tranche d'âge					Total
		Masculin	Féminin		Moins de 5 ans	Entre 5 et 14 ans	Entre 15 et 24 ans	Entre 25 et 34 ans	Plus de 35 ans	
Regions	Extrême Nord	39,7	60,3	100,0	0,4	11,5	28,7	29,3	30,2	100,0
	Nord	41,0	59,0	100,0	0,4	21,6	33,2	23,6	21,2	100,0
Ensemble		40,2	59,8	100,0	0,4	15,4	30,4	27,1	26,7	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.3.2. Niveau d'instruction

En ce qui concerne le niveau d'instruction des répondants, il ressort que la majorité des interviewés ont un niveau d'instruction à la limite du primaire (36%). Cette situation est légèrement appréciable dans la Région du Nord. Ceux étant au niveau secondaire ont été plus rencontrés dans la Régions de l'Extrême Nord (23.7%). Il faut cependant relever que près d'un tiers des interviewés (28.4%) n'ont aucun niveau d'instruction et ceux ayant atteint le stade des études supérieures sont très peu nombreux. Ils représentent 1% de la population. La figure ci-dessous présente en détail ces informations.

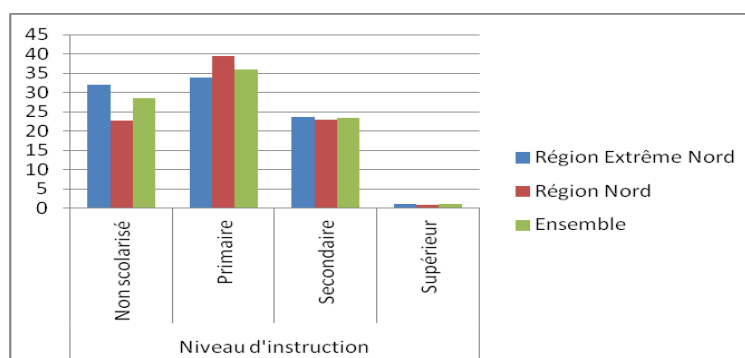


Figure 3 : Répartition des individus de 10-49 ans suivant le niveau d'instruction et la Région

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.3.3. Statut matrimonial

Dans l'ensemble, la moitié des personnes interrogées (50,2%) sont mariées. Le constat est le même quel que soit la Région (53,9%) dans l'Extrême Nord et (44,4%) dans le Nord.

Tableau 15 : Répartition des individus de 10-49 ans suivant le statut matrimonial la Région

		Statut Matrimonial							Total
		Célibataire	Marié	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Séparé(e)	Concubinage/union libre	ND	
Région	Extrême Nord	28,6	53,9	4,2	1,4	0,7	0,8	10,4	100,0
	Nord	37,9	44,4	1,3	1,5	0,2	0,6	14,1	100,0
Ensemble		32,2	50,2	3,0	1,5	0,5	0,7	11,8	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.3.4. Religion

Dans l'ensemble des deux Régions, 49,7% des personnes interrogées sont musulmanes. Ce groupe de personnes est suivi des chrétiens catholiques qui représentent près d'un cinquième des effectifs interrogés (21.0%) et des chrétiens protestants (13.6%).

Tableau 16: Répartition des personnes de 10-49 ans suivant la religion et selon la Région

		Religion							Total	
		Catholique	Protestante	Autre chrétienne	Islam	Animisme	Aucun	Autre		ND
Région	Extrême Nord	21,3	13,3	1,1	51,4	0,5	2,3	0,5	9,6	100,0
	Nord	20,4	14,1	0,4	47,0	0,7	2,4	0,7	14,1	100,0
Ensemble		21,0	13,6	0,8	49,7	0,6	2,3	0,6	11,4	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.3.5. Statut socioprofessionnel

La majorité des personnes âgées de 10-49 ans interrogées se retrouvent dans le secteur de la réparation des engins (motos, véhicules, moulins) motorisés (30,3%). Ils sont directement suivis par les élèves qui représentent 19.5%. Il faut également signaler le nombre de répondants qui ne mènent aucune activité génératrice de revenus (10.3%). Cette situation est plus préoccupante dans la Région de l'Extrême Nord où près de 11.5% des interviewés sont sans emploi.

Tableau 17: Répartition des personnes de 10-49 ans suivant le statut socioprofessionnel et selon la Région

		Statut Socioprofessionnel									Total	
		ND	Salarié	Employeur	Etudiant	Elève	Sans emploi	Retraité	Agriculteur	Mécanique		Autre
Région	Extrême Nord	6,1	4,9	1,8	0,5	17,3	11,5	0,2	6,9	34,6	16,2	100,0
	Nord	11,9	4,6	2,2	0,9	23,0	8,4	0,0	12,5	23,6	12,8	100,0
Ensemble		8,3	4,8	2,0	0,7	19,5	10,3	0,1	9,1	30,3	14,9	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4. ACCES AUX SOINS DE SANTE

3.1.4.1. Moyens utilisés pour se rendre à la formation sanitaire

Il est ressorti du tableau 18 que les principaux moyens de transport utilisés par les populations pour se rendre dans la formation sanitaire la plus proche dans les deux (02) Régions sont entre autres : la marche (79,9%), les motocyclettes (15,8%) et les vélos/bicyclette (3,1%). La marche (76,0%) est le principal moyen de transport utilisé dans la Région du Nord. Il en est de même dans l'Extrême-Nord (82,3%). Quant à la voiture, elle est faiblement utilisée. Le coût de transport étant la principale raison justifiant sa faible utilisation malgré l'éloignement de certaines formations sanitaires.

Tableau 18: Moyen utilisé pour se rendre à la formation sanitaire la plus proche

		Principal moyen utilisé pour se rendre à la formation sanitaire la plus proche					Total
		Marche	Vélo/bicyclette	Motocyclette	Voiture	Autre	
Région	Extrême Nord	82,3	2,2	14,1	0,5	0,8	100,0
	Nord	76,0	4,5	18,6	0,4	0,4	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	82,7	3,6	11,9	0,6	1,2	100,0
	15 - 24 ans	79,6	3,8	15,8	0,0	0,8	100,0
	25 - 34 ans	82,1	1,7	14,7	0,9	0,6	100,0
	35 - 49 ans	76,6	3,6	18,9	0,6	0,3	100,0
Sexe	Masculin	78,6	3,6	16,6	0,7	0,5	100,0
	Féminin	83,9	1,6	13,5	0,0	1,0	100,0
Religion	Catholique	86,1	1,0	12,2	0,0	0,7	100,0
	Protestante	78,4	10,3	10,8	0,0	0,5	100,0
	Autre chrétienne	72,7	9,1	18,2	0,0	0,0	100,0
	Musulman	77,3	1,6	19,4	0,9	0,7	100,0
	Animisme	100,0	,0	,0	0,0	0,0	100,0
	ND	90,9	9,1	,0	0,0	0,0	100,0
Ensemble		79,9	3,1	15,8	0,5	0,7	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.2. Méthodes connues pour l'accès aux médicaments

La consultation moderne consiste pour les populations à se rendre à la formation sanitaire pour bénéficier d'une prise en charge ; tandis que la consultation traditionnelle, renvoie au recours aux guérisseurs traditionnels pour se faire consulter. L'automédication quant à elle, renvoie à un recours aux médicaments sans avoir bénéficié d'une consultation auprès d'un personnel sanitaire. Il est ressorti que les canaux utilisés pour avoir accès aux médicaments pour les deux régions sont entre autres : la consultation moderne (84,0%), la consultation traditionnelle et l'automédication (13,2%). Dans la région du Nord, le recours à l'automédication est très élevé (24,9%). Au niveau des obédiences religieuses, il est également ressorti que les animistes sont ceux qui pratiquent le plus l'automédication (62,5%).

Tableau 19: Canal utilisé pour avoir accès au médicament

		Moyen utilisé pour faire recours au médicament (en %)				Total
		Consultation moderne	Consultation traditionnelle	Automédication	Autre	
Région	Extrême Nord	91,9	1,6	6,0	0,5	100,0
	Nord	71,2	3,5	24,9	0,4	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	81,7	3,0	14,8	0,6	100,0
	15 - 24 ans	80,4	3,0	16,3	0,3	100,0
	25 - 34 ans	86,3	0,9	12,2	0,6	100,0
	35 - 49 ans	86,9	2,7	9,7	0,6	100,0
Sexe	Masculin	82,9	2,9	13,8	0,4	100,0
	Féminin	87,6	,7	11,0	0,7	100,0
Religion	Catholique	84,4	1,0	14,6	0,0	100,0
	Protestante	81,0	9,5	9,5	0,0	100,0
	Autre chrétienne	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Musulman	84,2	0,9	14,0	0,9	100,0
	Animisme	37,5	0,0	62,5	0,0	100,0
	ND	83,3	16,7	0,0	0,0	100,0
Ensemble		84,0	2,3	13,2	0,5	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.3. Principale source d'approvisionnement en médicaments

Il est ressorti que dans les deux régions, les sources d'approvisionnement en médicaments sont : l'hôpital/centre de santé, la pharmacie privée, la pharmacie communautaire, la pharmacie de la rue, le vendeur ambulant et la boutique. De manière spécifique, il ressort que l'hôpital/centre de santé (75,6%) et les vendeurs ambulants (8,4%) sont les principales sources d'approvisionnement en médicaments. Pour le cas spécifiques des animistes, il ressort que ces derniers s'approvisionnent majoritairement auprès des vendeurs ambulants (37.5%), des boutiques (25.5%) et des pharmacies de la rue (12.5%). Les Catholiques quoique à une faible proportion (11.8%) s'approvisionnent également auprès de ces vendeurs ambulants. Sinon, de manière générale, la pharmacie des centres de santé et des hôpitaux sont les principales sources d'approvisionnement en médicaments pour de nombreuses familles.

Tableau 20: Sources d'approvisionnement en médicament

		Principales sources d'approvisionnement en médicament							Total	
		Hôpital/centre de santé	Pharmacie privée	pharmacie communautaire	Pharmacie de rue	Vendeur ambulant	Boutique	Traditionnelle		Autre
Région	Extrême Nord	82,9	3,6	1,3	2,8	2,9	2,3	0,0	4,3	100,0
	Nord	63,3	4,4	2,7	7,0	17,7	1,5	0,2	3,2	100,0
Sexe	Masculin	75,9	4,1	1,5	4,1	9,5	1,5	0,1	3,3	100,0
	Féminin	74,6	3,4	2,8	5,0	5,3	3,4	0,0	5,6	100,0
Religion	Catholique	81,7	1,4	2,1	2,4	11,8	0,7	0,0	0,0	100,0
	Protestante	72,7	12,3	1,1	5,3	4,3	3,2	0,5	0,5	100,0
	Autre chrétienne	90,9	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Musulman	78,0	3,1	1,9	5,4	8,9	1,9	0,0	0,7	100,0
	Animisme	12,5	12,5	0,0	12,5	37,5	25,0	0,0	0,0	100,0
	ND	18,5	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	79,6	100,0
Ensemble		75,6	3,9	1,8	4,3	8,4	2,0	0,1	3,9	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.4. Existence d'une boîte à pharmacie

Il est ressorti que les populations des deux Régions ne possèdent pas toutes une boîte à pharmacie dans leur ménage. Seul 1/4 soit 25,9% de la population dispose à domicile d'une boîte à pharmacie. Dans la Région de l'Extrême-Nord, seuls 24,9% de la population déclarent avoir une boîte à pharmacie contre 27,6% dans la Région du Nord.

Tableau 21: Disponibilité d'une boîte à pharmacie dans les ménages.

		Disposition d'une boîte à pharmacie
Région	Extrême Nord	24,9
	Nord	27,6
Sexe	Masculin	24,9
	Féminin	29,0
Religion	Catholique	20,5
	Protestante	22,2
	Autre chrétienne	27,3
	Musulman	29,4
	Animisme	0,0
	Aucun	38,7
	Autre	0,0
	ND	16,7
Ensemble		25,9

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.5. Canal d'obtention des informations sur la santé

Il est ressorti que les canaux d'obtention des informations sur la santé dans les deux Régions sont entre autres : la radio (nationale et communautaire locale), la télévision, le journal, les affiches ou les banderoles et les véhicules sonorisés. Les principaux canaux d'obtention des informations sont la radio (39,6%), la télévision (22,1%), les véhicules sonorisés (19,8%) et les affiches/banderoles (15,1%). Dans la Région du Nord, la radio (45,4%) est la source d'information la plus usitée, suivie de la télévision (30,3%) et les véhicules sonorisés (23,0%). Tandis que dans la Région de l'Extrême-Nord, la radio (35,8%), les véhicules sonorisés (17,7%) et les affiches ou banderoles (17,6%) sont les principaux canaux utilisés par les populations pour obtenir l'information sanitaire. Il faut cependant relever que les journaux sont faiblement utilisés. Indépendamment des Régions, les hommes apprécient plus la radio (40,4%), la télévision (22,7%) et les véhicules sonorisés (21,3%). En ce qui concerne les femmes, il est ressorti que ces dernières préfèrent également la radio (37,1%), la télévision (20,4%) et les véhicules sonorisés (15,5%). Le tableau ci-dessous donne plus de détails à ce sujet.

Tableau 22: Canal d'information sur la santé (Tableau à reprendre)

		Radio	Télévision	Journal	Affiches ou banderoles	Véhicules sonorisés	Autre
Région	Extrême Nord	35,8	16,9	0,6	17,6	17,7	34,9
	Nord	45,4	30,3	2,2	11,2	23,0	13,4
Tranche d'âge	< 14 ans	30,8	19,6	2,3	13,1	15,4	18,7
	15 - 24 ans	40,6	25,5	0,5	12,5	21,2	24,1
	25 - 34 ans	39,8	21,0	0,5	19,4	23,1	30,5
	35 - 49 ans	43,3	20,9	2,2	14,9	17,4	29,8
Sexe	Masculin	40,4	22,7	1,4	17,5	21,3	25,0
	Féminin	37,1	20,4	0,9	8,0	15,5	31,0
Religion	Catholique	50,5	19,0	0,7	13,1	21,1	27,0
	Protestante	44,7	18,6	0,5	16,5	21,8	28,7
	Autre	45,5	9,1	0,0	27,3	9,1	63,6

	chrétienne					
	Musulman	42,6	30,4	2,0	19,1	23,5
	Animisme	37,5	0,0	0,0	0,0	37,5
	ND	2,5	0,6	0,0	0,6	0,6
Ensemble		39,6	22,1	1,2	15,1	19,8

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.6. Appréciation de la qualité des services disponibles dans la formation sanitaire

Il est ressorti que dans les deux (02) Régions étudiées, les populations sont satisfaites de la qualité des services disponibles dans la formation sanitaire (81,8%). Ce pourcentage est de 86,5% pour l'Extrême-Nord et de 74,1% pour le Nord. Cependant, 14,0% des interviewés déclarent ne pas être satisfaits par la qualité des services disponibles dans la formation sanitaire.

Tableau 23: Satisfaction sur l'utilisation de la FS

		Satisfaction sur l'utilisation de la formation sanitaire			Total
		Oui	Non	Indifférent	
Région	Extrême Nord	86,5	10,9	2,5	100,0
	Nord	74,1	19,1	6,8	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	84,2	9,1	6,7	100,0
	15 - 24 ans	82,1	13,8	4,1	100,0
	25 - 34 ans	83,0	13,8	3,2	100,0
	35 - 49 ans	79,1	17,0	3,9	100,0
Sexe	Masculin	80,6	15,1	4,3	100,0
	Féminin	85,7	10,7	3,7	100,0
Religion	Catholique	83,5	12,0	4,6	100,0
	Protestante	76,0	19,1	4,9	100,0
	Autre chrétienne	90,9	9,1	,0	100,0
	Musulman	82,2	14,2	3,6	100,0
	Animisme	62,5	,0	37,5	100,0
	ND	81,8	18,2	,0	100,0
Ensemble		81,8	14,0	4,1	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.4.7. Raisons de l'insatisfaction des services de la formation sanitaire

Il est ressorti que les raisons de l'insatisfaction des populations des services disponibles dans la formation sanitaire dans les deux régions sont entre autre : le coût élevé des prestations (20,4%), l'éloignement, la mauvaise qualité du service (14,8%), les files d'attente (8,8%), le monnayage des services, le manque d'équipement, la discontinuité dans le service et les ruptures de stock. Pour la région du Nord, les principales raisons sont le coût élevé des prestations et les files d'attente (17,7%). Tandis que pour la région de l'Extrême-Nord, les principales raisons de l'insatisfaction sont : le coût élevé des prestations (22,5%) et la mauvaise qualité de service (19,2%).

Tableau 24: Raisons de l'insatisfaction

		Principale raison d'insatisfaction									Total
		Trop cher	Trop éloigné	Mauvaise qualité de service	File d'attente	Monnayage des services	Manque d'équipement	Discontinuité dans le service	Rupture de stock	Autre	
Région	Extrême Nord	22,5	4,2	19,2	1,7	5,8	,8	2,5	7,5	35,8	100,0
	Nord	17,7	14,6	9,4	17,7	0,0	2,1	3,1	4,2	31,3	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	13,8	13,8	3,4	13,8	0,0	0,0	3,4	0,0	51,7	100,0
	15 - 24 ans	23,4	10,9	17,2	6,3	1,6	3,1	0,0	7,8	29,7	100,0
	25 - 34 ans	19,3	3,5	12,3	10,5	5,3	1,8	1,8	7,0	38,6	100,0
	35 - 49 ans	21,2	9,1	19,7	7,6	4,5	0,0	6,1	6,1	25,8	100,0
Sexe	Masculin	18,5	10,7	15,5	10,7	3,0	1,2	3,0	7,1	30,4	100,0
	Féminin	27,1	2,1	12,5	2,1	4,2	2,1	2,1	2,1	45,8	100,0
Religion	Catholique	26,5	2,9	38,2	17,6	2,9	0,0	2,9	5,9	2,9	100,0
	Protestante	11,4	45,7	11,4	8,6	5,7	2,9	0,0	2,9	11,4	100,0
	Autre chrétienne	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Musulman	30,3	1,0	15,2	10,1	3,0	2,0	5,1	8,1	25,3	100,0
	ND	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	95,6	100,0
Ensemble		20,4	8,8	14,8	8,8	3,2	1,4	2,8	6,0	33,8	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUES SUR LES PFE

Pour évaluer le niveau des connaissances des populations en rapport avec les huit PFE qui ont été retenues dans le cadre de cette étude, nous avons élaboré des matrices qui nous ont permis à terme de dire de manière précise si les populations enquêtées connaissent ou ne connaissent pas une PFE. Pour ce faire, nous avons constitué une grille d'appréciation du niveau de connaissance des populations en ayant recours à cinq critères d'évaluation. Il s'agit notamment de la définition et des avantages de la PFE, des inconvénients de la non pratique de la PFE, des méthodes connues et des rumeurs sur la PFE. Une fois ces critères renseignés dans la matrice, nous pouvions dès lors déduire si le niveau de connaissance était bon, approximatif ou mauvais. Le niveau de connaissance est jugé bon, lorsque l'informateur nous renseigne sur au moins trois (03) des cinq (05) critères. Par contre, il est approximatif lorsque deux (02) indicateurs sont renseignés. Et enfin, il est mauvais lors qu'aucun indicateur n'a été renseigné. Par la suite, nous avons élaboré des matrices récapitulatives par Région pour donner une vue synoptique du niveau de connaissance de chaque PFE par District de Santé et par Sexe. Dans ces matrices, la valeur (+1) renvoie à un bon niveau de connaissance, la valeur (-1) renvoie à un faible niveau de connaissance et (+/-) renvoie à niveau de connaissance approximatif.

Cette approche a été privilégiée tout au long de cette section sur la présentation des Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations sur les PFE. Dans la suite de notre développement, il est recommandé au lecteur d'avoir à l'esprit cette grille de lecture pour comprendre les différentes matrices récapitulatives qui ont été élaborés pour illustrer les connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec les 08 PFE dans les deux régions concernées par l'enquête.

Situation des PFE dans la Région de l'Extrême-Nord

3.1.5.1. Niveau de connaissance sur les PFE

Il est globalement ressorti que les populations de l'Extrême-Nord ont un bon niveau de connaissance sur les différentes PFE. Indépendamment du sexe et des Districts de Santé visités, les populations enquêtées ont de bonnes connaissances des PFE. La consultation prénatale (+8), l'enregistrement des naissances (+8), l'utilisation de la MILDA (+7), le WASH (+7), la vaccination plus (+6), l'utilisation de la SRO pour la prise en charge de la diarrhée (+6) sont les interventions les plus connues des populations. Toutefois, il faut relever que ce bon niveau de connaissance régional est atténué par le faible niveau de connaissance que ces populations ont de l'éveil du jeune enfant (+4) et de l'allaitement maternel exclusif (+1). Le tableau ci-dessous donne une vision synoptique du niveau de connaissances de ces huit PFE.

Tableau 25: Matrice PFE – Niveau de Connaissances des populations de l'Extrême-Nord sur les PFE.

		MAROUA URBAIN		KAELE		MOKOLO		YAGOUA		SCORE TOTAL
		H	F	H	F	H	F	H	F	
CONNAISSANCE	CPN	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	ALLAIT	+1	+1	-1	-1	+/-	-1	+1	+1	+1
	VACC	+1	+/-	+1	+/-	+1	+1	+1	+1	+6
	MILDA	+1	+/-	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+7
	WASH	+1	+/-	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+7
	SRO	+1	+1	+1	-1	+1	+1	+1	+1	+6
	ENREG	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	EVEIL	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+1	+4
	SCORE	+7	+5	+5	+3	+6	+7	+7	+7	
	SCORE TOTAL	+12		+8		+13		+14		

Au niveau des DS, il ressort que les Districts de Santé de YAGOUA (+14), de MOKOLO (+13) et de MAROUA urbain (+12) sont ceux où les répondants ont un bon niveau de connaissance sur les PFE au détriment de ceux du District de Santé de KAELE (+8).

Au regard de ce tableau, il ressort également que les hommes ont une meilleure connaissance des différentes PFE contrairement aux femmes. Et cette situation est davantage perceptible dans le District de Santé de MAROUA urbain où les femmes de manière globale ont des connaissances approximatives sur la vaccination plus, la MILDA et le WASH. Cette situation s'explique par le fait que ces derniers ne maîtrisent pas dans l'ensemble, les définitions, les avantages, les inconvénients, les coûts, les lieux d'approvisionnement et de délivrance de ces interventions. Ils n'ont pas été exposés pour la plupart aux informations diffusées sur ces pratiques. Lorsqu'elles sont interrogées sur la durée d'action et de l'efficacité d'une MILDA par exemple, les populations sont peu renseignées à ce sujet. Pour ces femmes, c'est quand elles parviennent à bénéficier d'une nouvelle MILDA qu'elles pensent à remplacer la précédente. Pour le WASH, les femmes de MAROUA urbain ne connaissent pas ses avantages. La raison évoquée par ces dernières est liée au fait qu'elles disent n'avoir pas bénéficié d'une campagne de sensibilisation sur le WASH. Par conséquent, elles ne connaissent ni la définition, ni les avantages du WASH et toutes les mesures préconisées par les pouvoirs publics pour remplir les exigences de cette intervention. Il faut cependant relever que de manière globale, les hommes ont des connaissances approximatives sur l'éveil du jeune enfant. Ceci s'explique par le fait que pour la plupart, leurs exigences culturelles imposent que cette activité soit dévolue aux femmes. C'est ce qui ressort des propos de cet homme adulte du DS de YAGOUA :

*« Nous on ne connaît même pas comment ça se passe ca c'est le travail de maman ».*FGD, Homme-YAGOUA

3.1.5.2. Attitudes sur les PFE

De manière générale il est ressorti que les populations de la Région ne sont pas favorables à l'adoption de toutes les pratiques familiales essentielles. Les pratiques familiales essentielles pour lesquelles ils sont davantage favorables sont respectivement la vaccination plus (+8), l'enregistrement des naissances (+8), l'éveil du jeune enfant (+8), le WASH (+7) et l'utilisation de la MILDA (+5). Par contre les PFE pour lesquelles les populations sont peu favorables sont : la CPN (+2), l'allaitement maternel exclusif (+2) et l'utilisation de la SRO (+2). Indépendamment du sexe et des Districts de Santé, les populations de KAELE sont celles qui sont le plus favorables à l'adoption des PFE (+14). Elles sont suivies par les populations des Districts de Santé de YAGOUA (+12) et de MAROUA urbain (+10). Les populations du District de Santé de MOKOLO sont celles qui sont le moins favorables à l'adoption des PFE. Suivant le Sexe, Il est ressorti que ce sont les hommes qui sont peu favorables à l'adoption des PFE. Cette situation est beaucoup plus manifeste chez les hommes de MOKOLO et de YAGOUA qui sont peu favorables à l'adoption de la CPN et de l'allaitement maternel exclusif. Par contre, les femmes de MAROUA urbain et de MOKOLO sont davantage peu favorables à l'allaitement maternel et à l'utilisation de la SRO dans la prise en charge de la diarrhée à domicile.

Tableau 26: Matrice PFE, Attitudes des populations de la Région de l'Extrême-Nord

		MAROUA URBAIN		KAELE		MOKOLO		YAGOUA		SCORE TOTAL
		H	F	H	F	H	F	H	F	
ATTITUDES	CPN	+1	+1	+1	+1	-1	-1	-1	+1	+2
	ALLAIT	+1	-1	+1	+1	-1	+1	-1	+1	+2
	VACC	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	MILDA	-1	+1	+1	+1	+/-	+1	+1	+1	+5
	WASH	+1	+1	+1	+1	+1	+/-	+1	+1	+7
	SRO	+1	-1	+1	-1	+1	-1	+1	+1	+2
	ENREG	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	EVEIL	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	SCORE	+6	+4	+8	+6	+3	+3	+4	+8	
	SCORE TOTAL	+10		+14		+6		+12		

Source : PFE 2012, MINSANTE

L'attitude « négative » de certains populations encore réfractaires se justifie par le fait que l'allaitement maternel exclusif est perçu par la majorité des femmes opposée à cette pratique comme une intervention exogène, une « affaire des blancs » qui ne tient pas compte des réalités socio anthropologiques des populations à l'instar de leur calendrier d'activité journalière. En effet, les femmes qui, pour la plupart sont des paysannes, sont toujours au champ et ne peuvent y amener leurs nouveaux nés. Ceux-ci restent généralement avec les « gardiennes d'enfants » ou leurs grands-mères qui, à la place du lait maternel sont obligées de donner de l'eau pour apaiser la soif de l'enfant ou pour calmer un enfant éploré.

De plus, le colostrum est perçu comme une saleté, une impureté qui peut même : « tuer un enfant ». Par conséquent, il ne serait pas souhaitable de le donner à l'enfant au risque de le tuer ou de le rendre malade. Conformément aux exigences de certains rites traditionnels, les « vieilles dames » sont celles qui sont chargées de presser ce « mauvais lait » pour éviter tout envoutement, ensorcellement et toute maladie.

En ce qui concerne la CPN, elle est globalement perçue par les hommes réfractaires comme une intervention de santé qui expose la nudité de leurs épouses. Elle est également perçue comme une opportunité informelle donnée aux femmes pour les tromper. Elle les expose ainsi à l'adultère.

3.1.5.3. Pratiques sur les PFE

De manière générale et indépendamment du sexe et des Districts de Santé, les populations de la Région de l'Extrême-Nord, pratiquent très faiblement les PFE. Sur l'ensemble des 08 PFE, quatre (04) seulement sont pratiquées. Il s'agit notamment de la vaccination plus (+8), l'éveil du jeune enfant (+8), la CPN (+5) et la MILDA (+4). Celles qui sont les moins pratiquées sont entre autres : l'allaitement maternel exclusif (-8), le WASH (-2), l'utilisation de la SRO (-2) et l'enregistrement des naissances. Les District de Santé de MAROUA urbain (+6) et de YAGOUA (+5) et de KAELE (+3) sont ceux où les populations indépendamment du sexe pratiquent le plus les PFE. Le Districts de Santé de MOKOLO (-2) est celui où l'on ne pratique presque pas les PFE. Selon le Sexe, il est ressorti que les femmes contrairement aux hommes pratiquent de manière approximative les PFE. Cette situation est plus alarmante dans les Districts de Santé de MOKOLO (-2) et de KAELE (+1) où ces dernières ne pratiquent presque pas l'allaitement maternel et l'intervention composite WASH.

Tableau 27: Matrice PFE, Pratiques des Populations de la Région de l'Extrême-Nord

PRATIQUES	MAROUA URBAIN		KAELE		MOKOLO		YAGOUA		SCORE TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	
CPN	+1	+1	+1	+/-	+1	-1	+1	+1	+5
ALLAIT	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-8
VACC	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
MILDA	+/-	+1	-1	+1	+/-	+1	+1	+1	+4
WASH	+/-	+/-	-1	+/-	+/-	-1	+/-	+/-	-2
SRO	+1	-1	+1	-1	-1	-1	-1	+1	-2
ENREG	+/-	+1	+1	+/-	-1	-1	-1	+/-	-1
EVEIL	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
SCORE	+3	+3	+2	+1	0	-2	+1	+4	
SCORE TOTAL	+6		+3		-2		+5		

Source : PFE 2012, MINSANTE

Les principales raisons justifiant le rejet ou la récusation de ces pratiques familiales essentielles sont généralement financières, culturelles et surtout, elles sont liées à la disponibilité de l'information, de l'offre des soins et services de santé dans les différentes formations sanitaires. Il faut cependant relever que pour la plupart des interventions sus-évoquées, la faible sensibilisation, la communication insuffisante, le mauvais accueil et les perceptions « négatives » ont entraîné de manière directe et indirecte une faible adoption de ces pratiques et une certaine radicalisation des personnes opposées à ces pratiques qu'elles considèrent d'ailleurs pour la plupart comme exogènes à leur culture : « *c'est l'affaire des blancs* ».

Situation des PFE dans la Région du Nord

3.1.5.4. Connaissance des PFE

Dans la Région du Nord, les populations indépendamment du sexe ont une connaissance approximative des différentes PFE. En effet, sur les huit (08) PFE soumis à évaluation, elles ont de bonne connaissance sur cinq (05) d'entre elles à savoir : la CPN (+8), la MILDA (+8), l'enregistrement des naissances (+8), le WASH (+7) et la vaccination plus (+6). Leurs connaissances sont approximatives en ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif (+1) ; mauvaises en ce qui concerne la SRO (-6) et l'éveil du jeune enfant (-4).

Tableau 28: Matrice PFE, Connaissance des populations de la Région du Nord

CONNAISSANCE		GOLOMBE		GUIDER		LAGDO		PITOA		REGION
		H	F	H	F	H	F	H	F	
CPN		+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
ALLAIT		-1	-1	-1	+/-	+1	+1	+1	+1	+1
VACC		+1	+1	+1	+1	+1	+/-	+1	+/-	+6
MILDA		+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
WASH		+/-	+/-	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+7
SRO		-1	+1	-1	-1	-1	-1	+/-	-1	-6
ENREG		+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
EVEIL		-1	+1	-1	+/-	+/-	+/-	-1	-1	-4
SCORE		+1	+5	+2	+4	+5	+4	+5	+3	
SCORE TOTAL		+6		+6		+9		+8		

Source : PFE 2012, MINSANTE

A la lecture du tableau 28 ci-dessus, on peut relever que les PFE sont plus connues dans les Districts de LAGDO, PITOA et GOLOMBE contrairement au District de GUIDER où on enregistre une légère différence. Les femmes du District de Santé de GOLOMBE ont une meilleure connaissance des PFE contrairement à celles de LAGDO, PITOA et GUIDER. En ce qui concerne les hommes, ceux des District de Santé de LAGDO et PITOA ont une meilleure connaissance des PFE que ceux de GOLOMBE et de GUIDER.

3.1.5.5. Attitudes sur les PFE

En ce qui concerne les attitudes de la Région sur les PFE, on peut relever qu'en général, les populations ont une attitude favorable en ce qui concerne l'enregistrement des naissances (+8), la vaccination plus (+8), le WASH (+8), l'éveil du jeune enfant (+7) la CPN (+6) et la MILDA (+5). Elles ont cependant une attitude mitigée pour ce qui concerne l'utilisation de la SRO pour le traitement de la diarrhée (+3) et ne sont pas dans leur grande majorité favorables à l'adoption et la pratique de l'allaitement maternel exclusif (-3).

