

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

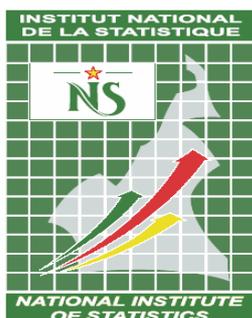
Paix – Travail – Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 2011

Rapport Préliminaire



Enquête réalisée par l'Institut National
de la Statistique



Avec l'appui technique de MEASURE DHS
ICF International

Octobre 2011

Avant-propos

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-IV), combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS). L'EDS-MICS a été réalisée au Cameroun de janvier à août 2011 par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'EDS-MICS a bénéficié de l'appui financier du Gouvernement du Cameroun, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), et de la Banque Mondiale. D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour la réalisation des tests du VIH dont les résultats seront disponibles dans les quatre prochains mois. En outre, ICF Macro a fourni l'assistance technique par le biais du programme MEASURE DHS, programme financé par l'USAID et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-MICS, contacter l'Institut National de la Statistique (INS), BP 134, Yaoundé, Cameroun. Tel: (237) 22 22 04 45. Fax: (237) 22 23.24 37, Internet: www.statistics-cameroon.org

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Téléphone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999, E-mail: reports@measuredhs.com, Internet: <http://www.measuredhs.com>.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	i
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	iv
LISTE DES ACRONYMES	v
I. INTRODUCTION	1
2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Échantillonnage	2
2.2 Questionnaires	2
2.3 Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH	4
2.4 Formation et collecte des données	6
2.5 Traitement des données	6
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	7
3.1 Couverture de l'échantillon	7
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	7
3.3 Fécondité.....	9
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	10
3.5 Utilisation de la contraception	11
3.6 Soins prénatals et accouchement	13
3.7 Vaccination des enfants	16
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	17
3.9 Allaitement et alimentation de complément	19
3.10 État nutritionnel des enfants	21
3.11 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants	23
3.12 Indicateurs du paludisme	25
3.13 Prévalence du paludisme	27
3.14 Mortalité des enfants.....	29
3.15 Connaissance du VIH/sida.....	30
3.16 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	32
ANNEXE : Cadre organisationnel	33

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle	7
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	8
Tableau 3 :	Fécondité actuelle	9
Tableau 4 :	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	10
Tableau 5 :	Utilisation actuelle de la contraception	12
Tableau 6 :	Indicateurs de santé maternelle	14
Tableau 7 :	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	16
Tableau 8 :	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	19
Tableau 9 :	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	20
Tableau 10	État nutritionnel des enfants	22
Tableau 11 :	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	24
Tableau 12 :	Indicateurs du paludisme	26
Tableau 13 :	Prévalence du paludisme chez les enfants	28
Tableau 14	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	26
Tableau 15 :	Connaissance du sida.....	29
Tableau 16 :	Connaissance des moyens de prévention du VIH	32
Tableau 17.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes.....	33
Tableau 17.2 :	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	34

Liste des graphiques

Figure 1 :	Organisation de l'EDS-MICS 2011.....	3
Graphique 1 :	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence.....	10
Graphique 2 :	Taux de fécondité générale selon l'EDSC 2004 et l'EDS-MICS 2011	10
Graphique 3 :	Prévalence contraceptive (Femmes en union), EDSC 2004 et EDS-MICS 2011	13
Graphique 4 :	Indicateurs de santé maternelle, EDSC 2004 et EDS-MICS 2011	15
Graphique 5 :	Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois), EDSC 2004 et EDS-MICS 2011	17
Graphique 6 :	Prévalence des maladies des enfants de moins de 5 ans et recherche de traitement	18
Graphique 7 :	Allaitement et alimentation des enfants de moins de 6 mois, EDSC 2004 et EDS- MICS 2011	20
Graphique 8 :	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans, EDSC 2004 et EDS-MICS 2011	25
Graphique 9 :	Prévalence du paludisme (TDR) chez les enfants de 6-59 mois.....	29
Graphique 10 :	Mortalité des enfants par période avant l'EDS-MICS 2011	30

LISTE DES ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control, USA
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
EDS/DHS	Enquête Démographique et de Santé/Demographic and Health Surveys
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ICF	<u>XX</u>
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PTF	Partenaires techniques et financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome Immuno déficience acquis
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA la Population)	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USAID pour le développement international)	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zones de Dénombrement

I. INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-IV) combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) a été réalisée par l'Institut National de la Statistique, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'EDS-MICS 2011, initiée par le Gouvernement Camerounais, a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS*), d'ICF International, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant, et le VIH/sida. 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 l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et la Banque Mondiale.

L'EDS-MICS a été conçue pour fournir des données de suivi et d'évaluation des progrès dans les domaines de la population et de la santé depuis la dernière réalisée en 2004. Les données collectées sur le terrain du 24 janvier au 15 août 2011, fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, l'EDS-MICS a permis de collecter des données sur les niveaux de fécondité, sur 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 santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation de moustiquaires, l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant. En outre, elle a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme et du VIH. L'analyse des prélèvements sanguins étant en cours au Centre Pasteur du Cameroun (CPC), les résultats sur la prévalence du VIH seront publiés dans un rapport séparé au cours du premier semestre 2012.

Ce rapport préliminaire présente plusieurs indicateurs clé calculés à partir des données collectées. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire sont suffisamment robustes et ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

Outre l'introduction, le rapport comporte deux points, l'un sur les aspects méthodologiques et l'autre sur les résultats préliminaires se rapportant aux ménages et individus interviewés sur le terrain.

2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDS-MICS 2011 vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. Un échantillon national d'environ 15 000 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 12 domaines d'étude, correspondant aux 10 régions administratives et aux villes de Yaoundé et Douala, pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés.

Il s'agit d'un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, des grappes ou zones de dénombrement (ZD) ont été tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des ZD établie pour le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2005 (RGPH 2005). Globalement, 580 grappes, dont 291 en milieu urbain et 289 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille de la ZD étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux (voir figure 1), un échantillon d'environ 7 500 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Par ailleurs, dans le sous-échantillon de ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, on a réalisé un test d'hémoglobine pour estimer la prévalence de l'anémie auprès de toutes les femmes et de tous les enfants de 6-59 mois identifiés dans les ménages. Dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour un test du paludisme.

2.2 Questionnaires

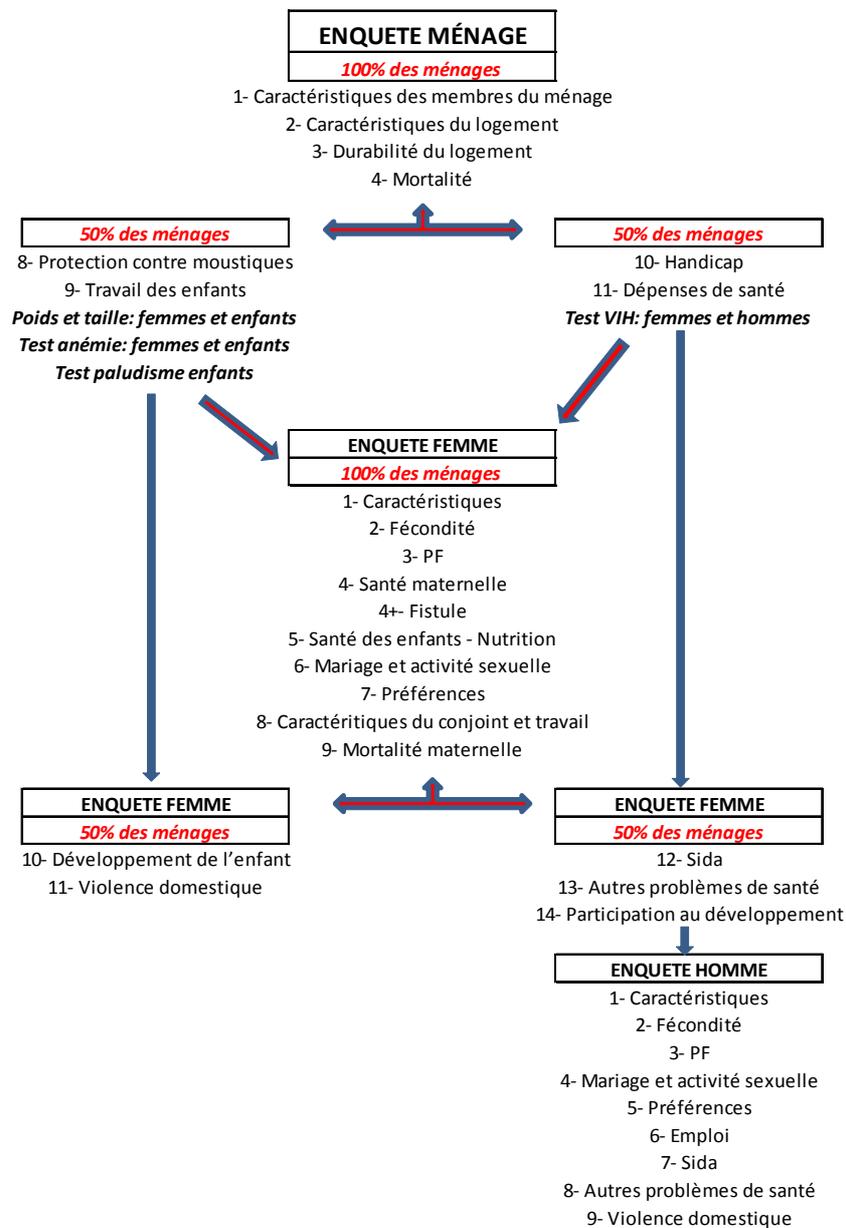
Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'enquête : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS, auxquels ont été rajoutés certains modules développés par l'UNICEF dans le cadre des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Des réunions regroupant des experts représentant le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers pour le développement (PTF) ont été organisées pour définir les objectifs spécifiques de l'enquête. À l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été adaptés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents qui se posent en terme de population, de santé, de planification familiale, de VIH/sida et dans d'autres domaines de santé spécifiques, comme le paludisme.

Le **questionnaire ménage** permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques

(mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

Figure 1. Organisation de l'EDS-MICS 2011



Le questionnaire ménage contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage et à la mortalité générale. En outre différents modules ont été rajoutés dans la moitié des ménages (voir Figure 1). Il s'agit de :

- Possession et utilisation des moustiquaires ;
- Prévalence des handicaps ;
- Travail des enfants ;
- Dépenses de santé.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), des tests d'hémoglobine et de paludisme, et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH.

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

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Historique des naissances (fécondité et mortalité des enfants) ;
- Connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Santé maternelle ;
- Fistule obstétricale ;
- Santé des enfants, allaitement et les pratiques nutritionnelles ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme ;
- Mortalité maternelle.

En outre, les modules suivants ont été rajoutés dans la moitié des ménages (figure 1) :

- Développement de l'enfant ;
- Violence domestique ;
- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé ;
- Participation au développement.

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 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 ;
- Activité économique ;
- Violence domestique ;
- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé.

2.3 Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Dans l'autre moitié des ménages, les femmes et les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine. En outre, dans ce même sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de paludisme. Les protocoles pour les tests d'anémie, du VIH et du paludisme ont été approuvés par le Comité National d'Éthique du Cameroun et par le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International.

2.3.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur piquait le bout du doigt avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire ménage, était communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en lui expliquant la signification

du résultat. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.2 Test du paludisme

Le paludisme, est une maladie infectieuse due à un parasite du genre *Plasmodium*, propagée par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anophèles. Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les enfants de 6-59 mois des ménages sélectionnés, pour lesquels les parents ou adultes responsables avaient donné leur consentement éclairé.

Le test de paludisme consistait en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le *SD BIOLINE Malaria Antigen P.f/Pan*. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'hémoglobine) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test était disponible au bout de 15 minutes et était communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage. Un traitement (Combinaison Thérapeutique d'Antipaludéens, ou CTA, à base d'Artésunate et d'Amodiaquine) était alors offert aux parents des enfants positifs au TDR.

2.3.3 Test du VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. 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 projet 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. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a 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.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi 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.

