

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004

Institut National de la Statistique
Ministère de la Planification, de la Programmation, du
Développement et de l'Aménagement du Territoire
Yaoundé, Cameroun

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Juin 2005



**Les personnes suivantes ont participé à l'analyse des données de l'EDSC-III
et à la rédaction du rapport**

Paul Roger LIBITE (INS)
Claude TCHAMDA (INS)
Marie Antoinette FOMO (INS)
Robert SIMO KENGNE (INS)
Eric JAZET KENGAP (INS)
Thio'mi NKABKOB LONDJOU (INS)
Ghislain GUEWOU (INS)
Anaclet Désiré DZOSSA (INS)

Dr Samuel NOUETAGNE (INS)
Dr. MOSOKO J. JEMBIA (CNLS)
Dr Samuel KELODJOU (CNLS)
Dr Ghislaing AFFANA (CNLS)
Isaac MACAULEY (CNLS)
Samuel MUSSI SAMA (CNLS)
Dr Jean Christian YOUNBA (PNLS)
Martin TSAFACK (BUCREP)

Jean Pierre MAKANG (MINPROFF)
Daniel SIBETCHEU (MINSANTE)
Hélène KAMDEM (IFORD)
Antoine KAMDOUM (UNFPA)
Paulette BEAT SONGUE (UNFPA)
Bernard BARRÈRE (ORC Macro)
Monique BARRÈRE (ORC Macro)
Fern GREENWELL (ORC Macro)

Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Cameroun (EDSC-III) de février à août 2004 par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

L'EDSC-III, initiée par le Gouvernement du Cameroun, fait partie du programme mondial MEASURE DHS+ dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro. Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, du FNUAP et du Gouvernement camerounais. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement pas la politique de l'USAID, ni celle des autres organismes de coopération.

D'autres organismes nationaux tels que le BUCREP et le Centre Pasteur du Cameroun ont apporté leur soutien à la réalisation de cette opération.

Des informations complémentaires sur l'EDSC-III peuvent être obtenues auprès de l'INS, B.P. 660, Yaoundé, Cameroun, Tel: (237) 222-04-45/77, Fax: (237) 223-24-37.

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone (301) 572-0200 ; Fax (301) 572-0999 ; E-mail : reports@orcmacro.com ; Internet : <http://www.measuredhs.com>.



Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.

PRÉFACE

Dans le cadre de sa politique et stratégie de développement et de réduction de la pauvreté, le Gouvernement camerounais a décidé de mettre sur pied un système national d'informations statistiques capable de lui fournir à temps des indicateurs pertinents pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et projets retenus. Ce système doit aussi être apte à fournir les informations pour la mesure des progrès vers l'atteinte des objectifs définis dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ou aux engagements qu'il a souscrit au plan international, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La réalisation en 2004 de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-III), six ans après celle de 1998, offre la possibilité au Gouvernement, sur la base de nombreux indicateurs élaborés, d'actualiser sa connaissance de la situation, de pouvoir apprécier le chemin parcouru, et de réorienter éventuellement les politiques et les stratégies en matière de population et de santé.

Couvrant de manière détaillée l'ensemble de la population et certains groupes spécifiques de population méritant une attention particulière, les indicateurs ainsi élaborés et mis à la disposition de tous les utilisateurs se rapportent à la fécondité, à la santé et à l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, aux soins pré et postnatals, à la couverture vaccinale, à la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la planification familiale, à l'excision, aux violences domestiques, aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/sida.

Compte tenu des préoccupations actuelles du Gouvernement par rapport à la mortalité infanto-juvénile et maternelle d'une part, et à la lutte contre la pandémie du siècle d'autre part, deux modules spécifiques ont été intégrés dans le champ de l'enquête. Il s'agit du test de l'anémie et du dépistage du VIH/Sida qui ont été menés avec succès, grâce à l'adhésion des populations éligibles pour les tests. D'autres innovations majeures introduites ont porté sur la collecte des informations sur les pratiques relatives à la circoncision, à l'excision et également sur les comportements et pratiques en matière de prévention et de traitement du paludisme qui est l'une des causes majeures de la mortalité au Cameroun.

Il est important de relever que les informations obtenues à partir de l'analyse des données sur le VIH/Sida ont été présentées en octobre 2004 lors d'une session extraordinaire du Comité National de Lutte contre le Sida, présidée par le Ministre de la Santé Publique en présence de plusieurs membres du Gouvernement et des partenaires impliqués, notamment l'ONUSIDA. Ces informations ont été exploitées pour l'actualisation du plan d'action national prioritaire de lutte contre la pandémie du sida.

Le présent rapport d'analyse est une œuvre mettant à profit la contribution des compétences nationales multisectorielles et celles des experts de ORC Macro. Ce document met à la disposition de tous les acteurs impliqués et des chercheurs, des renseignements dont ils ont certainement besoin pour fonder leurs actions.

Permettez que je saisisse cette occasion pour adresser à nouveau les remerciements et la reconnaissance du Gouvernement aux partenaires au développement qui ont contribué de façon décisive à la réalisation de cette enquête. Il s'agit de la Banque Mondiale, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Il est important de noter pour se réjouir de ce que la réussite de l'EDSC-III a été le fruit d'une étroite collaboration technique entre les équipes de l'Institut National de la Statistique (INS), du Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP), du Ministère de la Santé Publique représenté par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), du Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et de ORC Macro. Au nom du Gouvernement, je leur adresse mes félicitations pour la détermination, le dévouement et la maîtrise qui leur ont permis de produire un travail de grande qualité.

Le Ministre d'État,
Ministre de la Planification, de la
Programmation du Développement et
de l'Aménagement du Territoire.



M. Augustin Frédéric KODOCK

REMERCIEMENTS

Le Cameroun a réalisé sa troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-III) après celles de 1991 et 1998. Cette opération d'envergure nationale a mobilisé d'importantes ressources humaines, financières et matérielles. Elle est le résultat de l'effort conjugué de nombreuses personnes et institutions nationales et internationales.

En effet, l'EDSC-III a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP). Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, organisme en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé.

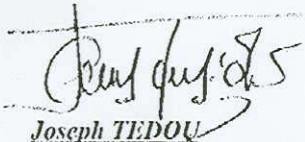
Cette enquête a également bénéficié de la participation active des populations enquêtées et du soutien fort appréciable de diverses institutions et administrations nationales et locales à travers notamment leurs actions de sensibilisation. Il s'agit du Ministère des Affaires Économiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire, et des Ministères de la Santé Publique, de l'Éducation Nationale, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, des autorités administratives locales, des autorités religieuses et traditionnelles. À toutes ces institutions et personnalités, nous adressons nos sincères remerciements pour leur disponibilité et la qualité de l'assistance qu'ils ont apportée et qui ont contribué à la réussite de cette importante opération.

Il est important de relever que cette opération, qui s'inscrit dans le programme statistique minimum pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), a bénéficié du soutien financier du Gouvernement, de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'USAID. C'est le lieu pour nous de leur exprimer toute notre gratitude.

Nous adressons toute notre reconnaissance au personnel du CNLS et en particulier au Dr Léopold Zekeng et à son collaborateur Dr Joseph Jembia Mosoko, à l'équipe du BUCREP et en particulier à Mme Bernadette Mbarga, au personnel du CPC et en particulier au Dr Jocelyn Thonnon et à son collaborateur Dr Ahidjo Ayouba, et à l'équipe de ORC Macro, en particulier à Mme K. Fern Greenwell et à M. Bernard Barrère.

À toute l'équipe technique camerounaise mise en place pour la réalisation de l'EDSC-III conduite par Monsieur Paul Roger Libité, coordonnateur technique, nous adressons nos chaleureuses félicitations. Elle a en effet su se mobiliser et cristalliser tous les efforts pour conduire avec maîtrise toutes les activités. Nous n'oublions pas les chefs d'équipe, les cartographes, les contrôleuses, les enquêteurs/enquêtrices, les agents de vérification, les agents de saisie, les secrétaires, les chauffeurs et les plantons qui ont exécuté avec détermination et dévouement toutes les tâches qui leur ont été confiées.

Pour l'Institut National de la Statistique



Joseph TEDOU
Directeur de la Statistique et de la Comptabilité
Nationale

SIGLES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AMD	Aide Mondiale au Développement
BIT	Bureau International du Travail
BUCREP	Bureau Central des Recensements et Etudes de Population
CAMNAFAW	Association Camerounaise pour le Bien-Être familial
CAVIE	Enquête sur le Cadre de vie des Populations de Yaoundé et Douala
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEMAC	Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CPDV	Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire
CSPRO	Census Survey Processing
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPNP	Déclaration de Politique Nationale de Population
DSCN	Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EBC	Enquête Budget Consommation
ECAM	Première Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
EMF	Enquête Mortalité et Fécondité de 1983
ENF	Enquête Nationale de Fécondité de 1978
ENN	Enquête Nationale de Nutrition
FARS	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée
FCRP	Facilité pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
FMI	Fond Monétaire International
GCEAL	General Certificate of Education Advanced Level
IBW	Institutions de Bretton Woods
IDA	International Development Association
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVACG	International Vitamin A Consultative Group
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MINEPAT	Ministère des Affaires Économiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire
MINPLAPDAT	Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire
MSP	Ministère de la Santé Publique
NCHS	National Center for Health Statistics
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSC	Programme de Marketing Social au Cameroun
PNN	Mortalité Post-Néonatale
PNP	Programme National de Population
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PVVVS	Personne Vivant avec le Virus du VIH/SIDA
QMN	Quotient de Mortalité Néonatale
RA	Recensement Agricole
RDPC	Rassemblement Démocratique du Peuple Camerounais
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDN	Société des Nations
SFPS	Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSP	Soins de Santé Primaires
TBFS	Taux Brut de Fréquentation Scolaire
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TNFS	Taux Net de Fréquentation Scolaire
UA	Union Africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPS	Unités Primaires de Sondages
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
ZD	Zones de Dénombrement

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-III) est la troisième du genre. Elle est une enquête par sondage, représentative au niveau national. Commanditée par le Gouvernement camerounais, elle a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS) en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Le projet EDSC-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multi-sectoriel de Lutte contre le Sida, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) et du Fonds des Nations Unies Pour la Population (UNFPA). En outre, l'EDSC-III a bénéficié de l'apport financier du Gouvernement camerounais et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de logistique.

L'EDSC-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. De nouveaux volets inclus lors de la collecte portent sur la pratique de l'excision et de la circoncision, l'utilisation des moustiquaires, les violences domestiques, et les tests du VIH ainsi que de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDSC-III permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1991 et 1998.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de février à août 2004, 10 462 ménages, 10 656 femmes âgées de 15-49 ans et 5 280 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès, parmi lesquels 5 227 femmes de 15-49 ans et 5 125 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH.

Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (Yaoundé/Douala, Autres villes, et milieu rural) et au niveau des 12 domaines d'étude que sont la ville de Yaoundé, la ville de Douala, la province du Centre hormis Yaoundé (appelée "Centre"), la province du Littoral hormis Douala (appelée "Littoral"), puis les huit autres provinces du pays : Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud et Sud-Ouest.

Moins de la moitié des ménages au Cameroun disposent de l'électricité (47 %). Par rapport à 1991 et 1998, on constate cependant une nette amélioration puisque à ces dates, ce sont respectivement 29 % et 41 % des ménages qui en disposaient. Pour l'approvisionnement en eau de boisson, 53 % des ménages sur le territoire national ont accès à l'eau potable en 2004 contre 45 % en 1998.

L'enquête s'est intéressée à la survie des parents des enfants de moins de 18 ans. Il en ressort que 56 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette situation est plus fréquente en milieu rural (59 %) qu'en milieu urbain (53 %).

Les indices de parité du genre révèlent l'existence d'une certaine discrimination à l'égard des filles en ce qui concerne la fréquentation scolaire aux niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Cette discrimination semble plus accentuée au niveau d'enseignement secondaire où ce ratio est de 0,86 comparé au niveau primaire où il est de 0,90. L'intensité de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre.

FÉCONDITÉ

Niveau de fécondité et tendance. Les données de l'EDSC-III montrent que la fécondité des femmes au Cameroun en 2004 demeure élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnerait naissance en moyenne à 5,0 enfants à la fin de sa vie féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 29 % des filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant ou en sont à leur première grossesse au moment de l'enquête. La fécondité continue de baisser dans la mesure où d'après l'ENF (1978), une femme arrivée en fin de vie féconde avait, en moyenne, 6,4 enfants; l'EDSC-I (1991) et l'EDSC-II (1998) ont respectivement estimé ce nombre à 5,8 enfants et 5,2 enfants alors que d'après l'EDSC-III une femme aurait, en moyenne, 5,0 enfants en fin de vie féconde, soit, au total, 1,4 enfants de moins par rapport au niveau de 1978. Au Cameroun, 3,6 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 35-49 ans n'ont jamais eu d'enfant et pourraient être considérées comme stériles.

Fécondité différentielle. Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme de Yaoundé/Douala a un niveau de fécondité nettement plus faible (3,2) que celui qui prévaut dans les Autres Villes (4,6) et en zone rurale (6,1). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon importante selon les régions, d'un minimum de 3,7 enfants dans le Sud-Ouest à un maximum de 6,4 dans l'Extrême-Nord. Ce nombre moyen présente des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes (3,5 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 6,3 chez celles sans niveau d'instruction) et le niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme : 3,2 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 6,3 pour celles des ménages les plus pauvres.

NUPTIALITÉ

Parmi les femmes de 15-49 ans, 67 % étaient en union au moment de l'enquête. La proportion des femmes qui restent encore célibataires à 35-39 ans est de 2 % seulement. Ainsi, le mariage qui demeure le cadre privilégié

de l'activité sexuelle et de la procréation est largement répandu au Cameroun. En outre, trois femmes sur dix (30 %) sont en union polygame. L'entrée en union demeure précoce au Cameroun : 22 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union à 15 ans et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 17,6 ans. En 1991 et 1998, ces valeurs étaient de 16,5 ans et 17,4 ans ; il n'y a donc pas eu d'évolution notable dans le calendrier de la primo nuptialité entre les deux dernières enquêtes. Les premiers rapports sexuels se produisent toujours très tôt, puisque l'âge médian est de 16,4 ans, chez les femmes mais en recul par rapport au niveau de 1998 (15,8 ans).

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif ; leur âge médian à la première union étant de 25,2 ans. Quant à l'âge aux premiers rapports sexuels pour les hommes âgés de 25-49 ans, il est resté constant : 18,5 ans en 2004 et 18,3 ans en 1998.

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance des méthodes contraceptives. Bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives (90 % en 2004 contre 81 % en 1998), et en particulier les méthodes modernes (90 % en 2004 contre 80 % en 1998), peu de femmes les utilisent.

Prévalence contraceptive. En effet, la prévalence contraceptive des femmes en union est seulement de 26 %, toutes méthodes confondues, et 13 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a augmenté au cours des quatorze dernières années : 16 % en 1991 à 19 % en 1998 et 26 % en 2004 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, la variation est presque constante entre les trois périodes (4 % en 1991, 7 % en 1998 et 13 % en 2004).

Besoins non satisfaits en planification. Bien que ces besoins soient assez importants chez les femmes en union, l'utilisation actuelle de la contraception est relativement faible. Une femme en union sur cinq (20 %) en expriment le besoin et ce, essentiellement, pour l'espacement des naissances (14 %). Actuellement, 56 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union se trouve satisfaite au Cameroun. Si tous les besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive des femmes en union serait de 46 % soit plus de 1,7 fois plus élevée que la prévalence observée.

SANTÉ DE LA MÈRE

Soins prénatals. En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour la grande majorité (83 %) des naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale auprès de personnel qualifié et que 72 % d'entre elles ont été protégées contre le tétanos néonatal, par au moins une dose de vaccin antitétanique. Environ six naissances sur dix (59 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire, contre 40 % à la maison. Par ailleurs, 62 % des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Les femmes du milieu rural (58 %), celles sans niveau d'instruction (78 %), celles appartenant aux ménages les plus pauvres (71 %) et celles n'ayant reçu aucun soin prénatal (89 %) ont, beaucoup plus fréquemment que les autres, accouché à domicile et sans assistance de personnel formé.

Tendances des soins prénatals. Par rapport à l'enquête de 1998, on note une nette augmentation des proportions de femmes qui ont effectué des visites prénatales (79 % en 1998) et de celles protégées contre le tétanos néonatal (69 % en 1998). On note également une diminution de la proportion de femmes qui accouchent à domicile (44 % en 1998).

SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccination des enfants. Pour ce qui est de la vaccination des enfants, on constate que la majorité est vaccinée : 86 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 65 % les trois doses de DTCQ, 67 % celles de la Polio et 65 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, près de la moitié des enfants de 12-23 mois (48 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) (sans la fièvre jaune). À l'inverse, seulement 5 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Comparativement à la situation qui prévalait en 1998, on note une nette amélioration de la couverture vaccinale (36 % d'enfants totalement vaccinés en 1998). Les enfants bénéficiant d'une meilleure couverture vaccinale sont ceux de mères instruites, vivant en ville ou qui appartiennent à un ménage aisé.

Maladies de l'enfance. Au Cameroun, les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Un peu plus d'un enfant sur 10 (11 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près d'un quart (24 %) des enfants ont eu la fièvre pendant cette période. S'agissant de la diarrhée, moins d'un enfant sur cinq (16 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 23 % des enfants n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation, et dans 21 % des cas, des soins ont été recherchés au cours de leur maladie.

Possession et utilisation des moustiquaires. L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Les données de l'enquête montrent que seulement un ménage sur cinq (20 %) possède au moins une moustiquaire. C'est à Yaoundé/Douala que près d'un tiers des ménages possède au moins une moustiquaire (31 %) contre seulement 17 % en milieu rural. Dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans et disposant de moustiquaires, seulement 12 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Une proportion quasiment identique plus élevée de femmes enceintes (12 %) a dormi sous une moustiquaire au cours de la nuit ayant précédé l'interview.

NUTRITION

Allaitement des petits enfants. Plus de neuf enfants sur dix (94 %) nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Bien que la majorité des enfants (60 %) soient allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, dans 62 % des cas, ils ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. L'assistance à l'accouchement et partant, le lieu où celui-ci s'est déroulé, influence légèrement le début de l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé, plus d'un enfant sur trois (35 %) ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance contre 29 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle ou d'une autre personne (21 %). De même, 36 % des enfants nés dans un centre de santé ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance. Quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 27 %.

Sevrage et aliments de compléments. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Cameroun, une proportion importante d'enfants consomme des céréales et des tubercules ou racines avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, 21 % d'enfants ne consomment aucun aliment solide ou semi-solide comme complément nutritionnel en plus du lait maternel.

Supplémentation en vitamine A. La carence en vitamine A (avitaminose A) affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants, affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Elle peut être évitée par des compléments en vitamine A ou l'enrichissement des aliments. Plus de deux enfants sur cinq (38 %) âgés de moins de trois ans ont reçu des compléments de vitamine A. Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence (35 % en milieu rural contre 40 % dans les Autres villes et 44 % à Yaoundé/Douala). Au plan national, seulement 28 % des femmes ont reçu des suppléments en vitamine A deux mois après l'accouchement de leur dernier-né.

Etat nutritionnel des enfants. Les indices concernant l'état nutritionnel montrent que 32 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique modérée, et de 13 % sous sa forme sévère. En plus, 5 % des enfants souffrent de sous-nutrition aiguë modérée, et moins de 1 % sous sa forme sévère. Enfin, la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est de 18 %, et de 4 % pour sa forme sévère.

MORTALITÉ INFANTILE

Niveau de mortalité et tendance. La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 74 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (29 % entre 0 et 1 mois exact et 45 % entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1000 enfants âgés d'un an, 75 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire.

Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 144 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur sept.

Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisée en 1998 (EDSC-II), le niveau de toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenus en 2004 est sensiblement le même : mortalité infantile de 77 pour mille à l'EDSC-III contre 74 pour mille en 2004 pour les cinq dernières années, mortalité infanto-juvénile de 144 pour mille en 2004 contre 151 pour mille pour les cinq dernières années précédant l'EDSC-II.

Mortalité différentielle. La mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (68 ‰) qu'en milieu rural (91 ‰). L'analyse par région indique de fortes disparités. En effet, la probabilité de mourir entre 0 et 5 ans varie de manière importante d'une région à une autre. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au double, d'un minimum de 58 ‰ dans le Nord-Ouest à un maximum de 111 ‰ à l'Est. Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère. En effet, un enfant dont la mère n'a aucun niveau d'instruction a une probabilité de mourir, avant le premier anniversaire 1,59 fois plus élevée que celle d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (94 ‰ contre 59 ‰).

EXCISION

Prévalence. La pratique de l'excision est très peu répandue au Cameroun puisque seulement 1,4 % des femmes ont déclaré être excisées. Cependant, on constate des variations selon les catégories de femmes, les proportions les plus élevées se situant à : 2,5 % parmi les femmes de 20-24 ans, 4,8 % parmi les femmes sans niveau d'instruction, 12,7 % parmi les femmes de l'ethnie Arabe-Choa/Peuls/Haoussa/Kanuri, 5,8 % parmi les musulmanes et 4,0 % parmi celles des ménages du second quintile.

Perspectives. Moins d'un pour cent des enquêtées avaient une fille excisée et dans moins d'un pour cent des cas, elles avaient l'intention de la faire exciser. Globalement, 1,5 % des filles des mères enquêtées sont excisées (0,7 %) ou seront excisées (0,8 %) : cette « prévalence » se situe au même niveau que celle des mères (1,4 %), ce qui dénote peu de perspectives de changement dans la pratique de l'excision au Cameroun.

VIOLENCES DOMESTIQUES

L'EDSC-III montre que plus d'une femme sur deux (53 %) a déclaré avoir subi des violences physiques à un moment quelconque depuis l'âge de 15 ans et, dans 45 % des cas, les femmes ont subi ces actes de violence au cours des douze derniers mois. Le plus fréquemment, l'auteur de ces violences est le mari/partenaire. Quel que soit le type de violence considéré, physique ou sexuelle, les femmes souffrent souvent de conséquences graves : dans 21 % des cas, les violences ont eu pour conséquences des hématomes ou des meurtrissures et même, dans 15 % des cas, des blessures ou des os cassés.

SIDA ET AUTRES IST

Connaissance du sida. Le VIH/sida est connu par pratiquement toute la population (98 % des femmes et 99 % des hommes). Cependant, bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 62 % d'entre elles ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms lors des rapports sexuels ou en limitant des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté. Chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée (75 %).

La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est légèrement plus répandue parmi les hommes (72 %) que les femmes (60 %).

Sida et stigma. Le comportement que les gens adopteraient face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Cette enquête montre que 69 % des femmes ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du sida. La proportion est plus élevée chez les hommes (82 %).

Rapports à hauts risques et utilisation du condom. Un des objectifs essentiels du Comité National de Lutte contre le Sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSC-III montre que plus d'un quart des femmes (29 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est

beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 62 %. Un peu plus d'un quart de femmes (41 %) et plus de la moitié des hommes (55 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

PRÉVALENCE DU VIH

Taux de couverture. Les résultats de l'EDSC-III indiquent que plus de 9 personnes sur 10 ont consenti à donner quelques gouttes de leur sang pour être testées sur le VIH. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (90 %). Les taux d'acceptation chez les femmes et les hommes du milieu rural sont nettement plus élevés que chez ceux du milieu urbain. Dans l'ensemble, 95 % des personnes dans les zones rurales ont accepté contre 87 % chez celles des villes (82 % à Yaoundé/Douala et 90 % dans les Autres villes). Le taux de couverture du test du VIH est plus élevé dans le Sud où 96 % des femmes et des hommes ont été testés et moins élevé à l'Est où 90 % des femmes et des hommes ont été testés. D'une manière générale, à l'exception du Nord-Ouest et de l'Ouest, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes, comparé à celui des hommes.

VIH et vulnérabilité des femmes. Les résultats de l'EDSC-III de 2004 montrent que 5,5 % des adultes au Cameroun âgés de 15-49 ans sont séropositifs au VIH. Le taux de séoprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 6,8 % contre 4,1 %. Il s'en dégage un ratio d'infection entre les hommes et les femmes de 1,7, ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes infectées. Ce chiffre est comparable avec d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, ce qui implique que les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH par rapport aux hommes.

VIH et milieu de résidence. Selon le milieu de résidence, et quel que soit le sexe, le milieu urbain présente un risque d'infection significativement plus élevé au VIH par rapport au milieu rural (tableau 16.4). La prévalence est plus élevée dans les Autres villes (6,9 %) et à Yaoundé/Douala (6,4 %) qu'en milieu rural (4,0 %). Il convient de relever que la prévalence est relativement élevée à Yaoundé (8,3% contre 4,5 % à Douala) tant chez les femmes (10,7 % contre 5,5 %) que chez les hommes (6,0 % contre 3,6 %). L'épidémie du VIH présente de fortes disparités régionales.

Les résultats de l'EDC-III montrent que le Nord-Ouest (8,7 %), l'Est (8,6 %), et le Sud-Ouest (8,0 %), sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. A l'opposé, le Nord (1,7 %) et l'Extrême-Nord (2,0 %) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles.

Les taux de prévalence sont particulièrement plus élevés chez les femmes du Nord-Ouest (11,9 %), du Sud-Ouest (11,0 %), de Yaoundé (10,7 %) de l'Adamaoua (9,8 %) et de l'Est (9,4 %). Chez les hommes, les taux sont plus élevés à l'Est (7,6 %), au Nord-Ouest (5,2 %), à l'Ouest (5,2 %) et au Sud-Ouest (5,1 %).

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Liste des tableaux et des graphiques	ix
Préface	xvii
Remerciements.....	xix
Résumé	xxi
Carte du Cameroun.....	xxx

CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Paul Roger LIBITE et Eric JAZET

1.1	CARACTÉRISTIQUES DU PAYS	1
1.1.1	Situation géographique.....	1
1.1.2	Organisation politico administrative.....	2
1.1.3	Aperçu socio-économique.....	2
1.1.4	Milieu humain et démographie.....	3
1.1.5	Politique de population	4
1.1.6	Politique de santé.....	5
1.2	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	8
1.2.1	Organisation de l'EDSC-III	8
1.2.2	Objectifs de l'EDSC-III	8
1.2.3	Questionnaires	9
1.2.4	Echantillonnage	11
1.2.5	Tests d'hémoglobine et du VIH.....	13
1.2.6	Personnel de l'EDSC-III	14
1.2.7	Déroulement des activités de l'EDSC-III	14

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Claude TCHAMDA et Thio'mi NKABKOB

2.1	ENQUÊTE MÉNAGE	18
2.1.1	Structure par sexe et âge de la population	18
2.2	TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES	19
2.3	NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE.....	22
2.4	CONDITIONS DE VIE	29

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

Eric JAZET et Anaclet DZOSSA

3.1	CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	35
3.2	NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	38
3.3	ALPHABÉTISATION.....	40
3.4	EXPOSITION AUX MÉDIAS	44
3.5	ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE.....	46
3.6	STATUT DE LA FEMME	52
3.6.1	Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage	52
3.6.2	Prise de décision dans le ménage	54
3.6.3	Opinion des femmes sur la violence conjugale	56
3.6.4	Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels	57

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

Paul Roger LIBITE

4.1	NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE	62
4.2	TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ	66
4.3	PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE	69
4.4	GROSSESSES IMPRODUCTIVES.....	71
4.5	INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....	74
4.6	ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE.....	76
4.7	FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES.....	78

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

Martin TSAFACK et Robert SIMO KENGNE

5.1	CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION	83
5.2	PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION	86
5.2.1	Utilisation de la contraception à un moment quelconque.....	86
5.2.2	Utilisation actuelle de la contraception	87
5.3	PRÉVALENCE SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME	91
5.4	NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION.....	92
5.5	CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE.....	93
5.6	SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION.....	95
5.7	UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION.....	96
5.8	SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....	99
5.9	CONTACT DES NON UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION AVEC DES PRESTATAIRES DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	101
5.10	OPINIONS ET ATTITUDES DES COUPLES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	103
5.10.1	Discussion de la planification familiale avec le conjoint	103
5.10.2	Opinion des couples face à la planification	104

CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE

Marie Antoinette FOMO

6.1	ÉTAT MATRIMONIAL.....	107
6.2	POLYGAMIE.....	109
6.3	ÂGE À LA PREMIÈRE UNION	111
6.4	ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS	114
6.5	ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE	118
6.6	EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE	121
6.7	MÉNOPAUSE	124

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Marie Antoinette FOMO, Anaclet Désiré DZOSSA et Antoine KAMDOUM

7.1	DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)	125
7.2	BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE	128
7.3	NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS.....	130
7.4	PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ.....	133
7.5	NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS, BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE, SELON LE STATUT DE LA FEMME.....	136

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Monique Barrère

8.1	SOINS PRÉNATAUX, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES	139
8.1.1	Soins prénataux.....	139
8.1.2	Accouchement.....	144
8.1.3	Examens postnataux	148
8.1.4	Santé de la reproduction et statut de la femme	150
8.1.5	Tendances	151
8.2	VACCINATION DES ENFANTS	152
8.3	MALADIES DES ENFANTS	157

CHAPITRE 9 PALUDISME

Jean Christian YOUNBA et Monique BARRERE

9.1	SITUATION DU PALUDISME ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN	165
9.2	PRÉVENTION DU PALUDISME	167
9.2.1	Disponibilité de moustiquaires dans les ménages	167
9.2.2	Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans, l'ensemble des femmes et les femmes enceintes	170
9.2.3	Chimioprévention chez la femme enceinte	173
9.3	TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	175

CHAPITRE 10 ALLAITEMENT MATERNEL, ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Daniel SIBETCHEU, Marie Antoinette FOMO, Paul Roger LIBITE et Eric JAZET

10.1	ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	179
10.2	CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS ET PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE	188
10.2.1	Consommation de sel iodé par les ménages.....	188
10.2.2	Consommation de micronutriments chez les enfants.....	189
10.2.3	Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes.....	192
10.2.4	Prévalence de l'anémie.....	194
10.3	ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES.....	199
10.3.1	État nutritionnel des enfants.....	199
10.3.2	État nutritionnel des femmes.....	207

CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS

Paul Roger LIBITE

11.1	NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS	213
11.2	MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES	216
11.3	DIFFÉRENTIELS DE MORTALITÉ DES ENFANTS ET STATUT DE LA FEMME	220

CHAPITRE 12 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

Bernard BARRÈRE

12.1	COLLECTE DES DONNÉES.....	225
12.2	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES.....	226
12.3	ESTIMATION DE LA MORTALITÉ ADULTE.....	229
12.4	ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE.....	231

CHAPITRE 13 EXCISION

Monique BARRÈRE

13.1	CONNAISSANCE ET PRÉVALENCE DE L'EXCISION.....	235
13.2	OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION	238

CHAPITRE 14 VIOLENCE DOMESTIQUE

Jean Pierre MAKANG, Paulette BEAT SONGUE et Ghislain GEUWOU

14.1	VIOLENCE DOMESTIQUE.....	244
14.1.1	Méthodologie	244
14.1.2	Violence physique depuis l'âge de 15 ans	246
14.1.3	Violence physique pendant la grossesse	248

14.1.4	Contrôle exercé par le mari/partenaire	251
14.2	VIOLENCE CONJUGALE.....	251
14.2.1	Prévalence de la violence exercée par les conjoints.....	251
14.2.2	Fréquence de la violence conjugale récente.....	253
14.2.3	Premier épisode de violence conjugale	255
14.2.4	Conséquences de la violence et recherche d'assistance.....	255
14.2.5	Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints.....	258
14.2.6	Violences des femmes contre leur conjoint	260
 CHAPITRE 15 CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DES IST/SIDA		
<i>Monique BARRÈRE</i>		
15.1	CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES	261
15.1.1	Connaissance des moyens de prévention et de transmission	263
15.1.2	Stigmatisation	269
15.2	POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DE VIH/SIDA	272
15.3	RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM.....	275
15.4	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	279
15.5	OPINIONS.....	280
15.6	CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES.....	284
15.6.1	Connaissance.....	284
15.6.2	Comportements sexuels.....	286
 CHAPITRE 16 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS		
<i>Dr Jemba J. MOSOKO et Dr Gislaine A. N. AFFANA</i>		
16.1	PROTOCOLE DE TEST DU VIH	294
16.1.1	Collecte	295
16.1.2	Procédures de laboratoire	295
16.1.3	Traitement informatique et restitution des résultats	297
16.2	TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH	298
16.3	PRÉVALENCE DU VIH	301
16.3.1	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	301
16.3.2	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques....	304
16.3.3	Prévalence du VIH et facteurs de risque.....	305
16.3.4	Prévalence du VIH et autres facteurs à risque.....	307

16.3.5	Prévalence du VIH et circoncision	308
16.3.6	Prévalence du VIH parmi les couples	310
16.3.7	Prévalence du VIH parmi les jeunes	312
RÉFÉRENCES		315
PERSONNEL DE L'EDSC-III 2004		319
INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS – EDSC-III		323

Un CD est inséré à la fin de ce document. Il contient le rapport complet ainsi que les annexes suivantes :

- **PLAN DE SONDAGE**
- **ERREURS DE SONDAGE**
- **TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES**
- **QUESTIONNAIRES**

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Page

CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Tableau 1.1	Indicateurs démographiques de base	4
Tableau 1.2	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle	12

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Tableau 2.1	Population des ménages par âge, sexe et milieu de résidence	18
Tableau 2.2	Population (de droit) par âge selon différentes sources	19
Tableau 2.3	Composition des ménages	20
Tableau 2.4	Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents	21
Tableau 2.5.1	Niveau d'instruction de la population des ménages : hommes.....	23
Tableau 2.5.2	Niveau d'instruction de la population des ménages : femmes.....	24
Tableau 2.6	Taux de fréquentation scolaire	26
Tableau 2.7	Caractéristiques des logements	30
Tableau 2.8	Biens durables possédés par les ménages	32

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

Tableau 3.1	Répartition par âge des enquêtés	36
Tableau 3.2	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	37
Tableau 3.3.1	Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques : femmes	38
Tableau 3.3.2	Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques : hommes	39
Tableau 3.4.1	Alphabétisation : femmes.....	41
Tableau 3.4.2	Alphabétisation : hommes	42
Tableau 3.5.1	Exposition aux média : femmes.....	44
Tableau 3.5.2	Exposition aux média : hommes	45
Tableau 3.6	Emploi	47
Tableau 3.7	Occupation.....	49
Tableau 3.8	Type d'emploi.....	50
Tableau 3.9	Employeur et formes de revenus	51
Tableau 3.10	Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage.....	53
Tableau 3.11	Contrôle du revenu des femmes	54
Tableau 3.12	Participation des femmes dans la prise de décision.....	54
Tableau 3.13	Participation des femmes dans la prises de décision selon certaines caractéristiques socio-démographiques	55
Tableau 3.14	Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme.....	57
Graphique 3.1	Proportion d'analphabètes parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans	43

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

Tableau 4.1	Fécondité actuelle.....	62
Tableau 4.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques.....	64
Tableau 4.3	Fécondité selon différentes sources.....	66
Tableau 4.4	Tendance de la fécondité par âge.....	67
Tableau 4.5	Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes.....	70
Tableau 4.6	Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes.....	71
Tableau 4.7	Grossesses improductives.....	72
Tableau 4.8	Issue des grossesses improductives.....	73
Tableau 4.9	Intervalle intergénéral.....	75
Tableau 4.10	Âge à la première naissance.....	76
Tableau 4.11	Âge médian à la première naissance selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	77
Tableau 4.12	Grossesse et fécondité des adolescentes.....	79
Graphique 4.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence.....	63
Graphique 4.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans.....	65
Graphique 4.3	Taux de fécondité par âge selon l'ENF 1978, l'EDSC-I 1991, l'EDSC-II 1998 et l'EDSC-III 2004.....	67
Graphique 4.4	Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDSC-III 2004.....	68
Graphique 4.5	Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans selon l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III.....	69
Graphique 4.6	Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde selon l'EDSC-II et l'EDSC-III.....	80

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

Tableau 5.1	Connaissance des méthodes contraceptives.....	84
Tableau 5.2	Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques.....	85
Tableau 5.3	Utilisation de la contraception à un moment quelconque.....	86
Tableau 5.4	Utilisation actuelle de la contraception.....	88
Tableau 5.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques.....	90
Tableau 5.6	Utilisation actuelle de la contraception selon certains indicateurs du statut de la femme.....	92
Tableau 5.7	Nombre d'enfants à la première utilisation.....	93
Tableau 5.8	Connaissance de la période féconde.....	94
Tableau 5.9	Source d'approvisionnement.....	95
Tableau 5.10	Utilisation future.....	96
Tableau 5.11	Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception.....	98
Tableau 5.12	Méthode contraceptive future préférée.....	99
Tableau 5.13	Exposition aux messages sur la planification familiale.....	100
Tableau 5.14	Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale.....	102
Tableau 5.15	Discussion de la planification familiale avec le conjoint.....	103

Tableau 5.16	Opinion des couples face à la planification familiale	105
Graphique 5.1	Prévalence contraceptive parmi les femmes en union	89
Graphique 5.2	Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union 1991, 1998 et 2004.....	89
Graphique 5.3	Intention d'utiliser la contraception par les femmes en union non utilisatrices...	97
 CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AUX RISQUES DE GROSSESSE		
Tableau 6.1	État matrimonial actuel des femmes	107
Tableau 6.2	État matrimonial actuel des hommes.....	109
Tableau 6.3	Nombre de co-épouses.....	110
Tableau 6.4	Âge à la première union.....	112
Tableau 6.5	Âge médian à la première union	113
Tableau 6.6	Âge aux premiers rapports sexuels	115
Tableau 6.7	Âge médian aux premiers rapports sexuels.....	116
Tableau 6.8	Activité sexuelle récente des femmes	119
Tableau 6.9	Activité sexuelle récente des hommes	120
Tableau 6.10	Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum.....	122
Tableau 6.11	Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques socio- démographiques	123
Tableau 6.12	Ménopause.....	124
Graphique 6.1	Proportion de femmes célibataires par âge, selon différentes sources	108
Graphique 6.2	Âge médian des femmes à la première union.....	114
Graphique 6.3	Âges médians des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels.....	117
 CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ		
Tableau 7.1	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfant vivants	126
Tableau 7.2	Désir de limiter les naissances	127
Tableau 7.3	Besoins en matière de planification familiale.....	129
Tableau 7.4	Nombre idéal d'enfants.....	131
Tableau 7.5	Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques	133
Tableau 7.6	Planification de la fécondité	134
Tableau 7.7	Taux de fécondité désirée.....	135
Tableau 7.8	Nombre idéal d'enfants, besoins non satisfaits en matière de planification familiale et statut de la femme	137
Graphique 7.1	Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants	126
Graphique 7.2	Nombre idéal d'enfants.....	132
Graphique 7.3	Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée	136

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Tableau 8.1	Soins prénatals.....	140
Tableau 8.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse.....	141
Tableau 8.3	Examens au cours des visites prénatales.....	142
Tableau 8.4	Vaccination antitétanique.....	144
Tableau 8.5	Lieu de l'accouchement.....	145
Tableau 8.6	Assistance lors de l'accouchement.....	146
Tableau 8.7	Caractéristiques de l'accouchement.....	148
Tableau 8.8	Examens postnatals.....	149
Tableau 8.9	Santé reproductive et statut de la femme.....	151
Tableau 8.10	Vaccinations selon les sources d'information.....	153
Tableau 8.11	Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques.....	155
Tableau 8.12	Vaccinations au cours de la première année.....	156
Tableau 8.13	Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre.....	158
Tableau 8.14	Prévalence de la diarrhée.....	160
Tableau 8.15	Connaissance des sachets de SRO.....	161
Tableau 8.16	Traitement de la diarrhée.....	162
Tableau 8.17	Alimentation pendant la diarrhée.....	163
Graphique 8.1	Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement.....	152
Graphique 8.2	Vaccinations des enfants de 12-23 mois.....	157

CHAPITRE 9 PALUDISME

Tableau 9.1	Possession de moustiquaires.....	168
Tableau 9.2	Utilisation des moustiquaires par les enfants.....	171
Tableau 9.3	Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes.....	173
Tableau 9.4	Utilisation de traitement préventif au cours de la grossesse.....	174
Tableau 9.5	Prévalence et traitement précoce de la fièvre.....	176
Tableau 9.6	Différents antipaludéens et prise précoce.....	178
Graphique 9.1	Possession de moustiquaires par les ménages.....	169
Graphique 9.2	Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans.....	172
Graphique 9.3	Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse.....	175

CHAPITRE 10 ALLAITEMENT, ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Tableau 10.1	Allaitement initial.....	180
Tableau 10.2	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	183
Tableau 10.3	Durée médiane et fréquence de l'allaitement.....	185
Tableau 10.5	Sel iodé dans le ménage.....	189
Tableau 10.6	Consommation de micronutriments.....	191
Tableau 10.7	Consommation de micronutriments par les mères.....	193
Tableau 10.8	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	196
Tableau 10.9	Prévalence de l'anémie chez les femmes.....	198
Tableau 10.10	Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère..	199

Tableau 10.11	État nutritionnel des enfants.....	201
Tableau 10.12	État nutritionnel des femmes par caractéristiques socio-démographiques	208
Graphique 10.1	Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans.....	184
Graphique 10.2	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance modéré.....	203
Graphique 10.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'emaciation modérée	205
Graphique 10.4	Tendance de la malnutrition (enfants de moins de 3 ans) selon l'EDSC-I 1991, l'EDSC-II 1998 et l'EDSC-III 2004	207
CHAPITRE 11 MORTALITÉ DES ENFANTS		
Tableau 11.1	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	213
Tableau 11.2	Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	216
Tableau 11.3	Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants	219
Tableau 11.4	Taux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme.....	221
Tableau 11.5	Comportement procréateur à hauts risques.....	223
Graphique 11.1	Tendance de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon différentes sources	215
Graphique 11.2	Tendance de la mortalité juvénile et infanto-juvénile selon différentes sources	215
Graphique 11.3	Mortalité infantile et juvénile par région.....	217
Graphique 11.4	Mortalité infantile et caractéristiques des naissances.....	218
CHAPITRE 12 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE		
Tableau 12.1	Complétude de l'information sur les frères et sœurs.....	227
Tableau 12.2	Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs.....	228
Tableau 12.3	Estimation de la mortalité adulte par âge.....	229
Tableau 12.4	Estimation directe de la mortalité maternelle.....	232
Graphique 12.1	Taux de mortalité féminine par âge et par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II.....	230
Graphique 12.2	Taux de mortalité masculine par âge et par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II.....	230
Graphique 12.3	Taux de mortalité maternelle par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II	233
CHAPITRE 13 EXCISION		
Tableau 13.1	Connaissance et pratique de l'excision	236
Tableau 13.2	Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées	238
Tableau 13.3	Avantages pour une fille d'être excisée	239
Tableau 13.4	Avantages pour une fille de ne pas être excisée.....	240
Tableau 13.5	Croyances au sujet de l'excision	241
Tableau 13.6	Opinion par rapport au maintien de l'excision	242
Graphique 13.1	Âge à l'excision.....	237

CHAPITRE 14 VIOLENCE DOMESTIQUE

Tableau 14.1	Violence physique	247
Tableau 14.2	Auteur des violence physiques	248
Tableau 14.3	Violence pendant la grossesse	249
Tableau 14.4	Contrôle exercé par le mari/partenaire	250
Tableau 14.5	Violence conjugale	252
Tableau 14.6	Fréquence de la violence conjugale	254
Tableau 14.7	Premier épisode de violence conjugale	255
Tableau 14.8	Conséquences de la violence conjugale	256
Tableau 14.9	Recherche d'aide	257
Tableau 14.10	Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints	259
Graphique 14.1	Pourcentage de femmes ayant subi divers types de violence	246
Graphique 14.2	Violence entre conjoints	260

CHAPITRE 15 CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DES IST/SIDA

Tableau 15.1	Connaissance du sida.....	262
Tableau 15.2	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	263
Tableau 15.3.1	Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida (femmes).....	265
Tableau 15.3.2	Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida (hommes)	266
Tableau 15.4	Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	268
Tableau 15.5.1	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH (femmes)	270
Tableau 15.5.2	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH (hommes)	271
Tableau 15.6	Population ayant effectué un test de VIH et ayant reçu les résultats.....	272
Tableau 15.7	Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH.....	274
Tableau 15.8	Multiplicité des partenaires sexuels	275
Tableau 15.9	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	277
Tableau 15.10	Rapports sexuels payants et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants.....	278
Tableau 15.11	Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés.....	279
Tableau 15.12	Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint	281
Tableau 15.13	Adultes (femmes et hommes) qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans	283
Tableau 15.14	Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida chez les jeunes.....	285
Tableau 15.15	Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels	286
Tableau 15.16	Utilisation du condom aux premiers rapports sexuels par les jeunes de 15-24 ans	287
Tableau 15.17	Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux	288

Tableau 15.18	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans	289
Tableau 15.19	Abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans.....	290
Tableau 15.20	Disparité d'âges entre partenaires sexuels.....	291
Tableau 15.21	Rapports sexuels après avoir bu de l'alcool	292
Graphique 15.1	Recherche de conseils et de traitement pour les IST	280

CHAPITRE 16 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS

Tableau 16.1	Couverture du test de VIH selon le milieu et la région de résidence	298
Tableau 16.2	Couverture du test de VIH selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique	300
Tableau 16.3	Prévalence du VIH selon l'âge.....	301
Tableau 16.4	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....	303
Tableau 16.5	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques.....	304
Tableau 16.6	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel	306
Tableau 16.7	Prévalence du VIH selon la prévalence des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête	307
Tableau 16.8	Test de VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH	308
Tableau 16.9	Circoncision des hommes de 15-59 ans ayant subi le test et prévalence du VIH.....	309
Tableau 16.10	Prévalence du VIH parmi les couples	311
Graphique 16.1	Prévalence du VIH par sexe et âge	302
Graphique 16.2	Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans	313

Paul Roger LIBITE et Eric JAZET

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

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Situation géographique

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

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

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

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

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

1.1.2 Organisation politico administrative

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

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

1.1.3 Aperçu socio-économique

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4 Milieu humain et démographie

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

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

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

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

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

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

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

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

^a Données ajustées

^b Estimations

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

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

1.1.5 Politique de population

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

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

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

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

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

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

1.1.6 Politique de santé

1.1.6.1 Historique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Organisation de l'EDSC-III

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

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

1.2.2 Objectifs de l'EDSC-III

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

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

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

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

1.2.3 Questionnaires

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

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

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

Questionnaire ménage

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

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

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

Questionnaire individuel femme

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

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

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

Questionnaire individuel homme

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

1.2.4 Echantillonnage

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH

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

Test d'hémoglobine

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

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

Test de VIH

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

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

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

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

1.2.6 Personnel de l'EDSC-III

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

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

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

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

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

1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSC-III

Cartographie

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

Enquête pilote

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

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

Formation et enquête principale

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

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

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

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

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

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

Traitement des données

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

Analyse

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

Claude TCHAMDA et Thio'mi NKABKOB

Ce chapitre porte sur l'analyse des résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques de la population des ménages telles que la structure par âge et sexe, le taux de fréquentation scolaire et le niveau d'instruction. Dans ce chapitre, sont également présentés les caractéristiques des logements ainsi que les biens durables possédés par les ménages. L'objectif de ce chapitre est donc de présenter un profil des ménages et un aperçu de l'environnement socio-économique dans lequel vivent les hommes, les femmes et les enfants ciblés par l'enquête. Une telle présentation est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socio-économiques et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population et de ses conditions de vie.

Avant d'analyser les résultats concernant les caractéristiques des ménages, il est important de souligner qu'au cours de l'EDSC-III, l'ensemble du pays a été divisé en douze régions, à savoir la ville de Yaoundé, la ville de Douala, la province du Centre, hormis Yaoundé, la province du Littoral, hormis Douala, puis les huit autres provinces du pays: Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud et Sud-Ouest. Chacune de ces régions, à l'exception de Yaoundé et Douala qui sont essentiellement urbaines, a été subdivisée en un milieu urbain et en un milieu rural. Ainsi, en terme de milieu de résidence, le milieu « rural » désigne l'ensemble des milieux ruraux, le terme « ensemble urbain » désigne l'ensemble des milieux urbains, le terme « Autres villes » désigne l'ensemble des milieux urbains autres que Yaoundé et Douala.

Il convient en dernier ressort de présenter le concept de bien-être économique utilisé dans ce rapport. L'indice de bien-être économique est construit à partir des données sur les biens des ménages et en utilisant l'analyse en composante principale. Les informations sur les biens des ménages proviennent des réponses aux questions relatives à la possession par les ménages de certains biens durables (la télévision, la radio ou la voiture, etc.) et celles concernant certaines caractéristiques du logement comme la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le matériau de revêtement du sol, le nombre de pièces utilisées pour dormir, le type de combustible pour la cuisine, etc. Cet indice est construit de la manière suivante :

- on affecte à chacun des biens ou caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale ;
- les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et al., 2000) ;
- on attribue dans chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage ;
- les ménages sont classés par ordre croissant de score total et divisés en 5 catégories d'effectifs égales appelés quintile. On établit ainsi une échelle allant de 1 (quintile le plus pauvre) à 5 (quintile le plus riche) ;
- le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent. Les individus sont ainsi repartis dans les différentes catégories.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

L'enquête ménage a permis de recueillir des données concernant la structure par âge et sexe de la population ainsi que la taille et certaines caractéristiques des ménages.

