



EDS-MICS 2011

Note de présentation des résultats préliminaires

1. Contexte et objectifs

La quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS) combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) a été réalisée par l'Institut National de la Statistique de janvier à août 2011, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui technique du bureau d'études international ICF International. L'analyse des prélèvements sanguins est en cours au Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour actualiser le taux de prévalence du VIH/SIDA.

Cette opération statistique d'envergure nationale a été conçue pour fournir des statistiques et des indicateurs de suivi et d'évaluation des progrès dans les domaines de la population et de la santé depuis celles réalisées en 2004 et en 2006. Les données

collectées auprès d'un échantillon de près de 15 000 ménages fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base : les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation de moustiquaires, l'état nutritionnel, etc.

En plus de la prévalence du VIH, l'EDS-MICS a permis d'évaluer la prévalence de l'anémie et du paludisme et fournit des informations sur des thématiques émergentes telles les violences domestiques, la discipline et l'éveil chez les enfants et sur le handicap.

2. Principaux résultats obtenus

Le présent rapport préliminaire n'intègre pas les résultats sur la prévalence du VIH, les prélèvements sanguins étant en cours d'analyse au Centre Pasteur du Cameroun (CPC). Ils feront l'objet d'une publication au cours du premier semestre 2012. Bien que préliminaires¹, les résultats présentés dans ce rapport sont suffisamment robustes et ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport principal.

2.1 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 rapport 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 dans les populations cibles. 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.

En ce qui concerne l'état matrimonial, 64 % 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.

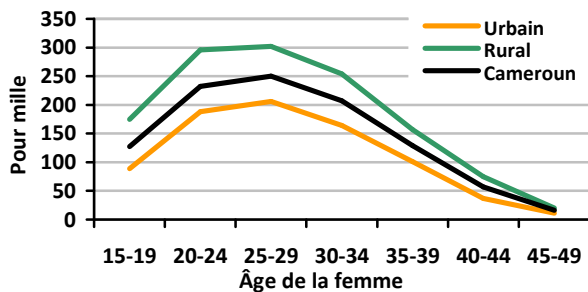
¹ Il s'agit du rapport des premiers résultats, quasi définitifs, limités à la présentation d'une vingtaine de tableaux et graphiques sur environ 250 prévus pour le rapport principal.

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 50 % et de 41 %. 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).

2.2 Fécondité

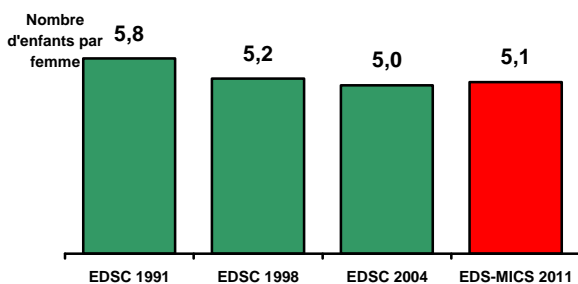
L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Sur cette base, le taux de fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne 5,1 enfants par femme ; il est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,0 enfants, en moyenne). 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.

Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



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 de 5,0 estimé à l'EDSC de 2004.

Tendance de la fécondité



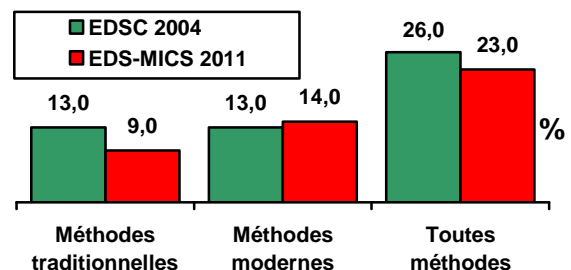
2.3 Désir d'enfants (supplémentaires)

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 enfant de plus : 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. 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.

2.4 Utilisation de la contraception

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 %. Bien que toujours faible (14 %), la prévalence contraceptive moderne a quelque peu augmenté depuis 2004, passant de 12 % à 14 % à l'enquête actuelle. Parmi les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées, on note dans l'ordre décroissant, le condom masculin (8 %), les injectables (3 %) et la pilule (2 %). 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).

Tendance de l'utilisation de la contraception - Femmes de 15-49 ans en union -



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 % de femmes utilisent le condom masculin, 4 % les injectables et 3 % la pilule. Dans les métropoles de Yaoundé/Douala, le condom masculin est la méthode moderne la plus utilisée (15%), suivi de loin par les injectables (3 %), et la pilule (2 %). 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.

2.5 Soins prénatals et accouchement

Dans l'ensemble, 85 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente, soit une amélioration de 2 points par rapport à 2004. Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Les femmes vivant en milieu urbain (96 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (76 %). La consultation prénatale par un professionnel 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.