Lorsque la saisie des questionnaires a été terminée à l'INS, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré, et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après vérification que le fichier de données était dans son format final, les résultats préliminaires présentés ici ont été générés et 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. Par ailleurs, les couvertures des questionnaires contenant ces identifiants ont également été détruites. Ce n'est qu'à ce stade que le CPC a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Il est prévu que le CPC termine les analyses et donc que les résultats sur la prévalence du VIH soient disponibles d'ici trois mois environ.

2.4 Formation et collecte des données

Toutes les procédures de collecte des données ont été pré-testées. Une trentaine d'agents ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur le remplissage des questionnaires et les procédures de tests. La formation a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle. Les activités de terrain du pré-test se sont déroulées dans deux zones de Yaoundé et deux zones rurales en dehors de l'échantillon. Le taux élevé d'acceptation des prélèvements sanguins au cours du pré-test a montré que la réalisation des tests pendant l'enquête proprement dite était possible. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

Pour l'enquête principale, l'INS a recruté 163 candidats qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête du 15 décembre 2010 au 20 janvier 2011. Tous les agents ont bénéficié de la formation sur le remplissage des questionnaires et les prélèvements sanguins. La formation des enquêteurs a duré six semaines et a comporté également une phase pratique dans des quartiers hors échantillon de Yaoundé. À l'issue d'un test pratique, les meilleurs agents ont été retenus pour constituer 20 équipes de six personnes.

Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, d'une contrôlease, de trois enquêtrices et d'un enquêteur. Chacune des 20 équipes a été placée sous la responsabilité d'un superviseur ayant une expérience en matière de collecte de données. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

La collecte des données a démarré le 24 janvier 2011 à Yaoundé qui a été totalement couverte avant le déploiement des équipes dans les autres régions. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes. Ensuite, les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail, en fonction de leurs connaissances linguistiques. La collecte s'est achevée au mois d'août 2011.

2.5 Traitement des données

Les données de l'enquête ont été saisies au fur et à mesure de la collecte au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données. La vérification de la cohérence interne des données saisies a été réalisée en août et septembre 2011.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDS-MICS 2011, un échantillon de 580 grappes a été sélectionné dont 578 ont pu être effectivement enquêtées. Les grappes non enquêtées sont situées dans deux îles au large de la côte maritime camerounaise dans l'océan Atlantique (île de Manoka et île de Bamusso). Le coût d'accès à ces zones s'est avéré trop élevé. Au total, 15 050 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 14 354 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 14 354 ménages, 14 214 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle					
Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Cameroun 2011					
Résultat	Résidence				
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Interview des ménages					
Ménages sélectionnés	2 554	4 572	7 126	7 924	15 050
Ménages occupés	2 448	4 355	6 803	7 551	14 354
Ménages interviewés	2 394	4 317	6 711	7 503	14 214
Taux de réponse des ménages ¹	97,8	99,1	98,6	99,4	99,0
Interview des femmes de 15-49 ans					
Effectif de femmes éligibles	2 963	5 066	8 029	7 823	15 852
Effectif de femmes éligibles interviewées	2 811	4 961	7 772	7 654	15 426
Taux de réponse des femmes éligibles ²	94,9	97,9	96,8	97,8	97,3
Interview des hommes de 15-59 ans					
Effectif d'hommes éligibles	1 420	2 410	3 830	3 695	7 525
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 291	2 335	3 626	3 565	7 191
Taux de réponse des hommes éligibles ²	90,9	96,9	94,7	96,5	95,6

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés

² Enquêtés interviewés/Enquêtés éligibles

Dans les 14 214 ménages enquêtés, 15 852 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 15 426 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 97 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 7 525 hommes étaient éligibles et 7 191 ont été interviewés (taux de réponses de 96 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu urbain sont pratiquement les mêmes que ceux obtenus en milieu rural tant chez les femmes (97 % contre 98 %) que chez les hommes (95 % contre 97 %).

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDS-MICS. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction.

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 23 % de femmes et 25 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 20 % de femmes et 19 % d'hommes

appartiennent au groupe d'âges 20-24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés						
Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011						
Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	23,3	3 589	3 590	24,7	1 591	1 612
20-24	20,3	3 127	3 118	19,0	1 227	1 191
25-29	17,4	2 689	2 661	16,6	1 074	1 017
30-34	12,6	1 942	1 908	12,8	828	836
35-39	10,9	1 679	1 688	10,8	697	714
40-44	8,1	1 244	1 274	8,9	577	601
45-49	7,5	1 156	1 187	7,1	460	481
Religion						
Catholique	36,6	5 642	5 735	38,5	2 484	2 471
Protestant	33,8	5 221	5 415	30,3	1 953	2 104
Musulman	20,4	3 146	2 996	20,6	1 328	1 259
Animiste	2,8	433	310	2,0	128	103
Autre chrétien	2,5	390	398	2,3	151	147
Autre	1,2	186	185	1,4	89	84
Aucune	2,4	369	341	4,8	308	271
Manquant	0,3	40	46	0,2	14	13
État matrimonial						
Célibataire	27,9	4 307	4 282	50,0	3 227	3 179
Marié(e)	49,2	7 584	7 301	34,5	2 226	2 183
Vivant ensemble	14,3	2 208	2 504	11,3	732	806
Divorcé(e)/séparé(e)	5,7	881	865	3,7	237	250
Veuve/veuf	2,9	446	474	0,5	33	34
Résidence						
Yaoundé/Douala	22,5	3 467	2 811	23,3	1 501	1 174
Autres villes	31,4	4 842	4 961	32,6	2 106	2 146
Ensemble urbain	53,9	8 309	7 772	55,9	3 607	3 320
Rural	46,1	7 117	7 654	44,1	2 847	3 132
Région						
Adamaoua	4,8	746	1 279	4,1	262	469
Centre (Sans Yaoundé)	7,1	1 092	1 233	8,3	534	566
Douala	11,1	1 712	1 459	11,0	707	604
Est	3,9	604	974	4,2	270	447
Extrême-Nord	16,1	2 490	1 666	14,8	956	625
Littoral (Sans Douala)	4,0	615	896	4,4	287	418
Nord	10,9	1 676	1 576	11,3	729	701
Nord-Ouest	9,9	1 521	1 601	8,2	529	563
Ouest	10,6	1 634	1 320	10,2	659	519
Sud	2,6	402	940	2,9	185	440
Sud-Ouest	7,6	1 180	1 130	8,4	543	530
Yaoundé	11,4	1 755	1 352	12,3	794	570
Niveau d'instruction						
Aucun	20,0	3 086	2 796	8,3	533	501
Primaire	33,8	5 214	5 480	32,1	2 073	2 101
Secondaire 1er cycle	27,1	4 185	4 399	31,1	2 005	2 080
Secondaire 2nd cycle	13,6	2 099	2 027	19,1	1 234	1 243
Supérieur	5,5	842	724	9,4	610	527
Ensemble 15-49	100,0	15 426	15 426	100,0	6 455	6 452
50-59	na	Na	na	na	736	739
Ensemble 15-59	na	Na	na	na	7 191	7 191

Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = Non applicable

En ce qui concerne l'état matrimonial, 65 % de femmes et 46 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, soit 50 % contre 28 %. À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est légèrement plus élevée chez les femmes (9 %) que chez les hommes (4 %).

La répartition selon le milieu de résidence montre que 54 % de femmes et 56 % d'hommes résident en milieu urbain dont environ la moitié dans les villes de Yaoundé et Douala. La répartition selon la région administrative reflète bien, selon des sources indépendantes, les poids démographiques respectifs de chaque région.

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 8 % d'hommes contre 20 % de femmes n'ont aucun niveau d'instruction. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 32 % contre 34 % chez les femmes. Concernant le niveau secondaire, les proportions sont respectivement de 41 % et de 50 %. Bien qu'en augmentation, les proportions de personnes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur sont encore faibles (6 % chez les femmes contre 9 % chez les hommes).

3.3 Fécondité

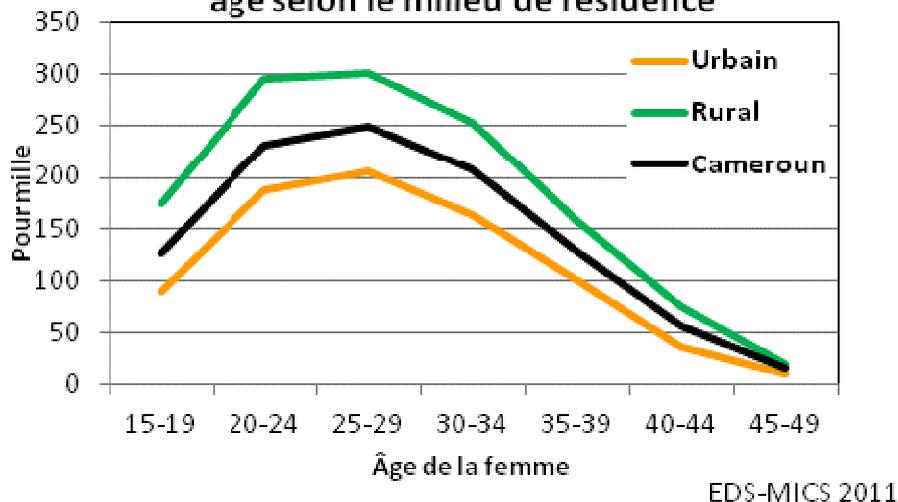
L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois 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 leur 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.

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 trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Cameroun 2011			
Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	89	175	127
20-24	188	296	232
25-29	206	302	250
30-34	164	254	207
35-39	101	157	129
40-44	37	75	57
45-49	11	20	16
ISF (15-49)	4,0	6,4	5,1
TGFG	141	223	178
TBN	34,6	41,3	38,1

Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.
 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.

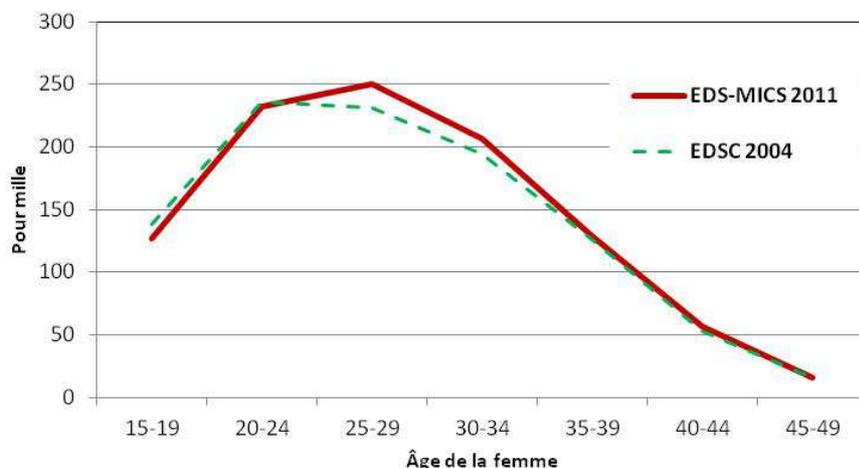
Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne, 5,1 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,0 enfants, en moyenne). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'urbain (Graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum avant de baisser de façon régulière avec l'âge, et c'est dans le groupe d'âges 25-29 ans que le taux de fécondité maximum est atteint, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain (302 ‰ contre 206 ‰). Les données révèlent également une fécondité plus précoce en milieu rural qu'urbain. Ainsi, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 12 % dans la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont de 14 % en milieu rural et de 11 % en milieu urbain.

Graphique 1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



Le graphique 2 permet de retracer les tendances de la fécondité. La comparaison des résultats de l'EDSC 2004 et de l'EDS-MICS 2011 montre que les courbes de fécondité présentent une allure similaire et sont pratiquement confondues ce qui traduit une stabilité de la fécondité. En effet le nombre moyen d'enfants par femme estimé aujourd'hui à 5,1 n'est pas significativement différent de celui estimé à l'EDSC de 2004 (5,0).

Graphique 2 Taux de fécondité générale selon l'EDSC 2004 et l'EDS-MICS 2011



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 26 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. A l'opposé, dans 66 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 35 % souhaiteraient cet enfant plus tard, dans un délai de deux ans ou plus, c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 27 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (tableau 4). Enfin, dans 4 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport à 2004, on relève quelques changements bien qu'encore timides. En effet, la proportion de femmes qui ne

veulent plus d'enfant est passée de 20 % à 26 % et la proportion de celles qui souhaitent espacer la prochaine naissance est passée de 32 % à 35 %, soit une très légère hausse.