2.1.1 Structure par sexe et âge de la population

Le tableau 2.1 présente la répartition par âge et sexe de la population des ménages enquêtés, selon le milieu de résidence. Parmi les 49 840 personnes enquêtées, 24 430 sont des hommes et 25 398 sont des femmes, soit un rapport de masculinité égal à 96 hommes pour 100 femmes. Par rapport à l'enquête précédente, on constate que ce rapport de masculinité s'est légèrement rééquilibré en faveur des hommes puisqu'il s'établissait à 93 hommes pour 100 femmes en 1998. Cependant, en milieu rural, les hommes sont toujours moins nombreux que les femmes (rapport de masculinité de 93 hommes pour 100 femmes). En milieu urbain, on constate un équilibre entre les sexes.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et milieu de résidence

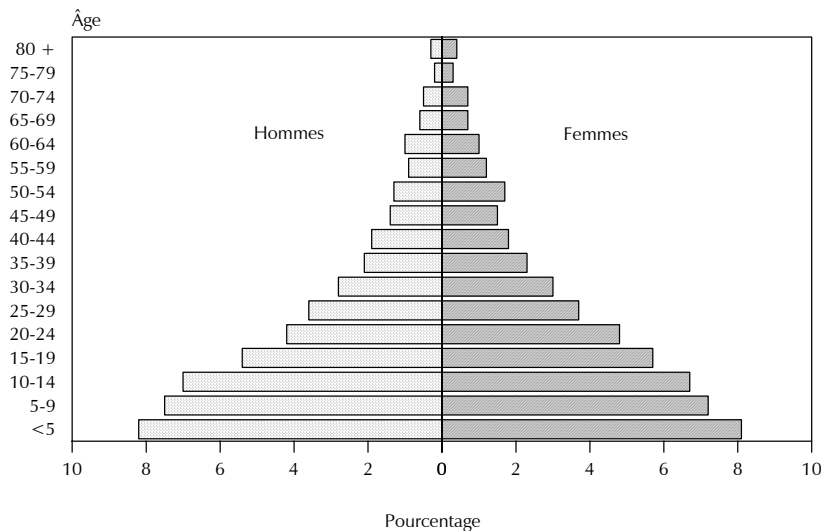
Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Milieu de résidence												Cameroun		
	Yaoundé/Douala			Autres villes			Ensemble urbain			Rural					
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5	12,7	12,4	12,6	15,9	15,4	15,6	14,7	14,4	14,6	18,5	17,4	18,0	16,7	16,0	16,3
5-9	10,0	10,4	10,2	15,2	13,3	14,3	13,4	12,3	12,8	17,2	15,6	16,4	15,3	14,0	14,6
10-14	12,3	11,6	11,9	13,5	13,8	13,7	13,0	13,0	13,1	15,6	13,1	14,3	14,3	13,1	13,7
15-19	11,9	14,2	13,0	13,4	13,4	13,4	12,9	13,7	13,3	9,3	8,9	9,1	11,1	11,2	11,1
20-24	14,2	13,5	13,9	9,2	10,1	9,7	11,0	11,3	11,2	6,3	7,8	7,1	8,6	9,5	9,1
25-29	11,1	9,9	10,5	7,2	7,5	7,3	8,6	8,3	8,4	6,1	6,5	6,3	7,3	7,4	7,3
30-34	7,8	7,2	7,5	5,8	6,0	5,9	6,5	6,4	6,5	4,7	5,3	5,0	5,6	5,8	5,7
35-39	5,7	6,5	6,1	4,4	4,5	4,5	4,9	5,2	5,0	3,7	4,0	3,9	4,3	4,6	4,4
40-44	4,7	4,4	4,5	3,8	3,5	3,7	4,1	3,8	4,0	3,7	3,4	3,5	3,9	3,6	3,7
45-49	3,5	3,1	3,3	2,8	2,7	2,8	3,1	2,8	3,0	2,8	3,1	3,0	2,9	3,0	3,0
50-54	2,2	2,6	2,4	2,7	3,0	2,9	2,5	2,9	2,7	2,7	3,7	3,2	2,6	3,3	3,0
55-59	1,3	1,3	1,3	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,6	2,1	3,0	2,6	1,8	2,4	2,1
60-64	1,3	1,1	1,2	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	2,5	2,6	2,6	2,0	2,0	2,0
65-69	0,5	0,8	0,6	1,2	1,3	1,2	1,0	1,1	1,0	1,6	1,8	1,7	1,3	1,4	1,4
70-74	0,4	0,5	0,5	0,8	1,1	0,9	0,6	0,9	0,8	1,6	1,8	1,7	1,1	1,3	1,2
75-79	0,1	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,5
80 +	0,2	0,3	0,2	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,9	1,1	1,0	0,6	0,8	0,7
NSP/ND	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 361	4 163	8 525	7 723	7 990	15 717	12 084	12 153	24 241	12 346	13 245	25 598	24 430	25 398	49 840

Note : Le total inclut 12 individus pour lesquels le sexe n'est pas déclaré.

La pyramide des âges, présente une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, forme caractéristique des populations jeunes, à forte fécondité et à mortalité élevée (graphique 2.1). On note une légère surreprésentation des femmes à 50-54 ans et des hommes à 60-64 ans. Ceci est dû, en partie, à un vieillissement artificiel de ces groupes d'âges par les enquêtrices dans le but de les exclure des tranches d'âges éligibles pour l'enquête individuelle (15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes).

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



EDSC-III 2004

Les résultats présentés au tableau 2.2 mettent en évidence la jeunesse de la population camerounaise, 45 % ayant moins de 15 ans. Cette structure reflète celle de la population en général. En outre, les personnes de 15-64 ans représentent 51 % de la population et les 65 ans et plus, 4 %.

Tableau 2.2 Population (de droit) par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par grand groupe d'âges d'après le RGPH de 1976, l'ENF de 1978, le RGPH de 1987, l'EDSC-I de 1991, l'EDSC-II de 1998, et l'EDSC-III de 2004

Groupe d'âges	RGPH 1976	ENF 1978	RGPH 1987	EDSC-I 1991	EDSC-II 1998	EDSC-III 2004
< 15 ans	42,2	44,1	46,4	47,4	45,2	44,6
15 - 64	54,6	51,1	50,2	49,2	50,3	51,4
65 ou plus	3,2	3,6	3,4	3,4	4,4	3,8
NSP/ND	-	0,2	-	0,1	0,1	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rapport de dépendance	83	92	99	103	99	94

Sources :

RGPH 1976 : DSCN, 1978b

ENF 1978 : DSCN et EMF, 1983a

RGPH 1987 : Direction Nationale du 2^e RGPH, 1992b, 1992c

EDSC-I 1991 : Balépa et al., 1992

EDSC-II 1998 : Fotso et al., 1999

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

Le tableau 2.3 présente la répartition des ménages par sexe du chef de ménage, et selon la taille du ménage selon le milieu de résidence.

Chef de ménage

On constate au tableau 2.3 que dans l'ensemble 76 % des ménages camerounais ont à leur tête un homme et on ne constate que peu de variation en fonction du milieu de résidence. Cependant, dans près d'un quart des cas, les ménages sont dirigés par une femme. Dans l'enquête précédente, cette proportion était de 22 %.

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Sexe du chef de ménage					
Masculin	75,7	74,4	74,9	77,1	76,0
Féminin	24,3	25,6	25,1	22,9	24,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de membres habituels					
1	18,0	20,3	19,4	15,4	17,5
2	14,8	13,7	14,1	12,4	13,3
3	13,1	9,9	11,1	11,7	11,4
4	11,3	10,7	10,9	11,8	11,4
5	10,6	10,8	10,7	11,0	10,8
6	9,4	8,9	9,1	9,7	9,4
7	6,4	7,7	7,2	7,2	7,2
8	6,1	5,3	5,6	5,8	5,7
9+	9,5	12,3	11,3	14,3	12,7
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 976	3 398	5 374	5 088	10 462
Taille moyenne	4,3	4,6	4,5	5,0	4,8

Note : Tableau basé sur la population de droit, c.à.d. les résidents habituels.

¹ Le total inclut quelques ménages dont aucun membre n'est résident habituel.

Taille des ménages

En ce qui concerne la taille du ménage, on constate qu'un ménage camerounais compte, en moyenne, 4,8 personnes. Dans l'enquête précédente, cette taille était de 5,5. En outre, cette taille moyenne varie de 4,5 en milieu urbain à 5,0 en milieu rural. C'est dans les villes de Yaoundé/Douala qu'elle est la plus petite (en moyenne, 4,3). Au niveau global, plus de la moitié des ménages comprennent entre 1 et 4 personnes (54 %). Moins d'un ménage sur cinq est composé d'une seule personne (18 %). À l'opposé, 13 % des ménages comptent au moins 9 personnes et c'est en milieu rural qu'ils sont proportionnellement les plus nombreux (14 %).

Survie et résidence des parents des enfants de moins de 18 ans¹

Le tableau 2.4 et le graphique 2.2 présentent les résultats concernant les enfants de moins de 18 ans orphelins et la résidence de ces enfants avec leurs parents. On constate tout d'abord que 59 % des

¹ L'EDSC-II s'est intéressée aux enfants de moins de 15 ans. Avec les nouvelles orientations de l'UNICEF, l'EDSC-III met l'accent plutôt sur les enfants de moins de 18 ans.

enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. Dans 18 % des cas, les enfants de moins de 18 ans vivent avec leur mère biologique, que le père soit en vie ou décédé, et dans 7 % des cas, ils vivent seulement avec leur père, cela que la mère soit en vie ou décédée. Globalement, 18 % des enfants de moins de 18 ans ne vivent avec aucun des deux parents biologiques, que ceux-ci soient en vie ou décédés. Les résultats selon l'âge montrent que la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue avec l'âge passant de 71 % à moins de 2 ans à 39 % à 15-17 ans. On ne note aucune différence selon le sexe de l'enfant. Par contre, la proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant avec leurs parents biologiques est légèrement plus élevée en rural qu'ailleurs (59 % contre en moyenne 53 %).

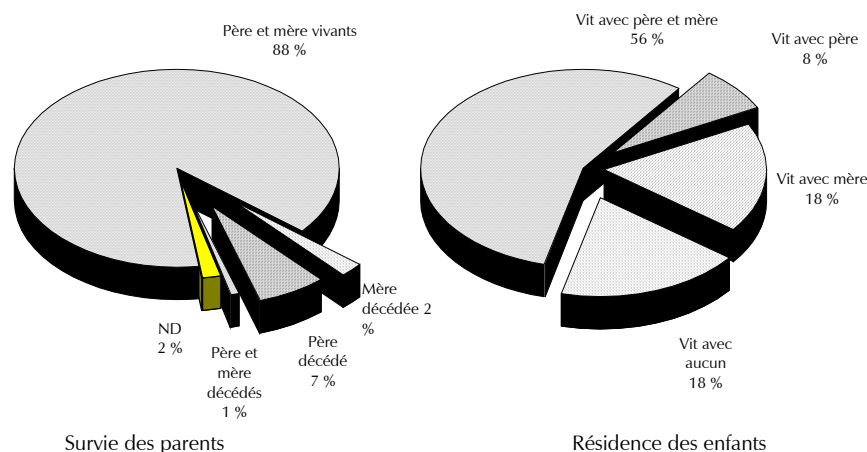
Tableau 2.4 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population d'enfants (de droit) de moins de 18 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Vivant avec ses deux parents	Vivant avec la mère seulement		Vivant avec le père seulement		Ne vit avec aucun des deux parents				Information sur père/mère non déclarée	Total	Effectif d'enfants
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés			
Âge												
<2	71,1	23,1	2,1	0,8	0,0	1,4	0,3	0,2	0,0	1,0	100,0	3 256
2-4	66,2	15,9	2,7	4,1	0,2	8,3	0,5	0,5	0,2	1,3	100,0	4 735
5-9	57,1	11,6	4,4	7,6	1,1	13,2	1,1	2,0	0,6	1,3	100,0	7 290
10-14	49,5	9,9	6,5	8,7	2,2	15,4	1,9	2,9	1,4	1,6	100,0	6 773
15-17	38,7	8,4	7,7	7,2	2,0	21,6	2,1	5,4	1,9	4,9	100,0	3 220
Sexe												
Masculin	56,3	12,8	5,1	6,8	1,4	11,6	1,2	2,2	0,9	1,6	100,0	12 834
Féminin	56,2	13,2	4,5	5,8	1,0	13,2	1,3	2,1	0,7	2,0	100,0	12 431
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	53,6	15,0	5,0	5,6	0,9	12,2	1,4	2,4	1,1	2,8	100,0	3 554
Autres villes	53,0	14,4	4,3	5,9	1,0	14,7	1,6	2,5	1,1	1,7	100,0	8 036
Ensemble urbain	53,2	14,5	4,5	5,8	1,0	14,0	1,5	2,4	1,1	2,0	100,0	11 589
Rural	58,8	11,7	5,0	6,8	1,4	11,1	1,0	1,9	0,6	1,6	100,0	13 684
Région												
Adamaoua	62,2	7,9	2,8	6,1	1,5	13,6	1,0	2,2	0,9	1,9	100,0	1 126
Centre	49,0	15,6	5,5	4,8	1,4	16,6	1,4	2,0	1,0	2,6	100,0	2 162
Douala	55,4	14,0	5,2	4,9	0,9	11,6	1,5	2,3	1,0	3,2	100,0	1 896
Est	54,8	12,9	4,5	4,7	1,8	14,0	0,9	2,7	1,3	2,6	100,0	1 330
Extrême-Nord	67,1	7,5	4,9	9,1	0,9	7,3	0,7	1,7	0,5	0,3	100,0	5 145
Littoral	48,9	17,6	5,0	4,6	1,5	15,9	1,5	2,3	0,6	2,3	100,0	990
Nord	72,2	3,6	2,5	8,4	2,6	6,9	0,5	2,0	0,4	0,9	100,0	2 664
Nord-Ouest	45,9	20,0	6,0	5,5	0,8	14,0	2,2	1,9	0,9	2,7	100,0	2 948
Ouest	51,5	16,0	5,7	4,7	0,5	16,6	1,5	1,9	0,8	0,6	100,0	2 813
Sud	39,6	20,2	3,7	6,2	1,3	18,4	1,7	3,5	1,0	4,4	100,0	1 017
Sud-Ouest	49,2	17,0	4,8	4,3	1,3	14,7	1,7	3,1	1,1	2,7	100,0	1 525
Yaoundé	51,5	16,1	4,8	6,5	1,0	13,0	1,2	2,5	1,2	2,3	100,0	1 657
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	68,3	9,6	4,3	6,6	1,2	6,8	0,6	1,1	0,6	1,1	100,0	5 656
Second	56,2	12,6	4,6	7,3	1,9	12,3	1,2	1,9	0,6	1,6	100,0	5 232
Moyen	49,9	15,2	6,7	5,5	1,2	15,1	1,4	2,4	0,7	2,0	100,0	5 182
Quatrième	52,9	13,8	4,2	6,0	0,7	14,6	1,5	2,8	1,4	2,1	100,0	4 815
Le plus riche	51,9	14,5	4,0	6,3	1,1	14,3	1,7	2,9	0,9	2,4	100,0	4 388
Ensemble 0-17 ¹	56,2	13,0	4,8	6,3	1,2	12,4	1,2	2,2	0,8	1,8	100,0	25 274
Ensemble 0-14 ¹	58,8	13,7	4,3	6,2	1,1	11,1	1,1	1,7	0,7	1,3	100,0	22 054

¹ Le total comprend 9 cas dont le sexe est non déterminé

Graphique 2.2 Survie des parents des enfants de moins de 18 ans et résidence des enfants avec les parents



EDSC-III -2004

2.3.1 Niveau d'instruction et fréquentation scolaire

Le niveau d'instruction des membres du ménage est un élément important qui contribue à l'amélioration des conditions de vie du ménage car il peut affecter le comportement procréateur, l'utilisation de la contraception, le comportement en matière de santé, le niveau de scolarisation des autres membres du ménage ainsi que les habitudes en matière d'hygiène et de nutrition. Dans le cadre de l'enquête ménage, pour chaque membre du ménage âgé de 3 ans ou plus, on a collecté des informations sur le niveau d'instruction atteint ainsi que sur la dernière classe achevée. Tout comme à l'EDSC-II, on a distingué 3 niveaux d'instruction : le primaire, le secondaire et le supérieur. En outre, au niveau de l'analyse, les écoles professionnelles du cycle secondaire ou supérieur ont été assimilées au niveau correspondant. Au Cameroun, l'âge d'entrée dans le système scolaire est fixé à 6 ans (système francophone) ou 5 ans (système anglophone). Les études primaires durent respectivement six ou sept ans selon le système. L'entrée en cycle secondaire a lieu, en théorie, à 12 ans et les études durent sept ans à ce niveau, quel que soit le système. La fin des études secondaires est sanctionnée par le Baccalauréat dans le système francophone, et par le General Certificate of Education Advanced Level (GCEAL) dans le système anglophone. Quant à l'enseignement supérieur, il est unique et reçoit les élèves provenant des deux systèmes. Les résultats sont présentés au tableau 2.5.1 pour les hommes et 2.5.2 pour les femmes.

Globalement, on constate que 17 % des hommes et une proportion plus élevée de femmes (29 %) n'ont aucun niveau d'instruction. À titre de comparaison, ces proportions étaient respectivement de 21 % et 35 % à l'enquête précédente en 1998. On observe des écarts importants selon le milieu de résidence : que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, c'est en milieu rural que la proportion de ceux sans niveau d'instruction est la plus élevée (respectivement, 25 % et 42 %). À l'opposé, c'est dans les villes de Yaoundé/Douala que ces proportions sont les plus faibles (respectivement, 4 % et 6 %). Dans les régions, on constate également des disparités : quel que soit le sexe, ce sont les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord qui détiennent les proportions les plus élevées d'enquêtés sans aucun niveau d'instruction. Enfin les résultats selon le quintile de bien-être montrent que du quintile le plus pauvre au plus riche, les proportions de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction diminuent de manière importante.

Tableau 2.5.1 Niveau d'instruction de la population des ménages : hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) des hommes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Aucune instruction	Primaire ¹	Secondaire ²	Supérieur	Total	Effectif	Nombre d'années médian
MASCULIN							
Groupe d'âges							
6-9	25,3	74,2	0,1	0,0	100,0	3 104	0,1
10-14	8,0	79,9	11,7	0,0	100,0	3 504	3,1
15-19	6,3	43,6	49,7	0,2	100,0	2 704	6,0
20-24	9,5	35,8	49,8	4,7	100,0	2 111	6,9
25-29	10,7	38,1	41,7	8,8	100,0	1 790	6,7
30-34	12,3	36,9	42,6	7,4	100,0	1 371	6,7
35-39	17,1	33,7	39,2	9,5	100,0	1 050	6,6
40-44	18,1	38,6	35,3	7,1	100,0	949	6,1
45-49	18,2	41,1	33,1	6,7	100,0	719	5,8
50-54	30,8	41,4	22,7	4,1	100,0	638	4,8
55-59	34,6	42,3	18,0	4,3	100,0	452	4,4
60-64	49,1	34,0	12,8	2,1	100,0	485	0,0
65+	57,4	33,9	6,7	0,5	100,0	847	0,0
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	3,5	37,2	48,6	9,6	100,0	3 739	7,3
Autres villes	12,2	50,0	33,9	3,5	100,0	6 274	5,2
Ensemble urbain	8,9	45,2	39,4	5,8	100,0	10 013	5,8
Rural	25,4	57,8	15,8	0,6	100,0	9 719	2,4
Région							
Adamaoua	33,0	46,7	14,8	4,7	100,0	834	1,4
Centre	5,7	59,9	32,5	1,5	100,0	1 687	4,9
Douala	3,5	39,4	48,5	7,4	100,0	2 000	6,8
Est	9,6	56,0	31,2	2,1	100,0	921	4,3
Extrême-Nord	44,3	46,6	9,0	0,1	100,0	3 447	0,0
Littoral	5,3	53,5	38,1	2,1	100,0	840	5,3
Nord	39,2	47,6	12,4	0,5	100,0	1 901	0,6
Nord-Ouest	9,0	68,3	20,2	2,0	100,0	2 173	5,2
Ouest	8,4	57,6	30,6	3,1	100,0	1 901	4,5
Sud	5,2	50,0	41,9	2,5	100,0	852	5,6
Sud-Ouest	3,8	61,1	31,5	2,9	100,0	1 436	6,3
Yaoundé	3,4	34,7	48,7	12,0	100,0	1 739	7,8
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	37,1	54,8	7,8	0,1	100,0	3 578	0,7
Second	27,9	57,7	13,9	0,1	100,0	3 761	2,1
Moyen	14,6	61,0	23,3	0,5	100,0	3 916	4,0
Quatrième	6,6	52,9	37,0	2,9	100,0	4 142	5,6
Le plus riche	3,2	33,2	51,2	11,4	100,0	4 334	8,1
Ensemble	17,0	51,4	27,8	3,2	100,0	19 732	4,3

¹ Le niveau primaire comprend 6 classes.² Le niveau secondaire comprend 7 classes.

Tableau 2.5.2 Niveau d'instruction de la population des ménages : femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) des femmes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Aucune instruction	Primaire ¹	Secondaire ²	Supérieur	Total	Effectif	Nombre d'années médian
FÉMININ							
Groupe d'âges							
6-9	27,4	72,4	0,0	0,0	100,0	2 924	0,1
10-14	12,7	75,1	11,9	0,0	100,0	3 317	3,0
15-19	14,8	39,5	45,3	0,1	100,0	2 839	5,8
20-24	19,1	37,5	40,0	3,1	100,0	2 412	6,1
25-29	23,2	36,7	35,4	4,3	100,0	1 868	5,6
30-34	24,9	38,8	32,6	3,2	100,0	1 482	5,3
35-39	27,6	40,9	28,0	2,7	100,0	1 166	4,9
40-44	31,4	43,1	21,8	2,3	100,0	916	4,4
45-49	40,7	41,9	15,4	1,7	100,0	759	3,0
50-54	52,7	35,5	9,6	0,9	100,0	845	0,0
55-59	68,3	25,2	5,2	0,3	100,0	598	0,0
60-64	79,3	16,6	2,2	0,3	100,0	517	0,0
65+	90,6	7,4	0,8	0,0	100,0	1 054	0,0
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	5,6	41,4	47,2	4,8	100,0	3 575	6,3
Autres villes	22,0	48,0	28,2	1,4	100,0	6 556	4,2
Ensemble urbain	16,2	45,6	34,9	2,6	100,0	10 131	5,1
Rural	41,6	48,0	9,7	0,2	100,0	10 570	0,5
Région							
Adamaoua	48,9	37,6	11,2	1,5	100,0	814	0,0
Centre	15,1	59,5	24,0	1,1	100,0	1 830	4,2
Douala	5,5	43,2	46,4	3,9	100,0	1 881	6,1
Est	20,3	58,8	19,7	0,6	100,0	972	2,7
Extrême-Nord	65,2	31,8	2,7	0,0	100,0	3 716	0,0
Littoral	13,8	53,1	32,0	0,3	100,0	956	4,7
Nord	64,9	30,8	3,7	0,0	100,0	1 875	0,0
Nord-Ouest	22,0	59,7	16,6	1,0	100,0	2 350	4,0
Ouest	18,1	55,5	25,3	0,8	100,0	2 339	4,0
Sud	11,3	52,8	34,9	0,5	100,0	890	4,8
Sud-Ouest	11,8	58,7	27,6	1,5	100,0	1 384	5,9
Yaoundé	5,8	39,3	48,2	5,7	100,0	1 694	6,6
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	55,7	40,2	3,8	0,0	100,0	4 013	0,0
Second	43,7	48,6	6,9	0,0	100,0	4 168	0,2
Moyen	26,6	56,3	16,5	0,1	100,0	4 226	2,8
Quatrième	14,7	51,9	32,2	0,7	100,0	4 162	4,9
Le plus riche	6,2	36,8	50,4	5,9	100,0	4 131	7,0
Ensemble	29,2	46,8	22,1	1,4	100,0	20 701	2,9

¹ Le niveau primaire comprend 6 classes.

² Le niveau secondaire comprend 7 classes.

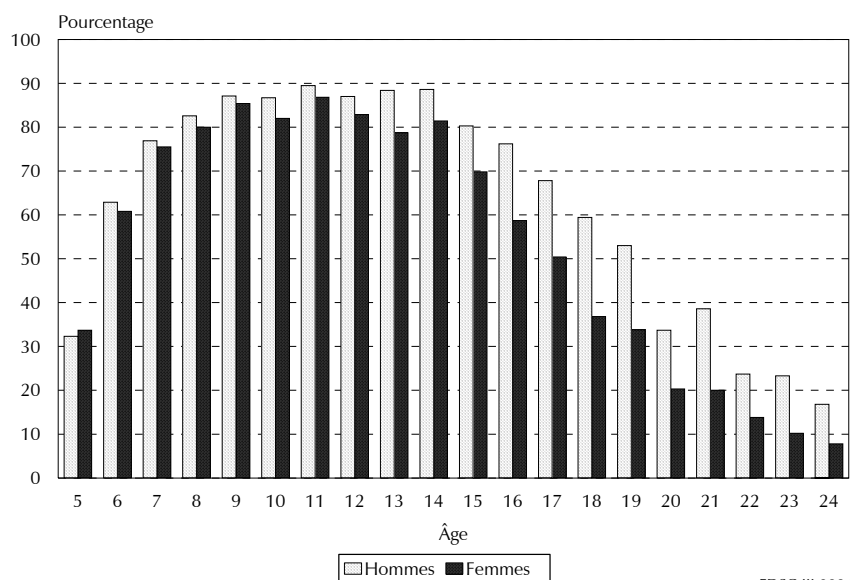
En outre, les résultats montrent que 51 % des hommes et 47 % des femmes ont atteint un niveau d’instruction primaire ; Plus d’un quart des hommes (28 %) et environ une femme sur cinq (22%) ont atteint un niveau secondaire et une proportion très faible d’hommes comme de femmes ont atteint un niveau supérieur (respectivement, 3 % et 1 %).

Cependant, on constate une amélioration de la scolarisation des générations anciennes aux plus récentes : en effet, chez les femmes, la proportion de celles sans niveau d’instruction est passée de 91 % parmi celles de 65 ans et plus à 27 % parmi les plus jeunes de 6-9 ans. Chez les hommes, ces proportions sont passées de 57 % à 25 % pour les mêmes groupes d’âges.

Le principal indicateur du niveau d’accès de la population au système éducatif est le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d’aller à l’école. Au cours de l’EDSC-III, des questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 3 à 24 ans. Afin d’avoir une indication sur l’accès actuel de la population à la scolarisation, on a calculé des taux de fréquentation scolaire (Graphique 2.3).

Graphique 2.3 Taux de fréquentation scolaire par âge

(Pourcentage de la population de 5-24 ans fréquentant l’école par âge et sexe)



Le tableau 2.6 présente les taux nets et bruts de fréquentation scolaire², par niveau d’instruction, par sexe, selon le milieu, la région de résidence et le quintile de bien-être économique.

² Les définitions de ces indicateurs sont données dans le tableau.

Tableau 2.6 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNFS) et taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) de la population (de droit) des ménages, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Taux net de fréquentation scolaire ¹			Taux brut de fréquentation scolaire ²			Indice de parité de genre ³
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	
NIVEAU PRIMAIRE							
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	91,6	92,8	92,2	128,3	123,2	125,8	0,96
Autres villes	85,9	85,1	85,6	126,2	120,4	123,3	0,95
Ensemble urbain	87,6	87,3	87,5	126,8	121,2	124,0	0,96
Rural	72,9	67,9	70,5	122,0	103,1	112,8	0,85
Région							
Adamaoua	66,1	62,0	64,2	107,0	88,8	98,2	0,83
Centre	94,0	89,8	91,9	143,6	132,8	138,3	0,92
Douala	92,7	95,3	93,9	132,3	129,8	131,1	0,98
Est	83,9	86,2	85,1	131,2	127,8	129,5	0,97
Extrême-Nord	55,9	48,9	52,6	101,4	77,8	90,2	0,77
Littoral	94,6	91,7	93,2	132,1	136,6	134,3	1,03
Nord	54,5	45,8	50,0	100,7	64,7	82,3	0,64
Nord-Ouest	90,3	92,0	91,1	142,1	136,0	139,1	0,96
Ouest	96,6	94,9	95,8	138,2	138,0	138,1	1,00
Sud	91,5	91,5	91,5	137,2	134,6	135,8	0,98
Sud-Ouest	94,3	92,6	93,4	141,3	128,1	134,8	0,91
Yaoundé	90,3	90,2	90,3	123,3	116,3	119,7	0,94
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	60,3	55,0	57,7	106,1	80,4	93,6	0,76
Second	74,6	71,9	73,3	123,2	111,9	117,6	0,91
Moyen	86,3	82,8	84,6	135,3	128,1	131,9	0,95
Quatrième	93,3	89,7	91,5	139,4	125,3	132,3	0,90
Le plus riche	88,6	90,3	89,4	120,1	117,5	118,8	0,98
Ensemble	79,2	76,4	77,8	124,0	111,1	117,7	0,90
Suite...							

Suite...

Tableau 2.6—Suite

Taux net de fréquentation scolaire (TNFS) et taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) de la population (de droit) des ménages, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Taux net de fréquentation scolaire ¹			Taux brut de fréquentation scolaire ²			Indice de parité de genre ³
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	
NIVEAU SECONDAIRE							
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	56,3	58,8	57,6	83,0	81,2	82,1	0,98
Autres villes	46,5	40,7	43,6	69,8	57,3	63,6	0,82
Ensemble urbain	49,8	46,8	48,3	74,2	65,4	69,8	0,88
Rural	17,4	13,8	15,7	23,7	17,0	20,4	0,72
Région							
Adamaoua	24,1	17,5	20,8	34,6	21,8	28,2	0,63
Centre	42,2	33,3	38,0	55,8	43,2	49,8	0,77
Douala	54,5	58,4	56,4	81,0	79,5	80,2	0,98
Est	33,3	24,2	28,8	47,9	32,6	40,3	0,68
Extrême-Nord	11,3	4,9	8,2	17,6	7,4	12,6	0,42
Littoral	47,1	47,5	47,3	65,3	63,8	64,5	0,98
Nord	15,1	9,7	12,6	25,7	14,4	20,5	0,56
Nord-Ouest	29,5	27,7	28,6	43,9	37,7	40,9	0,86
Ouest	41,1	42,7	41,9	58,3	56,5	57,4	0,97
Sud	49,3	37,3	43,2	74,3	47,7	60,8	0,64
Sud-Ouest	39,9	38,0	39,0	58,4	55,4	56,9	0,95
Yaoundé	58,5	59,3	58,9	85,6	83,2	84,4	0,97
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	9,7	7,1	8,5	13,6	9,1	11,5	0,67
Second	14,7	9,9	12,3	20,6	12,1	16,4	0,58
Moyen	30,6	24,3	27,5	39,7	31,0	35,5	0,78
Quatrième	42,5	42,8	42,7	64,7	58,1	61,5	0,90
Le plus riche	66,4	63,5	64,9	100,4	90,1	95,2	0,90
Ensemble	34,2	31,4	32,8	49,9	42,7	46,3	0,86

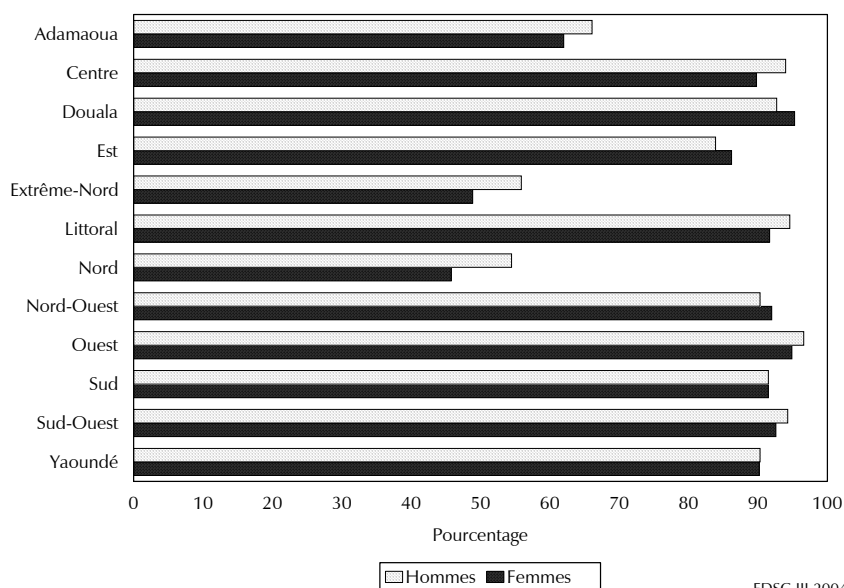
¹ Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (12-18 ans) qui fréquente l'école secondaire. Par définition le taux net de fréquentation ne peut excéder 100 pour cent.

² Le taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion des élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. S'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau, le TBFS peut excéder 100 pour cent.

³ L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TBFS au niveau primaire des filles sur le TBFS des garçons. L'indice de parité de genre pour l'école secondaire est le ratio du TBFS au niveau secondaire des filles sur le TBFS des garçons.

Le taux net de fréquentation scolaire pour le primaire est de 78 %, ce qui signifie que plus des trois-quarts de la population de 6-11 ans fréquentent l'école primaire. Ce taux est légèrement plus élevé pour les garçons que pour les filles (79 % contre 76 %). En outre, il présente des écarts selon le milieu de résidence : c'est en milieu rural qu'il est le plus faible et dans les villes de Yaoundé/Douala qu'il est le plus élevé (71 % contre 92 %). Dans les régions, on constate que c'est dans l'Adamaoua (64 %), dans l'Extrême-Nord (53 %) et dans le Nord (50 %) qu'ils sont les plus faibles (graphique 2.4). Dans ces deux dernières régions, seulement un enfant de 6-11 ans sur deux fréquente l'école primaire. Pour le niveau secondaire qui concerne la population âgée de 12-18 ans, le taux net de fréquentation scolaire s'établit à 33 %. Seulement un tiers de la population d'âge officiel de niveau secondaire fréquente effectivement ce niveau. On ne constate pratiquement pas d'écart entre les sexes (34 % pour les garçons contre 31 % pour les filles). Par contre, comme pour le niveau primaire, le taux net au niveau secondaire est beaucoup plus faible en milieu rural qu'à Yaoundé/Douala (16 % contre 58 %) et au niveau des régions, ce sont l'Extrême-Nord et le Nord qui se caractérisent par les taux les plus faibles (respectivement, 8 % et 13 %). Les résultats selon le quintile de bien-être montrent que quel que soit le cycle d'études, les taux augmentent des ménages les plus pauvres aux plus riches.

Graphique 2.4 Taux nets de fréquentation scolaire (niveau primaire) par région



EDSC-III 2004

Le taux brut pour le niveau de l'enseignement primaire est de 118 % et de 46 % pour le niveau secondaire ; cela signifie qu'au niveau primaire, un nombre important d'enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge officiel du niveau de fréquentation scolaire sont enrôlés à ce niveau³. Quel que soit le niveau d'études, ce taux est plus élevé chez les garçons que chez les filles (124 % contre 111 % au niveau primaire ; 50 % contre 43 % au niveau secondaire). On constate de plus les mêmes variations que celles observées pour le taux net.

Le tableau 2.6 présente également l'indice de parité de genre qui est le rapport entre le taux brut de fréquentation scolaire des femmes et celui des hommes. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart entre les taux de fréquentation scolaire entre les sexes est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale. Au Cameroun, l'indice est estimé à 0.9, cela quel que soit le niveau d'études, ce qui

³ Certains y accèdent précocement et d'autres y en sortent tardivement.

révèle l'existence d'une certaine discrimination à l'égard des filles en ce qui concerne la fréquentation scolaire aux niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Cette discrimination est légèrement plus accentuée au niveau d'enseignement secondaire où cet indice est de 0,86 comparé au niveau primaire où il est de 0,90. L'importance de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre. Dans certaines régions, comme le Littoral et l'Ouest, l'indice de parité est, soit très légèrement supérieur à 1, soit égal. Par contre, dans le Nord et l'Extrême-Nord, il n'est que de, respectivement, 0,6 et 0,8. Cet indice est aussi plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain et parmi les ménages les plus pauvres par rapport aux plus riches. Il semblerait donc qu'en plus des pesanteurs socioculturelles, la discrimination observée à l'égard des filles résulte d'un choix économique que certains ménages, pauvres en général, sont obligés d'effectuer en raison des coûts d'accès au système scolaire. Les résultats tendent à montrer que dans ces situations, ce sont les garçons qui sont envoyés ou maintenus dans le système scolaire au détriment des filles.

2.3.2 Orphelins et scolarisation

L'émergence de l'épidémie du VIH/sida, en particulier dans les pays à forte prévalence a eu, entre autres, pour conséquence une augmentation significative du nombre d'orphelins. Au Cameroun, 15 % des enfants de 10-14 ans sont orphelins, soit d'au moins un parent, soit des deux (cf. tableau 2.4). Cette situation a conduit certains organismes à mettre en place des interventions de soutien et certains pays ont intégré dans leurs préoccupations les conditions de vie des enfants ayant survécu à leurs parents, en raison de leur plus grande vulnérabilité. En effet, on considère que les enfants orphelins, privés du soutien de leur famille, vivent dans des conditions précaires et sont donc désavantagés par rapport aux enfants qui vivent avec leurs deux parents. Pour évaluer l'importance de ce désavantage sur le plan de la scolarité, au cours de l'EDSC-III, on a cherché à savoir si les enfants orphelins d'au moins un des deux parents fréquentaient autant l'école que les enfants dont les deux parents étaient en vie et qui vivaient avec, au moins, un parent.

Les résultats présentés au tableau 2.7 montrent qu'au Cameroun, la situation familiale ne semble pas affecter la fréquentation scolaire des enfants. En effet, parmi les enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'eux, 85 % vont à l'école ; parmi ceux qui ne vivent avec aucun des deux parents alors que ceux-ci sont en vie, la proportion qui fréquente l'école est même légèrement supérieure à celles des enfants dont les parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un des deux parents (88 %). Il en est de même de ceux dont seul le père est décédé puisque 88 % vont à l'école. Il semble que ce soit le décès de la mère qui influence le plus les chances d'un enfant de fréquenter l'école puisque seulement 81 % de ces enfants continuent d'aller à l'école.

Tableau 2.7 Scolarisation des enfants de 10-14 ans orphelins ou non et selon la résidence avec les parents

Pourcentage d'enfants de 10-14 ans orphelins et non orphelins fréquentant actuellement l'école, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Les deux parents en vie, vivant avec au moins un parent		Les deux parents en vie, ne vivant avec aucun parent		Seule la mère est décédée		Seul le père est décédé		Les deux parents sont décédés		Mère, père ou les deux sont décédés	
	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif
Sexe												
Masculin	87,9	2 427	89,0	490	78,6	138	92,7	325	81,7	52	87,0	515
Féminin	80,8	2 187	86,6	551	83,5	136	82,5	316	(85,4)	42	82,8	493
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	97,4	680	93,2	149	*	28	96,7	98	*	17	96,9	143
Autres villes	90,3	1 416	90,2	390	90,3	86	90,8	185	(87,3)	45	89,9	316
Ensemble urbain	92,6	2 097	91,0	539	92,7	114	92,8	283	90,7	62	92,1	459
Rural	77,8	2 519	84,2	503	72,7	160	83,5	358	(68,9)	32	78,9	549
Quintiles de bien-être économique												
Le plus pauvre	68,4	1 126	76,4	116	62,9	59	76,7	102	*	11	70,5	173
Second	78,8	913	79,9	199	72,6	67	81,1	137	*	14	75,7	217
Moyen	88,2	859	88,3	270	85,5	50	92,9	174	*	13	90,2	236
Quatrième	94,8	870	91,7	238	93,9	51	92,9	128	(93,6)	36	92,7	214
Le plus riche	97,8	849	95,9	218	(97,4)	47	92,0	100	*	20	94,5	168
Effectif d'enquêtées	84,5	4 616	87,7	1 042	81,0	273	87,6	641	83,3	94	84,9	1 008

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

2.4 CONDITIONS DE VIE

Au cours de l'enquête ménage, on s'est intéressé à certaines caractéristiques du logement à savoir la disponibilité de l'électricité, l'approvisionnement en eau de boisson, les matériaux de revêtement du sol, le type de toilettes. On a également recueilli des informations sur la possession d'un certain nombre d'équipements modernes (radio, télévision, réfrigérateur, bicyclette, motocyclette, véhicule). Ces informations permettent d'évaluer le niveau socio-économique des ménages. Les résultats sont présentés au tableau 2.8 et au graphique 2.5.

Caractéristiques de l'habitat

On constate, au niveau global, que moins d'un ménage sur deux dispose de l'électricité (47 %). Par rapport à 1991 et à 1998, on note cependant une nette amélioration puisque les proportions sont passées de, respectivement, 29 % et 41 % à 47 %. Cependant, malgré les efforts accomplis, on constate toujours des disparités entre milieux de résidence. En effet, en milieu rural, seulement 16 % des ménages disposent de l'électricité contre 77 % en milieu urbain (cette proportion est de 66 % dans les Autres villes et atteint un maximum de 96 % à Douala et à Yaoundé).

Tableau 2.8 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, Cameroun 2004

Caractéristiques des logements	Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Électricité					
Oui	96,0	66,1	77,1	15,5	47,1
Non	3,9	33,9	22,9	84,5	52,8
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Source d'eau pour boire					
Robinet dans le logement	20,1	12,5	15,3	0,8	8,2
Robinet dans la cour	8,4	7,2	7,6	1,6	4,7
Robinet du voisin	17,8	8,3	11,8	0,8	6,4
Borne fontaine	35,0	34,4	34,6	9,4	22,3
Puits à pompe	2,4	8,1	6,0	17,5	11,6
Puits non-protégé	0,6	6,7	4,5	19,5	11,8
Puits sans pompe protégé	1,5	5,6	4,1	9,3	6,6
Rivière/fleuve/marigot	2,4	9,3	6,8	35,0	20,5
Source protégée	6,9	6,5	6,7	5,8	6,3
Eau de pluie/Autre	4,9	1,4	2,6	0,2	1,5
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau					
Moins de 15 minutes (%)	72,9	67,1	69,2	47,1	58,5
Temps médian pour s'approvisionner en eau	4,6	6,6	4,9	14,3	9,5
Type de toilettes					
Chasse d'eau	22,6	9,2	14,1	0,8	7,6
Latrines rudimentaires	40,2	43,2	42,1	73,3	57,3
Latrines améliorées	36,6	45,3	42,1	12,7	27,8
Pas de toilettes/nature	0,6	2,3	1,7	13,0	7,2
Autre	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de sol					
Terre/Sable	9,5	29,1	21,9	78,6	49,5
Jerflex ou asphalte	13,3	6,3	8,9	1,4	5,2
Carreaux	9,7	4,0	6,1	0,3	3,3
Ciment	62,5	55,9	58,3	18,5	39,0
Moquette	4,6	2,7	3,4	0,4	2,0
Autre	0,3	1,6	1,1	0,7	0,8
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 976	3 398	5 374	5 088	10 462

¹ Les totaux incluent les non déterminés

Eau de boisson

Concernant l'approvisionnement en eau de boisson, on constate qu'au niveau national, 53 % des ménages au Cameroun ont accès à de l'eau salubre : 22 % consomment de l'eau provenant d'une borne fontaine, 13 % ont un robinet à domicile (8 % dans le logement et 5 % à l'extérieur), 12 % s'approvisionnent à des puits à pompe et 6 % utilisent le robinet du voisin. En 1991 (EDSC-I), seulement 42 % de la population avaient accès à de l'eau salubre, et cette proportion était de 45 % en 1998 (EDSC-II). La proportion des ménages ayant accès à de l'eau potable croît régulièrement même si des efforts restent encore à faire. Dans 18 % des cas, les ménages consomment de l'eau provenant de puits sans pompe ou non protégés et, bien que l'eau de surface (fleuve, rivière, marigot, source) soit impropre à la

consommation, on note que plus d'un ménage sur quatre utilise cette eau. La principale source d'approvisionnement en eau de boisson varie fortement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, environ les trois quarts de la population consomment de l'eau salubre (35 % par robinet, 35 % par borne fontaine et 6 % par puits à pompe). Par contre, en rural, pour plus d'un tiers des ménages (35 %), l'eau de boisson provient de l'eau de surface et pour 20 % des puits non protégés. Seulement 3 ménages sur 10 ont accès à de l'eau salubre. Ces résultats montrent qu'au Cameroun 25 % des ménages urbains et 70 % des ménages ruraux consomment de l'eau non salubre et sont donc exposés à toutes les maladies liées à l'eau de mauvaise qualité.

On note également au tableau 2.8 qu'environ trois ménages sur cinq (59 %) mettent moins de 15 minutes pour s'approvisionner en eau. Cette proportion est plus faible en milieu rural (47 %) qu'en milieu urbain (69 %). Dans l'ensemble, 50 % des ménages mettent moins de 10 minutes pour s'approvisionner en eau de boisson. Ce temps varie de 5 minutes en milieu urbain à 14 minutes en milieu rural.

Lieux d'aisances

L'élimination inadéquate des excréments humains est la cause de maladies, telles que les maladies diarrhéiques et la poliomyélite. On constate qu'au Cameroun, la majorité des ménages (64 %) ne disposent pas de toilettes adéquates, puisque 57 % utilisent des installations sanitaires très sommaires et 7 % ne disposent d'aucune forme de toilette. Par ailleurs, 28 % des ménages utilisent des latrines améliorées et seulement 8 % disposent de toilettes avec chasse d'eau. Les différences entre les milieux de résidence sont très marquées : 73 % des ménages ruraux ne disposent que de latrines rudimentaires et 13 % n'en disposent pas du tout, tandis que 42 % de ménages urbains ont des latrines améliorées et 14 % ont des toilettes avec chasse d'eau.

Revêtement du sol

Le type de matériau de revêtement du sol peut être un facteur de propagation de certains parasites ou germes responsables de maladies. Au Cameroun, la moitié des ménages (50 %) vivent dans des logements dont le sol est nu, c'est-à-dire seulement recouvert de terre ou de sable. Cette proportion est de 79 % en milieu rural et 22 % en milieu urbain. Dans 39 % des cas, les ménages vivent dans un logement dont le sol est recouvert de ciment ; cette proportion varie d'un minimum de 19 % en rural à un maximum de 63 % à Yaoundé/Douala. Seulement 1 % de ménages ruraux ont un sol recouvert de jeflex ou d'asphalte, en urbain, cette proportion est de 9 %. Les sols recouverts de carreaux ou de moquette sont quasiment inexistantes en milieu rural ; en urbain, 10 % des ménages vivent dans un logement dont le sol est recouvert de ce type de matériaux.

Biens durables possédés par les ménages

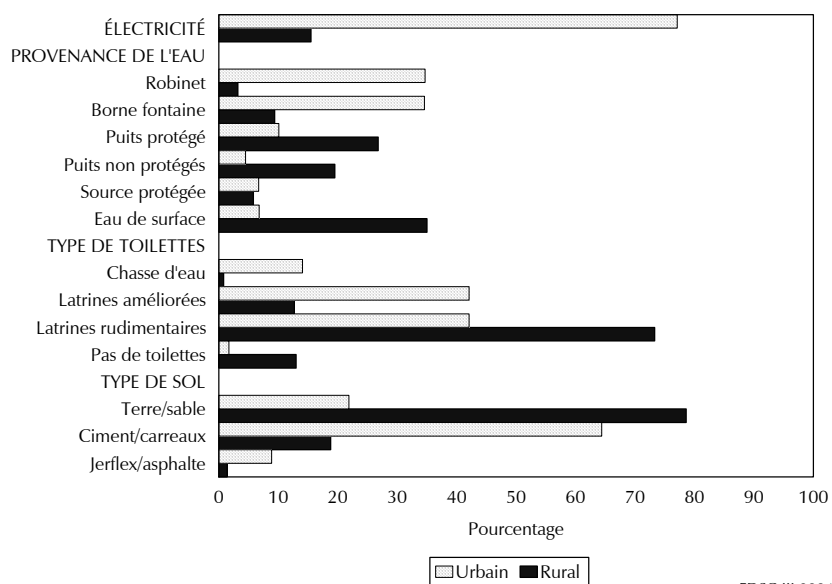
Le niveau de vie des ménages est évalué par la possession de certains biens durables. Les résultats sont présentés au tableau 2.9. On constate que quel que soit le bien, ce sont toujours les ménages de Yaoundé/Douala qui en sont le plus fréquemment équipés. Dans l'ensemble, le bien le plus fréquemment possédé par les ménages est la radio (63 %) ; la proportion de ménages ayant déclaré en posséder une est plus élevée en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (51 %). En outre, près d'un tiers des ménages ont déclaré posséder un réchaud/cuisinière (32 %) et cette proportion varie d'un minimum de 10 % en rural à un maximum de 76 % à Yaoundé/Douala. Environ un ménage sur cinq possède une télévision (23 %) et comme pour la radio, ce sont les ménages vivant en urbain (40 % contre 5 % en rural), en particulier à Yaoundé/Douala (58 %), qui en sont le plus fréquemment équipés. Il en est de même du téléphone mobile : 24 % des ménages en possèdent un et cette proportion varie de 5 % en rural à 62 % à Yaoundé/Douala. Enfin, il faut noter qu'un quart des ménages ne possède aucun de ces biens et que c'est en rural que cette proportion est la plus élevée (37 % contre 4 % à Yaoundé/Douala).

Tableau 2.9 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, Cameroun 2004

Biens durables	Milieu de résidence				Total
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Radio	82,5	69,0	74,0	50,5	62,5
Télévision	57,5	30,0	40,1	4,7	22,9
Réfrigérateur	36,0	11,8	20,7	1,6	11,4
Bicyclette	4,5	16,0	11,8	25,1	18,2
Mobylette	6,4	9,6	8,5	6,6	7,5
Voiture/camion	12,6	6,1	8,5	1,4	5,0
Réchaud/cuisinière	76,2	40,5	53,6	9,8	32,3
Téléphone fixe	5,6	2,3	3,5	0,1	1,8
Téléphone mobile	62,0	29,7	41,6	4,9	23,8
Aucun	4,3	18,8	13,5	37,0	24,9
Effectif de ménages	1 976	3 398	5 374	5 088	10 462

Graphique 2.5 Caractéristiques des logements



EDSC-III 2004

Eric JAZET et Anaclet DZOSSA

Ce chapitre porte sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Cette partie est importante car elle permet de comprendre et d'expliquer les comportements de la population vis-à-vis de la contraception, des IST, du VIH/Sida et de connaître les préférences en matière de fécondité. Tout comme le questionnaire ménage, les questionnaires individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des enquêté(e)s. Dans cette partie, sont également analysés les résultats sur l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport. De plus, les résultats à des questions spécifiques ayant pour objet d'évaluer le niveau de contrôle qu'exercent les femmes dans leur ménage et leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de leurs revenus sont analysés dans ce chapitre. Enfin, au cours de l'enquête on a demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains des rôles qui leur sont socialement conférés. Les résultats sont présentés en fin de chapitre.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise, lorsque l'enregistrement écrit des événements (notamment des faits d'états civils) n'est pas encore ancré dans les habitudes de certaines populations, comme c'est le cas au Cameroun. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête individuelle. On a d'abord demandé aux enquêtés leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice/enquêteur contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêté(e) ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice/enquêteur essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité, acte de naissance, etc.) où figure la date de naissance. Lorsque aucun document n'était disponible, l'enquêtrice/enquêteur devait estimer l'âge de l'enquêté(e), soit par comparaison avec l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de l'enquêté(e), ou encore en utilisant des références historiques.

Les résultats présentés dans le tableau 3.1 montrent que les répartitions des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges quinquennaux sont à peu près les mêmes que celles observées en 1998 (EDSC-II). Ces distributions présentent une allure assez régulière, les proportions de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés. Pour les femmes, elles passent de 25 % pour les 15-19 ans à 7 % pour la tranche d'âges 45-49 ans. Pour les hommes, les proportions varient de 23 % à 15-19 ans à 4 % à 55-59 ans. Pour permettre les comparaisons avec les données des femmes, l'analyse se limitera aux hommes âgés de 15-49 ans.

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes éligibles de l'échantillon. Dans le cadre de l'EDSC-III, ont été considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ou non ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle (tableau 3.2). Selon cette définition, on constate qu'environ une femme sur quatre (24 %) était célibataire au moment de l'enquête, environ les deux tiers (67 %) étaient mariées ou vivaient en union consensuelle, et seulement 9 % étaient en rupture d'union (divorcées, séparées ou veuves). Chez les hommes, au moment de l'enquête, plus de deux hommes sur cinq étaient célibataires (44 %) et moins

d'un homme sur deux était marié (47 %). Tout comme chez les femmes, moins d'un homme sur dix était en rupture d'union (9 %).

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que la majorité des enquêtés vivait, au moment de l'enquête, en milieu urbain (55 % des femmes et 58 % des hommes). Les hommes enquêtés étaient un peu moins nombreux que les femmes à vivre en milieu rural (42 % contre 45 %). Les données par région ne font pas apparaître d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes.