Tableau 29:Matrice PFE, Attitudes des populations de la Région du Nord

	↙ ↘	GOLOMBE		GUIDER		LAGDO		PITOA		REGION
		H	F	H	F	H	F	H	F	
ATTITUDES	CPN	+/-	+/-	+/-	+1	+1	+1	+1	+1	+5
	ALLAIT	+/-	-1	-1	-1	+/-	+/-	+/-	+/-	-3
	VACC	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	MILDA	+1	+1	+/-	+/-	+/-	+1	+1	+1	+5
	WASH	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	SRO	+1	-1	+1	+1	+/-	-1	+1	+1	+3
	ENREG	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+8
	EVEIL	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+/-	+1	+7
	SCORE	+6	+3	+4	+5	+5	+6	+6	+7	
	SCORE TOTAL	+9		+9		+10		+13		

Source : PFE 2012, MINSANTE

A l'analyse des données ressorties du tableau 29 ci-dessus, il ressort que les attitudes sur les PFE sont meilleures dans le district de PITOA par rapport aux districts de LAGDO, GOLOMBE et GUIDER. Dans les DS de PITOA, LAGDO et GUIDER, les femmes sont plus favorables à l'adoption des PFE par rapport aux hommes. En revanche, elles ne sont pas favorables à l'adoption de l'allaitement maternel exclusif et de la SRO particulièrement dans les DS de GUIDER, GOLOMBE et PITOA. Pour ce qui est des hommes, ces derniers sont plus favorables à l'adoption des PFE spécifiquement dans le DS de GOLOMBE. Ils sont dubitatifs et ont une attitude mitigée pour ce qui est de l'adoption de la CPN et de l'allaitement maternel exclusif. Ces interventions exposent respectivement leurs femmes aux avances des prestataires de santé de sexe masculin en voyant leur nudité et les exposent par ailleurs à la malnutrition et à la maigreur car, pour eux, une femme allaitante doit bien manger et se nourrir pour espérer remplir les exigences liées à l'allaitement maternel exclusif.

3.1.5.6. Pratiques sur les PFE

En dépit des connaissances et des perceptions positives que les populations ont des différentes PFE, il ressort globalement que leur application reste insuffisante. S'il est ressorti que ces dernières font des efforts pour enregistrer les naissances (+4), vacciner leurs enfants (+4), utiliser la MILDA (+5), il n'en demeure pas moins qu'elles ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif (-6), elles n'utilisent pas la SRO (-8); elles ne pratiquent pas l'éveil du jeune enfant (-1), elles n'effectuent pas systématiquement les CPN requises et ne respectent presque pas les règles et bonnes pratiques édictées par le WASH (+/-).

Tableau 30: Matrice PFE, Pratiques des populations de la Région du Nord.

PRATIQUES	GOLOMBE		GUIDER		LAGDO		PITOA		REGION
	H	F	H	F	H	F	H	F	
CPN	+/-	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+3
ALLAIT	-1	-1	-1	-1	-1	+/-	-1	+/-	-6
VACC	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+1	+/-	+1	+4
MILDA	1	+1	+/-	+/-	+/-	+1	+1	+1	+5
WASH	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
SRO	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-8
ENREG	+1	-1	+1	+1	+1	+1	+1	-1	+4
EVEIL	-1	+/-	-1	+/-	+1	+1	-1	+/-	-1
SCORE	-1	-1	-1	-1	+1	+3	+/-	+/-	
SCORE TOTAL	-4		-2		+4		0		

Source : PFE 2012, MINSANTE

Ces pratiques sont particulièrement mauvaises à GOLOMBE (-4) et à GUIDER (-2). Les principales raisons justifiant cette faible pratique des PFE sont : les barrières financières pour le WASH et l'enregistrement des naissances. Pour ce qui est des autres PFE mal pratiquées, il y a le poids de la culture (la religion, les us et coutumes), l'ignorance (les rumeurs), la faible sensibilisation et la communication menée autour de ces interventions de santé.

CAP SUR LES PFE

Dans cette partie, il s'agit d'évaluer pour chacune des pratiques familiales essentielles, le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations des Régions du Nord et de l'Extrême Nord. Tour à tour, nous aborderons : la CPN, l'alimentation des nourrissons et des enfants, l'utilisation de la SRO, la vaccination, l'enregistrement des naissances, le WASH, la MILDA et l'éveil du jeune enfant.

3.1.6. Consultation prénatale (CPN)

3.1.6.1. Connaissances sur la CPN

De manière globale, il est ressorti que la consultation prénatale (CPN) est une intervention bien connue par les populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord indépendamment des Districts de Santé et du sexe. Elles maîtrisent la définition de la CPN, ses avantages de même que les inconvénients de sa non pratique. Pour bon nombre des répondantes à l'instar de cette femme du DS de GOLOMBE dans la Région du Nord, la CPN signifie « *aller au kilo* ». Dans la Région de l'Extrême Nord, la CPN est globalement définie comme étant l'ensemble des précautions prises par la femme pour vérifier l'état de santé de l'enfant. Pour les hommes, l'intervention est également bien maîtrisée. A l'exemple de cet homme du DS de MAROUA urbain qui la définit comme étant: « *C'est quand la femme va à l'hôpital vérifier si l'enfant va bien ou ne va pas bien afin de prendre des précautions* ».

3.1.6.1.1. Les avantages de la CPN

Les avantages de la CPN sont également bien connus. Ils se résument entre autre : au suivi de la santé de la mère et de l'enfant, à la connaissance du sexe de l'enfant, à la connaissance de la position de l'enfant dans le ventre, à l'identification précoce des risques des complications liées à la grossesse, à la facilité de l'établissement de l'acte de naissance de l'enfant et à la possibilité d'avoir gratuitement certains médicaments et intrants (TPI, MILDA et le vaccin antitétanique) dans le cadre de cette consultation prénatale. Comme autres avantages énumérés par les hommes et femmes des deux Régions, il est ressorti que la pratique de la CPN par les femmes a permis de réduire la mortalité maternelle et infantile constatée jadis auprès de cette dernière cible. Pour cette femme du DS de MOKOLO :

« Quand il n'y avait pas la CPN les femmes faisaient beaucoup de fausses couches »

Allant dans le même sens une autre femme du DS de MOKOLO renchérit :

« Les femmes qui ont suivi la CPN se sentent plus en sécurité que celles qui ne la suivent pas »

De manière plus spécifique, les hommes s'exprimant sur les avantages de la CPN ont mis en exergue l'opportunité qui est donnée aux femmes enceintes de faire des examens d'urine, de sang afin de déceler les petites maladies dont elle pourrait en souffrir.

Si les avantages de la CPN sont globalement connus et maîtrisés, il en est de même de son importance. Certains répondants établissent une asymétrie parfaite ou une relation directe entre la pratique de la CPN et l'accueil réservée aux parturientes au moment de l'accouchement. Pour certains répondants à l'instar de cette interviewée de GUIDER dans la Région du Nord, une femme qui a régulièrement mené toutes ses consultations prénatales dans une formation sanitaire a plus de chance d'être bien reçue et suivie lors de son accouchement par le personnel médical :

« ...lorsque vous avez fait des consultations, au moment de l'accouchement on s'occupe très bien de vous, ce qui n'est pas le cas quand vous ne les avez pas faites ».

3.1.6.1.2. Les inconvénients de la non pratique de la CPN

Les répondants ont également une bonne connaissance des inconvénients de la non pratique de la CPN qui se résument aux accouchements difficiles pouvant donner suite à des décès, à la naissance des enfants malades ou malformés susceptibles d'être l'objet de stigmatisations.

La forte connaissance observée de la CPN dans les différentes régions d'étude est consécutive aux activités de sensibilisation, mobilisation et de communication menées de manière épisodique par les pouvoirs publics à travers les prestataires, les organisations de la société civile, les organisations à base communautaire et associations diverses. Il faut également relever que les causeries éducatives, organisées lors des CPN ont contribué à renforcer la connaissance de cette intervention. Sous un autre angle, les agents de santé communautaire (ASC), à travers les communications de proximité ont indirectement contribué à la mobilisation et à la connaissance de la CPN.

« ...Le programme a formé les relais communautaires pour sensibiliser d'avantage les populations sur les pratiques essentielles ».

Sur cet aspect, des ASC ont été formés dans le DS de KAELE dans la Région de l'Extrême Nord et ont de manière substantielle contribué à améliorer le niveau de connaissance et la pratique de la CPN par les parturientes.

Enfin, il a été repris avec emphase par les interviewés que la mise sur pied par les pouvoirs publics de certaines mesures incitatives à l'instar de la disponibilité des kits obstétricaux, de la distribution gratuite de la MILDA et des vaccinations ont contribué à augmenter non seulement la pratique mais d'abord les connaissances y afférentes :

« Oui, avant les femmes ne venaient pas mais maintenant comme il y a la sensibilisation, il y a la disponibilité des kits, ça augmente les consultations ».

En somme, il ressort que les populations ont une très bonne connaissance de la CPN, de ses avantages et des inconvénients de sa non pratique indépendamment des régions, des districts, du sexe et des obédiences religieuses des répondants.

3.1.6.2. Attitudes sur la CPN

D'une manière synoptique, il ressort que les interviewées ont une attitude favorable vis-à-vis de la CPN. Cette situation est satisfaisante dans les DS de MAROUA urbain, KAELE dans la Région de l'Extrême Nord et dans les DS de LAGDO et PITOA dans la Région du Nord. Les principales raisons justifiant de cette attitude positive à l'endroit de la CPN sont globalement les avantages évoquées sur cette PFE.

« Même si je n'ai pas commencé tôt, au moins deux ou trois fois, je dois faire l'effort de partir. Moi j'ai vu les avantages des consultations lors de la grossesse de mon troisième enfant. Si je n'y partais pas, j'allais mourir avec cette grossesse. Ça m'a beaucoup aidé. Donc Quand tu ne vas pas aux consultations prénatales, tu auras beaucoup de problèmes, souvent pour accoucher même tu peux faire deux jours avec à la maison, mais quand tu fais tes consultations, ça va vite aller et tu auras moins de problèmes. » FGD, Femme - PITOA.

Cependant, en dépit du niveau de connaissance élevé qu'ont les populations de ces deux Régions de la CPN, il est ressorti cette intervention fait encore l'objet de plusieurs réticences et certaines populations continuent d'avoir une attitude mitigée vis-à-vis de cette PFE. Cette situation est plus préoccupante dans les DS MOKOLO dans la Région de l'Extrême Nord et de GOLOMBE dans la Région du Nord où les hommes et les femmes interviewés ne sont pas favorables à la CPN. Les principales raisons évoquées sont : l'exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin pour les répondants de GOLOMBE et l'exposition des femmes à l'adultère pour les interviewés de MOKOLO. En effet, malgré le fait que les hommes de ces deux districts maîtrisent les avantages liés au suivi de la CPN, ils n'apprécient pour autant le fait que les hommes voient leurs épouses toutes nues. Il s'agit ici d'une barrière liée au personnel sanitaire masculin qui suscite la jalousie des époux. Cette barrière est citée par eux comme étant un inconvénient pour la pratique de la CPN. Les réponses apportées par ces répondants du DS sus évoqués en disent long :

« Il y a des gens qui ne laissent pas leurs femmes aller, on dit que les hommes qui travaillent regardent les fesses des femmes » FGD, Homme - GOLOMBE.

Ou encore :

« La femme c'est mieux que l'homme qui consulte. Tu trouves normal qu'une femme soit consultée par un homme ? Mais si c'est entre femmes, il n'y aura aucun soupçon ni pour la femme ni pour son mari ». FGD, Homme – MOKOLO.

Cette situation est légèrement vécue et partagée par les hommes des DS de YAGOUA dans la Région de l'Extrême Nord et de GUIDER dans la Région du Nord. Leurs attitudes négatives vis-à-vis de la CPN se justifient par : les coûts financiers élevés, le déni de l'importance même de la CPN et la perception de cette PFE comme étant une intervention exogène.

En effet, des réponses obtenues, il est clairement ressorti que les frais exigés pour bénéficier d'une consultation prénatale restent pour certains interviewés « très chers » et ne leur permettent pas, malgré leur volonté, d'envoyer leurs femmes ou d'aller dans les formations sanitaires et bénéficier de ce service.

« La somme qu'on demande à la toute première séance. Tu vois que si tu ne l'as pas, c'est normal que tu t'enfuis non ». FGD, Homme - YAGOUA

Cette situation est également décriée dans le DS de GOLOMBE où les frais de consultation prénatale restent d'après eux très élevés :

« Il faut avoir les moyens pour y aller et parfois on n'en a pas ... on paie au début lors de la première consultation prénatale 15 000 FCFA c'est trop cher !!! » FGD, Homme - GOLOMBE

Le déni de l'importance de la CPN est également ressorti pour certains groupes de répondants comme un facteur inhibiteur à la perception de l'importance de la CPN. En effet, ayant accouché sans problèmes et sans avoir effectué des CPN, certaines femmes pensent que ce service n'est pas utile encore moins nécessaire. Au regard de leurs expériences, elles entretiennent un discours qui va à l'encontre des prescriptions des autorités sanitaires ce qui opportunément à des conséquences sur la radicalisation de certaines parturientes.

« Moi je n'ai jamais pratiqué la CPN et j'ai déjà accouché sept enfants ! ». FGD, Femme - MOKOLO

Ou encore :

« Je n'ai jamais eu de problème et mes enfants sont en santé et je vais vous poser une question ; est ce que nos parents allaient à la CPN ? Est ce qu'ils se faisaient vacciner ? Est ce qu'ils nous vaccinaient ? Donc je dis que même si tu vaccines tes enfants et même si tu ne les vaccines pas, c'est la même chose. » FGD, Femme - MOKOLO

Ce groupe de répondantes loin d'inciter les femmes à avoir des attitudes favorables vis à vis de la CPN ou à accepter les vaccinations, elles les amènent indirectement à récuser certaines interventions de santé comme celles sus-évoquées. Dans les communautés investiguées, une tranche négligeable des femmes déclare avoir accouché à la maison sans problèmes et sans avoir effectué des consultations prénatales. Ces dernières accordent donc peu d'importance à la formation sanitaire et sous estiment par extension l'importance de la CPN :

« Moi, je ne comprends pas. J'étais régulière à la CPN à ma première grossesse. Mais j'ai eu des problèmes d'accouchement. A la grossesse de cet enfant, je n'y suis jamais allée et j'ai accouché sans problèmes ».

Ou encore :

« Wallai !!!, l'hôpital de Djarengol m'a énervé. J'étais régulière à la CPN de mon enfant qui est mort là. Un matin, ils me demandent de faire l'échographie. Je suis allée la faire à la clinique où on m'a dit que l'enfant que je porte est costaud. Et que c'est pour cela qu'il a changé de position dans mon ventre ».

Les traumatismes et les expériences malheureuses vécus par certaines femmes lors des accouchements ou lors des consultations prénatales les amènent à se radicaliser et à penser que la CPN ne garantit pas toujours le bon déroulement de l'accouchement et par conséquent, les femmes peuvent s'en passer et ne pas en faire. Ces expériences lorsqu'elles sont largement partagées avec d'autres femmes entraînent davantage de réticences et ont une incidence négative sur les perceptions et les attitudes des autres femmes vis-à-vis de la CPN.

La CPN est également perçue comme une intervention exogène venant de l'étranger notamment « des blancs ». Cette acception ne colle pas toujours avec les aspirations culturelles et sociales des populations de ces régions du pays.

3.1.6.3. Pratiques de la CPN

Indépendamment du niveau de connaissance qui est élevé, des attitudes et perceptions en majorité favorables à l'adoption de la CPN, il est ressorti que la pratique de cette intervention reste peu satisfaisante eu égard à toutes les sensibilisations, les mobilisations communautaires et les mesures incitatives mises en place par les pouvoirs publics. En effet, le nombre moyen de CPN effectué par les femmes interviewées est de 02 CPN par femme, 2,3 dans l'Extrême-Nord et 1,7 dans le Nord, contre 4 CPN recommandées. Le tableau ci-dessous donne des précisions plus détaillées sur cette question.

Tableau 31: Nombre moyen de CPN effectué par les femmes lors du dernier accouchement selon la Région.

	Nombre de CPN réalisé
Région	
Extrême Nord	2,3
Nord	1,7
Tranche d'âge	
Entre 15 - 24 ans	1,5
Entre 25 - 34 ans	3,0
Entre 35 - 49 ans	2,8
Ensemble	2,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

La pratique de la CPN n'est pas systématique. Le nombre de CPN recommandées (4) n'est pas respecté. Dans la majorité des cas, le recours à la CPN se fait uniquement quand un malaise est pressenti ou ressenti.

« Il y en a quelques-unes qui restent à la maison ; pour certaines, tant qu'elles se sentent bien, elles n'y vont pas et d'autres y vont seulement quand elles se sentent mal » Femme-Guider

Les raisons justifiant cette attitude sont entre autre : le mauvais accueil au niveau des formations sanitaires, le coût de la CPN qui reste très important pour certains ménages et les barrières culturelles et religieuses.

Pour la grande majorité des formations sanitaires de la Région, la CPN est devenue comme une condition qui est imposée aux femmes pour accoucher à l'hôpital. C'est pourquoi, les femmes qui de plus connaissent la CPN, vont à l'hôpital pour se faire suivre afin d'éviter une mauvaise prise en charge ou des désagréments lors de l'accouchement. La CPN est ainsi effectuée non par conviction, mais par craintes de représailles. Il faut donc à l'occasion être stratégique, « baliser ainsi sa route » pour avoir un accouchement « normal ».

Le comportement et l'attitude du personnel responsable des services de CPN et de Maternité dans les formations sanitaires constituent également des barrières à la fréquentation et à l'utilisation des services de CPN et même de maternité car, l'accueil, la qualité du service, les soins apportés aux femmes enceintes sont peu satisfaisants et de mauvaise qualité. Les femmes de manière globale et indépendamment des DS se plaignent de la qualité de l'accueil et surtout du rançonnement dont elles sont victimes. En effet, elles se plaignent qu'elles ne font pas l'objet d'une attention particulière de la part du personnel sanitaire. L'argent étant le principal ticket qui conditionne leurs attitudes :

« Quand tu n'as pas tes 6500F, on ne te regarde même pas. »

En dehors des pré-requis financiers qui sont exigés et qui conditionnent parfois la prise en charge des parturientes, il se dégage des assertions des interviewés que le personnel de santé est souvent discret, plus préoccupé par le règlement de leurs problèmes personnels au détriment des femmes venues en CPN ou pour d'autres sollicitations. Ils sont donc plus préoccupés à résoudre leurs problèmes qu'à servir les parturientes venues pour divers services. Comme précisé dans le témoignage de cette femme du DS de X, cette situation débouche très souvent à des situations dramatiques pouvant occasionner des pertes en vie humaine :

« Mais nous avons quand même un réel problème au moment d'accoucher. Et je souhaite que tu le dénonces vivement. Le jour que je suis allé accoucher, l'infirmière qui devait s'occuper de moi m'a forcé de ne pas pousser l'enfant alors qu'il se présentait déjà par la tête. Elle me l'a demandé parce qu'elle voulait faire dormir son enfant. Elle s'en est allée et quand elle est revenue, il en a fallu de peu que le bébé tombe par terre parce qu'il était déjà sorti. »

Le mauvais accueil des femmes au niveau de la CPN a également des répercussions sur la fréquentation et l'utilisation des services de maternité. En effet, le mauvais accueil dénoncé lors de la CPN se poursuit également pendant les accouchements où les femmes en salle d'accouchement sont rabrouées et traitées de

manière déconcertante. Les témoignages de ces femmes du DS de MOKOLO présentent cette situation dans les détails :

« Tu peux même accoucher au sol et le personnel passe sans même te regarder et c'est la raison pour la quelle beaucoup de femmes après le premier accouchement à l'hôpital, elle ne peut même plus rentrer à l'hôpital un autre jour accoucher ».

Ou encore :

« Même la semaine passée devant moi, je suis allé acheter les remèdes à la pharmacie à mon mari et je vous jure que j'ai rencontré des femmes qui se vidait de tout son sang et je ne sais même pas si elle a fini par accoucher, si elle n'est pas morte, elle était là par terre dans un bain de sang parce qu'elle n'avait pas suffisamment d'argent, elle avait 5000 je crois et il lui fallait encore 1000 FCFA pour payer. Elle attendait que son mari vienne avec les 1000 FCFA mais en attendant elle pouvait mourir et les femmes qui étaient là ce jour n'avaient même pas pitié d'elles. Avec ça comment voulez vous que les femmes aillent accoucher à l'hôpital ? »

Le manque de moyens est également un obstacle à la pratique des consultations prénatales:

« Moi je ne pratique pas à cause du manque de moyens ! » FGD, Femme – MOKOLO

Allant dans le même sens, ces répondantes des DS de PITO A et de LAGDO décrivent les problèmes financiers qui limitent leur accès à la CPN et stigmatisent le comportement des prestataires qui ont pris l'habitude de gronder les parturientes :

« Il y a souvent des femmes qui commencent les consultations et ne finissent plus à cause du problème d'argent, ce n'est pas facile, juste pour la moto même. Il ya aussi la paresse des femmes et les infirmiers qui grondent trop les femmes ça les décourage beaucoup » FGD, Femme - PITO A.

Ou encore :

« Certaines vont a la CPN et d'autre n'y vont pas. Celles qui ont laissées sont découragées par leur mari et le comportement du personnel médical peu favorable » FGD, Femme - LAGDO

Ces raisons sont constamment revenues dans les réponses apportées par les interviewés car, il est établi dans les pratiques ayant cours dans les formations sanitaires que le recours à une consultation prénatale impose au préalable la possession des moyens financiers. Ces dernières sont systématiquement payantes et les femmes sollicitant ces services doivent se prémunir d'une certaine somme pour en bénéficier :

"Quand la femme va à la CPN elle est obligé d'avoir l'argent en poche, soit environ 2000 et 500 par séance». FGD, Femme -YAGOUA

Non seulement les services de CPN sont payants, mais aussi les montants exigés sont élevés, ils diffèrent d'une formation sanitaire à une autre et sont parfois fixés à la tête du client. Le coût de la CPN n'est donc pas harmonisé et est fixé et appliqué à la tête du client comme l'affirment ces femmes du DS de YAGOUA:

« Moi je dis que ça dépend. Une femme peut payer 6000, l'autre on peut lui demander 10 000, l'autre 20 000 l'autre 40 000 FCFA. »

Ou encore :

« Il n'ya pas de prix fixe et je peux te dire que ça dépend de la femme qui est là ».

Cette situation devient plus préoccupante lorsque les femmes au cours des CPN sont amenées à faire des examens préalables. Les prix se doublent et vont même à des sommes exorbitantes comme l'atteste cette interviewée du DS de MOKOLO :

« 5 000 FCFA et si vous avez des examens à faire là c'est grave tu fais d'abord des examens tous les mois qui vous coûte 15 000 ou 20 000 FCFA ».

Cette réalité amène même certaines répondantes à penser que ces services sont réservés aux plus nanties et par conséquent, ils ne sont pas à leur portée. Ce sentiment de frustration est davantage entretenu par la succession des dépenses qui leur sont imposés au mépris du changement de leur état de santé ou de leur satisfaction. Toute chose par ailleurs qui limite et la fréquentation et l'utilisation des services :

« On vous prescrit des examens sur examens qu'on ne fait même pas et vous ne faites que dépenser, dépenser, dépenser sans changement et parfois c'est votre enfant qui meurt ou la mère qui meurt. Est-ce que cette situation peut vous encourager vous-même à continuer à emmener votre femme pour accoucher à l'hôpital ? »

Cette situation justifie également le taux d'accouchement peu satisfaisant enregistré dans les différentes formations sanitaires enquêtées. Du tableau 32, il ressort que près de 63,4% des accouchements se font dans les hôpitaux et 9,5% se font dans un centre de santé local. Cependant, il ressort également que de nombreux accouchements continuent d'être pratiqués dans la communauté (19,0%).

Tableau 32: Lieux de naissance du dernier enfant.

		Lieu de naissance du dernier enfant				Total
		l'hôpital	Dans un centre de santé local	Dans la communauté	NSP	
Région	Extrême Nord	68,1	9,9	18,1	3,8	100,0
	Nord	54,6	8,6	20,5	16,2	100,0
Tranche d'âge	Entre 15 - 24 ans	59,7	9,7	18,8	11,8	100,0
	Entre 25 - 34 ans	68,0	5,5	23,5	3,0	100,0
	Entre 35 - 49 ans	68,1	13,1	16,3	2,5	100,0
Ensemble		63,4	9,5	19,0	8,2	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Les résultats de cette enquête de manière comparative ne sont pas éloignés de ceux de l'EDS-MICS 2011. En effet, d'après l'EDS 4, il ressort qu'environ trois cinquièmes des accouchements se sont déroulées dans un établissement de santé (61 %), principalement dans le secteur public (40 % contre 21 % pour le secteur privé). Par ailleurs, les femmes du milieu rural (54 %) accouchent plus fréquemment à domicile que celles du milieu urbain (14%).

Pour ce qui des personnes ayant assisté la femme lors de son dernier accouchement, il ressort du tableau 33, que 72,9% des femmes ont été assistées lors de leur dernier accouchement par le personnel de santé. Tandis que 16,3% l'ont été par une accoucheuse traditionnelle ou matrone et 2,7% ont bénéficié de l'assistance d'une tante pour accoucher. La proportion des femmes à avoir bénéficié de l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle n'est pas à négliger ; car de fois il s'agit des personnes inexpérimentées ce qui a de nombreuses conséquences sur la santé maternelle et infantile.

Tableau 33: Personne ayant assisté la femme lors de son dernier accouchement

		Personne ayant assisté la femme pendant l'accouchement				Total
		Personnel de santé	assisté par une accoucheuse traditionnelle	assisté par une «tante»	NSP	
Région	Extrême Nord	78,1	16,1	2,0	3,8	100,0
	Nord	63,2	16,8	3,8	16,2	100,0
Tranche d'âge	Entre 15 - 24 ans	69,4	16,0	2,8	11,8	100,0
	Entre 25 - 34 ans	73,5	21,0	2,5	3,0	100,0
	Entre 35 - 49 ans	81,3	13,1	3,1	2,5	100,0
Ensemble		72,9	16,3	2,7	8,2	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Les résultats de cette enquête de manière comparative ne sont pas éloignés de ceux de l'EDS-MICS 2011. En effet, d'après l'EDS 4, il ressort que 64 % de femmes ont été assistées par le personnel sanitaire formé lors de leur dernier accouchement. Tandis que 9 % des femmes ont bénéficié de l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle et près d'un quart (23 %) par des parents ou autres personnes. Enfin, 3 % des femmes ont accouché sans aucune aide.

Cette situation est fortement entretenue et encouragée par le mauvais accueil et le rançonnement dont les femmes sont victimes lors des consultations prénatales ou lors des accouchements. Malgré les messages de sensibilisation diffusés, certaines se radicalisent et préfèrent ainsi accoucher à la maison ou ne pas du tout effectuer de CPN au risque d'être confrontées à des frustrations qu'elles ne pourront pas facilement surmonter.

Le personnel de santé de sexe masculin qu'on retrouve dans les services de CPN, constitue aussi un frein pour la pratique de la CPN. Pour les hommes en majorité des musulmans, le suivi de la femme enceinte par un prestataire de sexe masculin n'est pas appréciable encore moins envisageable car, ces derniers vont avoir accès à la nudité de leurs femmes et ces dernières à leur tour peuvent être exposées à l'adultère. Ils ne souhaitent pas voir leurs femmes se déshabiller devant un autre homme ce d'autant plus que cela peut avoir des conséquences dans la vie du ménage car, il peut arriver que l'époux devienne jaloux et se mette à soupçonner sa femme d'entretenir des relations avec le responsable de la CPN.

« Il y a des gens qui ne laissent pas leurs femmes aller, on dit que les hommes qui travaillent regardent les fesses des femmes » FGD, Homme - GOLOMBE.

En définitive, la situation de la pratique de la CPN contraste avec le niveau de connaissances et les attitudes favorables qu'ont les interviewés de cette intervention. Même s'il est ressorti qu'ils ont de solides connaissances sur cette PFE, il n'en demeure pas moins que l'application de ces connaissances n'est pas systématique et effective. Elle se heurte à des perceptions religieuses, culturelles, à des blocages financiers et surtout au mauvais accueil des parturientes par les prestataires de soins. Loin d'inciter les femmes à pratiquer la CPN, ces obstacles au contraire amènent certains acteurs à se radicaliser et à remettre même en question l'importance de même que l'opportunité de la CPN. Il reste également intéressant de relever que le manque d'information, l'éloignement des formations sanitaires de même que le mauvais état des routes n'ont pas été ressortis de manière explicite comme des obstacles potentiels à la pratique des consultations prénatales. Le coût exorbitant de cette intervention de même que l'attitude des prestataires concourent à discréditer l'importance de la CPN et à débiliter chaque jour un peu plus les efforts gouvernementaux déjà consentis en termes de communication, de sensibilisation et de la mise en place des mesures incitatives.

RECAPITULATIF SUR LA CPN

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de la CPN

Facteurs incitatifs :

- Les populations ont une bonne connaissance des avantages de la CPN sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- La CPN donne la possibilité aux parents d'établir sans difficulté l'acte de naissance de l'enfant ;
- La CPN donne la possibilité à la femme enceinte d'avoir certains médicaments, vaccins et intrants gratuitement (TPI, VAT, MILDA) ;
- La CPN assure à la femme la possibilité d'être bien reçue au moment de l'accouchement ;
- La CPN assure à la femme enceinte de bénéficier d'un kit obstétrical au moment de l'accouchement.

Facteurs inhibiteurs :

- Les hommes pensent que la CPN est un risque potentiel d'exposition de leurs femmes à l'adultère ;
- Les coûts élevés des frais de consultation ;
- Le déni de l'importance de la CPN par certaines femmes ;
- Le mauvais accueil du personnel dans les formations sanitaires ;
- Les traumatismes et les expériences malheureuses vécus par certaines femmes lors de la CPN ou de l'accouchement ;
- La CPN est perçue par les femmes comme une intervention exogène.

3.1.7. L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : allaitement maternel exclusif et alimentation complémentaire

Cette section liminaire présente les comportements recommandés par l'OMS/UNICEF relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Comportements clefs recommandés et renseignés dans cette étude :

1. Mettre l'enfant au sein pendant la première heure de la naissance ;
2. Allaiter exclusivement dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois; ne pas donner de l'eau ou d'autres liquides, ni de la nourriture ;
3. Allaiter sur demande jour et nuit, au moins 8-12 tétées en 24 heures- Si le lait ne suffit pas, allaiter plus fréquemment pour augmenter la production ;
4. Continuer à allaiter sur demande jour et nuit, jusqu'à 3 ans – L'introduction des aliments de complément.

Comportement # 1 : Mettre l'enfant au sein pendant la première heure de la naissance.

C'est quoi la mise au sein précoce ?

Il faut mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit l'accouchement car :

- (i) Le réflexe de succion est le plus intense pendant ces premières minutes et le bébé est plus alerte.
- (ii) La production du lait répond à la stimulation des mamelons. Donc plus l'enfant suce, plus la production de lait augmente, plus l'allaitement maternel a la chance de réussir.

- (iii) Le premier lait (dit colostrum) est jaunâtre pour une raison : il est riche en vitamine A et possède des propriétés antibactériennes, antivirales et nutritionnelles et qui confèrent à l'enfant une protection instantanée contre les maladies. Ce colostrum diminue progressivement dans les quatorze jours d'après la naissance. Donc l'enfant qui n'est pas mis immédiatement au sein, court des risques d'infections à cause de cette perte de colostrum de plus on note un retard de la production de lait parce que l'enfant n'a pas tété.

Comportement #2 Allaiter exclusivement dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois; ne pas donner de l'eau ou d'autres liquides, ni de la nourriture.

C'est quoi l'allaitement maternel exclusif ?

L'une des principales causes de la malnutrition chez les enfants de moins de deux ans est la pratique inadéquate de l'allaitement maternel. Il est recommandé, de ne rien donner à l'enfant sauf le lait maternel : pas d'eau, pas d'autres liquides ou aliments, jusqu'à l'âge de six mois. Il y a deux grands problèmes liés à la consommation de l'eau et d'autres liquides et aliments avant six mois :

- 1) L'eau (ou tout autre liquide) et les aliments peuvent être des vecteurs d'agents pathogènes susceptibles de provoquer des maladies graves chez l'enfant;
- 2) La consommation d'eau (ou autres liquides) et des aliments remplissent le très petit ventre de l'enfant limitant ses besoins de tétés donc moins de sein de sa mère diminuant ainsi la production du lait maternel. Il s'ensuit une situation où l'eau remplace le lait maternel. Et le plus grave, c'est que ces liquides ou bouillies n'ont presque jamais les mêmes bénéfices que le lait maternel.

Les résultats d'étude menées sous l'égide de l'OMS (en 1998) ont montré que la prévalence de la diarrhée est doublée quand on donne d'autres liquides, telles que les tisanes ou de l'eau à l'enfant de moins de 6 mois. Cette prévalence peut être treize fois plus élevée chez l'enfant soumis à une alimentation autre que le lait maternel (bouillie, biscuits trempés, et d'autres laits) en comparaison avec les enfants allaités exclusivement.

Le lait maternel contient tout ce dont l'enfant a besoin pour un développement harmonieux, ceci de la naissance à l'âge de six mois : c'est-à-dire, assez d'eau pour couvrir ses besoins en hydratation et en croissance, assez de vitamines et autres éléments protecteurs contre les maladies, assez de fer, de vitamine A et autres micronutriments et assez de calories pour une bonne croissance, jusqu' à l'âge de six mois. Et cela reste toujours vrai, même si la mère est sous-alimentée (les nutriments stockés dans son corps sont utilisés par le bébé).

