

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2018

Indicateurs Clés

Institut National de la Statistique

Ministère de la Santé Publique
Yaoundé, Cameroun

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Mai 2019



Ce rapport présente les résultats clés de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC-V) réalisée sur le terrain du 16 juin 2018 au 19 janvier 2019, par l'Institut National de la Statistique (INS), en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'enquête a été financée par le Gouvernement camerounais, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Fonds Mondial à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération. Parmi elles figurent le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour l'analyse des prélèvements sanguins afin d'estimer la prévalence du VIH, et le Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) pour le contrôle de qualité externe des tests du VIH. ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du Programme Mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé, The DHS Program, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un soutien et une assistance technique aux pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDSC-V, contacter l'Institut National de la Statistique (INS), BP 134, Yaoundé, Cameroun ; téléphone : +(237) 2 22 22 04 45 ; fax : +(237) 2 22 23 24 37 ; internet : www.statistics-cameroon.org.

Pour obtenir des informations sur le Programme DHS, contactez ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : info@DHSprogram.com ; internet : www.DHSprogram.com.

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INS), et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Indicateurs Clés*. Yaoundé, Cameroun, et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	v
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	vii
CARTE DU CAMEROUN	viii
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 ÉCHANTILLONNAGE.....	2
2.2 QUESTIONNAIRES.....	2
2.3 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine, anthropométrie, tests d'anémie, du paludisme et du VIH.....	4
2.3.1 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine	4
2.3.2 Mesures anthropométriques	4
2.3.3 Test d'anémie.....	4
2.3.4 Test du paludisme	5
2.3.5 Test du VIH	5
2.4 Formation et collecte des données.....	8
2.5 Traitement des données	9
3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	11
3.1 Couverture de l'échantillon	11
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	11
3.3 Fécondité	13
3.3.1 Niveau de fécondité	13
3.3.2 Tendance de la fécondité	14
3.3.3 Fécondité des adolescentes	14
3.3.4 Désir d'avoir des enfants (supplémentaires).....	16
3.4 Contraception	16
3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception.....	16
3.4.2 Besoins en matière de planification familiale	19
3.5 Mortalité des enfants	21
3.6 Santé de la reproduction	22
3.6.1 Soins prénatals	22
3.6.2 Vaccination antitétanique.....	23
3.6.3 Accouchement	24
3.6.4 Tendance des soins prénatals et des conditions d'accouchement	25
3.6.5 Soins postnatals de la mère.....	25
3.7 Santé des enfants	26
3.7.1 Vaccination des enfants	26
3.7.2 Traitement des maladies de l'enfance.....	29
3.7.3 État nutritionnel des enfants.....	30
3.7.4 Allaitement et alimentation de complément	34
3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	36
3.8 Paludisme	39
3.8.1 Accès à une MII dans le ménage	39
3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes	40
3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse	42
3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants	43
3.8.5 Prévalence du paludisme chez les enfants	44

3.9	Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis du VIH.....	45
3.9.1	Connaissance du VIH	45
3.9.2	Connaissance du VIH parmi les jeunes.....	46
3.9.3	Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom.....	48
3.9.4	Couverture du VIH antérieur à l'enquête.....	52
3.10	Prévalence du VIH	55
3.10.1	Taux de couverture du test du VIH.....	55
3.10.2	Prévalence du VIH par âge et par sexe	58
3.10.3	Tendances de la prévalence du VIH	59
3.10.4	Variation de la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques	59
RÉFÉRENCES.....		61

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

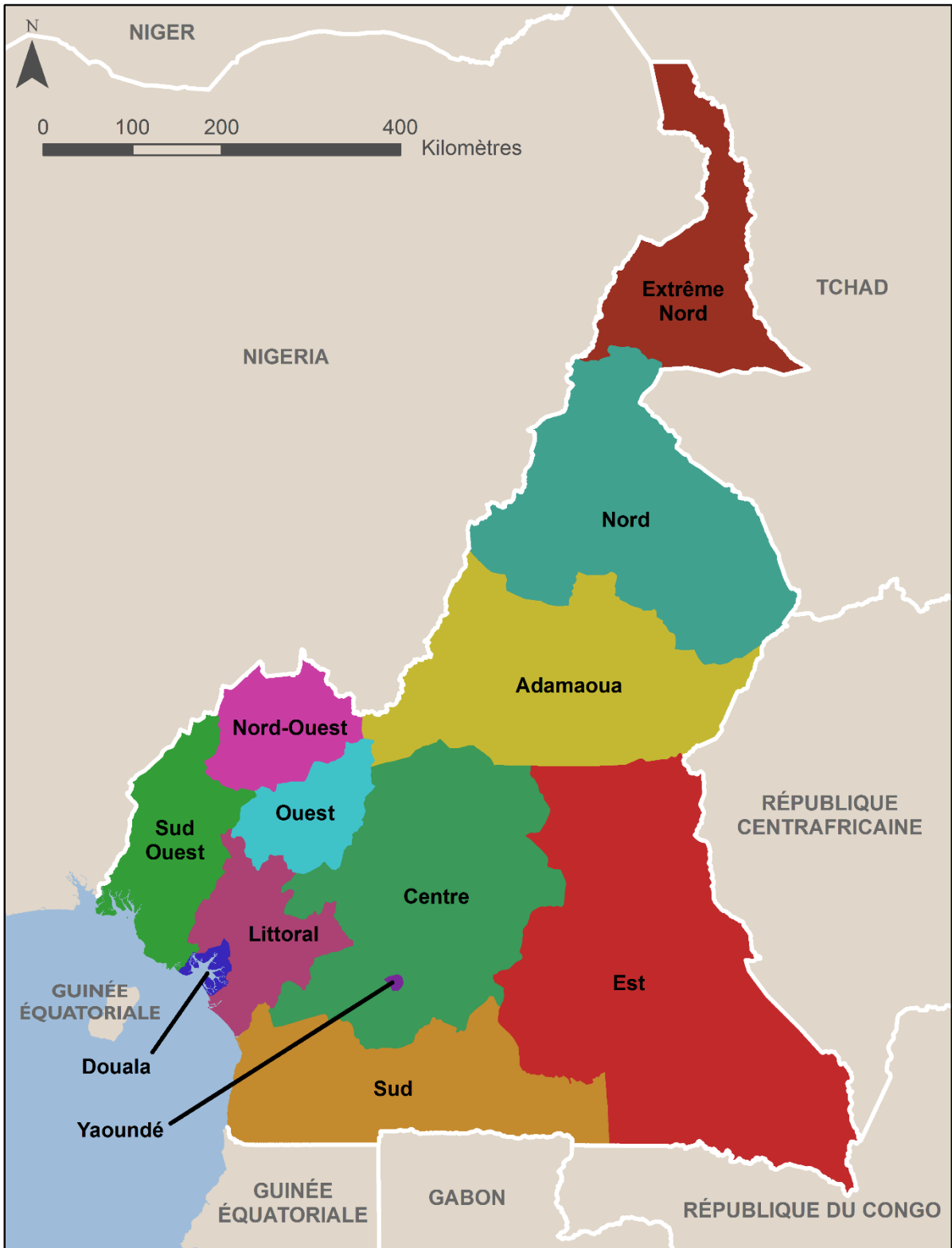
2	MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
	Graphique 1.1 Algorithme du test de VIH chez les femmes et les hommes de 15-64 ans	7
	Graphique 1.2 Algorithme du test rapide de VIH à la maison chez les femmes et les hommes de 15-64 ans	8
3	RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	11
	Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles.....	11
	Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	12
	Tableau 3 Fécondité actuelle	14
	Tableau 4 Fécondité des adolescentes	15
	Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	16
	Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques.....	18
	Tableau 7 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives.....	20
	Tableau 8 Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	21
	Tableau 9 Indicateurs de santé maternelle	24
	Tableau 10 Vaccinations par caractéristique sociodémographique	28
	Tableau 11 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	29
	Tableau 12 Etat nutritionnel des enfants.....	32
	Tableau 13 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	34
	Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants	36
	Tableau 15 Prévalence de l'anémie chez les femmes	37
	Tableau 16 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages	40
	Tableau 17 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes.....	41
	Tableau 18 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse	43
	Tableau 19 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants	44
	Tableau 20 Prévalence du paludisme chez les enfants	45
	Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	46
	Tableau 22 Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes.....	47
	Tableau 23.1 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme	49
	Tableau 23.2 Partenaires sexuelles multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme	51
	Tableau 24.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme	53
	Tableau 24.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme	54
	Tableau 25 Couverture du test du VIH par milieu de résidence et région.....	56
	Tableau 26 Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	57
	Tableau 27 Prévalence du VIH par âge	58
	Tableau 28 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques	60
	Graphique 2 Tendances de la fécondité par milieu de résidence	14
	Graphique 3 Tendances de la demande en matière de planification familiale.....	19
	Graphique 4 Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	22
	Graphique 5 Tendances des soins de santé maternelle	25

Graphique 6	État nutritionnel des enfants par âge	31
Graphique 7	Apport alimentaire minimum acceptable	35
Graphique 8	Accès à une MII	42
Graphique 9	Prévalence du VIH par âge	58
Graphique 10	Tendances de la prévalence du VIH	59

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AA	Artesunate-Amodiaquine
ANJE	Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin
CAPI	Computer-Assisted Personal Interviewing
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIRCB	Centre International de Référence Chantal Biya
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CSPPro	Census and Survey Processing System
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DBS	Dried Blood Spot
DHS	Demographic Health Survey
DIU	Dispositif Intra Utérin
DTC	Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ET	Unités d'écart-type
g/dl	Gramme par décilitre
HepB	Vaccin contre l'Hépatite B
Hib	Haemophilus Influenzae type B
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection respiratoire aiguë
ISF	Indice synthétique de fécondité
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MJF	Méthode des jours fixes
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCV	Vaccin Contre le Pneumocoque
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCE	Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
SESRIC	Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les pays Islamiques
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Test de diagnostic rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UPS	Unités primaires de sondage
USAID	Agence des États – Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Vaccin contre la Polio Inactivé
ZD	Zones de dénombrement

CAMEROUN



1 INTRODUCTION

La cinquième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC-V) fait partie des opérations d'envergure nationale retenues dans le cadre de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS). La SNDS est un dispositif statistique dont s'est doté le Gouvernement afin de disposer de manière pertinente des informations fiables et de qualité permettant le suivi et l'évaluation des politiques, des programmes et des engagements nationaux et internationaux auxquels le pays a souscrit. L'EDSC-V fournit des éléments pertinents de réponse à la demande d'informations toujours grandissante des utilisateurs. Les indicateurs obtenus à partir de l'EDSC-V pourront servir d'une part à l'affinement des évaluations finales de certains OMD et contribuer à l'évaluation de la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (SCE) du Cameroun, et d'autre part, ils pourront être utilisés comme des référentiels pour certains ODD, pour certains objectifs inscrits dans l'Agenda 2063 de l'Union africaine, et pour la 2^{ème} phase du cadre global de planification tel que préconisé dans la Vision 2035 du Cameroun.

Initiée par le Gouvernement camerounais, l'EDSC-V a été réalisée sur le terrain du 16 juin 2018 au 19 janvier 2019, par l'Institut National de la Statistique, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération. Parmi elles, figurent le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour l'analyse des prélèvements sanguins afin d'estimer la prévalence du VIH, et le Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) pour le contrôle de qualité externe des tests du VIH. ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du Programme Mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé, The DHS Program, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un soutien et une assistance technique aux pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

L'enquête a été financée par le Gouvernement camerounais, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Fonds Mondial à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). En outre, le Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les pays Islamiques (SESRIC) a contribué pour le module sur le tabagisme.

L'EDSC-V fournit principalement des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, l'EDSC-V a permis de collecter des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation des moustiquaires, l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant, etc. En outre, elle a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme et du VIH.

Ce rapport présente plusieurs indicateurs clés calculés à partir des données collectées. Il a été élaboré pour fournir aux décideurs et aux prestataires de services, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs les plus importants. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Les résultats présentés dans ce rapport sont suffisamment robustes. Des précautions techniques ont été prises pour qu'ils ne soient pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final. Le rapport final traitera de l'ensemble des domaines couverts par l'enquête et comportera une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 ÉCHANTILLONNAGE

L'EDSC-V vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. Un échantillon national de 13 160 ménages (6 860 ménages dans 245 grappes en milieu urbain et 6 300 ménages dans 225 grappes en milieu rural) a été prévu pour l'enquête. L'échantillon est réparti de façon à garantir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 12 domaines d'étude suivants : Adamaoua, Centre (sans Yaoundé), Douala, Est, Extrême-Nord, Littoral (sans Douala), Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud, Sud-Ouest et Yaoundé. Dans chaque domaine d'étude (sauf les villes de Yaoundé et de Douala qui sont considérées comme n'ayant pas de partie rurale), deux strates ont été créées : la strate du milieu urbain et celle du milieu rural.

Un sondage aréolaire stratifié et à 2 degrés a été mis en œuvre. Au premier degré, 470 Zones de Dénombrement (ZD) ou grappes ont été tirées systématiquement avec une probabilité proportionnelle à leur taille en ménages, à partir de la liste des ZD issue du RGPH de 2005 et mise à jour en 2014 lors des travaux cartographiques de la quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM 4). Une opération de cartographie et de dénombrement des ménages dans les grappes tirées a été organisée sur Tablette PC du 13 décembre 2017 au 25 mars 2018 pour dresser la liste actualisée des ménages de chaque ZD devant servir de base pour le tirage au second degré. Ensuite, au second degré, on a tiré un échantillon de 28 ménages par grappe avec un tirage systématique à probabilité égale.

Dans les ménages sélectionnés, toutes les femmes âgées de 15-49 ans y vivant habituellement, ou y ayant passé la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. Des questions sur les relations dans le ménage étaient administrées à une femme de 15-49 ans choisie au hasard par ménage.

En outre, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux de l'ensemble des ménages de l'échantillon, tous les hommes de 15-64 ans de même que toutes les femmes de 50-64 ans étaient éligibles pour être enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes de 15-64 éligibles pour l'enquête étaient également éligibles pour le test du VIH. Enfin, des questions sur les relations dans le ménage étaient administrées à un homme de 15-64 ans choisi au hasard par ménage.

Dans l'autre sous-échantillon de 50 % des ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Dans ce sous-échantillon, tous les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour le test du paludisme. Enfin, dans ce même sous-échantillon de ménages, toutes les femmes de 15-49 ans ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDSC-V : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et le questionnaire biomarqueurs. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Cameroun a été faite grâce à un processus participatif d'échanges et de concertations lors de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête. Par ailleurs, avant de commencer la collecte des données de l'EDSC-V, les agents retenus à cet effet ont rempli un questionnaire de l'Agent de Terrain.

Le **questionnaire ménage**, administré au chef de ménage ou à son représentant, permet d'enregistrer tous les membres du ménage et les visiteurs qui y ont passé la nuit précédant l'enquête, avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il permet aussi d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles pour les interviews individuelles et/ou pour les tests et mesures biologiques. Ce questionnaire permet également de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source

d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession du bétail et/ou de la volaille, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et l'utilisation du sel iodé ou non pour la cuisine dans le ménage.

Le **questionnaire individuel femme** est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles. Il comprend, pour les femmes âgées de 15-49 ans, les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccination des enfants ;
- Santé de l'enfant et nutrition ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé ;
- Maladies non transmissibles ;
- Fistules obstétricales ;
- Mortalité adulte et mortalité maternelle ;
- Relations dans le ménage.

Le même questionnaire individuel femme a été utilisé pour recueillir des informations auprès des femmes de 50-64 ans. Les questions posées aux femmes de 50-64 ans concernent seulement les sections suivantes du questionnaire individuel femme : a) caractéristiques sociodémographiques, b) historique des naissances (limitée au nombre total d'enfants par sexe et à leur survie), c) mariage et activité sexuelle, d) caractéristiques du mari et travail de la femme, et e) VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles.

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire individuel femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-64 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé ;
- Maladies non transmissibles ;
- Relations dans le ménage.

Le **questionnaire biomarqueurs** a servi à enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'anémie, du paludisme et du VIH. Afin de faciliter l'enregistrement des résultats sur le terrain, ce questionnaire a été scindé en deux volets. Un volet du questionnaire qui a été utilisé dans le sous-échantillon des ménages sans enquête homme a servi à enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'anémie et du paludisme. L'autre volet a été utilisé dans le sous-échantillon des ménages avec enquête homme et a servi à enregistrer les résultats du test de diagnostic rapide du VIH sur le terrain et les informations sur les prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH au laboratoire.

Le **questionnaire de l'agent de terrain** a été rempli par les agents enquêteurs qui ont été retenus pour réaliser la collecte des données sur le terrain. Ce questionnaire permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques de base des agents de terrain (milieu de résidence, âge, sexe, état matrimonial, éducation, langues parlées), l'expérience en matière de grandes enquêtes telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). En outre, ce questionnaire permet de savoir si ces agents étaient, ou non, déjà employés par l'Institut National de la Statistique (INS).

2.3 TEST DU NIVEAU D'IODE DANS LE SEL DE CUISINE, ANTHROPOMÉTRIE, TESTS D'ANÉMIE, DU PALUDISME ET DU VIH

Au cours de la collecte de données sur le terrain, les agents enquêteurs devaient, en plus de conduire l'interview dans les ménages, procéder au test de la présence et du niveau d'iode dans le sel de cuisine utilisé dans le ménage ; les agents de santé de l'équipe de collecte devaient quant à eux effectuer les mesures anthropométriques et les tests biologiques d'anémie, de paludisme et du VIH sur les personnes éligibles.

2.3.1 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine

Pendant la collecte des données, dans chaque ménage visité, les enquêteurs ont testé le sel utilisé pour la cuisine. Ce test rapide permet de déterminer sur place la teneur en iode du sel. Le « kit » utilisé permet de faire la distinction entre le sel non iodé et le sel iodé à plus ou moins 15 parties par million (ppm). Le sel iodé à moins 15 ppm est considéré comme insuffisamment iodé alors que celui iodé à 15 ppm ou plus est considéré comme adéquatement iodé.

2.3.2 Mesures anthropométriques

Dans le sous-échantillon des ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, le poids et la taille des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de 5 ans ont été mesurés à l'aide respectivement des balances électroniques (SECA) et des toises graduées. Ces mesures, enregistrées dans le questionnaire biomarqueurs (utilisé dans le sous-échantillon des ménages non sélectionnés pour l'enquête homme) ont été utilisées pour évaluer leur état nutritionnel.

2.3.3 Test d'anémie

Dans le sous-échantillon des ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, les femmes de 15-49 ans et les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Ce test a été effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé et avant le prélèvement du sang, le doigt (ou le talon pour les enfants de 6-12 mois et ceux qui sont maigres) a été nettoyé avec un tampon alcoolisé. Le doigt (ou le talon) a été séché à l'air libre, puis un agent de santé a effectué une piqûre sur la surface palmaire de l'extrémité du doigt (ou au talon) à l'aide d'une lancette auto-rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang a été récupérée dans une micro cuvette HemoCue et insérée dans le photomètre qui affichait le niveau d'hémoglobine. Le résultat du test et sa signification ont été communiqués à la femme ayant participé au test ou au parent/adulte responsable de l'enfant. En outre, dans les cas où le niveau d'hémoglobine se situait en dessous d'une certaine limite qui correspond à une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'agent de santé recommandait aux personnes concernées de se rendre dans un établissement sanitaire le plus proche pour diagnostic et prise en charge. Une fiche informative « Anémie » était systématiquement laissée aux ménages ayant des membres éligibles pour le test d'anémie, qu'ils aient accepté ou non d'être testés.

2.3.4 Test du paludisme

Afin d'estimer la prévalence du paludisme parmi les enfants de 6-59 mois, les prélèvements de sang ont été effectués chez les enfants de ce groupe d'âge dans tous les ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, pour lesquels les parents ou adultes responsables avaient, au préalable, donné leur consentement éclairé.

Le test de paludisme a consisté en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le *SD BIOLINE Malaria Antigen P.f/Pan*. Après obtention du consentement éclairé, l'agent de santé a collecté une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'anémie) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test, disponible au bout de 15 minutes, a été communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire biomarqueurs. Un traitement (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine « CTA », notamment de l'Artesunate-Amodiaquine « AA ») a été ensuite proposé aux parents (ou personnes responsables) des enfants qui présentaient un paludisme simple¹ et qui n'étaient pas déjà sous traitement. Par ailleurs, pour les enfants présentant un paludisme grave, de même que ceux avec un TDR positif et ayant déjà été traités récemment (dans les deux dernières semaines) avec des antipaludiques prescrits par du personnel de santé ou un agent de santé communautaire, aucun traitement n'était offert, mais l'enfant était plutôt référé immédiatement à la structure de santé la plus proche pour « avis et conduite à tenir » selon la politique nationale de santé en vigueur au Cameroun.

2.3.5 Test du VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes de 15-64 ans étaient éligibles pour ce test. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang.

Prélèvement, transfert, réception et stockage des gouttes de sang séché (DBS²)

Après obtention du consentement éclairé, l'agent de santé prélève des gouttes de sang capillaire sur du papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres est alors apposée sur le papier filtre. Une deuxième étiquette avec le même code à barres est ensuite collée dans le questionnaire biomarqueurs sur la colonne correspondant à la personne éligible. Enfin, une troisième étiquette code à barres identique aux deux précédentes est collée à la feuille de transmission des DBS. Les gouttes de sang sur papier filtre ont été séchées pendant la nuit dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché a été placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Ces sacs en plastique individuels ont été conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à l'INS à Yaoundé pour enregistrement, vérification et transfert au Centre Pasteur du Cameroun (CPC). Le CPC enregistrait, à son tour, les prélèvements avant de les stocker à basse température (-80° C).