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants								
Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Cameroun 2011								
Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	61,7	39,1	32,4	27,0	19,2	12,3	8,5	27,0
Veut un autre plus tard ³	18,6	46,7	50,2	43,3	35,5	25,9	14,1	35,0
Veut un autre, NSP quand	10,8	7,1	5,6	3,2	3,0	2,3	1,0	4,4
Indécise	0,8	1,6	1,6	4,1	5,6	4,5	4,6	3,3
Ne veut plus d'enfant	0,8	2,7	8,5	19,8	32,4	49,3	64,9	26,2
Stérilisé(e) ⁴	0,1	0,1	0,2	0,5	1,1	1,0	0,9	0,5
S'est déclarée stérile	6,9	2,2	1,6	2,0	2,7	4,1	5,0	3,2
Manquant	0,2	0,4	0,0	0,2	0,6	0,7	1,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	822	1 620	1 756	1 512	1 300	1 053	1 730	9 792

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

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 3 % chez les femmes ayant un enfant vivant, 9 % chez celles ayant deux enfants vivants, 20 % chez celles ayant trois enfants vivants, pour atteindre un maximum de 65 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante presque partout, sauf chez les femmes sans enfant (19 %) et celles ayant six enfants ou plus (14 %).

3.5 Utilisation de la contraception

Les résultats figurant dans le tableau 5 montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure toujours faible. En effet, seulement 23 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). Par rapport à 2004, ce taux d'utilisation chez les femmes en union a légèrement diminué, passant de 26 % à 23 % (graphique 3). Bien que toujours faible (14 %), la prévalence contraceptive moderne a quelque peu augmenté depuis 2004, la prévalence étant passée de 12 % à 14 % à l'enquête actuelle. Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, on note dans l'ordre décroissant le condom masculin (7,6 %), les injectables (3,0 %, contre 1,6 % en 2004) et la pilule (1,9 %). Les autres méthodes modernes ne sont utilisées que dans moins de 1 % des cas. La prévalence des méthodes traditionnelles est faible et enregistre une baisse, passant de 13 % en 2004 à 9 % en 2011. Cette baisse est due essentiellement au recul de la pratique de la méthode du rythme (10 % en 2004 contre 7 % en 2011).

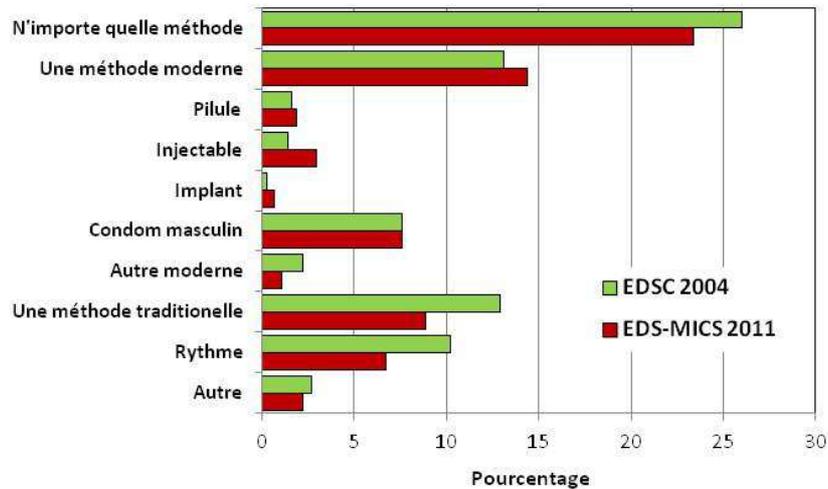
Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne									Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injec-table	Implant	Condom masculin	Condom féminin	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait				Autre
Groupe d'âges																		
15-19	16,1	12,2	0,0	0,4	0,1	1,1	0,2	9,6	0,4	0,4	0,0	3,9	2,9	0,9	0,1	83,9	100,0	868
20-24	22,1	16,0	0,0	1,6	0,1	1,8	0,7	11,5	0,1	0,3	0,1	6,1	4,1	1,3	0,7	77,9	100,0	1 935
25-29	24,8	15,6	0,3	2,1	0,1	3,3	0,6	8,5	0,1	0,5	0,1	9,2	6,6	2,3	0,3	75,2	100,0	2 122
30-34	25,2	14,7	0,3	2,1	0,2	4,0	0,6	7,4	0,0	0,1	0,0	10,4	7,9	2,3	0,2	74,8	100,0	1 617
35-39	27,4	15,6	1,1	2,9	0,3	3,3	0,9	6,4	0,2	0,4	0,0	11,8	8,9	2,1	0,9	72,6	100,0	1 393
40-44	25,2	13,4	0,8	2,0	1,0	4,7	1,3	3,3	0,1	0,2	0,0	11,8	9,7	1,6	0,5	74,8	100,0	998
45-49	17,9	8,8	2,1	1,6	0,2	2,5	0,5	1,7	0,0	0,1	0,0	9,1	7,6	1,2	0,4	82,1	100,0	860
Résidence																		
Yaoundé/Douala	39,0	22,9	0,3	2,4	0,2	3,2	1,0	15,2	0,1	0,4	0,1	16,1	11,6	3,6	0,9	61,0	100,0	1 884
Autres villes	29,5	19,4	0,9	2,8	0,4	3,8	0,9	10,0	0,1	0,4	0,0	10,1	8,0	1,8	0,4	70,5	100,0	2 750
Ensemble urbain	33,4	20,8	0,7	2,7	0,3	3,5	0,9	12,2	0,1	0,4	0,0	12,6	9,4	2,5	0,6	66,6	100,0	4 633
Rural	14,4	8,7	0,4	1,3	0,2	2,5	0,5	3,5	0,1	0,3	0,0	5,7	4,3	1,1	0,3	85,6	100,0	5 158
Région																		
Adamaoua	11,1	10,6	1,1	1,2	0,4	2,7	0,6	3,4	0,0	1,3	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	88,9	100,0	524
Centre (sans Yaoundé)	33,6	24,6	0,3	3,2	0,8	6,4	1,5	11,9	0,3	0,3	0,0	8,9	6,2	2,3	0,5	66,4	100,0	744
Douala	40,7	21,4	0,3	1,7	0,2	2,3	0,8	15,5	0,1	0,4	0,1	19,3	13,2	4,9	1,2	59,3	100,0	936
Est	12,5	9,1	0,1	1,3	0,0	1,6	0,5	5,6	0,0	0,0	0,0	3,4	3,2	0,1	0,1	87,5	100,0	433
Extrême-Nord	3,7	3,3	0,1	0,8	0,0	1,6	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,1	96,3	100,0	1 986
Littoral (sans Douala)	29,7	16,4	0,7	3,0	0,0	3,8	0,2	8,8	0,0	0,0	0,0	13,2	10,0	2,9	0,4	70,3	100,0	370
Nord	4,9	4,7	0,6	1,1	0,1	2,0	0,4	0,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	95,1	100,0	1 245
Nord-Ouest	38,1	20,9	1,3	2,4	1,0	3,4	1,0	11,5	0,0	0,3	0,0	17,2	12,9	3,7	0,6	61,9	100,0	704
Ouest	33,7	16,4	0,4	1,0	0,2	2,2	1,1	11,0	0,2	0,3	0,0	17,3	13,4	3,2	0,7	66,3	100,0	994
Sud	32,4	22,9	0,5	3,7	0,0	5,5	2,2	10,7	0,0	0,2	0,1	9,5	7,4	1,3	0,8	67,6	100,0	255
Sud-Ouest	40,0	22,5	1,8	4,3	0,2	5,4	0,6	9,1	0,4	0,7	0,0	17,4	14,1	2,5	0,9	60,0	100,0	652
Yaoundé	37,3	24,3	0,2	3,2	0,2	4,0	1,1	15,0	0,1	0,4	0,1	13,0	10,0	2,3	0,6	62,7	100,0	948
Niveau d'instruction																		
Aucun	4,1	3,3	0,5	0,7	0,0	1,2	0,2	0,3	0,0	0,4	0,0	0,8	0,5	0,2	0,1	95,9	100,0	2 673
Primaire	21,6	12,5	0,7	2,1	0,3	3,7	0,6	4,8	0,1	0,3	0,0	9,1	6,9	1,8	0,4	78,4	100,0	3 677
Secondaire	38,7	23,9	0,4	2,7	0,3	3,9	1,2	14,8	0,2	0,3	0,0	14,8	11,1	2,9	0,8	61,3	100,0	3 037
Supérieur	51,7	34,3	0,4	3,4	0,5	1,9	0,6	26,5	0,2	0,5	0,3	17,4	13,9	3,2	0,3	48,3	100,0	405
Nombre d'enfants vivants																		
0	21,8	17,4	0,1	0,5	0,0	0,2	0,4	16,0	0,1	0,0	0,1	4,4	3,5	0,6	0,3	78,2	100,0	1 064
1-2	21,7	14,5	0,1	1,7	0,0	2,4	0,4	9,3	0,2	0,3	0,0	7,3	5,4	1,5	0,4	78,3	100,0	3 381
3-4	26,0	14,4	0,8	2,4	0,3	3,6	0,8	6,1	0,1	0,4	0,0	11,6	8,7	2,3	0,5	74,0	100,0	2 723
5+	23,4	13,2	1,0	2,3	0,5	4,3	1,1	3,5	0,1	0,3	0,0	10,2	7,7	2,1	0,4	76,6	100,0	2 624
Ensemble	23,4	14,4	0,5	1,9	0,2	3,0	0,7	7,6	0,1	0,3	0,0	8,9	6,7	1,8	0,4	76,6	100,0	9 792

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

**Graphique 3 Prévalence contraceptive
(Femmes en union) EDSC 2004 et EDS-MICS 2011**



En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 21 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne. En urbain, 12,2 % de femmes utilisent le condom masculin, 3,5 % les injectables et 2,7 % la pilule. Dans les métropoles de Yaoundé/Douala, le condom masculin est la méthode moderne la plus utilisée (15,2 %), suivi de loin par les injectables (3,2 %), et la pilule (2,4 %). On note que dans toutes les régions, le condom masculin, les injectables et la pilule sont les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive est très fortement associée au niveau d'instruction : chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur, 34 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 24 % chez les femmes de niveau secondaire, 13 % chez celles ayant un niveau primaire et 3 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme. La plus forte proportion d'utilisatrices (taux variant entre 14 % à 16 %) se situe à 20-39 ans, âges correspondant à la période de fécondité maximum. Chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 45 ans ou plus, les taux sont relativement plus faibles : 12 % dans le groupe 15-19 ans, et 9 % à 45-49 ans.

On peut aussi souligner que le niveau d'utilisation de la contraception moderne varie en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme. Comme en 2004, les femmes sans enfant sont celles qui utilisent le plus fréquemment la contraception moderne (17 %), essentiellement le condom (16 %).