Des études très sérieuses rapportent que l'enfant régule la quantité et la qualité du lait quand il tète. Les réactions hormonales donnent un message aux seins d'augmenter ou de diminuer la production du lait, selon les demandes de l'enfant. S'il a soif, les seins produisent plus d'eau ; s'il a besoin de plus de calories, comme un enfant prématuré, par exemple, les seins produisent un lait plus riche en matières grasses et nutriments. En plus, si l'enfant tète avec une bonne fréquence, une bonne durée et avec plus de force, il retarde le retour de couches de la mère et un allaitement régulier, en termes de fréquence et de durée, protège la femme d'une grossesse rapprochée. Cela protège aussi l'enfant qui a besoin des bienfaits du lait maternel jusqu'à l'âge de deux ans.

Le lait des animaux domestiques n'est pas recommandé pour l'enfant avant l'âge d'un an, car autant ils peuvent idéal pour les petits des chèvres, vaches ou chammelles, autant ils peuvent entraîner des allergies et autres problèmes au bébé. En plus, comme l'eau ils peuvent, en l'instar des autres types de lait en poudre se substituer au lait maternel dans l'alimentation de l'enfant.

L'OMS recommande de ne rien donner à manger à l'enfant avant l'âge de six mois pour éviter que des aliments moins nutritifs que le lait maternel, ne le remplace. L'enfant avant six mois ne peut pas digérer beaucoup d'aliments parce qu'il ne possède pas certaines enzymes. A cet âge il a un estomac de contenance très petit (entre 100 et 150 ml) et qui se remplit très rapidement. Donc si on le remplit d'autres aliments, l'enfant tétera moins et la quantité de lait maternel qui devrait être consommé diminuera (ce sont les suctions fréquentes qui favorisent la production de lait). Avec bien sûr toujours le risque en consommant d'autres aliments, d'introduire des germes pathogènes dans le corps de l'enfant et favoriser ainsi l'apparition d'allergies.

Comportement #3 : Allaiter sur demande jour et nuit, au moins 8-12 tétées en 24 heures.

C'est quoi allaiter sur demande ?

La science a démontré que toute femme allaitante peut produire une quantité de lait suffisante, qu'elle soit bien alimentée ou non. En effet, plus l'enfant tète, plus la quantité de lait produit par le sein augmente. Le comportement recommandé, c'est de donner à téter plus fréquemment parce que c'est le fait de sucer le sein qui stimule l'organisme de la mère à augmenter la quantité de lait produite. A l'âge de trois mois, l'enfant à une pousse de croissance augmentant de fait son appétit et un tel revirement peut être perçu par la mère comme une insuffisance de son lait.

Comportement #4 : L'introduction des aliments de complément

C'est quoi l'introduction des aliments de complément¹ ?

Vers l'âge de six mois, le nourrisson commence à avoir des besoins d'énergie et de nutriments que le lait maternel ne peut plus satisfaire d'où le recours aux aliments de complément. À six mois environ, son développement lui permet aussi de s'alimenter autrement. Faute de compléter son alimentation ou de le faire à mauvais escient, on risque de compromettre sa croissance. Les principes directeurs d'une alimentation de complément adaptée sont les suivants:

- poursuivre un allaitement fréquent, à la demande, jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus;
- être à l'écoute, (par exemple, nourrir les tout-petits directement et aider les plus grands. Nourrir les enfants lentement et patiemment, les encourager à manger mais ne pas les forcer, leur parler et garder le contact visuel avec eux);
- respecter les règles d'hygiène et manipuler correctement les aliments;
- commencer à six mois par de petites quantités et augmenter progressivement la ration alimentaire à mesure que l'enfant grandit;
- augmenter progressivement la consistance et la variété des aliments;
- augmenter la fréquence des repas: 2 à 3 repas par jour pour des nourrissons de 6 à 8 mois, et 3 à 4 repas par jour pour des nourrissons de 9 à 23 mois, avec une ou deux collations supplémentaires, au besoin;
- donner à l'enfant une gamme d'aliments riches en nutriments;
- utiliser des aliments de complément enrichis ou une supplémentation en vitamine et en minéraux, le cas échéant; et
- augmenter l'apport liquidien pendant la maladie, y compris l'allaitement, et proposer des aliments mous, que l'enfant apprécie.

L'alimentation dans des circonstances exceptionnellement difficiles²

Les familles et les enfants confrontés à des circonstances difficiles requièrent une attention particulière ainsi qu'un appui concret. Chaque fois que possible, les mères et les nourrissons doivent demeurer ensemble et bénéficier du soutien dont ils ont besoin pour profiter de la meilleure option possible en matière d'alimentation. L'allaitement au sein demeure le mode préféré de réunion avec l'enfant dans la plupart des situations difficiles, notamment dans les cas suivants:

- faible poids de naissance ou prématurité;

¹ OMS, (Juillet 2010). **Alimentation du nourrisson et du jeune enfant**, Aide-mémoire N°342.

² OMS, op.cit

- mères contaminées par le VIH;
- mères adolescentes;
- malnutrition des nourrissons et des jeunes enfants;
- familles souffrant des conséquences de situations d'urgence complexes;
- enfants vivant dans des conditions particulières telles que placement familial, ou mères atteintes d'incapacités physiques ou mentales, ou emprisonnées; ou bien toxicomanes ou alcooliques.

VIH et alimentation du nourrisson³

L'allaitement au sein, notamment s'il est précoce et exclusif, est l'un des meilleurs moyens d'améliorer le taux de survie des nourrissons. Toutefois, une femme séropositive pour le VIH peut transmettre le virus à son enfant au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement, et également par l'allaitement. Par le passé, il s'agissait d'équilibrer le risque pour les nourrissons d'attraper le VIH par l'allaitement par rapport au risque plus élevé de décès dus à des causes autres que le VIH, et notamment la malnutrition et les maladies graves telles que la diarrhée et la pneumonie, lorsque les nourrissons n'étaient pas allaités.

Les données dont on dispose sur le VIH et l'alimentation du nourrisson montrent que le fait d'administrer des antirétroviraux (ARV) soit à la mère séropositive pour le VIH soit au nourrisson exposé au VIH permet de réduire considérablement le risque de transmission du VIH par l'allaitement. Cela permet aux mères porteuses du VIH d'allaiter leur nourrisson avec un faible risque de transmission (1 à 2%). Ces mères peuvent par conséquent offrir à leur nourrisson la même protection contre les causes les plus courantes de mortalité infantile et les avantages associés à l'allaitement au sein.

Même lorsque les antirétroviraux ne sont pas disponibles, il faut conseiller aux mères d'allaiter exclusivement au cours des six premiers mois de la vie et de continuer d'allaiter encore après sauf si les conditions environnementales et sociales sont suffisamment sûres et adaptées pour permettre l'emploi de substituts du lait maternel.

3.1.7.1. Connaissance

Connaissance sur la mise au sein précoce

Si les populations ont une bonne connaissance des bienfaits de l'allaitement maternel, elles ne maîtrisent pas pour autant et avec précision les moments de mise au sein du nouveau né. Cette situation est plus inquiétante dans la Région du Nord. Dans la région du Nord, 55,4% de la population interviewée pense que la mise au sein du nouveau-né ne devrait se faire que le 2^{ème} jour après sa naissance. Dans la région de l'Extrême Nord, seuls 38,6% des interviewés connaissent avec exactitude à quel moment la mise au sein devrait s'effectuer. L'information est donc connue par 65,8% des interviewés de ces deux régions qui savent que la mise au sein devrait s'effectuer dans une heure après la naissance du nouveau-né. Ce qui signifie que le reste soit 34,2% n'a que des connaissances soit erronées, soit approximatives.

Contrairement aux moments de mise au sein qui ne sont pas très connus des interviewées, les femmes et les hommes des régions interviewées connaissent dans leur grande majorité (83,7%) la fréquence des tétées indépendamment des Districts et de leur obédience religieuse. En effet, dans la Région de l'Extrême Nord, les interviewées (82,4%) pensent que les tétées des nourrissons doivent se faire à la demande. Cette fréquence connaît une légère hausse dans la Région du Nord où 86,4% des interviewés pensent que le nourrisson doit être nourri à la demande. Le tableau 34 reprend en détail ces observations.

³ OMS, op.cit

Tableau 34: Répartition des femmes selon la fréquence des tétées par jour

		Nombre de tétées par jour				Total
		A la demande	03 fois par jour	4 fois par jour	5 fois et plus	
Région	Extrême Nord	82,4	2,3	13,1	2,3	100,0
	Nord	86,4	1,2	12,3	,0	100,0
	Féminin	82,9	5,7	10,0	1,4	100,0
Religion	Catholique	88,7	,0	9,4	1,9	100,0
	Protestante	77,4	3,2	16,1	3,2	100,0
	Autre chrétienne	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Musulman	84,6	2,5	11,7	1,2	100,0
	Animisme	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Ensemble		83,7	1,9	12,8	1,6	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Parlant du colostrum, il est ressorti que les femmes et les hommes interviewés connaissent très sommairement les avantages de ce premier lait jaunâtre. Pour ceux qui le connaissent, il est assimilé au vaccin ou encore à la vitamine que reçoit l'enfant et qui le protège contre certaines maladies. « *C'est le premier vaccin que l'enfant reçoit* ». Une répondante du DS de GUIDER allant dans le même sens renchérit en précisant que le colostrum : « *c'est très riche en vitamine* ».

Dans la majorité des acceptions ressorties de nos discussions, il est clairement ressorti que le lait jaune est assimilé à la saleté qu'il ne faut surtout pas donner aux bébés au risque de les tuer :

«Le lait jaune, Je me dis que c'est la saleté, je ne peux pas donner à l'enfant car il peut tomber malade ». FGD, Femme – LAGDO.

Ou encore :

« Le premier lait peut tuer l'enfant, c'est mieux de le verser et attendre trois jours d'abord » FGD, Femme – GOLOMBE.

Cette perception négative du colostrum justifie les réticences observées par les mères qui ne donnent pas systématiquement le lait jaunâtre à leurs enfants. Le tableau ci-dessous ressort les écarts ainsi relevés.

Le tableau 35 ressort les écarts relevés chez les femmes qui disent avoir donnée le colostrum ou lait jaunâtre.

Tableau 35: Proportion de femme avec un enfant de 0 à 24 mois ayant donné le colostrum.

		A donné le premier lait jaunâtre
Région	Extrême Nord	70,6
	Nord	62,7
Religion	Catholique	59,3
	Protestante	71,9
	Autre chrétienne	50,0
	Musulman	71,0
	Animisme	,0
Ensemble		64,2

Source : PFE 2012, MINSANTE

Connaissance sur l'allaitement maternel exclusif

De manière synoptique, il ressort que la connaissance de l'allaitement maternel exclusif indépendamment des régions est insuffisante voire faible. Même si certains DS à l'instar de LAGDO et PITO A dans la Région du Nord, MAROUA urbain et YAGOUA dans la Région de l'Extrême – Nord enregistrent une bonne performance en matière de connaissance sur cette PFE, il n'en demeure pas moins que la majorité des répondants n'ont pas une bonne connaissance de cette intervention. Cette situation est davantage perceptible et déplorable dans les Districts de Santé de GOLOMBE et de GUIDER dans le Nord, de même que dans les DS de KAELE et de MOKOLO dans l'extrême Nord. Cette intervention reste peu connue indépendamment du sexe dans ces DS. Non seulement les populations ont des définitions erronées de cette PFE : « l'allaitement maternel exclusif c'est donner le lait et un peu d'eau par moment à l'enfant » FGD, Femme-GUIDER, mais bien plus, elles ne maîtrisent pas les avantages, les inconvénients et toutes les exigences en terme de propreté imposées aux femmes allaitantes pour garantir un allaitement maternel exclusif et sain à l'enfant.

Connaissance sur l'introduction des aliments de complément

Comme le démontre le tableau 36, l'âge d'introduction des aliments solides intervient moyennement au 7ème mois. Il ressort également que la bouillie avec beaucoup d'eau (73,8%), la bouillie épaisse (16,2%) et la nourriture de la famille (6,3%) sont les aliments solides qui sont principalement introduits dans l'alimentation des enfants de moins de 24 mois.

Tableau 36: Répartition des femmes selon le type de nourriture donnée à l'enfant.

		Premier repas							Total	Age à l'introduction des aliments solides (en mois)
		Bouillie avec beaucoup d'eau	Bouillie épaisse	Aliment	Légumes écrasés	nourriture de la famille	NSP	Autre		
Région	Extrême Nord	78,3	9,3	1,6	1,6	8,5	0,0	,8	100,0	7,5
	Nord	64,5	30,6	0,0	0,0	1,6	1,6	1,6	100,0	6,1
	Féminin	64,2	26,4	1,9	,0	5,7	0,0	1,9	100,0	7,6
Ensemble		73,8	16,2	1,0	1,0	6,3	0,5	1,0	100,0	7,1

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.7.1.1. Avantages de l'allaitement maternel exclusif

Parlant des avantages de l'allaitement maternel exclusif, la majorité des interviewés informées de cette pratique savent que l'allaitement maternel exclusif donne de la force aux nouveaux nés, il facilite la croissance, leur assure santé et surtout, les prémunit contre les diarrhées :

« L'enfant est plus solide et donc plus en santé », « l'enfant ne tombe pas facilement malade », « Il y a moins de risque de contamination de certaines maladies chez l'enfant », « l'enfant que la maman allaite uniquement au sein jusqu'à l'âge de six mois ne tombe pas malade. Il est costaud », « les enfants qui sont nourris uniquement au lait maternel n'ont pas le problème de diarrhée et ils sont très beaux ».

3.1.7.1.2. Inconvénients de la non pratique de l'allaitement maternel exclusif

Malgré les sensibilisations et communications effectuées lors des CPN, des causeries éducatives ou des campagnes initiées par les autorités sanitaires, les inconvénients de l'allaitement maternel exclusif sont partiellement connus par les femmes et par les hommes. Pour les appréhender, les populations font des comparaisons entre les enfants allaités exclusivement au lait maternel et les autres allaités artificiellement. La majorité est sensibilisée sur le fait que les enfants qui ne sont pas allaités exclusivement au sein, n'ont pas de garantie sur le plan de la santé :

" Quand on voit les enfants des femmes qui allaitent exclusivement là, les enfants sont bien portants, ils ne tombent pas trop malades ; les enfants sont solides, bien portants ; ça aide beaucoup". FGD, Femme – PITO.A.

Elles savent que l'allaitement maternel exclusif exige beaucoup à la jeune mère sur le plan nutritionnel et alimentaire mais elles ne savent pas de manière précise les répercussions de l'allaitement mixte sur la santé de l'enfant et sur leur état de croissance. Elles savent également que pour faire face aux nombreuses sollicitations de tétées, la jeune mère doit bien se nourrir et adopter des règles d'hygiène corporelles très strictes :

« La maman doit toujours être bien nourrie, le lait doit être permanemment disponible en dépit des occupations ménagères, la maman doit toujours prendre des précautions pour être propre ». FGD, Femme YAGOUA.

3.1.7.1.3. Canaux d'information

Plusieurs canaux d'information ont été utilisés pour la diffusion des messages sur l'allaitement maternel. Les populations ont eu ces informations via les personnels de santé à travers les causeries éducatives, les CPN organisées dans les formations sanitaires avec l'appui des Agents Relais Communautaires (ARC) et des médias et plus spécifiquement les radios locales et communautaires. En plus de ces canaux, il faut relever que la communication interpersonnelle a aussi été très utilisée par les populations. Plusieurs répondants ont entendu parler de l'allaitement maternel exclusif par l'intermédiaire d'un membre de famille comme ressorti dans l'affirmation ci-dessous :

« Moi c'est par ma petite sœur que j'ai appris. Elle a allaité ses deux derniers enfants de manière exclusive et ceux enfants sont bien portants » FGD, Femme – PITO.A.

Ou encore :

« Moi c'est une dame qui en parlait à l'hôpital de Langui, elle venait pour les causeries éducatives avec les femmes » FGD, Femme - PITO.A

3.1.7.1.4. Langue et supports de communication utilisés

En général, le français et les langues locales sont utilisés pour la diffusion des messages sur l'allaitement maternel exclusif. Pour ce qui est des supports utilisés pour la diffusion des messages sur l'allaitement

maternel exclusif, il y a : les affiches et les véhicules sonorisés utilisés lors des caravanes mobiles et des campagnes.

« Ici il y a plusieurs mais pour la plupart c'est le fougoulé et aussi français. Il y a un Centre de Santé tout près là, si on affiche ça là les gens vont voir et comme ça les infirmiers là peuvent leur expliquer ; surtout les jeudis, la journée des CPN des femmes ». FGD, Homme – PITO A ;

Allant dans le même sens, un responsable de santé rajoute :

« Souvent, quand il y a par exemple campagne, il y a des affiches qui nous aident. Mais ces derniers temps, quand il y a campagne, il n'y a pas d'affiches. Si bien que, il faut bavarder avec la bouche, ou bien là où il y a des attroupements..... On utilise souvent l'ambulance des hôtels avec des hauts parleurs, dans la nuit on sillonne, on bavarde ». Interview, Chef Bureau Santé (CBS) - LAGDO.

3.1.7.1.5. Messages diffusés

Les messages diffusés sur cette intervention restent également génériques. Ils ne sont spécifiques aux différentes cibles à toucher :

« On dit seulement que c'est bon pour la santé de l'enfant et que ça évite aussi les maladies aux enfants » FGD, Homme – LAGDO.

Le respect des règles d'hygiène, les effets des rapports sexuels pendant l'allaitement maternel, les bienfaits et les retombées de cette intervention sur la santé de l'enfant sont les principaux thèmes couramment relayés lors des CPN, les causeries éducatives et lors des caravanes mobiles.

« On nous disait que si nous accouchons, il faut que nous surveillons bien nos nourrissons, que nous prenons bien soin d'eux et surtout que les enfants ne boivent pas de l'eau avant l'âge de six mois. Et on nous demande aussi de ne pas avoir des rapports sexuels si tôt avec le mari, car ça aura une mauvaise influence sur le bébé. Il peut attraper la maladie qui rend les pieds maigres. Mais avec tout cela il y a quand même les autres femmes qui ne respectent pas ces conseils, non seulement elles ont aussi du mauvais lait, mais elles tombent si tôt enceinte quand l'enfant est encore trop petit. Pourtant, on nous en parle toujours ». FGD, Femme – PITO A.

Les messages diffusés mettent aussi l'accent sur l'utilité du colostrum, sur ses potentialités et sur les dispositions devant être prises par les mères pour assurer un allaitement maternel exclusif et sain:

« On nous dit que le premier lait ; le colostrum est une intelligence pour l'enfant, il faut donner à l'enfant il ne faut plus jeter comme avant. On nous dit que quand tu allaites exclusivement l'enfant, il n'aura pas assez de problèmes de santé, Que l'enfant sera fort, il sera bien » FGD, Femme – PITO A.

Ou encore : « Que la femme doit bien manger, et manger les bonnes choses. » FGD, Homme - LAGDO.

Bien que les populations connaissent l'importance de l'allaitement maternel exclusif et de ses avantages, il n'en demeure pas moins que certains interviewés restent encore réfractaires à l'appliquer systématiquement à cause des perceptions « négatives » construites et partagées sur cette intervention.

3.1.7.2. Attitudes

Indépendamment du sexe, les populations des deux régions ne sont pas favorables à l'adoption de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants. Plusieurs facteurs et perceptions militent pour sa faible adoption. En effet, pour de nombreuses personnes de la Région de l'Extrême-Nord : *« L'eau c'est la vie. On ne peut ne pas donner de l'eau à l'enfant ».* A ce titre, il est impossible pour ces gens de nourrir leurs enfants

uniquement au sein jusqu'à l'âge de six (06) mois sans y ajouter de l'eau ou du vin. La tradition et les habitudes culturelles influencent de manière considérable la perception et l'adoption de l'allaitement maternel exclusif par ces populations. Le fait de donner de l'eau à l'enfant est perçu non seulement comme quelque chose de bien mais aussi, comme un élément vital pour l'enfant. S'il en est ainsi de l'eau, il en est de même de tout autre aliment liquide à l'instar de la bouillie ou du vin qui sont perçus par la population comme des alternatifs ou des suppléments pour l'allaitement maternel. Les propos ci-dessous illustrent bien la perception des populations desdites Régions à l'égard de l'allaitement maternel exclusif :

« Je crois que nous avons aussi notre tradition. Et je n'y vois pas d'inconvénients. L'enfant doit boire de l'eau et certains aliments comme la bouillie ».

Le concept d'allaitement exclusif est également conçu par les populations interviewées comme une idée « exogène », provenant « des blancs ». Si le fait de donner de l'eau à l'enfant est perçu comme quelque chose de bien mais aussi, comme un élément vital pour l'enfant, il n'en demeure pas moins que l'introduction de l'eau, du vin et des autres aliments à l'instar de la bouillie dans l'alimentation et la nutrition des enfants de moins de six mois a une forte valeur et signification culturelle. L'introduction prématurée des aliments donnés à l'enfant renforce la communion d'esprit entre les enfants et les parents et constitue également un élément culturel à pérenniser ou à promouvoir :

« ...Si tu vis avec les grand-mères avec la maison, elles entretiennent toujours la tradition. Tu vois comprends donc leur influence sur cette pratique. Sinon, on peut bien le faire. Et quand tu lui parles de ça, elle ne comprend. Quand tu vas la laisser seule avec ton enfant, elle va lui donner de l'eau »
FGD, Femme – MOKOLO.

Si les populations sont également réticentes à utiliser l'allaitement maternel de manière exclusive, c'est en partie à cause de la perception négative que ces derniers ont du colostrum. En effet, le colostrum est perçu par plusieurs d'entre eux comme quelque chose de sale et de dangereux pour l'enfant. Comme semble le confirmer les propos de cette femme du DS de PITO A:

« Moi j'ai essayé de donner ce lait à un de mes enfants et je vous dis qu'il a commencé à gonfler comme un ballon et il est mort et j'ai cessé de donner ça à mes enfants ».

L'allaitement maternel est également perçu comme une activité épuisante qui « fatigue la mère » qui doit toujours vaquer à plusieurs occupations en même temps qu'elle allaite le bébé. Ceci est d'autant plus préoccupant lorsque les conditions de vie sont difficiles et ne permettent pas aux mères de s'alimenter convenablement pour produire du lait en quantité suffisante et selon les règles exigées en matière de qualité.

« Puisque ici au village particulièrement les femmes...elles travaillent beaucoup. Elles sont en brousse, et si quelqu'un ne parvient pas à combler la ration de l'enfant avec l'eau les femmes seront beaucoup épuisées. C'est normal, mais ici au village avec les conditions de vie ce n'est pas facilela population n'est que seulement paysanne ici chez nous .par exemple vous ne pouvez pas d'un quatre matin rester à la maison comme ça là pour allaiter l'enfant, donc vous êtes obligé d'aller chercher de quoi vivre pour nourrir la famille.et même quand vous partez en brousse là, les travaux champêtres est un travail très difficile. Donc la maman n'aura pas l'opportunité par exemple de faire allaiter l'enfant de telle façon que le lait maternel puisse lui suffire. Donc pour cela, pour se faire, la maman est obligée en rentant par exemple à la maison de combler le vide là avec un peu de l'eau ». FGD, Homme – PITO A.

Plusieurs rumeurs fragilisent l'adoption du colostrum par certaines populations encore réticentes. En effet, pour certains, le lait maternel donné exclusivement constitue une source de sécheresse pour la gorge des enfants. Ce dernier sèche leurs gorges et les parents sont obligés de compléter ces tétées avec de l'eau car, pour ces populations, c'est même risqué de ne pas donner de l'eau aux enfants :

« La gorge de l'enfant sèche quand allaites seulement, aussi ça fatigue la maman et l'enfant souffre de faim avec cette méthode car nous sommes pauvres ici à Sorawel » FGD, Femme – GOLOMBE.

Les autres rumeurs laissent entendre que le lait maternel est un liquide gras pouvant même étouffer l'enfant. « *Le lait maternel peut coaguler dans l'organisme de l'enfant* ». FGD, Homme – GUIDER Ce dernier ne rassasie pas l'enfant et le dispose à des malaises notamment des pleurs. Pour la maman, il est responsable des coups de fatigue et ne permet pas à la mère de se reposer conséquemment :

« *Il faut aussi lui donner de l'eau tiède et la bouillie pour permettre à la maman de se reposer aussi, car lorsque l'enfant est bien rassasié il dort et la maman peut se reposer et vaquer à d'autres occupations. Mais lorsqu'il ne prend que du lait maternel et qu'il n'est pas rassasié il pleure et fatigue plus la maman* » FGD, Femme - GOLOMBE.

3.1.7.3. Pratique

Pratique de la mise au sein précoce

Selon l'enquête EDS 2011, 40% des femmes mettent l'enfant au sein dans l'heure qui suit la naissance. 32,9% dans la région de l'Extrême nord et 23,8% dans la région du Nord. Selon l'enquête SMART de novembre- décembre 2012 ce pourcentage est inférieur, 20,7% à l'Extrême Nord et 10,7% au Nord. Dans cette étude CAP, le pourcentage des femmes qui dit avoir pratiqué la mise au sein précoce (moins d'une heure) est de 38,6% pour l'Extrême Nord et de 19,3% dans la région du Nord.

Tableau 37: Répartition des femmes ayant un enfant de 0 à 24 mois selon le temps de mise au sein.

		Combien de temps l'enfant a été mis au sein après la naissance						Total
		Immédiatement	Moins de 30 minutes	Moins d'une heure	6 heures	Plus de 12 heures	2 ^{ème} journée	
Région	Extrême Nord	38,6	21,6	19,9	5,8	2,9	11,1	100,0
	Nord	19,3	16,9	,0	7,2	1,2	55,4	100,0
Tranche d'âge	Entre 15 - 24 ans	32,6	17,9	10,5	8,4	3,2	27,4	100,0
	Entre 25 - 34 ans	30,7	21,9	14,0	5,3	1,8	26,3	100,0
	Entre 35 - 49 ans	36,4	20,5	18,2	4,5	2,3	18,2	100,0
Sexe	Masculin	30,3	20,7	15,4	4,3	2,1	27,1	100,0
	Féminin	37,9	18,2	7,6	12,1	3,0	21,2	100,0
Ensemble		32,3	20,1	13,4	6,3	2,4	25,6	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Pratique de l'allaitement maternel exclusif

Il ressort de cette étude CAP que l'allaitement maternel exclusif reste faiblement pratiqué et ces données confirment celles qualitatives pour lesquelles, l'allaitement maternel exclusif est presque impossible à pratiquer par les femmes de ces Régions. Les raisons évoquées par ces dernières sont entre autre : Le climat très chaud, la pauvreté, les habitudes, la décision du choix de la mise au sein, les nombreuses occupations des femmes et même la pénibilité de l'allaitement maternel exclusif.

3.1.7.3.1. La pauvreté.

Des propos recueillis de ces interviewées, il ressort que la pauvreté est un frein à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Ainsi, il est communément partagé l'acceptation selon laquelle une femme mal nourrie ne peut prétendre alimenter exclusivement son enfant avec du lait maternel si elle est pauvre et ne peut manger correctement. Autrement dit, une femme qui ne mange pas bien est dépourvue de lait et ne peut allaiter son

enfant exclusivement au lait maternel. La femme allaitante doit donc avoir une alimentation « riche et variée » dans la mesure où elle doit impérativement consommer en alternance : bouillie épaisse et sauce d'arachide. Or, cette alimentation riche et variée nécessite des moyens financiers qui ne sont pas toujours disponibles.

3.1.7.3.2. Habitudes culturelles et division sexuelle du travail

A côté de ces raisons sus-évoquées, il est ressorti que certaines pratiques culturelles ne sont pas favorables à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Notamment, le fait que les populations pensent que :

« Un enfant à qui on ne donne rien en dehors du lait maternel, quand on lui donnera de l'eau au 6^e mois, il va tomber malade ». FGD, Homme-YAGOUA

La majeure partie des femmes des Régions investiguées sont des cultivatrices, pour ce faire, elles sont souvent obligées de laisser les enfants à la maison avec leurs grands-mères. Celles-ci pour la plupart ne sont pas éduquées ou ne connaissent pas les avantages de l'allaitement maternel exclusif. Une fois qu'elles sont restées avec les enfants en âge de téter, elles leur donnent de l'eau à boire lorsque les enfants expriment le besoin d'être nourris. C'est ce qui ressort de ce témoignage fait par cette femme qui bien qu'elle soit favorable à la pratique de l'allaitement fait face à des éléments contextuels qui rendent difficiles voire impossibles la pratique de l'allaitement maternel exclusif :

« ...Si tu vis avec les grand-mères avec la maison, elles entretiennent toujours la tradition. Tu vois comprends donc leur influence sur cette pratique.[..]. Et quand tu lui parles de ça, elle ne comprend. Quand tu vas la laisser seule avec ton enfant, elle va lui donner de l'eau »FGD, Femme – MOKOLO.

3.1.7.3.3. Le choix de la décision de la mise au sein

Le choix de la mise au sein d'un enfant dans les différentes Régions d'étude ne dépend pas toujours de la mère même s'il ressort qu'en majorité 71.7% décident en dehors de toute influence de la faire. En effet, en dehors de la mère, plusieurs autres acteurs interviennent dans la décision de mettre ou non les enfants au sein notamment : les maris (7.3%), les belles mères (2.7%), les mères des allaitantes (3.1. %) et les autres (19.3%). dessous donne plus de précisions sur cet aspect.

Tableau 38: Répartition des femmes avec un enfant de 0 à 24 mois selon la décision de la mise au sein.

	Personne ayant pris la décision						Total	
	Moi même	Mon mari	Mon mari et moi	Ma belle mère	Ma mère	Autre		
Région								
Extrême Nord	61,2	9,6	7,3	2,8	1,1	18,0	100,0	
Nord	65,4	2,5	,0	2,5	7,4	22,2	100,0	
Tranche d'âge								
≤14 ans	,0	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0	
15 - 24 ans	62,8	7,4	2,1	4,3	3,2	20,2	100,0	
25 - 34 ans	59,3	5,9	6,8	1,7	4,2	22,0	100,0	
35 - 49 ans	71,7	10,9	6,5	,0	,0	10,9	100,0	
Sexe								

	Masculin	61,5	7,5	6,4	3,2	2,7	18,7	100,0
	Féminin	65,3	6,9	1,4	1,4	4,2	20,8	100,0
	Ensemble	62,5	7,3	5,0	2,7	3,1	19,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Il faut également relever que la communication sur cette intervention a été insuffisante et a favorisé l'ignorance, la radicalisation de certains répondants et le rejet de l'adoption de cette pratique. Les messages génériques produits et diffusés sur cette PFE n'ont pas contribué à renverser la tendance au contraire ! Etant parfois inappropriés et trop génériques, ces messages ont été opposés aux différentes rumeurs en cours dans ces Régions.

Pratique de l'introduction des aliments de complément

Pour ce qui est de l'allaitement maternel, il est ressorti que seules, 22.2% des femmes donnent du lait maternel à leurs enfants de moins de 06 mois en cas de soif. Les autres solutions étant : de l'eau (62.4%), du vin (0.8%), et de la bouillie (14.8%). En effet, en ce qui concerne le climat, il ressort de manière liminaire que ce dernier lorsqu'il est chaud ne favorise pas l'allaitement maternel exclusif. L'utilisation de l'eau de boisson en lieu et place du lait maternel est plus pratiquée dans la Région du Nord où près de 75.9% des femmes utilisent l'eau de boisson pour atténuer la soif de leurs enfants âgés de moins de 06 mois. Cette tendance reste moyenne dans la Région de l'Extrême Nord malgré la longue durée de sevrage (15.6 mois) qui est presque le double de celle de la Région du Nord (09.8 mois). En croisant les informations recueillies des entretiens à celles du tableau 39, il apparaît que la consommation de l'eau (62.4%) se trouve ainsi justifiée dans la mesure où l'eau de boisson est davantage perçue et utilisée comme un substituant ou un palliatif au lait maternel.

Tableau 39: Répartition des femmes selon ce qui est donné à l'enfant lorsqu'il a soif.

		Boisson consommé par enfant de moins de 6 mois en cas de soif				Total	Nombre de mois au sevrage
		De l'eau	Du lait maternel	Vin	Bouillie		
Région	Extrême Nord	55,7	22,2	1,2	21,0	100,0	15,6
	Nord	75,9	21,7	,0	2,4	100,0	9,8
Tranche d'âge	Entre 15 - 24 ans	61,7	21,3	1,1	16,0	100,0	13,5
	Entre 25 - 34 ans	65,5	18,6	0,9	15,0	100,0	14,1
	Entre 35 - 49 ans	54,8	33,3	0,0	11,9	100,0	13,9
Sexe	Masculin	62,2	20,0	1,1	16,7	100,0	13,9
	Féminin	62,9	27,1	0,0	10,0	100,0	13,7
Religion	Catholique	76,5	15,7	0,0	7,8	100,0	14,1
	Protestante	56,3	31,3	0,0	12,5	100,0	12,2
	Autre chrétienne	100,0	0,0	0,0	,0	100,0	6,0
	Musulman	58,1	21,9	1,3	18,7	100,0	14,4
	Animisme	,0	100,0	,0	,0	100,0	0
	Aucun	100,0	,0	,0	,0	100,0	8,0
	Autre	50,0	50,0	,0	,0	100,0	6,0
	ND	,0	100,0	,0	,0	100,0	0
Ensemble		62,4	22,0	,8	14,8	100,0	13,9

Source : PFE 2012, MINSANTE

D'après le tableau 40, 51,1% des femmes introduisent précocement des aliments solides dans l'alimentation de leurs enfants du fait du manque d'information sur le sujet.