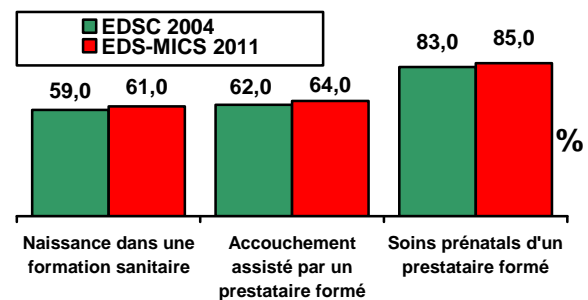
Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse 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.

Il y a lieu de noter 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 %). 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.

Les résultats révèlent aussi que 61 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 59 % en 2004. 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. 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.

Tendance des indicateurs de santé maternelle



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 %. 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.

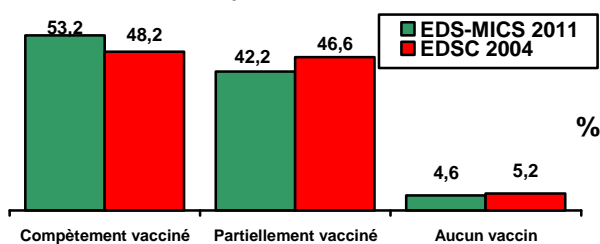
2.6 Vaccination des enfants

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.

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 des enfants âgés de 12-23 mois 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. Dans l'ensemble, le taux de couverture vaccinale complète des enfants est passé de 48% en 2004 à 53% en 2011.

*Tendance de la couverture vaccinale
(enfants de 12-23 mois)*



2.7 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Dans l'ensemble, 5 % des enfants ont présenté des symptômes d'une infection respiratoire aiguë (IRA). 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. 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. Les enfants du milieu urbain ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (36 % contre 26 %) ; 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).

Dans l'ensemble, 26 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 27 % d'entre eux. 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. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 23 % de ces enfants. 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 plus fréquemment observés : respectivement, 29 % et 34 % contre 19 % et 15 % en milieu rural.

2.8 Allaitement et alimentation de complément

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 %.

Dans 77 % des cas, les enfants ont déjà reçu un autre aliment 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 est nourrie avec un biberon (12% au cours des deux premiers mois de vie et 15 % à 6-8 mois).

2.9 État nutritionnel des enfants

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.

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 enfants de moins de 18 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (plus de 9 %). 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. Les 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

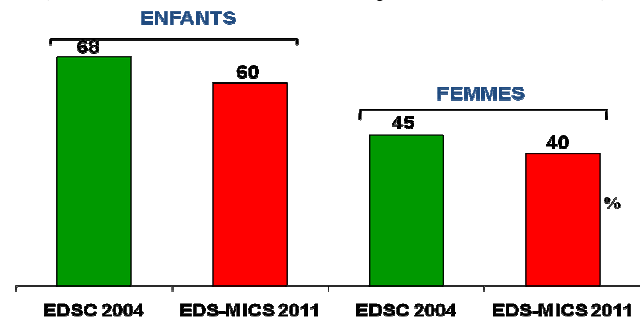
n'a aucun niveau d'instruction (31 % contre 5 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire).

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

Il ressort des résultats des tests d'hémoglobine inclus à l'EDS-MICS qu'au niveau national, 60 % des enfants 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 %).

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 %).

*Tendance de l'anémie
(Femmes de 15-49 ans et enfants de 6-59 mois)*

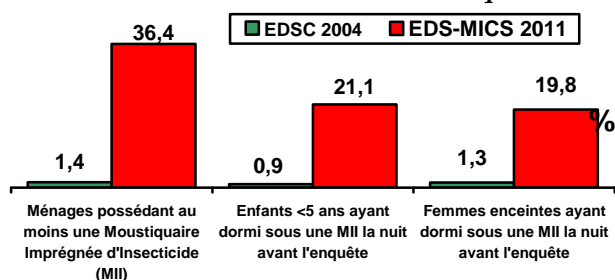


Par rapport aux résultats de l'EDSC de 2004, la prévalence de l'anémie a diminué chez les femmes et les enfants. En 2004, 68 % des enfants étaient atteints d'anémie contre 60 % en 2011 ; pour les femmes, ces pourcentages sont passés de 45 % à 40 %. En outre, on constate que pour les enfants et les femmes,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

2.11 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie 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 (de janvier à août 2011) 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.

Possession et utilisation des moustiquaires



Au niveau national, 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).

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 %.

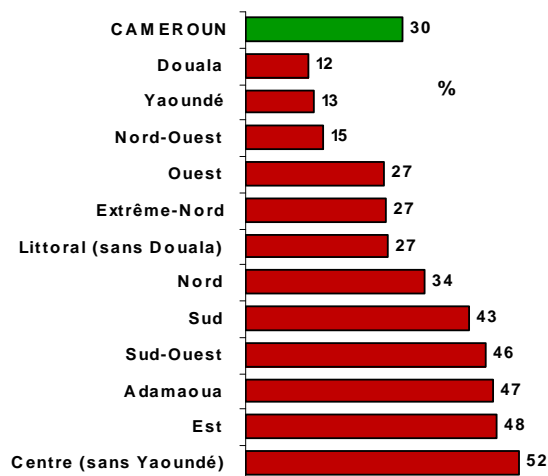
Pour seulement 69 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse, dans le souci de réduire la charge du paludisme. Par contre, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales 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 %).