Analyse des prélèvements sanguins au laboratoire

Les analyses des prélèvements sanguins au laboratoire du CPC se sont déroulées du 19 novembre 2018 au 21 janvier 2019. La première étape de l'analyse consiste à obtenir, à partir des filtres comportant les gouttes de sang séché (DBS), un disque calibré de 6 mm à l'aide d'une poinçonneuse. Le disque est ensuite plongé dans 200 microlitres de Phosphate Buffer Saline (PBS) pendant une nuit pour élution. L'éluant obtenu est directement utilisé pour les tests sérologiques selon l'algorithme suivant (**Graphique 1.1**) :

- Tous les échantillons sont testés avec *BIOELISA HIV 1+2 Ag/Ab* (ELISA 1) selon les recommandations du fabricant. Il s'agit d'un ELISA très sensible, d'où son utilisation en première intention.

¹ On considère qu'un enfant a un paludisme simple lorsqu'il est testé positif au TDR et ne présente aucun des symptômes suivants : faiblesse extrême, incapacité à boire ou à téter, vomissement de toute nourriture, perte de conscience, respiration difficile, multiples convulsions, saignements anormaux, jaunisse et niveau d'hémoglobine de 7 g/dl ou plus.

² Dried Blood Spot

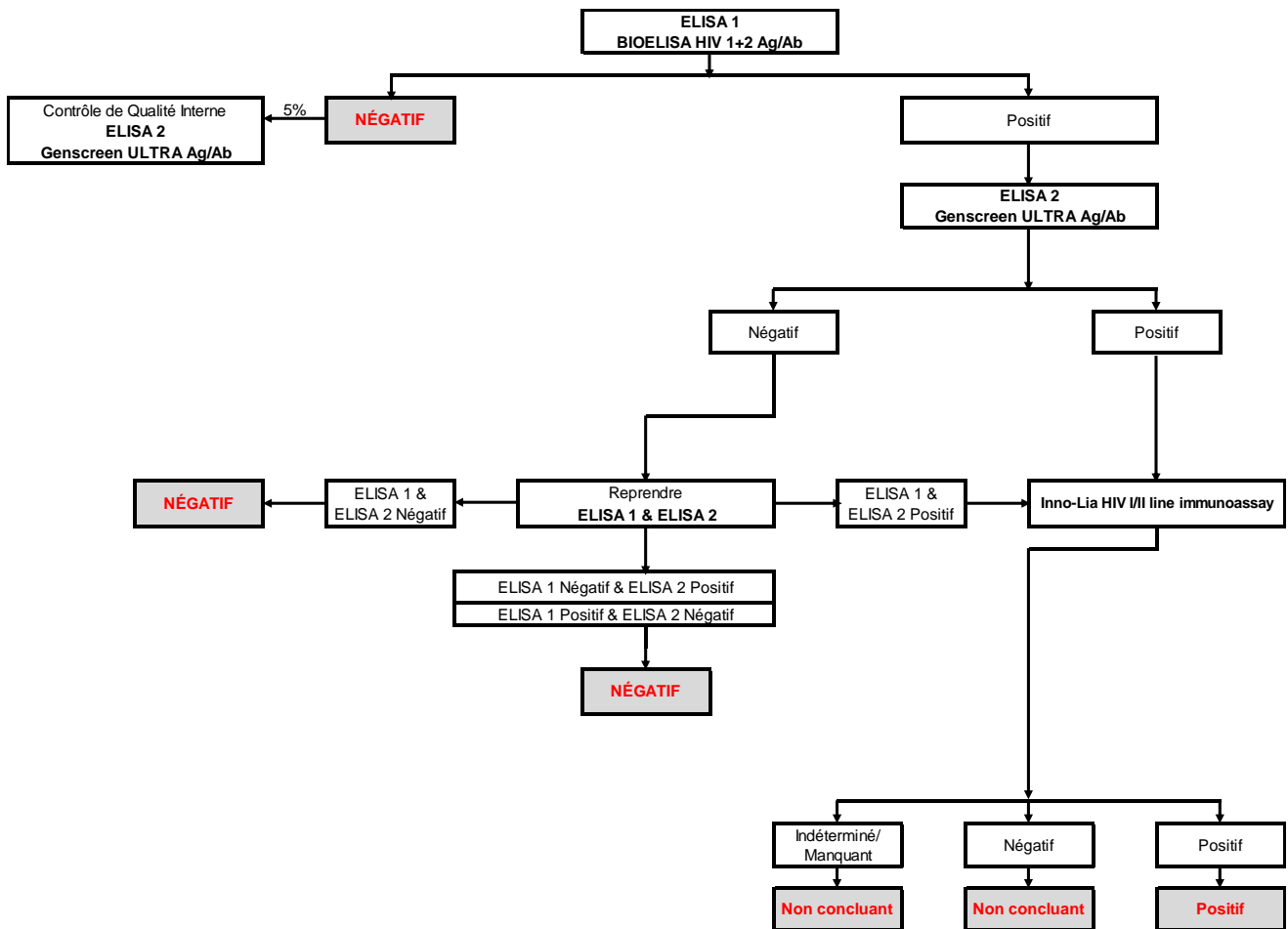
- Tous les échantillons dépistés positifs à ce premier test sont ensuite analysés avec *Genscreen ULTRA Ag/Ab* (ELISA 2).
- Tous les échantillons discordants, ELISA 1 positifs et ELISA 1 négatifs, ont été testés de nouveau en parallèle avec les tests ELISA 1 et 2. En cas de nouvelle discordance entre ces deux tests, ces échantillons sont déclarés négatifs.
- Tous les échantillons positifs à la fois sur ELISA 1 et ELISA 2 ont été testés sur le score *INNO-LIA™ VIH I / II* pour confirmation.

Contrôle de qualité des tests de VIH

Le contrôle de qualité a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, sont inclus des contrôles fournis avec la trousse de dépistage selon les recommandations du fabricant, ainsi que des contrôles (positifs et négatifs) fournis par le centre pour le contrôle de maladies (CDC) d'Atlanta, USA.
- Cinq pour cent des échantillons négatifs à l'ELISA 1 (*BIOELISA HIV 1+2 Ag/Ab*) ont été confirmés avec *Genscreen ULTRA Ag/Ab au CPC*.
- En outre, 3 % des échantillons négatifs et 50 % des positifs sélectionnés aléatoirement ont été envoyés au Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) pour le contrôle de qualité externe. Ce contrôle a montré clairement une concordance de 98,96 % entre les résultats du CPC et ceux du CIRCB.

Graphique 1.1 Algorithme du test de VIH chez les femmes et les hommes de 15-64 ans



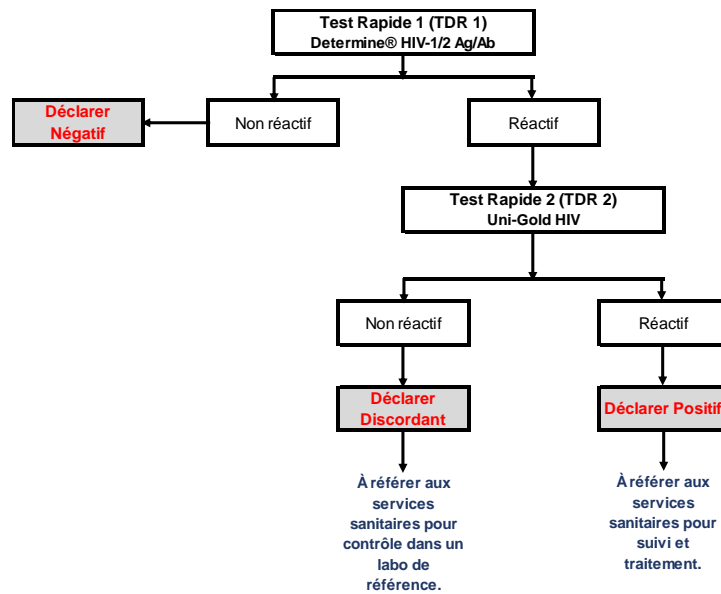
Procédure de terrain pour le test de dépistage rapide du VIH à domicile

Étant donné que les tests du VIH au laboratoire sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de l'enquête, on propose à toutes les personnes éligibles au test de VIH, qu'elles aient accepté ou non de participer au test anonyme du VIH, un test rapide gratuit à domicile.

À toutes les personnes éligibles au test du VIH qui souhaiteraient savoir si elles ont le VIH ou non, on les soumet au test rapide « *Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo* ». Le résultat de ce premier test est disponible au bout de 15 minutes. Dans le cas où il est positif, un deuxième test rapide de confirmation « *Trinity Biotech Uni-Gold™ Recombigen® HIV-1/2* » est effectué. Le résultat de ce deuxième test est disponible au bout de 10 minutes. Toutes les personnes testées reçoivent leurs résultats oralement et sont conseillées avant et après le test. En outre, si les deux tests rapides sont positifs, l'enquêté est référé aux services sanitaires qui fournissent le suivi et le traitement. De même, l'enquêté dont les deux tests rapides sont discordants est référé aux services sanitaires pour contrôle dans un laboratoire de référence (**Graphique 1.2**).

Par ailleurs, sur le terrain, les agents de santé ont remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de conseils/ dépistage pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Graphique 1.2 Algorithme du test rapide de VIH à la maison chez les femmes et les hommes de 15-64 ans



Le protocole de l'enquête y compris les procédures de mesures et tests biologiques a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) du Ministère de la Santé Publique du Cameroun et le Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF.

2.4 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

Toutes les procédures de collecte des données ont été pré-testées. À cet effet, 34 agents enquêteurs et 15 agents de santé ont participé au pré-test de l'EDSC-V du 29 novembre au 24 décembre 2017. Les activités du pré-test ont débuté par 18 jours de formation du personnel et ont été clôturées par 7 jours de pratique de terrain. Quatre zones de Yaoundé et une zone rurale environnante en dehors de l'échantillon de l'enquête principale ont servi pour la pratique de terrain. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

L'INS a organisé du 14 mai au 12 juin 2018 au centre unique de Yaoundé, une formation pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. L'INS a préalablement sélectionné 38 candidats au poste d'agent de santé et 144 candidats aux postes d'agent enquêteur, de contrôleur et de chef d'équipe pour participer à la formation. La formation était organisée en deux ateliers : l'un regroupant les candidats aux postes d'agent enquêteur, de contrôleur et de chef d'équipe, et l'autre qui concernait les agents de santé chargés de procéder aux mesures anthropométriques et aux tests biologiques. La formation des candidats agents enquêteurs, contrôleurs et chefs d'équipes a porté sur les techniques d'interview, le remplissage des questionnaires et l'utilisation des Tablettes PC pour conduire les interviews assistées par ordinateur (Computer-Assisted Personal Interviewing—CAPI), et la réalisation du test du niveau d'iode dans le sel de cuisine. Les candidats agents de santé ont, quant à eux, été formés sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, de tests d'anémie et du paludisme, de collecte des gouttes de sang séché (DBS) pour le test du VIH et de test rapide du VIH y compris le processus d'offre des conseils avant et après le test du VIH. L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires, suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation, suivis de discussions ; iii) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; et iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises, suivies de discussions en salle. La pratique sur le terrain a été réalisée dans les ménages de 6 zones de Yaoundé et de 3 zones rurales environnantes qui ne faisaient pas partie de l'échantillon de l'enquête principale.

À l'issue de la formation principale, 136 agents de terrain ont été sélectionnés pour constituer 17 équipes de 8 personnes chacune. Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, d'une contrôleuse, de trois enquêtrices et d'un enquêteur, et de deux agents de santé. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation du travail et la gestion de la logistique, le contact avec les autorités et les populations. Chaque équipe avait, en général, à sa disposition deux véhicules avec chauffeurs.

Chacune des 17 équipes a été placée sous la responsabilité d'un superviseur ayant une expérience en matière de collecte de données. En outre, deux à trois équipes bénéficiaient de l'encadrement informatique d'un expert du département de l'informatique de l'INS pour les aspects CAPI. Par ailleurs, des missions de supervision conjointe INS/MINSANTE et des experts de ICF ont été organisées pour le suivi des travaux et le contrôle de qualité.

La collecte des données a démarré le 16 juin 2018 à Yaoundé où chaque équipe a couvert au moins 2 grappes avant d'être déployée dans les autres régions. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant leur déploiement hors de Yaoundé. Ce déploiement était fait en fonction des connaissances et des compétences linguistiques des agents. Fin novembre 2018, huit des dix régions administratives, y compris les villes de Yaoundé et de Douala, étaient presque totalement couvertes. Cependant, dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest où la situation sécuritaire a rendu difficile voire parfois impossible l'accès des équipes à certaines zones d'enquête, la collecte des données a été prolongée pour ne s'achever que le 19 janvier 2019.

À la fin des travaux de terrain, l'enquête a été menée avec succès dans 432 grappes sur les 470 grappes tirées pour constituer l'échantillon de l'EDSC-V. Dans une grappe tirée dans la région du Sud, il n'y avait aucun ménage résidentiel au moment de l'enquête. Par conséquent, il n'y a pas eu de collecte de données dans cette grappe. Dans la région du Nord-Ouest, 13 grappes sur 41 tirées pour l'EDSC-V n'ont pas pu être enquêtées. Les grappes non couvertes au Nord-Ouest ne semblent pas avoir des caractéristiques particulières comparativement aux grappes couvertes. Ainsi, les données collectées dans la région du Nord-Ouest ont été utilisées pour estimer les indicateurs au niveau de cette région et contribuent aussi à l'estimation des indicateurs au niveau national. Par ailleurs, sur 40 grappes tirées dans la région du Sud-Ouest, seulement 16 grappes, essentiellement situées en milieu urbain (14 grappes couvertes contre 2 grappes en milieu rural), ont pu être enquêtées avec succès. Il s'ensuit que, dans ce rapport, les résultats de l'enquête présentés au niveau de la région du Sud-Ouest devront être interprétés avec prudence et ne devront pas être directement comparés à ceux des autres régions. Les données de toutes les régions, y compris celles du Sud-Ouest, sont prises en compte dans l'ensemble des résultats et contribuent à l'estimation des indicateurs au niveau national.

2.5 TRAITEMENT DES DONNÉES

Lors des interviews, les réponses étaient directement enregistrées dans les tablettes grâce à une application informatique appropriée, développée en utilisant le logiciel CSPro. Cette application comporte plusieurs menus et inclut des contrôles internes et des guides d'interview. Les données collectées sur le terrain étaient ensuite transmises au serveur central via internet. Ce qui permettait de manière presque instantanée, à l'aide d'un programme de contrôle de qualité, de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque agent de terrain, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient aussitôt communiquées aux superviseurs et aux équipes de terrain afin d'améliorer la qualité des données, y compris en retournant dans les ménages pour les vérifications nécessaires. Les missions régulières de la supervision centrale étaient surtout orientées vers les équipes dont les données présentaient des préoccupations spécifiques ou particulières au regard des tableaux de qualité.

Lorsque toutes les données de terrain ont été transmises au serveur, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré, et les coefficients de pondération ont été appliqués. L'on a par la suite procédé à l'appariement avec le fichier comportant les résultats des analyses du laboratoire. Il convient d'indiquer que selon le

protocole du test anonyme lié, tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Après vérification que le fichier de données était dans son format final, les résultats-clés présentés ici ont été générés. Par ailleurs, les pages de couvertures des questionnaires papier contenant ces identifiants ont également été détruites.

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 COUVERTURE DE L'ÉCHANTILLON

Le **tableau 1** récapitule les résultats de couverture de l'enquête. Au lieu des 13 160 ménages initialement prévus pour être enquêtés, 11 986 ménages ont été effectivement sélectionnés. Parmi ces 11 986 ménages sélectionnés pour l'enquête, 11 776 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi eux, 11 710 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 %. Dans les 11 710 ménages enquêtés, 13 773 femmes âgées de 15-49 ans étaient éligibles pour l'enquête individuelle femme et, pour 13 527 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. Dans un ménage sur deux, les hommes et les femmes de 15-64 ans étaient éligibles pour les interviews individuelles. Au total, 7 159 hommes de 15-64 ans ont été identifiés dans les ménages de ce sous-échantillon. Parmi ces hommes éligibles pour être interviewés individuellement, 6 978 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. Par ailleurs, 1 168 femmes de 50-64 ans ont été identifiées dans les ménages de ce sous échantillon et, 99 % d'entre elles ont été enquêtées avec succès.

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), EDSC-V Cameroun 2018

Résultat	Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Autre urbain	Ensemble urbain	Rural	
Interviews Ménage					
Ménages sélectionnés	2 437	4 202	6 639	5 347	11 986
Ménages identifiés	2 388	4 132	6 520	5 256	11 776
Ménages interviewés	2 351	4 116	6 467	5 243	11 710
Taux de réponse des ménages ¹	98,5	99,6	99,2	99,8	99,4
Interviews des femmes de 15-49 ans					
Effectif de femmes éligibles	2 583	4 940	7 523	6 250	13 773
Effectif de femmes éligibles interviewées	2 468	4 875	7 343	6 184	13 527
Taux de réponse des femmes éligibles ²	95,5	98,7	97,6	98,9	98,2
Interviews Ménage dans le sous-échantillon					
Ménages sélectionnés	1 218	2 101	3 319	2 674	5 993
Ménages occupés	1 191	2 059	3 250	2 622	5 872
Ménages interviewés	1 174	2 051	3 225	2 614	5 839
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon ¹	98,6	99,6	99,2	99,7	99,4
Interviews des femmes de 50-64 ans					
Nombre de femmes éligibles	145	362	507	661	1 168
Nombre de femmes éligibles interviewées	135	361	496	654	1 150
Taux de réponse des femmes éligibles ²	93,1	99,7	97,8	98,9	98,5
Interviews des hommes de 15-64 ans					
Effectif d'hommes éligibles	1 364	2 473	3 837	3 322	7 159
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 294	2 408	3 702	3 276	6 978
Taux de réponse des hommes éligibles ²	94,9	97,4	96,5	98,6	97,5

¹ Ménages interviewés/ménages identifiés

² Enquêtes interviewés/enquêtés éligibles

Aussi bien pour l'enquête individuelle femme que pour l'enquête individuelle homme, les taux de réponse sont plus faibles en milieu urbain, en particulier à Yaoundé et Douala, qu'en milieu rural. Cependant, quel que soit le milieu de résidence, les taux de réponse à l'enquête ménage, à l'enquête femme et à l'enquête homme sont légèrement supérieurs à ceux utilisés dans la conception du plan de sondage.

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **tableau 2** présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Pour chaque catégorie, le tableau présente

l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes auquel on a redonné son poids réel dans la population totale du Cameroun.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15-19	24,3	3 309	3 349	24,9	1 528	1 531
20-24	17,8	2 417	2 463	18,5	1 135	1 117
25-29	17,8	2 426	2 345	15,9	972	978
30-34	14,5	1 972	1 884	13,0	799	779
35-39	11,0	1 500	1 486	11,1	680	674
40-44	8,0	1 088	1 090	9,4	578	552
45-49	6,6	903	910	7,1	433	432
Religion						
Catholique	38,0	5 179	5 061	38,8	2 375	2 333
Protestant	26,2	3 565	3 877	24,1	1 478	1 579
Autres chrétiens	7,4	1 013	1 073	5,6	346	367
Musulman	24,5	3 330	3 059	24,2	1 483	1 380
Animiste	1,7	226	168	3,4	211	173
Autre	0,5	63	67	0,6	35	38
Aucune	1,8	240	222	3,2	198	193
État matrimonial						
Célibataire	34,5	4 692	4 856	54,5	3 337	3 347
Marié	43,9	5 975	5 514	29,6	1 813	1 609
Vivant ensemble	13,0	1 774	1 949	11,9	731	831
Divorcé/séparé	5,9	806	844	3,7	227	258
Veuf	2,7	369	364	0,3	18	18
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	23,5	3 198	2 468	24,8	1 519	1 169
Autre urbain	31,9	4 340	4 875	31,6	1 938	2 141
Ensemble urbain	55,4	7 538	7 343	56,4	3 457	3 310
Rural	44,6	6 078	6 184	43,6	2 669	2 753
Région¹						
Adamaoua	4,6	630	988	4,4	268	393
Centre (Sans Yaoundé)	9,9	1 350	1 414	12,0	732	754
Douala	12,3	1 675	1 178	13,1	804	570
Est	6,2	848	1 160	5,7	350	490
Extrême Nord	14,8	2 009	1 411	13,9	849	597
Littoral (Sans Douala)	3,7	507	851	4,1	254	427
Nord	12,6	1 720	1 384	12,7	780	627
Nord-Ouest	6,5	882	734	5,3	323	259
Ouest	10,6	1 442	1 315	9,9	604	562
Sud	5,3	723	1 424	5,3	325	648
Sud-Ouest	2,2	306	378	2,0	123	137
Yaoundé	11,2	1 522	1 290	11,7	715	599
Niveau d'instruction						
Aucun	20,4	2 778	2 364	10,1	621	529
Primaire	26,7	3 630	3 787	25,0	1 530	1 518
Secondaire 1 ^{er} cycle	29,1	3 963	4 220	31,8	1 946	2 038
Secondaire 2 nd cycle	16,1	2 195	2 180	21,8	1 336	1 311
Supérieur	7,7	1 049	976	11,3	693	667
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	16,4	2 239	1 826	14,9	913	729
Second	18,4	2 502	2 600	18,1	1 110	1 162
Moyen	19,8	2 696	3 146	20,7	1 270	1 467
Quatrième	21,6	2 939	2 955	21,5	1 317	1 300
Le plus élevé	23,8	3 241	3 000	24,7	1 516	1 405
Total 15-49	100,0	13 616	13 527	100,0	6 126	6 063
50-64	na	1 061	1 150	na	852	915
Total 15-64	na	14 677	14 677	na	6 978	6 978

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé, ou non.

na = Non applicable

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

L'âge est présenté par groupes d'âge quinquennaux. Cette répartition révèle une très forte proportion de jeunes parmi les personnes de 15-49 ans : 24 % des femmes et 25 % des hommes, ont entre 15 et 19 ans. De plus, 18 % des femmes et 19 % des hommes ont entre 20 et 24 ans. Les proportions des groupes d'âges suivants diminuent progressivement jusqu'à atteindre 7 % pour les femmes et les hommes de 45-49 ans.

En ce qui concerne la religion, les résultats montrent que la majorité des enquêtés se sont déclarés catholiques (38 % des femmes et 39 % des hommes) ; viennent ensuite les protestants (26 % des femmes et 24 % des hommes) et les musulmans (25 % des femmes et 24 % des hommes). Il faut préciser que les chrétiens, autres que les catholiques et les protestants, représentent 7 % des femmes et 6 % des hommes.