3.6 Soins prénatals et accouchement

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'EDS-MICS, 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 cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 85 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (tableau 6) et cette proportion a peu changé depuis 2004 (83 %) (graphique 4). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant

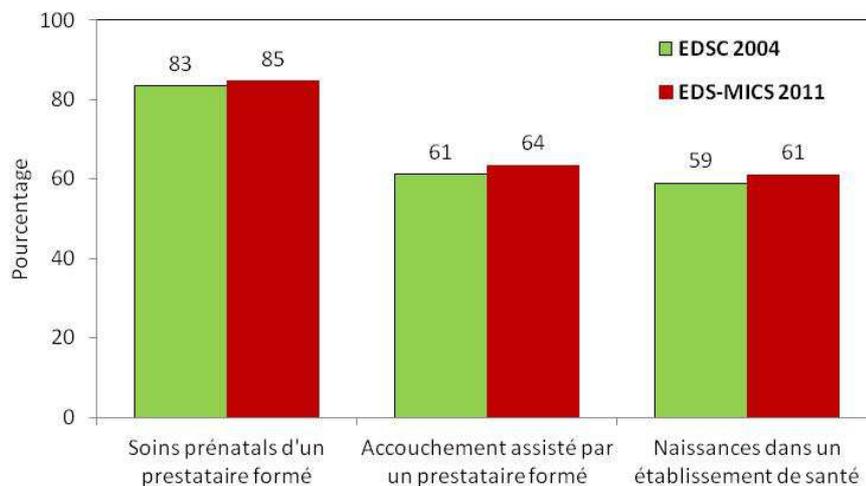
Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle						
Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011						
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	84,9	68,2	1 367	60,6	57,7	2 295
20-34	85,5	74,8	5 212	64,7	62,6	8 106
35+	80,5	72,7	1 069	61,9	58,4	1 347
Résidence						
Yaoundé/Douala	98,4	79,3	1 367	95,8	94,3	1 854
Autres villes	93,8	81,3	2 106	81,3	78,8	3 106
Ensemble urbain	95,6	80,5	3 473	86,7	84,6	4 960
Rural	75,6	67,4	4 175	46,7	44,1	6 788
Région						
Adamaoua	87,8	71,7	387	47,4	45,8	596
Centre (sans Yaoundé)	92,8	77,3	568	78,5	71,8	876
Douala	99,2	81,3	648	98,8	97,8	906
Est	85,4	75,8	327	48,9	46,2	500
Extrême-Nord	59,0	55,1	1 592	25,1	22,7	2 682
Littoral (sans Douala)	97,4	81,5	283	94,2	92,1	404
Nord	71,7	64,1	971	32,9	30,2	1 662
Nord-Ouest	97,6	88,5	649	93,6	93,7	905
Ouest	98,9	87,7	820	95,8	93,9	1 314
Sud	94,2	78,3	198	82,2	77,2	283
Sud-Ouest	91,3	78,2	485	80,1	78,1	672
Yaoundé	97,6	77,5	719	92,9	90,9	948
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	60,2	54,1	2 020	22,9	20,7	3 359
Primaire	89,1	77,6	2 910	69,2	66,3	4 639
Secondaire	98,1	82,7	2 454	92,5	90,2	3 398
Supérieur	99,1	85,8	263	99,2	99,8	353
Ensemble	84,7	73,3	7 647	63,6	61,2	11 748

¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignantes sont considérés ici comme des prestataires formés.

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

en milieu urbain (96 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (76 %). D'importantes disparités de cette proportion sont aussi observées selon les régions. L'Extrême-Nord (59 %) et le Nord (72 %) se distinguent par les plus faibles taux de consultation prénatale. L'Adamaoua (88 %) et l'Est (85 %) ont des niveaux intermédiaires alors que dans les autres régions, la proportion de femmes ayant consulté un professionnel de santé durant la grossesse dépasse les 90 % avec un maximum dans la région de l'Ouest (99 %). La consultation prénatale par un agent de santé est fortement influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (60 %) ont moins bénéficié que les autres de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint 89 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et au moins 98 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

**Graphique 4 Indicateurs de santé maternelle,
EDSC 2004 et EDS-MICS 2011**



Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : un peu plus de 7 femmes sur 10 (73 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (81 %) sont plus fréquemment protégés que ceux du milieu rural (67 %). Par rapport aux régions, on note des écarts de couverture en VAT ; elle atteint ou dépasse 70 % dans toutes les régions, à l'exception des régions Extrême-Nord (55 %) et Nord (64 %). La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente significativement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 54 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 86 % quand elle a atteint le niveau d'instruction supérieur.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé où la mère avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDS-MICS révèlent que 61 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 59 % en 2004 (graphique 4). Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé varie légèrement avec l'âge et oscille entre 58 % et 63 %. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 85 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 44 % en milieu rural. Les différences interrégionales sont également très importantes. Les régions Ouest et Nord-Ouest se démarquent avec 94 % de naissances en établissement de santé ; elles sont suivies de près par le Littoral (sans Douala) avec 92 %. En dehors de l'Extrême-Nord (23 %), du Nord (30 %), de l'Adamaoua (46 %) et de Est (46 %) qui sont les régions les moins favorisées sur ce plan, les autres régions ont des niveaux intermédiaires. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient de manière positive avec le niveau d'instruction : de 21 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 66 % chez les femmes de niveau primaire, à 90 % chez celles ayant un niveau secondaire, et à 99 % chez les mères de niveau d'instruction supérieur.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe que 64 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé lors de l'accouchement : cette proportion a peu varié depuis 2004 date à laquelle elle était estimée à 62 % (graphique 4). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDS-MICS, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour 57 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 7. Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques													
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011													
Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	86,6	84,6	78,4	68,1	70,0	93,6	86,7	70,4	70,0	52,2	4,4	54,3	1 113
Féminin	87,5	86,4	78,3	68,6	73,3	93,0	84,3	69,2	71,1	54,1	4,8	59,6	1 152
Résidence													
Yaoundé/Douala	95,6	92,8	87,2	81,4	89,2	95,0	89,5	73,1	81,3	63,1	3,4	68,6	385
Autres villes	94,5	92,4	87,6	78,7	86,0	94,5	89,0	73,8	79,0	62,9	3,4	61,3	564
Ensemble urbain	94,9	92,5	87,4	79,8	87,3	94,7	89,2	73,5	79,9	63,0	3,4	64,3	950
Rural	81,4	80,5	71,8	60,1	60,4	92,3	82,8	67,1	63,8	46,1	5,5	51,7	1 315
Région													
Adamaoua	89,4	91,6	84,1	69,0	74,3	95,7	89,0	76,1	64,0	53,7	2,9	73,1	111
Centre (sans Yaoundé)	92,6	87,9	84,6	75,5	73,7	91,3	82,8	66,9	73,0	51,6	4,8	46,7	168
Douala	98,1	96,7	91,1	84,1	92,5	97,5	92,1	74,7	84,8	67,3	1,9	73,2	168
Est	91,0	91,4	82,0	65,9	65,4	92,5	77,0	57,4	74,4	47,3	4,3	48,0	93
Extrême-Nord	69,6	69,4	58,9	45,2	40,4	91,6	80,8	61,0	52,4	30,9	7,6	39,5	476
Littoral (sans Douala)	98,3	96,9	88,3	80,9	90,7	95,7	88,2	75,7	85,6	66,3	0,8	66,0	90
Nord	74,8	71,8	60,9	48,9	55,1	89,7	78,1	61,4	51,7	38,1	7,5	46,9	286
Nord-Ouest	98,3	97,8	97,8	95,4	96,7	98,3	98,3	86,7	93,1	82,5	1,7	83,9	199
Ouest	95,9	94,4	87,0	75,5	84,4	92,5	87,5	76,6	79,8	63,7	2,3	52,2	272
Sud	91,1	85,6	70,5	56,7	65,0	96,0	76,5	50,6	69,5	35,2	4,0	40,8	53
Sud-Ouest	95,4	95,1	93,9	88,7	95,0	94,8	91,8	81,1	82,6	75,2	4,6	83,5	132
Yaoundé	93,6	89,7	84,1	79,3	86,6	93,0	87,4	71,9	78,6	59,9	4,5	65,1	217
Niveau d'instruction													
Aucun	71,1	70,9	59,1	45,1	43,9	92,2	79,0	58,3	51,3	32,2	6,2	43,1	565
Primaire	87,6	85,9	79,6	69,4	72,7	92,2	86,3	72,1	70,1	54,3	6,0	59,0	888
Secondaire	97,5	95,3	90,3	82,7	89,9	94,9	88,3	74,1	84,4	65,9	2,1	63,0	740
Supérieur	98,9	95,6	90,9	89,8	90,4	98,9	98,2	87,7	84,6	73,9	1,1	79,7	73
Ensemble	87,1	85,5	78,3	68,4	71,7	93,3	85,5	69,8	70,6	53,2	4,6	57,0	2 265

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

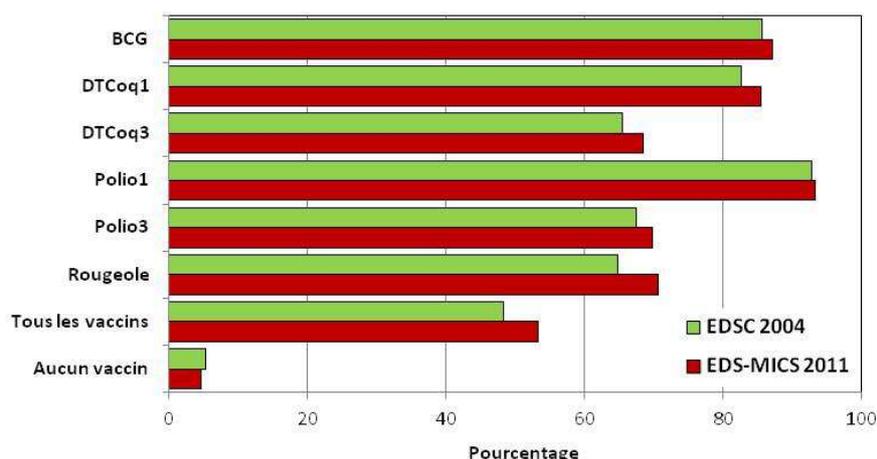
² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 53 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 5 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (42 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 87 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 86 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq ; dans 93 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio et 71 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par un peu plus de sept enfants sur dix (72 %).

Pour le DTCoq et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 86 % pour la première dose de DTCoq, la couverture tombe à 78 % pour la deuxième et à 68 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 93 %, 86 % et 70 %.

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une timide tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au Cameroun au cours de la période 2004-2011, passant de 48 % à 53 % pour tous les antigènes, de 86 % à 87 % pour le BCG, de 65 % à 68 % pour la troisième dose de DTCoq, et enfin, de 65 % à 71 % pour le vaccin contre la rougeole. De même, la couverture vaccinale pour la troisième dose de polio est passée de 67 % à 70 % au cours de cette même période 2004-2011.

**Graphique 5 Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois),
EDSC 2004 et EDS-MICS 2011**



La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans deux régions, Nord-Ouest (83 %) et Sud-Ouest (75 %) plus des trois quarts des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés. À l'opposé, les enfants de 12-23 mois des régions Extrême-Nord (31 %), Sud (35 %), Nord (38 %) et, dans une moindre mesure, ceux de la région Est (47 %) sont les moins fréquemment vaccinés. Il apparaît aussi que dans la région Extrême-Nord, 8 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. L'instruction de la mère a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale des enfants : de 32 % quand la mère est sans instruction, le taux de couverture vaccinale complète passe à 54 % chez les enfants dont la mère a un niveau primaire, à 66 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire, et à 74 % lorsque la mère a un niveau d'instruction supérieur.

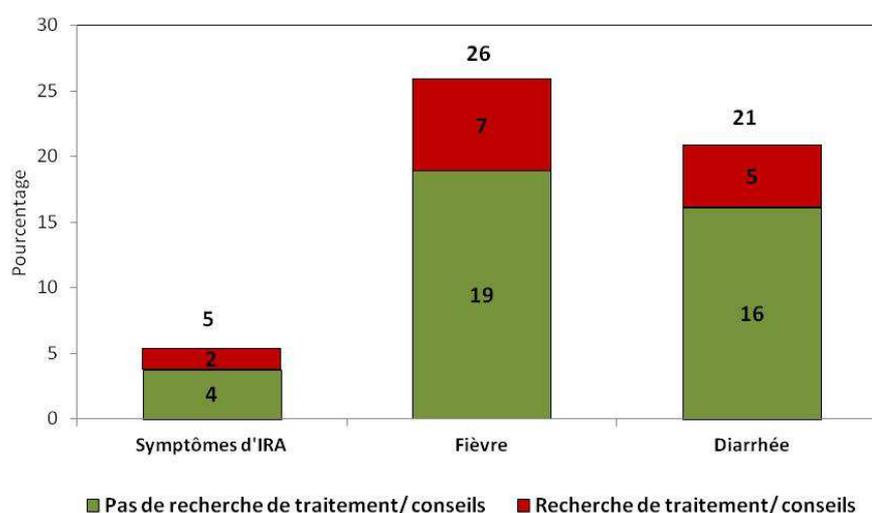
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, le fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a

demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) 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.