2.12 Prévalence du paludisme

Selon les résultats du test de diagnostic rapide (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 août 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.

Prévalence du paludisme par région

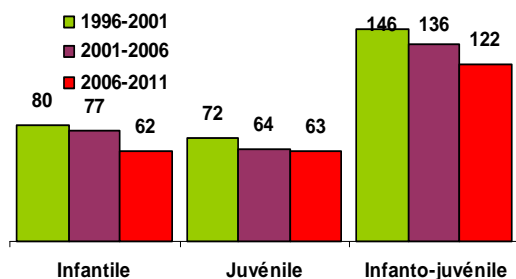


La proportion d'enfants positifs augmente rapidement et régulièrement selon l'âge, passant d'un minimum de 18 % à 6-8 mois à un maximum de 36 % à 48-59 mois. Par contre, on n'observe aucune différence selon le sexe de l'enfant. La prévalence estimée présente de fortes variations selon le milieu de résidence : 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 %).

2.13 Mortalité des enfants

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 (62‰) ; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 63 décès pour 1000 naissances vivantes (63‰). Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 31 décès pour 1000 naissances vivantes (31‰) en ce qui concerne la mortalité néonatale et à 31 décès pour 1000 naissances vivantes 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 décès pour 1000 naissances vivantes (122‰). En d'autres termes, au Cameroun, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Mortalité des enfants



L'analyse des tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives des années 1996-2001 à la période actuelle conduit à dire que 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.

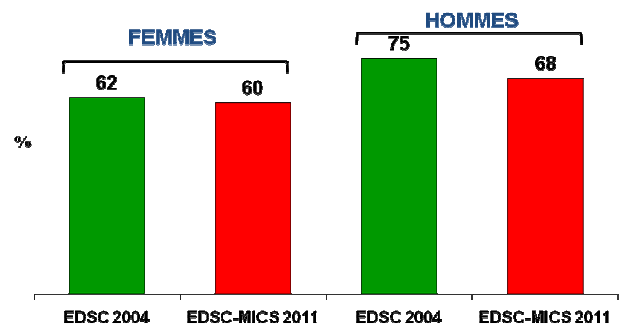
2.14 Connaissance du VIH/sida

D'après les résultats, la quasi-totalité des femmes et des hommes (respectivement 96 % et 98 %) a 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 : 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 2004, passant de 62 % à 60 % chez les femmes et de 75 % à 68 % chez les hommes.

Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida (Utilisation du condom et limitation à un seul partenaire)



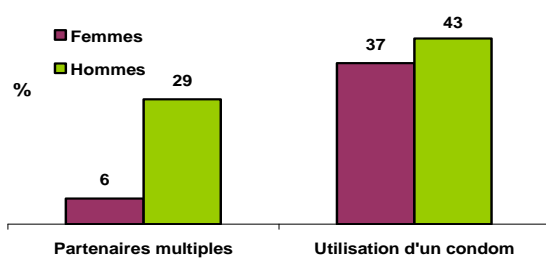
En outre, les résultats révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes ; cependant, même chez les femmes et les hommes ayant un niveau d'instruction supérieur, le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être universel (respectivement 82 % et 83 %). Aussi, 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 cité ces deux moyens de prévention.

2.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

D'après l'enquête, 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).

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).

Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois et Utilisation d'un condom aux derniers rapports sexuels



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 résidant dans les régions du Sud (5,9), du Centre (4,5), de Yaoundé (4,3), et celles de niveau d'instruction supérieur (4,2).

Chez les hommes, on note que 29 % d'âge compris entre 15 et 49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2

3. Conclusion

Les résultats de l'EDS-MICS 2011 montrent d'une manière générale que les actions engagées ces dernières années par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires publics et privés en vue d'améliorer les conditions sanitaires des populations, ont eu un impact positif. En effet, presque tous les indicateurs de mesure des progrès ont bougé dans la bonne direction. Cette performance appelle la poursuite, le renforcement des actions déjà engagées et le cas échéant, la

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 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.

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 résidant dans les régions du Sud (20,9), du Centre sans Yaoundé (19,2), de Yaoundé (18,4) et ceux de niveau d'instruction supérieur (14,2).

définition et la mise en œuvre des nouvelles initiatives dans les différents domaines prioritaires.

Cette appréciation ne concerne pas le volet lutte contre la pandémie du VIH/Sida dont les résultats sur la prévalence sont en cours et ne seront disponibles que vers la fin du premier semestre 2012. Il y a lieu de noter déjà que la connaissance de la maladie et de ses modes transmission est de plus en plus répandue comparativement à 2004.-

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