Tableau 3.1 Répartition par âge des enquêtés						
Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon le groupe d'âge, Cameroun 2004						
Âge	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
15-19	25,2	2 684	2 680	23,2	1 224	1 218
20-24	21,1	2 252	2 215	18,0	953	944
25-29	16,4	1 747	1 738	15,4	812	790
30-34	12,7	1 350	1 352	11,7	620	615
35-39	10,1	1 080	1 092	8,8	467	482
40-44	7,8	832	846	7,5	394	409
45-49	6,7	711	733	6,5	344	359
50-54	na	na	na	4,9	260	255
55-59	na	na	na	3,9	205	208
Ensemble 15-49	100,0	10 656	10 656	91,2	4 815	4 817
Ensemble 15-59	na	na	na	100,0	5 280	5 280
na = Non applicable						

Le tableau 3.2 présente également la répartition des hommes et des femmes selon le niveau de bien-être économique du ménage. On constate qu'au moment de l'enquête, moins d'une femme sur cinq vivait dans un ménage du quintile le plus pauvre (19 %), cette proportion est légèrement plus faible pour les hommes (14 %). À l'opposé, près d'un quart des femmes (24 %) et une proportion légèrement plus élevée d'hommes (28 %) vivaient dans un ménage classé dans le quintile le plus riche.

En ce qui concerne la religion, la majorité des enquêtés se sont déclarés de confession catholique (respectivement 38 % des femmes et 40 % des hommes). La religion protestante et les églises de réveil viennent en seconde position (respectivement 35 % des femmes et 33 % des hommes). Ensuite vient la religion musulmane avec 18 % de femmes et 17 % d'hommes. Par ailleurs, les autres religions (animisme inclus) sont pratiquées par les femmes et les hommes dans des proportions un peu plus faibles et quasiment identiques (9 %).

Quant à la répartition de la population selon l'ethnie, elle rend compte de la diversité culturelle du Cameroun. Selon les regroupements effectués, six grands groupes apparaissent : des Bamiléké/Bamoun (25 % des femmes et 23 % des hommes) ; les Beti/Bassa/Mbam (20 % des femmes et 21 % des hommes) ; les Biu-Mandara (11 % des femmes et 12 % des hommes) ; les Adamaoua-Oubangui (11 % des femmes et 11 % des hommes) ; les Grassfields (11 % des femmes et 12 % des hommes) et les Arabes-Choa/Peulh/Haoussa/Kanuri (8 % des femmes et 7 % des hommes). Les autres groupes ethniques du Cameroun représentent en tout près de 11 % et les étrangers 4 % de la population résidente.

Tableau 3.2 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés de 15-49 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Jamais marié	24,0	2 560	2 534	43,9	2 112	2 088
En union	67,2	7 166	7 177	47,2	2 271	2 268
Divorcé, séparé, veuf/veuve	8,7	930	945	9,0	433	461
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	21,4	2 277	1 935	24,2	1 167	955
Autres villes	33,4	3 559	3 335	34,2	1 645	1 514
Ensemble urbain	54,8	5 836	5 270	58,4	2 812	2 469
Rural	45,2	4 820	5 386	41,6	2 003	2 348
Région						
Adamaoua	3,9	416	783	4,4	214	395
Centre	8,0	854	890	7,6	368	378
Douala	11,2	1 197	1 016	12,4	598	479
Est	4,8	506	723	5,2	249	357
Extrême-Nord	16,1	1 718	1 039	12,9	620	363
Littoral	4,5	482	836	4,3	208	358
Nord	9,2	975	955	9,0	434	409
Nord-Ouest	10,2	1 090	869	10,5	506	394
Ouest	10,7	1 142	1 097	8,5	411	392
Sud	4,1	439	751	4,6	223	388
Sud-Ouest	7,1	757	778	8,6	415	428
Yaoundé	10,1	1 080	919	11,8	568	476
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	22,4	2 383	2 141	9,7	467	427
Primaire	38,6	4 109	4 307	36,1	1 736	1 774
Secondaire	36,9	3 928	3 994	47,9	2 304	2 327
Supérieur	2,2	236	214	6,4	307	289
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	18,8	2 007	1 878	13,5	650	618
Second	16,5	1 756	1 826	16,4	792	822
Moyen	19,2	2 046	2 322	18,8	906	1 062
Quatrième	21,4	2 283	2 254	23,1	1 110	1 096
Le plus riche	24,1	2 566	2 376	28,2	1 357	1 219
Religion						
Catholique	37,6	4 011	4 106	40,0	1 926	1 931
Protestant/(Eglises de réveil)	35,1	3 737	3 894	32,9	1 584	1 656
Musulmane	18,1	1 925	1 779	17,1	823	787
Autre/ND	9,1	969	866	9,4	455	419
Ethnie						
Arabe-Choa/Peulh/						
Maoussa/Kanuri	8,3	880	829	6,9	330	325
Biu-Mandara	11,1	1 178	880	11,8	568	426
Adamaoua-Oubangui	10,8	1 153	1 156	10,7	515	554
Bantoïde Sud-ouest	3,2	346	301	3,7	179	158
Grassfields	10,7	1 140	1 027	11,6	559	518
Bamilike/Bamoun	24,7	2 633	2 608	23,1	1 110	1 054
Côtier/Ngoe/Oroko	4,3	458	513	4,6	220	243
Beti/Bassa/Mbam	20,3	2 164	2 520	20,5	987	1,144
Kako/Meka/Pygmé	2,7	286	414	2,9	139	197
Étranger	3,8	404	395	4,2	203	193
ND	0,1	14	13	0,1	6	5
Total	100,0	10 656	10 656	100,0	4 815	4 817

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

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent les données selon le niveau d'instruction atteint par les enquêtés. Les résultats sont présentés selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On constate que la proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction formelle est nettement plus élevée que celle des hommes (22 % contre 10 %). Les écarts se resserrent au niveau d'instruction primaire où la différence des proportions est faible (39 % de femmes contre 36 % d'hommes). Par contre, les proportions d'hommes ayant atteint les niveaux d'instruction secondaire et supérieur sont nettement plus élevées que celles des femmes (respectivement, 48 % contre 37 % pour le niveau secondaire et 6 % contre 2 % pour le supérieur).

Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques : femmes							
Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004							
Caractéristique socio-démographique	Plus haut niveau d'instruction				Total	Effectif de femmes	Nombre médian d'années de scolarisation
	Aucun niveau	Primaire ¹	Secondaire ²	Supérieure			
Âge							
15-19	14,3	37,2	48,2	0,3	100,0	2 684	6,0
20-24	18,1	36,9	41,7	3,2	100,0	2 252	6,2
25-29	23,0	36,0	36,7	4,3	100,0	1 747	5,8
30-34	25,2	39,0	33,1	2,6	100,0	1 350	5,3
35-39	27,8	42,0	28,3	1,9	100,0	1 080	4,9
40-44	32,0	44,1	22,2	1,7	100,0	832	4,4
45-49	39,8	42,7	16,1	1,3	100,0	711	3,2
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	1,3	27,7	64,6	6,4	100,0	2 277	8,2
Autres villes	16,7	36,5	44,7	2,1	100,0	3 559	6,2
Ensemble urbain	10,7	33,1	52,5	3,7	100,0	5 836	6,8
Rural	36,5	45,2	17,9	0,4	100,0	4 820	3,3
Région							
Adamaoua	51,1	28,6	17,7	2,6	100,0	416	0,0
Centre	3,1	50,2	44,5	2,2	100,0	854	5,7
Douala	1,3	31,0	62,4	5,3	100,0	1 197	8,0
Est	15,1	50,4	33,5	1,1	100,0	506	4,6
Extrême-Nord	67,4	27,4	5,2	0,0	100,0	1 718	0,0
Littoral	3,1	44,1	52,4	0,5	100,0	482	6,2
Nord	69,3	24,1	6,6	0,0	100,0	975	0,0
Nord-Ouest	10,9	57,5	30,3	1,3	100,0	1 090	6,4
Ouest	3,0	52,1	43,4	1,6	100,0	1 142	5,7
Sud	1,9	37,4	59,5	1,2	100,0	439	6,5
Sud-Ouest	3,9	49,1	44,8	2,2	100,0	757	6,8
Yaoundé	1,3	24,0	67,1	7,5	100,0	1 080	8,5
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	56,5	36,6	6,8	0,0	100,0	2 007	0,0
Second	34,6	51,1	14,2	0,1	100,0	1 756	3,3
Moyen	18,7	50,9	30,0	0,3	100,0	2 046	5,2
Quatrième	8,9	39,2	50,7	1,3	100,0	2 283	6,5
Le plus riche	2,2	21,1	69,0	7,7	100,0	2 566	8,7
Ensemble	22,4	38,6	36,9	2,2	100,0	10 656	5,5
¹ Niveau primaire est basé sur 6 classes.							
² Niveau secondaire est basé sur 7 classes.							

Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques : hommes

Répartition (en %) des hommes 15-49 ans par niveau d'instruction atteint et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Plus haut niveau d'instruction				Total	Effectif d'hommes	Nombre médian d'années de scolarisation
	Aucun niveau	Primaire ¹	Secondaire ²	Supérieur			
Âge							
15-19	3,9	39,3	56,1	0,8	100,0	1 224	6,4
20-24	7,6	32,9	53,3	6,2	100,0	953	7,2
25-29	8,4	36,6	44,3	10,7	100,0	812	7,0
30-34	13,6	34,9	45,4	6,2	100,0	620	6,7
35-39	17,5	28,5	42,0	12,0	100,0	467	7,0
40-44	14,8	40,6	37,0	7,7	100,0	394	6,2
45-49	15,6	39,4	37,0	8,0	100,0	344	6,0
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	1,7	17,5	65,4	15,4	100,0	1 167	9,0
Autres villes	7,1	33,6	53,5	5,9	100,0	1 645	7,1
Ensemble urbain	4,8	26,9	58,4	9,8	100,0	2 812	8,2
Rural	16,5	48,9	33,1	1,5	100,0	2 003	5,3
Région							
Adamaoua	26,7	36,1	28,4	8,9	100,0	214	4,5
Centre	2,0	37,7	56,4	3,9	100,0	368	6,6
Douala	1,5	19,0	66,4	13,2	100,0	598	8,8
Est	5,2	37,5	54,2	3,1	100,0	249	6,5
Extrême-Nord	36,9	41,8	21,0	0,3	100,0	620	2,1
Littoral	1,4	33,2	60,7	4,7	100,0	208	7,2
Nord	25,9	45,5	27,1	1,5	100,0	434	3,1
Nord-Ouest	1,7	54,6	39,7	4,0	100,0	506	6,7
Ouest	1,5	40,8	52,5	5,2	100,0	411	6,6
Sud	3,3	30,2	62,5	4,1	100,0	223	7,6
Sud-Ouest	1,1	44,7	50,2	4,1	100,0	415	6,9
Yaoundé	1,9	16,0	64,3	17,9	100,0	568	9,2
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	28,1	52,6	19,3	0,0	100,0	650	3,7
Second	18,6	50,2	31,0	0,3	100,0	792	5,0
Moyen	8,2	46,3	44,4	1,1	100,0	906	6,1
Quatrième	4,1	34,0	56,7	5,3	100,0	1 110	7,2
Le plus riche	1,3	14,7	66,5	17,4	100,0	1 357	9,7
Ensemble	9,7	36,1	47,9	6,4	100,0	4 815	6,7

¹ Niveau primaire est basé sur 6 classes.

² Niveau secondaire est basé sur 7 classes.

Cependant, on constate, quel que soit le sexe, que le niveau d’instruction s’améliore des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes. En effet, la proportion des femmes sans niveau d’instruction diminue avec l’âge (passant de 40 % parmi celles de 45-49 ans à 14 % parmi celles de 15-19 ans) ; on note également que la proportion de femmes ayant un niveau d’instruction secondaire varie de 16 % chez celles de 45-49 ans à 48 % chez celles de 15-19 ans. Par conséquent, le nombre médian d’années de scolarisation a augmenté des générations les plus anciennes aux plus jeunes, passant de 3,2 années chez celles de 45-49 ans à 6 années chez les plus jeunes de 15-19 ans. On note chez les hommes ce même effet de génération puisque des générations anciennes aux plus récentes, les proportions de ceux sans niveau d’instruction sont passées de 16 % à 4 %. En ce qui concerne le niveau secondaire, les proportions varient de 37 % parmi ceux âgés de 45-49 ans à l’enquête à 56 % parmi les hommes de 15-19 ans. Par contre, les proportions de ceux qui ont atteint le niveau primaire n’ont que peu évolué dans les générations et le nombre médian d’années d’instruction est quasiment identique parmi les hommes âgés de 45-49 ans à l’enquête que parmi ceux de 15-19 ans.

Par ailleurs, le niveau d’instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. On constate en effet, que les proportions d’hommes et de femmes instruits sont plus élevées en milieu urbain qu’en milieu rural : en effet, seuls 11 % des femmes et 5 % des hommes vivant en milieu urbain n’ont pas de niveau d’instruction contre, respectivement, 37 % et 17 % en milieu rural.

Les résultats selon les régions mettent également en évidence de fortes disparités. La proportion de personnes sans aucun niveau d’instruction est particulièrement élevée dans les provinces septentrionales : 69 % de femmes et 26 % d’hommes dans le Nord ; dans l’Extrême-Nord, ces proportions sont respectivement de 67 % et 37 % et, dans l’Adamaoua, 51 % des femmes et 27 % des hommes n’ont aucun niveau d’instruction. À l’opposé, se trouvent les régions fortement scolarisées comme les villes de Yaoundé, Douala, et les régions du Centre, du Sud-Ouest, du Sud, du Littoral et de l’Ouest, où moins de 5 % de la population n’a toujours aucune instruction. L’Est et le Nord-Ouest se singularisent avec des proportions non négligeables de personnes n’ayant aucune instruction, ces proportions étant cependant inférieures à celles observées dans les régions septentrionales.

Les données de ce tableau montrent qu’il y a une relation positive entre le niveau d’instruction et le niveau de bien-être économique du ménage : en effet, les proportions de femmes et d’hommes sans instruction diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches.

3.3 ALPHABÉTISATION

Au cours de l’enquête, mises à part les questions posées sur la dernière classe achevée et le niveau d’instruction atteint par les enquêtés, on a demandé à ceux qui n’avaient aucun niveau d’instruction et à ceux qui avaient déclaré avoir atteint le niveau primaire de lire une phrase rédigée dans une des langues officielles ou nationales préparées par les agents enquêteurs. Trois modalités ont été retenues : « *peut lire toute la phrase* », « *une partie de la phrase* », ou, « *ne peut pas lire du tout* ». Les enquêtés ayant atteint le niveau secondaire ou plus ont été considérés d’office comme étant alphabétisés. Les résultats sont présentés au tableau 3.4.1 pour les femmes et 3.4.2 pour les hommes ainsi qu’au graphique 3.1.

Tableau 3.4.1 Alphabétisation : femmes

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction				Total ¹	Effectif de femmes	Pourcentage alphabétisées ²
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue			
Âge								
15-19	48,5	15,4	9,4	26,0	0,1	100,0	2 684	73,3
20-24	45,0	14,2	9,1	31,6	0,1	100,0	2 252	68,2
25-29	41,0	15,3	9,6	33,7	0,1	100,0	1 747	65,9
30-34	35,8	15,5	9,9	38,4	0,1	100,0	1 350	61,2
35-39	30,2	18,8	9,9	39,8	0,3	100,0	1 080	59,0
40-44	23,9	20,6	9,3	45,3	0,0	100,0	832	53,8
45-49	17,5	20,3	10,0	51,2	0,0	100,0	711	47,7
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	71,0	15,8	6,7	5,6	0,2	100,0	2 277	93,5
Autres villes	46,8	16,1	9,6	26,8	0,1	100,0	3 559	72,5
Ensemble urbain	56,2	16,0	8,5	18,6	0,1	100,0	5 836	80,7
Rural	18,3	16,5	10,7	54,0	0,1	100,0	4 820	45,6
Région								
Adamaoua	20,3	13,0	6,1	60,3	0,1	100,0	416	39,4
Centre	46,7	29,7	9,4	13,7	0,2	100,0	854	85,8
Douala	67,7	16,7	8,4	5,9	0,3	100,0	1 197	92,8
Est	34,5	18,1	10,0	35,8	0,7	100,0	506	62,6
Extrême-Nord	5,2	6,5	6,9	81,3	0,0	100,0	1 718	18,6
Littoral	52,9	23,6	9,9	12,9	0,1	100,0	482	86,4
Nord	6,6	4,8	8,3	80,1	0,0	100,0	975	19,7
Nord-Ouest	31,6	15,3	19,9	32,9	0,0	100,0	1 090	66,7
Ouest	45,0	26,9	8,5	18,9	0,0	100,0	1 142	80,4
Sud	60,7	23,5	7,4	7,7	0,1	100,0	439	91,5
Sud-Ouest	47,0	16,2	14,5	21,0	0,1	100,0	757	77,7
Yaoundé	74,6	14,7	4,9	5,3	0,0	100,0	1 080	94,2
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,8	9,3	9,0	74,6	0,0	100,0	2 007	25,2
Second	14,2	17,1	13,4	55,0	0,0	100,0	1 756	44,7
Moyen	30,3	22,5	11,9	34,5	0,2	100,0	2 046	64,7
Quatrième	52,0	20,9	9,5	16,9	0,1	100,0	2 283	82,4
Le plus riche	76,8	11,9	5,3	5,2	0,1	100,0	2 566	94,0
Ensemble	39,1	16,2	9,5	34,6	0,1	100,0	10 656	64,8

¹ Total inclut les ND

² Correspond aux femmes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase

Tableau 3.4.2 Alphabétisation : hommes

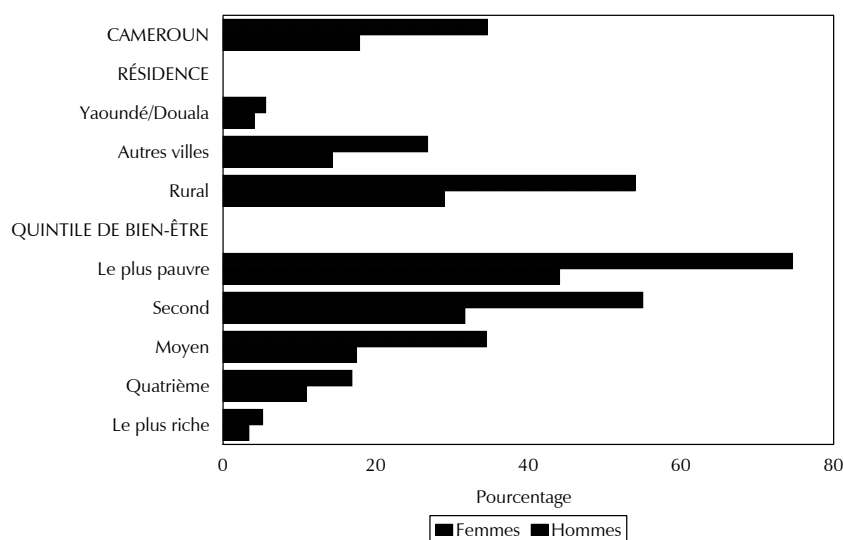
Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction				Total ¹	Effectif d'hommes	Pourcentage alphabétisés ²
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue			
Âge								
15-19	56,8	16,6	11,0	15,4	0,0	100,0	1 224	84,5
20-24	59,5	13,2	10,4	16,1	0,5	100,0	953	83,1
25-29	55,0	15,9	11,7	16,1	0,8	100,0	812	82,6
30-34	51,5	16,2	10,6	21,0	0,3	100,0	620	78,4
35-39	54,0	15,7	7,8	21,0	1,2	100,0	467	77,6
40-44	44,6	21,5	11,4	21,6	0,0	100,0	394	77,5
45-49	45,0	20,4	10,9	22,6	0,0	100,0	344	76,2
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	80,8	10,7	4,2	4,1	0,1	100,0	1 167	95,7
Autres villes	59,3	16,4	9,2	14,3	0,4	100,0	1 645	84,9
Ensemble urbain	68,2	14,0	7,1	10,1	0,3	100,0	2 812	89,4
Rural	34,6	19,6	15,7	29,0	0,6	100,0	2 003	69,9
Région								
Adamaoua	37,3	19,8	6,8	35,1	0,0	100,0	214	63,9
Centre	60,3	17,5	12,3	9,7	0,0	100,0	368	90,1
Douala	79,5	11,3	4,4	4,4	0,2	100,0	598	95,2
Est	57,3	16,1	8,5	17,0	0,0	100,0	249	81,9
Extrême-Nord	21,3	16,1	17,5	42,1	2,8	100,0	620	54,9
Littoral	65,4	15,5	7,6	11,5	0,0	100,0	208	88,5
Nord	28,6	15,3	14,0	41,9	0,0	100,0	434	57,8
Nord-Ouest	43,7	30,6	9,9	15,4	0,0	100,0	506	84,1
Ouest	57,7	18,9	12,0	11,3	0,0	100,0	411	88,7
Sud	66,5	12,4	11,4	8,1	0,0	100,0	223	90,4
Sud-Ouest	54,2	13,8	18,0	12,9	0,0	100,0	415	86,0
Yaoundé	82,1	10,1	4,0	3,8	0,0	100,0	568	96,2
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	19,3	18,8	15,8	44,1	1,5	100,0	650	53,9
Second	31,2	21,6	14,2	31,7	0,7	100,0	792	67,0
Moyen	45,6	20,6	15,6	17,5	0,2	100,0	906	81,7
Quatrième	62,0	16,9	9,9	10,9	0,0	100,0	1 110	88,9
Le plus riche	83,9	8,8	3,5	3,4	0,1	100,0	1 357	96,2
Ensemble	54,2	16,3	10,7	17,9	0,4	100,0	4 815	81,3

¹ Le total inclut les ND

² Correspond aux hommes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.

Graphique 3.1 Proportion d'analphabètes parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans



EDSC-III 2004

Environ les deux tiers des femmes (65 %) et plus de quatre hommes sur cinq (81 %) sont considérés comme étant alphabétisés. En d'autres termes, dans l'ensemble, la proportion de femmes analphabètes est pratiquement deux fois plus élevée que celle des hommes (35 % contre 18 %).

En comparant les tableaux 3.3.1 et 3.4.1, on remarque que la proportion de femmes qui ne savent pas du tout lire est supérieure à la proportion de celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (35 % contre 22 %). Cette différence révèle qu'une partie non négligeable de la population féminine n'a pas fréquenté suffisamment l'école au point de savoir lire et écrire ou bien qu'après avoir quitté l'école, elle est redevenue analphabète en ayant oublié ce qu'elle avait appris (phénomène de la désalphabétisation fonctionnelle).

Les proportions de femmes et d'hommes analphabètes varient sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 81 % des femmes et 89 % des hommes sont alphabétisés contre respectivement 46 % et 70 % en milieu rural. Yaoundé et Douala se distinguent des Autres villes par les taux d'alphabétisation les plus élevés et quasiment identiques selon le sexe (94 % chez les femmes et 96 % chez les hommes). L'examen des résultats selon les régions met également en évidence des disparités spatiales de l'alphabétisation en plus des disparités selon le sexe : que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, c'est dans les provinces septentrionales du pays que l'on observe les proportions d'analphabètes les plus élevées. Par ordre d'importance, c'est dans l'Extrême-Nord qu'elles sont les plus élevées (81 % des femmes et 42 % des hommes), suivie du Nord (80 % des femmes et 42 % des hommes) et dans l'Adamaoua (60 % des femmes et 35 % des hommes). En dehors de Yaoundé et Douala, les régions qui comptent les proportions les plus élevées de personnes alphabétisées sont : le Sud (92 % des femmes et 90 % des hommes), le Centre (86 % des femmes et 90 % des hommes), le Littoral (86 % des femmes et 89 % des hommes) et l'Ouest (80 % des femmes et 89 % des hommes).

3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

Les données relatives à l'exposition des femmes et des hommes aux médias sont particulièrement importantes pour la mise en place des programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale. Les tableaux 3.5.1 et 3.5.2 présentent les données sur l'exposition des femmes et des hommes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite). Précisons d'emblée, qu'il n'est pas nécessaire que le ménage possède une radio, un téléviseur ou achète un journal pour y avoir accès, de nombreuses personnes pouvant écouter la radio ou regarder la télévision chez des amis ou des voisins.

Tableau 3.5.1 Exposition aux médias : femmes

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	15,2	44,9	47,5	11,0	38,8	2 684
20-24	13,8	41,3	51,2	9,2	39,0	2 252
25-29	13,4	33,9	48,6	9,2	44,9	1 747
30-34	11,3	29,9	43,1	7,7	49,1	1 350
35-39	9,7	29,6	42,3	6,8	50,8	1 080
40-44	9,5	25,7	37,9	5,8	56,2	832
45-49	7,6	21,5	35,5	4,6	60,0	711
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	28,7	73,2	72,4	22,5	12,5	2 277
Autres villes	13,8	46,0	53,5	9,3	34,1	3 559
Ensemble urbain	19,6	56,6	60,8	14,5	25,7	5 836
Rural	4,1	10,6	27,7	1,6	68,6	4 820
Région						
Adamaoua	11,6	26,3	31,8	8,0	58,9	416
Centre	13,4	32,1	60,1	8,2	33,2	854
Douala	26,7	71,3	71,5	21,1	14,7	1 197
Est	19,1	38,8	52,3	9,6	34,8	506
Extrême-Nord	2,0	9,8	17,9	1,1	77,8	1 718
Littoral	16,8	39,8	54,4	9,5	33,5	482
Nord	3,4	15,0	30,1	2,2	64,2	975
Nord-Ouest	3,8	20,9	30,6	2,5	64,1	1 090
Ouest	11,0	32,0	39,6	5,8	49,4	1 142
Sud	13,1	38,2	64,8	8,4	26,5	439
Sud-Ouest	7,3	40,1	51,7	5,6	41,6	757
Yaoundé	31,0	75,3	73,3	24,0	10,1	1 080
Niveau d'instruction						
Aucun	0,1	6,9	16,6	0,0	80,3	2 383
Primaire	5,5	25,2	38,6	2,3	52,5	4 109
Secondaire ou plus	26,7	62,8	69,7	19,9	17,7	4 163
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,5	2,4	12,0	0,1	86,1	2 007
Second	3,9	7,1	27,2	1,0	69,0	1 756
Moyen	6,8	19,8	39,9	3,0	53,7	2 046
Quatrième	13,9	50,3	59,0	8,6	26,3	2 283
Le plus riche	30,7	81,5	78,0	25,2	6,6	2 566
Ensemble	12,6	35,8	45,8	8,7	45,1	10 656

Tableau 3.5.2 Exposition aux médias : hommes

Pourcentage d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	20,6	55,2	65,2	14,9	22,6	1 224
20-24	28,9	58,6	77,3	21,5	15,4	953
25-29	31,6	47,1	79,7	19,8	15,7	812
30-34	26,1	45,7	79,2	18,0	16,1	620
35-39	33,1	43,2	80,4	21,2	16,0	467
40-44	30,3	38,3	76,9	18,6	18,4	394
45-49	30,7	41,4	76,3	19,1	19,9	344
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	46,4	82,9	89,6	39,5	3,3	1 167
Autres villes	28,0	59,2	77,0	19,2	13,5	1 645
Ensemble urbain	35,6	69,0	82,2	27,6	9,2	2 812
Rural	16,2	22,7	65,0	6,0	30,3	2 003
Région						
Adamaoua	29,8	42,0	73,4	16,1	19,1	214
Centre	20,9	41,1	85,7	11,9	9,5	368
Douala	42,4	83,3	87,5	36,1	3,5	598
Est	28,8	45,0	76,4	16,5	14,6	249
Extrême-Nord	16,5	25,4	56,3	6,7	35,9	620
Littoral	35,6	55,9	81,4	21,9	11,0	208
Nord	14,2	28,0	44,4	8,0	47,7	434
Nord-Ouest	14,8	42,2	69,6	8,2	23,0	506
Ouest	14,2	36,6	78,3	8,3	16,7	411
Sud	34,1	36,1	79,5	14,0	12,3	223
Sud-Ouest	30,0	56,7	83,0	21,3	12,7	415
Yaoundé	50,6	82,6	91,8	43,1	2,9	568
Niveau d'instruction						
Aucun	1,4	13,4	44,5	0,1	49,9	467
Primaire	12,3	34,8	63,4	5,9	28,4	1 736
Secondaire ou plus	42,3	66,2	88,3	30,4	5,4	2 612
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	11,0	12,3	43,0	2,1	51,4	650
Second	14,8	19,5	67,0	5,7	27,6	792
Moyen	19,6	32,6	74,6	7,4	19,2	906
Quatrième	28,1	62,2	82,1	19,4	9,3	1 110
Le plus riche	47,8	86,7	89,8	41,0	2,7	1 357
Ensemble	27,5	49,8	75,1	18,6	18,0	4 815

On constate que plus de deux femmes sur cinq (45 %) et environ un homme sur cinq (18 %) ne sont exposés à aucun média. Cependant, par rapport à l'EDSC-II, on note une nette amélioration car, ces proportions étaient respectivement de 56 % et 31 %. De tous les médias, la radio¹ est celui qui est le plus écouté : près d'une femme sur deux (46 %) et trois quarts des hommes (75 %) ont déclaré écouter la radio, au moins, une fois par semaine. La télévision² vient en seconde position : elle est regardée, au moins, une fois par semaine par plus d'une femme sur trois (36 %) et par un homme sur deux (50 %). On note également que les hommes ont déclaré plus fréquemment que les femmes qu'ils lisaient des journaux : seulement 13 % des femmes contre 28 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés à la fois aux trois médias sont très faibles : seulement 9 % des femmes et 19 % des hommes.

Selon l'âge, on constate que les jeunes générations sont plus exposées aux médias que les plus âgées. En effet, les proportions de femmes exposées à aucun média varient de 39 % chez les femmes de 15-19 ans à 60 % chez celles de 45-49 ans. Chez les hommes, les écarts selon l'âge sont très faibles.

Selon le milieu de résidence, les résultats font apparaître des différences significatives. En milieu rural, les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont proportionnellement plus nombreuses (69 %) qu'en milieu urbain (26 %). Il est aussi fréquent en milieu rural que les femmes n'aient pas accès aux médias même si ceux-ci existent dans le ménage parce qu'ils sont généralement considérés comme la propriété de leur acquéreur. En particulier, le poste de radio est considéré comme un bien personnel de l'homme (il peut s'agir du conjoint, du frère ou du chef de ménage) qui peut le garder en lieu sûr lorsqu'il est absent ou le transporter avec lui lorsqu'il sort. Chez les hommes, il y a aussi des écarts, la proportion variant de 30 % en rural à 9 % en urbain.

Les résultats selon les régions mettent également en évidence des disparités : la proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est faible dans les villes de Yaoundé et de Douala (respectivement, 10 % et 15 %). Elle est, par contre, très élevée dans certaines régions : 78 % pour l'Extrême-Nord et 64 % pour le Nord et le Nord-Ouest. En outre, le niveau d'instruction semble influencer de manière significative le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 20 % des femmes et 30 % des hommes contre seulement 2 % des femmes et 6 % des hommes ayant le niveau d'instruction primaire. Par ailleurs, les résultats montrent que 80 % des femmes sans niveau d'instruction ne sont exposées à aucun média contre 18 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Ces proportions sont respectivement de 50 % et 5 % pour les hommes.

De même que pour le niveau d'instruction, on note une relation positive entre le niveau de bien-être du ménage et l'exposition aux médias. On constate que ce sont les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 25 % des femmes et 41 % des hommes contre seulement 2 % des hommes et 0 % des femmes des ménages les plus pauvres.

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Lors de l'EDSC-III, des questions relatives à l'emploi ont été posées aux hommes et aux femmes. On a considéré comme ayant un travail, les hommes et les femmes qui ont déclaré avoir eu au cours des douze mois précédant l'enquête, une activité rémunérée ou non, indépendamment du secteur d'activité. Les résultats sont présentés au tableau 3.6.

¹ 63 % des ménages au Cameroun possèdent un poste radio (voir tableau 2.9).

² 23 %, un poste de télévision (voir tableau 2.9).

Tableau 3.6 Emploi

Répartition (en %) des femmes et des hommes selon qu'ils ont, ou non, un emploi et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement	N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total	Effectif	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement	N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total	Effectif
Âge										
15-19	28,9	4,4	66,7	100,0	2 684	27,6	2,7	69,7	100,0	1 224
20-24	51,4	4,9	43,7	100,0	2 252	63,9	6,3	29,5	100,0	953
25-29	65,0	4,3	30,7	100,0	1 747	82,9	5,7	11,4	100,0	812
30-34	74,5	3,4	22,0	100,0	1 350	90,3	5,3	4,4	100,0	620
35-39	80,3	2,1	17,6	100,0	1 080	94,8	2,8	2,4	100,0	467
40-44	78,9	2,4	18,7	100,0	832	94,7	3,1	2,1	100,0	394
45-49	82,3	2,5	15,1	100,0	711	92,3	3,9	3,8	100,0	344
État matrimonial										
Jamais marié	28,9	3,6	67,6	100,0	2 560	43,8	4,0	52,1	100,0	2 112
En union	67,1	3,8	29,1	100,0	7 166	91,4	3,8	4,9	100,0	2 271
Divorcé, séparé, veuf/veuve	68,3	5,0	26,7	100,0	930	72,8	9,2	18,0	100,0	433
Nombre d'enfants vivants										
0	32,5	4,1	63,4	100,0	3 369	65,4	4,2	30,2	100,0	1 634
1-2	62,9	4,7	32,5	100,0	3 230	68,4	5,3	26,3	100,0	1 577
3-4	72,4	3,8	23,8	100,0	1 999	73,5	3,6	22,9	100,0	881
5+	78,4	2,2	19,5	100,0	2 058	71,7	3,8	24,5	100,0	722
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	42,9	5,1	51,9	100,0	2 277	60,8	8,4	30,8	100,0	1 167
Autres villes	49,2	4,0	46,8	100,0	3 559	64,2	4,1	31,6	100,0	1 645
Ensemble urbain	46,7	4,4	48,8	100,0	5 836	62,8	5,8	31,3	100,0	2 812
Rural	71,7	3,1	25,2	100,0	4 820	77,3	2,3	20,4	100,0	2 003
Région										
Adamaoua	41,7	1,0	57,3	100,0	416	76,6	1,5	21,9	100,0	214
Centre	40,3	2,1	57,7	100,0	854	65,5	1,5	33,0	100,0	368
Douala	41,9	4,0	54,0	100,0	1 197	60,8	7,3	31,9	100,0	598
Est	65,6	1,8	32,6	100,0	506	70,2	8,2	21,6	100,0	249
Extrême-Nord	60,3	8,2	31,5	100,0	1 718	77,1	4,1	18,8	100,0	620
Littoral	57,6	3,5	38,9	100,0	482	66,6	1,1	32,3	100,0	208
Nord	75,6	0,6	23,9	100,0	975	78,0	3,5	18,5	100,0	434
Nord-Ouest	72,3	1,0	26,7	100,0	1 090	71,9	2,9	25,2	100,0	506
Ouest	62,4	4,2	33,4	100,0	1 142	61,6	1,5	36,3	100,0	411
Sud	69,2	5,5	25,3	100,0	439	73,6	2,3	24,1	100,0	223
Sud-Ouest	66,3	2,0	31,8	100,0	757	69,5	3,7	26,8	100,0	415
Yaoundé	44,1	6,3	49,6	100,0	1 080	60,9	9,5	29,6	100,0	568
Niveau d'instruction										
Aucun	67,2	4,9	27,9	100,0	2 383	93,4	3,2	3,4	100,0	467
Primaire	66,5	3,0	30,5	100,0	4 109	80,9	3,1	16,0	100,0	1 736
Secondaire ou plus	44,5	4,1	51,5	100,0	4 163	56,4	5,4	38,1	100,0	2 612
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	83,6	4,6	11,8	100,0	2 007	81,3	2,0	16,7	100,0	650
Second	65,0	3,5	31,4	100,0	1 756	78,1	3,8	18,1	100,0	792
Moyen	56,6	2,3	41,0	100,0	2 046	72,3	2,8	24,9	100,0	906
Quatrième	50,5	4,2	45,3	100,0	2 283	65,1	4,5	30,5	100,0	1 110
Le plus riche	41,1	4,3	54,6	100,0	2 566	58,1	6,9	34,8	100,0	1 357
Ensemble	58,0	3,8	38,1	100,0	10 656	68,8	4,4	26,7	100,0	4 815

Dans l'ensemble, un peu plus de deux femmes sur cinq (42 %) ne travaillaient pas au moment de l'enquête ; parmi elles, une faible proportion (4 %) ne travaillaient pas au moment de l'enquête mais avaient eu une activité au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, près de trois femmes sur cinq (58 %) exerçaient une activité (tableau 3.6). On note que le pourcentage de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un minimum de 29 % à 15-19 ans à un maximum de 82 % à 45-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent que ce sont les femmes en rupture d'union (68 %) et celles en union (67 %) qui étaient proportionnellement les plus nombreuses à exercer une activité au moment de l'enquête contre 29 % des célibataires. Le nombre d'enfants influence également l'activité économique de la femme. Plus le nombre d'enfants augmente, plus la proportion de femmes exerçant une activité augmente: de 32 % quand celles-ci n'ont pas d'enfant, la proportion passe à 78 % quand elles en ont 5 ou plus.

Les données selon le milieu de résidence montrent que c'est en milieu rural que la proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée (72 %). À l'opposé, c'est à Douala/Yaoundé qu'elle est la plus faible (43 %). Dans les régions, la proportion de femmes ayant une activité varie de 42 % dans l'Adamaoua et 40 % au Centre à un maximum de 76 % dans le Nord et 72 % dans le Nord-Ouest. Selon le niveau d'instruction, on constate que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (67 %) étaient proportionnellement plus nombreuses à exercer une activité que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (44 %). Enfin, les femmes des ménages les plus pauvres étaient plus fréquemment occupées (84 %) que celles des ménages les plus riches (41 %).

Les résultats concernant les hommes montrent que 69 % des hommes exerçaient une activité quelconque au moment de l'enquête. On constate, comme chez les femmes mais de manière plus irrégulière, que le pourcentage d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant de 28 % à 15-19 ans à 95 % à 35-39 ans et 40-44 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent, que les hommes en union et ceux en rupture d'union étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler au moment de l'enquête (respectivement, 91 % et 73 %). Par rapport au milieu de résidence, c'est en milieu rural que la proportion d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée : 77 % contre 63 % en milieu urbain. Concernant le niveau d'instruction, les résultats montrent que les hommes sans niveau d'instruction (93 %) étaient, proportionnellement, plus nombreux à exercer une activité que ceux ayant un niveau primaire (81 %) et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (56 %). Enfin, on constate que dans les ménages les plus pauvres, la proportion d'hommes qui travaillaient est plus élevée que dans les ménages les plus riches (81 % contre 58 %).

Le tableau 3.7 présente les résultats selon le type d'occupation des femmes et des hommes. Une femme sur deux, parmi celles qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, travaillait dans le secteur agricole (51 %). Les femmes (49 %) qui travaillaient dans le secteur non agricole travaillaient dans 35 % des cas en faisant un travail manuel non qualifié et dans 6 % des cas un travail manuel qualifié. Seulement 4 % ont déclaré travailler dans le secteur des ventes et services et 4 % travaillaient en tant que cadre ou exerçaient une activité professionnelle technique ou administrative. Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion de femmes ayant déclaré une activité agricole est bien sûr plus élevée en milieu rural (77 % contre 32 % dans les Autres villes et 2 % à Douala/Yaoundé). En dehors des deux grandes villes, cette proportion est supérieure à 45 % dans les autres régions et dépasse 70 % dans les provinces de l'Est (72 %) et du Nord (77 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 75 % des femmes travaillant dans l'agriculture n'ont aucun niveau d'instruction et moins d'un quart (22 %) ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 3.7 Occupation

Répartition (en %) des femmes et des hommes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes							Hommes						
	Professionnelle/Administrative/Employée	Ventes et services	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture	Total ¹	Professionnelle/Administrative/Employée	Ventes et services	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture	Total ¹
Âge														
15-19	0,9	0,4	7,6	38,8	0,1	51,0	100,0	0,2	6,0	15,9	34,2	0,0	39,4	99,2
20-24	2,9	1,1	11,1	34,9	0,1	49,1	100,0	0,2	14,2	14,2	27,2	0,3	38,1	96,4
25-29	3,5	4,1	5,9	36,1	0,5	49,5	100,0	0,2	12,4	14,4	21,2	0,9	42,2	93,4
30-34	4,7	5,9	3,4	33,3	0,1	52,3	100,0	0,4	14,8	11,9	23,0	0,4	41,1	92,5
35-39	5	4,9	4,4	35,4	0,2	49,3	100,0	0,4	11,7	11,4	22,4	0,3	40,6	88,5
40-44	4,1	5,4	2,5	34,2	0,1	53,5	100,0	0,7	14,3	8,1	16,7	0,3	46,1	87,4
45-49	3,8	6,2	2,2	27,9	0,3	59,6	100,0	0,9	15,2	10,6	13,8	0,7	44,4	86,7
État matrimonial														
Jamais marié	4,9	3,7	11,1	46,0	0,3	32,6	100,0	0,2	10,9	14,9	32,2	0,5	35,0	96,1
En union	3,1	3,6	5,1	31,8	0,2	55,9	100,0	0,4	13,9	11,2	18,6	0,4	45,1	91,0
Divorcé, séparé, veuf/veuve	5,1	4,8	5,2	43,2	0,4	40,2	100,0	0,5	12,1	15,1	23,7	0,3	37,1	91,7
Nombre d'enfants vivants														
0	4,8	2,9	10,2	41,5	0,2	39,4	100,0	0,3	14,4	14,3	23,8	0,5	32,9	88,3
1-2	3,9	3,9	7,3	35,1	0,4	48,3	100,0	0,6	12,5	12,5	23,7	0,2	42,3	93,5
3-4	3,3	4,5	3,8	34,4	0,1	53,6	100,0	0,5	13,3	11,0	20,9	0,3	48,0	95,4
5+	2,1	3,4	2,6	29,5	0,0	62,2	100,0	0,2	9,8	11,8	22,4	1,1	48,9	95,6
Milieu de résidence														
Yaoundé/Douala	10,4	9,1	13,9	62,0	0,6	1,9	100,0	0,9	21,1	21,2	35,2	1,3	1,5	84,0
Autres villes	4,5	6,1	8,4	48,7	0,3	31,5	100,0	0,6	16,6	14,6	30,4	0,3	24,8	90,4
Ensemble urbain	6,6	7,2	10,4	53,6	0,4	20,7	100,0	0,7	18,5	17,4	32,5	0,7	15,1	87,7
Rural	0,9	0,8	2,1	19,1	0,0	76,8	100,0	0,0	6,0	7,0	11,5	0,1	73,2	98,4
Région														
Adamaoua	2,9	5,5	6,2	35,0	0,3	49,9	100,0	0,9	10,6	10,0	17,4	0,3	53,3	94,5
Centre	5,2	3,2	3,8	30,7	0,0	56,9	100,0	0,7	14,8	13,1	13,7	0,0	51,9	94,5
Douala	7,5	9,6	13,7	66,0	0,4	1,1	100,0	0,6	23,3	16,6	41,7	0,6	2,1	86,5
Est	1,7	3,8	4,4	18,4	0,0	71,7	100,0	0,0	10,2	11,0	24,5	0,0	47,0	95,2
Extrême-Nord	0,4	0,3	2,5	30,2	0,0	66,2	100,0	0,0	7,1	7,9	13,3	0,0	69,4	98,1
Littoral	2,3	2,2	4,2	42,6	0,5	47,7	100,0	0,0	10,6	9,9	26,9	0,0	41,5	90,8
Nord	0,5	0,2	0,8	21,4	0,0	77,2	100,0	0,4	7,7	4,5	19,2	0,4	63,2	96,2
Nord-Ouest	2,7	3,1	5,1	24,4	0,0	64,5	100,0	0,0	10,7	12,2	24,8	0,0	45,6	94,7
Ouest	2,8	4,1	5,7	35,1	0,0	52,1	100,0	0,0	10,6	13,0	27,4	0,3	41,0	92,8
Sud	2,3	5,1	4,4	38,1	0,2	48,2	100,0	0,4	15,1	9,2	15,2	0,0	51,6	95,3
Sud-Ouest	4,2	5,2	9,5	28,7	0,7	50,9	100,0	0,4	12,3	13,1	16,9	0,7	46,1	93,6
Yaoundé	13,3	8,6	14,0	58,1	0,9	2,8	100,0	1,2	18,8	26,0	28,7	2,1	0,9	81,5
Niveau d'instruction														
Aucun	0,1	0,0	1,5	23,7	0,0	74,6	100,0	0,3	4,4	5,1	15,7	0,3	72,9	99,0
Primaire	0,8	1,0	5,4	34,2	0,0	58,3	100,0	0,1	9,4	11,4	24,3	0,3	51,8	98,0
Secondaire ou plus	10,2	10,7	10,3	44,9	0,6	21,7	100,0	0,7	18,4	15,9	23,8	0,6	23,2	85,7
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	0,3	0,0	0,5	9,3	0,0	89,9	100,0	0,0	1,8	4,7	6,9	0,0	86,0	99,4
Second	0,4	0,4	2,1	27,3	0,0	69,5	100,0	0,0	6,3	7,4	12,0	0,0	73,2	99,2
Moyen	1,6	1,7	4,8	39,0	0,0	52,4	100,0	0,0	11,7	12,1	19,9	0,1	51,4	96,8
Quatrième	2,3	4,7	10,7	60,0	0,5	21,1	100,0	0,7	18,5	18,1	35,2	0,3	16,8	91,5
Le plus riche	14,9	13,9	13,7	49,6	0,6	5,4	100,0	1,0	20,5	17,2	32,6	1,4	4,4	81,0
Ensemble	3,5	3,7	5,9	34,7	0,2	51,4	100,0	0,4	12,9	12,7	23,0	0,4	41,4	92,5

¹ Les totaux incluent les ND

C'est dans l'agriculture que la majorité des hommes en activité travaillent (41 %) ; en outre, un homme sur huit exerce une activité dans les ventes et services (13 %). De plus, on note selon l'âge que les proportions d'hommes exerçant un travail manuel qualifié ou non tendent à baisser au fur et à mesure que l'âge augmente.

Selon le milieu de résidence, on constate, comme on pouvait s'y attendre, que c'est en milieu rural que la proportion d'hommes ayant une activité agricole est la plus élevée (73 % contre 15 % en milieu urbain). Par contre, en milieu urbain, la proportion d'hommes travaillant dans le commerce (ventes et services) est nettement supérieure à celle observée en milieu rural (19 % contre 6 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 73 % des hommes travaillant dans l'agriculture n'ont aucun niveau d'instruction tandis qu'environ un cinquième (18 %) de ceux qui exercent dans les ventes et services ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. La proportion des hommes qui sont occupés dans les ventes et services augmente significativement avec le bien-être du ménage. Elle passe de 2 % chez les hommes vivant dans les ménages les plus pauvres à 21 % chez ceux des ménages les plus riches. La tendance s'inverse pour ceux qui ont une activité agricole : plus de quatre hommes sur cinq des ménages les plus pauvres (86 %) sont occupés dans l'agriculture contre moins d'un homme sur vingt cinq dans les ménages les plus riches (4 %).

Le tableau 3.8 présente la répartition des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenus, type d'employeur et en fonction de la régularité de l'emploi. Dans l'ensemble, on constate que 46 % des femmes ont été payées en argent seulement, 28 % en argent et en nature, 16 % en nature seulement et 11 % n'ont pas été payées. Les femmes travaillant ou ayant travaillé dans le secteur non agricole ont été plus fréquemment payées en argent (88 %) que celles qui ont exercé une activité dans le domaine agricole (6 %).

Tableau 3.8 Type d'emploi				
Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête par type de paiement, type d'employeur et régularité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non-agricole), Cameroun 2004				
Caractéristique de l'emploi	Travail agricole	Travail non agricole	ND	Ensemble
Type de paiement				
Argent seulement	6,9	87,5	68,5	46,0
Argent et en nature	48,3	5,9	0,0	27,6
En nature seulement	30,0	0,7	2,0	15,8
Sans rémunération	14,8	5,9	19,3	10,5
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0
Type d'employeur				
Travaille pour un membre de la famille	22,2	3,5	4,7	13,1
Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	2,8	21,4	39,8	12,0
Travaille à son propre compte	75,0	75,0	45,3	74,8
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0
Régularité du travail				
Annuel	30,6	63,5	44,0	46,5
Saisonnier	59,0	10,9	29,9	35,7
Occasionnel	10,2	25,2	16,0	17,5
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 387	3 167	40	6 593
Note: Le total comprend les femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante.				
¹ Les totaux incluent les ND.				

De plus, dans la majorité des cas (75 %) les femmes travaillaient pour leur propre compte, cela quel que soit le type d'emploi ; Dans le secteur agricole, les femmes ont été en proportion un peu plus nombreuses à travailler pour un membre de la famille que dans le secteur non agricole (22 % contre 4 %). Enfin, dans 47 % des cas, les femmes ont travaillé toute l'année, en particulier celles ayant travaillé dans le secteur non agricole (64 %).

Le tableau 3.9 présente les proportions de femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 derniers mois par type d'employeur selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Les trois-quarts des femmes travaillaient à leur propre compte (75 %). Cette proportion augmente avec l'âge: elle passe de 57 % parmi celles âgées de 15-19 ans à 83 % parmi celles de 45-49 ans. C'est en milieu rural (76 %) et parmi celles n'ayant aucune instruction que la proportion de femmes travaillant à leur compte est la plus élevée. En outre, près d'une femme sur huit (12 %) travaillait pour quelqu'un d'autre que la famille. Il s'agit surtout des femmes de Yaoundé/Douala (28 %) et de celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (26 %). Environ une femme sur huit (13 %) travaille pour un membre de la famille. Les femmes les moins instruites (25 %), les plus jeunes (26 % à 15-19 ans) et celles du milieu rural (19 %) sont proportionnellement plus nombreuses à travailler pour un membre de la famille que les autres.

Tableau 3.9 Employeur et formes de revenus

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête par type d'employeur, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique	Type d'employeur			Total ¹	Effectif
	Travaille pour un membre de la famille	Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	Travaille à son propre compte		
Âge					
15-19	25,6	17,3	56,8	100,0	894
20-24	15,3	14,4	70,1	100,0	1 267
25-29	11,8	10,8	77,4	100,0	1 211
30-34	9,8	10,7	79,4	100,0	1 052
35-39	9,2	9,3	81,5	100,0	890
40-44	9,6	10,5	79,8	100,0	676
45-49	8,1	9,1	82,8	100,0	603
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	4,3	27,6	67,6	100,0	1 094
Autres villes	7,4	16,6	75,9	100,0	1 892
Ensemble urbain	6,3	20,7	72,9	100,0	2 986
Rural	18,8	4,8	76,4	100,0	3 607
Niveau d'instruction					
Aucun	25,0	2,2	72,7	100,0	1 718
Primaire	10,1	7,7	82,1	100,0	2 855
Secondaire ou plus	7,2	26,3	66,3	100,0	2 021
Total	13,1	12,0	74,8	100,0	6 593

¹ Y compris le non déterminé

3.6 STATUT DE LA FEMME

Lors de l'enquête individuelle, un certain nombre de questions sur le pouvoir de décision dans le ménage et le contrôle exercé sur le revenu ont été posées aux femmes. De même, on a cherché à connaître l'opinion des femmes concernant certains aspects de la vie du couple : en particulier, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons, il était justifié qu'un homme batte sa femme et si une femme pouvait refuser pour certaines raisons d'avoir des relations sexuelles avec son mari ou partenaire.