Tableau 40: Répartition des femmes selon la raison du refus de l'introduction des aliments de complément.

		Aliment de complément						Total
		On ne me l'a pas suggéré	Nous n'avons pas de nourriture/pas d'argent	Je ne lui ai pas donné	Il refuse	Ne sais pas/pas de réponse	Autre	
Région	Extrême Nord	53,6	3,6	17,9	14,3	7,1	3,6	100,0
	Nord	47,4	0,0	31,6	15,8	0,0	5,3	100,0
Tranche d'âge	15 - 24 ans	52,4	4,8	28,6	9,5	0,0	4,8	100,0
	25 - 34 ans	55,6	0,0	22,2	11,1	5,6	5,6	100,0
	35 - 49 ans	37,5	0,0	12,5	37,5	12,5	0,0	100,0
Sexe	Masculin	54,3	0,0	22,9	14,3	5,7	2,9	100,0
	Féminin	41,7	8,3	25,0	16,7	0,0	8,3	100,0
Religion	Catholique	55,6	0,0	33,3	11,1	0,0	0,0	100,0
	Protestante	20,0	0,0	40,0	20,0	20,0	0,0	100,0
	Autre chrétienne	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Musulman	60,0	3,3	13,3	16,7	3,3	3,3	100,0
	Aucun	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0	100,0
Ensemble		51,1	2,1	23,4	14,9	4,3	4,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

La communication sur cette intervention reste générique, globalisante et moins spécifique. Le niveau de communication sur cette PFE reste insuffisant. Cette situation a davantage favorisé la construction des rumeurs, le rejet de l'allaitement maternel, du colostrum et a entraîné la radicalisation de certains répondants qui pensent que cette intervention est loin d'être effective au regard de leurs réalités socio anthropologiques.

En définitive, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants n'est pas bien connue par les femmes dans les deux régions. Que ce soit l'allaitement exclusif ou l'introduction des aliments de complément, il ressort que leur pratique est confrontée à plusieurs pesanteurs qui sont d'ordre économique, culturelle et sociale.

RECAPITULATIF SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de la l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants :

Facteurs incitatifs :

- Le colostrum est assimilé au vaccin ou à la vitamine de l'enfant reçoit et qui le protège.

Facteurs inhibiteurs :

- Le colostrum est assimilé à la saleté ;
- Pour les populations, le colostrum peut tuer le nourrisson ;
- Les populations ont un faible niveau de connaissance sur l'AME ;
- L'AME est perçue comme une pratique contraignante et épuisante pour la femme qui allaite ;
- L'AME exige une bonne alimentation à la femme qui allaite ;
- L'AME commande le respect des règles stricte d'hygiène et de salubrité ;
- Pour les populations, « L'eau c'est la vie », pour cela, il est impensable de ne donner à l'enfant que le lait maternel ;
- L'AME est perçue comme une intervention exogène, pour elles : « C'est l'affaire des blancs ».

3.1.8. L'utilisation de la SRO pour la prise en charge de la diarrhée

3.1.8.1. Niveau de connaissance sur la SRO.

De manière globale, il est ressorti que les populations des Régions de l'Extrême Nord et du Nord indépendamment des Districts de Santé et du sexe ont un faible niveau de connaissance de la SRO. Cette situation est davantage critique dans la région du Nord, où les populations des différents DS enquêtées indépendamment du sexe, de la religion ne connaissent pas l'importance de la SRO dans la prise en charge de la diarrhée. Par contre, les populations de l'Extrême-Nord, ont une bonne connaissance de cette intervention. Non seulement elles savent reconnaître les signes de danger, mais aussi les avantages, les inconvénients et toutes les mesures à prendre pour arrêter cette diarrhée. De manière spécifique, ces populations savent que la diarrhée entraîne la déshydratation. Par conséquent, elles doivent donner abondamment de l'eau à l'enfant pour compenser cette déshydratation. Elles sont également conscientes des potentialités de la SRO mais savent que cette solution n'est pas une panacée et qu'elles doivent se référer aux formations sanitaires en cas de persistance de cette diarrhée. Elles sont également informées des modes de préparation, d'utilisation et de conservation.

« ...Mais on le donne à l'enfant quand il est déshydraté. On le verse dans un litre d'eau et on le donne à l'enfant ».

Le prix est également connu « ...Ça coute 100F ». Il en est de même des lieux d'approvisionnement qui sont : les formations sanitaires, les marchands ambulants et dans la grande majorité les marchés et les boutiques des quartiers :

« Au marché parce qu'au niveau de la pharmacie il faut présenter une ordonnance pour qu'on te vende ça au niveau de la pharmacie. Et est ce que l'enfant attend donc que tu aies l'ordonnance ? C'est la raison pour laquelle on préfère aller acheter ça au marché surtout que certaines pharmacies du village ont le même lieu d'approvisionnement ! »FGD, Femme-YAGOUA

Quant à la Région du Nord et conformément aux informations fournies par la Matrice PFE de la Région du Nord, il ressort qu'indépendamment des Districts de Santé et du sexe, les populations ont une très faible connaissance de cette intervention. Les populations déclarent recourir en majorité aux méthodes traditionnelles pour la prise charge de la diarrhée à domicile. Dans les DS de GUIDER et de LAGDO par exemple, indépendamment du sexe, les populations n'ont pas de connaissances sur la SRO. Il est ressorti des entretiens avec les interviewés que cette intervention n'est pas connue. Dans le DS de GOLOMBE, les hommes ont entendu parler de cette intervention, mais n'ont aucune connaissance sur l'utilisation du SRO. Par contre, les femmes n'ont qu'une connaissance basique du SRO qui se limite tout simplement à son identification comme :

« ...un sachet [...] Oui, c'est qu'on nous demande d'acheter à l'hôpital pour stopper la diarrhée. ...On connaît ce qui est dans les sachets là n'est-ce pas ». FGD, Femmes-GOLOMBE.

Cependant, elles déclarent avoir été informées de la prise en charge de la diarrhée à domicile par le personnel médical lors des séances de consultations des enfants souffrant de diarrhée.

3.1.8.1.1. Les causes de la diarrhée

Malgré le fait que les populations du Nord ont des connaissances rudimentaires de cette intervention, il est tout de même ressorti que les causes des maladies diarrhéiques sont bien connues par les populations. En effet, la diarrhée peut avoir plusieurs causes qui sont entre autre : la poussée dentaire, l'eau souillée, les fruits et aliments souillés, les vers, les mauvaises nourritures, les aliments mal préparés et le lait maternel.

« De fois, quand tu manges quelque chose qui n'est pas bien, le lait devient aussi mauvais et l'enfant n'aime pas souvent téter, quand tu forces même, ça lui donne la diarrhée ». FGD, Femme-PITOA

Les populations de la Région de l'Extrême Nord (85.5%) savent plus reconnaître les signes de la diarrhée que celles du Nord (61.1%). Le tableau ci-dessous reprend en détail ces informations.

Tableau 41: Reconnaître la diarrhée.

		Reconnaître la diarrhée			Total
		Plus de trois selles liquides par jour 1	Autre	Ne sais pas/pas de réponse	
Région	Extrême Nord	85,8	6,6	7,6	100,0
	Nord	61,1	21,8	17,0	100,0
Tranche d'âge	15 - 24 ans	77,5	10,6	11,9	100,0
	25 - 34 ans	78,0	15,0	7,0	100,0
	35 - 49 ans	79,3	7,1	13,6	100,0
Sexe	Masculin	72,9	14,7	12,4	100,0
	Féminin	81,8	8,8	9,4	100,0
Ensemble		75,5	13,0	11,5	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Les populations des deux régions maîtrisent également les causes de la diarrhée. Elles sont entre autres : la saleté (25.0%), l'alimentation (19.0%), les infections (08.5%), la poussée dentaire (07.2%), les mains sales (06.5%) et l'absence des latrines (2.3%). En dehors de la poussée dentaire qui suggère un équilibre dans les tendances au niveau de ces deux régions, il ressort que la Région du Nord est la plus sensibilisée sur la question. La figure ci-dessous donne plus de détails sur la connaissance des causes de la diarrhée.

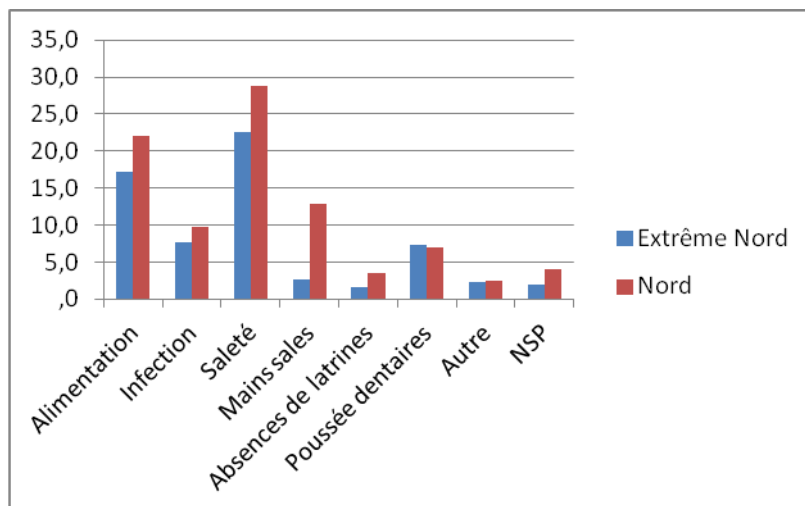


Figure 4: Causes de la diarrhée.

De l'analyse des données qualitatives, il ressort qu'en plus des causes de la diarrhée sus-évoquées, la consommation des aliments, de l'eau, des fruits et légumes souillés, des repas qui ont passé la nuit, le manque d'hygiène, et la consommation du lait malsain sont les autres causes de la diarrhée auprès des enfants. Elles sont conscientes du respect des règles d'hygiène qui pour elles constituent une forme de prévention primaire et une garantie pour éviter les maladies diarrhéiques :

« Même si les aliments sont lavés et vos mains sales, l'enfant aura la diarrhée ».FGD, Homme-MOKOLO

3.1.8.1.2. Rumeurs sur la diarrhée

Quelques rumeurs sont également partagées par les populations de ces deux (02) Régions sur les causes de la diarrhée. Il est admis à une proportion réduite que la consommation du lait maternel « malsain » est une cause potentielle de la diarrhée :

« Le plus souvent la diarrhée des enfants provient du lait maternel qui est peut être mal sain. Quand une femme qui allaite tombe enceinte, son enfant fait aussi la diarrhée du fait du lait maternel qui est devenu malsain ». FGD, Homme-YAGOUA

3.1.8.1.3. Canal d'information sur le traitement de la diarrhée.

La bonne connaissance de l'utilisation de la SRO par les populations de l'Extrême-Nord est la résultante d'une forte exposition à l'information et plus spécifiquement aux médias et aux activités de sensibilisation menées par les personnels de santé, les agents de sante communautaires, OBC et autres groupes communautaires. De manière particulière, il ressort que l'information sur l'utilisation du SRO a été largement diffusée et reprise dans et par les groupes associatifs, les radios, les églises/mosquées, les caravanes mobiles et les formations sanitaires dans leur grande majorité.

Tableau 42 : Canal d'information sur le traitement de la diarrhée.

		Canal d'information sur le traitement de la diarrhée									Total
		Ecole	Travail	Les groupes sociaux	Associations	Marchés	Les églises et mosquées	les Radios	les affiches	Autre	
Région	Extrême Nord	1,7	4,2	12,1	3,3	2,1	2,5	13,8	0,4	60,0	100,0
	Nord	3,8	2,4	8,7	2,9	7,7	,0	1,9	1,0	71,6	100,0
Tranche d'âge	15 - 24 ans	1,6	2,4	11,2	3,2	8,0	1,6	6,4	1,6	64,0	100,0
	25 - 34 ans	1,8	1,2	11,3	3,6	3,0	,6	10,7	0,6	67,3	100,0
	35 - 49 ans	,9	6,1	11,3	3,5	1,7	2,6	9,6	0,0	64,3	100,0
Sexe	Masculin	2,5	2,5	12,3	3,5	4,7	0,9	7,5	0,9	65,1	100,0
	Féminin	3,1	5,4	6,2	2,3	4,6	2,3	10,0	0,0	66,2	100,0
Ensemble		2,7	3,3	10,5	3,1	4,7	1,3	8,3	0,7	65,4	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

D'après les populations de l'Extrême-Nord, les informations sur l'utilisation de la SRO en cas de diarrhée leurs ont été transmises dans les centres de santé, lors des consultations. Ce sont des occasions où les femmes se familiarisent avec l'utilisation de la SRO. Toutefois, des solutions de réhydratation alternatives vulgarisées par les prestataires de santé leur sont également enseignées et leur permettent de prendre efficacement en charge la diarrhée des enfants à domicile comme l'atteste l'interviewée du DS de MAROUA urbain ci-dessous.

« Et on nous a appris ici au village comment on peut faire le sel de réhydratation sans l'acheter au marché. C'est un litre d'eau, 8 carreaux de sucre, 3 pincées de sel qu'on donne à l'enfant. » FGD, Homme-DOUGOI

3.1.8.1.4. Autres méthodes de traitements de la diarrhée à domicile

Il faut également relever que la majorité des interviewées utilisent en dehors du SRO d'autres médicaments pour soigner la diarrhée à domicile notamment : le Flagyl, le Vermox, Stop diarrhée, le Bactrim, Duacour, Metronidazole, Cotrimoxazole, Nystatine, Amoxicilline, Orasel, et le Paracétamol.

En plus de ces médicaments, d'autres solutions et décoctions sont préparées sous forme extemporanée pour arrêter les diarrhées et favoriser ainsi une meilleure prise en charge à domicile de ces cas. L'encadré ci-dessous dévoile quelques décoctions préparées traditionnellement par les populations pour gérer les épisodes de diarrhée à domicile.

- Tu prends un litre d'eau auquel tu mets deux pincées de sel et du citron et deux carreaux de sucre.
- J'utilise les jeunes fleurs de citronnier, de goyavier et de nimier plus 3 carreaux de sucre.
- Il y a une plante (Edé en foulfouldé) en brousse dont on prend la racine et qu'on fait bouillir avec du lait frais de vache et du kanwa (sel gemme).
- On se sert de la farine de blé pour lui préparer la bouillie qu'on lui donne.
- A défaut, on le purge avec de l'eau glacée.
- De l'eau bouillie, du jus de citron et du sel
- Généralement j'ai les racines du quinquelibá, mélangées avec les feuilles du goyavier vert, un peu de sel.
- La bouillie de l'huile rouge pour contrer la diarrhée, est ce qu'on peut donner ça à un enfant qui a moins de cinq mois
- Je pense que l'enfant de moins de cinq mois, on doit mettre l'huile là dans l'eau, on bout ce mélange et on donne le jus à l'enfant pas la bouillie,
- On supplie, prie Dieu et donne à boire à l'enfant des versets coraniques.
- Quant tu prépares le riz et l'eau avec lequel tu as préparé, tu y ajoutes un peu de sel et tu donne ça à l'enfant, ça arrête net la diarrhée de l'enfant. Et si ça ne va pas tu y mélanges de la farine de blé et ça arrête. Et si jusque là ça ne s'arrête pas, là on va à l'hôpital !

3.1.8.1.5. Mesures prises pour le traitement de la diarrhée.

Il est également ressorti que les populations des deux Régions prennent des mesures spécifiques pour la prise en charge de la diarrhée. Parmi ces mesures, on peut citer : le recours au centre de santé (37,9%), l'achat des médicaments (27,2%), l'utilisation de la SRO (12,4%) et le recours aux services d'un guérisseur traditionnel ou d'un marabout.

Pour les populations de la Région de l'Extrême-Nord, indépendamment du sexe et de la religion, le recours au centre de santé (49,7%) est la mesure la plus suivie pour la prise en charge de la diarrhée à domicile. Tandis que pour les populations de la Région du Nord, indépendamment du sexe, l'achat des médicaments (29,3%) est la principale mesure suivie pour le traitement de la diarrhée à domicile.

Tableau 43: Mesures prises pour le traitement à la maison de la diarrhée.

									Total
		SRO sachet	Traitement/guérisseur traditionnel	Médicaments	Aller au centre de santé	Ca ne concerne pas	Ne sais pas/pas de réponse	Autre	
Région	Extrême Nord	7,7	5,9	25,6	49,7	,6	5,2	5,2	100,0
	Nord	18,5	16,9	29,3	22,5	2,4	9,6	,8	100,0
Tranche d'âge	15 - 24 ans	9,4	12,9	25,7	40,4	1,8	6,4	3,5	100,0
	25 - 34 ans	16,8	5,0	29,2	42,6	1,5	3,0	2,0	100,0
	35 - 49 ans	12,4	11,0	28,3	31,7	,7	10,3	5,5	100,0
Sexe	Masculin	11,9	11,4	26,5	40,3	1,2	7,0	1,7	100,0
	Féminin	13,7	8,7	29,2	31,7	1,9	7,5	7,5	100,0
Religion	Catholique	10,9	13,2	22,5	44,2	,0	5,4	3,9	100,0
	Protestante	14,6	14,6	25,6	40,2	2,4	2,4	,0	100,0
	Autre chrétienne	,0	,0	50,0	33,3	,0	,0	16,7	100,0
	Musulman	13,4	5,9	29,9	35,2	1,9	10,0	3,7	100,0
	Animisme	,0	,0	40,0	40,0	,0	,0	20,0	100,0
	Aucun	14,3	7,1	21,4	57,1	,0	,0	,0	100,0
	Autre	,0	,0	100,0	,0	,0	,0	,0	100,0
	ND	,0	85,7	,0	14,3	,0	,0	,0	100,0
Ensemble		12,4	10,6	27,2	37,9	1,4	7,2	3,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Même si de manière générale, les populations de la Région du Nord ne connaissent pas l'intervention, il ressort tout de même qu'elles ont une bonne connaissance des causes de la diarrhée.

3.1.8.2. Attitudes des populations vis à vis de la SRO.

Il ressort globalement que la SRO est perçue comme une des alternatives pour la prise en charge à domicile de la diarrhée et non comme « une panacée » telle que présentée et préconisée par les prestataires de soins. Cette représentation justifie l'éventail des produits traditionnels exploités et utilisés au quotidien par les populations pour stopper la diarrhée au détriment de la SRO.

La SRO est également perçue comme un produit aux potentialités curatives limitées au regard de la taxinomie que les populations ont de la diarrhée. Les populations pensent qu'il y a plusieurs types de diarrhée au regard de la taxinomie qu'ils ont fait de cette maladie. D'après eux, la SRO ne peut avoir une quelconque influence sur la diarrhée causée par la poussée dentaire ou par le mauvais lait causé à son tour par les relations sexuelles entretenues avec une femme allaitante.

« Pour les diarrhées causées par la poussée dentaire ou par le mauvais lait de la mère, le SRO ne peut pas soigner ces formes de diarrhées ». FDG, Femme –KAELE.

D'une manière synoptique, il ressort que les interviewées sont peu favorables à l'utilisation de la SRO pour la prise en charge de la diarrhée à domicile. Cette intervention fait encore l'objet de plusieurs réticences et

certaines populations continuent d'avoir une attitude mitigée vis-à-vis de cette PFE. Cette situation est plus préoccupante dans les DS de MAROUA urbain, KAELE et MOKOLO dans la Région de l'Extrême Nord et dans les DS de GOLOMBE et LAGDO dans la Région du Nord où les hommes et les femmes interviewés ne sont pas favorables à l'utilisation de la SRO. Les principales raisons étant les différentes perceptions partagées sur ce produit :

- SRO n'est pas un produit miracle mais un produit parmi tant d'autres pouvant être utilisé pour stopper la diarrhée.
- La SRO = produit aux pouvoirs limités. Elle ne peut traiter tout type de diarrhées. Celles dont les causes sont liées à la poussée dentaire ou à la mauvaise qualité du lait maternel lui résistent.
- La SRO est un produit cher pour rien.
- La SRO est un produit qui a un goût âcre et pas incitatif à la consommation pour les enfants.

3.1.8.3. Pratiques des populations vis à vis de la SRO

Les populations des deux (02) Régions indépendamment du sexe et des Districts de Santé ne recourent pas manière systématique à la SRO pour le traitement de la diarrhée à domicile. Cette situation est davantage plus préoccupante dans la Région du Nord où les hommes comme les femmes n'utilisent quasiment pas la Solution de réhydratation orale. Nonobstant le fait que les populations connaissent les avantages de l'utilisation de ce produit, dans la pratique, elles continuent de privilégier d'autres méthodes de prise en charge de la diarrhée à domicile à l'instar de l'automédication, la médecine traditionnelle et les pratiques magico-religieuses.

A défaut d'utiliser cette solution de déshydrations orale, Les populations des deux régions pour le traitement de la diarrhée à domicile optent pour l'automédication. Pour ces populations, lorsqu'un cas de diarrhée est décelé dans la famille, les parents font d'abord recours aux vendeurs ambulants ou aux boutiquiers du quartier pour s'approvisionner en médicaments tels que le Flagyl, le Bactrim, le Vermox, le « Stop diarrhée » etc. La « méthode des comprimés » est celle qui est la plus utilisée par les parents pour la prise en charge de la diarrhée. Le recours aux comprimés du quartier se justifie pour ces populations par le fait que « c'est disponible en tout temps et en tout lieu ». L'automédication est pratiquée jusqu'à ce que la situation se complique et à partir de là, l'enfant malade est amené au centre de santé le plus proche pour prise en charge.

« Quand ce n'est pas grave on se débrouille à la maison avec les capsule jaunes... Tu commences souvent avec les décoctions », FGD, Femme-PITOA.

Plusieurs raisons notamment la pauvreté, les habitudes traditionnelles, les procédures d'accessibilité à la SRO et les perceptions sus-évoquées concourent à la faible utilisation de ce produit.

3.1.8.3.1. La pauvreté

Si les populations des deux Régions ont recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle pour la prise en charge de la diarrhée à domicile, la pauvreté et le niveau de précarité des ménages sont considérées comme des facteurs qui ne prédisposent pas les populations à être favorables à l'utilisation de la SRO. En effet, les répondants déclarent ne pas disposer des moyens suffisants pouvant les aider à utiliser ce produit et d'amener leurs enfants dans un centre de santé pour qu'ils soient pris en charge en cas de diarrhée. La prise en charge à domicile débute généralement avec les « petits moyens » qu'ils ont sous la main. Pour la plupart, l'achat des médicaments de la rue est bon marché et abordable car, les coûts de traitement oscillent entre 100 FCFA et 150 FCFA. Au niveau des formations sanitaires, ce coût de traitement est élevé et il faut en moyenne déboursier entre 1000 FCFA et 3000 FCFA, ce qui n'est pas l'apanage du plus grand nombre de

ménages dans les deux (02) Régions. L'hôpital est réservé aux personnes nanties de la communauté, les autres y vont quand la diarrhée devient persistante.

« Le monsieur qui t'a dit que c'est le manque de moyens qui nous fait faire ces choses. Il t'a tout dit. Ce n'est pas de notre volonté. C'est une obligation ». FGD, Homme-YAGOUA

Ou encore

« Oui, c'est le manque de moyens financiers qui nous fait agir de la sorte. Sinon comment comprendre qu'on achète des médicaments de 50 à l'enfant qui est malade, qui fait la diarrhée alors qu'il y a les centres de santé ». FGD, Homme-YAGOUA

« Il faut l'argent pour acheter toutes ces choses là.[...]; tu sais que nous sommes en brousse, donc c'est pas facile pour nous ». FGD, Femme-GOLOMBE.

3.1.8.3.2. Les habitudes traditionnelles

Les populations des deux (02) Régions sont très favorables au recours à la médecine traditionnelle pour la prise en charge de la diarrhée à domicile. Les populations sont tributaires d'un savoir séculaire pour le traitement de nombreuses maladies. A l'instar de la diarrhée, les populations font recours aux écorces, plantes et techniques/procédés divers. Elles utilisent entre autre : les racines du quinquelibá, les feuilles vertes de goyavier vert, les racines d'une plante (Edé en foulfouldé) qu'on fait bouillir avec du lait frais de vache et du kanwa (sel gemme), les jeunes fleurs de citronnier, les feuilles de Nimier, du jus de citron et la farine de blé pour préparer une bouillie qu'on donne à l'enfant, etc.

« Non, on fait seulement bouillir nos écorces, c'est tout » ou encore : *« Ce sont nos méthodes traditionnelles que nous utilisons ».* FGD, Femmes-GOLOMBE.

Les pratiques religieuses des populations musulmanes limitent aussi l'utilisation de la SRO dans la prise en charge de la diarrhée à domicile. Certains parents vont voir le marabout pour faire appel à la miséricorde divine pour guérir l'enfant qui a la diarrhée.

3.1.8.3.3. Les procédures d'accessibilité du SRO

Quand bien même les populations seraient favorables à l'utilisation de la SRO pour la prise en charge de la diarrhée à domicile, il est ressorti que les populations se plaignent des difficultés auxquelles elles doivent faire face pour s'approvisionner en SRO. Les femmes disent que l'achat de la SRO dans une pharmacie ou dans un centre de santé est conditionné par la présentation d'une ordonnance. Ce qui est « ennuyeux et pénible » car, l'obtention d'une ordonnance est conditionnée par la consultation préalable d'un personnel de santé. Ces procédures limitent l'utilisation de la SRO par les femmes pour la prise en charge à domicile de la diarrhée.

3.1.8.3.4. Les revers du goût âcre de la SRO

Les aspects organoleptiques liés à la saveur de la SRO militent en défaveur de l'utilisation de ce produit. Les femmes se plaignent du goût de ce produit et renseignent que leurs enfants refusent de prendre ne serait ce qu'un demi-verre de cette solution de réhydratation à cause de sa saveur. Bien que prescrit ou donnée à l'hôpital, de nombreuses femmes ne sont pas disposées à utiliser ce produit pour la prise en charge de la diarrhée de leurs enfants à domicile.

« On achète quand même hein (rires !!!). Mais on n'utilise pas parce que les enfants n'aiment pas ça. C'est ce qu'on nous prescrit à l'hôpital ». FGD, Femme- DOUGOI

3.1.8.3.5. L'étiologie endogène de la diarrhée

L'identification culturelle des causes de la diarrhée est un facteur qui limite l'utilisation systématique de cette solution par les populations des deux (02) Régions. Pour ces dernières, la diarrhée a plusieurs causes. En fonction des causes, le mode/procédé de prise en charge varie. C'est par exemple le cas de la diarrhée qui est causée par la poussée dentaire ou par la souillure du lait maternel qui d'après les répondants ne se soignent pas à l'hôpital :

« Celle-ci ne se soigne pas avec les remèdes de l'hôpital ». FGD, Homme-YAGOUA.

En définitive, malgré les connaissances que les populations ont sur la reconnaissance des signes de diarrhée, il est ressorti que leur niveau de connaissance de la SRO reste faible à cause de la faible communication, des perceptions, des barrières financières et organoleptiques qui se construisent autour de cette intervention.

RECAPITULATIF SUR LA SOLUTION DE REHYDRATION ORALE

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de la SRO :

Facteurs incitatifs :

- Le faible coût du sachet de SRO ;
- La sensibilisation des populations sur les maladies d'origine hydrique et diarrhéique ;
- Bon niveau de connaissance des causes de la diarrhée.

Facteurs inhibiteurs :

- Les populations ont un faible niveau de connaissance sur la SRO ;
- Les populations préfèrent recourir aux solutions traditionnelles pour le traitement de la diarrhée ;
- Pour les populations, la SRO est efficace pour un type spécifique de diarrhée ;
- La SRO est perçue comme une alternative et non comme une panacée pour le traitement de la diarrhée ;
- La présentation d'une ordonnance pour se procurer un sachet de SRO ;
- Le goût âcre de la SRO.

3.1.9. La vaccination Plus

« La vaccination est reconnue comme un des outils de santé publique les plus efficaces. Souvent, la vaccination est le premier - et parfois le seul- contact d'un enfant avec le système de santé » - Carol Bellamy, Directrice générale de l'UNICEF.

Que signifie le « plus » de l'expression Vaccination Plus⁴ ?

L'immunisation va plus loin qu'aucune autre action de santé pour les enfants. Le « plus », c'est le fait d'utiliser le vecteur de l'immunisation pour livrer aux enfants d'autres services cruciaux. Cela consiste à renforcer les services de santé et à promouvoir des actions qui aident les communautés et les familles à développer des pratiques de soins aux enfants.

Le « plus » fait référence à des actions de santé essentielles et d'un bon rapport qualité/prix pour les mères et les enfants. Au minimum, le « plus » devrait comprendre la supplémentation en vitamine A dans les pays où sa carence est un problème de santé publique.

⁴ http://www.unicef.org/french/immunization/index_immunizationplus.html

En tant que partenaire de l'Initiative mondiale pour la vitamine A, l'UNICEF travaille avec une coalition de gouvernements et d'agences des Nations Unies pour donner aux enfants des suppléments en vitamine A deux fois par an. Ces derniers, qui coûtent seulement deux centimes de dollars par capsule peuvent augmenter de 25 % les chances de survie d'un enfant. Donner aux femmes enceintes de la vitamine A peut aussi réduire la mortalité maternelle. Les campagnes d'éradication de la polio ont souvent permis de distribuer des capsules de vitamine A. Les tournées de vaccinations sont aussi l'occasion de le faire.

3.1.9.1. Niveau de connaissance des populations sur la vaccination Plus

Des résultats obtenus, il ressort que les populations des Régions du Nord et de l'Extrême- Nord dans leur grande majorité et indépendamment du sexe et des Districts de Santé ont une bonne connaissance de la vaccination mais pas de manière spécifique de la vaccination plus. Malgré le fait qu'elles n'ont pas une bonne maîtrise de sa définition, elles connaissent ses avantages de même que ses inconvénients.

Si la vaccination peut se comprendre comme l'inoculation d'un antigène dans un organisme dans le but de protéger celui-ci d'une maladie spécifique, la vaccination plus est une intégration des interventions de la vaccination, de l'administration de la vitamine A et du déparasitage. Elle est définie par la majorité des populations à l'instar de cette femme de LAGDO dans la Région du Nord comme :

« Le fait de piquer les enfants à l'aide des piqûres »

Ou encore :

Le fait de « Piquer les enfants à l'aide des piqûres pour prévenir la maladie de l'enfant et de la mère ».

3.1.9.1.1. Avantages de la vaccination plus

Malgré ces définitions erronées enregistrées sur cette PFE, il ressort de façon générale que les avantages de la vaccination plus sont liés à la protection qu'elle offre aux enfants pour certaines maladies telles que ; la varicelle, la rougeole, la méningite, la poliomyélite, la tuberculose, l'hépatite, le tétanos etc. Son importance est connue et les populations lui attribuent même la responsabilité de la disparition de certaines maladies et épidémies ayant jadis sévi et décimé de milliers de personnes. Cette importance est soulignée par cet homme du DS de PITO A qui affirme :

«... la vaccination est très importante d'autant que au temps jadis, quand il n'y avait pas la vaccination, toute la population était décimée par ...les maladies épidémiques comme la rougeole, la méningite, la tuberculose... mais en notre temps quand on vaccine l'enfant, il y en a plus. Toutes ces maladies ont même disparue. Je vois même que la vaccination est très importante. La polio là, c'est déjà en voie de disparition »

Allant dans le même sens, cet autre répondant renchérit :

« La vaccination permet d'éviter les maladies aux enfants. Même si l'enfant tombe malade, la maladie ne le menace pas trop ».FGD, Homme-PITO A

Ou encore :

« Si tu te fais vacciner, tu seras toujours en santé, tu fais la barrière à plusieurs maladies. Quand tu ne fais pas vacciner, tu es exposé. Les enfants ont souvent les vers, mais avec la vaccination et les médicaments qu'on met dans la bouche là, ça aide beaucoup ». FGD, Femme- GOLOMBE

Pour davantage souligner cette importance accordée à la vaccination Plus, certains répondants ont mis à contribution leur expérience personnelle et ressorti de manière claire les bienfaits de cette intervention de santé :

« L'année passée dans un quartier du village là, dès que l'enfant est né, on ne l'a même pas amené à l'hôpital pour le faire vacciner, c'est la rougeole qui a tué cet enfant ». FGD, Homme-DOUGOI

Certains enquêtés parlant des avantages de la vaccination Plus mettent en exergue son côté économique. En effet, comme le souligne cette intervenante du DS de LAGDO, les populations estiment que c'est moins coûteux de se faire vacciner pour prévenir les maladies que de se soigner une fois que la maladie s'est installée. La vaccination Plus devient donc à l'exercice de perte-bénéfice, une opportunité de gagner et d'avoir des bénéficiaires car, non seulement cette vaccination est gratuite, mais aussi les enfants sont protégés et les parents ne dépensent rien. Cette protection à 03 piliers permet ainsi aux parents, plus spécifiquement aux chefs de familles de mettre de côté certaines économies :

« Je me dis que la vaccination aide même le mari dans ses économies. Si tu viens toujours te faire vacciner ou même les enfants, tu évites aussi les maladies, là tu vois que ton mari ne va pas trop dépenser pour vous à l'hôpital et cela a aidé toute la famille. Tout le temps tu es malade parce que tu ne veux pas venir se faire vacciner, or, si tu venais, la vaccination allait un peu aider, là tu vois que ça devait aider le mari et toute la famille ». FGD, Femme-LAGDO

Cependant, même si les connaissances des avantages sont bien maîtrisées par l'ensemble des populations, on note tout de même que les hommes contrairement aux femmes ne maîtrisent pas généralement tous les vaccins administrés à leurs enfants dans le cadre de la Vaccination Plus.