Dans le cadre de l'EDSC-V, sont considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ou non ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, environ une femme sur trois (35 %) étaient célibataires au moment de l'enquête, 57 % étaient mariées ou vivaient en union consensuelle, et 9 % étaient en rupture d'union (divorcées, séparées ou veuves). Plus de la moitié des hommes (55 %) étaient célibataires, 42 % en union et 4 % en rupture d'union.

Selon le milieu de résidence, la majorité des enquêtés résidaient, au moment de l'enquête, en milieu urbain (55 % des femmes et 56 % des hommes) dont un peu moins de la moitié dans les villes de Yaoundé et Douala.

Globalement, les hommes sont proportionnellement plus instruits que les femmes. En effet, 10 % des hommes de 15-49 ans contre 20 % des femmes de ce groupe d'âges n'ont aucun niveau d'instruction. Au niveau primaire, on ne constate pas d'écart (27 % des femmes et 25 % des hommes).

Cependant, au niveau secondaire, les proportions sont de 45 % pour les femmes (29 % pour le premier cycle et 16 % pour le second) et de 54 % pour les hommes (32 % pour le premier cycle et 22 % pour le second). Bien qu'en augmentation ces dernières décennies, les pourcentages de personnes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur sont encore faibles (8 % chez les femmes et 11 % chez les hommes).

Selon le quintile de bien-être économique des ménages, 16 % des femmes et 15 % des hommes âgés de 15-49 ans sont classés dans le quintile le plus bas tandis que 24 % des femmes et 25 % des hommes appartiennent à des ménages du quintile le plus élevé.

3.3 FÉCONDITÉ

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans précédant l'enquête. Cette période de 3 années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

3.3.1 Niveau de fécondité

Le **tableau 3** ci-après montre qu'en moyenne l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,8 enfants par femme. Les taux de fécondité augmentent d'abord par groupe d'âges, passant de 122 ‰ chez les jeunes femmes de 15-19 ans à 229 ‰ chez celles de 25-29 ans, avant de décroître très rapidement pour atteindre 12 ‰ chez celles de 45-49 ans.

Les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible (3,8 enfants par femme) que celles du milieu rural (6,0 enfants par femme). Cette différence de niveau de fécondité entre urbain et rural s'observe

dans tous les groupes d'âges. Par ailleurs, dans le milieu urbain, il y a un écart de 1 enfant entre les villes de Yaoundé et Douala d'une part et les autres villes d'autre part (respectivement 3,2 et 4,2 enfants par femme).

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EDSC-V Cameroun 2018

Groupe d'âge	Milieu de résidence				Total
	Yaoundé/ Douala	Autre urbain	Ensemble urbain	Rural	
10-14	[2]	[3]	[2]	[3]	[3]
15-19	69	97	87	165	122
20-24	149	193	175	272	215
25-29	167	220	196	271	229
30-34	145	183	164	239	197
35-39	86	120	104	164	131
40-44	20	32	27	69	48
45-49	[0]	[1]	[1]	[27]	[12]
ISF (15-49)	3,2	4,2	3,8	6,0	4,8
TGFG	118	151	137	211	170
TBN	30,0	35,0	32,9	40,7	36,8

Note : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour les groupes d'âge 10-14 et 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes et sont par conséquent placés entre crochets. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âge 10-14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15-17 ans.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

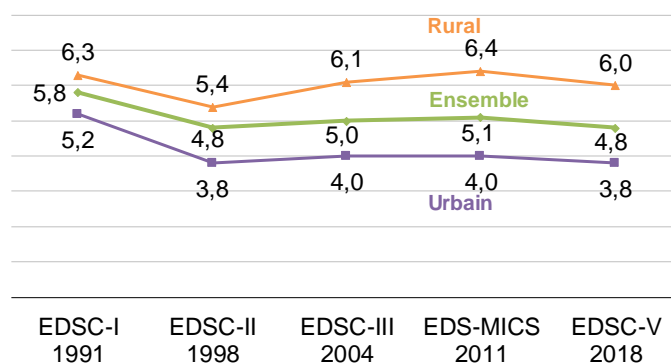
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

3.3.2 Tendances de la fécondité

Le **graphique 2** qui présente la comparaison des niveaux de fécondité selon cinq enquêtes EDS montre que l'ISF a diminué entre 1991 et 1998, passant de 5,8 à 4,8 ; par contre, entre 1998 et 2018, on ne note pratiquement pas de changement, l'ISF oscillant entre 4,8 et 5,1 à chacune des trois dernières enquêtes.

Graphique 2 Tendances de la fécondité par milieu de résidence

ISF pour les 3 années avant chaque enquête



3.3.3 Fécondité des adolescentes

Les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans dans le cadre de cette enquête, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de santé de la reproduction.

L'analyse de la fécondité des adolescentes revêt une grande importance pour des raisons diverses. En effet, les enfants nés de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder

chez les adolescentes. Par ailleurs, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités scolaires.

Le **tableau 4** présente le pourcentage des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et de celles qui ont déjà commencé leur vie féconde selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il ressort que 24 % des adolescentes, au Cameroun, ont commencé leur vie procréative, dont 5 % sont enceintes d'un premier enfant et 19 % ont eu, au moins, un enfant. Le pourcentage des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 4 % à 15 ans à 23 % à 17 ans puis à 49 % parmi celles de 19 ans.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	ont eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	2,9	1,5	4,4	832
16	8,5	4,6	13,1	610
17	18,5	4,2	22,7	555
18	29,9	7,2	37,1	765
19	42,0	7,1	49,1	548
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	10,2	2,3	12,5	663
Autre urbain	16,1	4,1	20,2	1 136
Ensemble urbain	13,9	3,5	17,4	1 799
Rural	25,6	6,4	31,9	1 510
Région¹				
Adamaoua	25,8	4,6	30,4	151
Centre (Sans Yaoundé)	22,6	7,6	30,2	362
Douala	5,3	0,7	6,0	330
Est	36,2	7,7	43,9	238
Extrême Nord	20,9	5,2	26,1	470
Littoral (Sans Douala)	8,8	1,6	10,4	119
Nord	25,5	5,0	30,5	411
Nord-Ouest	14,3	5,2	19,5	199
Ouest	15,9	3,5	19,4	400
Sud	24,3	7,8	32,1	217
Sud-Ouest	5,2	2,0	7,2	78
Yaoundé	15,0	4,0	18,9	333
Niveau d'instruction				
Aucun	40,3	7,8	48,1	407
Primaire	22,2	6,1	28,3	726
Secondaire 1 ^{er} cycle	17,4	4,6	22,1	1 466
Secondaire 2 nd cycle	8,5	2,3	10,8	646
Supérieur	1,4	0,0	1,4	64
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	24,0	6,0	30,0	496
Second	32,1	6,9	39,0	648
Moyen	21,9	6,4	28,4	699
Quatrième	15,3	3,4	18,7	704
Le plus élevé	6,3	1,9	8,3	762
Ensemble	19,2	4,8	24,0	3 309

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Le pourcentage des adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (32 % contre 17 %). Dans les régions, le pourcentage le plus faible est enregistré dans la ville de Douala (6 %) et le plus élevé est observé à l'Est (44 %).

Le niveau d'instruction influence le niveau de fécondité des adolescentes. En effet, le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative diminue de manière importante lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 48 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 22 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire 1^{er} cycle et à 1 % parmi celles ayant atteint le niveau supérieur. Les résultats selon les quintiles de bien-être économique font apparaître des variations irrégulières. C'est dans les ménages du quintile le plus élevé que le pourcentage des adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative est le plus faible (8 % contre 39 % dans le second quintile).

3.3.4 Désir d'avoir des enfants (supplémentaires)

Le **tableau 5** présente les préférences exprimées par les femmes de 15-49 ans en union en matière de fécondité, selon le nombre d'enfants actuellement en vie. Une femme actuellement en union sur quatre (24 %) a déclaré ne plus vouloir d'enfants. À l'opposé, dans 66 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient avoir un enfant ou un autre enfant : 27 % souhaiteraient espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus, alors que 33 % souhaiteraient rapidement un enfant, c'est-à-dire dans les 2 années à venir. Enfin, dans 6 % des cas, les femmes voudraient avoir un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne précisent pas à quel moment elles veulent cet enfant.

Le pourcentage de femmes qui ne veulent pas d'enfants ou plus d'enfant augmente régulièrement avec le nombre d'enfants vivants. Ce pourcentage passe de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant, à 20 % chez celles qui en ont trois, puis à 30 % parmi celles qui en ont quatre et atteint un maximum de 52 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par nombre d'enfants vivants et selon le désir d'enfants, EDSC-V Cameroun 2018

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	76,0	46,8	35,9	33,7	27,7	20,0	15,6	32,7
Veut un autre plus tard ³	3,0	36,6	39,3	30,8	25,6	20,9	15,9	27,1
Veut un autre, NSP quand	6,0	8,8	7,6	5,8	4,6	5,3	2,6	5,8
Indécis	0,9	2,0	3,8	4,9	6,0	6,5	5,1	4,4
Ne veut plus d'enfant	1,4	2,9	9,3	19,8	30,3	41,0	52,4	24,2
Stérilisé ⁴	0,0	0,0	0,2	0,6	0,6	0,0	0,3	0,3
S'est déclaré stérile	12,7	2,9	3,9	4,4	5,2	6,3	8,1	5,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	424	1 219	1 361	1 288	1 180	885	1 391	7 748

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

3.4 CONTRACEPTION

3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception

L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. La contraception contribue également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSC-V, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées. On a demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive actuelle. Cet indicateur correspond à la proportion de femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Il ressort du **tableau 6** que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très répandue : 19 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, en majorité une méthode moderne (15 % contre 4 % pour les méthodes traditionnelles). Les

méthodes modernes les plus fréquemment utilisées sont le condom masculin (5 %), les injectables (4 %) et les implants (3 %).

L'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union varie selon les caractéristiques sociodémographiques.

- Par rapport au nombre d'enfants vivants, la prévalence contraceptive moderne est quatre fois plus élevée chez les femmes ayant 1-2 enfants (16 %) que parmi celles n'ayant aucun enfant (4 %).
- Cette prévalence augmente d'abord avec le groupe d'âge, passant de 9 % chez les femmes de 15-19 ans à 19 % parmi celles de 30-34 ans puis diminue pour atteindre 8 % chez les femmes de 45-49 ans.
- Elle est plus élevée en milieu urbain (23 % à Yaoundé/Douala et 19 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (11 %). En milieu urbain, 8 % des femmes en union utilisent le condom masculin, 5 % utilisent les injectables et 4 % utilisent les implants.
- Selon la région, la prévalence de la contraception moderne varie énormément. Elle passe de 6 % dans l'Adamaoua, 7 % dans le Nord et l'Extrême-Nord, à 22 % le Centre (sans Yaoundé) et le Nord-Ouest, puis à 27 % à Yaoundé et atteint un maximum de 28 % dans l'Est.
- Le niveau d'instruction de la femme constitue un autre facteur différentiel important. En effet, La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction, passant de 3 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 16 % chez celles ayant le niveau primaire, puis à 23 % parmi celles ayant le niveau secondaire premier cycle et à 26 % pour celles du niveau supérieur.
- La prévalence contraceptive augmente régulièrement avec le quintile de bien-être économique. Elle passe de 4 % parmi les femmes du quintile le plus bas à 17 % parmi celles du quintile moyen et à 24 % parmi celles du quintile le plus élevé.

Le **tableau 6** fournit également le pourcentage de femmes non en union mais sexuellement actives qui utilisent la contraception selon le milieu de résidence. L'utilisation d'une méthode contraceptive est plus élevée dans cette catégorie de femmes (47 %) que chez les femmes en union (19 %). Comme les femmes actuellement en union, la plupart utilise une méthode moderne (43 % contre 4 % pour les méthodes traditionnelles).

Les types de méthodes les plus fréquemment utilisés par les femmes non en union sont le condom masculin (29 %) et les injectables (6 %).

Selon le milieu de résidence, c'est encore en milieu urbain que l'utilisation de la contraception moderne est la plus répandue : 45 % des femmes non en union utilisent actuellement une méthode moderne en milieu urbain contre 36 % en milieu rural.

3.4.2 Besoins en matière de planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Par ailleurs, les femmes fécondes qui utilisent au moment de l'enquête, la contraception, sont considérées comme ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale.

Au Cameroun, 23 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins satisfaits en matière de planification familiale représentent quant à eux 19 %. Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève donc à 42 %. Cette demande est satisfaite dans 46 % des cas et, par les seules méthodes modernes, dans 36 % des cas (**Tableau 7**).

Dans l'ensemble, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est plus élevé chez les femmes de 35-39 ans (28 %) et chez celles de 15-19 ans (26 %). Dans les régions, le pourcentage de femmes actuellement en union dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits varie d'un maximum de 34 % au Sud à un minimum de 13 % à l'Est.

En ce qui concerne les femmes non en union, sexuellement actives, le **tableau 7** révèle que 34 % d'entre elles ont des besoins non satisfaits et que 47 % utilisent une méthode quelconque de contraception. La demande totale en planification familiale dans ce groupe (81 %) est donc nettement plus élevée que pour les femmes en union (42 %). De même, le pourcentage de demande satisfaite est plus élevé pour ce groupe (58 %) que pour les femmes en union (46 %).

Le pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a peu varié depuis 1991 où il était de 22 %, avant de passer à 21 % en 1998 et en 2004, à 24 % en 2011 et à 23 % en 2018 (**Graphique 3**). Cependant, on note que dans la même période, l'utilisation contraceptive a augmenté, passant de 4 % en 1991, à 13 % en 2004 pour atteindre 15 % en 2018 (**Graphique 3**).

Graphique 3 Tendances de la demande en matière de planification familiale

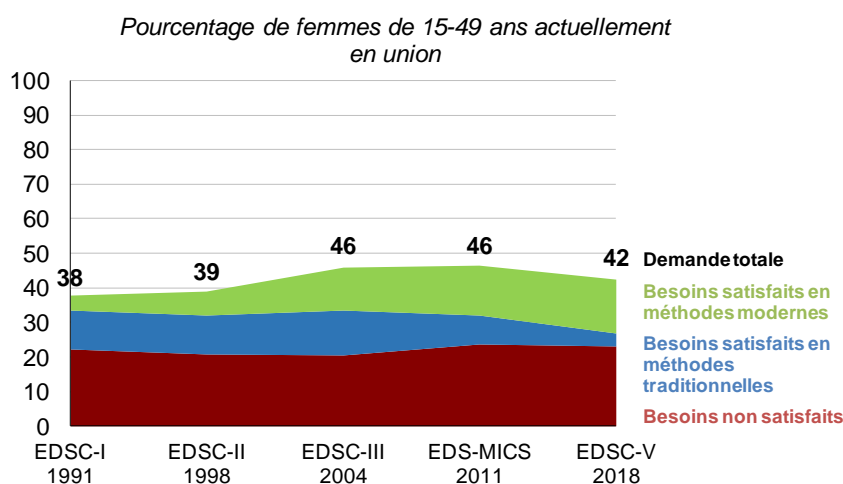


Tableau 7 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Besoins en planification familiale non satisfaits	Besoins en planification familiale satisfaits (utilise actuellement)		Demande totale en planification familiale ³	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite ¹	
		Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²			Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Groupe d'âge							
15-19	26,4	11,9	9,2	38,3	616	31,1	24,1
20-24	21,1	21,8	17,7	42,9	1 237	50,7	41,2
25-29	22,6	21,0	16,9	43,6	1 746	48,2	38,8
30-34	23,4	22,5	18,5	45,9	1 526	49,0	40,4
35-39	27,5	21,3	16,6	48,8	1 172	43,6	34,1
40-44	24,2	15,5	11,9	39,7	804	39,1	30,1
45-49	14,3	10,9	7,7	25,2	648	43,1	30,7
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	22,2	28,5	22,6	50,7	1 486	56,3	44,5
Autre urbain	23,4	24,5	19,4	47,9	2 227	51,1	40,5
Ensemble urbain	22,9	26,1	20,7	49,0	3 713	53,2	42,2
Rural	23,1	13,1	10,6	36,2	4 035	36,1	29,2
Région⁴							
Adamaoua	28,3	7,1	6,0	35,4	418	20,1	17,0
Centre (Sans Yaoundé)	28,0	24,9	22,4	52,9	725	47,1	42,3
Douala	22,0	26,0	18,4	48,0	793	54,1	38,3
Est	13,4	42,0	27,6	55,3	491	75,9	49,9
Extrême Nord	22,1	7,1	6,7	29,1	1 416	24,3	22,9
Littoral (Sans Douala)	29,9	25,4	16,9	55,3	254	45,9	30,6
Nord	19,7	8,0	6,9	27,7	1 234	28,9	25,0
Nord-Ouest	26,0	24,3	22,0	50,2	440	48,3	43,7
Ouest	21,3	25,4	17,8	46,7	810	54,4	38,0
Sud	34,2	14,9	14,2	49,1	355	30,4	28,8
Sud-Ouest	23,8	23,3	18,9	47,1	121	49,5	40,2
Yaoundé	22,4	31,5	27,4	53,9	693	58,4	50,9
Niveau d'instruction							
Aucun	22,1	3,9	3,1	26,1	2 243	15,1	11,9
Primaire	23,4	20,3	16,3	43,7	2 360	46,5	37,3
Secondaire 1 ^{er} cycle	24,9	27,7	22,5	52,5	1 916	52,6	42,9
Secondaire 2 nd cycle	21,9	31,2	24,8	53,1	801	58,8	46,6
Supérieur	19,9	35,1	25,9	55,0	429	63,8	47,0
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	22,8	5,3	4,2	28,1	1 655	18,9	15,0
Second	24,3	15,9	13,0	40,2	1 579	39,5	32,3
Moyen	23,7	21,8	17,2	45,5	1 522	48,0	37,7
Quatrième	24,1	24,1	19,8	48,3	1 501	50,0	41,0
Le plus élevé	20,3	31,1	24,3	51,4	1 492	60,6	47,2
Ensemble	23,0	19,3	15,4	42,4	7 748	45,6	36,4
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES⁵							
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	29,9	46,5	41,2	76,4	520	60,9	53,9
Autre urbain	35,0	52,6	49,6	87,5	481	60,1	56,7
Ensemble urbain	32,3	49,4	45,2	81,7	1 001	60,5	55,3
Rural	38,1	39,7	36,0	77,8	378	51,0	46,3
Ensemble	33,9	46,8	42,7	80,7	1 379	58,0	52,9

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.

¹ Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisés par la demande totale

² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les Injectables, les implants, le condom masculin, le condom féminin, la pilule du lendemain, la Méthode des Jours Fixes (MJF), la Méthode de l'Allaitement maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), et autres méthodes modernes

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

⁵ Femmes ayant eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'enquête.

3.5 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les indicateurs de mortalité des enfants sont pertinents pour l'appréciation du niveau de développement socioéconomique d'un pays, par le biais notamment de l'évaluation de son état sanitaire et de l'efficacité de ses politiques en matière de santé maternelle et infantile. Les données collectées au cours de l'EDSC-V ont permis d'estimer les niveaux et les tendances de la mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile. Ces indicateurs sur la mortalité des enfants, présentés dans ce chapitre, ont été estimés à partir des informations sur l'historique des naissances recueillies à l'aide du questionnaire femme. Dans cette section du questionnaire, l'enquêtrice a enregistré des informations sur toutes les naissances de la femme. Dans la procédure de collecte, les questions permettent de distinguer le nombre total de fils et filles qui vivent avec la femme, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Ensuite, pour chacune des naissances, l'enquêtrice a obtenu des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de 2 ans et en années pour les décès survenus à 2 ans ou plus).

À partir de ces informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

- **Quotient de mortalité néonatale (NN)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact ;
- **Quotient de mortalité post-néonatale (PNN)** : probabilité pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$)** : probabilité pour les enfants âgés d'un an exact de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts).

Ces différents quotients de mortalité des enfants sont présentés dans le **tableau 8**. Leurs calculs ont été effectués pour trois périodes quinquennales ayant précédé la réalisation de l'enquête.

Pour la période des 5 dernières années avant l'EDSC-V (période 2014-2018), le risque de mortalité infantile est estimé à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 33 ‰.

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 28 ‰ pour la mortalité néonatale et à 20 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 79 ‰.

Tableau 8 Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSC-V Cameroun 2018

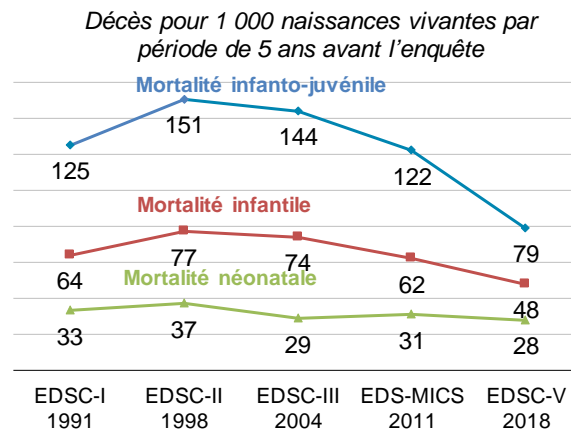
Nombre d'années avant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	2014-2018	28	20	48	33	79
5-9	2009-2013	31	28	59	45	101
10-14	2004-2008	32	35	66	46	109

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Le **graphique 4** présente les tendances des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile depuis la première édition de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC-I de 1991). Globalement, on observe une tendance à la baisse des risques de décès des enfants avant 5 ans.

Estimé à 77 ‰ en 1998, le quotient de mortalité infantile est passé à 74 ‰ en 2004 puis à 62 ‰ en 2011 et à 48 ‰ en 2018. Dans la même période, le quotient de mortalité infanto-juvénile a aussi diminué, passant de 151 ‰ en 1998, à 144 ‰ en 2004, à 122 ‰ en 2011 et à 79 ‰ en 2018. Il est cependant à relever que le risque de mortalité néonatale a peu varié depuis 2004 où il avoisine 30 ‰.