3.6.1 Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Le tableau 3.10 présente d'une part la répartition des femmes qui travaillent selon la personne qui décide de l'utilisation de leur revenu et d'autre part la répartition des femmes qui travaillent selon la part des dépenses du ménage qui sont couvertes par leurs revenus. Au Cameroun, un peu plus de sept femmes sur dix (72 %) décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Cette proportion augmente avec l'âge : de 64 % chez les femmes de 15-19 ans, la proportion passe à 76 % chez celles de 45-49 ans. C'est parmi les femmes en rupture d'union (97 %), parmi celles de Yaoundé/Douala (81 %), parmi les plus instruites (73%) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (77 %) que la proportion de femmes qui dispose le plus fréquemment « d'autonomie financière » est la plus élevée. À l'opposé, les femmes du milieu rural (66 %), celles ayant un niveau primaire (67 %) et celles des ménages les plus pauvres (65 %) sont celles qui décident le moins fréquemment de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Dans 19 % des cas, les femmes ont déclaré décider conjointement avec quelqu'un d'autre. Il s'agit essentiellement des femmes en union (24 %), de celles du milieu rural (23 %). Enfin dans 9 % des cas, c'est une autre personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme ; cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes de 15-19 ans (23 %), chez les célibataires (19 %) et chez les femmes du milieu rural (11 %).

En ce qui concerne la contribution des femmes aux dépenses du ménage, les données collectées au cours de l'EDSC-III révèlent que dans plus d'un cinquième des cas (22 %), l'enquêtée ne contribue en aucune manière aux dépenses du ménage: il s'agit principalement des jeunes de 15-19 ans (49 %) et des célibataires (42 %). Seulement 12 % des femmes qui gagnent de l'argent affectent la totalité de leur revenu aux dépenses du ménage. Les femmes qui prennent en charge toutes les dépenses du ménage avec leur revenu sont celles qui sont âgées de 35 ans ou plus, celles qui sont en rupture d'union (35 %) et celles qui vivent en zone urbaine (15 %). La répartition selon le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage ne met pas en évidence d'écarts importants. Par ailleurs, on note aussi que deux femmes sur cinq (40 %) couvrent au moins la moitié des dépenses du ménage avec leur revenu. Ce comportement est moins fréquent chez les femmes célibataires (21 %), chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction (31 %) que chez les autres.

Tableau 3.10 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Répartition (en %) des femmes travaillant ou ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et qui gagnent de l'argent en fonction de la personne qui décide de son utilisation et de la proportion dépensée pour les charges du ménage, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Décision sur l'utilisation des revenus			Total	Dépenses du ménage couvertes par les gains			Toutes	Total	Effectif
	Enquêtée seule	Conjointe-ment avec quelqu'un d'autre ¹	Autre personne décide seule ²		Pratique-ment aucune	Moins de la moitié	Au moins la moitié			
Âge										
15-19	65,8	13,0	23,2	100,0	49,3	28,1	16,4	6,2	100,0	515
20-24	68,2	18,7	13,1	100,0	29,1	32,3	32,1	6,3	100,0	911
25-29	72,2	20,0	7,8	100,0	20,8	31,0	38,3	9,7	100,0	897
30-34	72,7	21,9	5,3	100,0	16,1	26,6	46,0	11,3	100,0	803
35-39	73,5	20,5	5,9	100,0	13,2	23,9	46,4	16,5	100,0	716
40-44	75,6	21,1	3,1	100,0	12,7	21,2	48,1	18,0	100,0	545
45-49	76,0	18,7	5,3	100,0	9,4	19,4	51,5	19,7	100,0	468
État matrimonial										
Jamais mariée	74,1	6,5	19,4	100,0	42,4	25,5	20,8	11,3	100,0	569
En union	67,2	24,2	8,6	100,0	19,8	29,0	42,9	8,2	100,0	3 699
Divorcée/séparée/veuve	96,8	1,9	1,3	100,0	11,7	15,1	37,9	35,2	100,0	587
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	80,8	13,7	5,5	100,0	22,7	24,8	39,2	13,3	100,0	1 002
Autres villes	74,1	18,0	7,9	100,0	22,9	25,5	36,3	15,4	100,0	1 559
Ensemble urbain	76,7	16,3	7,0	100,0	22,8	25,2	37,4	14,5	100,0	2 561
Rural	65,9	22,9	11,2	100,0	20,0	28,9	42,2	8,9	100,0	2 293
Niveau d'instruction										
Aucun	78,8	14,1	7,0	100,0	29,7	28,1	30,6	11,4	100,0	895
Primaire	67,3	22,0	10,6	100,0	18,2	26,9	43,0	11,9	100,0	2 235
Secondaire ou plus	73,3	18,8	7,9	100,0	21,5	26,4	40,0	12,1	100,0	1 725
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	64,9	22,9	12,2	100,0	21,3	29,5	40,5	8,7	100,0	872
Second	68,3	23,0	8,6	100,0	18,8	28,2	41,5	11,4	100,0	894
Moyen	71,5	18,1	10,4	100,0	20,6	25,7	39,9	13,7	100,0	977
Quatrième	74,5	16,3	9,3	100,0	22,7	25,8	38,2	13,0	100,0	1 073
Le plus riche	77,1	17,9	5,0	100,0	23,4	25,9	38,7	12,0	100,0	1 039
Ensemble	71,6	19,4	9,0	100,0	21,5	26,9	39,7	11,9	100,0	4 855

¹ En commun avec le conjoint ou quelqu'un d'autre.

² Y compris le conjoint.

Le tableau 3.11 présente la répartition des femmes en union qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la part des dépenses du ménage qui sont couvertes par les revenus de la femme.

Les résultats montrent que parmi les femmes actuellement en union qui n'affectent pratiquement rien de ce qu'elles gagnent aux dépenses du ménage, plus des quatre cinquième (85 %) décident seules de l'utilisation de leurs revenus, le mari ou partenaire n'intervenant que dans 9 % des cas. Parmi celles qui

consacrent la totalité de leurs gains pour couvrir les dépenses du ménage, pratiquement les trois quarts d'entre elles prennent aussi seules la décision d'utiliser leur argent. (74 %). Il semble donc qu'au Cameroun la contribution de la femme qui travaille aux dépenses du ménage n'est pas influencée par sa capacité de décision concernant l'argent qu'elle gagne.

Tableau 3.11 Contrôle du revenu des femmes							
Répartition (en %) des femmes en union qui gagnent de l'argent pour leur travail ou qui en ont gagné au cours des 12 derniers mois en fonction de la personne qui décide de son utilisation, selon la proportion dépensée pour les charges du ménage, Cameroun 2004							
Contribution aux dépenses du ménage	Elle-même	Avec conjoint/ partenaire	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint/ partenaire seul	Quelqu'un d'autre seul	Total ¹	Effectif
Pratiquement aucune	84,8	8,8	0,2	5,1	1,0	100,0	732
Moins de la moitié	65,2	25,1	0,2	8,1	1,4	100,0	1 074
Au moins la moitié	59,2	30,8	0,6	8,6	0,7	100,0	1 586
Toutes	73,8	18,3	0,5	6,3	1,2	100,0	305
ND	53,9	0,0	0,0	46,1	0,0	100,0	3
Ensemble	67,2	23,8	0,4	7,6	1,0	100,0	3 699

¹ Total inclut les ND

3.6.2 Prise de décision dans le ménage

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décision au sein du ménage, on a posé aux femmes des questions pour savoir qui, de l'enquêtée ou de quelqu'un d'autre, avait le dernier mot dans certaines décisions. Ces décisions portaient sur les soins de santé de la femme, les achats importants pour le ménage, les achats quotidiens pour le ménage, les visites à la famille et/ou aux parents et la préparation quotidienne des repas. Les questions ont été posées à toutes les femmes.

Selon le tableau 3.12, qui ne présente les résultats que pour les femmes en union, on constate que c'est dans la préparation quotidienne des repas que les femmes ont le plus fréquemment le dernier mot (64 %). Par contre, quand il s'agit de leurs propres soins de santé, seulement 18 % décident en dernier ressort et dans 58 % des cas, c'est le conjoint seul qui décide. C'est en ce qui concerne la décision sur les achats importants du ménage que la proportion de femmes qui ont le dernier mot est la plus faible (13 %). Dans plus de la moitié des cas, c'est le conjoint qui a le dernier mot (54 %).

Tableau 3.12 Participation des femmes dans la prise de décision								
Répartition (en %) des femmes en union en fonction de la personne qui a le dernier mot pour certaines prises de décision, selon le type de décision, Cameroun 2004								
Type de décision	Enquêtée elle-même	Avec son conjoint	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint seul	Quelqu'un d'autre seul	Aucune décision prise/NA	Total ¹	Effectif
Propres soins de santé	18,4	16,5	0,5	57,6	6,8	0,2	100,0	7 166
Achats importants pour le ménage	13,0	22,8	0,7	53,8	9,3	0,4	100,0	7 166
Achats quotidiens pour le ménage	29,0	22,1	1,4	39,0	7,9	0,5	100,0	7 166
Visites à la famille ou aux proches	21,5	27,1	1,1	43,8	5,6	0,9	100,0	7 166
Préparation quotidienne des repas	63,5	8,6	4,1	14,7	6,5	2,4	100,0	7 166

¹ Total inclut les ND

Dans l'ensemble, un peu plus d'une femme sur cinq (21 %), qu'elle soit en union ou pas, a déclaré avoir décidé en dernier ressort pour toutes les décisions citées et, à l'opposé, moins d'un tiers des femmes (28 %) n'ont eu le dernier mot dans aucune décision (tableau 3.13). Les femmes en rupture d'union sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir le dernier mot (52 % contre 23 % parmi celles en union et 7 % pour les célibataires) dans toutes les décisions citées. Par contre, près des deux tiers des jeunes filles de 15-19 ans (64 %), près des deux tiers des célibataires (66 %) et un peu moins de la moitié des femmes qui ne travaillent pas (45 %) ont déclaré n'avoir le dernier mot dans aucune décision. Les femmes qui exercent un travail rémunéré sont proportionnellement plus nombreuses à avoir le dernier mot dans

Tableau 3.13 Participation des femmes dans la prise de décision selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir le dernier mot, seule ou en commun avec quelqu'un d'autre pour certaines prises de décision, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Décide seule ou en commun avec quelqu'un de :						Effectif de femmes
	Propres soins de santé	Achats importants pour le ménage	Achats quotidiens pour le ménage	Visites à la famille ou aux proches	Préparation quotidienne des repas	Toutes les décisions citées	
Âge							
15-19	8,9	6,7	10,5	16,9	26,8	3,5	2 684
20-24	28,2	24,2	35,2	42,0	58,3	14,2	2 252
25-29	37,9	34,9	52,1	50,8	72,6	21,9	1 747
30-34	46,7	47,0	61,9	59,5	82,0	31,3	1 350
35-39	50,8	52,0	69,8	63,3	86,5	38,6	1 080
40-44	55,1	54,7	70,6	66,1	86,0	40,7	832
45-49	56,7	56,1	70,3	66,2	85,4	42,7	711
État matrimonial							
Jamais mariée	15,7	9,1	11,9	21,0	21,7	6,7	2 560
En union	35,4	36,5	52,5	49,8	76,3	22,6	7 166
Divorcée, séparée, veuve	68,3	57,9	64,1	73,9	69,3	52,3	930
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	44,3	39,3	52,6	53,7	62,5	25,0	2 277
Autres villes	33,1	30,4	42,0	44,7	59,7	21,3	3 559
Ensemble urbain	37,5	33,9	46,2	48,2	60,8	22,8	5 836
Rural	28,8	29,2	40,8	41,0	64,6	19,7	4 820
Niveau d'instruction							
Aucun	26,6	25,5	33,3	35,4	64,2	18,6	2 383
Primaire	35,3	34,3	49,1	48,3	66,1	23,4	4 109
Secondaire ou plus	35,8	32,9	44,5	47,1	58,0	20,9	4 163
Emploi							
Ne travaille pas actuellement	20,2	18,0	25,3	31,5	44,8	10,6	4 468
Travail payé	51,4	48,9	66,8	61,7	78,8	34,5	4 564
Travail non payé	20,0	21,3	29,6	34,9	65,6	14,0	1 614
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	29,5	29,2	38,3	39,9	66,3	21,0	2 007
Second	29,5	28,6	41,5	40,3	62,1	19,7	1 756
Moyen	30,5	30,0	42,4	44,4	63,2	19,7	2 046
Quatrième	35,9	33,0	47,1	48,0	61,3	23,0	2 283
Le plus riche	39,9	36,3	47,7	49,8	60,4	22,7	2 566
Ensemble ¹	33,6	31,8	43,7	45,0	62,5	21,4	10 656

¹ L'ensemble inclut 9 cas pour lesquels l'emploi est ND

toutes les décisions (35 %) que celles qui travaillent sans être payées (14 %) et que celles qui ne travaillent pas (11 %). Concernant les résultats en fonction du type de décision, on constate que près des deux tiers (63 %) des femmes ont déclaré avoir eu le dernier mot pour la préparation du repas quotidien. À l’opposé, quand il s’agit des achats importants du ménage et des soins de santé, les proportions sont plus faibles (respectivement 32 % et 34 %). En outre, un peu moins de la moitié (44 %) des femmes enquêtées décident des achats quotidiens et dans moins d’un cas sur deux (45 %), elles décident des visites qu’elles effectuent à la famille et à leurs amis.

3.6.3 Opinion des femmes sur la violence conjugale

Au cours de l’EDSC-III, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il est justifié qu’un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 3.14 présente les pourcentages de femmes qui sont d’accord avec certaines raisons spécifiques justifiant qu’un mari batte sa femme ou sa partenaire. Ces proportions sont présentées selon différentes caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées. La majorité des femmes (56 %) pense que pour, au moins une des raisons citées, un homme a le droit de battre sa femme ou partenaire. Le statut matrimonial n’influence pas significativement cette opinion. C’est parmi les femmes du milieu rural et celles ayant un niveau d’instruction primaire que la proportion de celles qui partage cette opinion est la plus élevée (61 % et 62 %). À l’opposé, c’est parmi les femmes de Yaoundé/Douala (47 % et celles qui ont un niveau d’instruction au moins secondaire (49 %) que l’on constate les proportions les plus faibles de femmes qui approuvent cette opinion selon laquelle pour au moins une des raisons citées, un homme peut battre son épouse ou partenaire.

Par ailleurs, le tableau 3.14 présente les résultats selon les différentes raisons citées. On constate que c’est dans le cas où la femme néglige les enfants que la proportion de femmes qui pensent qu’il est justifié qu’un homme batte sa femme est la plus élevée (45 %). Dans environ un tiers des cas (34 %), les femmes approuvent ce comportement du mari/ partenaire quand la femme sort sans le lui dire, en particulier en milieu rural (40 %) et parmi les femmes sans niveau d’instruction (41 %). En outre, plus d’un quart (27 %) des femmes pensent qu’un tel comportement est justifié quand la femme discute l’opinion de son mari/partenaire. C’est encore parmi les femmes du milieu rural (33 %) et parmi les femmes sans niveau d’instruction (35 %) que cette proportion est la plus élevée. Une femme sur cinq approuve ce comportement quand la femme refuse d’avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Enfin, pour 19 % des femmes, il est justifié qu’un homme batte sa femme ou partenaire quand celle-ci brûle la nourriture ; ce sont toujours les femmes du milieu rural et celles sans niveau d’instruction qui se sont déclarées le plus fréquemment en accord avec cette opinion (respectivement, 26 % et 30 %).

Tableau 3.14 Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, un mari batte sa femme, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pense qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme quand:					D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif de femmes
	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui		
Âge							
15-19	21,9	27,3	33,5	46,5	16,7	58,4	2 684
20-24	17,6	26,3	32,2	44,6	18,5	53,7	2 252
25-29	18,9	26,4	34,8	44,4	22,6	55,1	1 747
30-34	19,6	27,7	34,6	44,7	24,0	54,8	1 350
35-39	16,3	22,2	32,7	43,8	18,9	54,8	1 080
40-44	20,2	29,4	35,4	47,3	24,1	56,3	832
45-49	18,0	26,5	32,2	42,0	24,9	54,0	711
État matrimonial							
Jamais mariée	16,1	20,5	27,2	41,1	11,4	51,5	2 560
En union	20,7	29,1	36,0	46,2	23,7	57,1	7 166
Divorcée, séparée, veuve	16,4	24,2	31,9	46,6	19,0	55,2	930
Nombre d'enfants vivants							
0	17,7	23,7	29,1	41,9	15,2	52,4	3 369
1-2	19,1	27,2	35,3	46,8	20,3	56,8	3 230
3-4	20,0	26,9	35,0	46,2	23,7	57,5	1 999
5+	21,0	29,9	36,7	46,1	25,5	57,1	2 058
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	8,9	16,5	21,6	38,7	9,2	46,9	2 277
Autres villes	16,9	24,0	32,5	44,1	18,4	54,5	3 559
Ensemble urbain	13,8	21,1	28,2	42,0	14,8	51,5	5 836
Rural	25,8	33,3	40,0	48,7	27,1	60,5	4 820
Niveau d'instruction							
Aucun	30,4	35,4	40,9	43,5	35,6	56,9	2 383
Primaire	21,3	31,2	38,8	50,5	22,5	62,0	4 109
Secondaire ou plus	10,7	16,9	24,1	40,4	9,5	48,5	4 163
Ensemble	19,2	26,6	33,6	45,0	20,3	55,6	10 656

3.6.4 Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels

Durant l'EDSC-III, on a également demandé aux femmes si elles pensaient qu'il est justifié que pour certaines raisons citées, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari ou partenaire. Le tableau 3.15 présente les résultats selon différentes caractéristiques socio-démographiques et en fonction des différentes raisons citées.

Tableau 3.15 Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :					D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif de femmes
	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur				
Âge								
15-19	48,3	39,8	47,5	42,9	31,1	46,9	2 684	
20-24	82,0	67,4	82,4	72,8	52,4	9,2	2 252	
25-29	89,4	73,6	85,8	77,6	56,7	3,4	1 747	
30-34	88,9	72,9	86,0	76,4	56,9	3,8	1 350	
35-39	89,3	71,6	82,9	76,7	55,2	3,0	1 080	
40-44	90,3	70,6	85,0	76,6	54,5	3,4	832	
45-49	84,7	63,9	83,7	70,9	47,5	4,2	711	
État matrimonial								
Jamais mariée	43,6	36,6	40,8	38,6	29,2	54,1	2 560	
En union	87,7	70,5	85,8	75,8	54,2	3,4	7 166	
Divorcée, séparée, veuve	88,4	73,1	85,6	78,0	56,8	3,9	930	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	79,1	63,8	70,2	68,4	48,2	17,0	2 277	
Autres villes	77,5	62,9	74,3	68,7	49,3	16,4	3 559	
Ensemble urbain	78,2	63,2	72,7	68,6	48,9	16,6	5 836	
Rural	76,0	61,8	77,7	65,2	47,9	14,5	4 820	
Niveau d'instruction								
Aucun	75,4	59,3	80,4	58,8	43,8	12,5	2 383	
Primaire	77,5	63,4	76,5	70,4	50,1	14,6	4 109	
Secondaire ou plus	77,9	63,7	70,3	68,6	49,4	18,5	4 163	
Emploi								
Ne travaille pas actuellement	68,3	55,3	65,1	59,7	42,8	26,6	4 468	
Travail payé	85,6	70,4	83,2	75,9	54,5	6,0	4 564	
Travail non payé	78,1	60,9	79,2	62,8	47,0	12,4	1 614	
Nombre de décisions prises par la femme¹								
0	53,8	46,2	53,6	48,2	36,5	40,4	3 019	
1-2	81,4	65,3	82,0	69,2	49,0	9,1	3 350	
3-4	90,4	73,4	85,0	79,8	56,6	2,6	2 010	
5	90,2	70,8	84,0	77,8	56,2	4,1	2 277	
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme								
0	75,4	60,5	73,1	64,2	45,7	17,3	4 732	
1-2	77,5	62,5	75,7	68,6	47,3	14,3	3 181	
3-4	79,1	64,8	76,8	69,2	51,1	14,1	1 793	
5	81,1	69,6	78,4	72,4	60,7	15,3	950	
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	75,3	60,1	80,2	62,8	47,4	13,6	2 007	
Second	75,7	62,3	77,5	66,3	48,0	14,5	1 756	
Moyen	76,7	61,9	75,3	67,5	47,7	15,5	2 046	
Quatrième	79,6	63,7	73,6	70,1	48,7	15,2	2 283	
Le plus riche	77,9	64,3	70,0	68,0	49,8	18,6	2 566	
Ensemble ²	77,2	62,6	75,0	67,1	48,4	15,7	10 656	

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

² L'Ensemble inclut 9 cas pour lesquels l'emploi est ND.

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

² L'Ensemble inclut 9 cas pour lesquels l'emploi est ND.

Pratiquement la moitié (48 %) des femmes pensent qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, cela quelle que soit la raison citée. C'est parmi les femmes en rupture d'union et celles en union (respectivement 57 % et 54 %), celles qui ont le dernier mot dans 3 décisions ou plus (57 %), et curieusement, parmi celles ayant déclaré qu'il y a 5 raisons qui justifient qu'un homme batte sa femme (61 %) que cette proportion est la plus élevée. Selon les raisons spécifiques, les résultats montrent que c'est dans le cas où elle sait que son mari a une IST (77 %) ou quand la femme vient d'accoucher (75 %) que les proportions de femmes qui approuvent qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari sont les plus élevées. De plus, 67 % estiment qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son époux/partenaire quand elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur. Dans un peu moins des deux tiers des cas (63 %), ce comportement est considéré comme étant acceptable quand la femme sait que son mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes. Par contre, pour près de 16 % de femmes, aucune raison ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels. Il s'agit de plus de la moitié des femmes célibataires (54 %), de 47 % des jeunes filles de 15-19 ans et de 40 % des femmes qui n'ont le dernier mot dans aucune décision concernant le ménage.

Paul Roger LIBITE

La fécondité est l'une des principales composantes de la dynamique de la population, les autres étant la mortalité et les mouvements migratoires (Nations Unies, 1973). La collecte des données sur les niveaux, les tendances et les différentiels de la fécondité demeure un objectif majeur du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé depuis sa conception. La collecte continue de données sur la fécondité par la méthode de l'historique des naissances et par d'autres approches a été déterminante pour mettre en évidence le rôle que joue la fécondité dans la croissance démographique au Cameroun.

Ce chapitre présente l'analyse des données sur la fécondité collectées au cours de l'EDSC-III. Les résultats obtenus ont permis d'estimer le niveau de la fécondité, d'en dégager ses tendances et de mettre en évidence les différentiels de la fécondité selon certaines caractéristiques. Le chapitre présente en outre les résultats sur l'âge à la première maternité, la prévalence des grossesses improductives et l'intervalle intergénésiq. L'analyse des résultats de la fécondité des adolescentes (volet déterminant de la transition de la fécondité, qui fait l'objet d'une attention particulière de la Déclaration de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction) complète ce chapitre.

Ces informations ont été obtenues par l'intermédiaire d'une série de questions que les enquêtrices ont posées aux femmes éligibles. Au cours de l'interview, les enquêtrices devaient enregistrer le nombre total d'enfants que la femme a eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elle de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. L'enquêtrice reconstituait ensuite avec la femme interrogée l'historique complète des naissances, de la plus ancienne à la plus récente. Elle enregistrait pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants en vie, elle enregistrait leur âge et distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs. Pour les enfants décédés, elle enregistrait l'âge au décès. À la fin de l'interview, l'enquêtrice devait s'assurer que le nombre d'enfants déclaré par la mère (pour chaque catégorie : vivant, décédé, etc.) était cohérent avec le nombre d'enfants obtenu à partir de l'historique des naissances.

Étant donné qu'il s'agit d'une enquête rétrospective, les données collectées permettent d'estimer, non seulement le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 dernières années précédant l'enquête. Malgré l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs de l'enquête (notamment la formation, les instructions données aux agents de terrain ainsi qu'à ceux chargés du traitement informatique des données, et les contrôles opérés à tous les niveaux), les données obtenues peuvent être sujettes à différents types d'erreurs. Ces erreurs sont principalement celles inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit notamment :

- du sous-enregistrement des naissances, en particulier l'omission d'enfants qui vivent ailleurs, de ceux qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- de l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;

- du biais sélectif de survie ou effet de sélectivité : en effet, les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Enfin, au cours de l'enquête auprès des hommes, comme au cours de celle auprès des femmes, on a recueilli des informations sur leur fécondité totale, en leur posant une série de questions sur le nombre d'enfants qu'ils ont eus en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec eux de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux qui sont décédés. Par contre, les enquêteurs n'avaient pas à reconstituer l'historique complet des naissances des hommes.

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

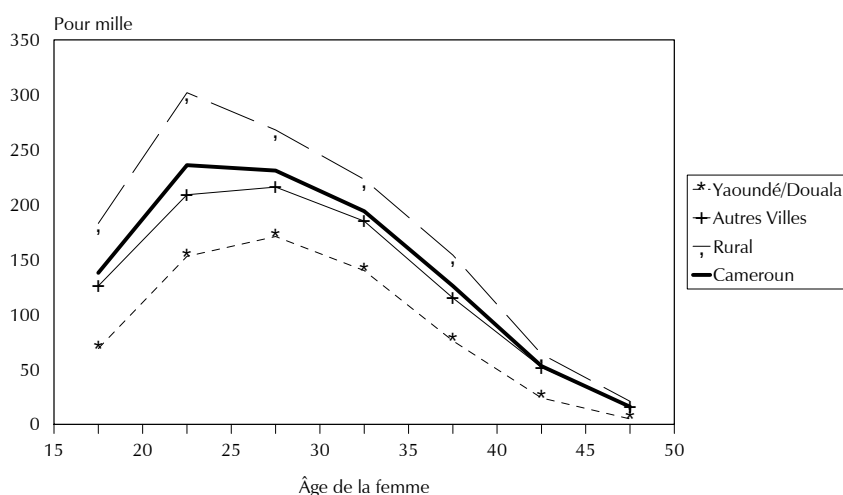
Le niveau de fécondité est mesuré par les taux de fécondité par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme de naissances réduites. Les taux par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indice conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si elle subissait les taux de fécondité observés à une période considérée, ici la période des trois années ayant précédé l'enquête.

Le tableau 4.1, illustré par le graphique 4.1, indique qu'au niveau national, les taux de fécondité générale par groupe d'âges suivent le schéma classique observé, en général, dans les pays à forte fécondité. Ce schéma se caractérise par une fécondité précoce élevée (138 ‰ à 15-19 ans) qui augmente très rapidement pour atteindre des maxima à 20-24 ans (236 ‰) et à 25-29 ans (231 ‰), qui se maintient longtemps à des niveaux importants (194 ‰ à 30-34 ans, et 126 ‰ à 35-39 ans), avant de décroître très rapidement et de façon significative. La fécondité des femmes au Cameroun demeure élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne, 5,0 enfants.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle					
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, Cameroun 2004					
Groupe d'âges	Milieu de résidence				Total
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
15-19	69	126	105	183	138
20-24	153	209	185	302	236
25-29	171	216	199	268	231
30-34	140	185	167	223	194
35-39	76	115	99	154	126
40-44	24	52	41	64	53
45-49	5	16	11	21	16
ISF (15-49 ans)	3,2	4,6	4,0	6,1	5,0
TGFG (pour 1 000)	113	161	142	216	176
TBN (pour 1 000)	31,1	37,1	34,9	40,5	37,8
ISF : Indice Synthétique de Fécondité des femmes de 15-49 ans, pour une femme. TGFG : Taux Global de Fécondité Générale (naissances divisées par le nombre de femmes de 15-44 ans), pour 1 000 femmes. TBN : Taux Brut de Natalité pour 1 000 individus. Note : Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.					

Les données du tableau 4.1 mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. Les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles qui résident dans les zones rurales. L'ISF, estimé à 5,0 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie d'un minimum de 3,2 à Yaoundé/Douala à 4,6 dans les Autres villes et à un maximum de 6,1 en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, une femme du milieu rural aurait, en moyenne, en fin de vie féconde, pratiquement 2,9 enfants de plus qu'une femme de Yaoundé/Douala et 1,5 enfants de plus qu'une femme des Autres villes.

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



EDSC-III 2004

Cette différence de niveau de fécondité s'observe à tous les âges (graphique 4.1). La fécondité des femmes du milieu rural débute plus précocement : 183 ‰ à 15-19 ans contre 126 ‰ dans les Autres villes et 69 ‰ à Yaoundé/Douala. À 20-24 ans, 1 000 femmes de Yaoundé/Douala ont, en moyenne, 153 naissances contre 209 pour les femmes des Autres villes et 302 naissances pour les femmes du milieu rural. En rural, les femmes réalisent le maximum de leur fécondité à 20-24 ans, alors que chez les femmes du milieu urbain, ce maximum se situe à 25-29 ans.

Au tableau 4.1 figurent également le Taux Brut de Natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, qui est estimé à 38 ‰ pour l'ensemble du pays, et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre moyen de naissances vivantes dans une population de femmes en âge de procréer, estimé ici à 176 ‰. Comme l'ISF, ces deux indicateurs varient suivant le milieu de résidence. Ainsi avec un TGFG de 216 ‰ en milieu rural, 1000 femmes de ce milieu de résidence donnent naissance annuellement en moyenne, à 103 enfants de plus que leurs consœurs de Yaoundé/Douala (113 ‰) et 55 enfants de plus que les femmes des Autres villes (161 ‰). De même, le taux brut de natalité en milieu rural (41 ‰) est supérieur de 10 points à celui de Yaoundé/Douala (31 ‰) et de 4 points à celui des Autres villes (37 ‰).

L'ISF présente des variations importantes selon le niveau d'instruction des femmes (tableau 4.2). Dans les pays à faible prévalence contraceptive, on constate souvent que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ont une fécondité légèrement plus élevée que celles sans niveau d'instruction, mais qu'ensuite la fécondité baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction. Cette situation qui avait été

observée lors de l'EDSC-I de 1991, s'est modifiée depuis 1998. En effet, avec un ISF de 6,3 enfants, une femme sans niveau d'instruction a, en moyenne, 0,7 enfants de plus que celle qui a un niveau d'instruction primaire (5,6) et 2,8 enfants de plus, en moyenne, que celle qui a, au moins, un niveau d'instruction secondaire (3,5).

Si l'on considère les différentes régions, on remarque que le niveau de l'ISF varie considérablement, passant d'un niveau maximum de 6,4 enfants par femme à l'Extrême-Nord à un niveau minimum de 3,7 enfants par femme dans le Sud-Ouest. En d'autres termes, les femmes de l'Extrême-Nord ont, en moyenne, 2,7 enfants de plus que les femmes du Sud-Ouest.

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Indice synthétique de fécondité pour les trois années précédant l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Indice Synthétique de Fécondité ¹	Pourcentage de femmes actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	3,2	7,1	4,9
Autres villes	4,6	8,7	5,9
Ensemble urbain	4,0	8,1	5,5
Rural	6,1	12,6	6,8
Région			
Adamaoua	5,4	12,8	6,1
Centre	5,5	9,6	6,2
Douala	3,2	7,0	4,8
Est	6,0	10,4	6,4
Extrême-Nord	6,4	15,0	7,2
Littoral	4,3	6,9	5,9
Nord	6,0	14,3	7,0
Nord-Ouest	4,7	7,1	5,8
Ouest	6,0	10,1	6,7
Sud	4,6	8,5	5,9
Sud-Ouest	3,7	9,2	6,0
Yaoundé	3,2	7,2	5,1
Niveau d'instruction			
Aucun	6,3	13,9	7,0
Primaire	5,6	10,8	6,1
Secondaire ou plus	3,5	7,3	5,0
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	6,5	12,9	7,0
Second	6,0	14,5	6,5
Moyen	5,6	9,6	6,4
Quatrième	4,2	8,3	5,9
Le plus riche	3,2	7,0	5,0
Ensemble	5,0	10,1	6,2

¹ Femmes de 15-49 ans.

Au tableau 4.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans ; ce nombre est assimilable à la descendance finale. À l'inverse de l'ISF (qui mesure la fécondité actuelle ou récente des femmes de 15-49 ans), ce nombre moyen est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, si l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Au Cameroun, cette descendance estimée, dans l'ensemble, à 6,2 enfants est nettement supérieure à l'ISF (5,0). Cet écart important traduit certainement une tendance à la baisse de la fécondité au Cameroun. À l'EDSC-I, cette différence était de 0,4 enfant et elle était estimée à 1 enfant à l'EDSC-II. Les résultats de l'EDSC-III confirment donc la poursuite de cette baisse, la différence étant de 1,2 enfant.

Selon le milieu de résidence, il ressort également que les différences entre la descendance finale et l'ISF sont importantes, à l'exception peut-être du milieu rural où la descendance finale n'est supérieure que de 0,7 enfant à l'ISF (Graphique 4.2). À Yaoundé/Douala et dans les Autres villes, l'ISF est inférieur, respectivement, de 1,7 et de 1,3 enfants à la descendance finale. La comparaison avec les différences observées en 1991 et 1998, montre que la fécondité baisse, quel que soit le milieu de résidence, même si elle semble se ralentir en milieu urbain d'une manière générale.

Graphique 4.2 Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans



EDSC-III 2004

Cependant, lorsqu'on considère le niveau d'instruction, on constate que l'ISF des femmes sans aucun niveau d'instruction est inférieur à la descendance finale de 0,7 enfant. Ce qui indiquerait que pour ces femmes, la fécondité aurait tendance à baisser légèrement contrairement à ce qui avait été observé en 1998. Pour les femmes de niveau d'instruction primaire et de niveau d'instruction secondaire ou plus, la tendance à la baisse observée depuis 1998 persiste. En effet, la descendance finale pour ces femmes est supérieure à l'ISF, respectivement, de 0,5 et de 1,5 enfants.

La tendance à la baisse de la fécondité est observée dans toutes les régions, mais avec des amplitudes variables. La différence entre la descendance finale et l'ISF varie d'un minimum de 0,4 enfant à l'Est à un niveau maximum de 2,3 enfants dans le Sud-Ouest.

Tout comme pour l'ISF, la descendance finale diminue avec l'amélioration du niveau de vie des ménages. De 7 enfants chez les femmes vivants dans les ménages les plus pauvres, la descendance finale n'est plus que de 5 enfants par femme dans les ménages les plus riches. De plus, l'écart entre l'ISF et la descendance est plus important dans les ménages riches : 1,8 enfant dans les ménages du quintile le plus riche, soit plus de 3 fois plus que chez les femmes des ménages du quintile le plus pauvre (0,5).

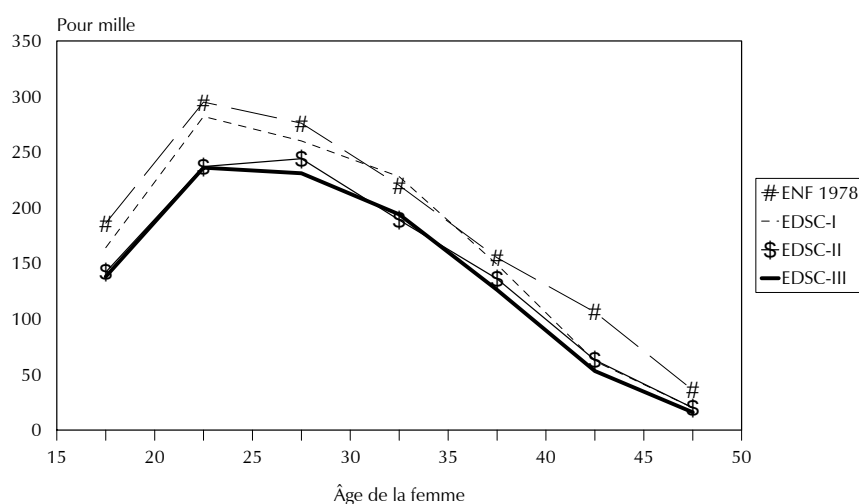
Le tableau 4.2 fournit également le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne savent pas si elles sont enceintes n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, on constate que 10 % des femmes se sont déclarées enceintes. En outre, selon leur âge, leur milieu, leur culture et/ou leurs croyances, si les femmes savent ou croient qu'elles sont enceintes, elles déclarent plus ou moins facilement cet état. De ce fait, les différences constatées ici entre les proportions de femmes qui se sont déclarées enceintes doivent être interprétées avec beaucoup de prudence. Cependant, ces proportions sont cohérentes (ou compatibles) avec les niveaux de fécondité actuels. Elles varient de 7 % chez les femmes de Douala, Yaoundé ou parmi celles vivant dans les ménages les plus riches qui sont celles qui ont l'ISF le plus faible, à 13 % parmi celles de l'Adamaoua, 14 % parmi celles sans niveau d'instruction et 14 % chez les femmes du Nord qui sont celles qui ont l'ISF le plus élevé.

4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Deux types d'opérations de collecte de données démographiques d'envergure nationale ont déjà été réalisés au Cameroun : les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat et les Enquêtes Démographiques et de Santé. Les recensements de 1976 et 1987 ont permis de recueillir des informations sur le mouvement naturel de la population et ont permis d'estimer le niveau de fécondité du moment grâce à des questions concernant les naissances survenues au cours des douze mois ayant précédé la collecte. De manière générale, cette méthode sous-estime le niveau de la fécondité. Par contre, l'autre type d'opération de collecte de données démographiques, qui utilise une méthode de collecte plus appropriée (basée sur l'histoire génésique des femmes), fournit des résultats plus fiables. Au tableau 4.3 figurent les taux de fécondité par groupe d'âges selon les quatre enquêtes. Le graphique 4.3 permet ainsi de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des résultats de l'ENF de 1978, l'EDSC-I de 1991, l'EDSC-II de 1998 et de l'EDSC-III de 2004.

Tableau 4.3 Fécondité selon différentes sources				
Taux de fécondité par âge et Indice Synthétique de Fécondité selon l'ENF (1978), l'EDSC-I (1991), l'EDSC-II (1998), et l'EDSC-III (2004)				
Groupe d'âges	ENF 1978	EDSC-I 1991	EDSC-II 1998	EDSC-III 2004
15-19	186	164	142	138
20-24	295	282	237	236
25-29	276	260	244	231
30-34	220	228	189	194
35-39	155	149	136	126
40-44	106	62	63	53
45-49	36	20	20	16
ISF 15-49	6,4	5,8	5,2	5,0
Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.				

**Graphique 4.3 Taux de fécondité par âge selon
l'ENF 1978, l'EDSC-I 1991, l'EDSC-II 1998 et l'EDSC-III 2004**



On note en premier lieu que les quatre courbes des taux de fécondité par âge présentent une allure similaire : elles augmentent de la même manière à partir de 15-19 ans, accusent ensuite un pallier entre 20-29 ans et décroissent régulièrement jusqu'à 45-49 ans. Soulignons qu'à 45-49 ans, on observe un ralentissement de la baisse, manifestation d'une fécondité tardive élevée. On constate ensuite que les courbes des deux premières enquêtes sont nettement situées au-dessus des deux autres, à tous les âges avant 35 ans. En effet, la comparaison des résultats indique que les niveaux de fécondité par âge et de l'ISF sont nettement plus faibles lors des deux dernières enquêtes. À partir de 35-39 ans, les courbes de l'EDSC-I, l'EDSC-II et de l'EDSC-III sont beaucoup plus proches. L'ISF est passé de 6,4 enfants à l'ENF de 1978 à 5,8 enfants à l'EDSC-I à 5,2 enfants à l'EDSC-II et à 5 enfants à l'EDSC-III ; une femme aurait, en moyenne, en fin de vie féconde, 1,4 enfants de moins par rapport au niveau de 1978.

Les données collectées lors de l'EDSC-III permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité par groupes d'âges des femmes, par période quinquennale avant l'enquête (tableau 4.4 et graphique 4.4). Les taux de fécondité ont diminué régulièrement de la période la plus ancienne (15-19 ans avant l'enquête) jusqu'à la période la plus récente, cela quel que soit le groupe d'âges. Par ailleurs, la comparaison des taux de fécondité par âge en 2004 avec ceux de la période 5-9 ans de l'EDSC-II et ceux de la période 10-14 ans de l'EDSC-I indique que les données sur la fécondité collectées lors de l'EDSC-III sont dans l'ensemble de bonne qualité. Les taux observés au cours de ces périodes sont dans l'ensemble supérieurs à ceux des enquêtes EDSC-I et EDSC-II. Les taux de fécondité de la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête) sont, à tous les âges très nettement inférieurs aux taux observés pour les périodes précédentes ; ce qui semble indiquer que la baisse de fécondité, jusqu'ici assez limitée, s'est récemment accélérée.

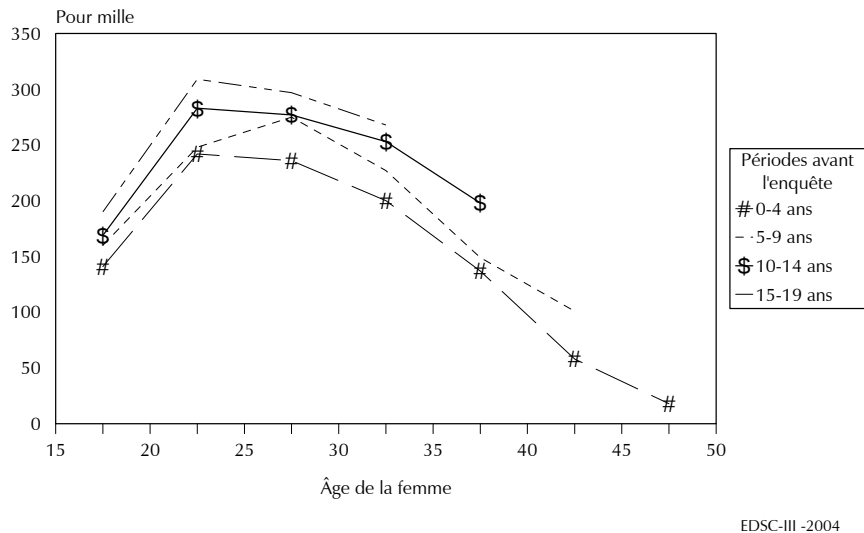
Tableau 4.4 Tendance de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Nombre d'années avant l'enquête			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	141	160	169	190
20-24	242	248	283	309
25-29	236	275	277	297
30-34	200	227	253	268
35-39	137	149	198	-
40-44	58	101	-	-
45-49	18	-	-	-

Note : Les taux de fécondité par âges sont calculés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDSC-III 2004

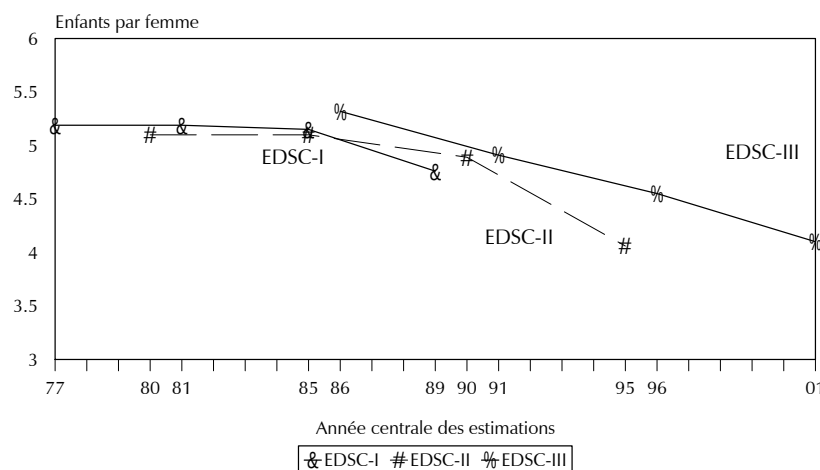


À partir des taux par âge de l'EDSC-III on a également calculé, pour chaque période quinquennale, l'ISF des femmes de 15-34 ans, âges auxquels elles ont déjà eu l'essentiel de leurs naissances. Ces données, représentées au graphique 4.5, ont été positionnées par rapport à l'année centrale de chaque période pour laquelle la fécondité a été estimée. On a également porté sur ce graphique les données similaires de l'EDSC-I (par période de quatre ans) et de l'EDSC-II (par période quinquennale). D'après ce graphique, on observe deux mouvements. Il s'agit notamment :

- d'une phase de stabilité de la fécondité à un niveau élevé de 1977 à 1985 marquée par une faible utilisation des moyens contraceptifs ; et
- d'une amorce d'un déclin de la fécondité à partir de 1987, déclin qui se serait accélérée récemment, l'analyse des différentiels de la fécondité (voir chapitre V sur la planification familiale et chapitre VI sur la nuptialité), pourrait fournir quelques éléments sur le changement de comportement procréateur des femmes, lequel pourrait être à l'origine de cette baisse.

La comparaison des résultats de l'EDSC-II et de l'EDSC-III semble indiquer que la fécondité estimée par l'EDSC-II pour la période centrée autour de 1996 était légèrement sous-estimée par rapport à l'estimation de l'EDSC-III pour la même période. La baisse relativement importante de la fécondité observée au cours de la dernière période précédant l'EDSC-II aurait donc été légèrement surestimée. L'allure de la baisse selon l'EDSC-III qui est beaucoup plus régulière semble plus plausible.

Graphique 4.5 Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans selon l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III



4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Les parités moyennes par groupe d'âges se calculent à partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie. Le tableau 4.5 présente ces parités pour l'ensemble des femmes et pour les femmes en union.

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de 0,3 enfant en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 1,4 enfants à 20-24 ans et à 6,5 enfants à 45-49 ans, en fin de vie féconde. Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce élevée puisque 23 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant. En outre, 19 % des femmes de 20-24 ans ont déjà mis au monde 3 enfants ou plus. Enfin, en fin de vie féconde, 18 % des femmes ont donné naissance à, au moins 10 enfants.

Par ailleurs, les résultats concernant les femmes en union sont peu différents de ceux relatifs à l'ensemble des femmes, sauf aux jeunes âges. En effet, on constate que plus de la moitié des femmes de 15-19 ans en union (55 %) ont déjà eu, au moins, un enfant contre environ une femme sur quatre pour l'ensemble des femmes. De plus 14 % des femmes de 15-19 ans en union ont déjà eu, au moins, deux enfants. Même à 20-24 ans où la proportion des femmes non mariées est déjà faible (23 % : voir chapitre 6-Nuptialité), l'écart entre la proportion des femmes en union ayant déjà eu, au moins, un enfant (84 %) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (70 %) demeure important. Arrivée en fin de vie féconde (45-49 ans), une femme en union a eu, en moyenne, 6,8 enfants alors que pour l'ensemble des femmes, ce nombre moyen est de 6,5.

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, Cameroun 2004

Groupe d'âges												Total	Effectif	Nombre	Nombre
														moyen	moyen
	Nombre d'enfants nés vivants													d'enfants	d'enfants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+			nés	encore
	TOUTES LES FEMMES														
15-19	77,3	17,9	4,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 684	0,28	0,25
20-24	30,5	27,8	22,8	12,6	4,8	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 252	1,38	1,20
25-29	12,6	16,6	18,3	19,8	16,1	9,8	4,5	1,7	0,4	0,2	0,0	100,0	1 747	2,70	2,30
30-34	6,1	10,7	13,3	12,8	16,3	14,0	11,3	7,5	5,1	2,0	1,0	100,0	1 350	4,00	3,40
35-39	3,7	5,0	7,4	10,0	11,1	13,9	16,4	11,9	9,6	5,2	6,0	100,0	1 080	5,32	4,48
40-44	3,8	5,6	6,4	8,2	8,3	8,8	12,6	12,0	13,3	8,7	12,2	100,0	832	5,94	4,99
45-49	3,7	4,8	5,5	5,9	7,8	7,8	12,3	12,1	10,7	11,6	17,8	100,0	711	6,50	5,35
Ensemble	29,7	15,7	12,2	9,7	8,0	6,2	5,7	4,2	3,4	2,3	2,9	100,0	10 656	2,75	2,33
	FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION														
15-19	45,1	41,1	12,1	1,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	828	0,71	0,64
20-24	16,3	29,2	28,7	17,1	6,8	1,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 563	1,75	1,52
25-29	8,2	14,0	19,3	21,3	17,8	11,4	5,4	2,0	0,5	0,2	0,0	100,0	1 448	2,96	2,54
30-34	5,0	8,8	12,6	12,3	17,4	14,7	12,4	8,0	5,6	2,3	1,1	100,0	1 149	4,20	3,56
35-39	3,7	4,1	6,4	9,6	10,7	13,8	17,2	12,1	10,2	5,8	6,5	100,0	929	5,47	4,61
40-44	3,7	4,8	5,5	8,3	7,5	9,2	12,2	12,9	13,5	8,9	13,5	100,0	691	6,11	5,14
45-49	3,5	3,4	4,0	4,6	7,6	8,4	12,3	12,8	10,8	12,7	19,9	100,0	558	6,83	5,60
Ensemble	12,3	16,6	15,3	12,6	10,6	8,3	7,5	5,5	4,4	3,0	3,9	100,0	7 166	3,57	3,02

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique et, en particulier au Cameroun où la population reste encore pro-nataliste (voir chapitre sur : Préférences en matière de fécondité). Par conséquent, la parité zéro des femmes en union et âgées de 35-49 ans permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Au Cameroun, seulement 3,6 % des femmes en union et âgées de 35-49 ans (âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable) n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Le niveau de la stérilité est en baisse continue depuis 1978. À l'ENF, en 1978, le niveau de la stérilité primaire était évalué à 12,1 % ; ce niveau n'était plus que de 6,5 % à l'EDSC-I et de 5,5 % à l'EDSC-II. La baisse du niveau de la stérilité est en partie attribuable à l'amélioration des conditions de santé de la population. Signalons que le niveau de stérilité primaire observé au Cameroun en 2004 est très en deçà de celui observé dans certains pays de la sous-région notamment de la République Centrafricaine (9 %) (Ndamobissi et al., 1995), du Tchad (2,5 %) (Ouagadjo et al., 1998), et du Gabon (5 %) (DGSEE, 2001). Cependant, ce niveau de stérilité est proche de celui observé lors des enquêtes EDS effectués dans d'autres pays d'Afrique où le phénomène touche 2 à 3 % des femmes (Arnold et Blanc, 1990).

Le tableau 4.6 présente les données sur la fécondité totale pour l'ensemble des hommes et pour les hommes en union. On constate une augmentation régulière et rapide du nombre moyen d'enfants nés vivants : ainsi, de 0,3 enfant, en moyenne, à 20-24 ans, ce nombre atteint 2,6 enfants à 30-34 ans et 6,9 enfants à 40-49 ans. Jusqu'à 34 ans, les résultats concernant les hommes en union sont différents de ceux

relatifs à l'ensemble des hommes. Au-delà de cet âge, les résultats des deux catégories tendent à se rapprocher.