Dans l'ensemble, 5 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (graphique 6). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 30 % d'entre eux (tableau 8). Les enfants de moins de six mois (16 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (16 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins. On observe également que les enfants du milieu urbain ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (36 % contre 26 %) et que le sexe de l'enfant ne semble pas avoir influencé de façon importante la décision de recherche d'un traitement (32 % pour les garçons contre 28 % pour les filles).

Graphique 6 Prévalence des maladies des enfants de moins de 5 ans et recherche de traitement



EDS-MICS 2011

Dans l'ensemble, 26 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (graphique 6). Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 27 % d'entre eux (tableau 8). Les enfants du milieu rural (22 %), ceux de l'Extrême-Nord (13 %), du Nord (15 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (12 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas avoir influencé de façon importante la décision de recherche d'un traitement (28 % pour les garçons contre 26 % pour les filles).

Par ailleurs, 21 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (graphique 6). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 23 % de ces enfants (tableau 9). Par ailleurs, 17 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 22 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée). C'est en milieu urbain que la recherche de traitement auprès d'un établissement de santé et le recours à la TRO sont les plus élevées : respectivement, 29 % et 34 % contre 19 % et 15 % en milieu rural.

Tableau 8. Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO)	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ³	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	16,2	60	23,2	181	14,0	9,7	10,1	123
6-11	33,8	88	32,1	404	25,7	18,3	25,9	349
12-23	31,2	155	28,8	709	27,9	24,2	28,9	778
24-35	33,6	112	26,7	560	19,4	12,1	16,1	462
36-47	31,4	86	22,9	505	21,0	12,0	17,6	316
48-59	26,8	77	25,5	419	14,7	13,1	17,8	215
Sexe								
Masculin	31,6	293	27,8	1 429	24,5	16,6	21,6	1 141
Féminin	28,3	285	26,0	1 348	21,1	17,8	22,6	1 102
Résidence								
Yaoundé/Douala	31,9	123	36,7	403	30,5	28,8	40,4	283
Autres villes	39,7	111	33,5	722	27,9	25,3	31,1	536
Ensemble urbain	35,6	233	34,6	1 125	28,8	26,5	34,3	819
Rural	26,1	345	21,7	1 653	19,3	11,8	15,1	1 424
Région								
Adamaoua	(42,6)	24	31,8	98	31,4	19,5	20,7	73
Centre (sans Yaoundé)	(28,8)	41	28,5	261	21,7	14,4	27,3	130
Douala	21,0	58	31,0	163	25,6	25,6	31,3	97
Est	*	14	30,0	91	32,5	24,4	29,6	84
Extrême-Nord	20,6	142	12,9	679	15,7	8,1	9,9	733
Littoral (sans Douala)	*	7	49,5	87	37,9	31,1	34,9	60
Nord	13,0	81	15,0	509	15,3	12,7	15,0	521
Nord-Ouest	62,2	63	50,5	135	39,9	42,0	47,2	74
Ouest	(22,4)	46	39,2	241	36,0	24,9	33,3	174
Sud	*	8	37,0	72	37,1	24,5	29,6	39
Sud-Ouest	(37,9)	30	35,0	203	31,3	30,8	42,4	73
Yaoundé	(41,8)	64	40,6	241	33,1	30,6	45,1	186
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	16,0	166	11,9	856	14,4	10,8	12,2	862
Primaire	33,7	217	28,5	1 078	23,6	15,4	21,1	872
Secondaire	39,3	168	38,5	762	35,4	30,2	39,2	476
Supérieur	*	28	55,0	83	39,9	41,5	(62,1)	33
Ensemble	29,9	578	26,9	2 778	22,8	17,2	22,1	2 243

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 (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les solutions maison recommandées.

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est constitué la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son

alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 9 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 9. Allaitement selon l'âge de l'enfant

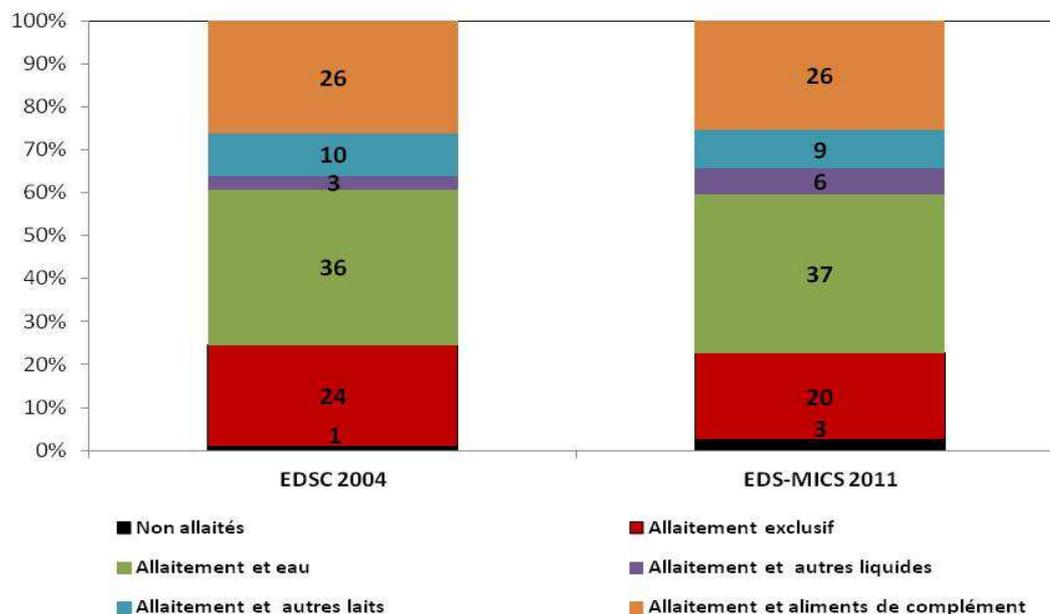
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Cameroun 2011

Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement							Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/liquides non-lactés	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément	Total				
0-1	2,6	31,4	43,2	5,9	11,6	5,3	100,0	97,4	307	12,0	316
2-3	1,1	21,8	38,0	8,3	10,6	20,3	100,0	98,9	431	15,1	440
4-5	4,0	9,9	31,1	3,6	4,8	46,6	100,0	96,0	401	18,0	414
6-8	4,1	1,8	14,4	3,3	3,0	73,4	100,0	95,9	602	15,1	619
9-11	9,5	0,6	4,8	1,3	0,8	83,0	100,0	90,5	586	13,1	603
12-17	29,9	0,5	2,5	0,1	0,2	66,8	100,0	70,1	1 194	7,0	1 256
18-23	70,6	0,0	0,4	0,0	0,3	28,7	100,0	29,4	897	3,9	1 009
0-3	1,7	25,8	40,1	7,3	11,0	14,1	100,0	98,3	738	13,8	756
0-5	2,5	20,2	37,0	6,0	8,8	25,5	100,0	97,5	1 138	15,3	1 170
6-9	4,7	1,4	12,5	2,5	2,6	76,3	100,0	95,3	814	14,7	838
12-15	22,3	0,5	2,9	0,1	0,1	74,1	100,0	77,7	789	8,3	826
12-23	47,4	0,3	1,6	0,1	0,2	50,4	100,0	52,6	2 091	5,6	2 265
20-23	75,7	0,0	0,3	0,0	0,5	23,5	100,0	24,3	563	3,1	650

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 », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », 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.

L'allaitement est une pratique quasi universelle au Cameroun et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 98 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, de plus, 91 % des enfants de 9-11 mois sont encore au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur cinq (20 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein : cette proportion a légèrement baissé depuis 2004 date à laquelle elle était estimée à 24 % (graphique 7). Dans 77 % des cas, les

Graphique 7 Allaitement et alimentation des enfants de moins de 6 mois, EDSC 2004 et EDS-MICS 2011



enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (37 %), 6% ont reçu des liquides non lactés en plus du lait maternel, 8 % ont reçu d'autres laits et 26 % ont reçu des suppléments solides ou semi-solides. Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas correctement suivie : seulement 76 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon (15 %).

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-MICS. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il 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, 33 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14 %) sous la forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 12 % chez les enfants de moins de 8 mois, il passe à 17 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 42 % parmi les enfants de 18-23 et de 24-35 mois, pour décroître ensuite. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de sexe masculin (35 %) que ceux de sexe féminin (30 %) ; les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (41 % contre 22 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 46 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 34 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, à 20 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire, et à 7 % chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction supérieur.

Tableau 10. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq 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, Cameroun 2011

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au dessus de +2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au dessus de +2 ET	
Groupe d'âges en mois									
<6	4,0	12,1	2,6	9,8	12,3	1,8	7,1	5,0	546
6-8	4,8	11,8	3,9	10,4	6,5	4,9	15,6	5,7	339
9-11	7,9	16,5	1,9	9,2	7,1	3,7	14,6	3,9	340
12-17	10,4	27,4	3,8	10,5	4,8	6,7	15,6	3,5	694
18-23	17,3	42,4	2,3	6,5	5,4	6,0	18,1	2,4	565
24-35	20,0	42,3	1,6	3,6	6,5	4,6	15,4	0,7	1 134
36-47	16,8	38,7	0,8	2,8	5,2	4,5	14,8	0,4	1 135
48-59	15,9	35,5	0,8	2,6	4,7	3,9	14,6	0,7	1 107
Sexe									
Masculin	16,4	35,1	2,5	6,5	7,3	5,0	15,1	2,3	2 862
Féminin	11,9	30,0	1,3	4,8	5,1	4,1	14,2	1,7	2 998
Résidence									
Yaoundé/Douala	3,9	12,8	1,2	2,4	8,2	0,8	3,4	2,6	918
Autres villes	9,7	27,0	0,7	3,3	6,4	1,7	9,4	2,6	1 603
Ensemble urbain	7,6	21,9	0,9	3,0	7,0	1,4	7,2	2,6	2 521
Rural	19,1	40,5	2,6	7,6	5,5	6,9	20,2	1,5	3 339
Région									
Adamaoua	18,2	39,8	0,8	6,4	6,2	4,4	20,8	1,0	316
Centre (sans Yaoundé)	8,5	23,4	0,6	4,3	5,1	1,9	8,3	3,0	414
Douala	4,3	12,9	1,2	2,5	8,5	0,5	3,2	1,7	477
Est	16,5	37,3	2,2	5,9	6,2	5,3	15,4	0,6	263
Extrême-Nord	25,5	44,9	4,1	11,8	2,4	11,3	31,6	1,4	1 195
Littoral (sans Douala)	7,3	24,4	0,0	1,2	11,1	1,2	4,7	5,2	226
Nord	17,9	40,2	3,4	10,2	1,8	7,9	23,6	0,5	759
Nord-Ouest	14,4	35,6	0,7	2,1	11,2	1,5	7,1	3,2	542
Ouest	10,1	32,0	0,4	0,7	10,7	1,0	4,9	2,6	702
Sud	12,8	33,1	2,9	4,5	4,9	3,3	10,1	0,8	158
Sud-Ouest	8,1	27,0	0,4	2,8	4,8	1,3	8,0	2,1	367
Yaoundé	3,5	12,8	1,3	2,3	7,8	1,2	3,6	3,6	441
Niveau d'instruction de la mère³									
Aucun	24,7	45,5	4,2	11,6	2,4	11,6	31,2	1,0	1 383
Primaire	12,7	33,5	1,2	4,7	6,6	3,0	11,4	1,9	2 200
Secondaire	5,7	19,9	1,1	3,1	8,8	1,2	5,4	2,6	1 482
Supérieur	3,2	7,1	0,0	1,7	8,4	0,0	1,5	2,5	175
Interview de la mère									
Mère interviewée	13,5	32,0	1,9	5,9	6,2	4,6	14,6	1,9	5 114
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	14,4	30,3	2,6	6,9	3,5	7,1	14,9	2,0	127
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	19,1	37,5	1,6	2,9	6,1	3,8	14,8	3,0	615
Ensemble	14,1	32,5	1,9	5,6	6,2	4,5	14,6	2,0	5 860

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans et de moins de 85 cm 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 Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 6 % des enfants sont émaciés dont environ un tiers (2 %) sous la forme sévère. Les résultats indiquent que les enfants de moins de 18 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (plus de 9 %). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon la région de résidence : en effet, dans les régions Extrême-Nord et Nord la prévalence de la malnutrition aiguë dépasse 10 % alors qu'elle ne se situe qu'aux environs de 1 % dans le Littoral (sans Douala) et l'Ouest. On note aussi que 12 % des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont émaciés contre 3 % quand elle a un niveau secondaire et 2 % lorsque la mère a atteint le niveau d'instruction supérieur. Il faut aussi souligner que la prévalence de l'émaciation est plus élevée parmi les enfants dont la mère a été enquêtée (6 %) que chez les enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage ou est décédée (3 %).