Graphique 4 Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans



3.6 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDSC-V, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des 5 années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des 5 dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Le **tableau 9** présente quelques indicateurs de soins de santé de la reproduction selon les caractéristiques sociodémographiques.

3.6.1 Soins prénatals

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débuter à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins 4 visites prénatales et 8 contacts, la première visite devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse.

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête, près de neuf femmes sur dix (87 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé (**Tableau 9**) c'est-à-dire un médecin, une infirmière ou une sage-femme, ou un aide-soignant. Cependant, un peu moins de sept femmes sur dix (65 %) ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées.

Le **tableau 9** montre aussi que les femmes du milieu urbain ont bénéficié plus fréquemment des soins prénatals dispensés par un prestataire formé (95 %) que celles du milieu rural (79 %) ; et 79 % des femmes en milieu urbain contre 52 % en milieu rural ont effectué quatre visites prénatales ou plus.

Au plan régional, c'est dans l'Adamaoua (70 %), au Nord (73 %), à l'Extrême-Nord (78 %) et à l'Est (82 %) que le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé est en deçà de la moyenne nationale. En outre, ces régions se distinguent par de faibles pourcentages de femmes ayant effectué quatre visites prénatales (inférieurs à 55 %). Paradoxalement, dans la région du Sud, bien que 92 % de femmes aient reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé, seulement 60 % ont effectué les quatre visites prénatales ou plus.

Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé augmente avec le niveau d'instruction, passant de 68 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 99 % chez celles ayant le niveau secondaire 2nd cycle et celles ayant atteint le supérieur. Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé augmente avec le quintile de bien-être économique, passant de 68 % chez les femmes des ménages du quintile le plus bas à 83 % chez celles du second quintile et atteint 99 % chez celles du quintile de bien-être économique le plus élevé. Les résultats indiquent également que le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique.

3.6.2 Vaccination antitétanique

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir:

- deux injections de vaccin antitétanique au cours de la grossesse ou
- deux injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 3 années avant la naissance ou
- trois injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 5 années avant la naissance ou
- quatre injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 10 années avant la naissance ou
- cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance.

Le **tableau 9** montre que pour 71 % des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal varie selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Il passe de 63 % chez les femmes de moins de 20 ans à 73 % chez celles de 20-34 ans. Les résultats font apparaître des écarts entre le milieu urbain (78 %) et le milieu rural (64 %) et entre les régions (d'un minimum de 50 % dans la région de l'Adamaoua à un maximum de 87 % dans celle de l'Ouest).

La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique des femmes. D'un minimum de 51 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction, le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal passe à 73 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et atteint un maximum de 87 % pour les femmes ayant le niveau d'instruction supérieur. Pour près de neuf femmes sur dix (85 %) du quintile de bien-être économique le plus élevé, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Ce pourcentage n'est que de 52 % dans le quintile le plus bas.

Tableau 9 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé qualifié et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé ; parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête			Effectif de femmes	Naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête		Effectif de naissances	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé formé ¹	Pourcentage ayant effectué 4 visites prénatales ou plus	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²		Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé formé ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé		Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance ³	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance									
<20	86,7	58,3	62,9	1 110	66,9	63,6	1 816	56,1	762
20-34	87,6	66,4	73,1	4 590	69,8	68,3	7 115	60,3	2 680
35-49	84,2	64,9	70,7	913	67,3	64,5	1 130	55,3	481
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	97,5	87,5	81,2	1 251	95,6	95,2	1 694	72,3	615
Autre urbain	93,8	72,9	76,6	1 904	85,8	84,3	2 803	72,4	1 097
Ensemble urbain	95,3	78,7	78,4	3 155	89,5	88,4	4 496	72,4	1 712
Rural	79,4	52,2	64,4	3 458	52,5	49,7	5 566	48,5	2 212
Région⁴									
Adamaoua	70,0	43,6	50,0	316	47,4	46,0	462	49,6	176
Centre (Sans Yaoundé)	88,5	64,1	74,2	715	80,4	75,8	1 107	58,3	409
Douala	97,8	91,8	81,4	631	97,6	98,0	832	73,2	301
Est	82,2	54,0	66,1	457	58,2	56,2	712	49,3	267
Extrême Nord	78,2	46,4	55,7	1 173	40,0	37,8	1 927	39,9	736
Littoral (Sans Douala)	95,8	81,3	80,3	227	96,2	95,1	325	64,8	132
Nord	72,6	47,1	62,0	964	39,6	36,8	1 580	41,7	657
Nord-Ouest	98,6	82,3	81,7	415	90,9	90,4	589	82,2	266
Ouest	98,3	80,7	87,4	671	97,0	96,0	1 065	84,5	448
Sud	92,0	59,8	75,4	322	83,3	79,7	466	67,8	171
Sud-Ouest	99,2	90,8	90,6	103	99,4	99,4	135	90,9	46
Yaoundé	97,2	83,2	81,1	620	93,7	92,5	862	71,4	315
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	67,6	38,4	51,4	1 715	31,8	29,6	2 773	33,3	1 042
Primaire	88,9	63,5	73,0	1 970	71,3	69,0	3 172	59,8	1 196
Secondaire 1 ^{er} cycle	95,6	76,4	79,1	1 734	88,3	86,2	2 525	70,4	1 024
Secondaire 2 nd cycle	98,8	86,6	83,5	791	98,6	97,1	1 046	78,2	430
Supérieur	99,3	91,6	86,5	402	98,9	99,0	547	82,8	232
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	68,2	37,0	52,3	1 353	28,5	27,4	2 264	32,3	873
Second	82,8	55,3	66,7	1 450	60,7	57,2	2 285	55,1	925
Moyen	90,5	66,1	73,5	1 333	79,1	76,1	2 025	64,9	818
Quatrième	97,0	80,3	81,0	1 335	92,5	90,8	1 935	70,5	722
Le plus élevé	98,7	90,5	84,6	1 141	97,9	97,8	1 553	81,9	586
Ensemble	87,0	64,9	71,1	6 613	69,0	67,0	10 062	58,9	3 924

Note : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau.

¹ Sont considérés comme des prestataires de santé formés les médecins, les infirmières, les sages-femmes, et les aides-soignants.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

³ Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une infirmière, une sage-femme, une aide-soignante, un agent de santé communautaire ou une accoucheuse traditionnelle.

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.6.3 Accouchement

Il ressort du **tableau 9** montre que 69 % des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé et 67 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé.

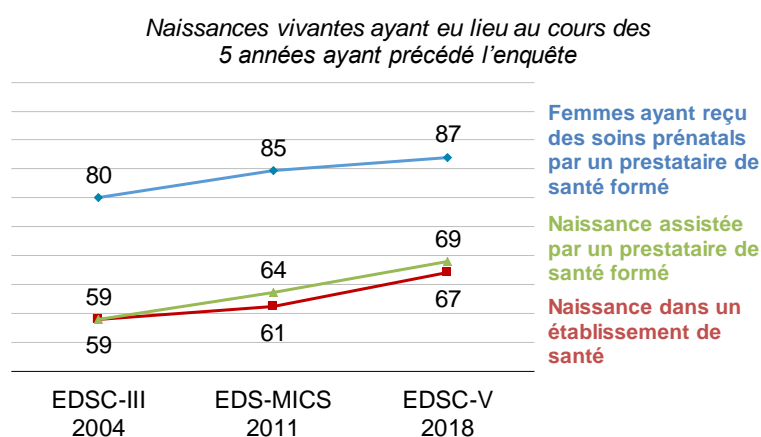
En milieu urbain, neuf naissances sur dix (90 %) se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé contre seulement 53 % des naissances en milieu rural. L'analyse par région montre des disparités

importantes. Si à Douala, la quasi-totalité (98 %) des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé, ce pourcentage est beaucoup plus faible dans les régions du Nord (40 %) et de l'Extrême-Nord (40 %). En outre, 99 % des naissances dont la mère a un niveau d'instruction secondaire second cycle ou supérieur a bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire formé contre 32 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction. Le pourcentage de naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance d'un prestataire formé a tendance à augmenter avec l'augmentation du quintile de bien-être économique du ménage, passant de 29 % dans le quintile le plus bas à 98 % dans le quintile le plus élevé.

3.6.4 Tendances des soins prénatals et des conditions d'accouchement

Des tendances présentées au **graphique 5**, on note globalement une amélioration de la couverture en soins de santé maternelle de 2004 à 2018. La couverture en soins prénatals par un prestataire de santé formé est passée de 80 % en 2004 à 87 % en 2018. Dans la même période, on note également une augmentation du pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé (59 % en 2004 contre 67 % en 2018) et du pourcentage de naissances assistées par un prestataire de santé formé (59 % en 2004 contre 69 % en 2018).

Graphique 5 Tendances des soins de santé maternelle



3.6.5 Soins postnatals de la mère

Une grande proportion de décès maternels et néonataux survient au cours des premières 24 heures après l'accouchement. Les soins postnatals précoces sont importants pour la mère et le nourrisson, pour traiter les complications de l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les femmes reçoivent des soins postnatals dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Parmi les femmes qui ont eu une naissance dans les 2 ans précédant l'enquête, 59 % ont eu des soins postnatals au cours des deux premiers jours après la naissance (**Tableau 9**). Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (72 %) qu'en milieu rural (49 %).

Par ailleurs, plus de trois quarts des femmes ayant le niveau secondaire 2nd cycle (78 %) ou celui du supérieur (83 %) ont eu des soins postnatals dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement contre seulement un tiers (33 %) parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction. De même, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés augmente du quintile le plus bas (32 %) au quintile le plus élevé (82 %).

Les écarts entre les régions sont aussi importants. La région de l'Ouest se distingue par le pourcentage le plus élevé de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les deux premiers jours après la naissance (85 %) et celle de l'Extrême-Nord par le pourcentage le plus bas (40 %).

3.7 SANTÉ DES ENFANTS

3.7.1 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé Publique, les vaccins de routine pour les enfants comprennent le vaccin du BCG contre la tuberculose, le vaccin du DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Hépatite B et l'Haemophilus influenzae type b, le vaccin oral contre la polio, le vaccin contre le pneumocoque (PCV), le vaccin contre le rotavirus, le vaccin anti rougeoleux et le vaccin contre la fièvre jaune. A ces vaccins s'ajoute la vitamine A. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés à l'enfant au cours de sa première année. L'EDSC-V a collecté les informations sur la couverture de ces vaccins parmi les enfants nés au cours des 3 années précédant l'enquête.

Un indicateur souvent utilisé pour mesurer la couverture vaccinale est la proportion des enfants ayant reçu tous les vaccins de base. Conformément aux recommandations de l'OMS suivies par le Programme Elargi de Vaccination (PEV), on considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu une dose du vaccin BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin anti rougeoleux.

La couverture vaccinale peut être aussi mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge. Au Cameroun, le PEV considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge, si en plus de recevoir tous les vaccins de base, l'enfant a reçu une dose du vaccin oral contre la polio à la naissance, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, deux doses du vaccin contre le rotavirus et une dose du vaccin contre la fièvre jaune.

Au cours de l'EDSC-V, les informations sur la couverture vaccinale ont été obtenues de deux façons : à partir des cartes/carnets de vaccination ou autre document où les vaccinations sont inscrites et des déclarations des mères. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants âgés de 12 à 23 mois qui devraient avoir déjà reçu tous leurs vaccins du PEV.

Parmi les enfants de 12-23 mois dont les mères ont été enquêtées, 78 % ont déjà eu une carte de vaccination ou un autre document où les vaccinations étaient enregistrées. Cependant, au moment de l'enquête, seulement 70 % d'entre eux avaient une carte de vaccination qui a été observée par l'enquêtrice (tableau non présenté).

Le **tableau 10** indique que 52 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base et 10 % n'ont reçu aucun vaccin. Par ailleurs, 42 % des enfants de 12-23 mois et 40 % de ceux de 24-35 mois ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge.

Selon le type de vaccin, 87 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 75 % ont reçu la dose de Polio 0 (à la naissance) et 65 % ont été vaccinés contre la rougeole. Pour les vaccins à doses multiples, on note des déperditions importantes entre la première et la troisième dose. De 83 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 72 % pour la troisième. En ce qui concerne vaccin contre la Polio, le pourcentage passe de 86 % pour la première dose à 67 % pour la troisième. Enfin, pour le vaccin contre le pneumocoque, la couverture passe de 81 % pour la première dose à 69 % pour la troisième dose. Quant au vaccin contre le rotavirus, entre la première et la deuxième dose, le pourcentage passe de 77 % à 70 %.

Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge est plus élevé en milieu urbain (51 %) qu'en milieu rural (35 %). De plus, ce pourcentage varie énormément d'une région à une autre ; c'est à Douala qu'il est le plus élevé (61 %). À l'opposé, les régions de l'Extrême-Nord (24 %), du Nord (25 %) et de l'Adamaoua (28 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles.

Il apparaît que la couverture vaccinale des enfants est influencée par le niveau d'instruction de leur mère et le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, le pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu

tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 24 % parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 52 % parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire 1^{er} cycle et à 73 % chez ceux dont la mère a atteint le niveau supérieur. En outre, le pourcentage des enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge passe de 24 % dans les ménages du quintile le plus bas à 61 % dans le quintile le plus élevé.

3.7.2 Traitement des maladies de l'enfance

Au cours de l'EDSC-V, on a demandé aux mères si, dans les 2 semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë ou IRA) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Parmi les enfants de moins de 5 ans, 1 % ont présenté des symptômes d'IRA au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview (tableau non présenté). Des conseils ou un traitement ont été recherchés dans 59 % des cas (**Tableau 11**).

Dans l'ensemble, 15 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête (tableau non présenté). Parmi ces enfants, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 61 % d'entre eux (**Tableau 11**). Les enfants du milieu rural (56 %), ceux de l'Est (36 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (51 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre.

Par ailleurs, 12 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des 2 dernières semaines avant l'enquête (tableau non présenté). Des conseils ou un traitement médical ont été recherchés pour 52 % de ces enfants (**Tableau 11**). En outre, 18 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO), 21 % ont reçu du zinc et 8 % à la fois du zinc et du SRO.

Tableau 11 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement. Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ; pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ; pourcentage à qui on a donné du zinc et pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
Âge en mois									
<6	*	10	62,7	68	(42,7)	(4,1)	(28,4)	(4,1)	52
6-11	*	24	66,0	183	60,1	20,3	26,7	10,3	198
12-23	*	22	57,4	338	48,8	21,1	22,7	10,3	401
24-35	*	20	60,9	338	53,8	16,5	18,1	4,2	241
36-47	*	12	59,9	280	53,1	15,8	14,8	6,8	145
48-59	*	6	63,2	247	42,6	14,4	8,8	3,1	90
Sexe									
Masculin	(55,7)	45	63,4	740	51,1	19,0	19,3	8,0	639
Féminin	(62,4)	49	58,5	714	52,3	16,6	22,2	7,2	488
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	*	19	69,4	191	49,9	31,3	22,5	9,8	210
Autre urbain	(59,0)	29	66,9	402	60,2	18,8	19,8	8,3	326
Ensemble urbain	(72,2)	48	67,7	592	56,1	23,7	20,9	8,9	536
Rural	(45,6)	46	56,4	861	47,5	12,7	20,3	6,5	591

À suivre...

Tableau 11—Suite

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
Région³									
Adamaoua	*	1	43,0	71	43,7	16,4	15,1	5,9	45
Centre (Sans Yaoundé)	*	14	58,9	239	49,7	21,1	18,4	7,6	184
Douala	*	6	63,2	76	40,4	30,4	26,2	14,7	89
Est	*	4	36,2	90	34,3	15,7	15,4	5,0	69
Extrême Nord	*	7	58,6	313	57,7	9,4	15,3	7,3	208
Littoral (Sans Douala)	*	4	58,7	31	(49,7)	(15,7)	(22,7)	(11,6)	23
Nord	*	6	63,4	173	57,1	12,6	32,0	8,3	164
Nord-Ouest	*	12	59,9	75	(39,9)	(20,8)	(14,9)	(8,0)	53
Ouest	*	23	76,2	179	61,6	17,8	25,1	7,6	110
Sud	*	4	55,9	71	43,0	7,9	13,2	1,6	55
Sud-Ouest	*	0	(87,9)	21	*	*	*	*	5
Yaoundé	*	12	73,5	115	56,8	32,0	19,9	6,3	122
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	*	11	51,1	391	49,8	7,5	15,0	4,4	215
Primaire	(52,5)	35	63,7	463	49,8	16,2	20,1	7,0	384
Secondaire 1 ^{er} cycle	(49,6)	33	64,9	413	53,4	22,6	20,4	7,4	361
Secondaire 2 nd cycle	*	10	68,1	116	49,8	20,1	27,3	10,1	120
Supérieur	*	5	63,9	70	(65,9)	(38,9)	(33,6)	(23,9)	47
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	*	9	46,9	311	44,9	9,2	15,5	4,6	203
Second	(48,6)	29	61,1	391	51,8	12,5	17,2	5,9	266
Moyen	(54,7)	26	62,1	316	54,1	19,3	23,9	6,8	255
Quatrième	*	18	69,4	235	56,1	21,8	21,3	8,5	242
Le plus élevé	*	11	71,4	199	49,2	29,9	26,2	14,7	161
Ensemble	59,2	94	61,0	1 453	51,6	17,9	20,6	7,7	1 127

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

² Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

³ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.7.3 État nutritionnel des enfants

Au cours de l'EDSC-V, les enfants de moins de 5 ans ont été pesés et mesurés. Les données sur la taille/longueur des enfants, leur poids et leur âge ont été utilisées pour calculer 3 indices anthropométriques servant à évaluer leur état nutritionnel : la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour-âge. Chacun de ces indices fournit des informations différentes sur la croissance et la composition du corps pour évaluer l'état nutritionnel. Ces indices sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de 2 écarts-types (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme atteints de malnutrition, et ceux qui se situent à moins de 3 écarts-types (-3ET) de la médiane sont considérés comme atteints de malnutrition sévère.

Au total, 5 296 enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Les enfants pour lesquels des données sont manquantes, incomplètes ou hors-normes (aberrantes) ne sont pas inclus dans l'analyse. Des données valides sont disponibles sur la taille-pour-âge pour 98 % des enfants, sur le poids-pour-taille pour 97 % des enfants et sur le poids-pour-âge pour 98 % des enfants.

Le **tableau 12** présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont le Z-score pour la taille-pour-âge se situe en dessous de moins 2 écarts-types (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme ayant un retard de croissance. Ils sont trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou sont atteints de sous-nutrition chronique. Les enfants en dessous de moins 3 écarts-types (-3ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 29 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique et 14 % ont un retard de croissance sévère.

La prévalence de la malnutrition chronique est légèrement plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (31 % contre 27 %). L'examen des résultats révèle que les enfants du milieu rural sont près de quatre fois plus atteints par la malnutrition chronique que ceux de Yaoundé/Douala (36 % contre 10 %).

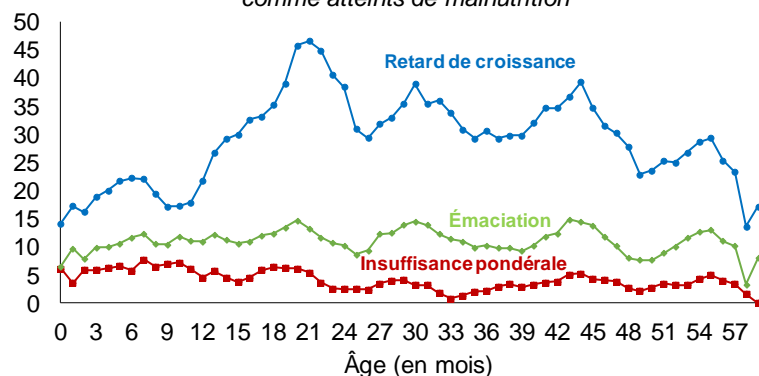
Au niveau régional, ces résultats montrent que la prévalence varie d'une région à une autre. C'est à Douala que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (9 %) ; les régions de l'Est (37 %), de l'Extrême-Nord (37 %) et du Nord (41 %) enregistrent les prévalences les plus élevées.

La prévalence de la malnutrition chronique décroît de manière importante en fonction du niveau d'instruction de la mère, passant de 39 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 8 % quand elle a le niveau supérieur. De même, du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, la prévalence de la malnutrition chronique passe de 40 % à 9 %.

C'est parmi les enfants de moins de 12 mois que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible. Elle augmente ensuite pour atteindre le maximum à 18-23 mois, groupe d'âge dans lequel 45 % des enfants sont atteints de malnutrition chronique. Par la suite, cette prévalence diminue pour se situer à 25 % dans le groupe d'âge 48-59 mois (**Graphique 6**).

Graphique 6 État nutritionnel des enfants par âge

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans, considérés comme atteints de malnutrition



Note : Le retard de croissance indique une malnutrition chronique ; L'émaciation indique une malnutrition aiguë ; L'insuffisance pondérale peut être provoquée, soit par la malnutrition chronique, soit par la malnutrition aiguë ou par une combinaison des deux indices. Les valeurs représentées sont lissées par une moyenne mobile sur 5 mois.

Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 2 écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés) ou atteints de sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 3 écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés. L'émaciation ou un faible poids-pour-taille est une mesure de la malnutrition aiguë. Elle est la conséquence d'une alimentation inadéquate pendant la période qui se situe juste avant l'enquête. L'émaciation peut résulter de prises alimentaires inadéquates ou d'un épisode récent de maladie conduisant à une perte de poids (par exemple, la diarrhée).

D'après le **tableau 12**, 4% sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë (ils sont trop maigres par rapport à leur taille) et 2 % sont sévèrement émaciés.

L'opposé de l'émaciation est le surpoids (un poids trop important par rapport à la taille). Les enfants dont le poids-pour-taille est supérieur à 2 écarts-types au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant un surpoids. D'après le **tableau 12**, 11% des enfants de moins de 5 ans sont en surpoids.