La comparaison de ces résultats avec ceux des femmes en union permet de relever que chez ces dernières, le nombre moyen d'enfants augmente beaucoup plus rapidement que chez les hommes ; mais, aux âges élevés, les hommes en union, par le biais des unions successives et de la polygamie (voir chapitre 6), finissent par avoir une parité moyenne beaucoup plus élevée que celle des femmes.

Tableau 4.6 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes

Répartition (en %) de tous les hommes et de ceux actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des hommes, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés	Nombre moyen d'enfants encore en vie
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
	TOUS LES HOMMES														
15-19	97,1	2,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 224	0,03	0,03
20-24	78,9	12,9	5,5	1,4	0,7	0,5	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	100,0	953	0,34	0,30
25-29	41,0	22,6	17,9	9,5	4,1	1,3	1,5	1,3	0,6	0,0	0,1	100,0	812	1,34	1,15
30-34	18,7	17,9	19,0	16,5	8,9	7,9	4,0	2,6	1,7	1,1	1,7	100,0	620	2,64	2,21
35-39	9,7	10,7	16,9	14,4	11,4	9,3	10,8	6,2	4,1	1,6	5,0	100,0	467	3,97	3,39
40-44	3,9	4,5	9,6	8,7	13,5	10,8	9,9	10,7	7,3	6,9	14,3	100,0	394	6,03	5,01
45-49	4,4	3,3	5,3	5,3	10,7	8,9	12,3	12,3	10,1	7,8	19,5	100,0	344	6,94	5,85
Ensemble	51,2	10,9	9,4	6,5	5,0	3,8	3,5	2,9	2,0	1,4	3,3	100,0	4 815	2,02	1,70
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	76,3	17,1	5,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	74	0,31	0,27
20-24	42,4	30,6	17,3	4,1	3,0	2,0	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	100,0	220	1,05	0,90
25-29	19,6	26,2	25,4	14,5	6,1	2,1	2,6	2,3	1,1	0,0	0,1	100,0	462	1,97	1,68
30-34	9,2	17,2	20,9	18,5	11,1	9,7	4,8	3,4	1,8	1,4	1,9	100,0	477	3,08	2,60
35-39	4,6	8,4	16,3	15,2	13,1	10,3	12,7	7,0	4,8	1,6	6,0	100,0	387	4,44	3,79
40-44	2,2	3,2	7,0	8,7	13,9	11,6	9,6	11,5	8,1	7,8	16,3	100,0	346	6,48	5,39
45-49	0,5	3,2	5,2	5,1	9,7	8,8	13,3	13,5	11,2	8,7	20,8	100,0	305	7,41	6,22
Ensemble	13,7	14,8	16,0	11,9	9,5	7,4	6,9	6,0	4,2	2,9	6,7	100,0	2 271	3,90	3,29

4.4 GROSSESSES IMPRODUCTIVES

Lors de l'interview, on a demandé aux femmes si elles avaient eu des grossesses qui n'avaient pas abouti à une naissance vivante et, le cas échéant, le nombre de ces grossesses ainsi que leur issue, à savoir, une fausse couche, un avortement volontaire ou un mort-né. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par nombre de grossesses improductives et le nombre moyen de grossesses improductives selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Précisons que les résultats obtenus doivent être examinés avec prudence dans la mesure où, au Cameroun, seul l'avortement thérapeutique est autorisé. L'avortement non thérapeutique se pratique de façon illégale et dans la clandestinité. On peut donc s'attendre à des sous-déclarations de ce type d'événements et donc à une sous-estimation de l'ensemble des grossesses improductives. Même si l'on considère que, dans

l'ensemble, les grossesses improductives ne sont pas sous-déclarées, on peut supposer que les avortements volontaires ont été déclarés comme des fausses couches. Les résultats présentés doivent donc être considérés comme correspondant à un niveau minimal de grossesses improductives.

De l'examen du tableau 4.7, il ressort que, parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, tous âges confondus, 25 % ont déjà eu, au moins, une grossesse improductive au cours de leur vie féconde. Parmi ces femmes, 15 % n'ont eu qu'une grossesse improductive, 6 % en ont eu deux et 4 % ont eu trois grossesses improductives ou plus. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes ayant eu, au moins une grossesse improductive augmente avec l'âge, passant de 8 % parmi les femmes de 15-19 ans à 41 % parmi celles de 45-49 ans. Ces proportions diffèrent très peu d'un milieu de résidence à l'autre. De même, on ne constate que très peu d'écarts selon le niveau d'instruction et selon le niveau de bien-être des ménages.

Tableau 4.7 Grossesses improductives							
Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par nombre de grossesses improductives, et nombre moyen de grossesses improductives, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004							
Caractéristique socio-démographique	Nombre de grossesses improductives				Total ¹	Effectif de femmes	Nombre moyen de grossesses improductives
	0	1	2	3 ou +			
Âge							
15-19	91,9	6,2	1,2	0,2	100,0	1 470	0,1
20-24	82,6	12,9	3,6	0,7	100,0	2 112	0,2
25-29	74,8	16,5	5,5	2,9	100,0	1 730	0,4
30-34	70,0	19,0	7,4	3,3	100,0	1 347	0,5
35-39	64,0	19,1	9,3	7,3	100,0	1 080	0,7
40-44	58,7	20,8	11,3	8,4	100,0	831	0,8
45-49	58,6	20,8	11,0	9,4	100,0	711	0,8
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	75,1	13,7	6,6	4,6	100,0	1 912	0,4
Autres villes	73,2	15,9	6,6	3,9	100,0	3 038	0,4
Ensemble urbain	74,0	15,0	6,6	4,2	100,0	4 950	0,4
Rural	75,4	15,8	5,4	2,8	100,0	4 331	0,4
Niveau d'instruction							
Aucun	76,4	14,7	5,3	3,2	100,0	2 251	0,4
Primaire	72,8	16,8	6,5	3,4	100,0	3 610	0,4
Secondaire ou plus	75,4	14,4	6,1	3,9	100,0	3 420	0,4
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	77,5	14,0	4,7	3,3	100,0	1 823	0,4
Second	74,9	15,5	6,2	2,8	100,0	1 585	0,4
Moyen	74,3	16,4	6,4	2,7	100,0	1 788	0,4
Quatrième	74,4	16,3	5,3	3,9	100,0	1 975	0,4
Le plus riche	72,6	15,0	7,5	4,6	100,0	2 108	0,5
Ensemble	74,6	15,4	6,0	3,5	100,0	9 280	0,4
¹ Le total inclut les non déterminés							

Au Cameroun, les femmes âgées de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, ont eu, en moyenne, 0,4 grossesse improductive au cours de leur vie. Cette moyenne augmente avec l'âge, d'un minimum de 0,1 chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 0,8 chez celles âgées de 45-49 ans. Par ailleurs, selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage, on constate que le nombre moyen de grossesses improductives ne varie que très peu et se situe entre 0,4 et 0,5.

Aux femmes ayant déclaré avoir eu, au moins une grossesse improductive (25 %), on a demandé quelle avait été l'issue de ces grossesses : 18 % ont déclaré avoir déjà eu, au moins une fausse couche, 4 %, au moins, un mort né et 5 %, au moins un avortement provoqué¹ (tableau 4.8). Comme cela a déjà été mentionné, ces résultats doivent être examinés avec prudence. Comme l'avortement est illégal au Cameroun, on peut s'attendre à des sous-déclarations de ce type d'événement ; de même, certaines femmes ont pu déclarer sciemment un avortement provoqué comme étant une fausse couche. Il est donc possible que la proportion des grossesses improductives ait été sous-estimée et que la proportion d'avortements l'ait été encore plus. Cependant, on peut certainement affirmer qu'au moins 5 % des femmes au Cameroun ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu, au moins, un avortement provoqué au cours de leur vie féconde.

Cette proportion serait plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (8 %), parmi celles de Yaoundé/Douala (9 %) et parmi celles vivant dans les ménages du quintile le plus riche (10 %).

Tableau 4.8 Issue des grossesses improductives				
Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels et ayant déclaré avoir eu, au moins, un avortement provoqué, au moins, une fausse couche et/ou, au moins un mort-né par certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant eu au moins, un avortement provoqué	Pourcentage ayant eu, au moins, une fausse couche	Pourcentage ayant eu, au moins, un mort-né	Effectif de femmes
Âge				
15-19	1,7	5,2	0,7	1 470
20-24	4,5	11,0	2,5	2 112
25-29	5,4	17,5	3,7	1 730
30-34	5,8	21,5	4,8	1 347
35-39	6,9	26,0	6,4	1 080
40-44	5,2	31,7	7,0	831
45-49	4,4	32,9	8,1	711
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	8,5	16,5	2,6	1 912
Autres villes	5,2	19,7	3,6	3 038
Ensemble urbain	6,5	18,5	3,2	4 950
Rural	2,8	17,7	5,0	4 331
Niveau d'instruction				
Aucun	0,4	19,2	4,7	2 251
Primaire	4,1	19,8	4,8	3 610
Secondaire ou plus	8,3	15,6	2,8	3 420
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	0,8	17,0	5,0	1 823
Second	2,7	18,9	5,1	1 585
Moyen	3,5	19,5	4,2	1 788
Quatrième	5,7	17,6	3,9	1 975
Le plus riche	9,8	17,8	2,4	2 108
Ensemble	4,7	18,1	4,0	9 280

¹ Le total de ces trois proportions excède 25 % car une même femme peut avoir eu plusieurs grossesses improductives avec des issues différentes.

4.5 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt, non seulement, une importance certaine dans l'analyse de la fécondité, mais aussi dans la mise en place de programmes en matière de santé de la reproduction. On admet à l'heure actuelle que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leurs risques de décéder (voir Chapitre 8 - Mortalité des enfants). Par ailleurs, les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications durant et après la grossesse (fausses couches, éclampsie). Le tableau 4.9 présente la répartition des naissances, autres que de rang 1, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

On constate que 8 % des naissances sont survenues à moins de 18 mois après la naissance précédente et que 14 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné : au total, dans 22 % des cas, l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans. Néanmoins, une importante proportion de naissances (39 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et plus d'un tiers des enfants (39 %) sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est légèrement supérieure à deux ans et demi (32 mois). Autrement dit, la moitié des naissances interviennent 32 mois après la naissance précédente.

Par rapport à l'âge des femmes, on remarque que les intervalles intergénésiques sont relativement plus courts chez les jeunes femmes (médiane de 30 mois à 20-29 ans) que chez celles âgées de 30 ans ou plus, en particulier celles âgées de 40-49 ans (médiane de 40,2 mois). On constate, par ailleurs, une assez forte proportion (34 %) de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 15-19 ans ; cependant, cela ne reflète pas leur comportement réel car les naissances de rang 1, qui constituent l'essentiel de leur fécondité, ne peuvent être prises en compte dans le calcul.

L'analyse des données du tableau 4.9 montre que le rang de naissance et le sexe n'ont pas d'incidence sur l'écart entre les naissances : la différence entre les intervalles intergénésiques est en effet très faible. Par contre, la survie de l'enfant précédent constitue un facteur important de différenciation. En effet, lorsque l'enfant précédent est décédé, dans 50 % des cas, il est suivi d'une autre naissance dans les 27,5 mois. Par contre, lorsque l'enfant précédent survit, cet écart est de 32,8 mois, soit environ 5 mois plus tard. Ainsi, les naissances qui suivent les enfants décédés se produisent beaucoup plus tôt que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 37 % des naissances ont lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent, si celui-ci est décédé, 19 % lorsqu'il est toujours en vie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le désir des parents de remplacer assez rapidement l'enfant décédé.

Par ailleurs, c'est en milieu rural que l'intervalle médian entre naissances est le plus faible (31,1 mois contre un maximum de 36,3 à Yaoundé/Douala). L'écart entre le milieu rural et le milieu urbain est de 2,5 mois alors qu'il n'était que de 1,3 mois en 1998 et de 0,6 mois en 1991. Les villes de Yaoundé/Douala se caractérisent par une forte proportion (81 %) de naissances survenues après un intervalle de 24 mois dont 35 % interviennent dans un intervalle d'au moins 4 ans.

S'agissant des régions, on constate que l'intervalle intergénésique varie d'un niveau minimum de 28,8 mois dans le Nord à un niveau maximum de 36,2 mois dans le Sud-Ouest. Cependant, à l'Est, 30 % des naissances surviennent avant deux ans contre 15 % dans le Nord-Ouest.

Tableau 4.9 Intervalle intergénérisique

Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Intervalle intergénérisique en mois					Total	Effectif de naissances suivant une première naissance	Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Âge								
15-19	15,3	18,6	51,1	11,1	4,0	100,0	133	26,7
20-29	8,5	16,8	42,7	19,6	12,4	100,0	3 177	30,0
30-39	6,5	11,3	36,5	21,4	24,2	100,0	2 286	34,3
40-49	5,6	10,4	26,7	18,1	39,1	100,0	570	40,2
Rang de naissance								
2-3	7,6	14,2	40,5	18,8	18,8	100,0	2 704	31,5
4-6	7,1	14,6	38,0	21,0	19,3	100,0	2 253	32,1
7+	8,7	13,3	38,0	20,7	19,3	100,0	1 209	32,7
Sexe de la naissance précédente								
Masculin	7,3	13,1	40,3	20,6	18,7	100,0	3 043	32,1
Féminin	7,9	15,3	37,9	19,3	19,5	100,0	3 123	31,9
État de survie de la naissance précédente								
En vie	6,2	13,1	39,9	21,0	19,7	100,0	5 264	32,8
Décédée	16,0	20,7	34,2	14,0	15,2	100,0	902	27,5
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	7,6	11,1	30,6	16,0	34,6	100,0	696	36,3
Autres villes	7,8	14,2	36,9	20,4	20,7	100,0	1 813	33,0
Ensemble urbain	7,8	13,4	35,2	19,2	24,6	100,0	2 510	33,6
Rural	7,5	14,8	41,8	20,5	15,3	100,0	3 656	31,1
Région								
Adamaoua	6,8	14,7	43,7	18,6	16,2	100,0	265	31,2
Centre	8,0	13,5	45,3	16,5	16,6	100,0	492	30,4
Douala	9,5	11,2	28,3	14,5	36,5	100,0	358	36,3
Est	12,2	17,8	32,5	17,9	19,6	100,0	342	30,3
Extrême-Nord	8,5	18,1	40,1	20,7	12,6	100,0	1 461	29,9
Littoral	6,0	8,5	36,2	21,9	27,4	100,0	214	35,8
Nord	8,1	18,2	46,1	16,8	10,8	100,0	806	28,8
Nord-Ouest	4,0	10,9	36,7	28,9	19,4	100,0	581	35,5
Ouest	6,1	10,6	42,6	21,1	19,5	100,0	737	33,3
Sud	9,2	12,5	33,1	20,0	25,3	100,0	225	33,3
Sud-Ouest	8,0	9,4	32,0	21,6	29,0	100,0	346	36,2
Yaoundé	5,6	11,1	33,0	17,7	32,6	100,0	338	36,3
Niveau d'instruction								
Aucun	7,3	17,6	41,6	20,3	13,2	100,0	2 011	30,3
Primaire	8,2	13,1	39,1	20,5	19,2	100,0	2 695	32,1
Secondaire ou plus	7,1	11,6	35,7	18,6	27,0	100,0	1 460	34,2
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,8	16,3	42,8	21,5	12,5	100,0	1 723	30,7
Second	8,0	15,2	42,3	20,3	14,3	100,0	1 299	30,9
Moyen	8,5	12,6	38,3	20,7	20,0	100,0	1 288	32,4
Quatrième	7,4	12,1	35,4	18,9	26,2	100,0	1 072	34,3
Le plus riche	7,7	13,5	31,9	16,4	30,4	100,0	784	34,3
Ensemble	7,6	14,2	39,1	20,0	19,1	100,0	6 166	32,0

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, on constate que l'intervalle intergénéral des femmes sans instruction (30,3 mois) est inférieur à celui des femmes ayant un niveau d'instruction primaire (32,1 mois). En outre, le fait d'avoir, au moins, un niveau d'instruction secondaire prolonge cet intervalle médian de 4 mois (34,2 mois) par rapport aux femmes sans niveau d'instruction. Enfin, c'est parmi les femmes sans niveau d'instruction que la proportion de naissances qui se suivent à un intervalle de moins de 2 ans est la plus élevée (25 %).

Par rapport au bien-être économique du ménage, on constate que 50 % des enfants des ménages du quintile le plus riche naissent 34,3 mois après leur aîné, soit environ 4 mois plus tard que les enfants des ménages du quintile le plus pauvre. Toutefois, la proportion des naissances qui surviennent à moins de 2 ans de la naissance précédente est très peu différente d'une catégorie de ménage à une autre.

4.6 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

La descendance finale est généralement influencée par l'âge auquel les femmes ont eu leur première naissance, en particulier lorsque l'utilisation de la contraception est faible. Plus l'âge à la première naissance est précoce, plus la probabilité qu'une femme ait de nombreux enfants est élevée, mais un âge trop précoce peut aussi avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère et constituer un facteur de risque de mortalité des enfants. Le tableau 4.10 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 4.10 Âge à la première naissance								
Pourcentage de femmes qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, Cameroun 2004								
Âge actuel	Pourcentage qui ont eu une première naissance avant d'atteindre l'âge :					Pourcentage de femmes sans naissance vivante	Effectif des femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	3,2	na	na	na	na	77,3	2 684	a
20-24	7,6	33,0	55,2	na	na	30,5	2 252	19,5
25-29	8,7	35,9	55,4	71,0	82,8	12,6	1 747	19,4
30-34	10,8	38,2	60,0	73,3	84,5	6,1	1 350	19,0
35-39	9,1	39,0	61,7	77,7	89,6	3,7	1 080	18,9
40-44	8,9	36,9	59,0	76,3	88,3	3,8	832	19,2
45-49	7,7	36,6	57,5	75,0	85,9	3,7	711	19,2
na = Non applicable								
a = Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.								

Les résultats montrent que dans l'ensemble, les femmes au Cameroun ont eu leur premier enfant entre 19 et 20 ans. Parmi les femmes de 20-24 ans, 31 % étaient encore sans enfant au moment de l'enquête mais 33 % avaient eu leur premier enfant avant d'atteindre 18 ans et 55 % avant d'atteindre 20 ans. L'âge médian à la première naissance n'a pratiquement pas subi de modification d'une génération à l'autre (d'un minimum de 18,9 ans à un maximum de 19,5 ans) et aucune tendance ne permet de conclure à un rajeunissement ou à un vieillissement de cet âge médian à la première naissance.

Selon les résultats présentés au tableau 4.11 on peut noter que l'âge médian à la première naissance s'établit à 19,1 ans pour les femmes de 25-49 ans ; il est quasiment le même que celui observé à l'EDSC-II de 1998 (19,0 ans) pour les femmes du même groupe d'âges. D'après l'EDSC-I de 1991, la première naissance intervenait légèrement plus tôt puisque l'âge médian était alors estimé à 18,7 ans. Si l'on compare cet âge médian à la première naissance à l'âge médian à la première union (17,6 ans), on constate qu'il existe un intervalle de 1,5 ans entre le début de l'union et la venue du premier enfant. C'est à peu près le même intervalle (1,6 ans) qui avait été observé à l'EDSC-II de 1998.

Tableau 4.11 Âge médian à la première naissance selon certaines caractéristiques socio-démographiques								
Âge médian à la première naissance des femmes de 20 (25)-49 ans par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004								
Caractéristique socio-démographique	Âge actuel						Âge	Âge
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	20-49	25-49
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	a	22,4	20,8	19,6	20,0	19,8	a	20,8
Autres villes	a	19,5	18,7	19,2	19,1	19,3	19,4	19,2
Ensemble urbain	a	20,6	19,3	19,3	19,5	19,5	a	19,7
Rural	18,2	18,3	18,6	18,4	18,8	18,8	18,4	18,6
Région								
Adamaoua	17,9	18,6	18,2	19,0	18,3	19,5	18,5	18,8
Centre	19,6	18,8	19,2	18,7	19,4	19,4	19,2	19,1
Douala	a	22,8	21,7	19,8	20,1	19,6	a	21,1
Est	18,0	19,6	19,3	20,1	18,4	20,1	18,9	19,4
Extrême-Nord	17,3	17,3	16,9	17,3	17,5	19,7	17,4	17,5
Littoral	a	21,2	20,1	19,5	18,9	18,5	a	19,8
Nord	17,9	17,9	18,2	17,9	18,9	17,7	18,0	18,0
Nord-Ouest	19,6	19,2	19,8	19,2	20,1	20,0	19,6	19,5
Ouest	19,5	19,7	19,7	19,4	19,4	18,8	19,4	19,4
Sud	18,6	18,4	18,1	18,8	19,1	18,4	18,6	18,6
Sud-Ouest	a	20,5	18,8	18,9	18,3	18,5	19,7	19,2
Yaoundé	a	22,0	19,5	19,2	20,0	20,3	a	20,4
Niveau d'instruction								
Aucun	17,1	17,4	17,2	17,5	18,0	18,9	17,5	17,7
Primaire	18,8	18,8	18,7	18,9	18,9	18,8	18,8	18,8
Secondaire ou plus	a	21,6	20,8	20,1	20,9	20,4	a	20,9
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	18,0	17,9	18,0	17,9	18,8	19,0	18,1	18,1
Second	17,6	18,1	18,2	18,7	18,8	18,8	18,2	18,5
Moyen	18,7	19,0	18,9	18,6	18,7	18,9	18,8	18,8
Quatrième	a	20,3	19,1	19,0	19,0	19,1	19,6	19,3
Le plus riche	a	22,0	21,1	20,2	20,2	20,1	a	20,9
Ensemble	19,5	19,4	19,0	18,9	19,2	19,2	19,2	19,1
a = Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.								

Le tableau 4.11 présente l'âge médian à la première naissance en fonction des différentes caractéristiques socio-économiques. L'âge médian à la première naissance présente des variations assez importantes selon les caractéristiques socio-démographiques. En effet, la venue d'un premier enfant intervient plus tôt chez les femmes en milieu rural (18,6 ans) que chez celles du milieu urbain (19,7 ans)

et c'est à Yaoundé/Douala (20,8 ans) que l'âge médian à la première naissance est le plus tardif. En dehors de Yaoundé et Douala, l'âge médian à la première naissance varie d'un minimum de 17,5 ans dans l'Extrême-Nord à un maximum de 19,8 ans dans le Littoral. Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes tend à influencer leur âge médian à la première naissance : les femmes sans niveau d'instruction (17,7 ans) et celles ayant un niveau d'instruction primaire (18,8 ans) se distinguent par un âge médian à la première naissance plus précoce que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (20,9 ans). Contrairement à ce qui avait été observé à l'EDSC-II, on note que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire se détachent nettement des femmes sans aucune instruction. L'écart entre les deux groupes était de 0,1 an en 1998 et il est de 1,1 an en 2004. À l'EDSC-II, l'effet du niveau d'instruction sur la primo-fécondité n'était perceptible que lorsque la femme avait au moins un niveau d'instruction secondaire². De plus, la comparaison des résultats de l'EDSC-III à ceux de l'EDSC-II, montre que l'âge médian à la première naissance des femmes sans niveau d'instruction a diminué d'un an ; il est resté stable pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ; par contre, l'âge à la première naissance a augmenté d'une année chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les résultats selon le niveau de bien-être du ménage montrent que l'arrivée de la première naissance parmi les femmes des ménages du quintile le plus riche (20,9 ans) est plus tardive et intervient 2,8 ans après celle des femmes des ménages du quintile le plus pauvre (18,1 ans).

4.7 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

La fécondité des adolescentes (jeunes femmes de 15-19 ans), de par sa contribution à la fécondité générale, occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction. Le Gouvernement du Cameroun, conscient de cette contribution et du rôle de la fécondité des adolescentes dans la transition démographique, a mis en œuvre, avec l'appui des partenaires (notamment l'UNFPA), sa Politique Nationale en Santé de la Reproduction³. Cette politique comporte entre autre, un important volet sur la Santé de Reproduction des Adolescents (SRA). Il est important d'examiner la fécondité des adolescentes pour des raisons diverses. Premièrement, les enfants nés de mère très jeune courent des risques élevés de morbidité et de mortalité. Deuxièmement, les mères adolescentes sont plus exposées aux complications durant la grossesse et moins aptes à les gérer, ce qui leur fait courir des risques accrus de complications pendant l'accouchement et des risques plus élevés de décéder de causes maternelles. Troisièmement, leur entrée précoce dans la vie reproductive réduit considérablement leurs opportunités scolaires et donc professionnelles.

Ces adolescentes qui constituent 25 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 14 % à la fécondité totale des femmes. En outre, l'âge médian à la première naissance (19,1 ans) se situe dans cette tranche d'âges. Le tableau 4.12 présente les proportions par âge détaillé entre 15 et 19 ans, des adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, on constate que près de trois jeunes femmes de 15-19 ans sur dix (28 %) ont déjà commencé leur vie féconde : 23 % sont déjà mères et 6 % sont enceintes pour la première fois. À l'âge de 15 ans, 7 % des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge (graphique 4.6) : à 17 ans, 25 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois et, à 19 ans, cette proportion concerne plus de la moitié des femmes (53 %) dont la grande majorité (47 %) a déjà, au moins, un enfant.

² L'écart entre l'âge médian à la première naissance entre les femmes sans niveau d'instruction et celles du niveau d'instruction secondaire ou plus était de 1,2 an en 1998.

³ La déclaration de la politique Nationale de la Santé de la Reproduction a été adoptée en février 2001.

Tableau 4.12 Grossesse et fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

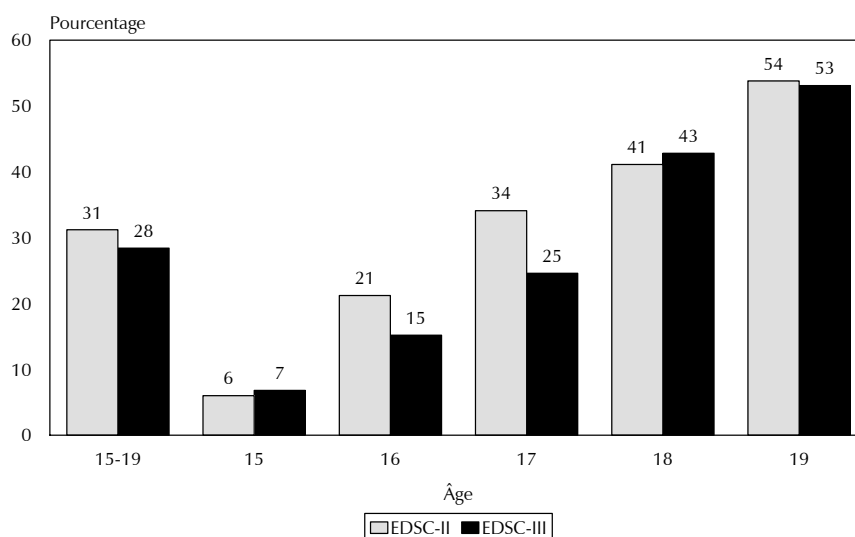
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de femmes :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif de femmes
	Mères	Enceintes d'une première naissance		
Âge				
15	3,5	3,3	6,8	599
16	9,5	5,7	15,2	495
17	19,9	4,7	24,6	484
18	34,2	8,6	42,8	595
19	47,3	5,9	53,1	512
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	12,2	3,3	15,4	579
Autres villes	21,9	4,7	26,6	1 011
Ensemble urbain	18,3	4,2	22,5	1 590
Rural	29,0	7,8	36,8	1 094
Région				
Adamaoua	22,6	10,0	32,6	102
Centre	27,2	6,6	33,9	220
Douala	10,8	2,3	13,1	305
Est	38,8	6,5	45,3	131
Extrême-Nord	36,2	8,4	44,6	385
Littoral	12,4	4,8	17,2	132
Nord	24,4	5,0	29,4	227
Nord-Ouest	21,0	6,4	27,4	291
Ouest	18,5	5,3	23,8	324
Sud	34,0	5,1	39,1	123
Sud-Ouest	17,9	4,5	22,4	170
Yaoundé	13,7	4,3	18,0	274
Niveau d'instruction				
Aucun	41,3	8,9	50,2	384
Primaire	26,5	6,9	33,4	999
Secondaire ou plus	14,3	3,8	18,1	1 302
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	30,1	6,2	36,3	378
Second	35,3	10,6	45,8	453
Moyen	24,7	5,2	30,0	541
Quatrième	19,6	5,4	25,1	615
Le plus riche	11,7	2,8	14,4	698
Ensemble	22,7	5,7	28,4	2 684

Selon le milieu de résidence, on constate que les adolescentes résidant en milieu rural commencent leur vie féconde beaucoup plus tôt que leurs consœurs de Yaoundé/Douala et des Autres villes. En effet, en milieu rural, 37 % d'adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde contre 27 % dans les Autres villes et 15 % à Yaoundé/Douala. Ces écarts relativement importants signifient que les adolescentes ont un comportement différent en matière de procréation selon le milieu de résidence.

Par rapport aux régions, on constate aussi des disparités : la proportion d'adolescentes qui ont commencé leur vie féconde varie d'un minimum de 17 % dans le Littoral à un maximum de 45 % à l'Est et à l'Extrême-Nord. L'entrée précoce en vie reproductive est plus fréquente parmi les adolescentes sans niveau d'instruction (50 %) que parmi celles qui sont instruites (50 % contre 33 % pour le primaire et 18 % pour le secondaire). De même, dans les ménages des deux quintiles les plus pauvres, la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est beaucoup plus élevée que celle du quintile le plus riche (respectivement, 36 % et 46 % contre 14 %).

Enfin, il faut signaler que la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde n'a que peu varié entre 1998 et 2004, passant de 31 % en 1998 à 28 % en 2004 (graphique 4.6).

Graphique 4.6 Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde selon l'EDSC-II et l'EDSC-III



Martin TSAFACK et Robert SIMO KENGNE

Comme dans la plupart des pays africains, la population du Cameroun a pendant longtemps eu un comportement pro-nataliste lié au prestige, à la satisfaction économique et psychologique que procure une descendance nombreuse. Ce comportement s'est reflété dans les positions gouvernementales et les questions liées à la limitation des naissances étaient alors considérées comme tabous. Cependant, depuis le début des années 80, la position du Gouvernement sur la croissance démographique a commencé à évoluer, passant d'un pro-natalisme affirmé à une politique volontariste de maîtrise de la procréation. Dans le rapport de politique générale au Congrès de l'Union Nationale Camerounaise, le Président National de ce Parti, alors Chef de l'Etat, déclarait :

« ...Si l'amélioration des services de la Santé se développe, le taux d'augmentation naturelle de la population passera à 3 % par an en 1985, et à 3,5 % en l'an 2000, et, de 7,7 millions qu'était notre population en 1976, elle atteindrait 16,5 millions d'habitants en l'an 2000. En l'an 2025, si ce scénario se maintient, notre population aura dépassé les 40 millions d'habitants.

Nous devons en conséquence considérer que l'accroissement impétueux de la population est inquiétant et pose de sérieux problèmes dont la solution conditionne notre devenir. Notre devoir est alors de faire appel à nos ressources d'imagination, à nos facultés d'innovation et de créativité pour faire en sorte que la stratégie de la croissance économique intègre les problèmes que pose l'expansion démographique à la politique de développement.

La finalité essentielle de notre démarche doit par conséquent être l'effort de maîtrise de notre croissance et de notre planification du développement... »

Ainsi, la promulgation de la loi N° 080/10 du 14 juillet 1980 sur la profession des pharmaciens n'a pas repris les dispositions de l'article 101 de la loi N° 29/69 du 29 mai 1969 interdisant la vente et la publicité des contraceptifs. Le gouvernement s'est officiellement exprimé à plusieurs occasions, notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population de Mexico en 1984 ; pour le Cameroun, la planification familiale était synonyme d'espacement des naissances en vue de préserver la santé de la mère et de l'enfant et de lutter contre la stérilité. En 1986, la position du Gouvernement s'est clairement affirmée en faveur de la planification familiale dans le discours du Chef de l'Etat lors de la présentation du VIème Plan à l'Assemblée Nationale lorsqu'il a déclaré :

« ... C'est le lieu me semble-t-il, d'attirer l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée. Il s'agit par conséquent, non pas de rompre avec nos convictions religieuses et nos us et coutumes en ce domaine, mais de tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une paternité consciente et responsable... ».

Cette évolution a conduit à l'adoption en 1992, avec l'appui de l'UNFPA, de la Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP)¹ laquelle comporte un ensemble de mesures qui visent la promotion de la planification familiale. C'est ainsi que la Déclaration de la politique nationale de mise en œuvre de réorientation des soins de santé primaires, pierre angulaire de la politique sectorielle de santé, a été adoptée par le Gouvernement en 1993. Celle-ci vise le renforcement et l'intégration des services de SMI/PF dans les soins de santé primaires à tous les niveaux d'intervention de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique).

À la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994, le Cameroun a organisé en décembre 1999, un symposium national sur la santé de la reproduction. Les résolutions de ce symposium ont conduit à l'adoption, en février 2001, de la Déclaration de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction avec l'appui de l'UNFPA.

Parallèlement, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) ont aussi pris place dans cette mouvance. L'Association Camerounaise pour le Bien-être Familial (CAMNAFAW) a été créée en 1987 et légalisée en 1989. Elle a pour principale mission d'appuyer les efforts du Gouvernement dans la promotion du bien-être des populations camerounaises en matière de santé de la reproduction, y compris la planification familiale. C'est également en 1989 que le Programme de Marketing Social au Cameroun (PMSC)² a démarré ses activités. Celles-ci ont pour objectifs, entre autres, la promotion de l'idée de santé familiale et la prévention des IST/Sida par la vente de condoms. En 1997, le projet Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS) a démarré ses activités. L'un de ses objectifs est d'accroître l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale parmi les femmes en âge de procréer. En outre, de plus en plus d'ONG oeuvrent à des degrés divers à la promotion de la planification familiale et à la lutte contre les IST/Sida.

En définitive, on peut dire que les activités en matière de planification familiale ont commencé à se systématiser à travers des actions suivantes:

- l'aménagement de la législation sur la vente et la publicité des contraceptifs ;
- le développement du Programme SMI/PF à travers l'ouverture des centres de PF ;
- les campagnes de sensibilisation et d'éducation des populations à la parenté responsable.

Comme lors des deux précédentes enquêtes, l'EDSC-III a collecté des informations sur les méthodes contraceptives pour appréhender les éventuelles modifications intervenues au cours des dernières années en matière de contraception. Par rapport à la planification familiale, l'enquête a collecté des données sur :

- la connaissance et la pratique passée et présente de la contraception ;
- la connaissance de la période féconde ;
- les sources d'approvisionnement en contraception ;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;

¹ Celle-ci a été révisée en 2002 pour prendre en compte les thèmes émergents tels que la santé de la reproduction, l'égalité et l'équité entre les sexes, la pandémie du VIH/Sida, etc.

² Le PMSC est devenu aujourd'hui l'Association Camerounaise de Marketing Social (ACMS).

- les opinions et les attitudes face à la contraception.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, ainsi qu'une source d'approvisionnement. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes qui comprennent la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées) et la pilule du lendemain ;
- les méthodes traditionnelles, il s'agit de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), de la continence périodique et du retrait ;
- les méthodes dites « populaires », comme les herbes, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Lors de l'enquête, la collecte des informations sur la connaissance des méthodes contraceptives s'est faite selon la méthodologie suivante : on a demandé à chaque enquêtée de citer spontanément les méthodes contraceptives qu'elle connaissait. Si certaines des méthodes prévues dans le questionnaire n'étaient pas citées, l'enquêtrice essayait de décrire brièvement chacune d'elles et elle enregistrerait ensuite si oui ou non l'interviewée en avait entendu parler. On considère alors qu'une femme connaît une méthode si elle l'a citée spontanément ou l'a reconnue après description. Contrairement à ce qui avait été fait au cours des deux premières enquêtes (EDSC-I et EDSC-II), les questions sur la connaissance des méthodes contraceptives n'ont pas été posées aux hommes en 2004.

L'enquête révèle (tableau 5. 1) qu'au Cameroun, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est très élevé puisque neuf femmes sur dix (90 %) ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive. En général, les femmes connaissent mieux les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles ou populaires. En effet, sur 10 femmes, neuf (90 %) connaissent les méthodes modernes contre environ sept (69 %) pour les méthodes traditionnelles et une seulement (8 %) pour les méthodes populaires.

Ce niveau de connaissance est le même chez les femmes en union, cela, quel que soit le type de méthode. Par contre, c'est parmi les femmes non en union sexuellement actives³ que le niveau de connaissance est le plus élevé : 99 % pour une méthode quelconque comme pour une méthode moderne, 92 % pour une méthode traditionnelle et 15 % pour une méthode populaire. Ce niveau de connaissance est également assez élevé chez les femmes non en union ayant déjà eu des rapports sexuels mais qui n'en ont pas eu au cours du mois précédant l'enquête. En effet, chez ces dernières, 96 % connaissent au moins une méthode quelconque, 95 % au moins une méthode moderne et 83 % au moins une méthode traditionnelle.

En général, le nombre moyen de méthodes est identique parmi l'ensemble des femmes et parmi les femmes en union (5,8) contre un minimum de 3,9 méthodes chez les femmes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels. Ce sont les femmes qui ne sont pas en union mais qui ont été sexuellement actives au cours du dernier mois qui connaissent le nombre moyen de méthodes le plus élevé (7,7). À l'opposé, les femmes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels se caractérisent par le nombre moyen de méthodes connues le plus faible (3,9).

³ Femmes ayant déjà eu des rapports sexuels et qui les ont eus au cours des quatre semaines précédant l'enquête.

Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentage de femmes, de femmes actuellement en union, de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et de femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, selon les méthodes, Cameroun 2004

Méthode contraceptive	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Femmes non en union ayant déjà eu des rapports sexuels		Femme non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement active au cours du dernier mois	Non active sexuellement au cours du dernier mois	
Une méthode quelconque	90,3	89,0	99,3	95,9	87,0
Une méthode moderne	89,6	88,2	99,0	95,2	86,6
Stérilisation féminine	45,5	46,4	58,5	53,7	25,8
Stérilisation masculine	10,9	10,2	18,0	13,0	9,0
Pilule	69,2	70,6	85,3	77,0	46,1
DIU	36,9	36,6	52,8	45,4	22,0
Injectables	61,9	65,7	70,6	66,5	33,1
Implants	33,5	36,4	43,9	34,3	12,9
Condom masculin	86,2	83,9	98,3	93,1	84,8
Condom féminin	43,3	39,9	63,9	53,9	40,3
Diaphragme	14,1	12,0	23,9	19,4	14,7
Mousse/gelée	13,2	12,9	22,1	15,4	8,7
Contraception d'urgence	18,7	17,8	32,5	25,8	9,9
Une méthode traditionnelle	68,6	66,2	92,1	82,8	55,3
MAMA ¹	27,3	29,5	33,5	27,6	13,0
Contenance périodique	63,8	60,6	89,3	78,4	52,9
Retrait	44,3	45,8	65,0	53,1	17,4
Méthode populaire	8,0	8,0	14,5	9,3	3,4
Nombre moyen de méthodes connues	5,8	5,8	7,7	6,7	3,9
Effectif de femmes	10 656	7 166	597	1 526	1 368

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

En ce qui concerne la connaissance par méthode spécifique, le tableau 5.1 indique que quel que soit le groupe de femmes, c'est le condom masculin qui est la méthode la plus fréquemment connue (au moins quatre femme sur cinq), suivie de la pilule (69 %) puis des injectables (62 %) ; la méthode la moins connue étant, quelle que soit la catégorie de femmes, la stérilisation masculine.

Il est intéressant de comparer le niveau de connaissance des méthodes contraceptives observé au cours de l'EDSC-III de 2004 à celui des deux premières enquêtes : cela permet d'apprécier l'impact des efforts faits dans la promotion de la planification familiale au Cameroun. Ainsi, on constate que le niveau de connaissance des méthodes contraceptives s'est constamment amélioré chez les femmes depuis 1991, qu'elles soient en union ou non. En effet, la proportion des femmes connaissant au moins une méthode contraceptive est passée de 73 % en 1991 à 81 % en 1998 et à 90 % en 2004. Chez les femmes en union, cette proportion est passée de 70 % en 1991 à 77 % en 1998 et à 89 % en 2004. Ce constat est valable si l'on se limite aux seules méthodes modernes.

Il faut souligner que l'amélioration du niveau de connaissance des méthodes contraceptives, bien que touchant toutes les méthodes, est principalement imputable à la progression de la connaissance du condom masculin : en 1991, 44 % des femmes en union avaient déclaré connaître le condom masculin ; en 1998, cette proportion était de 74 % et en 2004, elle est de 84 %.

Le tableau 5.2 présente les variations du niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon les variables socio-démographiques parmi les femmes en union. Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives varie selon l'âge ; c'est parmi les femmes de 45-49 ans qu'il est le plus faible (83 %) ; parmi celles de 20-24 ans et de 35-39 ans, il atteint un maximum de 90 %. Les résultats selon le milieu de résidence mettent aussi en évidence des écarts de connaissance : c'est en rural que la proportion de femmes qui ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive est, de loin, la plus faible (82 %) ; que ce soit à Yaoundé/Douala ou dans les autres villes, plus de neuf femmes sur dix connaissent, au moins, une méthode (respectivement, 99 % et 96 %). En fonction des régions, on constate que dans les trois provinces septentrionales (82 % dans l'Adamaoua, 72 % dans le Nord et 68 % dans l'Extrême-Nord) le niveau de connaissance est plus faible que dans celles des autres régions du pays (96 % à l'Est et plus de 98 % dans toutes les autres régions). De même, les femmes sans niveau d'instruction ont un niveau de connaissance faible (67 %) par rapport à celles qui ont fréquenté l'école (96 % des femmes du niveau d'instruction primaire et 100 % des femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus). On remarque enfin que le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est influencé par le niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme : la proportion de femmes qui connaissent, au moins, une méthode augmente des ménages les plus pauvres aux plus riches (72 % dans le quintile le plus pauvre à 99 % dans le plus riche).

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de celles qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne ¹	Effectif de femmes
Âge actuel			
15-19	86,6	85,0	828
20-24	91,1	90,4	1 563
25-29	90,1	89,6	1 448
30-34	89,6	89,1	1 149
35-39	90,2	89,4	929
40-44	87,5	86,2	691
45-49	82,8	81,6	558
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	98,9	98,6	1 247
Autres villes	95,8	95,2	2 251
Ensemble urbain	96,9	96,4	3 498
Rural	81,5	80,4	3 667
Région			
Adamaoua	82,2	80,3	322
Centre	99,5	97,8	578
Douala	99,4	99,2	618
Est	95,8	91,9	361
Extrême-Nord	67,8	67,1	1 410
Littoral	99,6	98,8	258
Nord	72,3	72,0	788
Nord-Ouest	98,9	98,7	620
Ouest	98,5	97,8	840
Sud	99,3	98,7	285
Sud-Ouest	99,7	98,8	456
Yaoundé	98,3	97,9	629
Niveau d'instruction			
Aucun	67,3	65,9	2 058
Primaire	96,2	95,3	2 888
Secondaire ou plus	99,8	99,6	2 220
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	72,1	71,2	1 639
Second	83,2	81,6	1 318
Moyen	95,0	93,7	1 363
Quatrième	98,0	97,6	1 427
Le plus riche	99,4	99,2	1 418
Ensemble	89,0	88,2	7 166

¹ Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injections, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse ou gelée, et la contraception d'urgence.

Enfin, les variations selon les variables socio-démographiques du niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes sont identiques à celles observées pour l'ensemble des méthodes.

5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation des méthodes contraceptives est l'objectif ultime des programmes de planification familiale, et la prévalence contraceptive constitue l'un des indicateurs le plus important permettant d'évaluer ces programmes. Les données de l'EDSC-III permettent d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle, c'est-à-dire au moment de la collecte des données.

5.2.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêtrice a ensuite demandé si elles l'avaient déjà utilisée. Cette information permet de mesurer le niveau de la pratique contraceptive à un moment quelconque, par méthode spécifique. Le tableau 5.3 présente les résultats pour l'ensemble des femmes, les femmes en union et les femmes non en union et sexuellement actives. On peut y lire qu'au moment de l'enquête, plus de la moitié des femmes (54 %) avaient déjà utilisé au moins une méthode contraceptive. Cependant, seulement 38 % avaient déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, les méthodes traditionnelles ou populaires ayant été les plus fréquemment utilisées (47 %). On constate que, bien que le niveau de connaissance des méthodes modernes soit plus élevé que celui des

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes, de femmes actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Méthode moderne												Méthode traditionnelle				Effectif de femmes		
	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation fém.	Stérilisation masc.	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom masc.	Condom fém.	Dia-phragme	Mousse/gelée	Pilule du lendemain	Une méthode traditionnelle	MAMA	Continence périodique		Retrait	Autres
TOUTES LES FEMMES																			
15-19	36,7	26,9	0,0	0,1	1,5	0,1	1,2	0,2	25,2	0,3	0,0	0,2	1,6	29,2	1,6	26,8	8,5	1,2	2,684
20-24	63,0	48,3	0,0	0,1	5,5	0,1	2,2	0,4	46,0	0,6	0,1	0,7	3,2	54,9	5,7	49,5	24,8	2,8	2,252
25-29	63,0	46,6	0,0	0,0	8,5	0,5	4,4	1,0	41,3	0,6	0,0	0,9	4,0	55,7	8,4	49,9	29,3	3,9	1,747
30-34	60,0	40,5	0,6	0,3	13,0	1,3	6,3	0,8	32,5	1,0	0,2	0,8	2,9	52,3	10,0	47,0	26,4	3,3	1,350
35-39	58,6	38,8	1,9	0,1	16,9	2,3	9,1	1,6	26,3	0,7	0,0	1,8	3,1	51,6	11,8	44,4	23,8	3,0	1,080
40-44	56,0	34,0	3,4	0,1	14,0	2,8	9,0	1,5	19,6	0,3	0,1	2,0	1,8	48,5	9,6	40,7	22,9	3,4	832
45-49	49,8	25,7	5,2	0,1	12,4	3,6	5,7	0,3	11,5	0,1	0,4	1,1	0,4	43,4	10,2	35,9	17,2	3,9	711
Ensemble	54,1	38,1	0,9	0,1	8,2	1,0	4,3	0,7	31,9	0,5	0,1	0,9	2,6	46,6	6,9	41,4	20,9	2,8	10,656
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																			
15-19	49,3	36,6	0,0	0,0	2,2	0,2	2,7	0,0	33,4	0,4	0,0	0,3	2,1	40,5	4,1	34,6	16,6	2,4	828
20-24	59,9	43,7	0,0	0,2	5,6	0,1	2,8	0,5	40,9	0,8	0,0	0,7	2,6	53,3	6,6	47,4	24,1	2,5	1,563
25-29	59,8	42,9	0,0	0,0	8,4	0,5	4,7	0,9	37,4	0,4	0,0	1,0	3,2	53,3	8,9	46,9	28,3	3,4	1,448
30-34	57,4	37,1	0,7	0,2	12,1	1,1	5,5	0,7	28,9	0,7	0,0	0,7	2,6	50,2	10,0	44,8	26,2	2,6	1,149
35-39	57,7	37,5	2,2	0,2	16,2	2,0	8,9	1,5	24,6	0,5	0,0	1,8	3,0	51,5	12,4	44,3	24,6	3,0	929
40-44	55,7	33,1	3,3	0,1	14,0	3,1	9,5	1,6	18,4	0,2	0,2	1,8	1,6	48,2	9,5	40,2	23,1	3,1	691
45-49	47,2	26,4	6,2	0,1	12,5	4,3	5,9	0,4	10,6	0,1	0,5	1,1	0,6	40,6	10,3	34,0	16,1	3,2	558
Ensemble	56,6	38,5	1,2	0,1	9,6	1,2	5,3	0,8	30,7	0,5	0,1	1,0	2,5	49,6	8,6	43,3	23,8	2,9	7,166
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES ¹																			
Ensemble	90,8	82,3	0,1	0,4	12,3	1,2	4,6	1,1	78,5	2,1	0,4	1,6	7,4	74,8	6,3	69,1	36,1	6,3	597

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.

méthodes traditionnelles et populaires, sur le plan de l'utilisation par contre, les méthodes traditionnelles et populaires sont celles auxquelles les femmes ont eu le plus fréquemment recours. Cette utilisation de la contraception (une méthode quelconque) à un moment quelconque de la vie varie avec l'âge : elle est moins fréquente chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (37 %) ou de 45-49 ans (50 %) que chez celles âgées de 20-44 ans (au moins 56 %). Le condom masculin est la méthode moderne qui a été la plus fréquemment utilisée (32 %), suivie de la pilule (8 %), des injectables (4 %) et de la pilule du lendemain (3 %) ; les autres méthodes modernes n'ont pratiquement pas été utilisées (moins de 1 % pour chacune). Parmi les méthodes traditionnelles, on remarque que c'est la continence périodique (41 %) et le retrait (21 %) qui ont été les méthodes les plus utilisées.

Chez les femmes en union, le niveau de la pratique contraceptive à un moment quelconque est pratiquement identique à celui de l'ensemble des femmes : 57 % ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive, 39 %, au moins, une méthode moderne et 50 %, au moins, une méthode traditionnelle ou populaire. De même que pour l'ensemble des femmes, les femmes en union ont plus fréquemment utilisé les méthodes traditionnelles et populaires que les méthodes modernes. Le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque reste plus faible chez les femmes en union âgées de 15-19 ans (49 %) et de 45-49 ans (47 %) que chez celles des autres groupes d'âges (plus de 56 %). Les méthodes modernes les plus utilisées restent le condom masculin (31 %), la pilule (10 %), les injectables (5 %) et la pilule du lendemain (3 %). De même, la continence périodique (43 %) et le retrait (24 %) ont été les méthodes traditionnelles les plus utilisées.

En outre, on constate que ce sont les femmes non en union, sexuellement actives et ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête qui ont le plus utilisé les méthodes contraceptives à un moment quelconque de leur vie : 91 % ont déjà utilisé, au moins, une méthode, 82 %, au moins, une méthode moderne et 75 %, au moins, une méthode traditionnelle. Parmi les méthodes modernes utilisées, le condom masculin vient largement en tête (79 %) suivi de la pilule (12 %) et de la pilule du lendemain (7 %). Parmi les méthodes traditionnelles, ces femmes ont opté pour la continence périodique (69 %) et, dans 36 % des cas, pour le retrait. Elles ont aussi plus fréquemment utilisé la pilule du lendemain que les femmes en union (7 % contre 3 %).

5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception

On a demandé aux femmes qui n'étaient pas enceintes et qui connaissaient au moins une méthode contraceptive, si elles en utilisaient une actuellement pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question permettent d'évaluer la prévalence contraceptive actuelle qui correspond donc à la proportion des femmes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Les résultats présentés au tableau 5. 4 montrent que, parmi toutes les femmes de 15-49 ans non enceintes au moment de l'enquête, 26 % utilisaient, au moins, une méthode contraceptive quelconque, 14 % utilisaient, au moins, une méthode moderne et 13 %, au moins, une méthode traditionnelle. Les résultats selon l'âge montrent que c'est parmi les plus jeunes de 15-19 ans et parmi les plus âgées de 45-49 ans que la prévalence est la plus faible (environ 20 % dans les deux cas). La méthode moderne la plus utilisée est le condom masculin (10 %), le taux d'utilisation des autres méthodes étant très faible. Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui est la méthode la plus utilisée (10 %).

Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le groupe d'âges, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation éminine	Méthode moderne					Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
				Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom masculin		MAMA	Continence périodique	Retrait	Autres			
15-19	20,2	12,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,1	11,3	8,0	0,2	7,1	0,3	0,3	79,8	100,0	2 684
20-24	30,7	17,4	0,0	0,8	0,1	0,4	0,0	16,0	13,3	0,6	10,5	1,6	0,6	69,3	100,0	2 252
25-29	29,1	14,9	0,0	1,3	0,3	1,0	0,6	11,7	14,2	0,6	11,3	1,8	0,4	70,9	100,0	1 747
30-34	25,2	11,0	0,6	3,2	0,0	1,5	0,3	5,3	14,2	0,8	10,6	2,3	0,4	74,8	100,0	1 350
35-39	30,5	14,3	1,9	2,9	0,5	2,6	0,7	5,7	16,2	0,4	12,8	2,1	0,9	69,5	100,0	1 080
40-44	27,2	11,4	3,4	1,5	0,7	2,0	0,7	3,0	15,8	0,2	12,5	2,1	1,0	72,8	100,0	832
45-49	19,5	8,9	5,2	0,6	0,7	0,8	0,0	1,6	10,5	0,0	8,5	1,0	1,1	80,5	100,0	711
Ensemble	26,1	13,5	0,9	1,3	0,2	1,1	0,3	9,7	12,5	0,4	10,0	1,5	0,6	73,9	100,0	10 656
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	23,6	14,5	0,0	0,2	0,2	1,3	0,0	12,8	9,2	0,4	7,0	1,1	0,6	76,4	100,0	828
20-24	26,4	13,8	0,0	1,0	0,1	0,6	0,0	12,1	12,6	0,8	9,0	2,1	0,7	73,6	100,0	1 563
25-29	25,7	12,5	0,0	1,5	0,3	1,1	0,5	9,1	13,2	0,6	10,0	2,2	0,4	74,3	100,0	1 448
30-34	23,8	9,6	0,7	2,7	0,0	1,6	0,2	4,1	14,2	0,9	10,1	2,7	0,4	76,2	100,0	1 149
35-39	30,8	13,7	2,2	2,9	0,5	2,5	0,9	4,6	17,1	0,4	13,4	2,5	0,9	69,2	100,0	929
40-44	29,0	11,5	3,3	1,8	0,9	2,2	0,9	2,3	17,6	0,3	13,8	2,6	0,9	71,0	100,0	691
45-49	21,3	10,8	6,2	0,8	0,9	1,0	0,0	1,9	10,6	0,0	8,7	1,2	0,7	78,7	100,0	558
Ensemble	26,0	12,5	1,2	1,6	0,3	1,4	0,3	7,6	13,5	0,6	10,2	2,1	0,6	74,0	100,0	7 166
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES ¹																
Ensemble	68,5	46,6	0,1	2,0	0,2	0,8	0,7	42,8	21,9	0,0	20,1	0,6	1,2	31,5	100,0	597

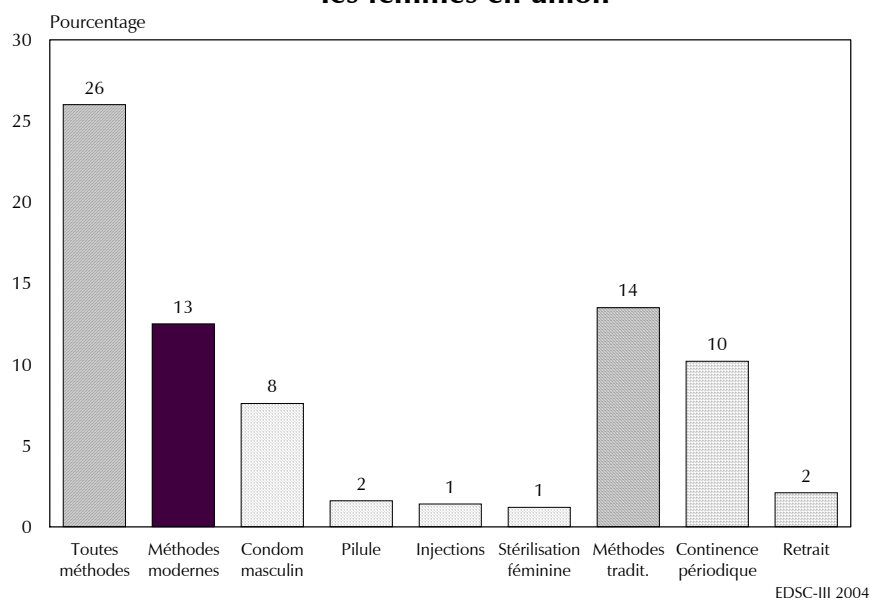
Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.

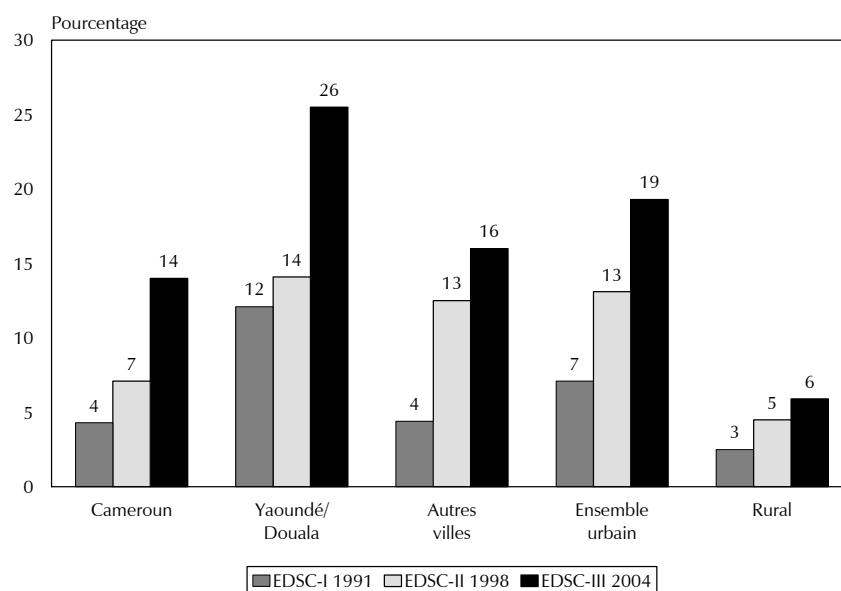
Les résultats concernant les femmes en union ne sont guère différents de ceux de l'ensemble des femmes : au moment de l'enquête, 26 % utilisaient, au moins, une méthode quelconque, 13 %, au moins, une méthode moderne et 14 %, au moins, une méthode traditionnelle (graphique 5.1). En outre, les variations selon l'âge sont les mêmes que celles observées pour l'ensemble des femmes. La méthode moderne la plus utilisée reste le condom masculin (8 %) et parmi les méthodes traditionnelles, c'est également la continence périodique qui est la plus fréquemment utilisée (10 %).

Graphique 5.1 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union



La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a connu une augmentation importante au cours des dernières années puisqu'elle est passée de 4 % en 1991 à 7 % en 1998 pour atteindre 14 % en 2004 (graphique 5.2).

Graphique 5.2 Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union 1991, 1998 et 2004



Les informations recueillies permettent par ailleurs l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Cette analyse a permis de mettre en évidence des disparités. En ce qui concerne la prévalence contraceptive en général, on constate qu'elle est moins élevée en milieu rural (16 %) qu'en milieu urbain (36 %) ; en particulier, elle est plus élevée dans les villes de Douala/Yaoundé (42 %) que dans les Autres villes (33 %) (tableau 5.5). De même, elle est plus faible dans le Nord et l'Extrême-Nord (3 % dans les deux cas). Pour les autres régions, elles varient de 18 % dans l'Adamaoua à 41 % au Sud-Ouest. Les femmes en union n'ayant jamais été à l'école ont une prévalence contraceptive plus faible (4 %) que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (25 %) ou que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (48 %). En outre, au moment de l'enquête, les femmes issues des ménages très pauvres pratiquaient moins la contraception (7 %) que celles issues des ménages du quintile le plus riche (46 %). En revanche, le nombre d'enfants vivants de la femme n'a pas une influence très nette sur la prévalence contraceptive.

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Une méthode quel-conque	Une méthode moderne	Méthode moderne						Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
			Stérilis. fem.	Pilule	DIU	Injections	Im-plants	Con-dom masc.		MAMA	Conti-nence périodique	Retrait	Autres			
Milieu de résidence																
Yaoundé/Douala	42,3	25,5	0,7	3,4	0,5	1,9	0,5	18,6	16,8	0,8	14,4	1,3	0,2	57,7	100,0	1 247
Autres villes	32,8	16,0	1,6	1,7	0,6	1,7	0,5	9,7	16,9	0,7	12,8	2,7	0,6	67,2	100,0	2 251
Ensemble urbain	36,2	19,3	1,2	2,3	0,5	1,7	0,5	12,9	16,9	0,8	13,4	2,2	0,5	63,8	100,0	3 498
Rural	16,2	5,9	1,2	0,9	0,1	1,0	0,2	2,5	10,3	0,4	7,1	2,0	0,8	83,8	100,0	3 667
Région																
Adamaoua	17,6	7,1	0,3	0,8	0,3	1,5	0,5	3,7	10,5	0,8	9,4	0,3	0,0	82,4	100,0	322
Centre	35,4	16,6	2,0	2,7	0,0	2,2	0,7	8,5	18,8	0,9	14,5	1,6	1,8	64,6	100,0	578
Douala	40,6	20,2	0,4	3,0	0,6	2,1	0,2	13,9	20,4	0,6	17,5	1,9	0,4	59,4	100,0	618
Est	26,7	8,0	0,4	0,9	0,0	0,6	0,7	5,5	18,7	1,1	10,5	2,8	4,3	73,3	100,0	361
Extrême-Nord	3,3	2,6	0,0	0,5	0,0	1,1	0,0	0,9	0,8	0,0	0,6	0,0	0,1	96,7	100,0	1 410
Littoral	37,4	17,3	2,1	2,7	0,4	3,3	0,0	8,8	20,1	1,6	15,9	1,6	1,0	62,6	100,0	258
Nord	2,6	1,4	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,7	1,2	0,0	0,8	0,2	0,1	97,4	100,0	788
Nord-Ouest	32,2	14,9	4,5	1,2	0,5	1,4	0,2	7,0	17,3	0,2	12,4	4,5	0,2	67,8	100,0	620
Ouest	39,5	16,3	1,1	0,7	0,6	0,5	0,5	12,9	23,2	0,4	15,1	7,3	0,4	60,5	100,0	840
Sud	33,1	16,2	2,6	3,6	0,0	2,9	1,7	5,4	16,9	2,2	12,7	1,1	0,9	66,9	100,0	285
Sud-Ouest	40,6	13,3	3,2	2,4	1,1	1,7	0,0	5,0	27,3	0,6	21,9	3,9	0,9	59,4	100,0	456
Yaoundé	43,9	30,7	0,9	3,7	0,4	1,7	0,7	23,2	13,3	1,1	11,4	0,7	0,0	56,1	100,0	629
Niveau d'instruction																
Aucun	3,7	1,3	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	2,4	0,2	1,7	0,1	0,4	96,3	100,0	2 058
Primaire	25,2	11,0	1,9	1,6	0,2	2,0	0,4	5,0	14,2	0,4	10,0	2,9	0,9	74,8	100,0	2 888
Secondaire ou plus	47,6	24,7	0,9	2,8	0,7	1,6	0,6	18,0	22,8	1,1	18,2	3,0	0,5	52,4	100,0	2 220
Nombre d'enfants vivants																
0	25,1	16,7	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	16,1	8,4	0,0	7,9	0,2	0,3	74,9	100,0	1 034
1-2	24,4	12,3	0,4	1,2	0,2	0,8	0,1	9,5	12,0	0,7	9,3	1,4	0,6	75,6	100,0	2 533
3-4	27,2	10,6	1,0	1,9	0,2	1,6	0,5	5,3	16,7	0,5	12,3	3,5	0,3	72,8	100,0	1 776
5+	27,4	12,1	3,2	2,6	0,8	2,6	0,7	2,2	15,3	0,7	10,6	2,9	1,1	72,6	100,0	1 823
Quintile de bien-être économique																
Le plus pauvre	7,3	2,3	0,6	0,2	0,0	0,5	0,0	1,0	5,0	0,1	3,4	1,1	0,4	92,7	100,0	1 639
Second	14,5	4,7	0,7	0,6	0,1	0,8	0,1	2,3	9,9	0,4	6,0	2,5	0,9	85,5	100,0	1 318
Moyen	25,0	10,6	2,2	2,0	0,1	1,5	0,2	4,6	14,4	0,9	10,1	2,5	0,9	75,0	100,0	1 363
Quatrième	39,0	19,3	1,3	2,4	0,4	1,9	0,6	12,6	19,6	0,8	15,1	3,0	0,7	61,0	100,0	1 427
Le plus riche	45,9	26,4	1,3	3,0	0,9	2,3	0,7	18,0	19,5	0,7	16,9	1,7	0,3	54,1	100,0	1 418
Ensemble	26,0	12,5	1,2	1,6	0,3	1,4	0,3	7,6	13,5	0,6	10,2	2,1	0,6	74,0	100,0	7 166

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.

Les variations de la prévalence contraceptive moderne suivent de très près celles observées pour toutes les méthodes. C'est en milieu rural (6 %), parmi les femmes sans instruction (1 %), parmi celles des ménages du quintile le plus pauvre (2 %) et dans les régions du Nord (1 %) et de l'Extrême-Nord (3 %) qu'elle est la plus faible. Le nombre d'enfants en vie ne semble pas non plus influencer sur le niveau d'utilisation de la contraception moderne,

5.3 PRÉVALENCE SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME

Le statut de la femme au sein de son ménage détermine sa capacité à pouvoir exercer ses droits, et donc sa décision de recourir ou non à l'utilisation de méthodes contraceptives pour contrôler sa descendance. L'utilisation de la contraception est donc déterminée, en partie, par son niveau d'autonomie et par le type de rapports de domination ou de coopération qu'elle entretient avec son mari/partenaire.

Des indicateurs du statut de la femme sont utilisés pour évaluer l'influence des opinions de la femme sur sa propension à utiliser la contraception. Il s'agit du :

- nombre de décisions prises par la femme ;
- nombre de raisons qui justifient le refus des rapports sexuels avec son mari ;
- nombre de raisons qui justifient le fait que le mari puisse battre sa femme.

Il ressort des résultats du tableau 5.6 que la prévalence contraceptive est d'autant plus élevée que la femme est impliquée dans les décisions du ménage et qu'elles rejettent certains comportements traditionnels qui ont tendance à entraver l'exercice de ses droits. En effet, selon le premier indicateur, on constate que la prévalence passe d'un minimum de 16 % quand la femme n'est impliquée dans aucune décision à un maximum de 34 % quand elle est associée à la prise de 3-4 décisions. Les résultats selon le second indicateur montrent que la prévalence varie d'un minimum de 8 % quand la femme pense que, pour aucune raison, une femme ne peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire à un maximum de 28 % quand elle pense que pour 3-4 raisons il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Enfin, les résultats selon le troisième indicateur montrent que la prévalence contraceptive passe d'un minimum de 8 % quand la femme pense que pour cinq raisons, un homme a le droit de battre sa femme/partenaire à un maximum de 29 % quand elle pense que ce comportement n'est justifié dans aucun cas. Notons également que quel que soit la méthode, moderne ou traditionnelle, on constate le même type de variations.

Tableau 5.6 Utilisation actuelle de la contraception selon certains indicateurs du statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certains indicateurs du statut de la femme, Cameroun 2004

Indicateur du statut de la femme	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Une méthode traditionnelle	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
Nombre de décisions prises par la femme¹						
0	15,5	9,1	6,4	84,5	100,0	1 184
1-2	21,5	9,9	11,6	78,5	100,0	2 603
3-4	34,0	16,5	17,6	66,0	100,0	1 760
5	32,0	14,8	17,3	68,0	100,0	1 618
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari						
0	7,8	3,5	4,3	92,2	100,0	247
1-2	20,6	9,3	11,3	79,4	100,0	1 331
3-4	28,0	13,6	14,4	72,0	100,0	5 587
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme						
0	28,5	14,0	14,4	71,5	100,0	3 072
1-2	29,6	13,5	16,0	70,4	100,0	2 060
3-4	25,0	12,2	12,9	75,0	100,0	1 259
5	8,0	3,9	4,0	92,0	100,0	775
Ensemble	26,0	12,5	13,5	74,0	100,0	7 166

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

5.4 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction du nombre d'enfants vivants, répondre à des objectifs différents :

- retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfants ;
- espacer les naissances si la contraception débute quand le nombre d'enfants vivants est faible ;
- limiter la descendance lorsque la contraception commence lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le tableau 5.7 présente la répartition des femmes par groupe d'âges et en fonction du nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont commencé à utiliser la contraception pour la première fois.

Tableau 5.7 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel, Cameroun 2004

Âge actuel	Nombre d'enfants vivants à la première utilisation de la contraception						Total	Effectif
	0	1	2	3	4+	ND		
15-19	89,9	8,8	0,6	0,1	0,0	0,6	100,0	986
20-24	70,6	22,0	5,5	1,0	0,5	0,3	100,0	1 418
25-29	55,8	21,6	13,1	5,8	3,6	0,1	100,0	1 100
30-34	44,5	21,2	12,3	8,4	12,9	0,6	100,0	810
35-39	33,7	18,2	12,9	11,2	24,0	0,0	100,0	632
40-44	29,8	20,2	10,3	7,2	32,1	0,4	100,0	466
45-49	27,6	18,4	11,5	5,7	35,8	1,1	100,0	354
Ensemble	57,4	18,8	8,6	4,7	10,0	0,4	100,0	5 767

Sur l'ensemble des femmes utilisatrices, plus de la moitié (57 %) ont déclaré avoir utilisé pour la première fois une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient aucun enfant, c'est-à-dire pour retarder une première naissance, 32 % ont commencé alors qu'elles avaient entre 1 à 3 enfants vivants, et enfin 10 % ont commencé lorsqu'elle avait déjà 4 enfants ou plus. On note qu'environ un cinquième des femmes (19 %) ont commencé à utiliser une méthode de contraception après la naissance d'un seul enfant.

La proportion des femmes ayant utilisé pour la première fois la contraception alors qu'elles n'avaient pas d'enfants vivants augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes. Elle passe ainsi de 28 % chez les femmes de 45-49 ans à 71 % chez celles de 20-24 ans.

5.5 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Les analyses précédentes, qu'elles concernent l'utilisation actuelle ou passée, ont montré que la continence périodique est une méthode fréquemment utilisée par les femmes au Cameroun, en particulier par les femmes en union (10 %). Il est donc important que ces femmes connaissent bien le moment de leur cycle menstruel pendant lequel elles sont le plus fécondes car l'efficacité de cette méthode en dépend. Pour mesurer cette connaissance, on a demandé pendant l'enquête à toutes les femmes si elles pensaient qu'au cours du cycle menstruel, il y avait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceintes. À celles qui répondaient par oui, on leur demandait à quel moment du cycle se situait cette période. La question proposait explicitement quatre réponses : "juste avant le début des règles", "juste après la fin des règles", "pendant les règles" et "au milieu entre deux périodes de règles". L'enquêtée pouvait donner également une autre réponse ou déclarer qu'elle ne connaissait pas cette période. Un regroupement de ces réponses a permis de définir une échelle de connaissance :

- *connaissance* : "milieu du cycle" ;
- *connaissance douteuse* : "juste avant le début des règles", "juste après la fin des règles". Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du "juste après la fin" et du "juste avant le début", elles peuvent correspondre à la période féconde ;

- *méconnaissance* : “pendant ses règles”, “pas de moment spécifique”, "autre", "ne sait pas".

Dans l'ensemble, seulement 33 % des femmes connaissent correctement la période féconde ; 27 % en ont une connaissance douteuse tandis que 40 % en ont une mauvaise connaissance ou ne savent pas du tout qu'il existe une période du cycle menstruel, au cours de laquelle une femme a plus de chance de tomber enceinte. Les femmes utilisatrices de la continence périodique comme méthode de planification familiale situent mieux la période féconde (56 %) que les non utilisatrices (31 %). Cependant, on note que 35 % des utilisatrices de la continence périodique en ont une connaissance douteuse et que 9 % ne savent pas la situer ou ne savent pas du tout qu'il existe une période au cours de laquelle une femme doit éviter les rapports sexuels pour ne pas tomber enceinte.

Tableau 5.8 Connaissance de la période féconde			
Répartition (en %) des femmes qui utilisent la continence périodique, des femmes qui n'utilisent pas la continence périodique et de l'ensemble des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, Cameroun 2004			
Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes
Connaissance			
Au milieu du cycle	55,7	30,5	33,1
Connaissance douteuse			
Juste avant le début des règles	2,3	2,0	2,0
Juste après la fin des règles	32,7	23,8	24,7
Ne connaît pas			
Pendant ses règles	0,9	1,3	1,2
Pas de moment spécifique	2,1	11,7	10,8
Autre	1,2	0,7	0,7
NSP	5,0	29,9	27,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 069	9 587	10 656

Ces résultats permettent de constater que plus de quatre utilisatrices de la continence périodique sur dix (44 %) ne savent pas quand employer correctement la méthode car elles n'ont qu'une connaissance approximative de la période féconde. Cette situation est très préoccupante quand on sait que la prévalence contraceptive est très faible au Cameroun (26 %) et que la continence périodique est la méthode de contraception la plus utilisée (10 %). Cette situation est d'autant plus inquiétante que, par rapport à 1998, la proportion d'utilisatrices de la continence périodique qui étaient incapables de bien situer leur période féconde n'était que de 25 %.

5.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Une bonne connaissance des endroits ou des canaux par lesquels les femmes enquêtées se procurent les méthodes contraceptives peut, non seulement, aider à évaluer la contribution des services publics et privés dans la distribution ou la vente des méthodes contraceptives, mais aussi, permettre de redéployer les efforts de marketing social ou de distribution communautaire des méthodes de contraception. Aussi l'EDSC-III s'est-elle intéressée à la source d'approvisionnement la plus récente des méthodes contraceptives par les femmes utilisatrices de ces méthodes au moment de l'enquête.

Le tableau 5.9 montre qu'au Cameroun, seulement 21 % des utilisatrices actuelles de la contraception s'adressent au secteur public pour se procurer leurs méthodes. Dans 12 % des cas, les femmes obtiennent leur méthode auprès d'un hôpital et dans 8 % des cas dans un centre de santé. En outre, un quart des utilisatrices (25 %) se sont procuré leur méthode dans le secteur médical privé, essentiellement dans une pharmacie (19 %). Le secteur privé non médical (boutique, marché, boîte de nuit, circuit commercial informel, amis, parents, campagne de sensibilisation, etc.) couvre 51 % des besoins de contraception satisfaits. La situation s'est modifiée entre 1998 et 2004 : alors qu'en 1998, 71 % des femmes se procuraient leur méthode soit dans le secteur médical, soit public, soit privé, cette proportion n'est plus que de 46 % en 2004. Cette situation n'est pas due à une moindre implication de ces secteurs dans la distribution des méthodes contraceptives, mais elle est plutôt attribuable à la mobilisation générale contre la pandémie du sida et, de manière parallèle, à une augmentation de la distribution du condom masculin par tous les canaux de distribution de proximité (boutiques, hôtels, boîtes de nuit, circuit informel, distribution gratuite lors des campagnes de sensibilisation, etc.). En effet, le condom masculin, méthode contraceptive moderne la plus utilisée (10 %), s'obtient essentiellement dans le secteur privé non médical (66 %) et particulièrement par l'intermédiaire des amis/parents (42 %) ou dans la boutique/kiosque/marché (21 %). Seulement trois femmes sur dix (30 %) se procurent les condoms masculins auprès des secteurs médicaux public (6 %) ou privé (24 %).

Tableau 5.9 Source d'approvisionnement					
Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes, Cameroun 2004					
Source d'approvisionnement	Stérilisation féminine	Pilule	Injections	Condom masculin	Ensemble ¹
Secteur public	43,0	48,9	74,1	6,2	20,7
Hôpital	39,1	27,7	34,0	3,0	12,3
Centre de santé	3,9	21,2	40,1	3,1	8,4
Secteur médical privé	47,1	24,8	17,8	23,8	25,0
Hôpital privé confessionnel	34,9	0,4	1,4	0,2	2,9
Hôpital ou clinique public	7,4	0,9	10,4	0,0	1,6
Centre de santé/dispensaire confessionnel/mission	4,9	2,6	5,3	0,2	1,4
Pharmacie	0,0	20,1	0,0	23,4	18,9
Autre privé médical	0,0	0,9	0,7	0,0	0,2
Autre source	0,0	24,7	6,8	66,3	50,6
Boutique/marché/kiosque	0,0	8,7	0,0	20,5	15,5
Bar/boîte de nuit	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Circuit commercial informel	0,0	9,6	2,6	0,8	1,7
Amis, parents	0,0	5,5	4,3	42,4	31,4
Campagne de sensibilisation	0,0	0,9	0,0	2,4	1,8
Autre	0,0	0,9	0,0	0,8	0,7
ND	9,8	0,7	1,2	2,9	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	95	137	112	1,039	1,442

¹ L'Ensemble comprend 24 utilisatrices de DIU et 31 utilisatrices d'implants.

En ce qui concerne la pilule, on constate que près de la moitié des femmes se procurent cette méthode dans le secteur médical public (49 %), un peu plus fréquemment dans les hôpitaux que dans les centres de santé (28 % contre 21 %). Cependant un quart des utilisatrices de la pilule s'adressent au secteur médical privé pour obtenir cette méthode (25 %). D'autre part, on constate qu'une forte proportion des utilisatrices s'adresse au secteur privé non médical (25 %). Au Cameroun, ce mode d'approvisionnement prend de plus en plus d'importance. Cette proportion n'était que de 8 % à l'EDSC-II de 1998.

Parmi les femmes qui utilisent des injectables, 74 % les ont obtenus dans le secteur médical public, 18 % dans le secteur médical privé et 7 % dans le secteur privé non médical. En ce qui concerne la stérilisation féminine, l'essentiel des prestations est fournie par les hôpitaux publics (39 %), les hôpitaux privés confessionnels (35 %) et, dans 7 % des cas, par les cliniques.

5.7 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

Les femmes en union qui n'utilisent pas actuellement de méthodes contraceptives peuvent cependant envisager d'en utiliser une dans le futur. Pour celles qui n'envisagent pas d'en utiliser à l'avenir, la connaissance de leurs raisons peut aider à réorienter la stratégie de marketing de la planification familiale. Pour celles qui envisagent d'en utiliser une, la connaissance de la méthode future préférée contribuera à évaluer la demande des méthodes contraceptives. Au cours de l'EDSC-III, des questions relatives à ces trois aspects ont été posées.

Intention d'utiliser la contraception à l'avenir

On a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.10 présente les résultats obtenus. Dans l'ensemble, 39 % de ces femmes ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive à l'avenir, 15 % n'en sont pas sûres et 46 % n'en ont pas du tout l'intention (graphique 5.3). En outre, on constate que le nombre d'enfants vivants ne semble pas influencer l'intention d'utiliser ou non la contraception à l'avenir.

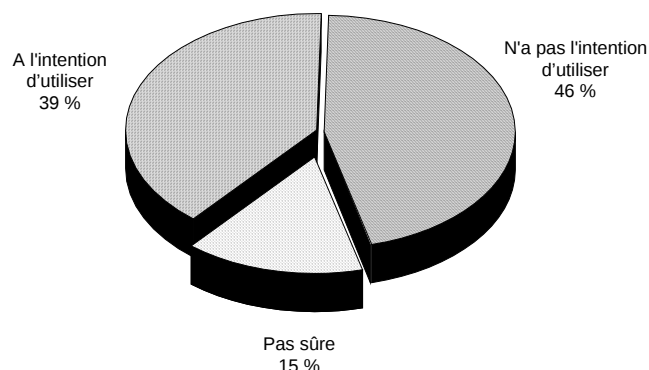
Tableau 5.10 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, Cameroun 2004

Intention	Nombre d'enfants vivants ¹					Ensemble
	0	1	2	3	4+	
A l'intention d'utiliser	31,9	43,7	42,7	40,7	36,4	39,1
Pas sûre	13,3	14,7	16,7	16,2	14,4	15,0
N'a pas l'intention d'utiliser	54,2	41,5	40,2	43,0	49,0	45,6
ND	0,6	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	531	1 041	920	807	2 007	5 305

¹ Y compris la grossesse actuelle

Graphique 5.3 Intention d'utiliser la contraception par les femmes en union non utilisatrices



EDSC-III -2004

Raisons de non utilisation de la contraception

Aux femmes non utilisatrices de la contraception qui ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle en était la raison. Les résultats présentés au tableau 5.11 montrent que les raisons sont variées. Dans 62 % des cas, les femmes ont cité des raisons relatives à la fécondité, notamment le désir d'avoir autant d'enfants que possible (37 %) et la sous fécondité/stérilité (16 %). Près d'une femme sur cinq (17 %) a cité l'opposition à l'utilisation de la contraception, cette opposition pouvant provenir du mari/partenaire (5 %) ou de l'enquêtée elle-même (7 %). Les interdits religieux ont été mentionnés dans 6 % des cas. Dans 7 % des cas, les femmes ont cité les problèmes de santé et la peur des effets secondaires comme raisons justifiant la non utilisation de la contraception. Enfin, 6 % des femmes ont cité des raisons liées au manque de connaissance.

La fréquence de ces raisons évoquées varie selon les groupes d'âges. Les femmes de 15-29 ans ont moins fréquemment cité les raisons liées à la fécondité (52 %) que les femmes de 30-49 ans (69 %). Par contre, par rapport aux femmes de 30-49 ans, celles âgées de 15-29 ans ont plus fréquemment cité des raisons liées à la pratique de la contraception (24 % contre 13 %). De même, par rapport aux femmes plus âgées, les femmes jeunes (15-29 ans) ont plus fréquemment évoqué le manque de connaissance concernant la contraception ou les sources d'obtention des méthodes (8 % contre 4 %).

Tableau 5.11 Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, Cameroun 2004

Raison	Âge		Ensemble
	15-29	30-49	
Raisons relatives à la fécondité	51,8	69,3	62,1
Rapports sexuels peu fréquents/pas de rapports	1,2	4,3	3,0
Ménopause/hystérectomie	0,0	9,2	5,4
Sous-féconde/stérilité	3,1	25,5	16,3
Veut autant d'enfants que possible	47,5	30,3	37,4
Opposition à l'utilisation	23,7	13,0	17,4
Enquêtée opposée	9,1	5,5	7,0
Mari/conjoint opposé	6,9	3,1	4,7
Autres personnes opposées	0,1	0,1	0,1
Interdits religieux	7,6	4,3	5,6
Manque de connaissance	8,1	4,3	5,9
Ne connaît aucune méthode	6,2	3,6	4,7
Ne connaît aucune source	1,8	0,7	1,2
Raisons relatives à la méthode	9,7	8,9	9,2
Problèmes de santé	2,6	3,9	3,4
Peur des effets secondaires	5,1	2,9	3,8
Difficulté d'accès/trop éloignée	0,0	0,1	0,1
Trop chère	0,7	0,8	0,7
Inconvénients à l'utilisation	0,5	0,6	0,5
Interfère avec le processus normal du corps	0,6	0,6	0,6
Cela dépend du mari	0,1	0,0	0,1
Autre	0,7	1,2	1,0
NSP/Manquant	6,1	3,2	4,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	996	1 424	2 420

Méthode future préférée

Il ressort des données du tableau 5.12 que, quel que soit l'âge, ce sont les méthodes modernes qui sont les plus fréquemment citées, en particulier les injectables (24 %), la pilule (18 %), le condom masculin (11 %) et les implants (7 %). La stérilisation féminine n'est citée que dans moins de 3 % des cas. Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui est la méthode la plus citée (14 %). En outre, le seul écart selon l'âge que l'on constate concerne le condom masculin qui est cité par 13 % des femmes les plus jeunes contre 8 % chez les plus âgées.

Tableau 5.12 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la méthode préférée, Cameroun 2004

Méthode	Âge		Ensemble
	15-29	30-49	
Stérilisation féminine	2,5	3,3	2,8
Stérilisation masculine	0,1	0,0	0,1
Pilule	18,6	17,4	18,2
DIU	0,9	1,9	1,2
Injections	23,9	23,1	23,6
Implants	5,5	8,9	6,7
Condom	13,0	7,9	11,2
Condom féminin	0,5	0,0	0,3
Mousse/gelée	0,3	0,5	0,3
MAMA	0,0	0,2	0,1
Continence périodique	14,3	13,3	14,0
Retrait	1,4	1,8	1,5
Autres	1,1	0,7	0,9
Pas sûre	13,9	15,0	14,3
ND	3,9	5,9	4,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 346	731	2 076

5.8 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

La maîtrise des principales sources d'information sur les méthodes contraceptives peut se révéler très importante pour la mise en place de programmes de planification familiale. En effet, elle peut permettre de réorienter la stratégie de sensibilisation et de vulgarisation de la pratique contraceptive. C'est pour cela qu'au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les femmes de 15 à 49 ans si, au cours des derniers mois, elles avaient entendu parler de la planification familiale à la radio ou à la télévision ou alors si elles avaient appris quelque chose à ce sujet dans les journaux/magazines ou sur des affiches/dépliants.

Les résultats présentés au tableau 5.13 montrent qu'au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, environ les deux tiers des femmes (65 %) ont déclaré ne pas avoir été exposées aux messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio ou la télévision. En revanche, 29 % des femmes ont entendu parler de la planification familiale à la radio et 23 % à la télévision. En outre, on constate qu'environ une femme sur sept (14 %) a lu un message relatif à la planification familiale dans les journaux ou magazines.

Ces proportions varient selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes : c'est parmi les femmes âgées de 45-49 ans que l'on observe la proportion la plus élevée de femmes qui n'ont été exposées à aucun média au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête (72 %). En fonction du milieu de résidence, on observe des disparités, les femmes du milieu rural ayant été, en proportion, plus nombreuses à ne pas avoir été exposées à ce type de messages par le biais des trois médias (82 % contre

Tableau 5.13 Exposition aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Radio	Télévision	Journaux/ magazine	Aucun des trois media	Effectif de femmes
Âge actuel					
15-19	23,7	20,8	12,4	67,7	2 684
20-24	31,7	27,5	17,4	59,6	2 252
25-29	31,8	22,5	14,4	62,6	1 747
30-34	31,4	22,7	12,7	63,7	1 350
35-39	31,1	23,1	13,0	64,6	1 080
40-44	29,1	21,7	13,2	66,7	832
45-49	25,0	16,0	8,6	72,1	711
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	52,7	51,5	31,6	33,2	2 277
Autres villes	31,4	26,2	15,3	60,8	3 559
Ensemble urbain	39,7	36,1	21,6	50,0	5 836
Rural	16,0	6,6	4,0	82,1	4 820
Région					
Adamaoua	13,3	9,9	6,8	83,5	416
Centre	35,1	25,8	17,9	56,4	854
Douala	50,7	51,2	25,4	36,2	1 197
Est	21,5	19,2	14,9	71,8	506
Extrême-Nord	16,9	7,8	3,4	82,0	1 718
Littoral	29,5	21,9	14,1	63,5	482
Nord	18,7	9,6	4,2	78,5	975
Nord-Ouest	16,3	11,4	5,1	80,0	1 090
Ouest	16,8	12,8	8,9	78,5	1 142
Sud	43,9	26,8	23,5	48,6	439
Sud-Ouest	32,3	22,3	7,0	61,8	757
Yaoundé	54,8	51,8	38,5	29,9	1 080
Niveau d'instruction					
Aucun	10,3	3,2	0,7	88,8	2 383
Primaire	23,6	15,3	5,9	72,4	4 109
Secondaire ou plus	44,9	41,2	28,9	42,9	4 163
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	7,7	1,3	1,1	91,8	2 007
Second	15,5	5,0	3,3	82,9	1 756
Moyen	24,6	13,7	7,3	71,8	2 046
Quatrième	36,2	28,8	16,6	54,8	2 283
Le plus riche	51,7	53,4	33,0	33,5	2 566
Ensemble	28,9	22,7	13,7	64,6	10 656

50 % en urbain). Il en est de même des femmes sans instruction par rapport à celles ayant au moins un niveau d'instruction secondaire (43 % contre 89 %) et des femmes des ménages les plus pauvres par rapport à celles des ménages les plus riches (34 % contre 92 %). Dans les régions, c'est l'Extrême-Nord (82 %) et l'Adamaoua (84 %) qui détiennent les proportions les plus élevées de femmes qui n'ont été exposées à aucun média.

Parmi les trois source d'information, les femmes ont suivi le message sur la FP presque autant par la radio que par la télévision (respectivement 29 % et 23 %). L'exposition des femmes aux messages de la PF à travers les supports écrits est relativement faible (14 %).

5.9 CONTACT DES NON UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION AVEC DES PRESTATAIRES DE PLANIFICATION FAMILIALE

La proportion de femmes non utilisatrices de méthodes de contraception ayant eu un contact avec des prestataires de la planification familiale peut permettre d'évaluer l'importance des activités de sensibilisation. Pour cette raison, au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux femmes si, au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, elles avaient reçu la visite d'un agent qui leur avait parlé de planification familiale. Aux femmes qui s'étaient rendues dans un centre de santé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, on a demandé si un membre du personnel de santé leur avait parlé de méthodes de planification familiale.

Dans l'ensemble, 89 % des femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives n'ont pas discuté de méthodes de contraception avec un prestataire de planification familiale au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête (tableau 5.14). De plus, 39 % n'ont pas discuté de PF avec un agent de terrain alors qu'elles sont allées dans un établissement sanitaire. Seulement 9 % sont allées dans un établissement sanitaire et ont discuté de PF et 3 % ont reçu la visite d'un agent de terrain et ont discuté de PF. On ne constate pas d'écart important entre les milieux de résidence. Par contre, il semble que les femmes les plus instruites aient plus fréquemment que les autres discuté de PF, soit avec un agent de terrain, soit dans un établissement sanitaire.

Tableau 5.14 Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale

Pourcentage des non-utilisatrices de la contraception qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été contactées par un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale, pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire et qui ont parlé de planification familiale, et pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire mais qui n'ont pas parlé de planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ayant discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ayant pas discuté de PF	N'a pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire	Effectif de femmes
Âge actuel					
15-19	2,6	4,1	30,8	93,8	2 142
20-24	2,7	11,9	44,5	86,1	1 560
25-29	3,0	13,7	45,6	84,4	1 239
30-34	4,5	14,8	42,5	82,4	1 010
35-39	2,5	9,4	40,5	89,1	751
40-44	3,3	7,9	39,3	89,8	606
45-49	2,9	5,0	34,0	92,3	573
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	3,6	10,9	42,0	87,2	1 384
Autres villes	3,6	11,5	39,8	85,7	2 455
Ensemble urbain	3,6	11,3	40,6	86,2	3 838
Rural	2,4	7,6	37,8	90,6	4 041
Région					
Adamaoua	1,2	3,5	46,7	95,3	343
Centre	3,9	8,9	39,9	88,7	574
Douala	3,0	10,4	37,2	88,2	750
Est	5,9	9,6	38,2	86,9	362
Extrême-Nord	1,1	5,4	39,1	93,7	1 665
Littoral	3,5	12,9	34,3	84,3	309
Nord	2,8	1,8	41,4	95,4	951
Nord-Ouest	0,4	13,8	26,6	85,7	778
Ouest	5,9	16,3	43,6	79,8	769
Sud	8,2	8,1	41,6	84,6	296
Sud-Ouest	2,1	19,3	35,5	79,0	449
Yaoundé	4,3	11,5	47,7	85,9	633
Niveau d'instruction					
Aucun	1,7	3,4	36,9	95,0	2 298
Primaire	2,8	10,9	40,3	87,1	3 147
Secondaire ou plus	4,5	13,0	39,8	84,2	2 435
Ensemble	3,0	9,4	39,1	88,5	7 879

5.10 OPINIONS ET ATTITUDES DES COUPLES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La pratique de la contraception par les femmes est non seulement influencée par leurs opinions vis-à-vis de la planification familiale, mais aussi par les opinions et les attitudes de leur mari. Dans la société camerounaise, le pouvoir de décision en ce qui concerne la taille de la famille est surtout le fait du mari. Il se peut aussi que les autres membres de la famille interviennent. Au sein du couple, la prise conjointe de décision par les deux époux/partenaires peut modifier le comportement de l'homme et le rendre favorable à la planification familiale. L'EDSC-III s'est donc penchée sur les opinions des couples concernant la planification familiale.

5.10.1 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes vivant en union combien de fois elles avaient discuté de la planification familiale avec leur mari/partenaire, au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

Les résultats du tableau 5.15 qui portent sur les femmes en union et qui connaissent une méthode de planification familiale montrent qu'au Cameroun, la discussion au sujet de la planification n'est pas une chose courante au sein des couples. En effet, au cours de l'année précédant l'enquête, la moitié des femmes ont déclaré n'avoir jamais discuté de planification familiale avec leur partenaire ; 29 % en ont discuté une ou deux fois et 20 % ont abordé ce sujet au moins trois fois. Cependant, si l'on compare ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes, on constate une augmentation de la proportion de femmes ayant déclaré avoir abordé ce sujet avec leur mari ou partenaire : cette proportion est passée de seulement 37 % en 1991 à l'EDSC-I à 46 % en 1998 à l'EDSC-II et atteint 50 % en 2004 à l'EDSC-III. Les femmes de 15-19 ans (55 %) et celles de 40 ans ou plus (plus de 54 %) sont proportionnellement les plus nombreuses à n'avoir jamais discuté de planification familiale avec leur conjoint.

Tableau 5.15 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Répartition (en %) des femmes actuellement en union et connaissant une méthode contraceptive, en fonction du nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale avec leur conjoint au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, Cameroun 2004

Âge actuel	Nombre de fois que la femme a discuté de la PF avec son mari :				Total	Effectif
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	ND		
15-19	55,4	27,1	16,8	0,7	100,0	717
20-24	47,2	32,8	19,2	0,8	100,0	1 424
25-29	45,7	29,2	24,2	0,9	100,0	1 305
30-34	47,1	31,3	20,9	0,7	100,0	1 029
35-39	49,9	29,1	20,5	0,5	100,0	838
40-44	54,1	26,5	18,3	1,2	100,0	605
45-49	64,9	21,5	13,3	0,4	100,0	462
Ensemble	50,1	29,3	19,9	0,7	100,0	6 380

5.10.2 Opinion des couples face à la planification

Lors des interviews, les enquêtrices ont également demandé aux femmes si elles approuvaient ou désapprouvaient les couples qui utilisent une méthode pour éviter d'avoir des enfants. Elles ont ensuite demandé aux femmes si elles pensaient que leur mari approuvait ou désapprouvait de tels couples. La combinaison des réponses à ces deux questions a permis de dégager les différences de point de vue des deux conjoints. Les résultats sont présentés au tableau 5.16.

Environ les deux tiers des femmes en union (64 %) approuvent la planification familiale, 25 % ne l'approuvent pas et 11 % n'en sont pas sûres. Si l'on tient compte de l'opinion du partenaire déclarée par l'enquêtée, on observe que 53 % de couples ont le même avis sur la planification familiale : 39 % de couples approuvent la pratique de la planification, alors que 15 % la désapprouvent. La proportion de couples dans lesquels les deux conjoints approuvent la planification familiale varie selon l'âge de la femme. Elle est plus faible parmi les couples où la femme est âgée de 15-19 ans (34 %) ou de plus de 35 ans (moins de 35 %) que parmi ceux dans lesquels la femme est âgée de 20-35 ans (plus de 40 %). De même, cette proportion est plus faible en milieu rural (30 %) qu'en urbain (46 %) et parmi les couples sans niveau d'instruction (11 %) par rapport à ceux ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (57 %). Les résultats selon les quintiles de bien-être montrent que les couples où les deux conjoints approuvent la planification familiale sont plus nombreux dans les ménages du quintile le plus riche que dans ceux du quintile le plus pauvre (59 % contre 18 %).

Les couples dont les avis sont divergents représentent 12 %. Dans 10 % des cas, les femmes approuvent la pratique contraceptive tandis que leur conjoint la désapprouve et dans 2 %, c'est l'inverse qui est observé. Ce résultat met en relief le rôle de l'homme dans la décision de pratiquer la contraception, car il montre que lorsque les hommes sont favorables à la pratique contraceptive, les femmes le sont aussi, alors que l'inverse n'est pas toujours vérifié. Selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme, les variations de la proportion des couples dont les avis diffèrent sur la pratique contraceptive sont très faibles. Enfin, dans 24 % des cas la femme n'a aucune idée de l'opinion de son conjoint, ce qui témoigne de l'insuffisance de dialogue au sein du couple.

Tableau 5.16 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale (PF), en fonction du fait qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et en fonction de leur perception de l'opinion de leur conjoint concernant la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Enquêtée approuve la planification familiale			Enquêtée désapprouve la planification familiale			Enquêtée pas sûre ¹	Total	Effectif
	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue/ ND	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue/ ND			
Âge actuel									
15-19	33,8	7,9	17,5	2,8	16,4	8,4	13,2	100,0	717
20-24	42,4	9,9	15,3	2,1	12,3	8,0	10,0	100,0	1 424
25-29	43,3	9,3	15,2	1,8	13,0	8,1	9,3	100,0	1 305
30-34	40,6	9,6	14,9	1,4	15,6	7,3	10,7	100,0	1 029
35-39	35,1	11,7	19,1	1,2	15,0	7,9	10,0	100,0	838
40-44	35,8	12,8	14,9	1,6	16,3	8,3	10,3	100,0	605
45-49	25,3	9,8	15,2	1,7	17,6	13,3	17,1	100,0	462
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	52,8	9,5	15,7	1,8	7,9	5,3	7,0	100,0	1 233
Autres villes	42,3	9,5	16,5	2,2	12,9	6,6	9,9	100,0	2 157
Ensemble urbain	46,1	9,5	16,2	2,1	11,1	6,2	8,8	100,0	3 390
Rural	29,9	10,5	15,6	1,5	18,5	10,8	13,1	100,0	2 990
Région									
Adamaoua	32,4	8,6	23,4	1,0	6,9	7,7	20,1	100,0	265
Centre	38,4	11,6	16,9	2,0	16,6	6,1	8,3	100,0	575
Douala	51,5	8,0	17,6	0,8	8,0	6,5	7,5	100,0	615
Est	37,1	8,1	15,3	2,8	16,5	8,7	11,6	100,0	346
Extrême-Nord	15,2	12,4	10,8	0,8	37,4	13,1	10,3	100,0	956
Littoral	44,8	9,6	19,0	1,8	8,0	8,2	8,7	100,0	257
Nord	7,7	4,6	11,0	1,0	19,7	20,1	35,9	100,0	570
Nord-Ouest	58,9	5,6	15,3	1,0	6,9	4,0	8,5	100,0	614
Ouest	38,7	12,0	21,6	3,8	9,7	7,9	6,3	100,0	827
Sud	44,8	18,6	10,3	3,7	12,9	5,5	4,2	100,0	283
Sud-Ouest	56,9	10,2	20,4	0,7	2,6	3,6	5,6	100,0	455
Yaoundé	54,0	11,0	13,7	2,9	7,8	4,2	6,5	100,0	618
Niveau d'instruction									
Aucun	11,4	9,0	11,7	0,9	27,5	15,3	24,1	100,0	1 386
Primaire	36,9	10,1	18,2	2,0	14,9	8,7	9,2	100,0	2 779
Secondaire ou plus	57,4	10,4	15,7	2,1	6,0	3,6	4,7	100,0	2 216
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	18,4	10,6	14,6	1,3	25,0	13,3	16,8	100,0	1 182
Second	27,8	8,3	14,8	1,7	20,1	11,6	15,6	100,0	1 097
Moyen	35,9	11,0	18,0	1,9	14,4	7,8	11,0	100,0	1 294
Quatrième	46,0	10,1	17,5	2,1	10,1	6,9	7,2	100,0	1 398
Le plus riche	58,6	9,7	14,3	2,0	6,1	3,6	5,7	100,0	1 409
Ensemble	38,5	10,0	15,9	1,8	14,6	8,4	10,9	100,0	6 380

¹ Y compris les informations manquantes.

Marie Antoinette FOMO

Le comportement procréateur des femmes est affecté par plusieurs facteurs appelés déterminants proches de la fécondité. Ce chapitre porte sur ces facteurs qui, en dehors de la contraception, jouent un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et donc sur le niveau de la fécondité. Il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée, de l'abstinence et de l'insusceptibilité post-partum.

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Le mariage ou plus généralement l'union constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation au Cameroun. Chez les femmes, le caractère quasi universel de l'union fait du célibat définitif un phénomène marginal. L'union constitue ainsi un des faits les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse. Dans le cadre de l'EDSC-III, le terme union s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui se sont déclarés mariés ou vivant maritalement avec un/une partenaire. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers, que les unions de fait. Les femmes qui ne sont ni en union, ni veuves, ni séparées ou divorcées, constituent le groupe des célibataires.

Le tableau 6.1 présente la répartition des femmes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. Près de sept femmes sur dix (67 %) étaient en union au moment de l'enquête : 52 % étaient mariées et 15 % vivaient en union consensuelle. Le célibat concernait 24 % des femmes, soit près d'une femme sur quatre. De plus, la proportion de femmes en rupture d'union était de 9 % : 3 % des femmes étaient veuves et 6 % divorcées ou séparées.

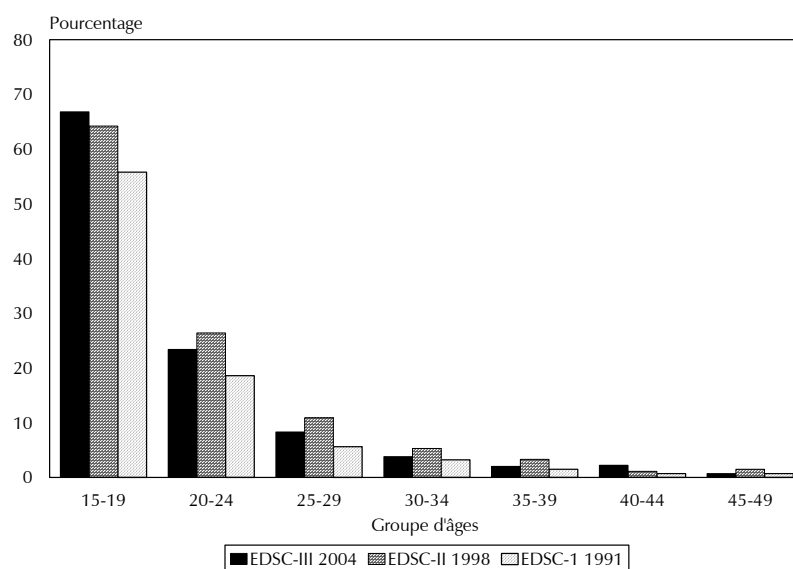
Tableau 6.1 État matrimonial actuel des femmes							
Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, Cameroun 2004							
Groupe d'âges	État matrimonial					Total	Effectif
	Célibataire	Mariée	Vivant avec quelqu'un	Divorcée/séparée	Veuve		
15-19	66,8	19,4	11,4	2,3	0,1	100,0	2 684
20-24	23,4	46,3	23,1	6,9	0,3	100,0	2 252
25-29	8,3	62,6	20,3	7,4	1,4	100,0	1 747
30-34	3,8	71,6	13,5	6,6	4,5	100,0	1 350
35-39	2,0	73,5	12,5	5,9	6,1	100,0	1 080
40-44	2,2	73,4	9,7	7,2	7,5	100,0	832
45-49	0,7	72,7	5,7	10,5	10,4	100,0	711
Ensemble	24,0	52,0	15,2	5,9	2,8	100,0	10 656

Entre 1998 et 2004, on constate une stabilité de la structure de l'état matrimonial des femmes au Cameroun. Les proportions de femmes célibataires, en union ou en rupture d'union sont restées quasiment les mêmes. Parmi les femmes en union, la proportion de celles qui ont déclaré être mariées a diminué au profit de celles qui se sont déclarées en union consensuelle.