La raison expliquant cette méconnaissance dans les deux régions est liée au fait que ce sont les femmes qui accompagnent les enfants à la vaccination, les hommes ne s'y intéressant presque pas. C'est ce qui ressort des propos de cet homme de PITO A qui dit :

« Quand il s'agit des vaccinations synchronisées, c'est les agents de santé qui passent dans les familles, mais s'il s'agit des enfants, c'est la maman qui va à l'hôpital. Pour ce qui est du suivi des vaccinations des fois, nous sommes ici avec le relais donc ils informent les femmes ; ils leur disent que non...c'est tel jour que toi tu dois aller faire vacciner ton enfant ». FGD, Homme-PITO A

Allant dans le même sens, cet homme du DS de YAGOUA ajoute :

« Les femmes nous disent seulement qu'elles sont parties à la vaccination. On ne leur demande rien ». FGD, Homme-YAGOUA

Ce sont les femmes qui du retour de la vaccination informent leurs maris de tous les contours de la vaccination et sur le vaccin reçu par l'enfant. C'est ce qui ressort des propos de cet homme

« Je sais. Elle me dit souvent qu'elle va à la vaccination de la rougeole, la méningite, la tuberculose et la poliomyélite. Elles nous le disent à leur retour ». FGD, Homme-YAGOUA

Si les femmes ont une bonne connaissance de la vaccination plus et des vaccins administrés à leurs enfants, cela est dû au fait qu'elles sont suffisamment exposées aux messages sur la vaccination plus. Cette sensibilisation se fait à l'hôpital lorsqu'elles s'y rendent pour la CPN ou pendant les causeries éducatives lorsqu'elles amènent leurs enfants à la vaccination. Il arrive aussi qu'elles soient sensibilisées lors des campagnes de vaccination organisées en stratégie avancée.

3.1.9.1.2. Les effets indésirables de la vaccination

Dans les deux Régions, les populations maîtrisent également les inconvénients qui sont essentiellement liés aux effets indésirables/secondaires du vaccin. Il s'agit notamment de l'élévation de la température, la fatigue, du gonflement douloureux au point d'injection. Ces effets indésirables chez l'enfant ont des répercussions directes sur le moral et la réorganisation des travaux de la mère. Devenus subitement pleurnichards, les parents, surtout les mères ne peuvent plus aisément vaguer à d'autres occupations ou se reposer à cause de

cette situation. Autrement dit, en allant à la vaccination, l'enfant rentre de l'hôpital plus malade qu'il n'était parti. Cette situation altère le moral des parents et les amène à être dubitatif pour l'acceptation de la vaccination ce d'autant plus que la gestion de ces effets secondaires à un coût financier que les parents n'acceptent pas supporter.

« Quand on donne les vermifuges aux enfants qui n'ont pas mangé, ça les dérange et quand les parents voient les effets, ils se disent que c'est le remède qui fait ça et ils interdisent de donner les remèdes de l'hôpital à l'enfant » FGD, Femme-YAGOUA

Ou encore :

« Moi j'entends les femmes de nos jours se plaindre du fait que les enfants chauffent souvent après la vaccination, quand on les injecte, ils pleurent trop et le corps chauffe, certaines femmes ne repartent plus ».FGD femme- PITO A

Bien plus :

« Bon, moi j'entends souvent les femmes dire de ce qu'on met dans la bouche des enfants là dérange souvent un peu, que ça menace les enfants. Il y a aussi d'autres personnes qui refusent la vaccination à cause des effets secondaires, les pieds des enfants qui s'enflent après la vaccination » FGD femme – LAGDO

3.1.9.1.3. Méthodes traditionnelles pour la gestion des effets secondaire de la vaccination Plus

Au regard des nombreux inconvénients évoqués par ces populations, il est ressorti que ces dernières connaissent et utilisent certaines méthodes traditionnelles pour gérer certains effets secondaires dus à la vaccination. Lorsque les mamans constatent que la température est élevée après qu'elles soient rentrées de la vaccination par exemple, elles achètent les comprimés de la rue pour baisser la température des enfants. Lorsqu'elles constatent que l'enfant a des douleurs au niveau du membre qui a été sollicité, elles pratiquent des massages à ces endroits vaccinés avec de l'eau chaude et du menthol ou avec de l'eau chaude salée. Dans certains cas, elles purgent les enfants avec certaines écorces pour arrêter la diarrhée.

3.1.9.1.4. Rumeurs sur la vaccination plus

De nombreuses rumeurs subsistent autour de la vaccination plus. Pour les populations des deux Régions, la vaccination rend stérile. Cette rumeur est très significative quand on sait que la population africaine est sensible à tout ce qui touche à la procréation et à la fécondité. Pour les populations de la Région de l'Extrême Nord particulièrement, c'est la vaccination qui donne certaines maladies comme la diarrhée aux enfants. Elle tue car, d'après certains répondants, cette intervention initiée par « l'homme blanc » vise à limiter les naissances.

« Il y a toujours des gens qui pensent la vaccination c'est pour nuire nos enfants, la stérilité » FGD, Femme-LAGDO

Ou

« Certaines vaccinations rendent l'enfant stérile et d'autres rendent l'enfant malade » FGD, Femme-YAGOUA

Ou encore

« Les blancs à travers la vaccination veulent diminuer les populations de l'Afrique »

3.1.9.2. Attitudes des populations sur la Vaccination Plus.

Malgré quelques réticences encore affichées par certaines communautés vis-à-vis de la vaccination, il ressort que la majorité des interviewées ont une attitude favorable vis-à-vis de la vaccination Plus, indépendamment des Régions et des Districts de santé enquêtés. Les perceptions construites autour de cette intervention

influencent l'attitude des populations sur cette PFE. En effet, la Vaccination plus est perçue positivement et négativement par les enquêtées.

La majorité des enquêtées ont une attitude favorable vis-à-vis de la vaccination Plus. Cette attitude est influencée par les perceptions positives qu'elles ont de cette intervention. En effet, cette intervention est perçue par une frange majoritaire de la population comme : une opportunité visant à protéger et à préserver la santé des enfants. Elle est également perçue comme une possibilité donnée aux parents de constituer des épargnes. Il faut cependant relever que cette attitude positive vis-à-vis de cette intervention de santé est un construit. Après avoir évalué et pesé les avantages et les inconvénients de cette PFE, Les populations interpellées et intéressées finissent par opérer un choix qui est fortement influencé par les potentielles retombées économiques et sanitaires que cette intervention pourrait avoir sur leur progéniture. Après analyse, les populations interrogées trouvent que les effets secondaires sont minimales par rapport aux bienfaits obtenus de cette vaccination.

« Même si certaines femmes se plaignent que l'enfant chauffe et pleure après la vaccination, les autres aussi c'est à cause de l'enflamment des pieds des enfants, mais toujours est-il que celles qui connaissent l'importance de la vaccination reviennent toujours » FGD, Femme – LAGDO.

De plus, les populations favorables à cette intervention ont conscience que certaines maladies qui étaient auparavant responsables des paralysies et des décès au niveau de leurs communautés ont été maîtrisées ou ont tout simplement disparues grâce aux vaccins. Pour confirmer ces propos, cet homme de KAELE dit :

« Depuis qu'il y a le vaccin contre la polio, les paralysies des enfants ont diminué ». FGD, Homme-KAELE

Pour les populations encore réticentes, la vaccination Plus est perçue comme : une intervention avec beaucoup d'effets secondaires. En effet, les effets secondaires ont une incidence négative sur les attitudes et les pratiques des populations vis-à-vis de la vaccination plus. Comme le relève cette répondante du DS de MOKOLO, la gestion des effets indésirables met les parents et spécifiquement les mères mal à l'aise et les amène même parfois à renoncer à ces « opportunités ».

« Quand tu passes des jours et des jours sans manger et sans dormir parce que ton enfant pleure, la douleur de la vaccination, tu voudrais à nouveau le faire vacciner ? Il chauffe et il refuse de téter. »

Ou encore :

« Moi j'entends les femmes de nos jours se plaindre du fait que les enfants chauffent souvent après la vaccination, quand on les injecte, ils pleurent trop et le corps chauffe, certaines femmes ne repartent plus ». FGD Femme-PITOA

Pour certaines parents, la vaccination renvoie à faire souffrir l'enfant et par ricochet les parents. C'est ce qui ressort des propos de cette femme de YAGOUA.

« C'est vrai hein, on double la vaccination le même jour et c'est mauvais pour nos enfants qui nous font souffrir ». FGD, Femme-YAGOUA

Les effets secondaires de certains vaccins sur les enfants à l'instar du vaccin contre la polio amènent indirectement certaines femmes à être peu favorables à l'adoption de la vaccination plus. Plusieurs parents affirment que leurs enfants font la diarrhée après la vaccination contre la polio. Ce qui justifie leur fuite ou le rejet de cette intervention lorsque les agents vaccinateurs sont annoncés.

Pour d'autres répondants encore réfractaires à cette intervention, la vaccination Plus est perçue comme une PFE dont les contours, enjeux et intérêts restent inavoués et diffus. Elle est une intervention « des blancs » qui a pour principal objectif, la diminution des naissances. C'est ce qui d'après eux justifie les nombreux effets secondaires enregistrés lors des campagnes ou encore, c'est ce qui explique l'attitude désinvolte de

certaines prestataires qui : « ...vaccine sans alcool parfois ». C'est ce qui justifie enfin le fait que des personnes parfois inexpertes sont choisies pour administrer ces vaccins :

« Ce sont souvent les stagiaires ou les nouveaux agents qui vaccinent » FGD, Femme-YAGOUA

Ou encore :

« Parfois, c'est aux stagiaires qu'on demande de venir vacciner nos enfants. Tu vois comment ils enfoncent et retirent douloureusement l'aiguille ». FGD, Femme-KAELE

Sur cet élément, il ressort que le personnel sanitaire intervenant très souvent dans le cadre des activités de vaccination n'est pas toujours bien apprécié par les populations parce que inexpérimenté et parfois sans qualification médicale.

Bien que prédisposées à accepter les vaccinations, certaines réalités à l'instar du choix des lieux de vaccination et des agents vaccinateurs amènent les populations à récuser cette activité car, pour certaines femmes, les campagnes de vaccination faites à domicile sont très mal perçues. La raison étant que la « vraie vaccination » se fait à l'hôpital. C'est ce qui ressort en substance des propos de cette femme de KAELE :

« En tout cas, un jour, j'ai refusé de faire vacciner mon enfant. C'est quoi cette vaccination qui se passe au quartier alors qu'il y a les hôpitaux ! ». FGD, Femme-KAELE

Les campagnes de vaccination menées dans les écoles sont également pointées du doigt par les mères qui fustigent cette pratique.

En conclusion sur cet item, des perceptions positives et négatives sont partagées sur la vaccination Plus. Ces dernières influent sur les attitudes et pratiques des populations interviewées.

Perceptions positives :

1. La vaccination Plus = opportunité de préserver la santé de l'enfant
2. Vaccination = possibilité donnée aux parents d'épargner

Perceptions négatives :

1. Vaccination Plus = effets indésirables entraînant la souffrance de l'enfant et par ricochet les parents
2. Vaccination Plus = intervention des « blancs » avec pour objectif, la diminution des naissances
3. Vaccination Plus = activité menée par des personnes inexpertes et inexpérimentées – exposition potentielle aux mauvaises surprises
4. Vaccination plus = Intervention menée dans des endroits et places inappropriés entament ainsi la crédibilité et la pertinence de cette PFE.

3.1.9.3. Pratiques des populations sur la Vaccination Plus.

Malgré les réticences relevées des perceptions négatives sus-évoquées, Il ressort des résultats obtenus que les populations de l'Extrême Nord pratiquent à une forte proportion la vaccination Plus (91.5%). Cette situation est légèrement similaire dans la Région du Nord où près de 90.6% des enfants des mères interrogées ont le carnet de vaccination de leurs derniers enfants à jour.

En ce qui concerne spécifiquement le VAT, la situation n'est guère reluisante car, seuls 38.5% des femmes interrogées dans l'Extrême nord et 25.2 % dans le Nord ont déjà reçu plus de 04 doses de VAT. Le tableau ci-dessous reprend en détail toutes ces informations.

Tableau 44: Vaccination

		Vaccination à jour de votre dernier enfant	A reçu le vaccin contre le tétanos	Nombre de doses reçues			Total
				2 doses	3 doses	4 à 5 doses	
Région	Extrême Nord	91,5	86,5	24,3	37,2	38,5	100,0
	Nord	90,6	76,1	33,6	41,2	25,2	100,0
Tranche d'âge	≤ 14 ans	66,7	41,7	20,0	80,0	,0	100,0
	15 - 24 ans	91,5	76,6	35,3	44,1	20,6	100,0
	25 - 34 ans	91,4	86,5	27,9	34,1	38,0	100,0
	35 - 49 ans	91,1	87,3	19,8	36,6	43,6	100,0
	Féminin	88,3	81,3	27,4	38,9	33,7	100,0
Religion	Catholique	90,6	78,5	33,8	37,8	28,4	100,0
	Protestante	89,6	84,9	25,0	35,0	40,0	100,0
	Autre chrétienne	100,0	100,0	40,0	40,0	20,0	100,0
	Musulmane	92,0	83,6	24,8	38,1	37,1	100,0
	Animisme	100,0	100,0	50,0	50,0	,0	100,0
ND	66,7	75,0	33,3	66,7	,0	100,0	
Ensemble		91,2	82,6	27,6	38,6	33,8	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Parmi les raisons évoquées par les répondants pouvant justifier ce mauvais suivi des VAT, on relève le manque de volonté, la négligence, les travaux ménagers et champêtres, la paresse et enfin les effets secondaires de la vaccination énoncés plus haut. En effet, à la question de savoir pourquoi les femmes ne respectent pas le calendrier vaccinal, une intervenante répond :

« Souvent c'est la négligence, Les travaux ménagers ; Il peut arriver que tu connais bien la date du rendez-vous mais tu as la paresse de partir, tu finiras par dire que j'attends la prochaine occasion, et c'est comme ça qu'on va abandonner aussi ». FGD Femme-LAGDO

Cette attitude est décriée par le personnel de santé qui dénonce :

« pas moins de 30% des enfants ne finissent pas leurs programmes, leurs calendriers vaccinales » à cause du « manque de volonté criard des femmes...la femme sait que son enfant doit prendre par exemple , la troisième injection de pinta elle part en voyage au lieu d'amener le carton et le carnet ou bien la carte de vaccination avec elle pour se faire vacciner n'importe où dans cette république elle ne part pas avec le document de l'enfant et quand ça dépasse déjà 11 mois le programme ne prend plus cette enfant en compte et ca devient l'enfant n'a pas compléter son calendrier... » Entretien, Infirmier Principal - PITO A

Bien plus :

«Elle ne s'intéresse pas au problème la preuve c'est qu'on a fait des campagnes par exemple tout dernièrement, ...on a dit pendant ces campagnes qu'on va vacciner des enfants le grand matin. Des mères prennent leurs enfants au dos pour aller aux champs au lieu d'attendre une équipe et puis une heure de temps vous finissez » Entretien, Infirmier Principal - PITO A

En dehors de ce problème de négligence du suivi du calendrier vaccinal, il ressort globalement que les populations ont une bonne connaissance de la vaccination mais pas spécifiquement de la vaccination Plus. Malgré les perceptions négatives partagées par quelques répondants encore réfractaires sur la Vaccination

Plus, il ressort que les populations ont globalement une attitude favorable vis-à-vis de cette PFE et la pratique de manière satisfaisante en dehors du cas spécifique du vaccin antitétanique qui reste faiblement suivi. L'ignorance, le faible suivi, les rumeurs et les perceptions négatives constituent quelques barrières à l'utilisation totale de cette PFE. La communication menée sur cette intervention doit davantage être ciblée et mettre un accent particulier sur la communication de certains vaccins aux effets secondaires inhibiteurs.

RECAPITULATIF SUR LA VACCINATION PLUS

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de la vaccination plus:

Facteurs incitatifs :

- Les populations connaissent les avantages de la vaccination plus ;
- la vaccination plus assure la santé et la protection de l'enfant contre des maladies telles que : la rougeole, la varicelle, la méningite, l'hépatite, le tétanos, la tuberculose ;
- la vaccination plus contribue à réduire les dépenses en santé dans le ménage.

Facteurs inhibiteurs :

- les populations pensent que la vaccination plus rend stérile les femmes ;
- la vaccination fait souffrir les enfants et les rend plutôt malades ;
- la vaccination plus vise à réduire la population de l'Afrique.

3.1.10. Enregistrement des naissances.

3.1.10.1. Connaissance

L'enregistrement des naissances, indépendamment des régions, du sexe et des DS est bien connu par l'ensemble des populations du Nord et de l'Extrême-Nord. Elles connaissent la définition, maîtrisent les avantages, les procédures d'enregistrement des naissances et les inconvénients de cette PFE.

3.1.10.1.1. Définition de l'enregistrement des naissances

Si l'enregistrement des naissances peut se comprendre comme étant la consignation écrite des données de naissance d'un individu sur un papier légalisé, pour les populations des deux Régions, l'enregistrement des naissances est directement assimilé par la grande majorité à l'établissement de l'acte de naissance. A la question de savoir « *Que signifie pour vous l'enregistrement des naissances ?* », les réponses suivantes ont été données :

« *Papier qu'on établit après la naissance d'un enfant et qui contient son nom, son sexe et son âge* »

« *C'est un document qui identifie une personne* »

« *L'acte de naissance est la première pièce officielle de la vie d'un homme. C'est la pièce la plus importante* ».

3.1.10.1.2. Avantages de l'enregistrement des naissances

Bien que multiples, les avantages de l'enregistrement des naissances sont également connus. Elles se résument à la nécessité d'identifier un individu, d'établir des papiers et toute la documentation pour les activités scolaires ou académiques et parfois commerciales. Il est enfin utile pour l'établissement du passeport, faire les papiers pour payer la marchandise et payer les impôts.

Parlant des avantages de cette pratique, certains intervenants du Nord et de l'Extrême-Nord affirment :

« *Il est important pour les études, le commerce, le voyage à travers l'établissement de la carte nationale d'identité. C'est important !* » FGD, Homme-DOUGOI

« L'acte a beaucoup d'importance, quand tu amènes ton enfant à l'école, la première de chose, c'est l'acte qu'on demande, maintenant quand il est grand pour établir la carte nationale d'identité, on te demande encore l'acte. Quand tu oublies l'âge de ton enfant tu peux te référer sur son acte, donc l'acte est très important pour l'enfant » FGD Femme - PITO.A.

Ou encore :

« L'acte de naissance c'est le premier document d'un être humain. Il permet d'aller à l'école et d'établir une CNI ». FGD Homme-GOLOMBE

Ou encore :

« L'enregistrement des naissances permet l'établissement des actes de naissance qui est utile pour la scolarisation, la CNI et plus tard le passeport pour le pèlerinage pour ceux qui auront les moyens » FGD Homme-GUIDER.

3.1.10.1.3. Importance de l'acte de naissance

A travers les avantages ci-dessus énumérés, il se dégage le constat selon lequel les populations ont conscience du fait que l'acte de naissance est un élément nécessaire dans la vie de leur enfant. C'est la raison pour laquelle ils établissent une relation directe entre l'établissement de l'acte de naissance et les exigences et avantages sociaux à l'instar de la possibilité d'aller à la Mecque pour un pèlerinage ou pour bénéficier de certaines facilités notamment l'établissement des papiers pour leur marchandise.

Reprenant l'importance de cet acte de naissance, cette répondante du DS de LAGDO affirme :

« L'acte de naissance, c'est le plus grand document dans la vie de l'enfant » FGD Homme-LAGDO.

3.1.10.1.4. Inconvénients du non enregistrement des naissances

Les inconvénients sur le non enregistrement des naissances sont également maîtrisés par les populations. En effet, plusieurs femmes du DS de GOLOMBE et de LAGDO dans la Région du Nord affirment que l'acte de naissance n'a pas d'inconvénients, c'est plutôt le fait de ne pas disposer de ce document qui peut être considérée comme un inconvénient car, la non disposition d'un d'acte de naissance de nos jours est source de difficultés et une porte ouverte à de nombreuses tracasseries sociales.

« L'inconvénient c'est quand on ne fait pas l'acte, mais faire l'acte n'a aucun inconvénient. L'acte est bien pour l'enfant, toute sa vie, si l'enfant n'a pas d'acte, là il lui manque beaucoup de chose, Il ne peut même pas faire l'école, Même la carte nationale d'identité. même à l'école, quand l'enfant veut faire les examens on demande l'acte de naissance, quand il n'a pas d'acte, on le renvoie, le directeur appelle souvent les parents des enfants qui n'ont pas d'acte de naissance pour demander aux parents de faire les actes des enfants, le directeur de l'école de SORAWEL là ». FGD, Homme-MOKOLO

Ou encore

« L'enfant qui n'a pas d'acte de naissance est un enfant perdu, est-ce qu'on laisse encore les enfants comme ça sans acte de naissance? Même si tu accouches à la maison, tu peux venir établir un acte pour ton enfant, tu accouches à l'hôpital, toujours, ton enfant peut avoir l'acte de naissance ; c'est l'acte de naissance qui permet à l'enfant de tout faire, l'école, la carte d'identité » FGD Femme-LAGDO.

3.1.10.1.5. Les procédures d'enregistrement des naissances :

Les procédures sont également connues. Elles sont de deux ordres : celle inhérente à la formation sanitaire et celle encline aux collectivités territoriales décentralisées. En ce qui concerne la connaissance de la procédure d'enregistrement des naissances, il est ressorti que les populations du Nord et de l'Extrême-Nord

connaissent qu'aucun coût n'est demandé aux parents lorsque la mère a accouché à l'hôpital et qu'elle a payé les frais d'accouchement.

« Quand on a accouché à l'hôpital, c'est même plus facile » FGD Femme-LAGDO

Elles savent également que le retrait de la déclaration de naissance à la sortie de l'hôpital est un justificatif pour l'établissement de l'acte de naissance au centre d'état civil.

Comme processus à suivre pour l'établissement de l'acte de naissance ces populations décrivent.

« Tout se passe à l'hôpital et on prend le certificat pour aller à la mairie, c'est ça, c'est comme ça. Quand l'enfant n'est pas né à l'hôpital, on va à la chefferie parfois on va directement à la mairie avec des témoins » FGD, Homme-LAGDO

Ou encore

« La majorité des enfants accouchés à l'hôpital à l'acte, lorsque l'enfant naît à la maison on fait toujours l'effort d'établir l'acte. Mais si l'enfant n'est pas né à l'hôpital, il ya souvent un petit problème. Quand il est né à l'hôpital, on fait un certificat sur place, pour ceux qui naissent à la maison, on va à la chefferie ou à la mairie avec des témoins » FGD, Homme-GOLOMBE

Toutefois, il a été relevé dans cette étude que l'établissement de l'acte de naissance pour les nouveaux nés n'est pas toujours une sinécure pour certaines populations plus précisément pour celles de MOKOLO dans la Région de l'Extrême Nord. Non seulement elles n'en disposent pas, mais aussi les frais exigés « 6000 F CFA » pour leur établissement sont d'après eux « onéreux ». En plus de cela, ils doivent également affronter les tracasseries au niveau des mairies qui exigent à leur tour une rétribution financière.

« Parce que quand tu accouches, tu dois encore aller donner de l'argent à la Mairie pour qu'on te fasse l'acte de naissance ! » FGD Homme- MOKOLO

Il faut également relever que cette activité autant au Nord qu'à l'Extrême Nord est du domaine exclusif des hommes. En effet, malgré le fait que les femmes soient sensibilisées sur l'enregistrement des naissances pendant les séances de CPN et des causeries éducatives, ces dernières n'ont pas de bonnes connaissances sur cette activité tant elle est du ressort « exclusif des hommes » ou à des degrés divers, c'est une responsabilité des chefs de ménage. Les hommes maîtrisent mieux la démarche administrative et les papiers à fournir pour l'établissement de ces actes. A la question de savoir comment procède t-on pour obtenir un acte de naissance ? Une femme du DS de GOLOMBE répond :

« C'est à la mairie comme on t'a dit, et beaucoup plus ce sont les hommes qui s'en occupent. Nous on ne connaît rien là dedans on leur donne seulement les papiers et eux ils font le reste ».

Une autre du même district renchérit :

« Tout ce qui regarde les papiers des enfants ce sont les hommes qui le font ici chez nous, toi une femme tu feras comment pour aller à la mairie faire l'acte de l'enfant. On va te demander que où est son père. Si l'enfant n'a pas de père ou si son père ne vit plus là c'est un autre cas. Là même le chef ou même les gens de la mairie même savent que l'enfant n'a pas de père. On peut t'aider pour faire l'acte de l'enfant ».

Interrogées sur le coût, ces dernières ne le maîtrisent pas : *« C'est leur père qui fait »* FGD Femme-PITOA

3.1.10.1.6. Canaux de communication utilisés pour la promotion de l'enregistrement des naissances

Indépendamment des Régions et des Districts, la radio (37,9%), la télévision (23,6%), les véhicules sonorisés (10,6%) les affiches et les banderoles (8,1%) constituent les principaux canaux de communication utilisés pour sensibiliser les populations sur l'enregistrement des naissances.

3.1.10.2. Attitudes des populations sur l'enregistrement des naissances

Les populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord interviewées sont majoritairement favorables à l'enregistrement des naissances. Les perceptions identifiées sur cette pratique militent en faveur de son adoption. Plus globalement, l'enregistrement des naissances est perçu par les populations comme l'affaire des hommes. Il est également assimilé à un élément important voire vital qui permet à tout homme d'affirmer son existence :

« Est-ce que tu es quelqu'un si tu n'as pas d'acte de naissance aujourd'hui. C'est une très bonne chose. On va à l'école avec ». FGD, Homme-DOUGOI

Il est enfin perçu comme une des conditionnalités sociales à remplir avant de prétendre bénéficier des attributs et avantages sociaux suggérés par la possession de ce document. Cependant, pour certaines populations opposées à cette pratique, l'enregistrement de naissance est perçu comme un moyen de dévoiler le nombre d'enfants de chaque responsable de famille. Il est enfin perçu comme une intervention empreinte de tracasseries administratives. En effet, les populations d'une manière générale pensent que l'obtention d'un acte de naissance est difficile, les délais d'obtention de ce document administratif et civil est long et la déclaration de naissance est conditionnée par le paiement du kit d'accouchement qui coûte 6000 franc CFA à l'hôpital. Les propos de cet interviewé du DS de DOUGOI nous renseignent sur le sujet :

« Il y a beaucoup de difficultés à le faire aujourd'hui, Il faut toujours la déclaration de naissance. Sinon on va te dire qu'il n'y a pas d'acte ».

Ou encore :

«Il faut aussi diminuer les tracasseries, parce que ça décourage souvent, tu veux faire l'acte à ton enfant, on te tourne d'abord là ce n'est pas facile, ça décourage » FGD, Homme LAGDO.

3.1.10.3. Pratiques des populations sur l'enregistrement des naissances.

La figure 5 ci-dessous montre que dans la région de l'Extrême Nord 83,0% des enfants disposent d'un acte de naissance contrairement au Nord où ce pourcentage n'est que de 65,2%. La tranche d'âge (25-34 ans) est celle qui dispose le plus d'actes de naissance (81,3%) contrairement au moins de 14 ans qui totalisent un score de (63,6%). Les femmes sont celles qui ont le moins d'actes de naissance (76,0) par rapport aux hommes (78,0%). Ces données révèlent que dans l'ensemble des régions, l'enregistrement des naissances ne se fait pas de manière systématique.

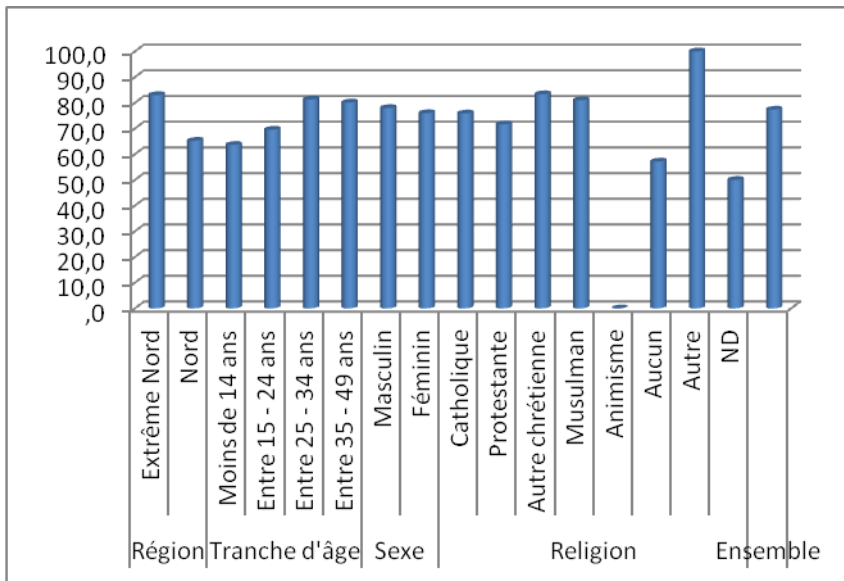


Figure 5: proportion des enfants disposant d'un acte de naissance.

Bien que n'étant pas systématique, l'enregistrement des naissances bénéficie d'une attitude favorable au niveau des populations parce que la procédure d'enregistrement est globalement connue par les populations des deux Régions et tout le monde s'y attèle.

« Tout le monde se bat pour que l'enfant ait un acte aujourd'hui. On fait les actes des enfants, même quand on n'a pas la déclaration de l'hôpital, on fait tout pour aller à la Mairie avec les témoins et nous fait l'acte de l'enfant. Est-ce qu'on blague encore avec l'acte des enfants ». FGD Homme-PITOA

Plusieurs facteurs limitent l'adoption de cette pratique notamment: la non prise en compte des réalités socioculturelles et religieuses de la population, les difficultés d'établissement de l'acte de naissance, le coût d'établissement de l'acte de naissance, l'ignorance et la négligence des parents.

3.1.10.3.1. La non prise en compte des réalités socioculturelles et religieuses de la population

Il est ressorti que les populations n'enregistrent pas systématiquement les naissances de leurs enfants à cause des nombreux obstacles auxquelles elles doivent faire face pour obtenir l'acte de naissance de leurs enfants. D'après certaines personnes interrogées, les pièces justificatives telles que l'acte de mariage sont souvent requises pour l'établissement des actes de naissance des enfants. La majorité n'étant pas toujours marié à l'état civil, il leur devient difficile d'amorcer la démarche et solliciter l'établissement des actes de naissance de leurs enfants. De plus, l'incomplétude de certaines informations portées sur les actes de naissance à l'instar de l'absence du nom du père dans l'acte de naissance établi constitue comme un préjudice pour ceux d'entre eux qui sollicitent les visas auprès des autorités saoudiennes pour la Mecque. La complétude de ces pièces étant une des conditionnalités à remplir, beaucoup d'entre eux se trouvent limités par ces procédures administratives. Ces modalités et exigences administratives loin de les encourager, elles les limitent plutôt, les découragent et contribuent de manière indirecte à les éloigner de ces formalités administratives.

3.1.10.3.2. Les difficultés d'établissement de l'acte de naissance

L'éloignement et le nombre insuffisant des centres d'état civil dans les quartiers ou les villages constituent aussi des obstacles qui n'encouragent pas toujours l'adoption de cette pratique. Parfois, les populations doivent parcourir de longues distances pour accéder à un centre d'état civil.

Par ailleurs, pour se faire établir l'acte de naissance de l'enfant, il faut que le parent puisse présenter la déclaration de naissance qui a été faite par le centre de santé où l'enfant est né. Cette déclaration de naissance est conditionnée par le paiement des frais d'accouchement qui s'élèvent à 6000 francs CFA. Ce qui n'est pas évident au regard de la situation socio-économique de ces populations.

3.1.10.3.3. Le cout d'établissement de l'acte de naissance

L'établissement de l'acte de naissance de l'enfant à la Mairie est conditionné par le paiement d'une somme d'argent oscillant entre 5000 et 10.000 F CFA.