Tableau 12 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans, considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹				Poids-pour taille					Poids-pour âge				
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois														
<6	8,2	18,0	-0,5	549	2,7	6,1	17,5	0,5	534	4,2	9,2	7,0	-0,0	561
6-8	14,9	23,0	-0,7	282	2,3	6,9	14,7	0,3	284	3,7	11,4	4,2	-0,3	291
9-11	7,8	13,5	-0,4	238	2,4	6,8	12,8	0,2	239	1,8	9,4	6,0	-0,1	239
12-17	11,1	28,4	-1,0	561	1,6	4,6	8,2	0,2	557	2,3	11,5	1,1	-0,3	565
18-23	21,2	45,4	-1,7	482	1,4	5,7	11,4	0,5	479	4,2	13,3	2,2	-0,5	484
24-35	16,4	32,9	-1,3	1 015	1,5	2,7	10,9	0,5	1 020	3,6	11,7	3,1	-0,4	1 021
36-47	14,9	32,6	-1,3	1 081	1,6	3,8	10,5	0,5	1 081	3,4	11,8	1,9	-0,4	1 090
48-59	10,7	25,0	-1,1	1 087	0,8	3,4	8,1	0,3	1 074	1,6	9,7	1,9	-0,5	1 093
Sexe														
Masculin	14,6	31,2	-1,2	2 704	1,6	5,0	12,2	0,4	2 700	3,4	12,2	3,0	-0,4	2 728
Féminin	12,4	26,6	-1,0	2 591	1,6	3,6	9,7	0,4	2 568	2,8	9,9	2,8	-0,3	2 615
Interview de la mère														
Interviewée	13,8	29,3	-1,1	4 635	1,6	4,5	11,0	0,4	4 614	3,3	11,4	2,9	-0,4	4 683
Non Interviewée mais vivant dans le ménage	9,0	20,5	-1,0	72	6,0	7,7	14,7	0,4	71	0,0	4,4	4,8	-0,3	72
Non Interviewée ne vivant pas dans le ménage ³	11,8	27,4	-1,1	587	1,2	2,6	10,1	0,6	583	1,5	9,0	2,8	-0,2	589
Milieu de résidence														
Yaoundé/Douala	3,4	10,1	-0,2	823	1,0	2,7	9,0	0,5	813	0,5	2,4	4,9	0,3	823
Autre urbain	9,5	25,1	-1,0	1 535	1,5	4,1	11,0	0,4	1 524	1,9	8,4	3,1	-0,3	1 542
Ensemble urbain	7,4	19,8	-0,7	2 357	1,3	3,6	10,3	0,5	2 337	1,4	6,3	3,7	-0,1	2 365
Rural	18,4	36,2	-1,4	2 937	1,8	4,8	11,5	0,3	2 931	4,4	14,8	2,3	-0,6	2 978
Région⁴														
Adamaoua	15,4	34,6	-1,3	247	5,2	10,0	8,7	-0,1	241	6,0	17,0	1,5	-0,9	248
Centre (Sans Yaoundé)	11,0	26,7	-1,0	606	1,2	2,1	9,3	0,6	608	1,3	6,2	2,2	-0,2	609
Douala	2,2	8,9	-0,3	403	0,9	2,1	9,7	0,6	394	0,0	1,8	5,8	0,3	403
Est	15,7	37,3	-1,4	391	0,8	3,1	7,3	0,3	386	2,7	11,0	1,9	-0,6	391
Extrême Nord	17,2	37,3	-1,4	1 025	3,4	10,1	3,1	-0,5	1 022	7,8	26,4	1,5	-1,2	1 034
Littoral (Sans Douala)	6,4	19,1	-0,9	199	1,0	1,4	14,5	0,8	198	1,1	3,2	3,7	0,1	198
Nord	25,6	41,3	-1,8	757	1,6	5,0	20,9	0,7	758	3,7	14,9	0,7	-0,6	780
Nord-Ouest	8,6	26,9	-1,0	318	0,4	1,7	14,9	0,9	318	1,1	3,7	8,0	0,1	325
Ouest	10,8	25,0	-1,0	605	0,3	0,6	16,3	1,0	601	1,1	3,9	4,7	0,1	605
Sud	13,9	26,0	-1,2	240	0,4	1,2	11,0	0,6	240	1,9	4,6	1,1	-0,3	244
Sud-Ouest	13,0	27,9	-0,9	84	0,0	0,5	12,2	0,6	83	1,1	3,7	6,3	-0,0	85
Yaoundé	4,6	11,3	-0,2	420	1,0	3,2	8,3	0,5	418	1,1	3,1	4,1	0,2	420

À suivre...

Tableau 12—Suite

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹				Poids-pour taille				Poids-pour âge					
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Niveau d'instruction de la mère⁵														
Aucun	20,5	38,8	-1,5	1 282	3,1	8,4	10,8	-0,0	1 292	7,0	21,9	1,4	-0,9	1 301
Primaire	13,6	32,4	-1,2	1 555	1,2	3,1	11,0	0,5	1 543	2,5	9,7	2,1	-0,4	1 570
Secondaire 1 ^{er} cycle	10,9	24,2	-1,0	1 180	0,7	3,0	9,3	0,5	1 170	1,6	6,8	3,8	-0,2	1 189
Secondaire 2 nd cycle	7,4	14,8	-0,5	447	2,1	3,1	15,2	0,7	439	1,1	2,8	4,4	0,2	450
Supérieur	3,6	7,6	-0,1	237	0,3	3,0	13,2	0,6	235	0,7	2,4	8,9	0,4	239
Manquant	*	*	*	6	*	*	*	*	6	*	*	*	*	6
Quintile de bien-être économique														
Le plus bas	21,3	40,4	-1,6	1 201	3,2	7,8	10,8	0,0	1 200	6,6	21,1	1,5	-0,9	1 230
Second	18,2	38,7	-1,5	1 214	0,8	4,1	10,0	0,3	1 209	3,9	14,9	1,6	-0,6	1 222
Moyen	10,8	27,8	-1,2	1 073	1,6	2,8	12,7	0,6	1 070	1,9	8,0	3,3	-0,2	1 077
Quatrième	8,8	20,2	-0,8	1 032	1,3	3,1	10,3	0,6	1 015	0,8	4,5	3,5	-0,0	1 035
Le plus élevé	4,0	9,1	-0,2	775	0,9	2,7	11,3	0,6	775	0,8	2,0	5,9	0,3	779
Ensemble	13,5	28,9	-1,1	5 295	1,6	4,3	11,0	0,4	5 268	3,1	11,0	2,9	-0,4	5 343

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; les autres enfants sont mesurés en position debout

² Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée

⁴ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

⁵ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 2 écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Ils sont trop maigres par rapport à leur âge. Ceux dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 3 écarts-types de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère. Le poids-pour-âge est un indice combiné du poids-pour-taille et de la taille-pour âge. De ce fait, il prend en compte, à la fois, la sous-nutrition aiguë et la sous-nutrition chronique et il constitue un indice global de la sous-nutrition.

Le **tableau 12** montre que 11 % des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale, y compris 3 % qui présentent une insuffisance pondérale sévère.

3.7.4 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est la principale source de nutriments pour l'enfant parce qu'il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. De plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Le ministère de la Santé Publique et l'OMS recommandent l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, qu'on introduise dans l'alimentation des aliments solides de complément. Le **tableau 13** présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 13 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaité et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de 2 ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSC-V Cameroun 2018

Âge en mois	Type d'allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et liquides non lactés ¹	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément					
0-1	7,6	51,5	30,6	0,8	6,6	3,0	100,0	92,4	324	10,4	333
2-3	8,6	37,4	31,7	2,5	7,8	12,1	100,0	91,4	380	17,5	391
4-5	6,7	30,6	22,8	5,2	4,8	29,8	100,0	93,3	326	23,5	328
6-8	10,0	4,2	12,1	3,7	2,1	67,8	100,0	90,0	520	28,0	533
9-11	16,2	1,9	4,9	0,6	0,4	75,9	100,0	83,8	414	23,0	435
12-17	44,2	0,2	1,7	0,8	0,0	53,0	100,0	55,8	988	18,0	1 039
18-23	73,1	0,1	0,6	0,0	0,1	26,1	100,0	26,9	754	15,5	861
0-3	8,1	43,9	31,2	1,7	7,3	7,9	100,0	91,9	704	14,2	725
0-5	7,7	39,7	28,5	2,8	6,5	14,8	100,0	92,3	1 030	17,1	1 053
6-9	10,6	3,9	11,3	3,1	1,6	69,4	100,0	89,4	678	25,7	703
12-15	35,4	0,3	1,7	0,9	0,1	61,5	100,0	64,6	668	18,1	700
12-23	56,7	0,2	1,2	0,5	0,0	41,4	100,0	43,3	1 742	16,9	1 900
20-23	76,8	0,1	0,7	0,0	0,0	22,4	100,0	23,2	485	13,0	569

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi, les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs ou les autres liquides.

Les résultats de l'enquête montrent que 92 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités et 65 % des enfants de 12-15 mois le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les 6 premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âge 0-5 mois, seulement 40 % sont allaités exclusivement au sein. L'introduction d'autres liquides ou suppléments pour la majorité des enfants a donc lieu à un âge trop jeune. Près de trois enfants de 0-5 mois sur dix (29 %) sont allaités et reçoivent de l'eau seulement, 3 % reçoivent du lait maternel et d'autres liquides non lactés, 7 % reçoivent du lait maternel et d'autres laits et 15 % reçoivent du lait et des aliments de compléments. Par ailleurs, 8 % des enfants de 0-5 mois ne sont pas allaités.

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques, surtout si les biberons et les tétines sont mal nettoyés et mal stérilisés. Les résultats montrent que 24 % des enfants de 4-5 mois ont été nourris au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview.

Les directives de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi solides dès l'âge de 6 mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent. Ces directives sont suivies par 69 % des enfants de 6-9 mois, qui reçoivent en plus du lait maternel, des aliments de complément.

Les nouveau-nés et les jeunes enfants doivent recevoir un apport alimentaire minimum acceptable pour leur garantir une croissance et un développement optimal.

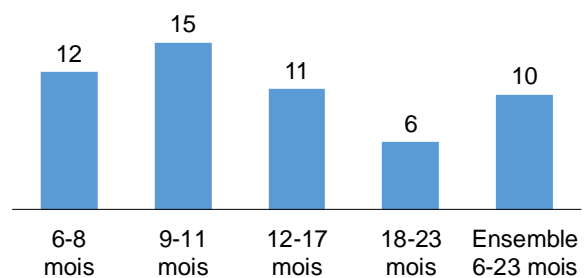
Le minimum alimentaire acceptable est un indicateur utilisé pour évaluer la proportion d'enfants de 6-23 mois ayant été nourris de manière optimale selon les recommandations de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Selon ces recommandations, on considère que les enfants de 6-23 mois ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable s'ils remplissent les trois conditions suivantes :

- Ils ont reçu le lait maternel ou ils n'ont pas reçu de lait maternel et ont été nourris avec au moins deux repas de préparations commerciales pour bébés, de lait d'animal frais, en boîte ou en poudre et de yaourt ;
- Ils ont reçu des aliments de cinq groupes ou plus des huit groupes alimentaires suivants : a) lait maternel ; b) préparation commerciale pour bébés, lait autre que le lait maternel, fromage ou yaourt ou autres produits laitiers ; c) préparations à base de céréales, de racines ou de tubercules et les préparations enrichies pour bébés à base de céréales ; d) fruits, légumes riches en vitamine A et des préparations à base d'huile de palme ; e) autres fruits et légumes ; g) œufs viande, abats, poisson ou des crustacés ; h) légumes et noix ;
- Ils sont nourris selon le nombre minimum recommandé de fois par jour selon leur âge et selon qu'ils sont allaités ou non : a) pour les enfants allaités, la fréquence minimum des repas consiste à recevoir des aliments solides, semi-solides ou mous au moins 2 fois par jour pour les enfants de 6-8 mois et au moins 3 fois par jour pour ceux de 9-23 mois ; b) pour les enfants de 6-23 mois non allaités, la fréquence minimum des repas consiste à recevoir des aliments solides, semi-solides, ou mous ou des préparations à base de lait au moins 4 fois par jour. L'un, au moins, des aliments doit être solide, semi-solide ou mou.

Le **graphique 7** présente le pourcentage d'enfants derniers-nés vivant avec leur mère, qui ont un apport alimentaire minimum acceptable selon l'âge. Parmi les enfants de 6-23 mois, 10 % ont été nourris suivant le minimum alimentaire acceptable. En outre, 6 % des enfants de 18-23 mois et 15 % de ceux de 9-11 mois ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable.

Graphique 7 Apport alimentaire minimum acceptable

Pourcentage d'enfants derniers-nés qui ont un régime alimentaire minimum acceptable



3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

L'anémie se manifeste par une diminution de la qualité ou de la quantité des globules rouges. Les globules rouges sont des cellules qui servent à transporter l'oxygène dans le sang. Il existe plusieurs types d'anémies. Bien que l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou par des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à un apport insuffisant de fer dans l'alimentation. C'est un grave problème de santé.

Un test du niveau d'hémoglobine a été réalisé au cours de l'EDSC-V afin d'estimer la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans. Le **tableau 14** présente le pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				Effectif d'enfants de 6-59 mois
	Anémie (<11.0 g/dl)	Anémie légère (10.0-10.9 g/dl)	Anémie modérée (7.0-9.9 g/dl)	Anémie sévère (<7.0 g/dl)	
Âge en mois					
6-8	66,0	28,9	34,9	2,3	282
9-11	77,2	33,5	39,9	3,7	236
12-17	71,4	21,5	48,0	1,9	561
18-23	70,0	35,0	33,4	1,5	483
24-35	56,6	27,5	27,1	2,0	1 024
36-47	48,8	22,6	23,8	2,4	1 088
48-59	47,3	25,6	20,6	1,1	1 090
Sexe					
Masculin	59,2	27,7	29,3	2,1	2 419
Féminin	55,5	25,0	28,8	1,7	2 344
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	49,3	24,2	24,3	0,8	738
Autre urbain	50,7	24,1	25,0	1,7	1 359
Ensemble urbain	50,2	24,1	24,7	1,4	2 096
Rural	63,0	28,2	32,5	2,3	2 666
Région¹					
Adamaoua	60,2	24,0	33,8	2,4	215
Centre (Sans Yaoundé)	65,2	26,9	36,1	2,2	547
Douala	56,5	29,7	25,1	1,7	355
Est	64,8	28,6	33,4	2,8	341
Extrême Nord	64,0	31,5	31,1	1,4	924
Littoral (Sans Douala)	54,8	27,4	26,7	0,7	176
Nord	56,9	26,8	28,3	1,8	694
Nord-Ouest	44,3	22,4	17,2	4,7	291
Ouest	56,6	24,4	30,7	1,6	534
Sud	50,9	19,6	27,3	4,0	223
Sud-Ouest	41,9	21,7	19,0	1,2	82
Yaoundé	42,7	19,1	23,6	0,0	383
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	65,6	29,9	33,2	2,5	1 104
Second	62,4	25,3	34,6	2,4	1 097
Moyen	57,9	26,4	28,8	2,6	941
Quatrième	51,2	25,4	25,1	0,7	917
Le plus élevé	44,0	23,8	19,4	0,8	702
Ensemble	57,4	26,4	29,1	1,9	4 763

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé, dans le ménage, la nuit précédant l'interview, et qui ont été testés pour l'anémie. La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC, 1998. L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Au Cameroun, environ six enfants de 6-59 mois sur dix (57 %) sont atteints d'anémie : 26 % sous la forme légère, 29 % sous la forme modérée et 2 % sous la forme sévère. La proportion des enfants anémiques varie selon la caractéristique sociodémographique et économique.

En effet, la prévalence de l'anémie diminue progressivement avec l'âge, passant de 77 % parmi les enfants de 9-11 mois à 47 % parmi ceux de 48-59 mois. Elle touche aussi davantage les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain (63 % contre 50 %). Au niveau des régions, la prévalence de l'anémie varie d'un maximum de 65 % au Centre (sans Yaoundé) et à l'Est, à un minimum de 43 % dans la ville de Yaoundé.

Le quintile de bien-être économique du ménage influence aussi la prévalence de l'anémie chez les enfants. Elle est estimée à 66 % dans les ménages du quintile le plus bas et à 44 % dans les ménages du quintile le plus élevé.

Le **tableau 15** montre que 40 % des femmes de 15 à 49 ans souffrent d'anémie : 22 % sous la forme légère, 17 % sous la forme modérée et 1 % sous la forme sévère. Selon le milieu de résidence, la prévalence de l'anémie chez les femmes est plus élevée dans à Yaoundé/Douala (44 %) que dans le reste du milieu urbain (36 %). Selon la région d'enquête, c'est parmi les femmes de la ville de Douala que la prévalence de l'anémie est la plus élevée (54 %) et c'est parmi celles du Nord-Ouest (24 %) qu'elle est la plus faible.

Selon le niveau d'instruction, on constate que c'est parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction que la prévalence est la plus élevée (44 %) et c'est parmi celles ayant le niveau supérieur qu'elle est la plus faible (36 %). Par ailleurs, la prévalence de l'anémie chez les femmes est plus élevée dans les ménages du quintile le plus bas que dans les autres quintiles (43 % contre 40 % ou moins).

Tableau 15 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans considérées comme étant atteintes d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				Effectif de femmes	
	Non enceinte	Anémie	Légère	Modérée		Sévère
		Enceinte	<12,0 g/dl	11,0-11,9 g/dl		8,0-10,9 g/dl
		<11,0 g/dl	10,0-10,9 g/dl	7,0-9,9 g/dl	<7,0 g/dl	
Groupe d'âges						
15-19		41,7	24,0	16,8	0,9	1 632
20-29		38,2	20,5	16,9	0,8	2 460
30-39		41,3	22,3	18,3	0,8	1 755
40-49		37,4	18,5	18,0	0,9	982
Effectif d'enfants nés vivants						
0		42,0	24,1	17,0	1,0	1 998
1		36,8	19,9	16,3	0,6	1 035
2-3		38,5	20,1	17,6	0,8	1 596
4-5		41,4	23,2	17,4	0,8	1 145
6+		38,4	18,4	19,0	0,9	1 055
Grossesse/Allaitement						
Enceinte		39,4	22,0	17,0	0,4	620
Allaite		39,9	21,7	17,4	0,8	1 353
Ni l'un, ni l'autre		39,7	21,4	17,5	0,9	4 855
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala		43,7	24,3	18,8	0,6	1 553
Autre urbain		35,5	21,0	13,7	0,7	2 176
Ensemble urbain		38,9	22,4	15,8	0,7	3 729
Rural		40,8	20,4	19,3	1,0	3 100
Région¹						
Adamaoua		44,2	20,7	20,7	2,8	312
Centre (Sans Yaoundé)		43,4	24,1	18,3	1,1	693
Douala		53,9	29,1	24,0	0,8	813
Est		32,2	18,2	12,7	1,3	429
Extrême Nord		43,2	21,7	21,0	0,6	1 058
Littoral (Sans Douala)		45,7	23,8	20,8	1,1	270
Nord		39,2	19,7	18,6	0,9	834
Nord-Ouest		23,7	11,6	11,2	0,9	450
Ouest		33,8	19,2	14,4	0,3	704
Sud		40,4	26,0	13,6	0,8	374
Sud-Ouest		35,9	25,5	10,4	0,0	152
Yaoundé		32,4	19,0	13,1	0,3	740

À suivre...

Tableau 15—Suite

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				Effectif de femmes	
	Non enceinte	Anémie	Légère	Modérée		Sévère
		<12,0 g/dl	11,0-11,9 g/dl	8,0-10,9 g/dl		<8,0 g/dl
Enceinte	<11,0 g/dl	10,0-10,9 g/dl	7,0-9,9 g/dl	<7,0 g/dl		
Niveau d'instruction						
Aucun		43,8	21,0	21,5	1,2	1 361
Primaire		38,2	21,2	16,4	0,7	1 885
Secondaire 1 ^{er} cycle		40,6	21,4	18,3	0,9	1 981
Secondaire 2 nd cycle		37,8	23,3	13,9	0,6	1 092
Supérieur		35,5	20,7	14,3	0,5	509
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas		43,1	19,0	22,7	1,3	1 147
Second		39,5	22,6	16,2	0,8	1 248
Moyen		38,3	20,5	16,7	1,2	1 369
Quatrième		38,0	20,3	17,3	0,3	1 524
Le plus élevé		40,3	24,5	15,1	0,7	1 539
Ensemble		39,7	21,5	17,4	0,8	6 829

Note : La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction de l'altitude et du fait de fumer en utilisant les formules du CDC, 1998.

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.8 PALUDISME

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludéens, et la prise préventive d'antipaludéens par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSC-V permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et leur utilisation par les enfants.

3.8.1 Accès à une MII dans le ménage

Il ressort du **tableau 16** qu'au Cameroun, près de six ménages sur dix (57 %) possèdent, au moins une MII. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (61 %) qu'en milieu rural (53 %). Les régions de l'Adamaoua (34 %) et de l'Extrême-Nord (38 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles de ménages possédant au moins une MII.

Environ trois ménages sur dix (29 %) possèdent, au moins, une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (33 %) qu'en milieu rural (24 %). Dans les régions, ce pourcentage varie d'un minimum de 17 % à l'Extrême-Nord à un maximum de 40 % dans la ville de Douala. Par ailleurs, le pourcentage de ménages possédant, au moins, une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage augmente avec le niveau de bien-être économique du ménage, passant de 15 % dans le quintile le plus bas à 38 % dans le plus élevé.

Tableau 16 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique	Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	Nombre moyen de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹ pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage ²	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	65,1	1,4	2 923	39,0	2 900
Autre urbain	56,8	1,3	3 647	28,9	3 635
Ensemble urbain	60,5	1,3	6 570	33,4	6 535
Rural	53,2	1,3	5 140	24,3	5 121
Région³					
Adamaoua	34,3	0,7	593	17,8	589
Centre (Sans Yaoundé)	74,3	2,0	988	38,0	982
Douala	65,0	1,4	1 596	39,7	1 591
Est	56,9	1,3	683	26,3	681
Extrême Nord	38,4	0,8	1 885	16,5	1 882
Littoral (Sans Douala)	71,8	1,6	495	37,9	493
Nord	51,4	1,2	1 322	19,2	1 322
Nord-Ouest	49,1	1,1	844	30,2	841
Ouest	68,0	1,6	1 207	32,1	1 199
Sud	74,0	1,9	461	37,4	459
Sud-Ouest	46,3	0,9	309	24,5	308
Yaoundé	65,1	1,4	1 327	38,1	1 310
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	40,8	0,9	2 046	15,2	2 041
Second	55,3	1,3	2 123	25,8	2 116
Moyen	60,4	1,4	2 258	29,1	2 251
Quatrième	63,2	1,4	2 566	35,0	2 553
Le plus élevé	62,9	1,5	2 717	37,9	2 695
Ensemble	57,3	1,3	11 710	29,4	11 656

¹ Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSC-IV, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA).