Les résultats présentés au tableau 6.1 montrent que les proportions de femmes célibataires diminuent considérablement avec l'âge, passant de 67 % à 15-19 ans à 8 % à 25-29 ans et à 4 % à 30-34 ans (graphique 6.1). À 35-39 ans comme à 40-44 ans, la proportion de femmes encore célibataires n'est plus que de 2 %. L'union est donc un phénomène quasi-général chez les femmes au Cameroun. Inversement, la proportion de femmes mariées augmente avec l'âge. Elle passe de 19 % à 15-19 ans à 46 % à 20-24 ans, pour atteindre son maximum à 35-39 ans (74 %). Cette augmentation est parallèle à la baisse brutale de la proportion des célibataires (67 % à 15-19 ans, 23 % à 20-24 ans et 8 % à 25-29 ans). Par ailleurs, les femmes en union consensuelle sont proportionnellement plus nombreuses dans les classes d'âges 20-24 ans (23 %) et 25-29 ans (20 %). En outre, à 45-49, ans environ une femme sur cinq (21 %) est en rupture d'union (divorcée, séparée ou veuve).

Au graphique 6.1, on constate que depuis 1991 la grande majorité des femmes- environ 90 % ou plus- entre en union avant l'âge de 30 ans. Cependant, dans les périodes les plus récentes elles observent un léger délai en retardant l'âge d'entrer en union: en 1991, 56 % des femmes 15-19 ans étaient célibataires; en 1998, 64 % étaient célibataires; et 67 % étaient encore célibataires en 2004. Après cet âge, le rythme s'accélère très rapidement au point qu'à 20-24 ans, cette proportion diminue pour atteindre seulement environ 25 % de femmes célibataires.

Graphique 6.1 Proportion de femmes célibataires par âge, selon différentes sources



Chez les hommes (tableau 6.2), on constate que près de la moitié (47 %) était en union au moment de l'enquête, plus de deux sur cinq (44 %) étaient célibataires et 9 % en rupture d'union. La proportion des hommes célibataires est nettement supérieure à celle des femmes.

Tableau 6.2 État matrimonial actuel des hommes					
Répartition (en %) des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, Cameroun 2004					
Groupe d'âges	État matrimonial			Total	Effectif
	Célibataire	En union	Divorcé, séparé/ veuf		
15-19	90,8	6,0	3,2	100,0	1 224
20-24	67,6	23,1	9,3	100,0	953
25-29	30,8	57,0	12,2	100,0	812
30-34	10,2	76,9	12,9	100,0	620
35-39	5,5	82,8	11,7	100,0	467
40-44	2,5	87,8	9,8	100,0	394
45-49	1,9	88,7	9,4	100,0	344
Ensemble	43,9	47,2	9,0	100,0	4 815

Tout comme chez les femmes, mais de façon moins rapide, la proportion des hommes célibataires diminue avec l'âge. À 15-19 ans, plus de neuf hommes sur dix (91 %) sont célibataires et plus de trois sur dix (31 %) le sont encore à 25-29 ans, contre moins d'une femme sur dix (8 %) du même groupe d'âges. À partir de 35 ans, le célibat masculin devient beaucoup moins fréquent, la proportion passant de 6 % à 35-39 ans à 2 % à 45-49 ans. À l'opposé, la proportion des hommes en union passe de 23 % à 20-24 ans à 89 % à 45-49 ans. On constate par ailleurs que les proportions d'hommes en rupture d'union sont plus élevées aux groupes d'âges 25-29 ans (12 %), 30-34 ans (13 %) et 35-39 ans (12 %).

6.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivaient en union monogame de celles qui vivaient en union polygame ; ces dernières sont celles dont le mari ou conjoint a plusieurs épouses¹. Le tableau 6.3 présente la répartition des femmes en union selon le nombre de co-épouses et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Au Cameroun, malgré la prédominance de la monogamie (69 %), la polygamie est une pratique assez répandue puisqu'elle touche 30 % des femmes en union. On constate, en outre, que la proportion des femmes ayant, au moins, une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge, passant de 20 % à 20-24 ans à 33 % à 30-34 ans et à 45 % à 45-49 ans.

La fréquence de la polygamie diffère selon le milieu de résidence. En effet, à Yaoundé/Douala seulement 15 % des femmes ont déclaré être polygames. Dans les autres villes, cette pratique concerne 28 % des femmes en union et c'est en milieu rural que l'on observe la proportion la plus élevée (38 %). Les résultats selon les régions montrent que la proportion de femmes en union polygame varie d'un maximum de 47 % au Nord à un minimum de 13 % au Sud-Ouest. De façon générale, la polygamie est davantage pratiquée dans les régions du Nord (47 %), de l'Extrême-Nord (42 %), de l'Adamaoua (38 %), de l'Ouest (42 %) et dans une moindre mesure dans celle du Nord-Ouest (31 %) que dans les autres.

¹ Au Cameroun, l'ordonnance n° 81/062 du 29 juin 1981 sur l'organisation et le fonctionnement de l'état civil prévoit que le système matrimonial est soit la monogamie, soit la polygamie.

Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau d'instruction influence ce type d'union : les proportions de femmes en union polygame varient d'un maximum de 47 % chez celles qui n'ont pas de niveau d'instruction à 29 % chez celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à un minimum de 18 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les résultats selon l'indice de bien être économique du ménage montrent que plus le ménage est riche, plus la fréquence de la polygamie diminue. En effet, la proportion de femmes polygames passe d'un maximum de 44 % dans les ménages les plus pauvres, à 33 % et 32 % dans les ménages dont le niveau de vie est moyen et à un minimum de 17 % seulement dans les ménages les plus riches.

Tableau 6.3 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	0	1	2+	Total	Effectif	0	1	2+	Total	Effectif
Âge actuel										
15-19	80,1	13,3	5,7	100,0	828	97,2	2,8	0,0	100,0	74
20-24	79,4	14,6	5,2	100,0	1 563	96,4	2,5	1,1	100,0	220
25-29	70,2	19,6	9,6	100,0	1 448	94,8	4,1	1,0	100,0	462
30-34	66,7	21,0	11,8	100,0	1 149	89,1	10,1	0,8	100,0	477
35-39	63,0	22,2	14,4	100,0	929	87,6	9,6	2,8	100,0	387
40-44	55,7	26,7	16,9	100,0	691	81,9	15,3	2,8	100,0	346
45-49	55,3	24,8	19,2	100,0	558	82,5	13,7	3,8	100,0	305
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	85,0	10,6	3,4	100,0	1 247	95,0	4,0	1,0	100,0	488
Autres villes	72,3	17,5	9,3	100,0	2 251	91,9	7,5	0,6	100,0	727
Ensemble urbain	76,8	15,1	7,2	100,0	3 498	93,1	6,1	0,8	100,0	1 215
Rural	62,1	23,6	13,9	100,0	3 667	84,2	12,6	3,2	100,0	1 056
Région										
Adamaoua	62,2	28,8	8,6	100,0	322	83,7	15,3	1,0	100,0	106
Centre	77,1	18,2	4,1	100,0	578	93,3	6,7	0,0	100,0	164
Douala	86,7	7,8	4,2	100,0	618	94,8	4,7	0,5	100,0	264
Est	73,2	18,7	8,1	100,0	361	92,8	6,6	0,6	100,0	132
Extrême-Nord	58,4	27,7	13,9	100,0	1 410	80,3	16,4	3,3	100,0	352
Littoral	82,1	10,2	6,8	100,0	258	95,9	3,5	0,6	100,0	82
Nord	53,2	22,1	24,6	100,0	788	75,0	16,1	8,8	100,0	219
Nord-Ouest	69,1	19,3	11,4	100,0	620	90,6	7,9	1,5	100,0	218
Ouest	58,2	23,8	15,6	100,0	840	90,1	9,5	0,4	100,0	242
Sud	79,8	14,6	5,1	100,0	285	96,8	3,2	0,0	100,0	91
Sud-Ouest	87,1	9,5	3,0	100,0	456	92,8	6,8	0,4	100,0	177
Yaoundé	83,4	13,3	2,6	100,0	629	95,2	3,2	1,6	100,0	225
Niveau d'instruction										
Aucun	53,0	27,8	19,2	100,0	2 058	72,3	20,0	7,7	100,0	328
Primaire	70,9	18,8	9,7	100,0	2 888	88,9	10,0	1,2	100,0	831
Secondaire ou plus	82,4	12,4	3,9	100,0	2 220	94,0	5,2	0,7	100,0	1 111
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	56,3	25,8	17,6	100,0	1 639	78,4	15,9	5,7	100,0	419
Second	67,3	23,0	9,6	100,0	1 318	87,2	11,2	1,6	100,0	426
Moyen	67,6	21,0	10,6	100,0	1 363	87,8	10,9	1,3	100,0	419
Quatrième	74,1	15,6	9,3	100,0	1 427	93,5	5,5	1,0	100,0	459
Le plus riche	83,0	11,2	4,8	100,0	1 418	95,6	4,0	0,4	100,0	548
Ensemble	69,3	19,4	10,6	100,0	7 166	89,0	9,1	1,9	100,0	2 271

Le tableau 6.3 présente également les résultats concernant les hommes. Le taux de polygamie qui est le rapport des hommes en union polygame à l'ensemble des hommes mariés, est de 11 % dont 9 % d'hommes ayant deux épouses et 2 % ayant deux épouses ou plus. De façon générale, la proportion d'hommes polygames augmente avec l'âge, passant de 3 % à 15-19 ans à 11 % à 30-34 ans et à environ 18 % entre 40-49 ans. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des différences entre le milieu rural (16 %), les Autres villes (8 %) et Yaoundé/Douala (5 %). En ce qui concerne les régions, la proportion d'hommes vivant en union polygame est plus élevée dans le Nord (25 % dont environ le tiers a, au moins, deux femmes), l'Extrême-Nord (20 %) et l'Adamaoua (16 %). Par ailleurs, comme chez les femmes, le niveau d'instruction influence la fréquence de cette pratique chez les hommes, celle-ci étant plus courante chez les hommes sans niveau d'instruction (28 %) que chez ceux ayant un niveau d'instruction primaire (11 %) et que chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (6 %). Selon le niveau de vie du ménage, on constate que la proportion d'hommes vivant en union polygame diminue au fur et à mesure que l'indice de bien-être s'élève : d'un maximum de 22 % parmi les plus pauvres, la proportion passe à 4 % parmi les plus riches.

6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

Compte tenu de la relation étroite existant entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Les tableaux 6.4 et 6.5 présentent les proportions de femmes et d'hommes déjà en union à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel.

L'âge d'entrée en union des femmes au Cameroun est assez précoce : en effet, 22 % des femmes âgées de 25-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans, alors que l'ordonnance n° 81/062 du 29 juin 1981 fixe l'âge au mariage à 15 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons. Plus de la moitié des femmes (54 %) étaient déjà en union avant 18 ans et près de neuf femmes sur dix (88 %) l'étaient avant 25 ans (tableau 6.4). L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 17,6 ans. On relève un net recul de l'âge d'entrée en union des générations les plus anciennes aux plus récentes. En effet, l'âge médian à la première union chez les femmes des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans) est de 17,0 ans, alors qu'il est de 18,3 ans pour celles des générations récentes (âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête). De plus, la proportion des femmes qui entrent en union avant l'âge de 18 ans diminue des générations les plus anciennes aux plus récentes : elle est de 61 % pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans et de 47 % pour celles de 20-24 ans. Entre 1998 et 2004, l'âge à la première union est resté sensiblement le même (17,4 ans à l'EDSC-II et 17,6 ans à l'EDSC-III). Par contre, lors de la première enquête en 1991, cet âge médian était estimé à 16,5 ans parmi les femmes de 25-49 ans. Depuis cette date, il y a donc eu un vieillissement de l'âge d'entrée en première union.

Les hommes entrent en première union à un âge beaucoup plus tardif que les femmes : leur âge médian est de 25,2 ans, soit 7,6 ans plus tard que les femmes. Parmi les hommes de 30-49 ans, seulement 9 % était en union à 18 ans et 18 % étaient déjà en union à 20 ans. On ne constate aucune modification de cet âge d'entrée en union selon les groupes d'âges. L'âge médian se situe autour de 25 ans quelle que soit la génération.

Tableau 6.4 Âge à la première union

Pourcentage de femmes qui étaient déjà en union avant d'atteindre les âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage d'hommes qui étaient déjà en union avant d'atteindre les âges exacts 20, 22, 25, 28 et 30 ans et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, Cameroun 2004

FEMMES									
	Pourcentage en première union avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian à la 1ère union	
	15	18	20	22	25				
15-19	11,2	na	na	na	na	66,8	2 684	a	
20-24	16,5	47,2	64,0	na	na	23,4	2 252	18,3	
25-29	20,4	49,2	64,4	76,2	87,2	8,3	1 747	18,1	
30-34	21,6	52,9	66,0	75,8	85,4	3,8	1 350	17,7	
35-39	21,2	55,9	72,0	82,8	89,1	2,0	1 080	17,4	
40-44	22,5	57,2	70,0	80,4	89,9	2,2	832	17,3	
45-49	23,1	60,9	74,3	84,2	90,8	0,7	711	17,0	
20-49	20,1	52,1	67,1	77,2	84,8	9,6	7 972	17,8	
25-49	21,5	53,9	68,3	79,0	88,0	4,2	5 720	17,6	
HOMMES									
	Pourcentage en première union avant d'atteindre l'âge exact de :						Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian à la 1ère union
	18	20	22	25	28	30			
20-24	9,6	18,9	na	na	na	na	67,6	953	a
25-29	9,7	20,1	32,6	55,8	na	na	30,8	812	24,3
30-34	10,4	18,2	31,6	50,5	70,6	82,6	10,2	620	24,9
35-39	8,1	17,0	29,6	46,5	62,0	72,1	5,5	467	25,6
40-44	8,1	18,0	30,8	48,6	67,8	77,9	2,5	394	25,3
45-49	6,0	13,3	27,1	47,9	65,0	74,5	1,9	344	25,3
25-49	8,8	17,9	30,9	50,8	na	na	13,5	2 638	24,9
30-49	8,5	16,9	30,1	48,6	66,7	77,3	5,8	1 826	25,2

na = Non applicable
a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes se sont mariés pour la première fois avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Le milieu de résidence influence nettement le calendrier de la primo-nuptialité des femmes au Cameroun (tableau 6.5 et graphique 6.2); les femmes du milieu urbain entrant nettement plus tard en union que celles du milieu rural (18,7 ans contre 16,6 ans). En considérant le milieu urbain seul, on constate que les femmes de Yaoundé/Douala entrent bien plus tard en union (20,6 ans) que celles des Autres villes (17,6 ans). Selon les régions, l'âge médian d'entrée en première union varie d'un maximum de 20,1 ans chez les femmes du Sud à un minimum de 14,9 ans chez celles de l'Extrême-Nord. On

constate que les femmes de l'Extrême-Nord (14,9 ans), du Nord (15,5 ans) et de l'Adamaoua (15,6 ans) entrent plus précocement en union que celles des autres régions. Par ailleurs, le niveau d'instruction influence l'âge d'entrée en première union des femmes : plus elles sont instruites, plus elles entrent en union à un âge tardif (15,3 ans chez les femmes sans niveau instruction contre 20,8 ans chez celles ayant un niveau instruction secondaire ou plus). En outre, les femmes des ménages les plus riches entrent en union plus tard que les autres (20,7 ans contre 15,8 ans pour les plus pauvres).

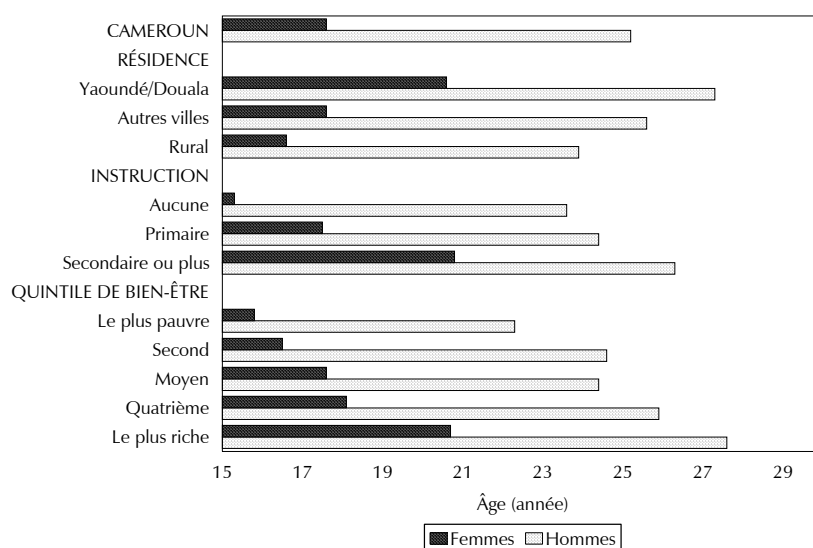
Tableau 6.5 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans et des hommes de 30-49 ans par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Âge actuel						Femmes de 25-49 ans	Hommes de 30-49 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	a	21,6	21,0	19,5	20,3	19,2	20,6	27,3
Autres villes	18,7	18,0	17,5	17,6	17,2	17,3	17,6	25,6
Ensemble urbain	19,7	19,5	18,7	18,4	18,0	17,8	18,7	26,4
Rural	16,8	16,7	16,9	16,3	16,4	16,4	16,6	23,9
Région								
Adamaoua	16,6	16,1	15,7	15,5	15,3	15,1	15,6	23,0
Centre	19,3	18,9	19,0	18,8	18,4	18,6	18,8	25,0
Douala	a	21,7	21,6	19,7	19,8	18,9	20,6	27,5
Est	17,1	17,5	16,8	18,4	16,9	17,6	17,4	23,8
Extrême-Nord	15,5	15,1	14,8	14,9	14,7	15,2	14,9	23,7
Littoral	a	21,5	20,3	19,0	18,8	17,6	19,5	28,2
Nord	16,2	15,6	15,5	15,5	15,6	15,1	15,5	24,1
Nord-Ouest	a	19,7	20,5	18,3	19,8	19,0	19,5	27,0
Ouest	16,9	17,0	17,4	17,1	17,0	16,9	17,1	22,3
Sud	18,6	20,1	20,1	20,8	20,1	19,9	20,1	24,1
Sud-Ouest	a	20,3	18,8	18,7	18,3	17,5	19,2	27,2
Yaoundé	a	21,6	20,1	19,4	20,6	19,5	20,6	27,0
Niveau d'instruction								
Aucun	15,4	15,3	15,3	15,1	15,2	15,5	15,3	23,6
Primaire	17,7	17,4	17,4	17,6	17,5	17,5	17,5	24,4
Secondaire ou plus	a	20,9	21,3	20,0	20,8	20,7	20,8	26,3
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	16,3	15,9	15,8	15,7	15,7	15,8	15,8	22,3
Second	16,5	16,2	17,0	16,7	16,1	16,5	16,5	24,6
Moyen	17,5	18,2	17,8	17,2	17,1	17,4	17,6	24,4
Quatrième	19,2	19,2	18,1	17,6	17,9	17,3	18,1	25,9
Le plus riche	a	21,2	21,1	20,1	20,3	20,1	20,7	27,6
Ensemble	18,3	18,1	17,7	17,4	17,3	17,0	17,6	25,2

a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes se sont mariées pour la première fois avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Graphique 6.2 Âge médian des femmes à la première union



Note : Femmes de 25-49 ans; hommes de 30-49 ans

EDSC-III 2004

En ce qui concerne l'âge médian des hommes de 30-49 ans à la première union (tableau 6.5 et graphique 6.2), les résultats montrent, comme pour les femmes, un écart important selon le milieu de résidence. En effet, les hommes du milieu rural entrent en union 1,7 an plus tôt que ceux des Autres villes et 3,4 ans plus tôt que ceux de Yaoundé/Douala. Selon les régions, l'âge médian passe d'un minimum de 22,3 ans à l'Ouest à un maximum de 28,2 ans au Littoral. Concernant le niveau d'instruction, on constate que les hommes sans niveau d'instruction (23,6 ans) et ceux ayant un niveau d'instruction primaire (24,4 ans) entrent plus tôt en union que ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (26,3 ans). Pour ce qui est du niveau de bien-être économique du ménage, on constate que les hommes vivant dans les ménages les plus riches entrent plus tardivement en union (âge médian 27,6 ans) que ceux des ménages les plus pauvres (âge médian 22,3 ans).

6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, les rapports sexuels n'ayant pas forcément lieu dans le cadre exclusif de l'union. Pour cette raison, on a demandé aux personnes enquêtées, l'âge auquel elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au tableau 6.6 figurent les proportions des femmes et des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'âge actuel.

Avant d'atteindre 15 ans, 25 % des femmes de 20-49 ans avaient déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion est de 87 % avant d'atteindre 20 ans et de 93 % avant d'atteindre 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes âgées de 20-49 ans est estimé à 16,5 ans. Cet âge est plus précoce que l'âge d'entrée en première union (17,8 ans) ; ce qui semble indiquer que les premiers rapports sexuels ont lieu 1,3 ans avant l'entrée en première union. Par ailleurs, des générations les plus anciennes aux plus récentes, on ne dénote pas de modification de l'âge aux premiers rapports sexuels : l'âge médian étant de 16,3 ans pour les femmes des générations les plus anciennes (45-49 ans) et de 16,7 ans pour celles des générations les plus récentes (20-24 ans).

Tableau 6.6 Âge aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, Cameroun 2004

Âge actuel	Pourcentage ayant eu les premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1ers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
FEMMES								
15-19	18,0	na	na	na	na	45,3	2 684	a
20-24	21,6	68,2	85,8	na	na	6,2	2 252	16,7
25-29	25,9	68,7	87,3	92,6	93,9	1,0	1 747	16,5
30-34	27,2	71,5	87,2	91,7	93,6	0,2	1 350	16,3
35-39	28,0	75,4	89,3	93,6	95,1	0,0	1 080	16,2
40-44	23,6	72,7	86,9	92,1	94,3	0,1	832	16,4
45-49	29,2	71,0	84,9	91,2	93,0	0,0	711	16,3
20-49	25,3	70,6	86,9	91,7	93,1	2,0	7 972	16,5
25-49	26,7	71,5	87,3	92,4	94,0	0,4	5 720	16,4
HOMMES								
15-19	11,5	na	na	na	na	57,0	1 224	a
20-24	10,7	50,4	75,7	na	na	13,7	953	18,0
25-29	12,5	50,8	71,7	83,8	94,5	2,8	812	17,9
30-34	10,4	44,2	68,7	82,9	92,8	0,4	620	18,3
35-39	6,9	40,0	65,5	85,5	92,3	0,5	467	18,6
40-44	6,9	36,9	58,7	76,5	87,6	0,2	394	19,0
45-49	5,9	30,8	56,1	77,4	86,1	0,0	344	19,3
20-49	9,8	43,2	62,2	72,8	78,2	17,9	3 470	18,6
25-49	9,3	42,7	65,9	82,0	91,6	1,1	2 638	18,5
na = Non applicable								
a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre le début du groupe d'âges.								

Entre l'EDSC-I de 1991 et l'EDSC-III de 2004, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans n'a pas varié de façon sensible puisqu'il est passé de 15,9 ans en 1991 à 16,5 ans en 2004. Il faut remarquer également qu'à tous les groupes d'âges actuels, les proportions des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels (tableau 6.6) sont plus élevées que celles des femmes déjà en union au même âge (tableau 6.4)

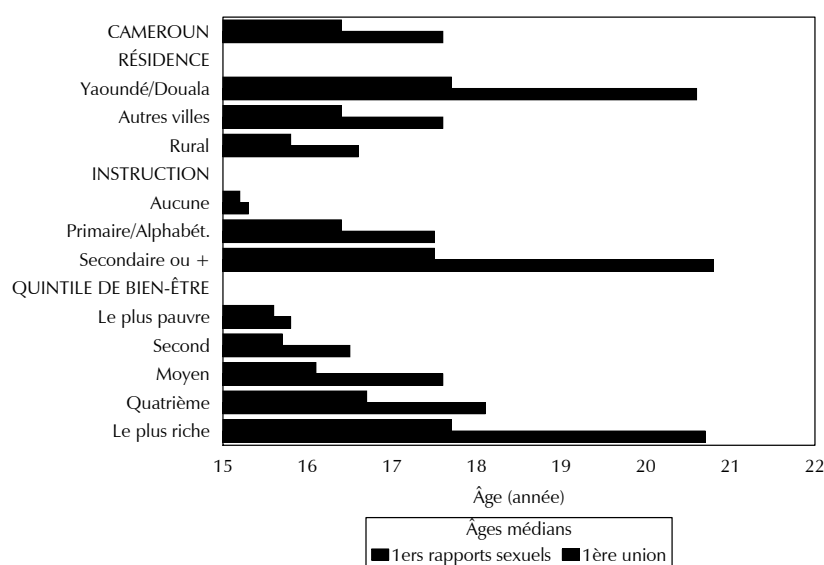
Chez les hommes âgés de 25-49 ans, on constate qu'en atteignant 18 ans, 43 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels ; à l'âge de 22 ans, cette proportion est de 82 % et à 25 ans, la quasi-totalité (92 %) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels. L'âge médian des hommes aux premiers rapports sexuels est estimé à 18,5 ans. Alors que les résultats concernant les femmes ne mettent en évidence aucune modification de cet âge aux premiers rapports sexuels, il semble que chez les hommes, cet âge se soit très légèrement modifié dans le sens d'un rajeunissement ; de 19,3 ans dans les générations les plus anciennes à 18 ans dans les plus récentes. Comme les femmes, les hommes ont leurs premiers rapports sexuels avant leur entrée en première union : en moyenne 6,4 ans avant d'entrer en première union.

Le tableau 6.7 présente l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques socio-démographiques pour les femmes et pour les hommes. Selon le milieu de résidence, on constate que, chez les femmes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels varie de 15,8 ans en milieu rural à 16,4 ans dans les Autres villes et à 17,7 ans à Yaoundé/Douala (graphique 6.3). Par rapport aux régions, les résultats montrent que les régions de l'Extrême-Nord (14,9 ans), de l'Adamaoua (15, 4 ans) et du Nord (15,5 % ans) sont celles où l'âge médian aux premiers rapports sexuels est le plus précoce. Par contre, dans les régions du Nord-Ouest (17,3 ans), du Sud-Ouest (16,9 ans) et du Littoral (16,7 ans), les femmes commencent leur vie sexuelle de manière plus tardive. Les résultats selon le niveau d'instruction

Tableau 6.7 Âge médian aux premiers rapports sexuels								
Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans et des hommes de 25-49 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004								
Caractéristique socio-démographique	Âge actuel						Femmes de	Hommes de
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49 ans	25-49 ans
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	17,7	17,9	17,7	17,3	17,6	18,0	17,7	17,9
Autres villes	16,9	16,6	16,3	16,4	16,5	16,3	16,4	18,7
Ensemble urbain	17,3	17,1	16,8	16,8	16,9	16,9	16,9	18,3
Rural	16,1	15,8	15,9	15,6	15,8	15,9	15,8	18,7
Région								
Adamaoua	16,0	15,6	15,6	15,5	15,3	14,7	15,4	19,3
Centre	16,7	16,1	16,5	16,0	16,7	16,8	16,4	18,0
Douala	17,9	18,0	17,8	17,3	17,4	17,8	17,7	17,6
Est	15,7	16,2	15,7	16,6	15,8	16,1	16,0	17,7
Extrême-Nord	15,6	15,0	14,8	14,8	14,9	15,2	14,9	20,3
Littoral	17,3	17,0	16,9	16,4	16,8	16,3	16,7	17,9
Nord	16,1	15,6	15,5	15,4	15,5	15,1	15,5	20,5
Nord-Ouest	16,8	17,1	17,1	17,1	17,7	17,6	17,3	18,2
Ouest	16,8	16,8	17,2	16,5	16,8	16,8	16,8	18,7
Sud	16,1	15,9	15,8	16,2	16,3	16,0	16,1	17,8
Sud-Ouest	17,1	17,4	16,9	15,9	16,7	16,2	16,9	18,3
Yaoundé	17,5	17,8	17,6	17,4	17,9	18,5	17,7	18,2
Niveau d'instruction								
Aucun	15,3	15,2	15,1	15,0	15,2	15,4	15,2	20,4
Primaire	16,3	16,2	16,3	16,3	16,7	16,6	16,4	18,6
Secondaire ou plus	17,7	17,6	17,4	17,3	17,7	18,0	17,5	18,0
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	16,0	15,7	15,6	15,4	15,6	15,6	15,6	19,5
Second	15,6	15,5	15,7	15,8	15,7	16,0	15,7	18,9
Moyen	16,5	16,3	16,1	15,8	15,9	16,5	16,1	18,4
Quatrième	17,0	16,7	16,9	16,5	16,9	16,5	16,7	18,4
Le plus riche	17,8	17,9	17,8	17,4	17,4	18,0	17,7	18,0
Ensemble	16,7	16,5	16,3	16,2	16,4	16,3	16,4	18,5

montrent que, comme pour l'entrée en première union, plus les femmes ont un niveau d'instruction élevé, plus l'âge aux premiers rapports sexuels est tardif : de 15,2 ans pour les femmes sans niveau instruction, cet âge médian passe à 16,4 ans pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et à 17,5 ans pour celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Par ailleurs, le niveau de bien-être économique du ménage influence l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge médian augmentant du quintile le plus pauvre (15,6 ans) au plus riche (17,7 ans). En d'autres termes, les femmes des ménages les plus riches ont leurs premiers rapports sexuels 2,1 ans plus tard que celles des ménages les plus pauvres.

Graphique 6.3 Âges médians des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels



Il faut noter l'existence des rapports sexuels pré-nuptiaux, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques considérées. L'écart entre l'âge médian d'entrée en première union et l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus important chez les femmes de Yaoundé/Douala (2,9 ans), du Sud (4,0 ans), chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (2,3 ans) et chez celles des ménages les plus riches (3,0 ans).

Chez les hommes, les résultats ne font pas apparaître de différence importantes selon le milieu de résidence. Parmi ceux de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 18,7 ans en milieu rural contre 18,3 ans en milieu urbain (dont 17,9 ans à Yaoundé/Douala et de 18,7 ans dans les Autres Villes). Selon la région, cet âge médian aux premiers rapports sexuels varie d'un minimum de 17,7 ans à l'Est à un maximum de 20,5 ans dans le Nord. Du point de vue du niveau d'instruction, on ne constate pas chez les hommes de façon aussi nette que chez les femmes, une tendance au vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève. Les hommes sans niveau instruction ont leurs premiers rapports sexuels à 20,4 ans contre 18,6 ans pour ceux ayant un niveau d'instruction primaire et 18,0 ans pour ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les hommes des ménages les plus pauvres (19,5 ans) ont leurs premiers rapports sexuels un peu plus tardivement que ceux des ménages les plus riches (18,0 ans).

6.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels est un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse, en particulier dans les sociétés où la prévalence de la contraception moderne reste faible, comme c'est le cas au Cameroun. Le tableau 6.8 présente les résultats sur l'activité sexuelle des femmes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête. La moitié des femmes (51 %) étaient considérées comme étant sexuellement actives au moment de l'enquête, car elles ont déclaré avoir eu, au moins une fois, des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête. Plus d'une femme sur dix (13 %) n'avaient jamais eu de rapports sexuels ; dans 25 % des cas, les femmes avaient eu leurs derniers rapports sexuels au cours de la dernière année et pour 9 % des femmes, les rapports sexuels avaient eu lieu il y a plus d'une année.

La proportion des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 26 % à 15-19 ans à un maximum de 64 % à 35-39 ans, puis décroît à partir de 40-44 ans. En ce qui concerne l'état matrimonial, l'activité sexuelle est relativement moins fréquente chez les femmes célibataires (15 %). C'est chez les femmes en union que l'activité sexuelle récente est la plus fréquente (67 % contre 22 % pour les femmes en rupture d'union). La mobilité conjugale n'influence pas la fréquence des rapports sexuels. Les femmes qui ont été en union une fois et celles qui ont été en union plus d'une fois ont pratiquement le même comportement. De plus, la durée de l'union semble influencer très légèrement l'activité sexuelle. Parmi les femmes ayant été en union une seule fois, la proportion de femmes sexuellement actives varie de 65 % chez celles dont la durée de l'union se situe entre 0 et 4 ans à 70 % chez celles en union depuis 20-24 ans et à 66 % chez celles en union depuis 25 ans ou plus.

Les proportions de femmes qui sont considérées sexuellement actives sont plus élevées en milieu rural (54 %) qu'à Yaoundé/Douala (49 %) et que dans les Autres villes (47 %). Selon les régions, les femmes du Nord (65 %), de l'Extrême-Nord (63 %) et de l'Adamaoua (58 %) se sont déclarées, proportionnellement, plus sexuellement actives que celles de l'Ouest (37 %), du Nord-Ouest (38 %) et des autres régions. Par ailleurs, 64 % des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction se sont déclarées sexuellement actives contre 44 % de celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. En outre, il semble que l'activité sexuelle soit influencée par la pratique contraceptive puisque 79 % des femmes utilisant la pilule, 74 % de celles ayant été stérilisées et 62 % de celles qui ont recours au condom se sont déclarées sexuellement actives contre 46 % de celles qui n'utilisent aucune méthode.

Le tableau 6.9 présente la répartition des hommes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Comme chez les femmes, un homme sur deux (50 %) est considéré comme étant sexuellement actif au moment de l'enquête, près d'un tiers (32 %) était en abstinence : 26 % d'entre eux avaient eu leurs derniers rapports sexuels au cours de l'année ayant précédé l'enquête et pour 6 %, les derniers rapports sexuels avaient eu lieu il y a une ou plusieurs années. Enfin, près d'un homme sur cinq (18 %) n'avait pas encore eu de rapport sexuel au moment de l'enquête. La proportion d'hommes sexuellement actifs au moment de l'enquête augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 14 % parmi les 15-19 ans à 80 % pour les 45-49 ans. On constate que les hommes des groupes d'âges 15-19 ans et 20-24 ans ont été proportionnellement moins sexuellement actifs (respectivement, 14 % et 41 %) que les femmes (26 % et 53 %) des mêmes groupes d'âges.

Tableau 6.8 Activité sexuelle récente des femmes

Répartition (en %) des femmes par activité sexuelle récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année ¹	Il y a une année ou plus	ND			
Âge actuel							
15-19	26,0	22,4	4,6	1,6	45,3	100,0	2 684
20-24	53,2	28,2	8,5	4,0	6,2	100,0	2 252
25-29	62,2	25,6	7,0	4,2	1,0	100,0	1 747
30-34	62,6	24,5	9,2	3,5	0,2	100,0	1 350
35-39	63,5	24,5	9,5	2,4	0,0	100,0	1 080
40-44	58,4	22,5	16,0	3,0	0,1	100,0	832
45-49	54,8	23,6	20,1	1,5	0,0	100,0	711
État matrimonial							
Célibataire	15,3	22,3	8,2	0,8	53,4	100,0	2 560
En union	66,9	24,1	5,7	3,2	0,1	100,0	7 166
En rupture d'union	22,1	36,2	34,6	6,9	0,1	100,0	930
Durée du mariage des femmes mariées une seule fois ²							
0-4 ans	64,8	27,3	3,7	3,7	0,4	100,0	1 698
5-9 ans	65,5	24,0	6,1	4,4	0,0	100,0	1 205
10-14 ans	69,4	21,4	5,2	4,1	0,0	100,0	824
15-19 ans	68,8	23,3	5,2	2,7	0,0	100,0	678
20-24 ans	69,9	21,8	6,3	2,0	0,0	100,0	511
25 ans et +	65,7	22,7	10,6	1,0	0,0	100,0	577
Mariée plus d'une fois	67,4	23,8	6,1	2,6	0,1	100,0	1 673
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	48,6	25,4	7,4	2,6	16,0	100,0	2 277
Autres villes	47,1	26,3	9,6	2,4	14,6	100,0	3 559
Ensemble urbain	47,6	25,9	8,8	2,5	15,2	100,0	5 836
Rural	54,1	23,2	8,9	3,5	10,2	100,0	4 820
Région							
Adamaoua	57,5	21,2	4,8	3,7	12,8	100,0	416
Centre	50,4	27,9	9,8	1,2	10,7	100,0	854
Douala	49,4	23,9	6,9	2,9	16,9	100,0	1 197
Est	50,8	30,0	8,6	3,0	7,6	100,0	506
Extrême-Nord	62,9	16,9	6,0	3,4	10,9	100,0	1 718
Littoral	43,9	30,5	7,6	2,6	15,4	100,0	482
Nord	64,6	13,3	6,1	3,3	12,6	100,0	975
Nord-Ouest	38,4	26,9	17,0	3,0	14,7	100,0	1 090
Ouest	37,4	31,7	11,0	4,2	15,8	100,0	1 142
Sud	50,0	32,8	7,6	2,7	7,0	100,0	439
Sud-Ouest	48,9	28,2	11,0	2,4	9,5	100,0	757
Yaoundé	47,7	27,0	8,1	2,3	15,0	100,0	1 080
Niveau d'instruction							
Aucun	63,7	18,6	8,9	3,2	5,6	100,0	2 383
Primaire	50,1	24,4	10,0	3,4	12,1	100,0	4 109
Secondaire ou plus	43,5	28,5	7,7	2,4	17,9	100,0	4 163
Méthode contraceptive actuelle							
Stérilisation féminine	74,2	16,0	9,8	0,0	0,0	100,0	95
Pilule	78,8	16,8	2,2	1,4	0,9	100,0	137
Condom	62,3	35,3	1,7	0,8	0,0	100,0	1 039
Continence périodique	59,7	31,6	6,1	1,1	1,5	100,0	1 069
Autre méthode	70,6	20,3	4,5	4,6	0,0	100,0	412
Aucune méthode	45,9	22,9	10,5	3,5	17,2	100,0	7 879
Ensemble	50,6	24,7	8,8	2,9	12,9	100,0	10 656

¹ Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.² Non compris les femmes qui ne sont pas actuellement en union.

Tableau 6.9 Activité sexuelle récente des hommes

Répartition (en %) des hommes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Temps écoulé depuis les derniers rapports sexuels			N'a jamais eu de rapports sexuels	Total ¹	Effectif
	Durant les 4 dernières semaines	Durant la dernière année	Une ou plusieurs années			
Âge actuel						
15-19	13,8	22,7	6,4	57,0	100,0	1 224
20-24	40,8	36,1	9,3	13,7	100,0	953
25-29	63,2	28,7	5,3	2,8	100,0	812
30-34	72,1	23,2	4,1	0,4	100,0	620
35-39	69,2	26,1	4,2	0,5	100,0	467
40-44	71,5	23,4	5,0	0,2	100,0	394
45-49	80,0	13,9	6,1	0,0	100,0	344
État matrimonial						
Célibataire	22,8	28,1	8,9	40,3	100,0	2 112
En union	75,9	21,6	2,2	0,1	100,0	2 271
Divorcé, séparé, veuf	45,3	40,9	13,2	0,7	100,0	433
Durée du mariage des hommes mariés une seule fois						
0-4 ans	71,0	25,8	2,2	0,6	100,0	540
5-9 ans	72,4	25,3	2,3	0,0	100,0	326
10-14 ans	72,4	25,2	2,4	0,0	100,0	211
15-19 ans	76,4	21,0	2,7	0,0	100,0	139
20-24 ans	80,2	17,6	2,2	0,0	100,0	105
25 ans et +	(80,1)	(19,9)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	34
Marié plus d'une fois	80,0	17,7	2,2	0,0	100,0	916
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	52,6	29,7	4,9	12,7	100,0	1 167
Autres villes	46,6	26,6	7,2	19,4	100,0	1 645
Ensemble urbain	49,1	27,9	6,3	16,6	100,0	2 812
Rural	50,9	23,8	6,0	19,4	100,0	2 003
Région						
Adamaoua	45,3	24,1	6,8	23,7	100,0	214
Centre	53,1	25,0	5,5	16,3	100,0	368
Douala	53,4	26,5	4,0	16,1	100,0	598
Est	60,0	26,2	3,7	9,8	100,0	249
Extrême-Nord	46,7	24,4	5,8	23,1	100,0	620
Littoral	43,2	34,6	4,9	17,0	100,0	208
Nord	44,9	21,2	9,7	24,2	100,0	434
Nord-Ouest	47,4	27,5	9,3	15,9	100,0	506
Ouest	44,3	22,4	4,7	28,7	100,0	411
Sud	56,0	27,2	7,7	9,0	100,0	223
Sud-Ouest	53,7	23,9	5,6	16,9	100,0	415
Yaoundé	51,7	33,0	5,9	9,2	100,0	568
Niveau d'instruction						
Aucun	53,3	27,4	5,5	13,8	100,0	467
Primaire	49,0	23,6	6,4	21,0	100,0	1 736
Secondaire ou plus	49,8	27,7	6,1	16,3	100,0	2 612
Ensemble	49,8	26,2	6,1	17,8	100,0	4 815

¹ Le total inclut les non déterminés

() Basés sur un faible nombre de cas non-pondérés

En ce qui concerne l'état matrimonial, on constate que l'activité sexuelle des hommes célibataires au cours du mois précédant l'enquête est plus élevée que celle des femmes (23 % contre 15 %). Comme chez les femmes, c'est chez les hommes mariés (76 %) et dans une moindre mesure chez les divorcés, séparés ou veufs (45 %) que l'activité sexuelle récente est la plus fréquente. Par rapport à la durée du mariage, on constate que la durée du mariage influence la fréquence de l'activité sexuelle : de 71 % pour une durée de mariage de 0-4 ans, la proportion passe à 80 % pour la durée 20-24 ans. Le milieu de résidence n'influence que très peu l'activité sexuelle récente des hommes : 53 % à Yaoundé/Douala ; 47 % dans les Autres villes et 51 % en milieu rural. Selon la région, la proportion d'hommes sexuellement actifs varie d'un minimum de 43 % dans le Littoral à un maximum de 60 % à l'Est. Cette proportion est également élevée au Centre (53 %), au Sud-Ouest (54 %), et au Sud (56 %). Le niveau d'instruction n'influence pratiquement pas l'activité sexuelle des hommes : (53 % contre 50 % pour ceux de niveau secondaire ou plus).

6.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle ou de l'abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation qui constitue l'aménorrhée post-partum est estimé ici par la longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant et le retour des règles. Par ailleurs, la longueur de cet intervalle peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. L'examen de ces facteurs permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de la non susceptibilité. Une femme est considérée comme non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance, ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend les rapports sexuels sans protection contraceptive. La période de non-susceptibilité se définit donc comme celle pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données du tableau 6.10 se rapportent aux naissances des 3 dernières années dont la mère est encore en aménorrhée ou en abstinence post-partum et donc non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse. La distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (Sx) d'une table de mortalité. Le tableau comporte également les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité.

Au Cameroun, 31 % de femmes ayant accouché au cours des trois années précédant l'enquête sont en aménorrhée post-partum. Un peu plus de sept femmes sur dix (74 %) restent en aménorrhée jusqu'à 5 mois, une femme sur deux (50 %) l'est encore à 9 mois et 16 % à 19 mois. Au-delà de 25 mois, la proportion de femmes dont le retour de l'ovulation ne s'est pas encore produit, varie entre 1 % et 4 %. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est estimée à 9,3 mois et sa valeur moyenne se situe à 11,2 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement exclusif qui agissent sur le retour de l'ovulation (Voir Chapitre 10 - Nutrition), expliqueraient, en partie, ces durées relativement longues, mais qui semblent s'être raccourcies récemment.

Tableau 6.10 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum				
Pourcentage de naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médiane et moyenne, Cameroun 2004				
Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances pour lesquelles la mère est :			Nombre de naissances
	En aménorrhée	En abstinence	En insusceptibilité post-partum	
< 2	96,7	94,0	98,9	233
2-3	81,2	80,6	91,0	279
4-5	74,4	55,3	85,2	302
6-7	64,3	47,0	75,7	264
8-9	49,8	42,8	65,2	283
10-11	46,2	37,9	61,9	248
12-13	39,7	29,6	53,6	315
14-15	32,5	29,4	49,2	262
16-17	18,3	26,6	37,0	280
18-19	15,7	21,2	30,7	268
20-21	9,5	12,9	18,5	253
22-23	5,2	10,5	13,3	270
24-25	1,9	2,8	4,0	301
26-27	3,5	5,8	8,0	293
28-29	2,4	3,1	5,0	273
30-31	0,8	1,5	2,3	208
32-33	1,4	4,4	5,1	218
34-35	1,1	1,9	3,0	233
Ensemble	30,8	28,5	40,1	4 783
Médiane en mois	9,3	6,3	13,7	na
Moyenne en mois	11,2	10,4	14,4	na

Note : Les calculs sont basés sur le statut au moment de l'enquête.
na = Non applicable

L'abstinence post-partum sur une longue période est une pratique ancienne au Cameroun. Près de la moitié des femmes (47 %) n'avaient pas encore repris leurs rapports sexuels 7 mois après la naissance de leur dernier enfant. La durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 6,3 mois et sa valeur moyenne à 10,4 mois. Par rapport à la dernière enquête, on note un raccourcissement sensible des durées moyenne et médiane de l'abstinence post-partum (respectivement, 13,4 mois et 11,9 en 1998). L'augmentation de la prévalence contraceptive ne peut pas à elle seule expliquer ce raccourcissement de la durée médiane d'abstinence, ce qui demande à être explorée en profondeur lors des analyses ultérieures.

Pour 40 % des naissances survenues au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, les mères sont en insusceptibilité post-partum. Cette période d'insusceptibilité dure en moyenne 14,4 mois. Et pour 50 % des naissances, les mères ne sont pas susceptibles de tomber enceinte pendant 13,7 mois.

Le tableau 6.11 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non-susceptibilité selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate que ces

durées varient avec l'âge de la femme. Bien entendu, la durée de non-susceptibilité est totalement dépendante de la durée de l'aménorrhée et de l'abstinence. Les durées sont plus longues pour les femmes de 30 ans ou plus (13,2 mois pour l'aménorrhée, 7,5 mois pour l'abstinence et 16,5 mois pour la non-susceptibilité) que pour celles de moins de 30 ans (respectivement 8,3 mois, 6,0 mois et 12,4 mois). Selon le milieu de résidence, on constate qu'en rural, les durées d'aménorrhée (12,1 mois) et d'insusceptibilité (15,5 mois) sont plus longues que dans les Autres villes (respectivement, 8,2 mois et 12,8 mois) et qu'à Yaoundé/Douala (respectivement, 5,5 mois et 8,1 mois).

Tableau 6.11 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques socio-démographiques				
Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Nombre de naissances
Âge				
15-29	8,3	6,0	12,4	3 288
30-49	13,2	7,5	16,5	1 495
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	5,5	4,8	8,1	656
Autres villes	8,2	6,4	12,8	1 456
Ensemble urbain	7,1	6,0	10,2	2 112
Rural	12,1	6,6	15,5	2 671
Région				
Adamaoua	13,4	7,2	15,0	204
Centre	8,1	13,7	14,6	401
Douala	5,6	5,5	7,8	327
Est	12,7	6,8	16,0	283
Extrême-Nord	14,2	4,0	15,0	1 030
Littoral	8,3	12,1	14,9	166
Nord	9,9	3,3	10,3	544
Nord-Ouest	10,9	17,2	17,7	456
Ouest	10,1	9,8	14,5	581
Sud	6,1	11,6	14,2	185
Sud-Ouest	5,5	9,0	15,2	275
Yaoundé	5,6	4,5	8,5	329
Niveau d'instruction				
Aucun	11,9	4,7	14,2	1 361
Primaire	10,5	8,6	14,9	2 072
Secondaire ou plus	6,3	6,8	10,9	1 350
Ensemble	9,3	6,3	13,7	4 783
Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel.				

Par rapport aux régions, la durée médiane de l'aménorrhée post-partum varie d'un minimum de 5,5 mois dans le Sud-Ouest à un maximum de 13,4 mois dans l'Adamaoua. Le niveau d'instruction influence également la longueur de l'aménorrhée : de 11,9 mois parmi les femmes sans niveau d'instruction, cette durée s'établit à 6,3 mois parmi les femmes de niveau secondaire ou plus.

La durée médiane de l'abstinence, quant à elle, varie d'un minimum de 3,3 mois dans le Nord à un maximum de 17,2 mois dans le Nord-Ouest. En outre, l'abstinence post-partum varie en fonction du niveau d'instruction : de 4,7 mois pour les femmes sans niveau d'instruction à 6,8 mois pour celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus.

En dehors de Yaoundé (8,5 mois) et Douala (7,8 mois) où la durée d'insusceptibilité est faible, les autres régions ont une durée médiane relativement longue : elle varie d'un minimum de 10,3 mois dans le Nord à un maximum de 17,7 mois dans le Nord-Ouest. De plus, l'insusceptibilité post-partum varie en fonction du niveau d'instruction : de 14,2 mois pour les femmes sans niveau d'instruction à 10,9 mois pour celles qui ont le niveau d'instruction secondaire ou plus.

6.7 MÉNOPAUSE

Le tableau 6.12 présente la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30-49 ans. Il indique la proportion de femmes en ménopause, c'est-à-dire la proportion des femmes actuellement en union qui ne sont ni, enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

On constate que 9 % des femmes de 30-49 ans étaient en ménopause au moment de l'enquête. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, passant de moins de 1 % à 30-34 ans, à 25 % à 44-45 ans, pour atteindre 45 % à 48-49 ans. On peut constater qu'aux âges où généralement les femmes sont encore fécondes, une proportion non négligeable s'est déclarée en ménopause : 10 % à 42-43 ans, 25 % à 44-45 ans et 24 % à 46-47 ans.

Tableau 6.12 Ménopause		
Pourcentage de femmes de 30-49 ans en ménopause selon l'âge, Cameroun 2004		
Âge	Pourcentage de femmes en ménopause	Effectif de femmes
30-34	0,5	1 350
35-39	1,6	1 080
40-41	7,8	384
42-43	10,3	308
44-45	25,1	332
46-47	24,1	275
48-49	44,8	243
Ensemble	8,7	3 973
¹ Pourcentage de femmes qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête.		

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Marie Antoinette FOMO, Anaclet Désiré DZOSSA et Antoine KAMDOUM

Les questions sur les préférences en matière de fécondité ont pour objectif d'évaluer les efforts accomplis par les couples dans le contrôle de leur fécondité et de mesurer les besoins futurs du Cameroun en matière de contraception, non seulement, pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. À l'EDSC-III, ce sujet a été abordé par le biais de questions relatives au désir de la femme d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant et enfin au nombre total d'enfants désirés.