« ...Quand tu accouches, tu dois encore aller donner de l'argent à la Mairie pour qu'on te fasse l'acte de naissance ! » FGD, Homme-MOKOLO

Pour d'autres, les frais d'accouchement exigés au niveau des formations sanitaires sont onéreux et cette réalité encourage par effets inverses les parents à s'orienter vers les accoucheuses traditionnelles. Ce qui complique davantage le processus de déclaration de naissance et bien plus d'établissement de l'acte de naissance.

3.1.10.3.4. Ignorance et négligence des parents pour l'enregistrement des naissances

L'ignorance et la négligence des parents et plus spécifiquement des hommes concourent à ce faible enregistrement des naissances car, dans la tradition musulmane, les femmes n'interviennent pas dans le processus d'obtention de l'acte de naissance des enfants.

« Ce sont nos maris qui font les démarches d'établissement de l'acte de naissance ». FGD, Femme-YAGOUA

S'il est établi que beaucoup d'entre eux ne déclarent pas les naissances, il est encore opportun de relever que les parents ayant déclaré ces naissances ne partent pas systématiquement les retirer. A l'exemple de cette expérience dénoncée par un répondant du DS de MOKOLO, il ressort que certains hommes dans les quartiers oublient parfois même d'aller récupérer l'acte de naissance de l'enfant à la Mairie et ne se rappellent qu'au moment où l'enfant est en âge d'aller à l'école.

« Non, ce n'est pas possible. Ma propre petite sœur est dans ce cas là. C'est à 7 ans que son mari a fait établir l'acte de naissance à leur enfant. Ça c'est la négligence du mari ». FGD, Homme-MOKOLO

Dans les régions investiguées, certaines stratégies de contournement sont mises en place par les parents pour rattraper cette « négligence ». Ils vont donner de l'argent au proviseur pour que leurs enfants soient inscrits au lycée, certains établissent l'acte de naissance quand l'enfant fait le cours moyen deux (CM2) et ils sollicitent les officiers d'état civil pour l'établissement des actes de naissances moyennant le paiement de 5000 ou 10 000 F CFA. Ces stratégies visent à réduire l'âge de l'enfant au regard des années de déperdition qu'il aura à assumer une fois qu'il sera rentré dans le système scolaire. Le verbatim de cette interviewée du DS de YAGOUA précise davantage cette idée :

« Un enfant à qui on établit l'acte de naissance, le jour qu'il est né, il peut arriver au CM2 qu'il a déjà 15 ans. Si on ne change pas l'acte de naissance, il va avoir le BAC quand il aura déjà 27 ans et à l'université à 40 ans ». FGD homme-YAGOUA

Outre la négligence, les calculs visant à réduire l'âge des enfants pour leur permettre de coller aux exigences du système éducatif, il ressort que les procédures administratives freinent l'adoption de cette pratique malgré leur prédisposition à le faire.

RECAPITULATIF SUR L'ENREGISTRMENT DES NAISSANCES

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de l'enregistrement des naissances:

Facteurs incitatifs :

- Les populations connaissent les avantages de l'enregistrement des naissances ;

- Les populations connaissent l'importance de l'établissement de l'acte de naissance.

Facteurs inhibiteurs :

- Les frais d'accouchement exigés aux femmes enceintes dans les formations sanitaires sont onéreux ;
- Les procédures d'établissement de l'acte de naissance sont lourdes et jonchées de tracasseries ;
- L'établissement de l'acte de naissance est du seul ressort des hommes dans la communauté ;
- La non prise en compte des réalités sociologiques et culturelles des populations lors de l'établissement de l'acte de naissance.

3.1.11. Le WASH

Il est important de rappeler au lecteur de cette section que le WASH ne fait pas partie des pratiques familiales essentielles. Il s'agit davantage d'une intervention composite qui regroupe en son sein : le lavage des mains avec de l'eau et du savon, la potabilisation de l'eau de boisson, l'utilisation des latrines, l'hygiène corporelle et l'hygiène de l'habitat. Toutefois, pour des besoins d'aération du texte, nous avons opté pour l'utilisation du sigle WASH pour référer aux différentes pratiques qui y sont contenues. Dès lors l'appréciation du niveau de connaissance ou celui de la pratique de cette intervention a pris en compte les différentes pratiques qui sont édictées par le WASH.

3.1.11.1. Connaissance

De manière globale, il est ressorti que le WASH est une intervention bien connue par les populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord indépendamment des Districts de Santé et des sexes. Elles maîtrisent la définition du WASH, ses avantages de même que ses inconvénients. Pour les populations, le WASH est une notion qui intègre : le lavage des mains avec de l'eau et du savon, avoir les toilettes propres, le balayage de la cours et le nettoyage de la maison, le lavage des mains au sortir des toilettes et avant les repas et l'hygiène corporelle de l'individu. Pour la plupart des répondantes à l'instar de cette femme de PITO A dans la Région du Nord, le WASH :

« C'est garder propre nos maisons, se laver les mains avant et après le repas, il faut aussi laver ses mains après usage des latrines ; faire la propreté autour de nous ». FGD, Femme-PITOA

Les populations aussi connaissent la méthode de lavage des mains. Notamment, ne pas se laver les mains dans un récipient mais dans une bouilloire avec de l'eau courante. A défaut du savon, elles utilisent la cendre pour se laver les mains ou le sable quand il y a une tache qui refuse de quitter. Les populations utilisent aussi les différents détergents qu'on retrouve dans le commerce local. Il s'agit des détergents MADAR et OMO principalement. Leur coût très abordable (50 francs CFA le sachet). Lorsque les populations n'ont pas accès au savon ou au détergent, elles utilisent l'eau de javel (chlore) pour se laver les mains.

3.1.11.1.1. Les avantages du WASH

Les avantages du WASH sont également bien connus. Ils se résument entre autre à: éviter les microbes et particulièrement les maladies comme le choléra, éviter les maladies diarrhéiques et les maladies de la peau, rester en santé, avoir un cadre de vie sain, éviter le développement des foyers de moustiques et l'accumulation des poubelles dans les quartiers et enfin elle consiste également à avoir un environnement viable.

« Là on n'a pas besoin de te dire, comme vous venez d'arriver là, c'est propre, n'est-ce pas c'est bon, vous êtes fier d'y rester je pense. Même si ce sont tes voisins qui viennent chez toi, ils seront fiers de toi et ils vont t'apprécier. Toi-même personnellement tu dois être fier de ta maison si elle est propre, Là on n'a pas besoin de se poser des questions, c'est connu de tout le monde, une maison propre fait la fierté de tout le monde ».FGD, Femme-PITOA

Ou encore

« ca permet d'éviter les microbes et le Choléra » FGD, Homme-LAGDO

3.1.11.1.2. Les inconvénients du non respect des règles édictées par le WASH

Parlant des inconvénients, les populations savent que le non respect des règles édictées par le WASH les expose à de nombreuses maladies telles que le choléra, les maladies d'origine hydrique et diarrhéique ainsi que les maladies de la peau. Par ailleurs, les répondants déclarent que le WASH a également comme autres inconvénients, la pollution de l'environnement.

3.1.11.1.3. Canaux de communication sur le WASH

La forte connaissance observée du WASH dans les différentes régions d'étude est consécutive à la forte sensibilisation, mobilisation et communication menée par les pouvoirs publics à travers les prestataires de santé, les organisations de la société civile, les organisations à base communautaire et associations diverses. La résurgence de l'épidémie de choléra dans les deux régions et les différentes interventions qui ont été mises en œuvre par le MINSANTE et les différents partenaires (UNICEF, PLAN CAMEROUN, l'OMS, etc.) pour juguler cette épidémie ont permis aux populations d'être exposées aux différents messages élaborés sur l'hygiène et la salubrité. Ces messages visaient à donner des connaissances aux populations afin de répondre efficacement au choléra et à toutes les autres maladies d'origine hydrique. Cette croisade de lutte et de riposte contre le choléra a eu des effets positifs sur le niveau de connaissance des populations en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

Lors des vaccinations, les femmes étaient sensibilisées sur les mesures d'hygiène à observer pour prévenir les risques d'exposition au choléra. Il leur était demandé entre autres pratiques à observer de ne jamais donner à manger à leurs enfants sans qu'elles n'aient eu à se laver les mains avec de l'eau courante et du savon. Lorsqu'il faut manger un fruit ou une crudité de prendre la peine de le laver avec de l'eau propre dans laquelle on a versé quelques gouttes d'eau de javel.

Pour les enfants scolarisés, le MINEDUB et MINESEC ont mis sur pied des leçons d'hygiène. Ils sont sensibilisés sur les différentes phases du lavage des mains et sur les périodes à privilégier pour le lavage des mains. Notamment, laver les mains avant et après chaque repas, au sortir des toilettes et après avoir joué. Les informations collectées à partir de l'observation directe ont révélé que certaines écoles dans les deux régions disposent des seaux remplis d'eau avec du savon qui sont placés à l'entrée des latrines.

3.1.11.1.4. Les méthodes de traitement de l'eau

En dehors des connaissances relatives au lavage des mains et à l'hygiène de l'environnement, les populations des deux (02) Régions connaissent aussi les méthodes de potabilisation de l'eau de boisson. Parmi ces dernières, on peut citer : la chloration (50,3%), le filtrage (1,6%), l'ébullition (3,7%), le SODIS (0,3%), le charbon (0,3%) et le sable (0,6%). Indépendamment des Régions, du sexe et de la religion, la chloration est la méthode de traitement de l'eau la plus connue par les populations.

Tableau 45: Méthodes de traitement de l'eau.

		Chloration	Filtrage	Ebullition	SODIS	Charbon	Sable
Région	Extrême Nord	31,2	2,0	1,0	0,5	0,5	0,5
	Nord	82,5	0,8	8,3	0,0	0,0	0,8
Tranche d'âge	≤ 14 ans	59,5	2,4	7,1	0,0	0,0	0,0
	15 - 24 ans	52,4	1,0	2,9	0,0	0,0	1,0
	25 - 34 ans	45,2	2,2	3,2	1,1	1,1	1,1
	35 - 49 ans	48,8	1,2	3,6	0,0	0,0	0,0
Sexe	Masculin	52,6	0,9	3,4	0,4	0,4	0,9
	Féminin	44,4	3,3	4,4	0,0	0,0	0,0
Religion	Catholique	44,0	3,6	6,0	1,2	1,2	1,2
	Protestante	64,4	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0

	Autre chrétienne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Musulman	49,1	0,0	3,0	0,0	0,0	0,6
	Animisme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Aucun	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
	Autre	100,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
	ND	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble		50,3	1,6	3,7	0,3	0,3	0,6

Source : PFE 2012, MINSANTE

Cette bonne connaissance des méthodes de potabilisation dans l'ensemble des 02 Régions est la résultante d'une forte exposition à l'information et plus spécifiquement aux médias et aux activités de sensibilisation menées par les personnels de santé et les ASC. De manière particulière, l'information sur les méthodes de potabilisation de l'eau de boisson a été largement diffusée et reprise dans et par les groupes associatifs, les radios, les églises/mosquées, les caravanes mobiles et les formations sanitaires dans leur grande majorité. Il ressort du tableau 44 ci-dessous que les canaux les plus utilisés pour sensibiliser les populations sur les méthodes de potabilisation de l'eau de boisson sont : la radio (37,9%), la télévision (23,6%), les véhicules sonorisés (10,6%) et les affiches et les banderoles (10,6%). Indépendamment des Régions, la radio et la télévision sont les canaux qui ont été les plus utilisés pour sensibiliser les populations sur les méthodes de potabilisation de l'eau de boisson.

Tableau 46: Canal d'information sur le WASH

		Radio	Télévision	Journal	Affiches ou banderoles	Véhicules sonorisés	Autre
Région	Extrême Nord	39,1	20,3	0,5	3,0	8,9	14,9
	Nord	35,8	29,2	5,8	16,7	13,3	14,2
Tranche d'âge	≤14 ans	26,2	19,0	4,8	7,1	11,9	19,0
	15 - 24 ans	36,9	27,2	1,9	6,8	12,6	6,8
	25 - 34 ans	36,6	20,4	2,2	10,8	10,8	16,1
	35 - 49 ans	46,4	25,0	2,4	7,1	7,1	20,2
Sexe	Masculin	40,9	24,6	2,2	7,8	11,2	16,4
	Féminin	30,0	21,1	3,3	8,9	8,9	10,0
Religion	Catholique	41,7	17,9	2,4	3,6	14,3	7,1
	Protestante	47,5	23,7	,0	13,6	8,5	15,3
	Autre chrétienne	,0	,0	,0	,0	,0	,0
	Musulman	33,3	27,3	3,0	9,1	9,1	18,2
	Animisme	,0	,0	,0	,0	,0	,0
	ND	66,7	,0	,0	,0	33,3	,0
Ensemble		37,9	23,6	2,5	8,1	10,6	14,6

Source : PFE 2012, MINSANTE

En somme, il ressort que les populations ont une très bonne connaissance du WASH, de ses avantages et inconvénients indépendamment des Régions, des Districts, du sexe et des obédiences religieuses des répondants.

3.1.11.2. Attitudes des populations des Régions d'étude sur le WASH.

D'une manière synoptique, il ressort que les interviewées ont une attitude peu favorable vis-à-vis de cette PFE. La principale raison étant que les populations connaissent les avantages de cette intervention. Cette situation est satisfaisante dans tous les DS dans deux régions.

« Le plus souvent c'est avant le repas qu'on lave les mains avec du savon. Si après le repas tu trouves encore autre chose à manger, tu peux encore laver tes mains. Après usage des toilettes, on se lave aussi les mains. Tout ça c'est pour éviter les maladies » FGD, Femme-LAGDO

Toutefois, il ressort que les perceptions culturelles du déchet et de la saleté ainsi que la perception du WASH comme une intervention exogène sont des facteurs qui limitent l'attitude favorable des populations des deux Régions vis-à-vis du WASH.

3.1.11.2.1. Les perceptions culturelles du déchet et de la saleté

Les perceptions que les populations ont des lieux d'aisance et de la gestion des déchets limitent au maximum l'utilisation de cette intervention. Au regard de ce qui a été précédemment souligné au sujet des rumeurs qui sont répandues, il est ressorti que les populations pensent que faire les selles dans un trou est considéré comme s'ensevelir soi-même. Les populations des deux Régions se représentent la partie (le déchet) comme le tout (l'être humain). Les selles sont une partie de l'homme et déféquer dans une latrine renvoie à une sorte d'enterrement de l'être humain. Par ailleurs, la saleté est perçue par les populations comme faisant partie de la quotidienneté. Quelque soit la volonté affichée par un individu de respecter les règles édictées par le WASH celui-ci reste confronté à l'insalubrité de son milieu de vie. Pour une grande majorité des populations, la santé et la protection viennent de Dieu. C'est pourquoi ceux-ci peuvent manger sans se laver les mains avec de l'eau et du savon, car disent-ils : *« c'est Allah qui nous protège »*.

3.1.11.2.2. La perception du WASH comme une intervention exogène

Pour les populations des deux (02) Régions, l'hygiène et l'assainissement sont davantage perçus comme *« l'affaire des Blancs »*. Pour cette femme de MOKOLO, le WASH est loin d'être adopté par les populations:

« Les Blancs le réussiront peut-être (rires). Sauf peut-être à avoir sa cuisinière et un peu de travaux ménagers. Laisse ça dis donc, ce n'est pas possible ». FGD, Femme-MOKOLO

3.1.11.3. Pratique des populations sur le WASH

Malgré la bonne connaissance et les attitudes peu favorables que les populations des deux Régions ont du WASH, il est ressorti qu'indépendamment des Régions, du sexe et des Districts de Santé, les populations ne pratiquent pas systématiquement le WASH. Plusieurs facteurs limitent la pratique de cette intervention à l'instar de la pauvreté, la précarité des ménages, le faible approvisionnement des ménages en eau potable, les habitudes quotidiennes, le poids des us et coutumes et le faible niveau d'instruction des femmes.

3.1.11.3.1. La pauvreté et la précarité des familles.

Les populations de ces deux Régions pour la plupart vivent en dessous du seuil de pauvreté. De nombreux ménages disent ne pas avoir suffisamment de revenus pour s'acheter du savon pour le lavage des mains, de l'eau de javel pour le traitement de l'eau de boisson ou du papier hygiénique pour se nettoyer au retour des toilettes. Cette situation est présentée par les populations comme un véritable handicap, un obstacle qui limite l'application des règles d'hygiène (lavage des mains, nettoyage des fesses et des mains après les selles), la salubrité (lavage des vêtements et propreté corporelle), l'assainissement (gestion des ordures et la propreté de l'habitat) et à la potabilisation de l'eau de boisson.

« Bon laver les mains avec du savon demande du savon, parfois on n'en a pas » FGD, Femme-PITOA

Ou encore

« Ce n'est pas tout le monde qui a le savon, tu sais que nous sommes au village et ce n'est pas facile pour nous d'avoir le savon à tout moment ». FGD, Homme-GOLOMBE

« C'est aussi une question de moyens. Tout le monde ne peut pas s'offrir un morceau de savon tout le temps », « Ce n'est pas possible de respecter ça parce que le savon coûte cher ».

Il ressort du tableau 45 ci-dessous que les populations des deux Régions au sortir des toilettes utilisent les objets suivants pour se nettoyer : l'eau plus les mains nues (40,3%), le papier journal/papier cahier (13,0%), le papier hygiénique (6,9%), les feuilles mortes de bananier (2,9%), les herbes (2,3%) et les vieux tissus (0,5%). L'usage du papier hygiénique reste peu répandu dans les ménages des deux Régions à cause de son prix. Moins d'un ménage sur six (1/6) utilise le papier hygiénique pour se nettoyer après les selles. Le papier hygiénique est encore moins utilisé dans la Région du Nord où le lavage des mains avec de l'eau reste très répandu (40,7 %). Cette situation justifie le fait que les populations de cette Région privilégient les herbes et les rochers pour déféquer et utilisent de ce fait, les moyens d'emprunt pour se laver, le papier hygiénique ou le savon étant « chers » et pas toujours disponibles.

*« Mais on ne peut pas dire que tout le monde respecte. Il y a des gens qui « chient » toujours dehors, partout, dans les herbes ».*FGD, Homme-MOKOLO

Ou encore

« C'est aussi une question d'habitude. Les gens ne sont pas habitués à respecter ces règles d'hygiène. C'est pourquoi le choléra continue à faire des ravages ». FGD, Homme-MOKOLO

Pour davantage étayer cette idée, le tableau 45 ci-dessous reprend en détail les principaux outils utilisés pour se nettoyer après les selles.

Tableau 47: Outil de nettoyage des fesses après les selles.

		Principal outil utilisé pour se nettoyer après les toilettes							Total	
		Papier hygiénique	Feuilles mortes de bananier	Papier journal/papier cahier	Eau mains nues	Vieux tissus	Herbes	Autre		ND
Région	Extrême Nord	8,1	3,0	14,3	40,1	0,1	3,5	17,6	13,3	100,0
	Nord	5,0	2,8	11,0	40,7	1,1	,6	23,0	15,8	100,0
Tranche d'âge	≤ 14 ans	3,3	3,7	11,7	37,9	0,0	2,8	15,0	25,7	100,0
	15 - 24 ans	4,7	3,3	14,4	41,3	0,9	,7	21,0	13,7	100,0
	25 - 34 ans	8,2	1,3	13,3	43,8	0,8	3,7	17,8	11,1	100,0
	35 - 49 ans	10,2	3,6	11,8	37,2	0,0	2,5	23,1	11,6	100,0
Sexe	Masculin	6,2	2,7	14,0	40,4	0,5	2,2	20,3	13,7	100,0
	Féminin	8,9	3,4	10,1	40,2	0,6	2,6	18,1	16,1	100,0
Religion	Catholique	8,0	5,2	33,9	28,4	,3	5,9	14,2	4,2	100,0
	Protestante	8,5	8,5	21,8	22,3	1,1	5,9	26,6	5,3	100,0
	Autre chrétienne	27,3	0,0	45,5	27,3	0,0	,0	,0	,0	100,0
	Musulman	6,9	0,7	2,9	60,7	0,4	,1	24,2	3,9	100,0
	Animisme	0,0	,0	,0	50,0	,0	,0	50,0	,0	100,0
	Aucun	6,3	3,1	34,4	18,8	3,1	3,1	25,0	6,3	100,0
	Autre	50,0	,0	12,5	,0	0,0	12,5	25,0	,0	100,0
	ND	0,0	1,9	1,9	1,9	0,0	,6	,6	93,0	100,0
Ensemble		6,9	2,9	13,0	40,3	0,5	2,3	19,7	14,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Cette situation de précarité financière a également des répercussions dans le choix des ustensiles utilisés pour puiser de l'eau. Du tableau 46 ci-dessous, il ressort que les ustensiles utilisés pour puiser l'eau de boisson dans les deux (02) Régions sont entre autre : les seaux/bassines en plastique découverts, seaux/bassines en plastique couverts, seaux/bassines en métal découverts, bidons en plastique sans couvercle, bidons en plastique avec couvercle, bidons en métal sans couvercle, bidons en couvercle avec couvercle et les bidons en couvercle avec couvercle. Les bidons en plastique avec couvercle (43,2%) et les seaux/bassines en plastique découverts (36,9%) sont les ustensiles les plus utilisés pour puiser l'eau de boisson dans les deux Régions. Les seaux/bassines en plastique découverts sont les principaux ustensiles utilisés pour puiser l'eau

de boisson dans le Nord (46,3%). Tandis que les bidons en plastique avec couvercle sont les principaux ustensiles utilisés dans l'Extrême-Nord (46,1%).

Tableau 48: Type d'ustensile utilisé pour puiser de l'eau.

		Type d'ustensile utilisé pour puiser de l'eau									Total
		Sceaux/bassines en plastiques découverts	Sceaux/bassines en plastiques couverts	Sceaux/bassines en métal découverts	Sceaux/bassines en métal couverts	Bidons en plastique sans couvercle	Bidons en plastique avec couvercle	Bidons en métal sans couvercle	Bidons en métal avec couvercle	ND	
Région	Extrême Nord	31,1	9,6	2,5	,4	5,3	46,1	1,2	,1	3,6	100,0
	Nord	46,3	3,4	5,6	1,2	3,2	38,5	,0	,2	1,5	100,0
Tranche d'âge	≤ 14 ans	39,7	6,4	1,9	,0	3,2	46,8	,0	,0	1,9	100,0
	15 - 24 ans	36,4	6,7	4,0	1,2	7,0	40,4	,9	,0	3,4	100,0
	25 - 34 ans	38,2	8,8	3,2	1,3	1,9	42,9	,3	,3	3,2	100,0
	35 - 49 ans	34,4	6,7	4,9	,0	5,3	44,9	1,4	,4	2,1	100,0
Sexe	Masculin	36,8	7,3	3,7	,9	4,1	43,6	,6	,2	2,7	100,0
	Féminin	37,1	7,1	3,6	,4	5,7	42,1	1,1	,0	2,9	100,0
Religion	Catholique	37,6	6,6	3,6	,7	4,7	44,2	,7	,0	1,8	100,0
	Protestante	36,1	12,0	4,8	,6	5,4	38,0	,6	,0	2,4	100,0
	Autre chrétienne	55,6	,0	,0	11,1	,0	33,3	,0	,0	,0	100,0
	Musulman	36,4	6,6	2,2	,5	3,6	46,2	,7	,3	3,4	100,0
	Animisme	12,5	12,5	12,5	,0	25,0	37,5	,0	,0	,0	100,0
	ND	44,4	,0	,0	,0	22,2	33,3	,0	,0	,0	100,0
Ensemble		36,9	7,3	3,7	0,7	4,5	43,2	0,7	0,2	2,8	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.11.3.2. L'approvisionnement en eau potable

Il ressort du Tableau 47 que dans les deux (02) Régions étudiées, les sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages sont entre autre : le branchement CDE (30,2%), les puits cuvelés à pompe (23,8%), les sources aménagées (14,4%), les puits simples (14,0%), les puits cuvelés sans pompe (12,3%), les rivières (9,5%) et les sources non aménagées (3,1%). Dans la Région de l'Extrême-Nord, le branchement CAMWATER (25,8%) et les puits cuvelés à pompe (29,6%) sont les principales sources d'eau de boisson. Tandis que dans le Nord, le branchement CAMWATER (23,2%) et les rivières (23,2%) sont les principales sources d'eau de boisson des populations.

Tableau 49: Source d'eau de boisson.

		Rivière	Source aménagé	Source non aménagée	Branchement CAMWETER	Puits cuvelés sans pompe	Puits cuvelés a pompe	Puits
Région	Extrême Nord	1,2	15,0	2,7	25,8	11,4	29,6	15,4
	Nord	23,2	13,4	3,9	37,6	13,7	14,1	11,7
Tranche d'âge	≤14 ans	16,0	12,2	5,1	36,5	12,2	14,7	10,3
	15 - 24 ans	7,0	15,9	1,8	30,0	12,2	23,9	13,8
	25 - 34 ans	10,1	17,0	4,1	30,3	9,5	23,0	15,8
	35 - 49 ans	8,1	10,9	2,5	27,0	15,4	29,5	14,4
Sexe	Masculin	10,4	13,5	3,4	30,3	12,2	25,5	13,7
	Féminin	6,8	16,8	2,5	30,0	12,5	18,9	15,0
Religion	Catholique	10,9	9,5	2,9	27,0	23,0	24,8	9,1
	Protestante	3,6	18,7	7,8	24,1	15,7	29,5	9,6
	Autre chrétienne	,0	22,2	11,1	44,4	,0	33,3	,0
	Musulman	9,8	15,5	1,2	34,0	6,4	20,3	18,3
	Animisme	12,5	,0	,0	37,5	,0	37,5	12,5
	Aucun	25,8	9,7	9,7	22,6	9,7	41,9	9,7
	Autre	,0	25,0	12,5	12,5	25,0	37,5	,0
	ND	11,1	22,2	11,1	22,2	22,2	11,1	11,1
Ensemble		9,5	14,4	3,1	30,2	12,3	23,8	14,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

De manière globale, ce faible approvisionnement en eau de boisson a des répercussions sur la fréquence du lavage des mains car, seuls 67,9% des répondants indépendamment de la Région, du sexe et de la religion affirment se laver « toujours » les mains. Malgré la position de la Région du Nord qui est largement au-dessus de cette moyenne (78.5%), il n'en demeure pas moins que certaines populations (21.95%) ne peuvent se laver « toujours les mains » à cause de ce manque d'eau. Le tableau ci-dessous ressort en détail ces écarts.

Tableau 50: Fréquence de lavage des mains.

		Fréquence de lavage des mains			Total
		Toujours	Souvent	Assez souvent	
Région	Extrême Nord	61,5	30,5	8,0	100,0
	Nord	78,5	12,8	8,7	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	59,9	26,3	13,8	100,0
	15 - 24 ans	68,4	25,3	6,3	100,0
	25 - 34 ans	69,2	22,6	8,2	100,0
	35 - 49 ans	69,8	22,3	7,9	100,0
Sexe	Masculin	69,9	22,4	7,7	100,0
	Féminin	62,0	28,1	9,9	100,0
Religion	Catholique	64,5	24,6	10,9	100,0
	Protestante	64,3	28,1	7,6	100,0
	Autre chrétienne	70,0	30,0	,0	100,0
	Musulman	70,8	22,1	7,1	100,0
	Animisme	16,7	33,3	50,0	100,0
	ND	38,5	53,8	7,7	100,0
Ensemble		67,9	23,8	8,3	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

3.1.11.3.3. Le poids des us et coutumes

Chez les populations musulmanes, le lavage des mains se fait de façon systématique mais pas avec les détergents préconisés par les pouvoirs publics. Bien que la religion soit un facteur qui pourrait promouvoir l'adoption des bonnes pratiques en matière de WASH, il est ressorti que dans la pratique, les populations des deux (02) Régions observent très peu les règles d'hygiène et de salubrité. L'adoption des pratiques édictées par le WASH est rendue difficile à cause de ces restrictions religieuses et des pressions financières. La possession et l'utilisation des latrines ne sont pas systématiques. Il faut également signaler qu'il existe dans certaines communautés des usages traditionnels qui interdisent l'usage des latrines. Dès lors, il se trouve que des personnes préfèrent au lieu de déféquer à l'air libre, vont faire les selles dans leurs champs. Le choix du champ se justifiant chez certains individus par le fait que :

« Chier dans son champ contribue à le rendre fertile ». FGD, Homme-MOKOLO

Les habitudes et pratiques liées à la défécation à l'air libre perdure chez certains malgré les sensibilisations et la présence des latrines dans les concessions

« Ce qui est sûr en matière d'hygiène on a un grand problème. Parce que l'usage des latrines, ce n'est pas l'apanage de tout le monde. Parce que certaines personnes, ils n'acceptent pas d'utiliser les latrines. Donc...ils sont contre la pratique même des latrines.ils préfèrent déféquer à l'air libre. Ils disent qu'ils se voient à l'aise là-bas. C'est le véritable problème même d'abord ici. Si vous pouvez peut-être nous venir en aide par rapport à ce genre de situation, vous formez par exemple le chef de village, et eux aussi à leur tour ils essaient de mobiliser les chefs de famille, donc chaque père de famille doit sensibiliser ses enfants. Puisque les enfants ne vont jamais au WC Et ils font les besoins partout, ils font partout ! Donc c'es très difficile ici. Franchement ca ne va pas quand même, précisément là bas dans l'arrondissement de BIBEMI, parce que moi précisément je viens de l'arrondissement de BIBEMI, et dans l'arrondissement de BIBEMI il y avait eu une épidémie de choléra là bas... » FGD, Homme- PITO A

Ou encore

« Il y a des gens qui ne veulent pas utiliser les WC, qui ne creusent même pas, c'est quand le choléra est arrivé l'année passée que certaines personnes ont commencé à avoir les WC. Mais Avec tout ça ... il y a toujours des gens qui ne font pas leurs besoins dans le WC » FGD, Femme –GOLOMBE.

Le poids des us et coutumes affecte également la pratique du lavage des mains avec de l'eau et du savon car, d'après les populations interviewées, cette exigence de laver les mains avec de l'eau et du savon n'est pas encore rentrée dans les mœurs des populations. En récusant de le faire, ces derniers indexent plutôt le prix du savon ou du détergent qui est d'après eux hors de leur portée.

« Quand on veut manger, après allé au WC, on se lave souvent les mains. Pas toujours avec le savon, quand on a on utilise, quand on n'a pas, on ne fait rien. C'est comme ça. C'est pas tout le monde qui a le savon, tu sais que nous sommes au village et ce n'est pas facile pour nous d'avoir le savon à tout moment. On fait souvent l'effort, mais ce n'est pas tout le temps ». FGD, Femme-GOLOMBE

Ou encore

« Certaines personnes n'acceptent pas de laver les mains avant les repas, elles disent les avoir lavées le matin déjà » FGD, Homme-GUIDER

La gestion des ordures reste largement tributaire du poids de la culture. En effet, du tableau 50 ci-dessous, il ressort que l'habitude de vider la poubelle dans les deux Régions n'est pas encore systématique. Seuls 72,6% des populations interviewées dans les deux Régions étudiées ont l'habitude de vider la poubelle. Cette situation est nettement positive dans la Région du Nord où 79.4% des répondants affirment avoir l'habitude de vider la poubelle. Le tableau ci-dessous apporte plus de précisions sur ces tendances.

Tableau 51: L'habitude de vider la poubelle.

		A l'habitude de vider la poubelle
Région	Extrême Nord	68,6
	Nord	79,4
Tranche d'âge	≤14 ans	71,0
	15 - 24 ans	71,6
	25 - 34 ans	72,3
	35 - 49 ans	74,9
Sexe	Masculin	73,7
	Féminin	69,3
Religion	Catholique	54,9
	Protestante	67,4
	Autre chrétienne	54,5
	Musulman	82,3
	Animisme	37,5
	ND	53,8
Ensemble		72,6

Source : PFE 2012, MINSANTE

Si la gestion des ordures est largement tributaire de ce poids culturel, il en est de même de la fréquence de balayage des maisons qui est de 10 fois par semaine. Le tableau ci-dessous donne un état de cette fréquence.

Tableau 52: Nombre de fois que la maison est balayée.

		Nombre de fois que la maison est balayée
Région	Extrême Nord	10,4
	Nord	9,0
Tranche d'âge	≤14 ans	8,5
	15 - 24 ans	9,8
	25 - 34 ans	10,5
	35 - 49 ans	10,1
Sexe	Masculin	10,0
	Féminin	9,7
Religion	Catholique	8,3
	Protestante	9,4
	Autre chrétienne	8,5
	Musulman	10,9
	Animisme	7,0
	Aucun	9,0
	ND	8,6
Ensemble		9,9

Source : PFE 2012, MINSANTE

Même le respect des règles d'hygiène liées à la consommation de certains aliments comme les fruits n'est pas encore rentré dans les mœurs, surtout au niveau des enfants..