² Membres de fait des ménages.

³ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

Le **tableau 17** indique qu'un peu plus de quatre enfants de moins de 5 ans sur dix (41 %) ont passé la nuit précédant l'interview sous une MII. Le pourcentage des enfants ayant dormi sous une MII est plus élevé en milieu urbain (48 %) qu'en milieu rural (36 %). Par ailleurs, si on se limite seulement aux enfants qui vivent dans un ménage possédant au moins une MII, on constate un pourcentage encore plus élevé d'utilisation de MII par les enfants (67 %).

Parmi les femmes enceintes, 45 % ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview. Dans les ménages possédant au moins une MII, ce pourcentage atteint 73 %. Le pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (48 % contre 43 %). L'utilisation des MII chez les femmes enceintes augmente avec le quintile de bien-être économique du ménage, passant de 36 % dans le quintile le plus bas à 51 % dans le quintile le plus élevé.

Tableau 17 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit avant l'interview ; parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MII, et parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages possédant, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MII ¹		Femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages possédant au moins une MII	
	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	55,5	1 574	75,7	1 154	52,3	201	75,8	139
Autre urbain	43,4	2 829	66,6	1 843	46,1	369	74,1	230
Ensemble urbain	47,7	4 403	70,1	2 997	48,3	571	74,7	369
Rural	36,1	5 520	64,0	3 111	42,6	634	71,2	380
Région²								
Adamaoua	21,2	456	59,4	163	26,3	51	(72,9)	18
Centre (Sans Yaoundé)	56,4	1 065	74,1	811	64,6	132	85,0	100
Douala	55,0	787	75,5	574	51,2	91	(70,8)	66
Est	37,9	701	64,7	410	35,7	115	59,1	70
Extrême Nord	27,4	1 930	65,7	806	41,9	206	79,6	109
Littoral (Sans Douala)	61,1	341	76,9	271	82,1	31	89,0	29
Nord	31,5	1 532	58,5	824	37,5	180	71,6	94
Nord-Ouest	40,2	612	70,4	349	(42,8)	51	*	27
Ouest	44,3	1 114	57,0	866	40,0	140	59,9	93
Sud	50,0	445	62,5	356	44,2	76	59,3	56
Sud-Ouest	48,1	152	74,4	99	(47,0)	22	*	13
Yaoundé	56,0	787	75,9	581	53,2	110	80,4	73
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	28,5	2 250	64,4	997	36,0	245	73,0	121
Second	38,1	2 275	65,9	1 316	45,9	277	71,2	178
Moyen	42,7	1 994	63,8	1 334	46,5	235	69,4	158
Quatrième	50,1	1 839	70,4	1 310	48,6	235	76,8	148
Le plus élevé	51,7	1 565	70,3	1 152	50,5	213	75,0	144
Ensemble	41,2	9 923	67,0	6 108	45,3	1 205	72,9	749

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

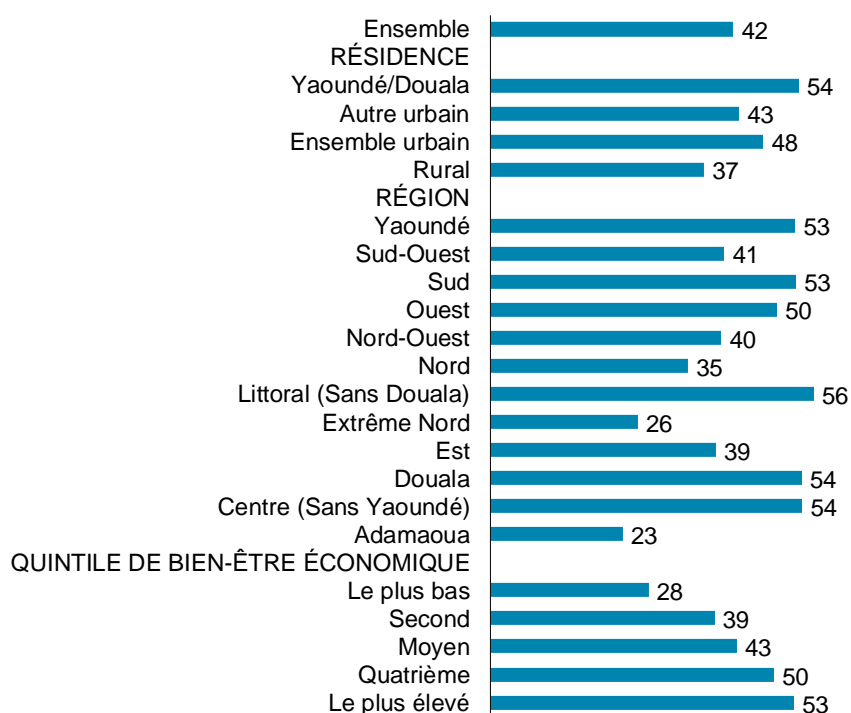
¹ Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSC-IV, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA).

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Il ressort du **graphique 8** que dans l'ensemble, 42 % de la population des ménages ont accès à une MII. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (48 %) qu'en milieu rural (37 %). En outre, dans des régions du Littoral (sans Douala) (56 %), du Centre (sans Yaoundé) (54 %), de Douala (54 %), du Sud (53 %), de Yaoundé (53 %) et de l'Ouest (50 %), la moitié de la population ou un peu plus ont accès à une MII dans le ménage.

Graphique 8 Accès à une MII

Pourcentage de la population de fait des ménages ayant accès à une MII



3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse

Pour réduire le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques pendant la grossesse. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme. La Sulfadoxine-pyriméthamine (SP), appelée aussi Fansidar, est le médicament recommandé pour le TPIg.

Au cours de l'EDSC-V, les enquêtrices ont demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête si durant la grossesse ayant donné lieu à la naissance vivante la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques à titre préventif et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Selon le **tableau 18**, trois quarts (75 %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante dans les 2 années précédant l'enquête ont pris au moins une dose de SP/Fansidar, 54 % en ont pris au moins deux doses et 32 % trois doses ou plus de SP/Fansidar. Le pourcentage de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente est plus élevé en milieu urbain (40 %) qu'en milieu rural (25 %). C'est dans les villes de Douala (45 %) et Yaoundé (43 %) que ces pourcentages sont les plus élevés. Les régions du Nord (24 %) et du Sud (25 %) enregistrent les plus faibles pourcentages de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente. Le **tableau 18** indique également que ce pourcentage augmente avec le quintile de bien-être économique, passant de 24 % chez les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 50 % chez celles du quintile le plus élevé.

Tableau 18 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui, pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar, ont reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, et qui ont reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar, selon certaines caractéristiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu 1 dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu 3 doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années ayant précédé l'enquête
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	85,7	63,2	44,2	615
Autre urbain	84,8	61,5	38,3	1 097
Ensemble urbain	85,1	62,1	40,4	1 712
Rural	66,2	47,3	25,3	2 212
Région¹				
Adamaoua	55,6	46,6	31,9	176
Centre (Sans Yaoundé)	78,1	55,6	30,9	409
Douala	85,0	60,8	45,4	301
Est	69,4	55,3	31,5	267
Extrême Nord	64,5	52,2	30,3	736
Littoral (Sans Douala)	81,1	56,4	34,7	132
Nord	55,3	39,3	23,5	657
Nord-Ouest	90,9	57,3	34,3	266
Ouest	94,1	60,5	32,0	448
Sud	83,9	55,7	24,8	171
Sud-Ouest	88,7	62,3	30,7	46
Yaoundé	86,3	65,5	43,0	315
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	53,7	40,5	24,1	873
Second	69,4	48,3	24,6	925
Moyen	80,5	55,6	29,9	818
Quatrième	86,3	61,3	38,7	722
Le plus élevé	90,5	70,3	49,6	586
Ensemble	74,5	53,8	31,9	3 924

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les informations collectées lors de l'EDSC-V sur la santé des enfants de moins de 5 ans, figurent également celles concernant les épisodes de fièvre et leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, on a demandé, si les enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le moment où le traitement antipaludique avait été administré pour la première fois.

Au cours des deux semaines avant l'interview, 15 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre (**tableau 19**). Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour six sur dix (61 %) de ces enfants ayant eu la fièvre. C'est en milieu urbain (68 %) et dans les ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (71 %) que ces pourcentages sont les plus élevés.

Par ailleurs, pour seulement 21 % des enfants ayant eu la fièvre dans les deux dernières semaines, un prélèvement sanguin au doigt ou au talon a été effectué pour être testé. Parmi les enfants ayant eu la fièvre dans les deux dernières semaines et ayant pris un antipaludique, environ un cinquième (21 %) ont pris une combinaison thérapeutique à base Artémisinine (CTA) comme antipaludique.

Tableau 19 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants de moins de 5 ans, pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d'Atémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristiques	Enfants de moins de cinq ans		Enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre			Enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre qui ont pris un antipaludique	
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils ¹	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	11,8	1 616	69,4	24,9	191	(24,4)	50
Autre urbain	15,2	2 646	66,9	22,8	402	26,3	145
Ensemble urbain	13,9	4 262	67,7	23,5	592	25,8	195
Rural	16,6	5 181	56,4	19,9	861	18,0	280
Région²							
Adamaoua	16,4	434	43,0	16,3	71	*	14
Centre (Sans Yaoundé)	23,0	1 036	58,9	17,5	239	33,3	61
Douala	9,5	801	63,2	17,7	76	*	17
Est	14,0	644	36,2	24,5	90	(36,6)	26
Extrême Nord	17,2	1 820	58,6	13,3	313	12,9	106
Littoral (Sans Douala)	9,9	313	58,7	22,4	31	*	6
Nord	12,0	1 448	63,4	23,6	173	12,7	83
Nord-Ouest	13,2	570	59,9	30,3	75	*	26
Ouest	17,9	1 000	76,2	29,6	179	23,6	64
Sud	16,5	430	55,9	14,8	71	7,5	27
Sud-Ouest	15,6	133	(87,9)	(59,2)	21	*	13
Yaoundé	14,1	816	73,5	29,7	115	(19,9)	34
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	14,8	2 102	46,9	12,4	311	8,0	110
Second	18,4	2 122	61,1	22,4	391	23,3	116
Moyen	16,6	1 911	62,1	22,8	316	23,9	93
Quatrième	12,9	1 819	69,4	25,2	235	23,7	79
Le plus élevé	13,4	1 488	71,4	26,7	199	30,8	77
Ensemble	15,4	9 443	61,0	21,4	1 453	21,2	475

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Sont inclus les conseils ou les traitements des sources suivantes : le secteur médical public, le secteur médical parapublic, le secteur médical privé, les boutiques, le marché, les vendeurs de médicaments itinérants ou non, GIC/ ONG santé et les relais communautaires. Ne sont pas pris en compte ici les conseils ou traitements fournis par un guérisseur ou un praticien traditionnel.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.8.5 Prévalence du paludisme chez les enfants

Le **tableau 20** présente la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le résultat du Test de Diagnostic Rapide (TDR). Globalement, les résultats du TDR indiquent que la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois est de 24 %. Cette prévalence est beaucoup plus élevée en milieu rural (32 %) qu'en milieu urbain (14 %). La prévalence la plus élevée est observée dans la région du Centre (sans Yaoundé) (47 %). À l'opposé, c'est à Douala (8 %) et dans la région du Nord-Ouest (10 %) que les prévalences les plus faibles sont observées.

Tableau 20 Prévalence du paludisme chez les enfants

Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon les résultats du test de diagnostic rapide (TDR), en fonction de certaines caractéristiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique	Prévalence du paludisme selon les résultats du TDR	
	TDR positif	Effectif d'enfants
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	11,2	733
Autre urbain	15,9	1 358
Ensemble urbain	14,2	2 092
Rural	31,6	2 667
Région¹		
Adamaoua	32,2	215
Centre (Sans Yaoundé)	46,8	547
Douala	7,8	354
Est	35,3	341
Extrême Nord	21,8	924
Littoral (Sans Douala)	20,6	175
Nord	26,0	694
Nord-Ouest	9,5	291
Ouest	15,8	534
Sud	33,4	223
Sud-Ouest	9,8	82
Yaoundé	14,4	379
Quintile de bien-être économique		
Le plus bas	31,2	1 104
Second	32,1	1 097
Moyen	25,8	942
Quatrième	15,7	915
Le plus élevé	8,1	700
Ensemble	24,0	4 758

TDR = Test Diagnostic Rapide SD BIOLINE Malaria Ag P.f/Pan
¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.9 CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DU VIH

3.9.1 Connaissance du VIH

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. La limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Au cours de l'EDSC-V, des questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur connaissance des moyens de prévention du VIH. Les résultats montrent qu'un peu plus de trois quarts des femmes (77 %) et des hommes (77 %) de 15-49 ans ont déclaré qu'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel (**Tableau 21**). Par ailleurs, 84 % des femmes et 82 % des hommes ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel, permet d'éviter les risques de contracter le VIH. Globalement, 71 % des femmes et 71 % des hommes connaissent à la fois ces deux moyens de prévention du VIH. Le pourcentage de femmes connaissant les deux moyens de prévention du VIH est plus élevé en milieu urbain (76 %) qu'en milieu rural (65 %). Cet écart est également observé chez les hommes, ce pourcentage variant de 76 % en milieu urbain à 64 % en milieu rural.

En outre, le **tableau 21** montre que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance des moyens permettant d'éviter le VIH augmente avec le niveau d'instruction. Alors que 85 % des femmes et 85 % des hommes ayant un niveau d'instruction supérieur, et respectivement 81 % et 80 % de ceux ayant un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle connaissent à la fois les deux moyens de prévention du VIH (Utilisation des condoms et limitation des rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté), ces pourcentages ne sont seulement que 55 % chez les femmes et 42 % chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction.

Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Femme				Homme			
	Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :				Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Âge								
15-24	76,2	82,1	70,3	5 726	76,9	80,5	69,4	2 663
15-19	73,2	79,1	66,7	3 309	74,2	77,6	66,1	1 528
20-24	80,4	86,3	75,1	2 417	80,6	84,5	73,9	1 135
25-29	78,1	84,7	72,3	2 426	77,8	83,8	72,4	972
30-39	77,2	85,2	71,9	3 473	78,7	81,6	71,0	1 479
40-49	76,8	83,1	70,8	1 991	76,2	83,0	70,7	1 012
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	83,1	87,4	76,0	3 198	84,2	87,4	77,7	1 519
Autre urbain	81,4	87,1	75,9	4 340	80,3	84,1	73,8	1 938
Ensemble urbain	82,1	87,2	75,9	7 538	82,0	85,6	75,5	3 457
Rural	70,4	78,9	65,2	6 078	71,4	76,7	64,0	2 669
Région³								
Adamaoua	69,7	76,0	64,8	630	71,5	74,8	63,0	268
Centre (Sans Yaoundé)	81,3	86,9	75,0	1 350	87,7	87,6	79,7	732
Douala	84,2	88,1	77,9	1 675	82,6	84,5	76,1	804
Est	80,3	85,9	76,6	848	89,7	89,4	84,5	350
Extrême Nord	66,2	76,3	62,0	2 009	53,9	66,6	47,5	849
Littoral (Sans Douala)	77,4	81,7	67,9	507	84,0	88,3	79,6	254
Nord	66,6	81,6	62,9	1 720	59,9	65,8	47,7	780
Nord-Ouest	77,6	83,8	73,4	882	83,3	83,3	74,1	323
Ouest	83,0	84,5	75,6	1 442	88,2	94,5	85,5	604
Sud	78,0	82,2	69,7	723	83,3	83,0	80,1	325
Sud-Ouest	91,0	94,7	89,1	306	84,3	90,3	79,9	123
Yaoundé	82,0	86,7	73,9	1 522	86,0	90,7	79,4	715
Niveau d'instruction								
Aucun	59,4	72,5	55,3	2 778	52,4	58,7	41,6	621
Primaire	75,5	81,4	69,2	3 630	72,1	77,2	64,8	1 530
Secondaire 1 ^{er} cycle	81,8	86,3	75,0	3 963	79,8	83,1	72,4	1 946
Secondaire 2 nd cycle	86,3	91,3	80,9	2 195	85,2	89,9	80,2	1 336
Supérieur	89,6	92,8	84,6	1 049	89,6	92,5	85,0	693
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	59,5	71,6	55,3	2 239	55,8	63,0	46,3	913
Second	72,0	80,8	66,2	2 502	74,5	80,5	67,1	1 110
Moyen	79,3	85,3	73,3	2 696	79,5	82,1	73,1	1 270
Quatrième	83,3	86,3	76,1	2 939	82,8	86,5	76,6	1 317
Le plus élevé	84,8	89,8	79,4	3 241	86,0	89,3	80,1	1 516
Ensemble 15-49	76,9	83,5	71,1	13 616	77,4	81,7	70,5	6 126
50-64	65,2	72,6	57,5	1 061	73,9	83,1	71,0	852
Ensemble 15-64	76,0	82,7	70,1	14 677	77,0	81,9	70,6	6 978

¹ En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel.

² Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire.

³ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.9.2 Connaissance du VIH parmi les jeunes

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, les jeunes de 15-24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida ; ceux qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH. Le **tableau 22** récapitule les résultats concernant la connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans.

Au Cameroun, 36 % des jeunes femmes et 33 % des jeunes hommes âgés de 15-24 ans ont une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ; il est de 41 % chez les jeunes femmes et 39 % parmi les jeunes hommes du milieu urbain contre respectivement 29 % et 25 % en milieu rural.

Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction, passant de 27 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 47 % chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire 2nd cycle et à 56 % chez celles ayant le niveau d'instruction supérieur et, chez les hommes, respectivement de 9 % à 44 % et à 59 %.

Tableau 22 Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Femmes de 15-24 ans		Hommes de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif d'hommes
Âge				
15-19	33,4	3 309	30,6	1 528
15-17	30,2	1 997	28,4	908
18-19	38,3	1 312	33,9	620
20-24	39,1	2 417	35,5	1 135
20-22	37,7	1 505	32,3	714
23-24	41,3	912	41,1	421
État matrimonial				
Célibataire	36,5	3 708	33,0	2 476
A déjà eu des rapports sexuels	39,1	1 653	40,0	1 148
N'a jamais eu de rapports sexuels	34,4	2 055	27,0	1 328
Non célibataire	34,5	2 018	28,7	187
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	38,7	1 221	47,5	560
Autre urbain	42,5	1 984	33,5	939
Ensemble urbain	41,1	3 206	38,7	1 499
Rural	29,1	2 521	24,9	1 164
Région²				
Adamaoua	36,3	265	23,9	116
Centre (Sans Yaoundé)	25,7	628	28,1	326
Douala	39,6	595	42,7	275
Est	33,5	417	42,1	157
Extrême Nord	46,6	814	24,1	358
Littoral (Sans Douala)	34,8	203	33,4	107
Nord	36,0	663	13,2	347
Nord-Ouest	33,8	349	22,5	146
Ouest	33,3	686	33,0	341
Sud	23,6	351	52,0	145
Sud-Ouest	47,7	129	51,5	60
Yaoundé	37,9	626	52,2	285
Niveau d'instruction				
Aucun	27,4	755	8,6	152
Primaire	25,5	1 252	17,1	534
Secondaire 1 ^{er} cycle	34,9	2 151	32,2	1 099
Secondaire 2 nd cycle	47,1	1 186	43,5	686
Supérieur	56,2	382	59,3	193
Ensemble 15-24	35,8	5 726	32,7	2 663

¹ Sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infect, permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH, et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par des infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est rare.

Le **tableau 23.1** montre que 4 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 mois avant l'enquête et 22 % ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient comme si elles étaient mariées. Parmi ces dernières, 43 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne. Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 4,2 partenaires sexuels au cours de leur vie.