Le surpoids et l'obésité concernent de plus en plus d'enfants dans les pays en développement, ce qui pourrait constituer dans l'avenir un nouveau problème de santé publique. Le pourcentage d'enfants dont le poids-pour-taille se situe au dessus de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont en situation de surpoids ou sont atteints d'obésité. Alors que 6 % des enfants souffrent d'émaciation, à l'opposé, le même pourcentage (6 %) des enfants sont trop gros. Comme on pouvait s'y attendre, c'est dans les régions où la prévalence de l'émaciation est la plus élevée que la proportion d'enfants présentant un surpoids ou sont obèses est la plus faible, et à l'inverse, c'est dans les régions où la prévalence de l'émaciation est la plus faible que la proportion d'enfants présentant un surpoids est la plus élevée.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Environ 15 % des enfants au Cameroun présentent une insuffisance pondérale dont un tiers (5 %) sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (20 % contre 7 %), chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (31 % contre 5 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire). Enfin, il faut signaler que quatre régions sont particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : il s'agit des régions Extrême-Nord (32 %), Nord (24 %), Adamaoua (21 %) et Est (15 %).

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

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDS-MICS afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans un ménage sélectionné sur deux, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. De plus, tous les enfants de 6-59 mois de ces ménages ont également été testés, à condition que l'un des parents ou l'adulte responsable ait autorisé le test. On a prélevé une goutte de sang qui a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test ont été immédiatement communiqués à ces personnes.

Le tableau 11 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes. Au niveau national, 60 % des enfants de moins de 6-59 mois sont anémiés : 27 % souffrent d'anémie légère, 31 % souffrent d'anémie modérée, et 2 % d'anémie sévère. Les enfants des zones rurales (63 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (57 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (2,4 %) est nettement plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (0,9 %). C'est dans les régions Sud (4,4 %) et Centre sans Yaoundé (3,6 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

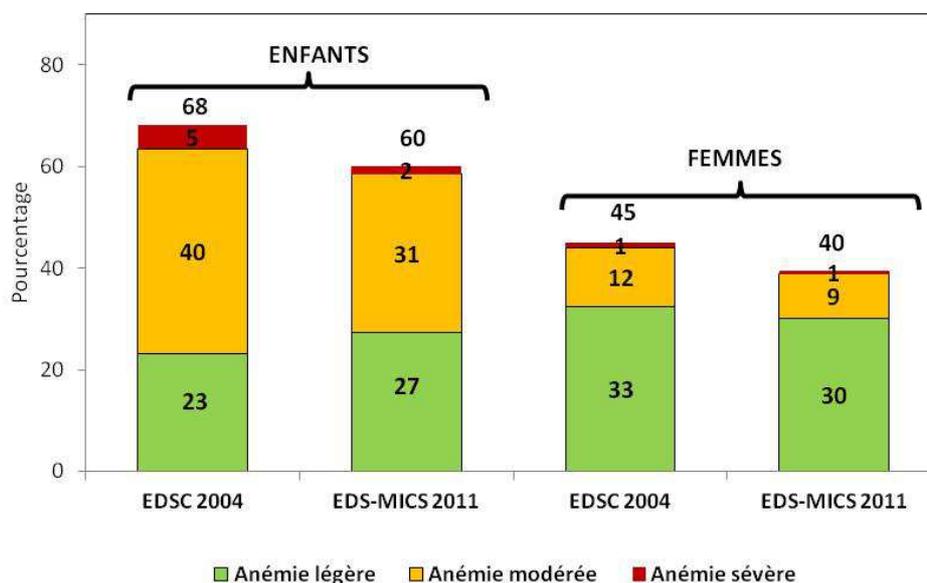
En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 40 % des femmes souffrent d'anémie : 30 % souffrent d'anémie légère, 9 % d'anémie modérée et

moins de 1 % d'anémie sévère. Contrairement à la situation des enfants, les femmes des zones urbaines (41 %) sont plus fréquemment atteintes d'anémie que celles des zones rurales (37 %).

Tableau 11. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes					
Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémies, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Légère	Modérée	Sévère	
ENFANTS					
Résidence					
Yaoundé/Douala	55,2	31,4	23,5	0,3	840
Autres villes	57,2	26,4	29,5	1,3	1 504
Ensemble urbain	56,5	28,2	27,3	0,9	2 344
Rural	63,2	26,9	33,9	2,4	3 088
Région					
Adamaoua	61,9	26,2	33,1	2,6	289
Centre (sans Yaoundé)	65,8	23,5	38,7	3,6	375
Douala	62,5	34,2	27,9	0,3	447
Est	66,8	26,6	38,4	1,9	238
Extrême-Nord	63,5	29,4	32,8	1,2	1 132
Littoral (sans Douala)	56,8	28,2	27,8	0,8	210
Nord	68,2	26,9	38,8	2,5	703
Nord-Ouest	52,4	28,4	22,3	1,8	515
Ouest	45,5	22,7	21,4	1,4	643
Sud	73,6	28,1	41,2	4,4	148
Sud-Ouest	69,9	25,1	42,2	2,7	340
Yaoundé	46,9	28,2	18,5	0,2	394
Ensemble	60,3	27,4	31,1	1,7	5 432
FEMMES					
Résidence					
Yaoundé/Douala	44,8	36,7	7,6	0,5	1 777
Autres villes	38,9	29,2	9,3	0,4	2 423
Ensemble urbain	41,4	32,4	8,6	0,5	4 200
Rural	37,3	27,6	8,9	0,8	3 611
Région					
Adamaoua	35,9	25,1	9,6	1,1	378
Centre (sans Yaoundé)	48,0	36,5	10,6	1,0	518
Douala	53,2	42,2	10,1	0,9	930
Est	43,4	34,9	8,2	0,2	312
Extrême-Nord	36,5	27,3	8,1	1,1	1 276
Littoral (sans Douala)	37,6	29,6	7,4	0,6	316
Nord	40,7	27,4	12,5	0,7	802
Nord-Ouest	30,3	25,1	5,2	0,1	792
Ouest	23,1	17,8	5,1	0,1	848
Sud	52,6	36,0	15,6	1,0	205
Sud-Ouest	53,5	38,6	14,4	0,6	586
Yaoundé	35,6	30,6	4,9	0,1	846
Ensemble	39,5	30,2	8,7	0,6	7 811
<p>Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.</p>					

Par rapport aux résultats de l'EDSC de 2004, la prévalence de l'anémie a diminué chez les femmes et les enfants (graphique 8). En 2004, 68 % des enfants étaient atteints d'anémie contre 60 % en 2011 ; pour les femmes, ces pourcentages sont passés de 45 % à 40 %. En outre, on constate que pour les enfants et les femmes, c'est essentiellement l'anémie modérée qui a diminué entre les deux dates.

Graphique 8 Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans, EDSC 2004 et EDS-MICS 2011



3.12 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDS-MICS, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée (imprégnée d'insecticide : MII) ou non et de ceux n'en disposant pas du tout.

En premier lieu, on constate au tableau 12 qu'au Cameroun, un peu plus d'un ménage sur deux possède, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (52 %). En ce qui concerne les MII, les résultats montrent que 36 % des ménages en possèdent, au moins, une. Ces proportions sont quelque peu plus élevées en milieu rural (respectivement 54 % et 38 %) qu'en urbain (50 % et 35 %).

Les proportions d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire ou sous une MII sont respectivement de 28 % et de 21 %. Ces proportions sont plus élevées en milieu urbain (respectivement, 34 % et 24 %) qu'en rural (respectivement, 24 % et 19 %). Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 44 %. C'est aussi en milieu urbain que l'on constate les proportions les plus élevées (50 % contre 39 % en milieu rural).

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, juste un peu plus d'une sur quatre s'est protégée contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire imprégnée ou non (28 %) ; la proportion de celles qui ont dormi sous une MII est de 20 %. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête s'établit à 47 %. Cette proportion est plus élevée en urbain (53 %) qu'en rural (42 %).

La proportion de ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois est très faible (moins de 3 %). La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur

du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois est de 23 %. En ce qui concerne les femmes enceintes, cette proportion est de 21 %.

Tableau 12. Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, Cameroun 2011

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence				Ensemble	
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	50,1	3 628	53,5	3 505	51,8	7 133
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	35,3	3 628	37,5	3 505	36,4	7 133
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	33,6	2 726	24,2	3 553	28,3	6 279
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	24,2	2 726	18,7	3 553	21,1	6 279
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	49,7	1 324	38,7	1 716	43,5	3 040
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	31,9	353	24,3	429	27,8	782
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	21,2	353	18,6	429	19,8	782
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	53,1	141	41,7	191	46,5	333
Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel (PID)						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	4,3	3 628	0,8	3 505	2,6	7 133
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	26,9	2 726	19,1	3 553	22,5	6 279
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	23,1	353	19,2	429	21,0	782
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	80,2	2 001	61,2	2 703	69,2	4 705
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	30,7	2 001	21,7	2 703	25,6	4 705
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	24,4	4 614	27,1	6 102	25,9	10 718
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête pourcentage de ceux qui ont pris:						
Un antipaludéen quelconque	27,3	1 124	17,2	1 653	21,3	2 778
SP/Fansidar	0,3	1 124	0,3	1 653	0,3	2 778
Chloroquine	0,5	1 124	1,0	1 653	0,8	2 778
Amodiaquine	2,5	1 124	2,4	1 653	2,4	2 778
Quinine	14,1	1 124	9,5	1 653	11,3	2 778
Combinaison avec artémisinine	9,0	1 124	4,1	1 653	6,1	2 778
Autre antipaludéen	5,0	1 124	2,1	1 653	3,2	2 778
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:						
Un antipaludéen quelconque	18,7	1 124	10,3	1 653	13,7	2 778
SP/Fansidar	0,3	1 124	0,1	1 653	0,2	2 778
Chloroquine	0,3	1 124	0,9	1 653	0,6	2 778
Amodiaquine	0,9	1 124	1,4	1 653	1,2	2 778
Quinine	8,8	1 124	5,3	1 653	6,7	2 778
Combinaison avec artémisinine	4,5	1 124	1,6	1 653	2,8	2 778
Autre antipaludéen	4,3	1 124	1,4	1 653	2,6	2 778

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire pré-imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

² Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

Pour réduire la charge du 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 au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-MICS, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Pour seulement 69 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Par contre, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatale n'est que de 26 %.

Parmi des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, 21 % ont pris un antipaludique quelconque. En outre, on constate que la quinine (11 %) et, dans une moindre mesure, la combinaison à base d'artémisinine (CAT, 6 %) ont été les antipaludiques les plus fréquemment pris pour traiter la fièvre. Par ailleurs, 14 % ont pris un antipaludique quelconque le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. La proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque de manière précoce est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (19 % contre 10 %).

3.13 Prévalence du paludisme

Les résultats du tableau 13 indiquent tout d'abord que le taux de couverture du test du paludisme est très élevé puisqu'un échantillon de sang a été prélevé pour 96 % des enfants éligibles. Ce taux de couverture est très élevé pour toutes les catégories d'enfants. Il est néanmoins légèrement plus faible pour les enfants les plus jeunes (89 % pour les 6-8 mois) : en effet, pour ces enfants très jeunes, les mères refusent plus fréquemment le test et les prélèvements sanguins sont plus délicats que pour les enfants plus âgés.