« Les fruits oui, bon mais pas tout le temps ; Il y a les enfants, quand ils trouvent toutes ces choses en route, ils ne peuvent pas prendre le temps de les laver ». FGD, Femme- GOLOMBE

3.1.11.3.4. Le faible niveau d'instruction des femmes

Le faible niveau d'instruction de la population féminine et l'ignorance contribuent à rendre la pratique du WASH difficile. Les femmes ne lavent pas toujours les mains avec de l'eau et du savon au sortir des toilettes même quand elles veulent allaiter leur enfant. L'utilisation du savon ou du détergent n'est pas systématique. Dans les deux Régions, ce sont les femmes qui ont la charge des activités ménagères et courantes dans les ménages notamment : assurer la propreté des enfants et celle du domicile ainsi que la gestion des ordures. Toutefois, il ressort que le niveau de pratique d'hygiène et d'assainissement des ménages reste très faible.

« Si tu n'as pas eu une femme qui a fait l'école, c'est mauvais. Il y a des femmes qui font 3 à 4 jours sans laver les enfants si tu ne lui demande pas de le faire. Je prends mon exemple à moi, si je viens trouver que mes enfants ne sont pas lavés, je les laves moi-même. Tu peux même dire à la femme de le faire, mais elle n'a pas ton temps. Et l'eau aussi, Il faut toujours avoir de l'eau à la maison, mais ici nous achetons de l'eau. Il faut qu'il ait toujours de l'eau à la maison ». FGD, Homme -LAGDO

Ou encore

« C'est la même chose, moi par exemple il m'arrive de fois de balayer chez moi quand je constate qu'il y a la saleté et que madame n'a pas balayé. Quand je lui demande de balayer si elle ne le fait pas vite, moi même je le fais pour éviter les maladies. Tout ça on se bat, mais souvent pour le lavage des mains ce n'est pas avec du savon. »

RECAPITULATIF SUR L'EAU, L'HYGIENE ET L'ASSAINISSEMENT

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs du WASH:

Facteurs incitatifs :

- Les populations ont une bonne connaissance des interventions contenues dans le WASH ;
- Les populations connaissent les avantages du respect des règles et bonnes pratiques édictées par le WASH ;
- Les populations sont sensibilisées sur le WASH ;
- La forte implication des pouvoirs publics à travers les prestataires de santé, les OSC, les ONG et les Partenaires dans les activités de mobilisation et de communication ;
- La forte utilisation des canaux de communication tels que : les radios locales et communautaires, les télévisions, les affiches/banderoles et les véhicules sonorisés pour la sensibilisation des populations.

Facteurs inhibiteurs :

- La persistance des mauvaises pratiques culturelles telles : la défécation à l'air libre, la proximité des individus avec le bétail et autres animaux domestiques ;
- La persistance des a priori tel que : « l'homme noir ne meurt pas de saleté » ;
- La pauvreté et la précarité des ménages ;
- Le poids des us et coutumes ;
- Le faible niveau d'instruction des femmes.

3.1.12. L'utilisation de la MILDA

3.1.12.1. Niveau de connaissances des populations sur la MILDA

De manière globale, il est ressorti que la MILDA est bien connue par les populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord indépendamment des Districts de Santé, du sexe et de l'appartenance religieuse. Non seulement elles maîtrisent la définition de la MILDA mais en plus, elles ont une bonne connaissance de ses avantages et des inconvénients de sa non utilisation.

3.1.12.1.1. Définitions de la MILDA

Pour les populations de la Région de l'extrême nord la MILDA c'est la moustiquaire imprégnée d'insecticide utilisé pour se mettre à l'abri des moustiques :

« C'est une moustiquaire trempée dans un produit pour chasser les moustiques » FGD, Homme-YAGOUA

Pour les populations du Nord à l'instar de cet homme du DS de PITOA, la MILDA est définie comme :

« ...Le filet qui sert à éviter de se faire diminuer le sang par les moustiques et d'éviter les céphalées ». FGD, Homme-PITOA

3.1.12.1.2. Avantages de la MILDA

Les avantages de cette PFE sont bien connus par l'ensemble des populations de l'Extrême-Nord et du Nord. Ils se résument principalement, à la protection contre les piqûres de moustiques et autres insectes et à la prévention du paludisme. En effet, pour la plupart à l'exemple de ces femmes de PITOA et de LAGDO, la MILDA apparaît comme une barrière empêchant les piqûres de moustiques et l'installation des maladies comme le paludisme.

« La moustiquaire empêche les moustiques, les insectes, mêmes les mouches tout ce qui peut déranger le sommeil de quelqu'un dans la nuit. Ces moustiques donnent la maladie, mais comme ils ne peuvent plus nous prendre du sang, ça veut dire qu'on se protège aussi »

Ou encore :

« La moustiquaire là c'est pour éviter les maladies, pour éviter les moustiques. Ce sont les moustiques qui donnent le paludisme aux gens » FGD Femme-LAGDO

3.1.12.1.3. Importance de la MILDA

Si les avantages de la MILDA sont globalement connus et maîtrisés, il en est de même de son importance. La totalité des répondants établissent un lien direct entre l'utilisation de la moustiquaire et la prévention du paludisme. Pour certains répondants à l'instar de cet interviewé de GOLOMBE dans la Région du Nord, la moustiquaire est la chose la plus nécessaire que l'Etat à travers les pouvoirs publics et le personnel de santé a mis à la disposition des populations.

« Vous savez, l'Etat apporte beaucoup de choses ici pour les populations mais parmi ces choses, il n'y a rien qui soit aussi nécessaire que les moustiquaires pour lutter contre le paludisme et surtout chez les enfants. Eviter les piqûres de moustiques là, tu pourras bien dormir » FGD, Homme – GOLOMBE.

Allant dans le même sens, cet interviewé de GUIDER affirme :

« Ils n'ont pas dit quand il distribuait les moustiquaires mais tout le monde connaît son utilité : Ça prévient le paludisme. » FGD homme-GUIDER.

Cette bonne connaissance de la MILDA dans les Régions d'étude est la résultante d'une forte sensibilisation et communication menée par le personnel sanitaire, les Organisations Non Gouvernementales, les médias (radio et télévision), les agents de relais communautaire autour du paludisme avant et pendant et après les campagnes de distributions.

Si les hommes et les femmes connaissent la MILDA, ses avantages de même que son importance, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils ne connaissent pas le nombre d'années de validité d'une MILDA, de même que les modalités à observer avant sa première utilisation. En effet, si pour certains elle a une validité de deux ans, pour d'autres, sa validité est six ans. D'autres encore n'ont même aucune idée là-dessus. C'est ce qui ressort des propos de cette répondante du DS de YAGOUA *« Je ne sais pas. On ne nous l'a pas dit. On l'a jusqu'à ce qu'elle se déchire ».* FGD, Femme-YAGOUA.

Pour ce qui est des modalités à observer avant la première utilisation de la MILDA, il ressort qu'elles ne sont pas entièrement connues des populations. Elles ne savent pas comment entretenir cette moustiquaire imprégnée :

« Certaines personnes la lavaient avant de l'attacher au dessus du lit. D'autres la font sécher pendant trois jours. Là ça n'enlève pas le remède » FGD, Homme - GUIDER

Ou encore :

« Le chef a dit que les moustiquaires MILDA étaient de longue durée, il ne faut juste pas laver ». FGD, Homme - GUIDER

3.1.12.1.4. Les appréhensions sur la MILDA

Des appréhensions recensées sur la MILDA, beaucoup sont assimilés aux rumeurs. En effet, certains interviewés pensent que : la MILDA protège, elle agit uniquement pendant le sommeil alors que le reste du temps, les populations sont exposées aux piqûres de moustiques. La MILDA produit la chaleur, se salit rapidement, quand elle n'est pas lavée, elle donne les filaires. La MILDA enrhumé et étouffe. Elle fait gonfler le corps. Elle donne des démangeaisons et brûle la peau lorsqu'elle est neuve. Elle a une odeur très forte quand elle est neuve. La MILDA lorsqu'elle est fixée cache les ornements de la maison. Les produits de ré-imprégnation ne sont pas disponibles ce qui fait qu'il est très difficile de la laver de peur de voir disparaître l'efficacité de la MILDA :

« Certaines personnes disent que dormir sous la moustiquaire n'est pas du tout aisé à cause de la chaleur que ça cause et d'autres disent même qu'ils ont des difficultés à respirer ». FGD Homme-GUIDER.

« Il y a des gens qui n'utilisent pas la moustiquaire jusqu'ici, les gens préfèrent acheter les moontiger de 50 francs que de dormir sous la moustiquaire. Ils disent que ça étouffe, on ne respire pas bien ». FGD, Homme-LAGDO.

En l'absence du MILDA, certains ménages utilisent les insecticides.

3.1.12.1.5. Rumeurs sur la MILDA

Distribuées à des millions de camerounais dans le cadre de la campagne nationale "KO Palu", les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) causent des désagréments au contact de la peau et des yeux de leurs utilisateurs. En cause : le non respect des précautions à prendre avant usage. Les autorités et des ONG partenaire de cette initiative s'étant davantage contentées de communiquer sur les avantages de l'utilisation de ces moustiquaires, comment les monter et les entretenir. Les autorités sont néanmoins montées au créneau à la suite des nombreuses plaintes pour rassurer les populations. Des messages diffusés à la radio et sur la télévision nationale recommandent aux populations de ne point s'alarmer en cas d'effets secondaires qui disparaissent automatiquement après quelques temps.

Plusieurs rumeurs ont été enregistrées autour de la MILDA. La MILDA donne des démangeaisons, elle étouffe, elle enrhumé, elle a une odeur très forte qui limite son utilisation, elle démange quand elle n'a pas été exposée au soleil. Certaines personnes utilisent la MILDA comme filets de pêche. D'autres à l'instar de cette femme de GUIDER affirment que la MILDA tue.

« Ça dérange, ça tue même, ça à tuer beaucoup de personnes dans mon quartier. C'est même pour cela que je n'attache pas chez moi ». FGD Femme-GUIDER

3.1.12.2. Attitudes vis-à-vis de la MILDA

Si de façon générale, on note une bonne connaissance sur la MILDA, les populations des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord ne sont pas toute en faveur de son utilisation. Cette situation est plus visible chez les hommes des DS de MAROUA urbain et MOKOLO dans la Région de l'Extrême Nord et dans les DS de GUIDER et LAGDO dans la Région du Nord. Les principales raisons justifiant de cette attitude mitigée voire négative à l'endroit de la MILDA sont globalement les inconvénients et les rumeurs évoquées sur cette PFE.

Ceux qui ont une attitude favorable à l'inverse ne trouvent pas vraiment d'inconvénients sur l'utilisation de la moustiquaire. Pour eux, la MILDA suppose protection contre les moustiques et par ricochet contre la maladie. La chaleur et autres effets indésirables décrits sont accessoires. C'est ce qui ressort de ces intervenants :

« ...Mais est ce que la chaleur est une maladie ? C'est le moustique qui cause la maladie. »
FGD Homme-GOLOMBE

Ou encore :

« La moustiquaire fait quoi de mal à quelqu'un ? Celui qui n'utilise est simplement ignorant. Nous on n'a jamais entendus que la moustiquaire a dérangé quelqu'un,maintenant là on ne peut même pas dormir sans moustiquaire. Inconvénients, non, rien, qui peut dormir maintenant sans moustiquaire. Maintenant si moi je ne mets pas la moustiquaire, je ne peux pas dormir cette nuit là » FGD femme-PITOA.

3.1.12.3. Pratiques sur la MILDA

De façon générale, l'utilisation de la MILDA est bonne mais ne se fait pas de façon systématique dans les Régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Non seulement plusieurs interviewés possèdent une MILDA, mais aussi, ils y dorment et à une fréquence satisfaisante. En effet, du tableau 51 ci-dessous, il ressort que 93% des interviewés disposent au moins d'une moustiquaire imprégnée et que cette tendance est légèrement à la hausse dans la Région de l'Extrême Nord où 94.9% des répondants affirment détenir une MILDA.

Le taux d'utilisation de cet intrant indépendamment des Régions, des DS, du sexe et des obédiences religieuses se situe à 88.2%. Le tableau ci-dessous donne en détail cette répartition de la possession de la MILDA dans les deux (02) Régions d'étude.

Tableau 53: Possession de la MILDA

		Dispose de MILDA	A dormi sous la moustiquaire
Région	Extrême Nord	94,9	89,4
	Nord	91,7	86,0
Tranche d'âge	Entre 25 - 34 ans	95,0	89,8
	Entre 35 - 49 ans	96,0	90,4
Sexe	Masculin	94,6	88,2
	Féminin	90,9	88,1
Religion	Catholique	94,0	87,5
	Protestante	91,7	90,3
	Autre chrétienne	90,9	80,0
	Musulman	94,3	87,3
	Animisme	87,5	100,0
	Aucun	93,8	96,7
	Autre	87,5	85,7
	ND	90,9	100,0
Ensemble		93,7	88,2

Source : PFE 2012, MINSANTE

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation de cet intrant, il ressort que 83.1% dorment tous les jours /régulièrement sous la MILDA. Cette prévalence d'utilisation reste élevée indépendamment des Régions, des DS, du sexe, des tranches d'âge et des obédiences religieuses.

Tableau 54: Fréquence d'utilisation de la MILDA.

		Fréquence pour dormir sous la moustiquaire				Total
		tous les jours	De temps en temps	rarement	pas du tout	
Région	Extrême Nord	83,6	10,6	3,5	2,3	100,0
	Nord	82,2	10,6	5,2	2,0	100,0
Tranche d'âge	≤14 ans	83,1	11,5	3,4	2,0	100,0
	15 - 24 ans	79,3	11,6	5,8	3,4	100,0
	25 - 34 ans	85,2	9,9	3,7	1,2	100,0
	35 - 49 ans	84,9	9,9	3,2	1,9	100,0
Sexe	Masculin	82,9	10,7	4,2	2,3	100,0
	Féminin	83,6	10,4	4,1	1,9	100,0
Religion	Catholique	79,3	12,8	4,1	3,8	100,0
	Protestante	85,6	9,8	4,6	,0	100,0
	Autre chrétienne	70,0	20,0	,0	10,0	100,0
	Musulman	83,6	10,2	4,3	1,9	100,0
	Animisme	85,7	14,3	,0	,0	100,0
	ND	100,0	,0	,0	,0	100,0
Ensemble		83,1	10,6	4,1	2,2	100,0

Source : PFE 2012, MINSANTE

Même si ce taux d'utilisation est satisfaisant dans les deux Régions, il ressort que certains DS font face à une faible utilisation et même parfois à un rejet pur et simple de cet intrant par les populations. Ainsi, dans la Région de l'Extrême-Nord, les Hommes du DS de MAROUA urbain et MOKOLO n'utilisent pas toujours la MILDA à cause des inconvénients sus-évoqués. Il faut cependant relever que dans le DS de KAELE, les populations ne l'utilisent quasiment pas, ce qui contraste avec les attitudes favorables qu'ils ont de cette PFE. Les raisons avancées étant les effets indésirables et le manque de ces intrants par rapport à la population couverte. Ils n'en disposent pas suffisamment.

« On est à 5 et on nous donne 2. Je donne à la femme et aux enfants, et moi les moustiques me piquent ! » FGD Homme KAELE

Au niveau de la Région du Nord, si l'utilisation de la MILDA est effective dans les districts de GOLOMBE, et de PITOIA; elle ne l'est pas à GUIDER et chez les jeunes de LAGDO. En effet, malgré l'installation de la MILDA au dessus des lits, ils n'y dorment pas.

« Moi-même je n'arrive pas à dormir avec, depuis que moi je l'ai attaché ça reste là-bas en haut » FGD femme-GUIDER.

Ou encore :

« Les jeunes que vous voyez là ne dorment pas sous la moustiquaire, ils préfèrent acheter le moontiger ». FGD, Homme-LAGDO

Ce rejet de la MILDA par certaines populations du district de GUIDER se justifie par la perception négative que les populations ont de cet intrant. La perception selon laquelle la moustiquaire imprégnée est capable de tuer inhibe toute future utilisation. A ces perceptions « négatives » il faut ajouter toutes les allergies (chaleur, absence d'air dans la moustiquaire, effet de brûlure) dénoncées par ces utilisateurs.

A côté de ces cas de rejet complet, il existe quelques utilisateurs intermittents qui l'utilisent occasionnellement :

« *Oui, on dort toujours sous la moustiquaire sauf peut être quand on est malade* » FGD
femme-LAGDO

En définitive, les populations ont une bonne connaissance de la MILDA, ne maîtrisent pas cependant son mode d'utilisation, elles ont des attitudes favorables par rapport à son adoption et elles l'utilisent régulièrement. Pour les populations encore réfractaires, plus spécifiquement les jeunes, les effets indésirables et les rumeurs construites autour de ces effets indésirables limitent l'utilisation maximale de cet intrant. Les messages jusqu'ici développés ne s'adressent pas de manière spécifique à cette cible (les jeunes) et ne prennent pas en compte ces rumeurs pour les déconstruire. Les personnes l'utilisant sont plus motivées par les retombées qu'elle leur offre en termes de préservation contre les piqûres de moustiques et le paludisme que par les effets indésirables.

RECAPITULATIF SUR LA MILDA

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de la MILDA:

Facteurs incitatifs :

- Les populations ont une bonne connaissance de la MILDA ;
- Les populations connaissent les avantages et les inconvénients de la non utilisation de la MILDA ;
- Les populations sont sensibilisées sur l'utilisation de la MILDA ;
- La forte implication des pouvoirs publics à travers les prestataires de santé, les OSC, les ONG et les Partenaires dans les activités de mobilisation et de communication ;
- La forte utilisation des canaux de communication tels que : les radios locales et communautaires, les télévisions, les affiches/banderoles et les véhicules sonorisés pour la sensibilisation des populations sur l'utilisation de la MILDA.

Facteurs inhibiteurs :

- Le non respect des procédures d'utilisation de la MILDA ;
- La persistance des a priori tel que : « la moustiquaire tue ! » ;
- Les effets indésirables enregistrés par les populations qui utilisent la MILDA.

3.1.13. Eveil du jeune enfant

3.1.13.1. Connaissance des populations sur l'éveil du jeune enfant

De manière globale, il est ressorti que l'éveil du jeune enfant est une intervention peu connue par les populations des Régions du Nord et de l'extrême Nord indépendamment des Districts de Santé et du sexe. Contrairement aux hommes, les femmes connaissent cette intervention mais de manière intuitive. Les hommes dans leur grande majorité ne connaissent pas du tout l'éveil du jeune enfant encore moins les activités que recouvre ce terme.

« *Nous on ne connaît même pas comment ça se passe ca c'est le travail de maman* ». FGD,
Homme-DOUGOI

Même si l'éveil du jeune enfant n'est pas connu des hommes, ils savent tout de même que cette pratique fait partie du processus de socialisation de leurs enfants. Pour cet homme de KAELE :

« *L'éveil du jeune enfant fait partie de l'éducation de nos enfants* ».FGD, Homme-KAELE

3.1.13.1.1. Définition de l'éveil du jeune enfant :

Les populations en particulier les femmes ne peuvent pas définir avec exactitude ce que cette notion recouvre mais, elles savent que l'éveil du jeune enfant renvoie à s'amuser avec son enfant, à faire des gestes, à apprendre à l'enfant à parler, à identifier les couleurs, à reconnaître les membres de la famille et de l'entourage. Pour la plupart des répondantes à l'instar de cette femme de LAGDO dans la Région du Nord, l'éveil du jeune enfant signifie :

« *Jouer avec l'enfant, le balancer, lui apprendre certaines choses quand il a déjà quelques mois* », FGD, Femmes-LAGDO.

Ou encore

« *Faire connaître certaines choses à l'enfant, apprendre à vivre* ». FGD, Femmes- LAGDO.

3.1.13.1.2. Les avantages connus de l'éveil du jeune

Les avantages de l'éveil du jeune enfant sont également bien connus par les femmes. Ils se résument entre autre à: l'apprentissage de la langue maternelle aux enfants, la responsabilisation précoce de l'enfant, l'intégration accélérée des enfants dans la communauté, l'adoption des bonnes pratiques culturelles.

Si les avantages de l'éveil du jeune enfant sont globalement connus et maîtrisés, il en est de même de son importance. Certains répondants établissent un lien très étroit entre la pratique de l'éveil du jeune enfant et l'adoption des bonnes pratiques en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement par les enfants.

3.1.13.1.3. Canaux de communication sur l'éveil du jeune enfant

La majorité des femmes interviewées reconnaissent avoir entendu parler de cette pratique au cours des causeries éducatives organisées par le personnel sanitaire dans les centres de santé.

En somme, il ressort que les populations, particulièrement les femmes ont une connaissance de l'éveil du jeune enfant mais de manière intuitive. Elles connaissent les avantages de même que son importance indépendamment des Régions, des Districts et des obédiences religieuses des répondants.

Attitudes des populations vis-à-vis de l'éveil du jeune enfant

De manière générale, il ressort que les interviewées ont une attitude favorable vis-à-vis de l'éveil du jeune enfant. Cette situation est satisfaisante dans tous les DS des deux (02) Régions. Les principales raisons justifiant de cette attitude positive à l'endroit de cette intervention sont globalement les avantages évoqués sur cette PFE.

A partir de ces avantages, plusieurs perceptions se sont construites notamment :

1. Eveil du jeune enfant = responsabilisation précoce de l'enfant ;
2. Eveil du jeune enfant = rapide apprentissage de la langue maternelle à l'enfant ;
3. Eveil du jeune enfant = adoption précoce des bonnes pratiques
4. Eveil du jeune enfant = garantie d'avoir un enfant éveillé.

5. Eveil du jeune enfant = affaire des blancs.
--

Bien que les populations soient favorables à l'adoption de l'éveil du jeune enfant, il n'en demeure pas moins vrai que pour beaucoup, cette PFE est davantage perçue comme une intervention exogène. Pour cet homme de MOKOLO, l'éveil du jeune enfant c'est :

« *L'affaire des Blancs* ».FGD, Homme-MOKOLO.

3.1.13.2. Pratiques des populations vis-à-vis de l'éveil du jeune enfant.

De manière globale, il est ressorti que l'éveil du jeune enfant est une intervention qui est pratiquée par les populations des Régions du Nord et de l'extrême Nord indépendamment des Districts de Santé et du sexe mais de manière intuitive. Les parents mettent en œuvre des astuces pour éduquer leurs enfants pour l'adoption des bonnes pratiques en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Notamment, ils apprennent à leurs enfants à se laver les mains avant de manger. Les parents montrent aux enfants comment on lave les aliments avant de les consommer pour éviter les maladies. Ils apprennent à leur progéniture à se laver les mains et à utiliser le pot pour la défécation. Les parents demandent à leurs enfants de se laver les mains, même si cela se fait sans savon. Ils enseignent aux enfants à se brosser les dents et à se laver le visage. Cet apprentissage se fait d'après les parents chaque jour pour amener l'enfant à adopter durablement ces bonnes pratiques. Pour cet homme, l'éveil du jeune enfant commence dès l'âge de huit (08) mois :

« *À 08, 09, 10 mois c'est bon, chaque soir quand je rentre je prends mon enfant, je le serre on joue un peu, puis il me regarde dans les yeux et quelque part quand je reviens à la maison, il rampe pour m'accompagner, il dit que le père est venu. La maman même, il quitte. C'est une habitude de l'entraîner. Le reste il continue comme ça.* » FGD, Homme-YAGOUA

En somme, il est ressorti que les populations des deux Régions pratiquent l'éveil du jeune enfant mais de manière intuitive. Elles utilisent des méthodes traditionnelles d'apprentissage pour faciliter l'adoption des bonnes pratiques par leurs enfants. Cependant, cette PFE reste très peu connue et médiatisée. Les causeries éducatives au niveau des formations sanitaires sont les seuls canaux à partir desquelles les populations et plus spécifiquement les femmes ont eu des informations sûres sur cette pratique familiales essentielles.

RECAPITULATIF SUR L'EVEIL DU JEUNE ENFANT

En guise de récapitulatif, nous présentons les facteurs incitatifs et inhibiteurs de l'éveil du jeune enfant:

Facteurs incitatifs :

- Implication moyenne des femmes dans la pratique de l'éveil du jeune enfant;
- Implication du personnel de santé dans la sensibilisation des femmes sur l'importance de l'éveil du jeune enfant ;
- Utilisation des causeries éducatives pour sensibiliser les femmes sur l'éveil du jeune enfant ;

Facteurs inhibiteurs :

- Faible exposition des populations aux messages sur l'éveil du jeune enfant ;
- Faible implication des hommes dans la pratique de l'éveil du jeune enfant ;
- L'éveil du jeune enfant est perçu par les populations comme « l'affaire des blancs ! »

4. Conclusion

La présente étude a porté sur l'évaluation rapide des pratiques familiales essentielles (PFE) dans les Régions du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun. Elle s'inscrit dans la réalisation des activités retenues dans le chronogramme opérationnel élaboré par la communication pour le développement (C4D) qui fait partie des cinq (05) axes stratégiques inscrits dans le Plan d'opérations initié par l'UNICEF et le gouvernement camerounais pour répondre efficacement à la crise du Sahel.

De cette analyse, il ressort que les populations des deux régions ont un bon niveau de connaissance des PFE à l'instar de la CPN, la vaccination plus, la MILDA, le WASH et l'enregistrement des naissances. Cette forte connaissance observée dans les Régions d'étude est consécutive à la forte sensibilisation, mobilisation et communication menée par les pouvoirs publics à travers les prestataires, les organisations de la société civile, les organisations à base communautaire et associations diverses sur ces PFE. Par ailleurs, la faible connaissance de l'allaitement maternel exclusif, de l'éveil du jeune enfant et de l'utilisation du SRO est imputable à l'ignorance des populations et à l'absence d'une sensibilisation et communication spécifiques au niveau de toutes les cibles.

En ce qui concerne les attitudes, les populations du Nord et celles de l'Extrême Nord sont favorables à l'adoption de nombreuses PFE notamment, la vaccination plus, le WASH, l'enregistrement des naissances, l'éveil du jeune enfant et la MILDA. Cette attitude positive est liée à la perception positive que les populations ont des PFE suscitées. Par contre, elles ne sont pas favorables à l'utilisation du SRO dans la prise en charge de la diarrhée à domicile et à l'allaitement maternel exclusif. Les facteurs qui contribuent à la non adoption de ces PFE sont non seulement la tradition et les habitudes culturelles mais également les perceptions négatives communément partagées par ces populations. Par exemple, l'allaitement maternel exclusif est perçu par les populations comme une pratique pénible et coûteuse. Par ailleurs, les attitudes mitigées sur la CPN se justifient non seulement par les coûts financiers qui y sont liés mais aussi par les réticences observées en ce qui concerne l'exposition de la nudité des femmes et la possibilité que la CPN puisse constituer une opportunité pour commettre des adultères. Pour ces hommes réticents, la CPN prédispose leurs épouses à l'adultère.

Pour ce qui est des pratiques, il est ressorti que le bon niveau de connaissance et l'attitude favorable des populations vis-à-vis de l'adoption des PFE ne garantissent pas toujours la pratique systématique de ces dernières. En effet, si dans la Région du Nord le faible niveau de connaissance sur l'allaitement maternel exclusif, l'utilisation du SRO et de l'éveil du jeune enfant justifient les attitudes et pratiques mitigées voire défavorables sur ces PFE, ce n'est pas le cas dans la Région de l'Extrême-Nord car, bien que les populations ont une bonne connaissance et une attitude favorable du le WASH et l'enregistrement des naissances par exemple, l'on note tout de même que ces PFE ne sont pratiquées de façon systématique. Les principaux facteurs explicatifs sont : la non prise en compte des réalités socioculturelles et religieuses, les difficultés et le coût liés à l'établissement de l'acte de naissance, l'ignorance et la négligence des hommes qui ont la charge de l'établissement des actes de naissance. Parlant du WASH, celle-ci est perçue par les populations comme une intervention exogène. Parmi les facteurs qui freinent sa pratique, il y a la pauvreté, la précarité des ménages, les difficultés liées à l'approvisionnement en eau potable, les habitudes quotidiennes, les us et coutumes et le faible niveau d'instruction des femmes qui ont la charge des activités ménagères et domestiques dans les ménages.

5. Recommandations

Afin d'améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des populations de la Région du Nord et de l'Extrême-Nord, l'enquête suggère les recommandations suivantes :

De manière générale, il sera question d'impliquer de façon systématique les radios locales et communautaires dans toutes les campagnes de sensibilisation et d'éducation des communautés sur les PFE. En effet, l'enquête a montré que les radios (50,7%) étaient le canal le plus utilisé par les populations pour recevoir l'information sur la santé.

- La CPN

En ce qui concerne la CPN, prendre en compte les barrières culturelles énumérées qui limitent la fréquentation des femmes dans les services en mettant à la disposition de ces populations un personnel sanitaire de sexe féminin.

Sensibiliser les hommes dans les deux régions sur l'importance de la CPN afin qu'ils puissent encourager leurs femmes à fréquenter les services de SR tout au long de leur grossesse. En effet, il est ressorti que les hommes étaient peu favorables à la CPN parce que cette intervention exposait leurs femmes à l'adultère.

Sensibiliser également le personnel sanitaire sur le problème de l'accueil des femmes enceintes qui viennent pour leur CPN. En effet, le mauvais accueil est apparu à plusieurs reprises au cours de cette étude comme un facteur qui inhibe l'utilisation des services de santé par les femmes.

Renforcer les capacités du personnel de santé sur la prise en charge des femmes qui ont été victimes de traumatismes ou d'expériences malheureuses lors de leur précédente grossesse. L'enquête a relevé que certaines femmes qui avaient été victimes de traumatismes ou d'expériences malheureuses au cours de leurs précédentes grossesses contribuaient à faire naître chez les autres femmes le déni de la CPN.

- L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Sensibiliser les hommes comme les femmes sur les avantages du colostrum dans l'alimentation du nourrisson. En effet, l'étude a montré que les populations étaient peu favorables au colostrum à cause des perceptions négatives qu'elles avaient de ce premier lait.

Sensibiliser les populations sur le bienfondé et les avantages de l'allaitement maternel exclusif. En effet, il est ressorti que les populations étaient peu favorables à la pratique de l'AME. Pour les populations des deux régions, l'eau est signe de vie, dès lors il est impensable de ne donner au nourrisson que le lait maternel.

- L'utilisation de la SRO

Sensibiliser davantage les populations sur les avantages de la SRO pour le traitement de la prise en charge de la diarrhée des enfants à domicile. En effet, l'étude a montré que pour les populations, la SRO n'est qu'une simple alternative et non une solution miracle.

Au niveau des formations, il faut faciliter les conditions de la SRO par les populations. L'étude a montré que les femmes évoquaient le fait de présenter une ordonnance pour se procurer la SRO un facteur inhibiteur à l'utilisation de la SRO pour le traitement de la diarrhée.

- La vaccination plus

Pour la vaccination plus, sensibiliser les populations sur l'importance du suivi du calendrier vaccinal car il est apparu dans l'étude que malgré le fait qu'ils ont une bonne connaissance et une attitude

positive sur cette PFE, sa pratique demeure mitigée à cause de la non complétude du calendrier vaccinal de la plupart des enfants.

Agir également à travers la sensibilisation sur les perceptions des populations en rapport avec la vaccination plus. En effet, il est ressorti que pour les populations, la vaccination en général visait à rendre les femmes stériles et les enfants plus malades.

- L'enregistrement des naissances

Pour ce qui est de l'enregistrement des naissances où la barrière financière et les difficultés liées aux formalités administratives sont apparues comme les principales raisons de sa mauvaise pratique ; faire un plaidoyer auprès des autorités publiques et les partenaires pour alléger non seulement son coût mais également la procédure à suivre pour l'obtention de l'acte de naissance.

- Le WASH

Pour ce qui concerne le WASH particulièrement, accroître la fourniture de points d'approvisionnement en eau potable. Continuer la sensibilisation sur la pratique du lavage des mains avec du savon, l'utilisation des toilettes. Renforcer si possible même le dispositif de sensibilisation sur les pratiques d'assainissement, d'hygiène et de traitement d'eau et envisager dans ces Régions une distribution gratuite du savon.

- La MILDA

Continuer les efforts de sensibilisation sur les avantages de dormir sous une MILDA puisque l'étude montre que la disponibilité des moustiquaires ne garantit pas son utilisation particulièrement chez les jeunes.

- L'éveil du jeune enfant

Plus de campagne de sensibilisation des populations sur l'éveil du jeune enfant. En effet, l'étude a montré que les populations avaient un faible niveau de connaissance de cette intervention.

Sensibiliser davantage les hommes sur le rôle qu'ils ont à jouer dans leurs familles pour promouvoir l'éveil du jeune enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Barua D, Greenough B. Cholera. New York, Plenum, 1992.

Bigot A et al. Prise en charge d'une épidémie de cholera. Paris, Médecins Sans Frontières, 1995.

Burgéap, Construction des puits en Afrique Tropicale et « l'investissement humain », République Française, Ministère de la Coopération, 1974.

Cameroun, G. d. (2011). Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations en Matière de Vaccination au Cameroun (CAP) . Yaounde: Government du Cameroun.