Tableau 23.1 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ; parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ce partenaire ; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes			Femmes qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec un de ces partenaires	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Âge									
15-24	4,6	28,3	5 726	46,2	264	49,4	1 621	3,1	3 627
15-19	3,0	22,7	3 309	51,7	98	51,9	750	2,4	1 456
20-24	6,8	36,0	2 417	43,0	165	47,2	871	3,6	2 170
25-29	5,0	23,3	2 426	25,8	122	33,4	566	4,5	2 331
30-39	4,2	17,0	3 473	35,8	144	38,4	589	5,0	3 316
40-49	2,7	13,5	1 991	22,7	54	38,0	270	4,7	1 913
État matrimonial									
Célibataire	6,7	46,5	4 692	48,9	312	46,2	2 183	3,8	2 505
Marié/vivant ensemble	2,2	3,5	7 748	17,1	171	39,5	274	4,0	7 567
Divorcé/séparé/veuf	8,6	50,1	1 175	35,2	101	34,0	589	6,4	1 115
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	6,2	33,6	3 198	39,0	199	47,0	1 075	4,6	2 506
Autre urbain	4,5	24,0	4 340	44,0	197	44,7	1 043	3,7	3 506
Ensemble urbain	5,3	28,1	7 538	41,5	396	45,8	2 118	4,1	6 012
Rural	3,1	15,3	6 078	28,1	188	37,4	928	4,4	5 175
Région²									
Adamaoua	1,5	8,6	630	*	9	38,0	54	2,8	520
Centre (Sans Yaoundé)	7,5	33,5	1 350	27,8	102	42,4	453	4,1	1 167
Douala	5,5	30,5	1 675	45,5	93	41,7	511	4,9	1 298
Est	7,6	28,5	848	43,6	65	38,1	242	5,0	740
Extrême Nord	1,5	7,3	2 009	*	30	31,0	148	1,7	1 665
Littoral (Sans Douala)	3,5	29,2	507	(29,4)	18	40,6	148	4,1	411
Nord	1,4	5,6	1 720	*	24	34,1	96	7,5	1 417
Nord-Ouest	2,2	21,5	882	*	19	43,5	190	4,2	726
Ouest	2,2	18,9	1 442	*	32	48,6	273	2,4	1 164
Sud	10,8	37,0	723	45,5	78	47,5	268	6,2	624
Sud-Ouest	3,3	32,6	306	*	10	27,6	100	3,4	248
Yaoundé	7,0	37,1	1 522	33,4	106	51,8	564	4,3	1 208
Niveau d'instruction									
Aucun	1,4	5,4	2 778	(17,3)	38	23,3	151	4,6	2 569
Primaire	3,9	17,0	3 630	29,3	142	34,9	618	4,1	3 086
Secondaire 1 ^{er} cycle	5,0	25,3	3 963	36,6	197	44,3	1 004	4,3	2 952
Secondaire 2 nd cycle	6,4	37,6	2 195	42,1	140	48,2	824	3,8	1 677
Supérieur	6,4	42,7	1 049	56,8	67	50,3	448	4,5	903
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	1,3	6,8	2 239	(16,8)	29	27,1	152	4,7	1 893
Second	3,2	18,2	2 502	29,1	80	31,1	456	4,5	2 153
Moyen	5,0	22,7	2 696	31,9	134	41,3	612	3,8	2 253
Quatrième	5,8	28,8	2 939	42,5	169	48,1	845	4,3	2 390
Le plus élevé	5,3	30,3	3 241	43,4	172	48,5	981	4,0	2 498
Ensemble 15-49	4,3	22,4	13 616	37,2	584	43,3	3 046	4,2	11 187
50-64	0,4	5,4	1 061	*	4	17,2	58	3,9	1 032
Ensemble 15-64	4,0	21,1	14 677	37,1	588	42,8	3 104	4,2	12 219

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Chez les hommes de 15-49 ans, 23 % ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 mois avant l'enquête et 38 % ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés. Parmi ces derniers, 63 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne (**Tableau 23.2**).

Le pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (46 % contre 29 %). De plus, ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction, passant de 12 % chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction à 54 % chez ceux ayant le niveau supérieur.

L'utilisation d'un condom lors des dernières relations sexuelles avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés est plus élevée chez les hommes ayant un niveau d'instruction supérieur (70 %) et chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle (66 %) que chez les hommes sans aucun niveau d'instruction (31 %). De plus, ce pourcentage augmente avec le quintile de bien-être économique du ménage, passant de 36 % dans le quintile le plus bas à 68 % dans le quintile le plus élevé.

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 9,7 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Les hommes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuelles sont ceux des régions du Centre (sans Yaoundé) et de l'Est (respectivement 17,2 et 15,3 partenaires, en moyenne), ceux de Yaoundé (13,0 partenaires, en moyenne) et les divorcés/séparés/veufs (15,1 partenaires, en moyenne). À l'opposé, les hommes ayant déclaré avoir eu le moins de partenaires sexuelles sont ceux âgés de 15-19 ans (3,6 partenaires, en moyenne), ceux vivant dans les régions du Nord (4,4 partenaires, en moyenne), de l'Adamaoua (5,6 partenaires, en moyenne), ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (5,8 partenaires, en moyenne) et ceux des ménages du quintile de bien-être économique le plus bas (5,3 partenaires, en moyenne).

Tableau 23.2 Partenaires sexuelles multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels avec cette personne ; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes			Hommes qui ont eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ces personnes	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Âge									
15-24	15,4	39,5	2 663	62,7	409	65,3	1 051	6,3	1 293
15-19	7,0	24,1	1 528	71,9	108	67,6	369	3,6	447
20-24	26,6	60,1	1 135	59,4	301	64,0	682	7,8	846
25-29	26,8	52,0	972	48,3	260	60,2	506	9,6	829
30-39	28,3	36,8	1 479	27,4	418	60,4	544	11,9	1 331
40-49	29,5	24,4	1 012	17,3	298	61,1	247	11,4	903
État matrimonial									
Célibataire	17,7	48,8	3 337	64,2	592	63,6	1 627	8,1	1 794
Marié/vivant ensemble	28,3	21,2	2 544	16,9	719	64,3	540	10,5	2 347
Divorcé/séparé/veuf	30,5	73,7	245	62,5	75	48,8	181	15,1	215
Type of union									
En union polygame	86,2	10,6	306	7,1	263	(55,4)	32	9,5	295
En union non polygame	20,4	22,7	2 238	22,5	456	64,8	507	10,6	2 052
Non actuellement en union	18,6	50,5	3 582	64,0	667	62,1	1 808	8,8	2 009
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	26,7	52,7	1 519	44,9	406	66,7	801	10,9	1 137
Autre urbain	20,7	39,8	1 938	51,6	400	67,9	770	9,4	1 354
Ensemble urbain	23,3	45,5	3 457	48,2	806	67,3	1 572	10,1	2 491
Rural	21,7	29,1	2 669	27,4	579	53,1	776	9,3	1 866
Région²									
Adamaoua	15,3	21,2	268	31,6	41	63,6	57	5,6	183
Centre (Sans Yaoundé)	37,9	58,0	732	39,3	278	56,0	425	17,2	587
Douala	19,4	45,4	804	42,9	156	59,9	365	9,1	623
Est	40,0	52,8	350	37,1	140	61,2	185	15,3	290
Extrême Nord	13,0	15,2	849	17,2	111	51,5	129	6,7	552
Littoral (Sans Douala)	18,3	50,1	254	55,4	46	69,5	127	8,3	181
Nord	14,6	11,1	780	13,2	114	60,6	87	4,4	486
Nord-Ouest	13,1	29,6	323	(47,6)	42	55,7	96	6,4	239
Ouest	19,7	36,8	604	49,8	119	77,8	222	7,4	419
Sud	24,5	51,0	325	57,8	80	52,8	166	9,1	201
Sud-Ouest	7,2	43,7	123	*	9	51,4	54	7,3	82
Yaoundé	35,0	61,0	715	46,2	250	72,3	436	13,0	514
Niveau d'instruction									
Aucun	19,7	12,0	621	7,2	122	30,6	74	5,8	486
Primaire	21,4	28,6	1 530	26,6	327	56,7	437	9,8	1 090
Secondaire 1 ^{er} cycle	20,7	38,9	1 946	44,7	403	62,4	756	10,4	1 220
Secondaire 2 nd cycle	26,8	52,9	1 336	47,6	358	66,1	707	10,3	1 000
Supérieur	25,3	53,8	693	57,8	175	69,8	372	10,4	561
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	13,9	11,0	913	8,0	127	36,3	100	5,3	574
Second	23,5	31,1	1 110	23,8	261	48,1	346	10,4	788
Moyen	22,8	39,3	1 270	44,6	289	62,0	499	9,6	910
Quatrième	22,1	46,2	1 317	46,0	291	68,5	608	10,0	969
Le plus élevé	27,6	52,4	1 516	51,0	418	68,1	794	11,4	1 116
Ensemble 15-49	22,6	38,3	6 126	39,5	1 386	62,6	2 347	9,7	4 357
50-64	22,6	17,7	852	6,2	193	36,3	150	14,9	737
Ensemble 15-64	22,6	35,8	6 978	35,5	1 578	61,0	2 498	10,5	5 094

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

3.9.4 Couverture du VIH antérieur à l'enquête

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires. Au cours de l'EDSC-V, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans le cas d'une réponse positive, s'ils avaient obtenu les résultats de leur test. Les résultats concernant les femmes sont présentés au **tableau 24.1**. Globalement, il ressort de ce tableau que 88 % des femmes âgées de 15-49 ans ont déclaré connaître un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer un test du VIH.

La connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH varie selon certaines caractéristiques. En effet, le pourcentage de femmes qui connaissent un tel endroit est plus élevé en milieu urbain (93 %) qu'en milieu rural (81 %). Ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction ; il passe de 70 % pour les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction, à 87 % pour celles qui ont le niveau primaire et à 99 % pour celles qui ont le niveau supérieur. Le pourcentage de femmes qui connaissent un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH augmente aussi avec le quintile du bien-être économique, passant de 68 % pour le quintile le plus bas, à 90 % pour le quintile moyen, puis à 97 % pour le quintile le plus élevé. En fonction des régions d'enquête, ce pourcentage passe d'un minimum de 67 % dans l'Extrême-Nord, à 68 % dans l'Adamaoua, 96 % dans la ville de Douala et à l'Ouest, et à un maximum de 97 % dans la ville de Yaoundé.

Le **tableau 24.1** indique également que 70 % des femmes ont effectué un test et ont reçu leurs résultats ; 1 % des femmes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et une proportion encore élevée de femmes (29 %) n'ont jamais effectué un test du VIH.

La connaissance du statut sérologique varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. C'est parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (39 %), les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (25 %), celles du milieu rural (60 %), celles des régions de l'Extrême-Nord (45 %), de l'Adamaoua (46 %) et du Nord (58 %), celles n'ayant aucun niveau d'instruction (47 %) et celles des ménages du quintile de bien-être économique le plus bas (43 %) que l'on observe les plus faibles pourcentages de femmes qui ont effectué un test et qui ont reçu leur résultat.

Le **tableau 24.1** indique aussi que seulement 40 % de femmes de 15-49 ans qui ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. La connaissance du statut sérologique récent varie de manière moins importante que la connaissance à un moment quelconque mais présente les mêmes variations

Tableau 24.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de celles ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où ¹ on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non le résultat du dernier test				Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif de femmes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹	N'a jamais fait de test ¹			
Âge								
15-24	83,7	55,3	1,2	43,5	100,0	56,5	35,3	5 726
15-19	77,5	39,0	1,3	59,6	100,0	40,4	25,6	3 309
20-24	92,2	77,5	1,0	21,5	100,0	78,5	48,5	2 417
25-29	91,6	82,3	1,6	16,1	100,0	83,9	49,3	2 426
30-39	91,1	82,2	1,2	16,6	100,0	83,4	46,1	3 473
40-49	88,5	75,6	1,0	23,4	100,0	76,6	34,4	1 991
État matrimonial								
Célibataire	85,3	55,4	1,2	43,4	100,0	56,6	38,3	4 692
A déjà eu des rapports sexuels	95,5	80,3	1,4	18,3	100,0	81,7	56,0	2 578
N'a jamais eu de rapports sexuels	72,9	24,9	1,1	74,0	100,0	26,0	16,7	2 114
Marié ou vivant ensemble	88,6	77,3	1,2	21,6	100,0	78,4	41,5	7 748
Divorcé/séparé/veuf	91,0	79,8	1,6	18,6	100,0	81,4	41,4	1 175
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	96,3	83,0	1,4	15,6	100,0	84,4	58,7	3 198
Autre urbain	90,8	74,2	1,2	24,6	100,0	75,4	43,1	4 340
Ensemble urbain	93,1	77,9	1,3	20,8	100,0	79,2	49,7	7 538
Rural	80,9	60,0	1,2	38,8	100,0	61,2	28,8	6 078
Région²								
Adamaoua	68,2	45,6	0,4	54,0	100,0	46,0	22,1	630
Centre (Sans Yaoundé)	93,6	78,5	0,9	20,6	100,0	79,4	41,7	1 350
Douala	95,6	82,1	1,1	16,8	100,0	83,2	58,5	1 675
Est	92,2	75,4	1,7	22,8	100,0	77,2	40,3	848
Extrême Nord	66,6	44,6	1,3	54,1	100,0	45,9	20,0	2 009
Littoral (Sans Douala)	92,3	74,0	3,3	22,6	100,0	77,4	37,2	507
Nord	83,2	57,9	0,7	41,5	100,0	58,5	25,4	1 720
Nord-Ouest	91,3	81,5	0,6	17,9	100,0	82,1	58,7	882
Ouest	95,6	76,1	0,9	23,0	100,0	77,0	41,9	1 442
Sud	92,6	75,4	2,3	22,3	100,0	77,7	33,8	723
Sud-Ouest	95,4	83,0	1,0	16,0	100,0	84,0	59,4	306
Yaoundé	97,1	83,9	1,8	14,2	100,0	85,8	58,9	1 522
Niveau d'instruction								
Aucun	69,5	47,2	1,1	51,6	100,0	48,4	19,8	2 778
Primaire	86,7	71,3	1,2	27,5	100,0	72,5	36,8	3 630
Secondaire 1 ^{er} cycle	92,7	72,2	1,1	26,7	100,0	73,3	42,8	3 963
Secondaire 2 nd cycle	97,8	81,2	1,8	17,0	100,0	83,0	54,4	2 195
Supérieur	99,1	93,3	1,0	5,7	100,0	94,3	69,1	1 049
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	68,0	43,4	1,2	55,5	100,0	44,5	18,6	2 239
Second	83,5	64,3	1,0	34,7	100,0	65,3	29,6	2 502
Moyen	90,2	71,9	1,3	26,8	100,0	73,2	38,9	2 696
Quatrième	94,1	78,9	1,2	19,9	100,0	80,1	49,3	2 939
Le plus élevé	96,6	82,9	1,3	15,8	100,0	84,2	56,8	3 241
Ensemble 15-49	87,7	69,9	1,2	28,8	100,0	71,2	40,4	13 616
50-64	84,7	64,3	1,9	33,8	100,0	66,2	26,6	1 061
Ensemble 15-64	87,5	69,5	1,3	29,2	100,0	70,8	39,4	14 677

¹ Y compris : Ne sait pas/Manquant

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Le **tableau 24.2** présente les résultats pour les hommes. Il en ressort que 86 % des hommes de 15-49 ans connaissent un endroit où ils peuvent effectuer le test du VIH. En outre, 55 % des hommes ont effectué un test et ont reçu leurs résultats ; 2 % des hommes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et une part importante des hommes (43 %) n'ont jamais effectué un test du VIH.

Tableau 24.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de ceux ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où ¹ on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif d'hommes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹				
Âge								
15-24	80,3	37,4	1,5	61,2	100,0	38,8	25,9	2 663
15-19	73,8	23,3	1,2	75,5	100,0	24,5	16,0	1 528
20-24	89,0	56,3	1,8	41,8	100,0	58,2	39,3	1 135
25-29	90,7	66,1	2,5	31,4	100,0	68,6	43,2	972
30-39	90,5	68,6	3,2	28,2	100,0	71,8	41,0	1 479
40-49	88,8	67,9	1,9	30,3	100,0	69,7	38,3	1 012
État matrimonial								
Célibataire	82,9	44,8	1,9	53,3	100,0	46,7	30,5	3 337
A déjà eu des rapports sexuels	93,1	62,1	2,6	35,3	100,0	64,7	43,5	1 910
N'a jamais eu de rapports sexuels	69,2	21,7	0,8	77,4	100,0	22,6	13,0	1 427
Marié ou vivant ensemble	89,1	66,0	2,3	31,7	100,0	68,3	38,8	2 544
Divorcé/séparé/veuf	91,4	67,6	3,6	28,8	100,0	71,2	41,7	245
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	93,7	71,9	2,1	26,0	100,0	74,0	49,0	1 519
Autre urbain	90,7	58,0	2,6	39,4	100,0	60,6	37,2	1 938
Ensemble urbain	92,0	64,1	2,4	33,5	100,0	66,5	42,4	3 457
Rural	77,8	42,1	1,8	56,2	100,0	43,8	24,0	2 669
Région²								
Adamaoua	82,8	43,7	1,3	55,0	100,0	45,0	28,9	268
Centre (Sans Yaoundé)	92,4	57,7	2,8	39,5	100,0	60,5	33,4	732
Douala	91,2	69,7	2,4	27,9	100,0	72,1	43,2	804
Est	94,9	58,8	5,0	36,2	100,0	63,8	37,7	350
Extrême Nord	74,2	28,8	0,3	70,9	100,0	29,1	13,9	849
Littoral (Sans Douala)	90,6	55,9	1,6	42,6	100,0	57,4	41,7	254
Nord	61,2	34,7	0,8	64,5	100,0	35,5	16,0	780
Nord-Ouest	90,1	61,0	7,5	31,5	100,0	68,5	38,4	323
Ouest	94,0	56,8	1,2	42,0	100,0	58,0	33,3	604
Sud	90,9	67,1	1,7	31,2	100,0	68,8	58,7	325
Sud-Ouest	91,5	70,5	4,5	25,0	100,0	75,0	34,4	123
Yaoundé	96,5	74,3	1,8	23,9	100,0	76,1	55,4	715
Niveau d'instruction								
Aucun	64,4	20,6	1,6	77,8	100,0	22,2	9,9	621
Primaire	80,4	47,5	2,6	49,9	100,0	50,1	27,1	1 530
Secondaire 1 ^{er} cycle	85,2	49,7	1,8	48,5	100,0	51,5	30,8	1 946
Secondaire 2 nd cycle	96,4	68,3	2,4	29,4	100,0	70,6	44,2	1 336
Supérieur	98,4	87,5	1,8	10,7	100,0	89,3	63,4	693
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	61,4	24,4	0,7	74,9	100,0	25,1	10,8	913
Second	82,4	44,1	2,2	53,7	100,0	46,3	23,7	1 110
Moyen	88,6	51,7	2,8	45,6	100,0	54,4	31,4	1 270
Quatrième	91,9	65,4	1,8	32,8	100,0	67,2	42,6	1 317
Le plus élevé	95,4	73,2	2,6	24,2	100,0	75,8	51,6	1 516
Ensemble 15-49	85,8	54,5	2,1	43,4	100,0	56,6	34,4	6 126
50-64	86,9	62,5	2,1	35,4	100,0	64,6	30,9	852
Ensemble 15-64	85,9	55,5	2,1	42,4	100,0	57,6	33,9	6 978

¹ Y compris : Ne sait pas/Manquant

² En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Tout comme chez les femmes, la connaissance des hommes d'un endroit où on peut effectuer un test du VIH varie selon certaines caractéristiques. En effet, le pourcentage des hommes qui connaissent un tel endroit est plus élevé en milieu urbain (92 %) qu'en milieu rural (78 %). Cet indicateur augmente avec le niveau d'instruction, passant de 64 % pour les hommes qui n'ont aucun niveau d'instruction, à 80 % pour ceux qui ont le niveau primaire et à 98 % pour ceux qui ont le niveau supérieur. Aussi, la connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH augmente avec le quintile de bien-être économique, passant de 61 % pour le quintile le plus bas, à 89 % pour le quintile moyen et à 95 % pour le quintile le plus élevé. Selon la

région d'enquête, ce pourcentage varie d'un minimum de 61 % dans la région du Nord à un maximum de 97 % dans la ville de Yaoundé.

Enfin, le **tableau 24.2** indique que 34 % des hommes de 15-49 ans ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Ces pourcentages sont nettement plus élevés parmi les hommes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur (63 %) et ceux des ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (52 %). Dans les régions, ce pourcentage varie d'un minimum de 14 % dans l'Extrême-Nord à un maximum de 59 % dans le Sud.

3.10 PRÉVALENCE DU VIH

L'EDSC-V a inclus le test du VIH pour les femmes et les hommes de 15-64 ans. Le protocole du test et les procédures de laboratoire sont décrites dans la section 2 de ce rapport.

3.10.1 Taux de couverture du test du VIH

Le **tableau 25** fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et chez les hommes de 15-49 ans éligibles pour le test, selon le milieu et la région d'enquête. Dans l'ensemble, plus de neuf personnes (hommes et femmes) éligibles âgées de 15-49 ans sur dix (93 %) ont été interviewées et ont fourni quelques gouttes de sang (DBS) pour le test du VIH. Le reste, constitué des catégories suivantes, a été exclu de l'analyse :

- moins de 1 % des personnes éligibles ont fourni du sang mais n'ont pas été interviewées ;
- moins de 1 % étaient absentes au moment d'effectuer le prélèvement pour le test mais ont été interviewées et, dans une même proportion, les personnes étaient absentes au moment du test et n'ont pas non plus été interviewées ;
- environ 2 % ont refusé de fournir leur sang pour le test dont près des quatre cinquièmes ont pourtant été interviewées ;
- enfin 3 % des personnes éligibles sont classées « Autre ou manquant » et sont considérées comme « non testées » pour raisons diverses : difficultés techniques pour prélever le sang, échantillon de sang perdu, échantillon de sang non utilisable pour le test, ou encore discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement.

Le taux de couverture du test de VIH est quasiment identique chez les femmes et chez les hommes de 15-49 ans (respectivement 94 % et 93 %). Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître non plus de différences entre les femmes et les hommes : la couverture du test est plus élevée en milieu rural qu'urbain (97 % contre 92 % parmi les femmes et 96 % contre 90 % parmi les hommes). De même, c'est dans les régions du Sud (près de 100 %) et de l'Ouest (99 %) que les taux de couverture des femmes et des hommes sont les plus élevés et, à l'opposé, à Douala (82 % parmi les femmes et 83 % parmi les hommes) et dans le Nord-Ouest (87 % parmi les femmes et 81 % parmi les hommes) qu'ils sont les plus faibles.