Selon les résultats du TDR, la prévalence du paludisme s'établit à 30 % pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois. Précisons que les TDR peuvent parfois détecter l'antigène après la mort des parasites infectieux (c'est-à-dire après traitement) et donc qu'un test positif peut légèrement surestimer l'infection paludéenne actuelle. À l'opposé, la collecte de l'EDS-MICS s'est déroulée sur une longue période (de janvier à juillet 2011) qui ne correspond pas toujours, dans toutes les régions, à la période de haute transmission du paludisme. Compte tenu de ces limitations méthodologiques, la prévalence estimée doit donc être considérée comme un ordre de grandeur.

La proportion d'enfants positifs augmente rapidement et régulièrement selon l'âge, passant d'un minimum de 18 % à 6-8 mois à un maximum de 36 % à 48-59 mois. Par contre, on n'observe aucune différence selon le sexe de l'enfant. La prévalence estimée présente de fortes variations selon le milieu de résidence : c'est à Yaoundé/Douala que la proportion d'enfants positifs est la plus faible (12 %), suivie des Autres Villes (25 %) et du milieu rural (37 %). Du point de vue régional (Graphique 9), la prévalence varie d'un minimum de 15 % dans le Nord-Ouest à un maximum de 52 % dans le Centre (sans Yaoundé). Il est intéressant de noter que c'est dans le Centre (sans Yaoundé) que la prévalence est la plus élevée, alors qu'elle est la plus faible dans la ville de Yaoundé (52 % contre 12 %).

Tableau 13 Paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois ayant subi un Test Rapide du Paludisme (TDR) et parmi les enfants testés, pourcentage positifs au TDR, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

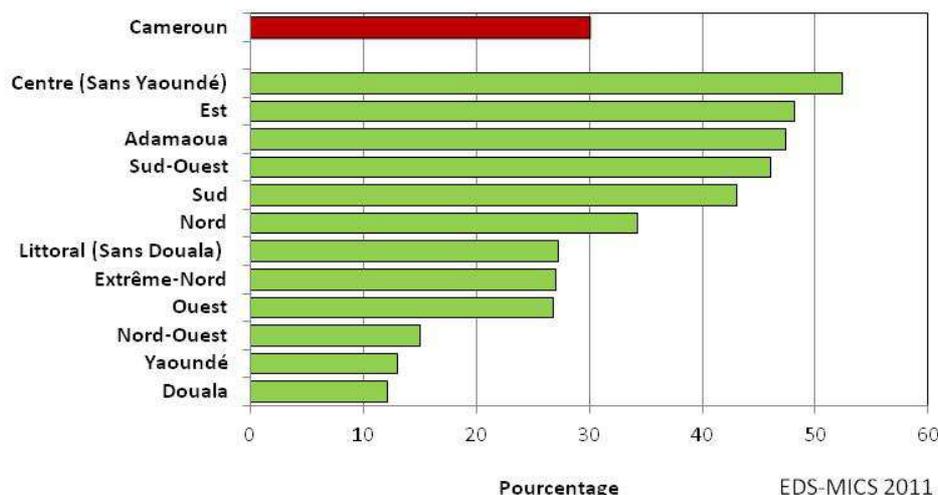
Caractéristique sociodémographique	Couverture du TDR		Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants testés
	Pourcentage d'enfants testés	Effectif d'enfants		
Groupe d'âges en mois				
6-8	88,5	351	17,9	310
9-11	96,7	353	19,9	341
12-17	95,3	733	23,5	698
18-23	97,6	591	28,9	576
24-35	96,5	1 206	30,5	1 164
36-47	97,4	1 210	33,9	1 178
48-59	97,5	1 176	36,1	1 147
Sexe				
Masculin	96,1	2 748	30,0	2 640
Féminin	96,7	2 871	29,9	2 776
Résidence				
Yaoundé/Douala	95,4	879	12,5	839
Autres villes	95,7	1 567	25,1	1 500
Ensemble urbain	95,6	2 446	20,6	2 339
Rural	97,0	3 173	37,1	3 077
Région				
Adamaoua	99,4	291	47,4	289
Centre (sans Yaoundé)	95,9	390	52,4	374
Douala	97,6	457	12,1	447
Est	98,6	241	48,2	238
Extrême-Nord	95,6	1 179	27,1	1 128
Littoral (sans Douala)	98,7	213	27,3	210
Nord	94,2	741	34,3	698
Nord-Ouest	97,0	527	15,0	511
Ouest	97,0	663	26,8	643
Sud	96,8	152	43,1	148
Sud-Ouest	99,1	342	46,1	339
Yaoundé	93,0	422	13,0	392
Niveau d'instruction de la mère¹				
Aucun	96,3	1 358	32,5	1 308
Primaire	96,6	2 046	32,7	1 976
Secondaire	96,6	1 374	22,0	1 327
Supérieur	93,1	160	13,1	149
Interview de la mère				
Mère interviewée	96,8	4 778	28,9	4 625
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	84,3	160	32,1	135
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ²	96,4	676	37,0	652
Ensemble	96,4	5 619	30,0	5 416

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

¹ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

² Y compris les enfants dont la mère est décédée

Graphique 9 Prévalence du paludisme (TDR) chez les enfants de 6-59 mois



3.14 Mortalité des enfants

L'estimation du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDS-MICS. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on a également estimé les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

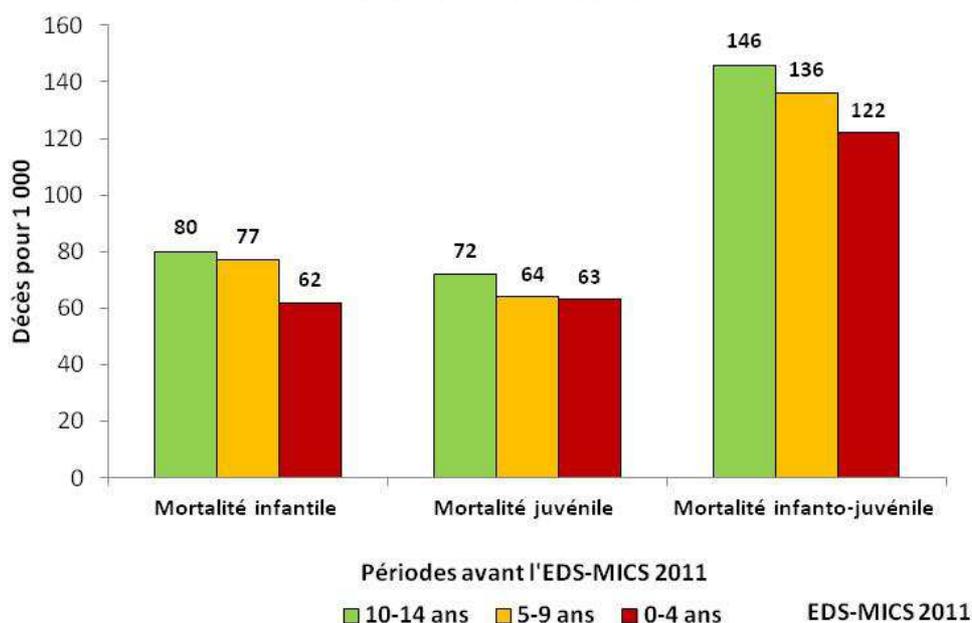
Le tableau 14 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1996-2001 à 2006-2011. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDS-MICS (période 2006-2011), le risque de mortalité infantile est évalué à 62 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 63 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 31 ‰ pour la mortalité néonatale et à 31 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 122 ‰. En d'autres termes, au Cameroun, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Tableau 14. Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans						
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Cameroun 2011						
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Périodes	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (Iq0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
		0-4	2006-2011	31	31	62
5-9	2001-2006	34	43	77	64	136
10-14	1996-2001	36	44	80	72	146

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

Le tableau 14 et le graphique 10 présentent les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de l'EDS-MICS. Des années 1996-2001 à la période actuelle, la mortalité infantile aurait baissé régulièrement, passant de 80 ‰ à 62 ‰. En ce qui concerne la mortalité juvénile, elle aurait également baissé (de 72 ‰ à 63 ‰), mais dans une moindre proportion ; par ailleurs, la totalité de la baisse se serait produite entre les périodes 1996-2001 et 2001-2006 alors qu'aucun changement ne se serait produit récemment.

Graphique 10 Mortalité des enfants par période avant l'EDS-MICS 2011



3.15 Connaissance du VIH/sida

Au cours de l'EDS-MICS, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, sur ses modes de transmission et de prévention ainsi que sur les comportements sexuels.

On constate au tableau 15 que la quasi-totalité des femmes et des hommes (respectivement 96 % et 98 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et, quelle que soit la caractéristique sociodémographique, cette proportion est très élevée. Cependant, par rapport au niveau national, ce niveau de connaissance est légèrement plus faible en milieu rural (92 % des femmes et 97 % des hommes) et parmi les personnes sans instruction (86 % des femmes et 94 % des hommes).

La majorité des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH (tableau 16) : dans environ deux tiers des cas, les femmes savent, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus (60 %) ; chez les hommes, cette proportion est plus élevée (68 %). Les hommes sont donc légèrement mieux informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. Cependant, il faut noter que ces niveaux de connaissance ont très légèrement baissé depuis l'EDSC de 2004, passant de 62 % à 60 % chez les femmes et de 75 % à 68 % chez les hommes.

Tableau 15. Connaissance du sida				
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Cameroun 2011				
Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	95,7	3 225	97,3	2 818
..15-19	94,9	1 715	96,3	1 591
..20-24	96,7	1 509	98,7	1 227
25-29	96,7	1 276	99,3	1 074
30-39	96,1	1 770	99,2	1 526
40-49	95,4	1 186	99,0	1 037
État matrimonial				
Célibataire	96,8	2 109	97,6	3 227
..A déjà eu des rapports sexuels	99,3	1 098	99,4	1 985
..N'a jamais eu de rapports sexuels	94,0	1 012	94,7	1 241
En union	95,4	4 692	99,1	2 958
En rupture d'union	97,2	655	99,3	270
Résidence				
Yaoundé/Douala	99,5	1 618	99,7	1 501
Autres villes	98,6	2 374	99,4	2 106
Ensemble urbain	98,9	3 992	99,5	3 607
Rural	92,4	3 465	96,8	2 847
Région				
Adamaoua	97,2	366	98,8	262
Centre (sans Yaoundé)	99,1	560	99,2	534
Douala	99,9	765	99,6	707
Est	95,0	290	98,2	270
Extrême-Nord	82,4	1 183	95,4	956
Littoral (sans Douala)	97,0	296	99,8	287
Nord	96,9	858	98,1	729
Nord-Ouest	99,3	726	97,8	529
Ouest	99,2	779	99,7	659
Sud	98,7	191	99,5	185
Sud-Ouest	98,4	589	96,9	543
Yaoundé	99,2	853	99,8	794
Niveau d'instruction				
Aucun	85,9	1 559	93,6	533
Primaire	97,2	2 457	96,8	2 073
Secondaire	99,5	3 056	99,8	3 240
Supérieur	99,7	385	99,8	610
Ensemble 15-49	95,9	7 457	98,3	6 455
50-59	na	na	98,4	736
Ensemble 15-59	na	na	98,4	7 191

na: Non applicable

En outre, les résultats révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes ; cependant, même chez les femmes et les hommes ayant un niveau d'instruction supérieur le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être universelle (respectivement 82 % et 83 %). On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent plus fréquemment que ceux du milieu rural ces deux moyens de prévention mais, là encore, le niveau de connaissance est loin d'être universel en milieu urbain, en particulier à Yaoundé où seulement 67 % des femmes et 68 % des hommes ont cités ces deux moyens de prévention.

Du point de vue régional, c'est dans le Nord que les femmes semblent le moins bien informées (29 % seulement connaissent les deux moyens de prévention) et à Douala et dans le Nord-Ouest qu'elles sont le mieux informées (79 %). En ce qui concerne les hommes, les moins bien informés sont ceux de l'Extrême-Nord (42 %) et le mieux informés ceux de l'Est (84 %).