Delmas G, Courvalet M. Technicien sanitaire en situation précaire. Paris, Médecins Sans Frontières, 1994.

Flambées de choléra : Evaluation des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation. Organisation Mondiale de la Santé, 2006.

Guide pour la lutte contre le choléra. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1993.

Guide général de préparation de la réponse WASH aux urgences. UNICEF WCARO, déc.2009.

Guivart E et al. Déterminants du choléra à Douala. In Médecine Tropicale, 2006 ; 66 :283-291

Janny T. Epidémie de choléra en Afrique : Analyse d'une étiologie multifactorielle. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004.

Jean Pierre Olivier de Sardan, in "Introduction", Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Editions KARTHALA, 1995.

Mary Douglas, De la souillure, Ed. Minit, Paris. P. 138.

McCall, E. (2011). Communication for Development: Strengthening the effectiveness of the United Nations. New York: UNDP.

Piarroux R. Le choléra : épidémiologie et transmission. Expérience tirée de plusieurs interventions humanitaires réalisées en Afrique, dans l'Océan indien et en Amérique Centrale. Journée en hommage au MG Lapeyssonne, Le Pharo, Marseille, 20 mars 2002.

Sudre B, Bompangue D. Epidémiologie du choléra et Evaluation du Système d'Alerte Précoce en République de Guinée. Rapport de mission. UNICEF, Novembre 2009.

Systèmes d'eau salubre pour le monde en développement : manuel pour la mise en œuvre de projets de traitement et d'emmagasinage de l'eau à domicile. Atlanta, GA, Centers for disease Control and Prevention, 2002.

<http://WWW.unicef.org/french/wash/index.htmlq=printme>

<http://WWW.actioncontrelafaim.org/domains/eau-assainissement>

WHO. (2008). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys.2008. Geneva: WHO/HTM/STB/2008.46.

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE MENAGE

REPUBLIQUE DUCAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work – Fatherland

Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

**Pour chaque enfant
Santé, Education, Egalité
FAISONS AVANCER
L'HUMANITE**

**EVALUATION RAPIDE SUR LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES
DANS LES REGIONS DE L'EXTREME NORD ET DU NORD AU CAMEROUN**

QUESTIONNAIRE MENAGE

NB : En application de la loi N° 91/023 du 16 Décembre 1991 portant sur l'obligation du secret en matière statistique, les informations collectées dans le cadre de cette enquête resteront confidentielles.

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETEUR, DU QUESTIONNAIRE ET DU LIEU D'ENQUETE						
S01Q1	Nom de l'Enquêteur _____					/__/_/
S01Q2	Date : _____					/__/_/__/__/_/
S01Q3	Région de l'Enquête 1. Extrême-Nord. 2. Nord					/__/_/
S01Q4	District de Santé de : _____					/__/_/
S01Q5	Aire de Santé de: _____					/__/_/
S01Q6	N° Questionnaire dans la grappe					/__/_/
S01Q7	N° Questionnaire ménage					/__/_/__/__/_/
SECTION 2 : ELIGIBILITE DES MEMBRES DU MENAGE						
S02Q1	Nom	Age	Sexe	Lien de parenté avec le chef de ménage ⁵ .	Eligibilité	
		/__/_/	1. M 2. F	/__/_/	1. Oui 2. Non	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
		/__/_/	/__/_/	/__/_/	/__/_/	
SECTION 3 : CARACTERISTIQUES DU MENAGE ET DE L'HABITAT						
S03Q1	Principal mode d'éclairage : 1. AES/SONEL 2. Groupe électrogène 3. Energie solaire 4. Lampe à pétrole/ à éda 5.Lampe à Gaz 6. Bougie 7. autre (à préciser) _____.					/__/_/
S03Q2	Médias d'information fonctionnels : Poste radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Journaux /presses <input type="checkbox"/> Bouche à oreille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____					
S03Q3	Principal mode d'énergie pour la cuisson : 1. Bois de chauffage /Charbon/ les deux 2. Gaz 3. Pétrole 4. Autre (à préciser) _____					/__/_/
S03Q4	Principal mode de conservation des aliments : 1. Réfrigérateur/congélateur 2.Réchauffage 3.Aucun 4. Autre à préciser _____					/__/_/
S03Q5	Matériaux du sol : 1. Ciment 2.Carreaux 3.Bois 4.Terre 5. Autre à préciser _____					/__/_/

⁵ 1= Chef de ménage ; 2=Epouse du chef de ménage ; 3= Fille/Fils du chef de ménage 4=Parente du Chef de ménage ou de son conjoint ; 5= Belle-fille du chef de ménage ; 6=Sans lien de parenté ; 9=Autre

S03Q6	Matériaux du mur <i>1. Béton/Parpaing/Briques cuites 2. Pierre de taille 3. Planche 4. Carbot 5. Terre/brique simple 6. Pise/Terre battue 7. Nattes/Chaume/Feuille 8. Autre à préciser _____</i>	/__/
S03Q7	Matériaux du toit : <i>1. Ciment 2. Tôle/Tuile 3. Nattes/Chaumes/Feuilles 4. Terre 5. Autre à préciser _____</i>	/__/
S03Q8	Type de toilette : <i>1. Modernes 2. Traditionnelles</i>	/__/
S03Q9	Nombre de moustiquaires dans le ménage.	/__/
S03Q10	Nombre de doses de VAT reçu par la femme en âge de procréer dans le ménage.	/__/

Merci pour votre bonne collaboration.

RESULTAT DE LA COLLECTE.	
Quantitatif : <i>1. Questionnaire complet (toutes les questions sont renseignées) 2. Questionnaire incomplet (une ou plusieurs questions sont non renseignées).</i>	/__/
Raison de non réponse : <i>1. Refus catégorique 2. Incapacité.</i>	/__/
Qualitatif : <i>1. Très bonne 2. Bonne 3. Passable 4. Mauvais 5. Très mauvais.</i>	/__/
INFORMATIONS SUR LA SAISIE	
Contrôleur de saisie _____	/__/
Agent de saisie _____	/__/
Date de saisie _____	/__/__/__/__/__/

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

REPUBLIQUE DUCAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work – Fatherland

Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Pour chaque enfant
Santé, Education, Egalité
**FAISONS AVANCER
L'HUMANITE**

**EVALUATION RAPIDE SUR LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES
DANS LES REGIONS DE L'EXTREME NORD ET DU NORD AU CAMEROUN**

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

NB : En application de la loi N° 91/023 du 16 Décembre 1991 portant sur l'obligation du secret en matière statistique, les informations collectées dans le cadre de cette enquête resteront confidentielles.

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETEUR, DU QUESTIONNAIRE ET DU LIEU D'ENQUETE

S01Q1	Nom de l'Enquêteur _____	/__/_/
--------------	--------------------------	--------

S01Q2	Date : _____	/__/_/__/__/_/
S01Q3	Région de l'Enquête <i>1. Extrême-Nord. 2. Nord</i>	/__/_/
S01Q4	District de Santé de : _____	/__/_/
S01Q5	Aire de Santé de: _____	/__/_/
S01Q6	N° Questionnaire dans la grappe	/__/_/
S01Q7	N° Questionnaire ménage	/__/_/__/__/_/
S01Q7	N° d'ordre e la personne dans le ménage	/__/_/
SECTION 2 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE		
S02Q1	Nom : _____	
S02Q2	Sexe : <i>1. Masculin 2. Féminin.</i>	/__/_/
S02Q3	Age (en années révolues): _____	/__/_/
S02Q4	Niveau d'instruction : <i>1. Sans niveau 2-Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur.</i>	/__/_/
S02Q5	Statut matrimonial : <i>1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Veuf (ve) 4. Divorcé(e) 5. Séparé(e) 6. Concubinage / Union libre.</i>	/__/_/
S02Q6	Religion : <i>1. Catholique 2. Protestant 3. Autres chrétiens 4. Islam 5. Animisme 6. Aucune 7- Autre à préciser_____</i>	/__/_/
S02Q7	Statut socioprofessionnel de l'enquêté: <i>1-Salarié 2- Employeur 3- Etudiant 4- Elève 5-Sans emploi 6-retraité 7- Agriculteur 8 Ménagère 9- Autre à préciser_____</i>	/__/_/
SECTION 3 : CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PRATIQUES FAMILIALES ESENTIELLES		
Accès à l'eau et à l'assainissement		
S03Q1	Avez-vous l'habitude d'aller puiser l'eau de boisson ? <i>1. oui 2. Non</i>	/__/_/
S03Q2	Quels ustensiles utilisez-vous pour le faire ? <i>1. Seaux/bassines en plastique découverts 2.Seaux/bassines en plastique couverts 3. Seaux/bassines en métal découverts 4. Seaux/bassines en métal couverts 5. Bidons plastiques sans bouchons 6. Bidons plastiques avec bouchons 7. Bidons en métal sans bouchons 8. Bidons en métal avec bouchons 9.canaris 10. Pot en argile découvert 11. Pot en argile couvert 12 Autre à préciser_____</i>	/__/_/
S03Q3	Sources d'eau de boisson <i>1. Rivière <input type="checkbox"/> 2. Source aménagée <input type="checkbox"/> 3. Source non aménagée <input type="checkbox"/> 4. Branchement CAMWATER <input type="checkbox"/> 5. Puits cuvelés sans pompe <input type="checkbox"/> 6. Puits cuvelés avec pompe <input type="checkbox"/> 7. Puits simple <input type="checkbox"/> 8. Forage <input type="checkbox"/> 9.Borne fontaine publique. <input type="checkbox"/> 10. Eau minérale. <input type="checkbox"/> 11. Pluie <input type="checkbox"/> 12. Réseau communaux <input type="checkbox"/> 13. Autre à préciser(QCM)</i>	
S03Q4	Avez-vous l'habitude de potabiliser votre eau de boisson ? <i>1. oui 2. Non</i>	/__/_/
S03Q5	Si Oui, quels modes de traitements utilisez-vous ? <i>1. Chloration <input type="checkbox"/> 2.Filtrage <input type="checkbox"/> 3.Ebullition <input type="checkbox"/> 4.SODIS <input type="checkbox"/> 5.Charbon <input type="checkbox"/> 6.Sable <input type="checkbox"/></i>	

S03Q6	Par quels canaux avez-vous reçu ces informations ? 1. Radio <input type="checkbox"/> 2. Télévision <input type="checkbox"/> 3. journal <input type="checkbox"/> 4. Affiches ou banderoles <input type="checkbox"/> 5. Véhicule sonorise <input type="checkbox"/>	
Type de toilette		
S03Q7	Avez-vous l'habitude d'utiliser les latrines ? 1. oui 2. Non	/ __/
S03Q8	A l'aide de quoi principalement vous nettoyez vous après avoir fini de faire les selles ? 1. Papier Hygiénique 2. Feuilles mortes de bananier 3. Papier journal/cahier 4. Eau mains nues 5. vieux tissus 6. Herbes 7. Autre à préciser- _____	/ __/
Gestion des ordures/déchets		
S03Q9	Avez-vous l'habitude de vider la poubelle ? 1. oui 2. Non	/ __/
Hygiène corporelle		
S03Q10	Combien de fois vous lavez-vous par semaine ? _____ fois/semaine	/ __/
Hygiène de l'habitat		
S03Q11	Combien de fois balayez-vous votre maison ? _____ fois/semaine	/ __/
S03Q12	Comment le faites-vous ? 1. balai traditionnel 2. balai à manche 3. serpillère 4. seau d'eau plus savon 5. Serpillère, eau plus savon 6. raclette 7. Autre _____	
L'accès aux soins de santé		
S03Q13	Quel est le principal moyen que vous utilisez pour vous rendre à la formation sanitaire ? 1. pieds 2. Vélo/bicyclette 3. Motocyclette 4. Voiture 5. Ane 6. Autre ----- -	/ __/
S03Q14	La dernière fois que vous avez utilisé ce service, étiez-vous satisfait des prestations offertes ? 1. Oui 2. Non 3. Indifférent	/ __/
S03Q15	Quelle est la principale raison de cette insatisfaction ? 1. Trop cher 2. Trop éloigné 3. Mauvaise qualité de service 4. File d'attente 5. Monnayage des services 6. Manque d'équipement 7. Discontinuité dans le service 8. Rupture de stock 9. Autre -- -----	/ __/
S03Q16	Comment faites-vous pour avoir recours à un médicament ? 1. A l'issue d'une consultation moderne 2. A l'issue d'une consultation traditionnelle 3. Automédication 4. Autre -----	/ __/
S03Q17	Quel est votre principale source d'approvisionnement en médicaments ? 1. Hôpital/centre de santé 2. Pharmacie privée 3. Pharmacie communautaire 4. Pharmacie de rue 5. Vendeur ambulant 6. Boutique 7. Tradi-praticien 8. Campagne de sensibilisation 9. Autre -----	/ __/
S03Q18	Disposez-vous dans le ménage d'une boîte à pharmacie ? 1. oui 2. Non	/ __/
Informations sur la santé		
S03Q19	Par quels canaux obtenez-vous les informations sur la santé ? 1. Radio <input type="checkbox"/> 2. Télévision <input type="checkbox"/> 3. journal <input type="checkbox"/> 4. Affiches ou banderoles <input type="checkbox"/> 5. Véhicule sonorise <input type="checkbox"/> (QCM) 6. Autre _____	
S03Q20	D'après vous, quelles sont les causes principales des maladies suivantes :	

	<ul style="list-style-type: none"> 5. La nourriture de la famille 6. Dates, miel 7. Ne sais pas/pas de réponse 8. Autre 	/__/
S03Q31	<p>S'il n'a pas encore commencé à manger en dehors du lait maternel, pourquoi n'a-t-il pas encore commencé à manger de la nourriture ?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. On ne me l'a pas suggéré 2. Nous n'avons pas de nourriture/pas d'argent 3. C'est notre coutume 4. Je ne lui ai pas donné 5. Il refuse 6. Ne sais pas/pas de réponse 7. Autre 	/__/
MALNUTRITION (Réservé uniquement aux femmes ayant un enfant dont l'âge est compris entre 06 à 24 mois)		
S03Q32	Combien de repas par jour donnez-vous à votre enfant ?	/__/
S03Q33	Qu'est-ce que vous lui avez donné hier ?	/__/
S03Q34	Quel est le plat préféré que vous préparez à votre enfant ?	/__/
S03Q35	Quel est le plat habituel que vous donnez à votre enfant ?	/__/
S03Q36	<p>Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir la cécité nocturne ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	/__/
S03Q37	<p>Si oui, Quelle est la cause, selon vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Manque de la vitamine A 2. Pas assez manger du foie, mangues, 3. Courge jaune, carotte, feuilles vertes 4. C'est normal (surtout pendant la 5. Grossesse) 6. Ne sait pas /ne répond pas 7. Autre 	/__/
S03Q38	<p>Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir l'anémie (manque de sang) ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	/__/
S03Q39	<p>Si oui, quels sont les signes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. faiblesse, 2. vertiges, 3. pâleur 4. Autre à préciser 	/__/
S03Q40	<p>Quelles sont les causes?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Trop de travail 2. La grossesse 3. Ne mange pas assez (ou assez bien) 4. Ne mange pas assez de viande, poisson, foie, haricots) 5. Le Paludisme 6. Des Vers 7. Ne sait pas /ne répond pas 8. Autre à préciser 	/__/
S03Q41	<p>Votre enfant a-t-il déjà eu l'anémie (manque de sang) ?</p> <p>1. Oui 2. Non</p>	/__/
S03Q42	Si oui, que lui avez-vous donné pour remédier à cette situation?	/__/
L'utilisation des moustiquaires imprégnées		
S03Q43	Disposez-vous d'une MILDA ? <i>1. oui 2. Non</i>	/__/
S03Q44	Avez-vous dormi sous une moustiquaire hier ? <i>1. oui 2. Non</i>	/__/
S03Q45	A quelle fréquence dormez-vous sous une MILDA ? <i>1. tous les jours</i>	/__/

	2. De temps en temps, 3. Rarement 4. pas du tout	
S03Q46	Pourquoi ? (si pas tous les jours)	/__/_/
Prise en charge de la diarrhée à domicile – utilisation de TRO/SRO		
S03Q47	Comment reconnaissez-vous que votre jeune enfant a la diarrhée ? 1. Plus de trois selles liquides par jour 2. Autre 3. Ne sais pas/pas de réponse	
S03Q48	Quelle est d'après vous la principale cause de la diarrhée ? 1. La qualité de l'eau <input type="checkbox"/> 2. L'alimentation <input type="checkbox"/> 3. Une infection <input type="checkbox"/> 4. la saleté <input type="checkbox"/> 5. Les mains sales <input type="checkbox"/> 6. l'absence de latrines <input type="checkbox"/> 7. La poussée dentaire <input type="checkbox"/> 8. Autre _____ 9. NSP	/__/_/
S03Q49	Que donnez vous à votre enfant lorsqu'il est atteint de diarrhée ? 1. SRO sachet 2. Traitement/guérisseur traditionnel 3. Médicaments 4. Aller au centre de santé 5. Ca ne me concerne pas 6. Ne sais pas/pas de réponse 7. Autre	
S03Q50	Si médicaments, lesquels ? (Les nommer)	/__/_/
S03Q51	Par quel canal avez-vous reçu les informations sur le traitement de la diarrhée? 1. Ecole 2. Travail 3. Les groupes sociaux 4. Associations 5. Marchés 6. Les églises et mosquées 7. les Radios 8. les affiches 9. Autre _____ (à préciser)	/__/_/
Lavage des mains avec de l'eau et du savon		
S03Q52	A quels moments vous lavez-vous les mains ? 1. Du retour des toilettes <input type="checkbox"/> ; 2. Avant les repas <input type="checkbox"/> ; 3. Du retour du travail <input type="checkbox"/> ; 4. Du retour de l'école <input type="checkbox"/> ; 5. Autre (à préciser)	
S03Q53	Quelles sont les étapes du lavage des mains ?	
S03Q54	Avec quoi lavez-vous les mains ? 1. eau simple 2. eau plus savon 3. eau plus autre désinfectant 4. eau plus cendre 5. autre _____	/__/_/
S03Q55	A quelle fréquence vous lavez-vous les mains? 1. Toujours ; 2. Souvent ; 3. Assez souvent	/__/_/
S03Q56	Quels sont selon vous, les moments où vous lavez les mains ?	/__/_/
Accès et participation à CPN/PTME (uniquement aux femmes ayant déjà accouché)		
S03Q57	Combien de CPN avez-vous effectué lors de votre dernier accouchement ?	/__/_/
S03Q58	Avez-vous effectué le test du VIH/SIDA lors de votre dernière grossesse ? 1. oui 2. Non	/__/_/
S03Q59	Si Non pourquoi ?	
S03Q60	Où est-ce que votre dernier enfant est-il né? 1. l'hôpital 2. Dans un centre de santé local 3. Dans le village 4. assisté par un professionnel de la santé 5. assisté par un guérisseur traditionnel 6. Dans le village 7. assisté par une « tante » 8. NSP	/__/_/
Enregistrement des naissances		
S03Q61	Votre dernier enfant a-t-il un acte de naissance ? 1. oui 2. Non	/__/_/

S03Q62	Si Non pourquoi ?	
Vaccination Plus / Expanded Program on Immunization (EPI)		
S03Q63	Les vaccins de votre dernier enfant de 0 à 5 ans sont-ils à jour? 1. oui 2. Non	/__/
S03Q64	Si Non, Pourquoi ?	
S03Q65	Avez-vous reçu le vaccin contre le tétanos? 1. oui 2. Non	/__/
S03Q66	Si oui, combien de doses avez-vous déjà reçues ? a) 2 doses b) 03 doses c) 04 à 05 doses	/__/
S03Q67	Si non, pourquoi ?	/__/

Merci pour votre collaboration.

RESULTAT DE LA COLLECTE.	
Quantitatif : 1. Questionnaire complet (toutes les questions sont renseignées) 2. Questionnaire incomplet (une ou plusieurs questions sont non renseignées).	/__/
Raison de non réponse : 1. Refus catégorique 2. Incapacité.	/__/
Qualitatif : 1. Très bonne 2. Bonne 3. Passable 4. Mauvais 5. Très mauvais.	/__/
INFORMATIONS SUR LA SAISIE	
Contrôleur de saisie _____	/__/
Agent de saisie _____	/__/
Date de saisie _____	/__/__/__/__/__/

ANNEXE 3 : GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE

Focus Group PERES d'enfants Ages de 0 A 2 ans

Date : /___/___/___/___/2012

Heure du Début:

Heure de la Fin.....

SALUTATIONS USUELLES PRESENTATION DE L'EQUIPE

Nous travaillons sur une étude qui porte sur l'évaluation rapide des pratiques familiales essentielles dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord Cameroun. Vous avez été choisi pour participer à cette étude. Nous voudrions nous entretenir avec vous sur des questions liées à votre niveau de connaissance sur les pratiques familiales essentielles et les pratiques que vous observez dans votre communauté. Votre participation à la discussion est très importante si vous êtes disposés à vous impliquer. Toutes les informations recueillies seront utilisées sans mentionner vos noms et gardées confidentielles au sein de l'équipe de recherche.

PRESENTATION des membres du groupe

PREALABLES

- *Salutations, politesses. Se présenter.*
- *Expliquer le rôle de chacun des enquêteurs.*
- *Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi (pour corriger éventuellement les prises de notes)*
- *Expliquer que l'anonymat sera requis dans le traitement des informations*
- *Expliquer que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme dans cette communauté.*
- *Toutes les idées sont les bienvenues autrement dit il n'y a ni de bonnes réponses ni de mauvaises réponses car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

Items à aborder

1. Allaitement maternel exclusif Jusqu'à 6 mois

- Lieux d'accouchement majoritaire des femmes dans la localité?
- Pourquoi ?
- Aide à l'accouchement ? Raisons?
- La mise au sein (Comment) ? Qui décide ?
- Gestion du premier lait (lait jaunâtre) ? quelles perceptions autour ?
- Fréquence journalière de l'allaitement de l'enfant ?
- L'âge de l'allaitement maternel exclusif? raisons ?
- Problèmes liés à l'allaitement au cours des premiers jours de la naissance? Lesquels ? Actions menées? Pourquoi ?
- Age d'introduction des autres aliments en dehors du lait maternel dans l'alimentation du nouveau né ?
- Raisons justifiant cette introduction des autres aliments
- Mots clés

2. Quelles sont les responsabilités du mari en ce qui concerne :

- L'alimentation de la femme pendant la grossesse?
- Après l'accouchement
- L'alimentation du nouveau bébé ?
- Quels sont les plats susceptibles de lutter contre la malnutrition que vous proposez aux femmes enceintes et aux enfants ?
- Est-ce qu'il y a des problèmes à suivre ses conseils ? Expliquer les raisons de ces réticences?

4. Selon votre expérience quels sont les grands problèmes qui peuvent arriver à la mère ? Que faites vous? Pourquoi ?

- Pendant la grossesse,

- Au cours du travail
- Juste après l'accouchement ?

A. D'abord du nouveau né :

- Selon votre expérience quelle est la meilleure alimentation d'un nouveau né ?
- Dans quelles circonstances est-ce que le mari intervient ? Expliquez ?
- Si la femme n'a pas assez de lait ou l'enfant ne peut pas téter, que faites vous ?

B. Puis de l'enfant âgé de plus de six mois?

- Qu'est-ce que vous faites pour s'assurer que l'enfant est en bonne santé ?
- Dans quelles circonstances est-ce que le mari intervient ?
- Comment ? Pourquoi ?

7. La Gestion des épisodes morbides de la diarrhée.

- A votre connaissance quelle est la cause des diarrhéiques chez les enfants ?
- Quel est le meilleur traitement pour la diarrhée ?

8. Intervenez-vous par rapport à :

- L'hygiène des aliments, Raisons
- La propreté des enfants, raisons
- La propreté de la cour, raisons
- Lavage des mains, Raisons
- Obstacles à l'utilisation des services de santé,
- au non respect du calendrier vaccinal par les femmes
- à l'abandon de la vaccination
- à la faible fréquentation des services de SR par les femmes

9. Informations sur la santé

- Lieux
- La manière
- La fréquence
- Le canal à utiliser
- Les moments de la journée à utiliser pour passer les infos sur la santé
- Mots clés

1. Les pratiques à adopter pour vulgariser les PFE.

11. Propositions à faire pour la promotion des PFE

12. Plan de communication sur les PFE

- Les attentes en vue de l'élaboration d'un plan de communication pour l'adoption des PFE.
- Les mots clés ou mots véhicules qu'il faudrait utiliser pour que le plan de communication sur les PFE soit efficace ?

13. Utilisation de moustiquaires imprégnées

- Fréquence de l'utilisation de la MILDA
- Importance perçue de l'utilisation de la MILDA
- Raisons de la non utilisation systématique de la MILDA
- Barrières culturelles susceptibles d'entraver l'utilisation de la MILDA

Identification des membres du group

1. N° d'ordre
2. Sites
3. Age
4. Sexe
5. Situation Matrimoniale
6. Niveau d'instruction
7. Profession
8. Nombre de personnes à charge

ANNEXE 4: GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE

Focus Group mères d'enfants Ages de 0 A 2 ans

Date : /___/___/ ___/___/2012
Heure du Début:
Heure de la Fin.....

SALUTATIONS USUELLES

PRESENTATION DE L'EQUIPE

Nous travaillons sur une étude qui porte sur l'évaluation rapide des pratiques familiales essentielles dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord Cameroun. Vous avez été choisi pour participer à cette étude. Nous voudrions nous entretenir avec vous sur des questions liées à votre niveau de connaissance sur les pratiques familiales essentielles que vous observez dans votre communauté. Votre participation à la discussion est très importante si vous êtes disposés à vous impliquer. Toutes les informations recueillies seront utilisées sans mentionner vos noms et gardées confidentielles au sein de l'équipe de recherche. **PRESENTATION des membres du groupe.**

PREALABLES

- *Salutations, politesses. Se présenter.*
- *Expliquer le rôle de chacun des enquêteurs.*
- *Demander la permission pour enregistrer la discussion et préciser pourquoi (pour corriger éventuellement les prises de notes)*
- *Expliquer que l'anonymat sera requis dans le traitement des informations*
- *Expliquer que ces questions sont nécessaires à une meilleure compréhension de la situation sanitaire des enfants et de la femme dans cette communauté.*
- *Toutes les idées sont les bienvenues autrement dit il n'y a ni de bonnes réponses ni de mauvaises réponses car on souhaite comprendre l'expérience de tout le monde.*

I- Items à aborder

3. Allaitement maternel jusqu'à 6 mois

- a. Lieux d'accouchement majoritaire des femmes dans la localité?
- b. Pourquoi ?
- c. Aide à l'accouchement ? Raisons?
- d. La mise au sein (Comment) ?
- e. Qui décide ?
- f. Gestion du premier lait (lait jaunâtre)
- g. Fréquence de l'allaitement de l'enfant et moyens de substitution pour gérer la carence en lait?
- h. L'âge de l'allaitement au sein (allaitement maternel exclusif) ? raisons ?

- i. Problèmes liés à l'allaitement au cours des premiers jours de la naissance? Lesquels ? Actions menées? Pourquoi ?
- j. Age d'introduction d'autres aliments en dehors du lait maternel dans l'alimentation du nouveau né ?
- k. Raisons justifiant cette attitude
- l. Mots clés

4. Prise en charge de la diarrhée à domicile.

- a) A votre connaissance quelle est la cause des maladies diarrhéiques chez les enfants ?
- b) Quel est le traitement (meilleur) pour la diarrhée ?
- c) Mots clés

5. CPN/PTME

- a) Obstacles à l'utilisation des services de santé et services de CPN
- b) Raisons et motivations pour les accouchements à domicile ?
- c) Les barrières liées à l'utilisation des services de santé plus spécifiquement les services de CPN ou de PTME
- d) Mots clés

6. Vaccination Plus

- a) Obstacles à l'utilisation des services de santé, plus spécifiquement ceux offrant la vaccination ;
- b) Raisons liées au non respect du calendrier vaccinal par les femmes
- c) Raisons liées au taux d'abandon de la vaccination
- d) Raisons liées à la faible demande en vaccination ou du rejet de la vaccination
- e) Mots clés

7. Enregistrement des naissances

- a. Barrières liées à l'enregistrement des naissances

8. Le Wash

- a) Les perceptions liées à L'hygiène des aliments, la propreté des enfants, la propreté de la cour et le lavage des mains.
- b) Causes/obstacles/barrières relatifs au non respect des règles édictées par le WASH
- c) **Mots clés.**

9. Utilisation de moustiquaires imprégnées

- a. Fréquence de l'utilisation de la MILDA
- b. Importance de l'utilisation de la MILDA
- c. Raisons de non utilisation systématique de la MILDA
- d. Barrières culturelles susceptibles d'entraver l'utilisation de la MILDA
- e. Mots clés

II- ATTENTES DES COMMUNAUTES

- f) Les pratiques à adopter pour vulgariser les PFE.
- g) Propositions à faire pour promouvoir les PFE

III- PLAN DE COMMUNICATION SUR LES PFE

- h) Les attentes en vue de l'élaboration d'un plan de communication pour l'adoption des PFE.
- i) Les mots clés ou mots véhicules qu'il faudrait utiliser pour que le plan de communication sur les PFE soit efficace ?

Remercier les femmes.

ANNEXE 5 : **GUIDE D'ENTRETIEN**

Thème : Evaluation Rapide des Pratiques Familiales Essentielles dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord Cameroun.

Enquêteur :

Identité de l'enquêté(e) :

Fonction :

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien : (heures, minutes) ou de -----à-----

Nous avons subdivisé le groupe d'acteurs en cinq sous-groupes suivants :

1. **Les élus locaux**
 - Maires
 - Leaders villageois
 - Présidents d'Associations

2. **Les autorités politiques**
 - Autorités Administratives
 - Leaders politiques

3. **Les Chefs religieux**
 - Curé
 - Imam
 - Pasteurs
 - Autres responsables religieux

4. **Les Chefs traditionnels**
 - Chefs de village
 - Lamido/Djaoro

5. **Les autorités sanitaires et scolaires**
 - CBS des Districts de Santé
 - Points Focaux C4D
 - Directeurs des Ecoles primaires

I. Connaissances des interviewés sur les PFE :

- a) Allaitement maternel exclusif Jusqu'à 6 mois
- b) Prise en charge de la diarrhée à domicile
- c) CPN/PTME
- d) Vaccination Plus
- e) Enregistrement des naissances
- f) Le WASH
- g) Utilisation de moustiquaires imprégnées

II. La Synergie entre les différents intervenants en matière de santé dans l'aire de santé.

- Qui sont les différents intervenants en matière de santé

- Que font-ils concrètement
- Quelles sont leurs réalisations
- Existe –t –il des conflits entre intervenants

III. Les barrières et les facteurs de soutien à l'adoption des PFE

- Nature et cause des barrières perçues (humaines, matérielles, socioculturelles, etc.)
- Nature et cause des facteurs de soutien

IV. Les suggestions en matière d'adoption des PFE

- Opportunités non encore exploitées
- Les solutions disponibles pour une eau potable et lavage des mains pour tous et en permanence

V. Les attentes en matière de PFE

VI. Propositions pour l'élaboration d'un plan de communication sur les PFE

ANNEXE 6 : GUIDE D'OBSERVATION WASH

Eau de boisson

1. Récipient de conservation de l'eau de boisson

- Seaux/bassines en plastique découvert
- Seaux/bassines en plastique couvert
- Seaux/bassines en métal découvert
- Seaux/bassines en métal couvert
- Bidons plastiques sans bouchons
- Bidons plastiques avec bouchons
- Bidons en métal sans bouchons
- Bidons en métal avec bouchons
- Canaris
- Pot en argile à découvert
- Pot en argile couvert
- Autre à préciser _____

2. Ustensile de prélèvement de l'eau de boisson

- Posé au sol
- Posé sur le couvercle
- Amovible
- Pas amovible.

3. Utilisation directe de l'ustensile

- Pour boire
- Pour remplir le verre, ou autre récipient

4. Degré de propreté de l'ustensile

- Sale
- Moyen
- Propre

5. Etat de propreté du lieu d'approvisionnement en eau de boisson

- Sale
- Moyen
- Propre

Latrines

6. Types de latrines

- Modernes
- Traditionnelles

7. Latrines traditionnelles

- Ouverte
- Fermée

8. Position par rapport à la maison d'habitation

- Devant
- Arrière
- De Côté

9. Dispositif de lave-main au sortir des latrines

- Récipient pour eau simple
- Récipient avec eau plus savon
- Rien

10. Distance estimée par rapport à l'habitat _____

11. Distance estimée par rapport au point d'eau de boisson _____

12. Assainissement

- Présence d'une poubelle dans le ménage
- Emplacement de la poubelle
- Description de la poubelle

13. Hygiène corporelle

- Etat de propreté des enfants dans le ménage
- Etat de propreté des vêtements des enfants dans le ménage

14. Hygiène de l'habitat et de l'environnement

- Etat de salubrité du sol de la maison
- L'état de propreté des alentours de la maison
- Eau stagnante
- Existence des touffes d'herbes