Tableau 25 Couverture du test du VIH par milieu de résidence et région

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans, éligibles pour le test du VIH par couverture du test, selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), EDSC-V Cameroun 2018

Milieu de résidence et région	Couverture du test du VIH								Total	Effectif
	DBS testé ¹ et :		Prélèvement de sang refusé et :		Absent au moment du prélèvement de sang et :		Autre/manquant ²			
	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé		
FEMME 15-49										
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	85,4	0,6	7,4	2,4	1,5	2,3	0,2	0,2	100,0	1 285
Autre urbain	95,1	0,3	3,0	0,8	0,6	0,1	0,0	0,2	100,0	2 430
Ensemble urbain	91,7	0,4	4,5	1,4	0,9	0,9	0,1	0,2	100,0	3 715
Rural	96,7	0,8	1,7	0,2	0,2	0,4	0,0	0,0	100,0	3 020
Région³										
Adamaoua	92,4	0,0	4,9	0,6	1,4	0,4	0,0	0,2	100,0	489
Centre (Sans Yaoundé)	98,8	0,3	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	690
Douala	81,9	1,1	8,2	3,1	1,5	4,0	0,0	0,2	100,0	648
Est	97,7	0,2	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	100,0	563
Extrême Nord	93,7	0,4	4,8	0,4	0,3	0,3	0,0	0,0	100,0	682
Littoral (Sans Douala)	96,4	1,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	100,0	393
Nord	95,5	0,6	2,8	0,3	0,6	0,3	0,0	0,0	100,0	705
Nord-Ouest	86,5	2,4	5,0	2,9	1,9	1,1	0,0	0,3	100,0	377
Ouest	98,5	0,3	0,6	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	100,0	666
Sud	99,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	687
Sud-Ouest	94,4	1,0	3,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	198
Yaoundé	88,9	0,2	6,6	1,7	1,4	0,6	0,3	0,3	100,0	637
Ensemble 15-49	93,9	0,6	3,3	0,9	0,6	0,6	0,0	0,1	100,0	6 735
50-64	95,2	0,3	2,2	0,7	0,9	0,4	0,2	0,2	100,0	1 167
Ensemble 15-64	94,1	0,5	3,1	0,8	0,6	0,6	0,1	0,1	100,0	7 902
HOMME 15-49										
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	84,3	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	10,7	4,1	100,0	1 226
Autre urbain	93,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	1,7	100,0	2 193
Ensemble urbain	90,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	6,6	2,6	100,0	3 419
Rural	96,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,9	100,0	2 794
Région³										
Adamaoua	90,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	1,5	100,0	403
Centre (Sans Yaoundé)	96,9	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,5	100,0	766
Douala	83,3	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	11,7	4,3	100,0	598
Est	97,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,8	100,0	494
Extrême Nord	93,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,5	100,0	604
Littoral (Sans Douala)	97,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,9	1,2	100,0	432
Nord	92,9	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	5,2	0,9	100,0	638
Nord-Ouest	80,8	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8,2	9,3	100,0	291
Ouest	99,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	100,0	564
Sud	99,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	100,0	650
Sud-Ouest	87,6	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	4,1	100,0	145
Yaoundé	85,4	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	9,7	3,8	100,0	628
Ensemble 15-49	92,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	1,8	100,0	6 213
50-64	93,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	2,4	100,0	946
Ensemble 15-64	92,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	1,9	100,0	7 159
ENSEMBLE (FEMME ET HOMME 15-49 ANS)										
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	84,9	0,7	3,9	1,2	0,8	1,2	5,3	2,1	100,0	2 511
Autre urbain	94,2	0,5	1,6	0,4	0,3	0,0	2,1	0,9	100,0	4 623
Ensemble urbain	90,9	0,5	2,4	0,7	0,5	0,4	3,2	1,3	100,0	7 134
Rural	96,5	0,7	0,9	0,1	0,1	0,2	1,0	0,5	100,0	5 814
Région³										
Adamaoua	91,4	0,4	2,7	0,3	0,8	0,2	3,4	0,8	100,0	892
Centre (Sans Yaoundé)	97,8	0,7	0,1	0,3	0,0	0,0	0,8	0,3	100,0	1 456
Douala	82,6	0,8	4,3	1,6	0,8	2,1	5,6	2,2	100,0	1 246
Est	97,6	0,1	0,9	0,0	0,0	0,2	0,8	0,4	100,0	1 057
Extrême Nord	93,6	0,5	2,6	0,2	0,2	0,2	2,5	0,2	100,0	1 286
Littoral (Sans Douala)	97,0	0,8	0,7	0,0	0,2	0,0	0,5	0,7	100,0	825
Nord	94,3	0,7	1,6	0,1	0,3	0,1	2,5	0,4	100,0	1 343
Nord-Ouest	84,0	2,1	2,8	1,6	1,0	0,6	3,6	4,2	100,0	668
Ouest	98,8	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	100,0	1 230
Sud	99,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	100,0	1 337
Sud-Ouest	91,5	1,2	2,0	0,6	0,0	0,0	2,9	1,7	100,0	343
Yaoundé	87,1	0,6	3,4	0,9	0,7	0,3	5,0	2,1	100,0	1 265
Ensemble 15-49	93,4	0,6	1,7	0,4	0,3	0,3	2,2	0,9	100,0	12 948
50-64	94,2	0,4	1,2	0,4	0,5	0,2	1,8	1,2	100,0	2 113
Ensemble 15-64	93,5	0,6	1,6	0,4	0,3	0,3	2,2	1,0	100,0	15 061

¹ Y compris les gouttes de sang séchées (Dried Blood Spots) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat final, qu'il soit positif, négatif, ou non concluant.² Y compris : (1) autres résultats de la collecte de sang tels que des problèmes techniques sur le terrain, (2) spécimens perdus, (3) codes-barres ne correspondant pas, et (4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, insuffisance de sang pour compléter l'algorithme.³ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

Le **tableau 26** fournit les taux de couverture du test du VIH selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Les taux de couverture de ce test varient peu et de façon irrégulière selon l'âge. Selon le niveau d'instruction, on remarque que c'est parmi ceux et celles qui ont le niveau supérieur que les taux de couverture sont les plus faibles (89 % des femmes et 86 % des hommes). De même, c'est dans les ménages du quintile le plus élevé que les taux de couverture sont les plus faibles (90 % contre 96 % dans le quintile le plus bas parmi les femmes et respectivement 87 % contre 97 % parmi les hommes).

Tableau 26 Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH par couverture du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Couverture du test du HIV								Total	Effectif
	DBS testé ¹ et :		Prélèvement de sang refusé et :		Absent au moment du prélèvement de sang et :		Autre/manquant ²			
	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé		
FEMME 15-49										
Groupe d'âges										
15-19	95,8	0,5	2,7	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	100,0	1 681
20-24	95,0	0,4	2,4	0,7	0,8	0,4	0,1	0,2	100,0	1 220
25-29	93,8	0,4	3,4	0,9	0,4	0,9	0,1	0,2	100,0	1 137
30-34	92,3	1,1	3,7	1,7	0,5	0,6	0,0	0,1	100,0	949
35-39	92,5	0,5	3,5	1,5	0,8	1,1	0,0	0,0	100,0	735
40-44	91,2	1,1	4,5	0,9	0,9	1,3	0,0	0,2	100,0	559
45-49	93,6	0,4	4,2	0,4	0,2	0,9	0,0	0,2	100,0	454
Niveau d'instruction										
Aucun	93,0	1,4	3,9	0,7	0,4	0,3	0,0	0,2	100,0	1 202
Primaire	95,1	0,5	2,3	0,8	0,6	0,5	0,1	0,2	100,0	1 824
Secondaire 1 ^{er} cycle	95,8	0,3	2,6	0,7	0,3	0,3	0,0	0,0	100,0	2 108
Secondaire 2 nd cycle	92,0	0,6	4,2	1,0	1,2	0,8	0,0	0,1	100,0	1 093
Supérieur	89,1	0,2	5,8	1,6	0,8	2,0	0,2	0,4	100,0	504
Manquant	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	75,0	0,0	0,0	100,0	4
Quintile de bien-être économique										
Le plus bas	96,2	1,1	1,8	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	100,0	903
Second	95,3	0,9	2,8	0,4	0,2	0,3	0,0	0,1	100,0	1 307
Moyen	96,2	0,5	1,8	0,5	0,8	0,3	0,1	0,0	100,0	1 533
Quatrième	93,2	0,3	4,0	0,7	0,9	0,7	0,0	0,3	100,0	1 384
Le plus élevé	90,0	0,4	5,2	2,2	0,6	1,4	0,1	0,2	100,0	1 608
Ensemble 15-49	93,9	0,6	3,3	0,9	0,6	0,6	0,0	0,1	100,0	6 735
HOMME 15-49										
Groupe d'âges										
15-19	95,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	3,7	0,8	100,0	1 549
20-24	94,8	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	3,2	1,4	100,0	1 141
25-29	92,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	1,6	100,0	997
30-34	92,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	1,9	100,0	796
35-39	90,1	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	6,2	2,6	100,0	699
40-44	89,4	1,6	0,0	0,0	0,2	0,0	5,5	3,3	100,0	578
45-49	90,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	3,8	100,0	453
Niveau d'instruction										
Aucun	91,2	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	2,5	100,0	554
Primaire	94,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	1,2	100,0	1 545
Secondaire 1 ^{er} cycle	94,6	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	4,0	0,9	100,0	2 065
Secondaire 2 nd cycle	92,4	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	4,9	2,2	100,0	1 347
Supérieur	86,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	9,4	3,9	100,0	695
Manquant	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	85,7	100,0	7
Quintile de bien-être économique										
Le plus bas	96,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,5	100,0	737
Second	95,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,3	100,0	1 183
Moyen	95,6	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	2,8	1,1	100,0	1 490
Quatrième	91,9	0,8	0,0	0,0	0,1	0,0	5,9	1,4	100,0	1 329
Le plus élevé	87,2	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	7,8	4,0	100,0	1 474
Ensemble 15-49	92,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	1,8	100,0	6 213

¹ Y compris les gouttes de sang séchées (Dried Blood Spots) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat final, qu'il soit positif, négatif, ou non concluant.

² Y compris : (1) autres résultats de la collecte de sang tels que des problèmes techniques sur le terrain, (2) spécimens perdus, (3) codes-barres ne correspondant pas, et (4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, insuffisance de sang pour compléter l'algorithme.

3.10.2 Prévalence du VIH par âge et par sexe

Les résultats présentés au **tableau 27** montrent qu'en 2018 au Cameroun, 2,7 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Ce pourcentage passe à 2,8 % parmi les personnes de 15-64 ans. La prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans (3,4 %) est près de deux fois plus élevée que celle estimée chez les hommes du même âge (1,9 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,8 ; en d'autres termes, il y a 180 femmes infectées pour 100 hommes.

Le pourcentage de personnes séropositives augmente avec l'âge ; d'un minimum de 0,8 % parmi les personnes de 15-19 ans, il augmente rapidement pour atteindre 2,0 % à 20-24 ans, 3,5 % à 30-34 ans et un maximum de 5,1 % parmi celles de 35-39 ans. Ce pourcentage diminue ensuite et atteint 3,4 % à 45-49 ans.

Tableau 27 Prévalence du VIH par âge

Parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans (population de fait) qui ont été interviewés et testés, pourcentage séropositif selon l'âge, EDSC-V Cameroun 2018

Groupe d'âges	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage VIH-positif	Effectif	Pourcentage VIH-positif	Effectif	Pourcentage VIH-positif	Effectif
15-19	0,8	1 597	0,7	1 468	0,8	3 065
20-24	2,4	1 147	1,5	1 093	2,0	2 240
25-29	3,7	1 111	1,7	919	2,8	2 030
30-34	4,1	930	2,7	757	3,5	1 687
35-39	6,5	693	3,6	639	5,1	1 331
40-44	6,4	516	3,2	541	4,8	1 057
45-49	4,9	423	1,8	413	3,4	836
50-64	4,8	1 019	1,9	820	3,5	1 839
Ensemble 15-49	3,4	6 416	1,9	5 830	2,7	12 246
Ensemble 15-64	3,6	7 435	1,9	6 650	2,8	14 085

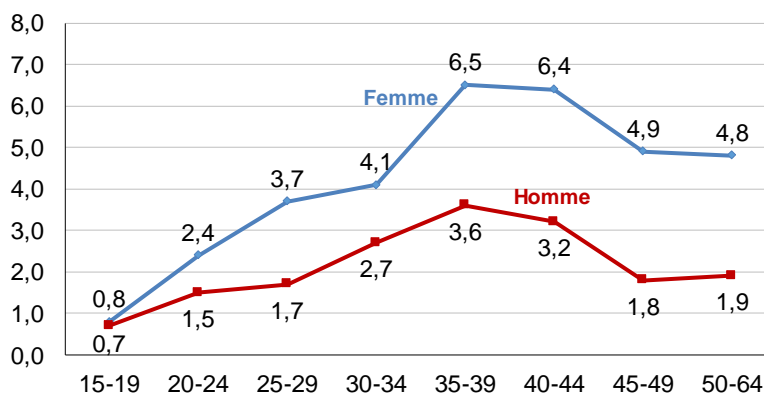
Comme observé dans d'autres études, les variations de la prévalence par âge diffèrent entre les femmes et les hommes (**Graphique 9**). Partant de 0,8% à l'âge de 15-19 ans parmi les jeunes filles, la prévalence du VIH augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 6,5 % à 35-39 ans ; elle retombe ensuite à 4,9 % à 45-49 ans et à 4,8% à 50-64 ans. Il est à noter que la prévalence du VIH chez les femmes de 50-64 ans est légèrement plus élevée que chez l'ensemble des femmes de 15-49 ans.

Chez les hommes, la prévalence augmente plus lentement, de 0,7 % à 15-19 ans pour atteindre 3,6 % à 35-39 ans, avant de retomber à 1,8 % à 45-49 ans et 1,9 % à 50-64 ans. Ici, la prévalence du VIH chez les hommes de 50-64 ans est la même que chez l'ensemble des hommes de 15-49 ans.

Globalement, le pourcentage de femmes infectées au VIH est plus élevé que celui des hommes, quel que soit le groupe d'âge.

Graphique 9 Prévalence du VIH par âge

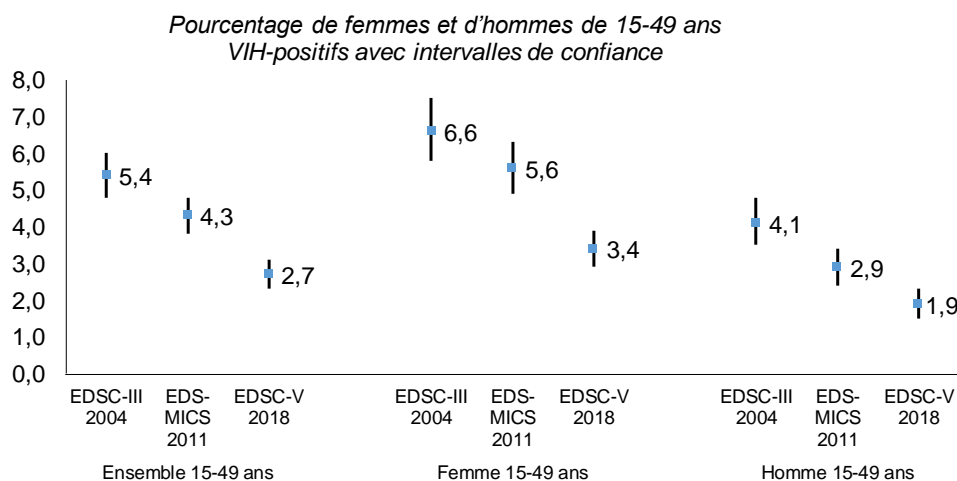
Pourcentage de femmes et d'hommes VIH-positifs



3.10.3 Tendances de la prévalence du VIH

Le **graphique 10** qui présente la comparaison des niveaux de prévalence du VIH selon les trois enquêtes EDS les plus récentes met en évidence une tendance globale à la baisse du niveau de prévalence du VIH depuis 2004. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans est passée de 5,4 % en 2004 à 4,3 % en 2011 et elle a atteint 2,7 % en 2018. Par ailleurs, cette baisse du niveau de prévalence du VIH est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence du VIH est passée de 4,1 % en 2004 à 2,9 % en 2011 puis à 1,9 % en 2018. Dans la même période, cette prévalence est passée de 6,6 % à 5,6 % puis à 3,4 % chez les femmes.

Graphique 10 Tendances de la prévalence du VIH



3.10.4 Variation de la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques

La prévalence du VIH parmi les femmes est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (3,9 % contre 2,9 %). Chez les hommes par contre, on ne note pas d'écart (**Tableau 28**). Au niveau régional, les régions du Sud (5,8 %) et de l'Est (5,6 %) présentent dans l'ensemble les prévalences du VIH les plus élevées. À l'opposé, c'est dans les régions de l'Extrême-Nord (1,1 %), de l'Ouest (1,6 %) et du Nord (1,7 %) que les prévalences sont les plus faibles.

On observe chez les hommes et les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (respectivement 1,9 % et 1,7 %) et chez ceux ayant le niveau d'instruction supérieur (respectivement 2,0 % et 0,6 %) des niveaux de prévalence nettement plus faibles que ceux des personnes ayant un niveau instruction primaire ou secondaire. L'infection au VIH présente également des variations similaires selon le quintile de bien-être économique ; la prévalence du VIH chez les hommes et les femmes des ménages du quintile le plus bas (respectivement 1,8 % et 1,3 %) et chez ceux des ménages du quintile le plus élevé (respectivement 3,0 % et 1,9 %) étant plus faibles que chez ceux des quintiles intermédiaires.

Tableau 28 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques

Pourcentage de VIH-positifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés selon certaines caractéristiques socio-économiques, EDSC-V Cameroun 2018

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage VIH-positif	Effectif	Pourcentage VIH-positif	Effectif	Pourcentage VIH-positif	Effectif
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	3,2	1 533	1,5	1 442	2,4	2 976
Autre urbain	4,3	2 046	2,3	1 847	3,4	3 893
Ensemble urbain	3,9	3 579	1,9	3 289	2,9	6 868
Rural	2,9	2 837	1,9	2 541	2,4	5 377
Région¹						
Adamaoua	4,7	296	3,4	256	4,1	551
Centre (Sans Yaoundé)	4,3	628	2,7	696	3,5	1 324
Douala	2,7	826	1,9	765	2,4	1 591
Est	7,3	401	3,4	333	5,6	734
Extrême Nord	1,1	912	1,1	808	1,1	1 721
Littoral (Sans Douala)	3,9	225	1,1	242	2,4	467
Nord	2,5	832	0,7	740	1,7	1 572
Nord-Ouest	5,8	406	1,6	307	4,0	713
Ouest	1,8	702	1,3	577	1,6	1 279
Sud	5,5	336	6,1	310	5,8	646
Sud-Ouest	3,7	144	2,6	118	3,2	263
Yaoundé	3,8	707	0,9	678	2,4	1 385
Niveau d'instruction						
Aucun	1,9	1 339	1,7	597	1,8	1 935
Primaire	4,8	1 656	2,0	1 469	3,5	3 125
Secondaire 1 ^{er} cycle	3,8	1 898	2,4	1 857	3,1	3 755
Secondaire 2 nd cycle	3,1	1 013	1,8	1 275	2,4	2 287
Supérieur	2,0	511	0,6	632	1,2	1 143
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	1,8	1 055	1,3	884	1,6	1 939
Second	3,7	1 179	1,7	1 044	2,8	2 224
Moyen	3,7	1 256	2,3	1 217	3,0	2 473
Quatrième	4,8	1 341	2,1	1 255	3,5	2 596
Le plus élevé	3,0	1 585	1,9	1 424	2,5	3 009
Ensemble 15-49	3,4	6 416	1,9	5 830	2,7	12 246
Ensemble 15-64	3,4	6 416	1,9	5 830	2,7	12 246

¹ En raison du contexte sécuritaire n'ayant pas permis de couvrir toutes les zones de la région du Sud-Ouest, les données de cette région ne sont pas représentatives de toute la région mais reflètent essentiellement la situation en milieu urbain.

RÉFÉRENCES

Conseil National de la Statistique (CNS). 2015. Stratégie Nationale de Développement de la Statistique du Cameroun : SNDS 2015-2020. Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. Yaoundé.

Fotso, Médard, René Ndonou, Paul Roger Libité, Martin Tsafack, Roger Wakou, Aboubakar Ghapoutsas, Samuel Kanga, Pierre Kemgo, Michel Kwekem Fankam, Antoine Kamdoun, and Bernard Barrère. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998*. Calverton, Maryland, USA : Bureau Central des Recensements et des Études de Population/Cameroun and Macro International.

Fotso, Médard, René Ndonou, Paul Roger Libité, Martin Tsafack, Roger Wakou, Aboubakar Ghapoutsas, Samuel Kanga, Pierre Kemgo, Michel Kwekem Fankam, Antoine Kamdoun, and Bernard Barrère. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998*. Calverton, Maryland, USA : Bureau Central des Recensements et des Études de Population/Cameroun and Macro International.

Institut National de la Statistique - INS/Cameroun and ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS/Cameroun and ORC Macro.

Institut National de la Statistique - INS/Cameroun and ICF. International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. Calverton, Maryland, USA : INS/Cameroun and ICF International.

World Health Organization (WHO). 2006. Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2008. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part I: Definitions. Conclusions of a Consensus Meeting Held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf.

World Health Organization (WHO). 2013. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/.

AUTRES OUTILS DU PROGRAMME DHS

Le Website du DHS Program – Télécharger gratuitement les rapports DHS, la documentation standard, les données sur les indicateurs clé ainsi que les outils de formation et les annonces.	DHSprogram.com		
STATcompiler – Créer des tableaux, des graphiques et des cartes personnalisés, en utilisant les données de 90 pays et des milliers d'indicateurs.	Statcompiler.com		
Programme DHS pour les appareils mobiles – Accéder aux indicateurs clés DHS pour 90 pays sur votre appareil mobile (Apple, Android, ou Windows).	Recherchez DHS Program dans iTunes ou Google Play Store		
Programme DHS pour utiliser les forum – Poster des questions sur les données DHS et rechercher les FAQ.	userforum.DHSprogram.com		
Vidéos d'animation – Regarder les interviews avec des experts et apprendre les bases de DHS, comme l'échantillonnage et la pondération, télécharger des ensembles de données et apprendre comment lire les tableaux DHS.	www.youtube.com/DHSProgram		
Ensemble de données – Télécharger des ensembles de données pour l'analyse.	DHSprogram.com/Data		
Spatial Data Repository – Télécharger des données démographiques et de santé localisées géographiquement pour les représenter sous forme de carte dans un système d'information géographique (SIG).	spatialdata.DHSprogram.com		
Media sociaux – Suivre le DHS Program et participer aux discussions. Rester en contact par l'intermédiaire de :			
 Facebook www.facebook.com/DHSprogram		 LinkedIn www.linkedin.com/company/dhs-program	
 YouTube www.youtube.com/DHSprogram		 Blog Blog.DHSprogram.com	
 Twitter www.twitter.com/DHSprogram			