Tableau 16. 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 les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté, ¹²	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	67,7	77,3	60,0	3 225	75,1	81,4	66,8	2 818
...15-19	63,8	74,1	56,5	1 715	72,8	78,5	63,7	1 591
...20-24	72,1	81,1	64,0	1 509	78,1	85,3	70,7	1 227
25-29	72,1	79,7	65,2	1 276	79,6	87,5	72,1	1 074
30-39	68,6	78,5	61,2	1 770	77,5	87,1	70,9	1 526
40-49	60,7	77,3	54,9	1 186	69,0	87,1	63,4	1 037
État matrimonial								
Célibataire	73,2	80,8	66,3	2 109	77,2	83,5	69,6	3 227
...A déjà eu des rapports sexuels	83,7	87,4	76,1	1 098	84,6	88,3	77,6	1 985
...N'a jamais eu de rapports sexuels	61,8	73,7	55,7	1 012	65,3	75,9	56,8	1 241
En union	64,4	76,8	57,3	4 692	73,1	86,2	66,2	2 958
En rupture d'union	72,1	77,9	63,0	655	80,2	82,6	71,1	270
Résidence								
Yaoundé/Douala	81,4	85,7	72,7	1 618	81,6	87,9	74,5	1 501
Autres villes	75,8	83,5	68,5	2 374	79,7	88,7	73,8	2 106
Ensemble urbain	78,1	84,4	70,2	3 992	80,5	88,4	74,1	3 607
Rural	55,4	70,7	49,0	3 465	69,0	80,0	60,5	2 847
Région								
Adamaoua	65,1	69,0	52,9	366	66,7	81,6	61,6	262
Centre (sans Yaoundé)	73,1	83,8	65,6	560	79,1	73,8	62,4	534
Douala	85,2	88,4	78,7	765	86,2	91,1	81,3	707
Est	60,4	74,1	53,0	290	87,2	91,8	84,1	270
Extrême-Nord	41,4	67,7	38,2	1 183	51,9	72,4	41,9	956
Littoral (sans Douala)	79,6	80,0	67,9	296	87,2	92,5	82,0	287
Nord	39,0	50,5	28,8	858	64,7	88,0	60,7	729
Nord-Ouest	80,7	94,5	79,0	726	78,0	88,5	74,3	529
Ouest	80,4	84,7	71,9	779	86,7	92,4	81,3	659
Sud	83,1	87,3	76,4	191	84,6	86,0	76,6	185
Sud-Ouest	79,1	86,7	72,9	589	83,2	84,1	74,9	543
Yaoundé	78,0	83,2	67,4	853	77,6	85,1	68,4	794
Niveau d'instruction								
Aucun	35,7	55,4	29,1	1 559	38,5	73,1	32,6	533
Primaire	66,7	77,5	58,2	2 457	69,1	80,5	60,7	2 073
Secondaire	81,9	88,2	75,3	3 056	83,2	88,1	75,9	3 240
Supérieur	88,1	92,3	82,4	385	88,0	91,0	82,8	610
Ensemble 15-49	67,5	78,0	60,4	7 457	75,4	84,7	68,1	6 455
50-59	na	na	na	na	63,1	84,2	58,4	736
Ensemble 15-59	na	na	na	na	74,2	84,6	67,1	7 191

na = Non applicable
¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.
² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels.

3.16 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

On constate au tableau 17.1 que 6 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion reste inchangée par rapport à l'EDSC de 2004. Par rapport aux femmes en union (5 %), les femmes célibataires (7 %) et surtout celles en rupture d'union (11 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Ce comportement est aussi plus courant en milieu urbain qu'en milieu rural (8 % contre 4 %) et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente (passant de 2 % chez les femmes sans instruction à 14 % chez celles de niveau d'études supérieur). Au niveau régional, ce comportement varie d'un minimum de moins de 2 % dans le Nord à un maximum de 12 % dans le Centre (sans Yaoundé).

Tableau 17.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2011

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes:		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	6,3	6 716	46,5	422	2,4	4 657
..15-19	4,0	3 589	52,0	142	2,0	1 790
..20-24	9,0	3 127	43,7	280	2,7	2 867
25-29	8,2	2 689	36,8	221	3,3	2 627
30-39	5,6	3 621	26,2	201	3,7	3 538
40-49	3,4	2 400	18,6	81	3,5	2 333
État matrimonial						
Célibataire	7,4	4 307	59,4	319	3,3	2 231
En union	4,7	9 792	20,2	457	2,9	9 634
En rupture d'union	11,3	1 327	42,4	150	4,7	1 291
Résidence						
Yaoundé/Douala	11,2	3 467	40,4	389	4,1	2 912
Autres villes	5,6	4 842	46,9	270	3,1	3 978
Ensemble urbain	7,9	8 309	43,0	659	3,5	6 889
Rural	3,7	7 117	23,2	267	2,7	6 266
Région						
Adamaoua	2,7	746	(56,6)	20	2,2	631
Centre (sans Yaoundé)	12,3	1 092	35,7	135	4,5	963
Douala	11,1	1 712	38,5	190	3,9	1 446
Est	5,0	604	(31,2)	30	3,8	550
Extrême-Nord	2,6	2 490	(17,2)	66	1,6	2 145
Littoral (sans Douala)	6,4	615	31,6	39	3,8	540
Nord	1,5	1 676	*	26	1,8	1 430
Nord-Ouest	2,5	1 521	(41,0)	37	2,9	1 242
Ouest	3,8	1 634	54,7	63	3,0	1 366
Sud	10,0	402	34,4	40	5,9	370
Sud-Ouest	6,9	1 180	29,9	81	3,6	1 007
Yaoundé	11,3	1 755	42,1	199	4,3	1 466
Niveau d'instruction						
Aucun	1,8	3 086	(7,3)	54	1,8	2 913
Primaire	4,9	5 214	22,6	254	3,2	4 660
Secondaire	8,0	6 284	44,2	503	3,7	4 844
Supérieur	13,6	842	54,1	114	4,2	738
Ensemble	6,0	15 426	37,3	926	3,1	13 155

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 femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 37 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. C'est parmi les femmes qui ont eu le plus fréquemment des partenaires multiples que la proportion de celles ayant utilisé un condom est aussi la plus élevée : 59 % chez les célibataires et 42 % chez les femmes en

rupture d'union (contre 20 % chez les femmes en union), 43 % en urbain (contre 23 % en rural) et 54 % chez les femmes de niveau d'études supérieur (contre 23 % chez celles de niveau primaire).

Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,1 partenaires sexuels au cours de leur vie. Les femmes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont celles en rupture d'union (4,7), celles du Sud (5,9), du Centre (4,5), de Yaoundé (4,3), et celles de niveau d'instruction supérieur (4,2).

Le tableau 17.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 29 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion est très voisine de celle de l'EDSC de 2004 (31 %). Par rapport aux hommes

Tableau 17.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes						
Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes:		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	18,6	2 818	66,5	524	6,3	1 620
..15-19	9,5	1 591	69,6	152	3,9	617
..20-24	30,4	1 227	65,2	373	7,8	1 003
25-29	38,2	1 074	52,2	410	11,9	997
30-39	39,5	1 526	31,0	602	15,2	1 462
40-49	32,0	1 037	16,4	332	17,3	965
État matrimonial						
Célibataire	21,2	3 227	73,2	685	7,8	1 943
En union	36,4	2 958	23,0	1 076	14,3	2 841
En rupture d'union	40,1	270	51,0	108	20,9	260
Résidence						
Yaoundé/Douala	39,0	1 501	54,1	585	16,5	1 227
Autres villes	26,9	2 106	50,6	567	10,7	1 587
Ensemble urbain	32,0	3 607	52,4	1 152	13,2	2 814
Rural	25,2	2 847	28,0	717	10,7	2 230
Région						
Adamaoua	9,1	262	(25,4)	24	7,4	196
Centre (sans Yaoundé)	39,8	534	48,0	213	19,2	462
Douala	38,3	707	60,1	271	14,1	553
Est	40,5	270	33,6	110	16,0	237
Extrême-Nord	18,5	956	10,1	177	5,7	655
Littoral (sans Douala)	33,2	287	47,2	95	11,9	220
Nord	11,5	729	14,8	84	5,0	511
Nord-Ouest	20,9	529	47,0	110	10,6	381
Ouest	33,2	659	52,8	219	8,5	537
Sud	46,0	185	35,5	85	20,9	171
Sud-Ouest	30,9	543	41,6	168	12,8	446
Yaoundé	39,6	794	48,9	314	18,4	674
Niveau d'instruction						
Aucun	19,6	533	4,7	104	4,9	416
Primaire	25,8	2 073	32,5	535	11,3	1 632
Secondaire	30,4	3 240	47,9	986	13,4	2 445
Supérieur	40,0	610	62,6	244	14,2	550
Ensemble 15-49	29,0	6 455	43,0	1 869	12,1	5 044
50-59	31,3	736	12,0	231	19,2	691
Ensemble 15-59	29,2	7 191	39,6	2 100	13,0	5 735

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.
¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

célibataires (21 %), les hommes en union (36 %) et surtout ceux en rupture d'union (40 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Comme chez les femmes, ce comportement est aussi plus courant en milieu urbain qu'en milieu rural (32 % contre 25 %) et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente, passant de 20 % chez les hommes sans instruction à 40 % chez ceux de niveau d'études supérieur. Au niveau régional, ce comportement varie d'un minimum de 9 % dans l'Adamaoua à un maximum de 46 % dans le Sud.

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 43 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. C'est parmi les célibataires que l'utilisation du condom est la plus élevée (73 %), contre 51 % pour les hommes en rupture d'union et seulement 23 % pour les hommes en union. Par rapport au niveau national, le condom est plus fréquemment utilisé en milieu urbain (52 % contre 28 % en rural), à Douala (60 % contre seulement 10 % dans l'Extrême-Nord), et parmi les hommes de niveau d'instruction supérieur (63 % contre seulement 5 % chez ceux sans instruction).

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 12,1 partenaires sexuels au cours de leur vie : cette moyenne est beaucoup plus élevée que celle rapportée à l'EDSC de 2004 (6,2). Comme chez les femmes, les hommes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont ceux en rupture d'union (20,9), ceux du Sud (20,9), du Centre sans Yaoundé (19,2), de Yaoundé (18,4) et ceux de niveau d'instruction supérieur (14,2).

ANNEXE : Cadre organisationnel de l'EDS-MICS

1. Pilotage et coordination

1.1 Pilotage

Président du Comité de Pilotage

André MAMA FOU DA Ministre de la Santé Publique
Alim HAYATOU Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

1.2 Coordination générale

Coordonateur National :

TEDOU Joseph, Directeur Général de l'INS.

Coordonateur National Adjoint :

SHE ETOUNDI Joseph Guy Benjamin, Directeur Général Adjoint de l'INS.

1.3 Coordination technique et supervision

Coordonnateur Technique :

LIBITE Paul Roger

Coordonnateurs Techniques Adjoints :

KELODJOUÉ Samuel

DZOSSA Anaclét Désiré

Superviseurs de la collecte :

FOMO née TEULAWO Marie Antoinette

NIEKOU née NDJONKAM Rosalie

JAZET KENGAP Eric

WOUNANG SONFACK Romain

SOHKADJIE SONGO Pierre

EVINA MBO Fernande Irène

NGONO Marguerite Ghislaine

TCHEKANDA née WANDA Emilienne

KAMGHO TEZANOUBruno Magloire

TCHAMGOUE NGUEMALEU Honoré Blaise

SOUAIBOU Moussa

FOMEKONG Félicien

BATJOM Timothée

GEUWOU Ghislain Gilles

NANTCHOUANG DJIOKOUE Azer

BOUNKEU TCHOUPPO Damien

Coordonnateur exploitation des données :

MBA Martin

Programmeur

NDEFFO GOUPE Guy Ferdinand

Assistants programmeurs

NGUENDJIO YOMI Aristide Donald

KOUASSEU LEMENI Thierry

2. Appui technique (ICF Macro)

Bernard BARRERE	ICF MACRO
Dr Michel TOUKAM	ICF MACRO
Harouna KOCHE	ICF MACRO

PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS DE L'ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES (EDS-MICS 2011)



**Ministère de l'Économie, de la Planification et de
l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)**



Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)



**United Nations Fund for Population Activities
(Fonds des Nations Unies pour la Population)**



**United Nations Children's Fund
(Fonds des Nations Unies pour l'enfance)**



**World Bank
(Banque Mondiale)**



**United States Agency for International
Development
(Agence américaine pour le développement
international)**