Les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. Pour certains chercheurs, les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité ont un triple inconvénient : (i) elles reflètent des points de vue éphémères qui sont exprimés sans beaucoup de conviction, (ii) elles ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, particulièrement de celle du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction, (iii) les données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et ayant des histoires génésiques différentes. Pour les femmes jeunes et/ou en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes âgées et/ou en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur histoire génésique.

Malgré les problèmes d'interprétation concernant l'analyse des données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats présentés dans ce chapitre peuvent aider à expliquer les facteurs qui affectent la fécondité au Cameroun, où la prévalence contraceptive demeure faible et où les niveaux de la fécondité restent élevés.

7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme, au nombre de ses enfants actuellement en vie ou de ceux du couple.

Au cours de l'EDSC-III, une série de questions a été posée aux femmes actuellement en union pour obtenir des informations sur les attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants. Les résultats sont présentés au tableau 7.1 et au graphique 7.1 selon le nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle) au moment de l'enquête. Une femme sur cinq (20 %) a répondu qu'elle ne désirait plus d'enfants tandis qu'environ 7 femmes sur dix (71 %) en souhaiteraient davantage. Parmi les femmes qui ont déclaré souhaiter avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, 32 % voudraient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans et 31 % voudraient un enfant rapidement (avant deux ans). Au total, au Cameroun, une femme en union sur deux (52 %) peut être considérée comme candidate potentielle à la planification familiale. Par rapport aux deux précédentes enquêtes (EDSC-I et EDSC-II), le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants a augmenté très légèrement, passant de 12 % en 1991, à 18 % en 1998, puis à 20 % en 2004. En outre la proportion de celles désirant espacer les naissances pour une période d'au moins deux ans est restée pratiquement stable (31 % en 1998 contre 32 % en 2004).

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfant vivants

Répartition (en %) des femmes en union par nombre d'enfants vivants, selon le désir d'enfants supplémentaires, Cameroun 2004

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Veut un autre bientôt ²	67,8	40,2	34,2	28,1	19,9	15,9	9,6	30,5
Veut un autre plus tard ³	15,8	44,4	43,1	40,2	33,7	28,0	12,9	32,1
Veut un autre, NSP quand	11,8	10,4	8,6	8,5	6,9	5,8	3,9	8,0
Indécise	0,2	1,1	3,1	5,4	5,6	7,9	6,8	4,1
Ne veut plus d'enfants	0,8	2,0	7,9	14,9	28,3	35,7	54,2	20,1
Stérilisée	0,1	0,1	0,7	0,5	1,6	0,7	4,2	1,2
S'est déclarée stérile	3,3	1,7	2,2	2,2	3,7	5,5	8,0	3,7
ND	0,2	0,0	0,2	0,2	0,4	0,5	0,5	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	791	1 361	1 217	1 057	810	652	1 276	7 166

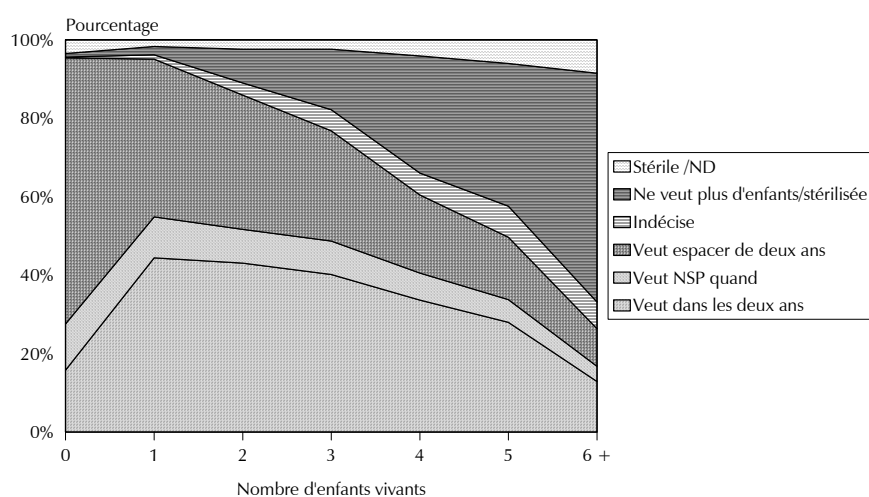
¹ Y compris la grossesse actuelle.

² Veut une autre naissance dans les deux ans.

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants augmente considérablement avec le nombre d'enfants vivants (Graphique 7.1) : elle passe de moins de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 15 % chez celles ayant 3 enfants et atteint 54 % chez les femmes qui ont au moins 6 enfants vivants. Ces femmes ne désirant plus d'enfants ont, en principe, atteint leur descendance souhaitée. Elles devraient, par conséquent, utiliser une méthode contraceptive pour éviter les grossesses non désirées. On observe par ailleurs que 95 % de femmes sans enfant en vie souhaiteraient

Graphique 7.1 Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants



EDSC-III 2004

avoir un enfant et la majorité de ces femmes (68 %) le souhaiteraient dans les deux années à venir. Chez les femmes ayant un enfant, le désir d'en avoir un autre est identique à celui des femmes sans enfant. Toutefois, 44 % de femmes ayant un seul enfant en vie souhaitent attendre au moins deux ans. Cette proportion n'est que de 16 % chez les femmes n'ayant aucun enfant. Au fur et à mesure que le nombre d'enfants vivants augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent avoir des enfants supplémentaires passe de 95 % chez celles n'ayant aucun enfant à 77 % chez celles en ayant déjà 3 pour atteindre 50 % chez les femmes ayant 5 enfants.

La proportion de femmes en union ne désirant plus avoir d'enfants a été retenue comme un composant pour étudier les besoins en matière de contraception. Le tableau 7.2 fournit les proportions de femmes en union qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées), selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Environ une femme sur cinq (21 %) estime qu'elle a atteint la taille désirée de sa famille et ne désire donc plus avoir d'enfants. Les femmes ne désirant plus d'enfants sont proportionnellement plus nombreuses en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (19 %). La proportion de femmes ne désirant plus d'enfants est pratiquement identique à Yaoundé/Douala (25 %) et dans les Autres villes (24 %).

Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances								
Pourcentage de femmes en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004								
Caractéristique socio-démographique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	0,7	1,9	13,3	29,5	49,1	70,1	75,7	25,2
Autres villes	0,9	1,9	8,3	17,8	33,5	44,4	64,8	22,9
Ensemble urbain	0,8	1,9	10,3	21,9	39,1	52,4	67,5	23,7
Rural	1,1	2,5	7,0	9,6	22,2	23,5	52,3	19,1
Région								
Adamaoua	2,6	3,4	6,0	11,7	17,7	33,5	51,3	17,9
Centre	0,0	2,0	12,5	13,5	39,7	42,5	78,4	27,9
Douala	0,0	3,5	15,9	28,8	50,8	65,9	75,5	27,2
Est	3,2	3,3	10,9	18,5	28,6	43,2	76,4	24,9
Extrême-Nord	1,6	3,7	4,3	6,5	17,2	19,6	39,3	14,9
Littoral	0,0	2,9	14,9	15,5	51,1	43,0	78,7	30,5
Nord	1,1	1,0	1,1	3,8	6,1	10,7	29,1	9,0
Nord-Ouest	0,0	0,0	4,1	16,7	38,8	45,3	71,0	27,3
Ouest	0,0	2,1	11,1	20,8	24,5	32,2	63,1	23,1
Sud	0,0	4,1	11,1	20,1	33,6	58,9	81,9	27,6
Sud-Ouest	1,4	0,0	11,1	15,9	33,4	46,2	73,6	23,0
Yaoundé	1,3	0,7	10,4	30,4	46,9	75,0	75,9	23,2
Niveau d'instruction								
Aucun	1,4	3,0	4,5	7,8	15,5	21,6	39,0	16,4
Primaire	0,6	2,1	10,8	15,6	30,6	36,4	69,4	24,9
Secondaire ou plus	1,0	1,8	9,3	22,3	43,2	60,5	77,1	21,3
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	0,4	2,1	5,5	6,6	17,0	19,5	41,6	15,7
Second	2,1	2,1	7,6	10,5	26,7	27,7	50,9	19,1
Moyen	0,4	2,9	9,4	14,7	29,6	34,2	64,2	23,4
Quatrième	1,5	2,2	11,1	21,6	35,7	47,9	70,2	24,7
Le plus riche	0,5	1,6	9,7	25,8	47,2	66,1	80,4	24,5
Ensemble	0,9	2,2	8,6	15,5	29,9	36,4	58,4	21,3
Note : Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.								
¹ Y compris la grossesse actuelle.								

Par rapport aux régions, les résultats montrent que la proportion de femmes ne voulant plus d'enfants varie d'un minimum de 9 % dans le Nord à un maximum de 31 % dans le Littoral. Les femmes des trois provinces septentrionales du Cameroun, à savoir le Nord (9 %), l'Extrême Nord (15 %) et l'Adamaoua (18 %) ont moins fréquemment déclaré que les autres vouloir limiter leur descendance. Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que ce sont les femmes sans niveau d'instruction (16 %) qui sont proportionnellement les moins nombreuses à souhaiter limiter leurs naissances. En outre, on constate que la proportion de femmes ne voulant plus d'enfant croît avec le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, seulement 16 % des femmes des ménages les plus pauvres ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfant, contre 25 % de celles des ménages les plus riches.

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes en union non utilisatrices de méthodes contraceptives qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles désirent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale¹. Les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception, constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 7.3 présente, pour les femmes en union, les estimations des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Ce tableau présente également l'estimation des besoins non-satisfaits et satisfaits pour les femmes non en union et pour l'ensemble des femmes.

Parmi l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans, 15 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dont environ 10 % pour l'espacement des naissances et 4 % pour la limitation. La demande potentielle en planification de ces femmes est de 41 % dont 11 % seulement pour la limitation des naissances et 30 % pour l'espacement. La proportion des femmes dont les besoins en planification familiale sont actuellement satisfaits est de 26 % soit 64 % de la demande potentielle totale.

Pour les femmes en union, alors que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception reste relativement faible (26 %, voir chapitre 5-Planification familiale), la proportion de celles qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 20 %. Parmi celles-ci, la majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter (14 % contre 6 %). Si les femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement une méthode contraceptive, leur prévalence contraceptive pourrait atteindre 46 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif essentiel l'espacement des naissances (32 % contre 14 % pour la limitation). Actuellement au Cameroun, 56 % de la demande potentielle en planification familiale pour les femmes en union est satisfaite.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes en union. Quand on considère l'âge, on constate que c'est dans les groupes d'âges 35-39 ans (24 %) et dans une moindre mesure dans ceux de 20-24 ans (22 %) et de 30-34 ans (21 %) que les pourcentages de femmes ayant des besoins non satisfaits sont les plus élevés. La prévalence contraceptive est également à son niveau maximum entre 35 et 39 ans (31 %). C'est à ces mêmes âges que la demande potentielle totale est la plus élevée (55 %). On peut noter que jusqu'à 34 ans, les besoins en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 35 ans, les femmes ont beaucoup plus de besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

¹ Le calcul exact des besoins non satisfaits est expliqué en note du tableau 7.3.

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes en union, de femmes qui ne sont pas en union et de l'ensemble des femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, (pour les femmes en union), Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ²			Demande potentielle totale en planification familiale ³			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espace-ment	Pour la limita-tion	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limita-tion	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limita-tion	Total		
Âge											
15-19	18,8	0,7	19,5	23,3	0,3	23,6	42,1	1,0	43,1	54,8	828
20-24	20,8	0,9	21,7	25,6	0,8	26,4	46,5	1,7	48,2	54,9	1 563
25-29	16,4	2,5	18,9	22,5	3,2	25,7	38,9	5,6	44,6	57,6	1 448
30-34	14,6	6,1	20,8	15,9	7,8	23,8	30,6	14,0	44,5	53,4	1 149
35-39	9,1	15,2	24,3	12,2	18,7	30,8	21,3	33,9	55,2	55,9	929
40-44	5,1	14,6	19,7	6,1	23,0	29,0	11,2	37,6	48,8	59,6	691
45-49	1,6	11,4	13,0	1,8	19,6	21,3	3,4	31,0	34,3	62,2	558
Milieu de résidence											
Yaoundé/Douala	10,7	7,7	18,4	29,7	12,6	42,3	40,4	20,3	60,7	69,7	1 247
Autres villes	14,2	5,9	20,1	23,1	9,7	32,8	37,3	15,6	52,9	62,0	2 251
Ensemble urbain	12,9	6,6	19,5	25,5	10,7	36,2	38,4	17,3	55,7	65,0	3 498
Rural	15,4	5,5	20,9	10,3	5,9	16,2	25,7	11,4	37,1	43,7	3 667
Région											
Adamaoua	11,9	7,3	19,2	12,4	5,2	17,6	24,3	12,5	36,8	47,8	322
Centre	16,1	7,5	23,6	23,2	12,2	35,4	39,4	19,7	59,1	60,0	578
Douala	8,6	7,8	16,4	25,3	15,2	40,6	33,9	23,0	57,0	71,2	618
Est	15,6	9,0	24,6	18,9	7,8	26,7	34,6	16,8	51,4	52,1	361
Extrême-Nord	16,5	4,0	20,5	2,3	1,1	3,3	18,8	5,1	23,8	14,0	1 410
Littoral	13,9	7,6	21,5	22,8	14,6	37,4	36,7	22,2	58,9	63,4	258
Nord	15,7	3,6	19,3	1,4	1,3	2,6	17,1	4,8	21,9	11,9	788
Nord-Ouest	14,0	4,1	18,2	19,1	13,1	32,2	33,1	17,2	50,3	63,9	620
Ouest	15,6	5,6	21,1	28,7	10,9	39,5	44,3	16,4	60,7	65,2	840
Sud	12,1	10,4	22,5	21,2	11,9	33,1	33,3	22,3	55,6	59,5	285
Sud-Ouest	11,2	6,4	17,6	29,2	11,4	40,6	40,3	17,8	58,2	69,8	456
Yaoundé	12,7	7,7	20,4	34,0	9,9	43,9	46,7	17,6	64,3	68,3	629
Niveau d'instruction											
Aucun	14,8	4,9	19,8	1,8	1,9	3,7	16,6	6,8	23,5	15,8	2 058
Primaire	15,1	7,6	22,7	15,3	10,0	25,2	30,3	17,6	47,9	52,7	2 888
Secondaire ou plus	12,4	5,0	17,4	35,6	12,0	47,6	48,0	17,0	65,0	73,2	2 220
Quintiles de bien-être économique											
Le plus pauvre	14,6	4,5	19,0	4,6	2,7	7,3	19,2	7,2	26,3	27,7	1 639
Second	17,6	5,0	22,6	9,3	5,2	14,5	27,0	10,2	37,1	39,1	1 318
Moyen	16,4	7,3	23,7	16,2	8,8	25,0	32,6	16,2	48,8	51,4	1 363
Quatrième	13,0	7,0	20,0	27,6	11,4	39,0	40,6	18,4	59,0	66,1	1 427
Le plus riche	9,6	6,6	16,2	32,0	13,9	45,9	41,6	20,5	62,1	73,9	1 418
Ensemble des femmes en union	14,2	6,0	20,2	17,7	8,3	26,0	31,9	14,3	46,2	56,2	7 166
Ensemble des femmes qui ne sont pas en union	2,3	0,5	2,8	23,6	2,7	26,3	25,8	3,2	29,1	90,3	3 490
Ensemble des femmes	10,3	4,2	14,5	19,6	6,4	26,1	29,9	10,7	40,6	64,2	10 656

¹ Les besoins non satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont exclues les femmes qui sont enceintes ou en aménorrhée et qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode (ces femmes ont besoin d'une meilleure méthode de contraception).

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

³ Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégories des besoins non satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception (puisqu'elles seraient en train d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

Pour ce qui est du milieu de résidence, les résultats montrent que les proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits sont très proches en milieu rural (21 %) et en milieu urbain (20 %). À Yaoundé/Douala, la proportion de femmes ayant des besoins non-satisfaits est légèrement plus faible (18 %). Par ailleurs, la demande potentielle totale varie de 37 % en milieu rural à 53 % dans les Autres villes et atteint 61 % à Yaoundé/Douala, où la demande est la mieux satisfaite (70 %). Quel que soit le milieu de résidence, les besoins pour l'espace sont toujours plus importants que les besoins pour la limitation de naissance.

Quand on considère les régions, la proportion de femmes en union dont les besoins en matière de planification familiale sont non-satisfaits varie d'un minimum de 18 % dans le Sud-Ouest, à un maximum de 25 % à l'Est. C'est dans les régions du Nord (22 %), de l'Extrême-Nord (24 %) et de l'Adamaoua (37 %) que l'on a enregistré la demande potentielle totale la plus faible par rapport à la moyenne nationale (46 %). Ces régions sont également celles dans lesquelles la pratique contraceptive est la moins fréquente. Dans toutes les régions, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont davantage axés sur l'espace des naissances que sur la limitation.

S'agissant du niveau d'instruction et du niveau de bien-être économique du ménage, on ne constate pas de différence significative pour les besoins non satisfaits. Mais par contre, les résultats concernant la demande potentielle totale en planification familiale font apparaître de fortes disparités. En effet, les proportions de demande potentielle totale passent de 65 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire à 48 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 24 % seulement chez celles sans niveau d'instruction. De même, l'écart entre les femmes des ménages les plus pauvres (26 %) et celles des ménages les plus riches (62 %) est important. Cette situation découle d'une insuffisance des besoins satisfaits pour les femmes sans niveau d'instruction et pour celles des ménages les plus pauvres. Il s'ensuit une forte disparité du taux de satisfaction de la demande potentielle totale.

Quant aux femmes non en union, le pourcentage de celles ayant des besoins non satisfaits en planification familiale est de 3 % (2 % pour l'espace et 1 % pour la limitation). Leur demande potentielle en planification familiale est estimée à 29 %. Comme chez les femmes en union, cette demande est beaucoup plus orientée vers l'espace (26 % contre 3 % pour la limitation). De plus, le niveau de satisfaction actuelle de leur demande est très élevé (90 %).

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par le nombre idéal d'enfants qu'elle aurait souhaité avoir et par celui souhaité par son mari/partenaire. Dans le but de déterminer ce nombre idéal d'enfants, on a posé au cours de l'EDSC-III à toutes les femmes enquêtées l'une des deux questions suivantes :

- Aux femmes sans enfant vivant, la question était : « *Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?* »
- Aux femmes ayant des enfants vivants, la question était : « *Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?* »

Ces questions, apparemment simples, peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes ayant des enfants en vie. Ces dernières doivent en effet se prononcer sur le nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont déjà. Or, il peut être difficile pour une femme de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa descendance.

Les résultats à ces questions sont présentés au tableau 7.4 et au graphique 7.2. Il en ressort tout d'abord que 15 % des femmes n'ont pas pu fournir des réponses numériques et ont donné, à la place, des réponses approximatives telles que "Ce que Dieu me donne", "Je ne sais pas", ou "N'importe quel nombre". La proportion des femmes qui ont donné ce type de réponse croît avec le nombre d'enfants vivants. Elle passe de 10% pour les femmes sans enfant vivant à 26% pour les femmes ayant 6 enfants vivants ou plus. Le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes s'établit à 5,7 et pour les seules femmes en union, il est de 6,1 enfants. Cela semblerait montrer qu'au Cameroun, les femmes aspirent toujours à une famille nombreuse.

Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles en union, par nombre d'enfants vivants, Cameroun 2004

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
0	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
1	0,6	0,7	0,1	0,6	0,3	0,0	0,0	0,4
2	6,0	3,7	3,4	1,4	2,1	2,0	1,4	3,5
3	17,0	18,9	9,0	6,4	1,9	4,4	3,6	11,1
4	26,3	22,0	21,6	11,8	12,6	5,7	6,7	18,1
5	20,4	21,5	24,1	28,6	19,0	17,4	9,1	20,2
6+	19,4	22,0	28,9	34,5	47,8	50,4	52,8	31,8
Réponse non numérique	9,6	11,1	12,8	16,7	16,0	20,0	26,1	14,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 082	1 893	1 423	1 192	901	730	1 435	10 656
Nombre idéal moyen d'enfants pour² :								
Toutes les femmes	4,8	5,0	5,6	5,9	6,4	6,9	7,7	5,7
Effectif	2 784	1 683	1 241	993	757	584	1 060	9 103
Femmes en union	5,5	5,2	5,7	6,0	6,4	7,1	7,7	6,1
Effectif	680	1 187	1 058	877	683	522	957	5 964

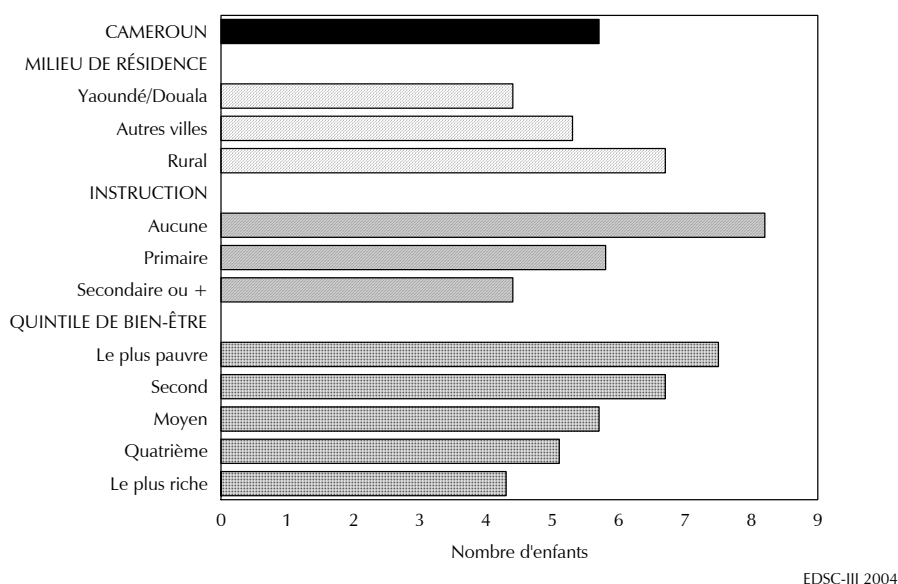
¹ Y compris la grossesse actuelle.

² Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non numériques.

Ce nombre idéal est supérieur à l'ISF (5,0). Ceci confirme une fois de plus l'attachement des femmes à une descendance nombreuse. Toutefois, le nombre idéal moyen d'enfants diminue avec le temps : de 8,0 en 1978 (ENF), il passe 6,8 en 1991, 6,0 en 1998 et à 5,7 en 2004. En examinant la distribution des tailles idéales déclarées, il apparaît que pour près d'une femme sur trois (32 %), le nombre idéal est de 6 enfants ou plus. Cette proportion varie de 19 % chez les femmes n'ayant pas d'enfants vivants à 48 % chez les femmes ayant 4 enfants vivants et atteint 53 % chez celles ayant au moins 6 enfants vivants.

De façon générale, on constate une relation positive entre la taille actuelle de la famille et la taille idéale qui passe de 4,8 enfants pour l'ensemble des femmes sans enfant à 7,7 enfants pour celles qui ont 6 enfants ou plus. Chez les femmes en union, cette taille idéale de la famille varie, respectivement de 5,5 à 7,7 enfants.

Graphique 7.2 Nombre idéal d'enfants



Le tableau 7.5 présente le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. De prime abord, on note que les générations les plus jeunes déclarent un nombre idéal d'enfants moins élevé que les générations les plus âgées (4,9 enfants chez les 15-19 ans, 6,1 enfants chez les femmes de 30-34 ans et 7,6 enfants chez les femmes de 45-49 ans). Ces résultats sembleraient indiquer un désir de limiter les naissances chez les jeunes et pourraient laisser présager une baisse de la fécondité à moyen ou à long terme.

Pour l'ensemble des femmes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage (tableau 7.5). Les femmes du milieu rural ont pour idéal une famille nettement plus nombreuse (6,7) que celles du milieu urbain (4,9). En considérant uniquement le milieu urbain, les femmes de Yaoundé/Douala ont déclaré un nombre idéal moyen d'enfants moins élevé (4,4) que celles des Autres villes (5,3). Pour ce qui est de la région, le nombre idéal moyen d'enfants est plus élevé chez les femmes résidant dans les provinces septentrionales du pays : l'Extrême-Nord (8,3), le Nord (7,3) et dans une moindre mesure l'Adamaoua (6,0). Par contre, dans le Sud-Ouest les femmes ont déclaré, en moyenne, un nombre d'enfants relativement faible (4,8). En outre, les résultats montrent que plus le niveau d'instruction est élevé, moins le nombre idéal moyen d'enfants est élevé : de 8,2 enfants chez les femmes sans niveau d'instruction, il passe à 5,8 enfants chez celles ayant le niveau d'instruction primaire et à 4,4 enfants chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Tout comme l'instruction, l'amélioration du bien être économique du ménage s'accompagne d'une tendance favorable à une descendance moins nombreuse. La différence entre le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes des ménages les plus pauvres (7,5) et celui des femmes des ménages les plus riches (4,3) est de 3,2 enfants.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques								
Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes par âge, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004								
Caractéristique socio-démographique	Âge							Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	3,9	4,2	4,3	4,5	5,2	5,5	6,5	4,4
Autres villes	4,6	4,6	5,4	5,8	5,9	6,7	7,1	5,3
Ensemble urbain	4,4	4,4	4,9	5,3	5,6	6,2	6,9	4,9
Rural	5,9	6,1	6,5	7,0	7,2	7,9	8,4	6,7
Région								
Adamaoua	5,8	5,4	6,2	6,5	6,0	6,3	8,6	6,0
Centre	4,6	4,6	5,1	6,1	6,8	7,0	7,3	5,4
Douala	3,7	4,1	4,1	4,2	5,0	5,3	6,4	4,3
Est	4,7	5,0	5,2	5,9	5,5	6,2	6,1	5,3
Extrême-Nord	7,0	7,5	8,2	9,2	8,7	10,7	10,1	8,3
Littoral	4,1	4,2	4,8	5,3	5,0	5,7	6,7	4,7
Nord	6,8	6,8	7,9	7,5	7,6	7,2	8,2	7,3
Nord-Ouest	4,7	4,7	4,9	5,4	5,8	6,4	7,2	5,2
Ouest	5,1	4,8	5,6	5,8	6,2	6,2	6,9	5,5
Sud	4,6	4,6	5,0	5,3	5,9	7,2	7,7	5,3
Sud-Ouest	4,1	4,3	4,4	5,3	5,6	6,6	7,2	4,8
Yaoundé	4,1	4,2	4,6	4,8	5,4	5,6	6,7	4,6
Niveau d'instruction								
Aucun	7,4	7,5	8,2	8,6	8,4	8,9	9,2	8,2
Primaire	5,4	5,3	5,7	6,2	6,2	6,8	7,3	5,8
Secondaire ou plus	4,1	4,2	4,5	4,6	5,1	5,4	5,8	4,4
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,5	7,0	7,4	8,0	7,8	8,8	9,2	7,5
Second	5,9	5,9	6,7	7,0	7,6	8,2	8,1	6,7
Moyen	5,2	5,0	5,7	6,1	6,3	6,9	7,7	5,7
Quatrième	4,4	4,6	5,0	5,6	5,6	6,7	7,2	5,1
Le plus riche	3,9	4,1	4,2	4,3	5,1	5,1	5,8	4,3
Ensemble	4,9	5,1	5,6	6,1	6,3	7,0	7,6	5,7

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Au cours de l'enquête, on a demandé à chaque mère, pour chaque enfant né au cours des cinq dernières années et pour la grossesse actuelle (si l'enquêtée était enceinte), si elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans la maîtrise de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non-désirée peut aboutir à la naissance d'un enfant auquel on s'est attaché.

Il ressort du tableau 7.6 que plus de 9 naissances sur dix (95 %) étaient désirées. La plupart de ces naissances (77 %) se sont produites au moment voulu et dans 17 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisirent plus tard. Les grossesses non désirées représentent environ 5 %. La grande majorité des naissances sont souhaitées et arrivent au moment voulu, quel que soit le rang de naissance. Cependant, les naissances des rangs 2 et 3 sont mieux planifiées que les naissances de rang 1 et celles de rang 4 ou plus. En effet, 81 % de naissances des rangs 2 et 3 étaient désirées au moment où elles se sont produits contre 74 % de celles de rang 1 et 76 % de celles de rang 4 ou plus.

Tableau 7.6 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par statut de la grossesse, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, Cameroun 2004

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Planification de la fécondité			Total ¹	Nombre de naissances
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée		
Rang de naissance					
1	74,2	23,2	1,8	100,0	2 157
2	80,5	17,5	1,3	100,0	1 727
3	80,5	17,1	1,4	100,0	1 387
4+	76,4	14,2	8,8	100,0	3 906
Âge à la naissance					
<20	71,1	25,8	1,9	100,0	2 048
20-24	80,3	17,5	1,6	100,0	2 707
25-29	82,9	14,7	1,8	100,0	2 069
30-34	77,8	13,4	8,5	100,0	1 357
35-39	69,3	12,7	17,6	100,0	723
40-44	70,7	7,1	21,9	100,0	240
45-49	(55,4)	(0,0)	(40,8)	(100,0)	31
Ensemble	77,3	17,4	4,7	100,0	9 176

¹ Le total inclut les non déterminés

() Basés sur un faible nombre de cas non pondérés

Par rapport à l'âge de la mère, les naissances les mieux planifiées se sont produites chez les femmes ayant eu leurs enfants entre 20 et 34 ans (tableau 7.6) : plus de 78 % des naissances sont survenues au moment voulu et moins de 9 % étaient non désirées. À l'inverse, c'est chez les femmes ayant eu les enfants avant 20 ans et chez celles qui les ont eus à des âges avancés (40-49 ans) que les naissances semblent être les moins bien planifiées. Parmi les femmes ayant eu une naissance avant 20 ans, un peu plus d'une femme sur quatre (26 %) aurait souhaité qu'elle se produise plus tard. Par ailleurs, les naissances non désirées sont surtout observées chez les femmes plus âgées (22 % à 40-44 ans).

Le tableau 7.7 et le graphique 7.3 présentent une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF) pour les trois années précédant l'enquête. Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. Il en découle que si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes au Cameroun serait de 4,5 enfants au lieu de 5,0 enfants.

Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée

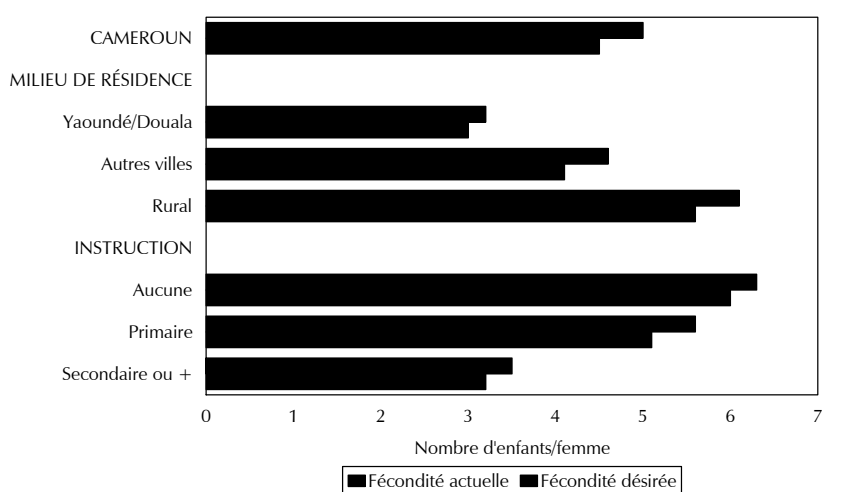
Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Indice Synthétique de Fécondité Désirée	Indice Synthétique de Fécondité
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	3,0	3,2
Autres villes	4,1	4,6
Ensemble urbain	3,7	4,0
Rural	5,6	6,1
Région		
Adamaoua	4,8	5,4
Centre	4,8	5,5
Douala	3,0	3,2
Est	5,2	6,0
Extrême-Nord	6,0	6,4
Littoral	3,9	4,3
Nord	5,7	6,0
Nord-Ouest	4,3	4,7
Ouest	5,5	6,0
Sud	4,0	4,6
Sud-Ouest	3,2	3,7
Yaoundé	3,0	3,2
Niveau d'instruction		
Aucun	6,0	6,3
Primaire	5,1	5,6
Secondaire ou plus	3,2	3,5
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	6,0	6,5
Second	5,6	6,0
Moyen	5,1	5,6
Quatrième	3,9	4,2
Le plus riche	2,9	3,2
Ensemble	4,5	5,0

Note : L'ISFD et l'ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois avant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté dans le tableau 4.2.

L'ISFD varie de la même façon que l'ISF selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. C'est chez les femmes du milieu rural (5,6), chez celles des régions de l'Extrême-Nord (6,0), du Nord (5,7), ainsi que chez les femmes sans niveau d'instruction (6,0) et celles des ménages les plus pauvres (6,0) qu'il est le plus élevé. En outre, l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF et les écarts entre les deux indicateurs ne varient pas significativement. Tout au plus, peut-on remarquer que c'est chez les femmes de l'Est et du Centre que l'on observe les écarts les plus importants (respectivement 0,8 et 0,7 enfants).

**Graphique 7.3 Indice Synthétique de Fécondité et
Indice Synthétique de Fécondité Désirée**



EDSC-III 2004

7.5 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS, BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE, SELON LE STATUT DE LA FEMME

Le statut de la femme, en particulier, une plus grande autonomie en matière de prise de décisions, sont des facteurs qui influencent sa capacité à maîtriser sa fécondité.

Le tableau 7.8 présente le nombre idéal d'enfants et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon certains indicateurs du statut de la femme. Il s'agit, notamment du nombre de décisions dans lesquelles la femme est impliquée, de l'opinion de la femme concernant certaines raisons susceptibles de justifier le refus par la femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari, et de celles pouvant justifier la violence physique du mari à l'égard de sa femme.

En fonction du nombre de décisions prises par la femme, on constate que le nombre idéal d'enfants varie de 5,6 pour les femmes qui prennent trois ou quatre décisions à 6,8 enfants pour celles qui n'en prennent aucune. En d'autres termes, les femmes qui ne participent à aucune décisions déclarent vouloir 1,2 enfants de plus que celles qui participent à trois ou quatre décisions. Pour les besoins non satisfaits, on ne constate pas une influence très nette de cet indicateur puisque les besoins non satisfaits en planification familiale pour l'espacement décroissent avec le nombre de décisions que prend la femme alors que ceux pour la limitation croissent.

Tableau 7.8 Nombre idéal d'enfants, besoins non satisfaits en matière de planification familiale et statut de la femme

Nombre idéal moyen d'enfants et besoins non satisfaits pour espacer et limiter les naissances (femmes en union), selon les indicateurs du statut de la femme, Cameroun 2004

Indicateur du statut de la femme	Nombre idéal moyen d'enfants	Effectif ¹	Besoins non satisfaits en matière de PF ²			Effectif
			Pour l'espacement	Pour la limitation	Total	
Nombre de décisions prises par la femme³						
0	6,8	942	18,3	2,8	21,1	1 184
1-2	6,3	2 160	17,4	4,9	22,3	2 603
3-4	5,6	1 486	10,5	7,6	18,1	1 760
5	6,1	1 377	10,0	8,5	18,5	1 618
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari						
0	7,0	184	19,8	5,9	25,7	247
1-2	6,6	1 058	14,2	5,8	20,0	1 331
3-4	6,0	4 723	13,9	6,1	20,0	5 587
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme						
0	5,9	2 559	12,8	6,4	19,2	3 072
1-2	5,8	1 736	15,1	6,5	21,5	2 060
3-4	6,0	1 037	16,3	6,0	22,3	1 259
5	8,5	632	14,0	3,4	17,4	775
Ensemble	6,1	5 964	14,2	6,0	20,2	7 166

¹ Effectif de femmes ayant donné des réponses non numériques pour le nombre idéal d'enfants

² Voir tableau 7.3 pour la définition des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

³ Soit seule, soit avec quelqu'un d'autre.

¹ Effectif de femmes ayant donné des réponses non numériques pour le nombre idéal d'enfants

² Voir tableau 7.3 pour la définition des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

³ Soit seule, soit avec quelqu'un d'autre.

En fonction du deuxième indicateur, on constate que le nombre idéal d'enfants est de 7,0 enfants pour les femmes qui pensent qu'en aucune circonstance une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire à 6,0 pour celles qui ont déclaré que dans trois ou quatre cas, ce comportement se justifie. Autrement dit, entre les femmes qui adhèrent encore à certaines opinions justifiant des comportements de soumission dans le ménage et celles qui rejettent ces opinions, l'écart du nombre idéal moyen d'enfant est de 1,0. Les besoins non satisfaits varient de 26 % (dont 20 % pour l'espacement de naissances et 6 % pour la limitation) pour celles qui n'ont cité aucune raison à 20 % (14 % pour l'espacement contre 6 % pour la limitation) pour les femmes qui ont avancé une raison ou plus.

Les résultats en fonction du troisième indicateur montrent que le nombre moyen idéal d'enfants augmente avec le nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme : d'un minimum de 5,9 enfants quand la femme pense qu'en aucun cas, un homme ne devrait battre une femme, ce nombre passe à 8,5 quand la femme pense que dans cinq circonstances ce comportement est acceptable. La proportion des femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale pour l'espacement des naissances varie peu et de manière irrégulière en fonction de cet indicateur. En revanche, la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale pour la limitation des naissances semble être influencée par cet indicateur puisque cette proportion passe de 3,4 % pour celles qui justifient ce comportement dans cinq cas à 6,4 % pour celles qui pensent qu'il n'y a aucune raison qui rendent ce comportement acceptable.

Monique BARRÈRE

Pendant l'EDSC-III, des informations sur la santé des mères et de leurs enfants nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête ont été collectées. Ces informations concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Les résultats, présentés dans ce chapitre, permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile, et d'une manière générale en santé de la reproduction. En les comparant aux résultats des enquêtes précédentes, ils permettent l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé.

8.1 SOINS PRÉNATLS, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES

8.1.1 Soins prénatals

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement. Durant l'EDSC-III, on a demandé aux femmes, pour la naissance vivante la plus récente survenue au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, si au cours de la grossesse, elles avaient effectué une consultation prénatale.

Les données du tableau 8.1 présentent la répartition des dernières naissances survenues dans les cinq années qui ont précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté par la mère durant la grossesse et selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDSC-III, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été retenue dans le tableau.

On relève que parmi les dernières naissances vivantes des cinq dernières années, plus de huit sur dix (83 %) ont fait l'objet de consultations prénatales dispensées par du personnel formé. Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (67 %) et, dans une proportion beaucoup plus faible, elles ont été fournies par des médecins (16 %). Par contre, dans plus d'un cas sur six (16 %), les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Cette proportion élevée de femmes ayant reçu des soins prénatals au cours de la grossesse n'en cache pas moins des disparités. En effet, en milieu rural, cette proportion n'est que de 75 % contre 94 % en urbain. De même, selon le niveau d'instruction, les écarts sont très importants : seulement 58 % des femmes sans instruction ont effectué un suivi prénatal contre plus de 95 % de celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Les résultats mettent aussi en évidence de grandes disparités selon les régions : dans le Nord-Ouest, l'Ouest et le Littoral, au moins 95 % des femmes ont effectué des visites prénatales ; à l'opposé, dans la région de l'Extrême-Nord, cette proportion n'est que de 59 %. On constate également que la proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales diminue avec le rang de naissance de l'enfant : d'un maximum de 90 % pour le rang 1, la proportion baisse pour atteindre 75 % pour le rang 6 et plus. Enfin, on constate que la proportion de femmes ayant bénéficié de soins prénatals est nettement associée au niveau de richesse du ménage dans lequel elles vivent : d'un minimum de 65 % pour les femmes des ménages les plus pauvres, cette proportion passe à 97 % pour les femmes des ménages les plus riches.

Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de personne consultée durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/aide soignante	Accoucheuse traditionnelle/ autre	Ensemble du personnel formé	Personne	Total ¹	Effectif
Âge à la naissance							
<20	15,3	68,1	0,4	83,4	16,1	100,0	1 124
20-34	16,5	67,1	0,3	83,6	15,9	100,0	3 474
35-49	16,4	65,9	0,1	82,3	17,0	100,0	706
Rang de naissance							
1	22,4	67,2	0,3	89,6	9,9	100,0	1 215
2-3	18,0	67,4	0,2	85,4	14,1	100,0	1 741
4-5	13,8	68,8	0,4	82,6	16,8	100,0	1 067
6+	10,0	65,3	0,2	75,3	24,0	100,0	1 281
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	42,5	54,6	0,4	97,1	1,9	100,0	816
Autres villes	17,8	74,2	0,1	92,1	7,7	100,0	1 635
Ensemble urbain	26,0	67,7	0,2	93,8	5,8	100,0	2 451
Rural	7,8	66,7	0,3	74,4	25,0	100,0	2 852
Région							
Adamaoua	2,6	70,2	0,0	72,8	27,2	100,0	215
Centre	17,8	74,9	0,3	92,7	7,0	100,0	434
Douala	43,2	55,1	0,3	98,3	0,8	100,0	417
Est	11,0	76,1	1,4	87,1	11,2	100,0	287
Extrême-Nord	4,3	54,8	0,0	59,1	40,6	100,0	1 100
Littoral	20,6	78,1	0,5	98,6	0,9	100,0	196
Nord	1,7	63,1	0,2	64,8	34,7	100,0	564
Nord-Ouest	17,7	80,5	0,0	98,2	1,8	100,0	521
Ouest	16,0	80,6	0,0	96,6	3,1	100,0	610
Sud	19,5	73,6	1,2	93,1	5,7	100,0	219
Sud-Ouest	20,4	69,3	0,2	89,7	9,6	100,0	341
Yaoundé	41,8	54,1	0,6	95,9	2,9	100,0	399
Niveau d'instruction							
Aucun	3,4	54,9	0,1	58,3	41,4	100,0	1 486
Primaire	13,3	76,5	0,4	89,9	9,3	100,0	2 212
Secondaire ou plus	32,1	65,6	0,3	97,6	2,0	100,0	1 605
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	3,3	61,7	0,3	65,0	34,5	100,0	1 260
Second	7,2	68,1	0,4	75,3	24,0	100,0	1 037
Moyen	14,2	75,4	0,1	89,6	9,9	100,0	1 082
Quatrième	22,6	72,9	0,3	95,5	3,9	100,0	1 021
Le plus riche	39,8	57,3	0,2	97,1	2,4	100,0	904
Ensemble	16,2	67,1	0,3	83,4	16,1	100,0	5 303

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.

¹ Le total inclut les non déterminés

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 60 % ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées. Dans 20 % des cas, elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans une très faible proportion de cas (2 %), elles n'ont effectué qu'une seule visite. Il convient de relever qu'environ une femme enceinte sur sept (16 %) n'a effectué aucune visite prénatale.

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse					
Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite, par milieu de résidence, Cameroun 2004					
Visites prénatales	Milieu de résidence			Rural	Ensemble
	Yaoundé/Douala	Autres villes	Ensemble urbain		
Nombre de visites prénatales					
Aucune	1,9	7,7	5,8	25,0	16,1
1	1,2	2,1	1,8	3,0	2,4
2-3	8,6	20,4	16,5	22,7	19,8
4+	86,7	68,3	74,4	48,4	60,4
NSP/ND	1,6	1,5	1,5	1,0	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1^{ère} visite prénatale					
Aucun soin prénatal	1,9	7,7	5,8	25,0	16,1
<4	62,1	36,9	45,3	25,7	34,7
4-5	29,1	36,5	34,0	32,5	33,2
6-7	5,9	16,4	12,9	15,3	14,2
8+	0,4	1,8	1,3	0,9	1,1
NSP/ND	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la 1 ^e visite	3,7	4,4	4,1	4,7	4,4
Effectif de femmes	816	1 635	2 451	2 852	5 303

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans un peu plus d'un tiers des cas (35 %), la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans un tiers des cas (33 %), elle a eu lieu à 4-5 mois de grossesse et, dans 15 % des cas, elle a eu lieu après le sixième mois. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite est de 4,4. et la comparaison des résultats selon le milieu de résidence montre que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que les autres puisque le nombre médian de mois de grossesses à la première visite s'établit à 4,7 en rural contre 4,1 en milieu urbain.

Types de soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDSC-III a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des

visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et si elles avaient été protégées contre le paludisme par la prise d'antipaludéens. Ces résultats sont présentés au tableau 8.3 selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 8.3 Examens au cours des visites prénatales

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont bénéficié de certains examens au cours des soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage de celles qui ont reçu des compléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et pourcentage de celles qui ont pris des médicaments antipaludéens, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals							A reçu du fer en comprimés ou en sirop	A reçu des médicaments antipaludéens	Effectif de femmes ayant effectué des visites prénatales
	A été informée des signes de complications de grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif			
Âge à la naissance										
<20	36,1	94,0	69,4	90,7	78,4	77,9	941	71,2	54,6	1 124
20-34	39,1	96,4	70,0	94,6	85,2	83,4	2,913	74,6	61,9	3 474
35-49	38,7	96,9	73,0	95,4	85,8	84,4	581	70,3	61,8	706
Rang de naissance										
1	36,5	95,6	71,6	93,2	86,2	85,7	1,093	79,1	64,5	1 215
2-3	39,7	95,6	69,3	94,6	84,5	83,6	1,491	77,8	62,8	1 741
4-5	38,2	96,8	71,9	94,8	83,5	80,9	885	72,7	58,8	1 067
6+	38,7	96,1	68,7	92,7	80,3	78,0	966	62,3	54,3	1 281
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	32,3	97,9	73,7	98,7	96,3	93,7	796	94,2	87,3	816
Autres villes	41,7	96,5	73,2	94,7	88,6	87,3	1,507	81,5	67,4	1 635
Ensemble urbain	38,4	97,0	73,4	96,1	91,3	89,5	2,303	85,7	74,1	2 451
Rural	38,4	94,8	66,8	91,5	75,8	74,6	2,132	62,7	48,5	2 852
Région										
Adamaoua	25,9	96,9	83,9	96,9	79,0	80,8	157	66,9	51,2	215
Centre	24,0	96,8	74,4	96,2	89,2	90,2	404	86,9	82,0	434
Douala	22,9	97,7	76,5	99,7	97,4	95,7	411	94,4	87,0	417
Est	40,8	93,5	77,9	91,3	82,7	82,5	254	75,3	67,7	287
Extrême-Nord	44,9	92,8	52,8	81,5	55,9	48,9	650	38,9	30,0	1 100
Littoral	21,6	96,4	54,2	95,6	95,7	94,3	195	91,8	78,2	196
Nord	22,8	94,7	85,3	87,3	44,9	44,1	366	59,9	36,1	564
Nord-Ouest	72,3	99,1	79,9	98,6	98,7	98,3	511	84,7	53,1	521
Ouest	27,0	95,1	70,9	97,0	97,3	96,3	589	88,4	79,2	610
Sud	18,4	93,6	60,3	95,7	87,0	88,3	207	87,8	79,8	219
Sud-Ouest	72,1	97,0	60,8	96,7	92,9	94,9	306	77,3	60,1	341
Yaoundé	42,4	98,2	70,7	97,6	95,1	91,5	385	94,1	87,6	399
Niveau d'instruction										
Aucun	37,1	92,6	65,3	86,1	56,4	55,2	869	44,8	31,3	1 486
Primaire	39,8	96,0	70,2	94,2	86,7	85,1	1,996	78,2	63,5	2 212
Secondaire ou plus	37,3	97,7	73,1	97,7	95,3	93,9	1,571	93,1	82,8	1 605
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	39,1	93,4	66,9	88,0	62,6	60,7	823	50,3	33,2	1 260
Second	36,5	94,0	63,9	89,5	74,5	73,6	784	61,5	49,4	1 037
Moyen	37,3	96,5	68,6	95,1	87,3	86,8	970	81,0	65,7	1 082
Quatrième	40,2	96,8	74,8	96,8	94,0	92,4	978	87,9	76,0	1 021
Le plus riche	38,7	98,5	75,8	98,7	96,8	94,3	880	93,4	86,6	904
Ensemble	38,4	95,9	70,2	93,9	83,8	82,3	4,436	73,3	60,3	5 303

On constate, en premier lieu, qu'un peu moins de deux femmes sur cinq (38 %) ont été informées des signes de complications de la grossesse. Les variations selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes sont assez faibles ; néanmoins, à Douala, dans le Centre, le Littoral, le Nord et le Sud, moins d'un quart des femmes ont été informées sur les signes de complications de la grossesse.

La mesure du poids et le contrôle de la tension artérielle sont, de loin, les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé lors des visites prénatales (respectivement 96 % et 94 %), suivis des prélèvements d'urine (84 %) et de sang (82 %). Dans seulement 70 % des cas, la taille a été mesurée. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques montrent que, globalement, les femmes du milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et celles vivant dans les ménages les plus pauvres sont celles qui ont le moins fréquemment bénéficié de ces examens au cours des visites prénatales.

En outre, un peu moins des trois-quarts des femmes (73 %) ont reçu des suppléments de fer, que ce soit sous forme de comprimés ou de sirop pendant leur grossesse et une proportion un peu plus faible (60 %) a pris des antipaludéens. Ce sont les femmes qui ont le moins fréquemment bénéficié de soins prénatals qui ont aussi le moins fréquemment reçu de supplément de fer et d'une protection contre le paludisme par des antipaludéens.

Vaccination antitétanique

Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. L'injection antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger l'enfant contre cette maladie. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin pendant la grossesse; toutefois, si elle a déjà été vaccinée, par exemple lors d'une grossesse précédente, une seule dose est nécessaire.

Les données du tableau 8.4 montrent que 72 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête ont reçu une dose ou deux doses ou plus de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Celles qui ont reçu deux doses ou plus de vaccin (53 %) sont, elles et leur nouveau-né, complètement protégées ; celles n'ayant reçu qu'une dose (19 %) le sont aussi si elles avaient été vaccinées précédemment. Ce sont les naissances issues des mères les plus jeunes qui sont les mieux protégées : pour 74 % des naissances issues de femmes de moins de vingt ans, la mère a reçu une ou deux doses de vaccin pendant sa grossesse contre 69 % pour les naissances issues de mères âgées de 35 ans ou plus. De même, les naissances de premier rang sont légèrement mieux protégées que celles de rangs élevés : 79 % et plus pour les naissances de rang 1 contre 65 % pour les naissances de rang 6 ou plus. Par ailleurs, des différences importantes apparaissent selon le milieu de résidence (80 % de couverture vaccinale à Yaoundé/Douala, contre 77 % dans les Autres villes et 68 % en milieu rural), et selon la région où la couverture varie de 57 % seulement dans le Nord et 58 % dans l'Extrême-Nord à 88 % dans le Nord-Ouest. Par ailleurs, la couverture vaccinale antitétanique varie avec le niveau d'instruction de la femme, une femme sans niveau d'instruction sur deux étant protégée (54 %) contre 82 % de celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. De même, ce sont les femmes vivant dans les ménages les plus aisés qui sont les plus fréquemment protégées.

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre d'injections antitétanique reçues durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Aucune	Une injection	Deux injections ou plus	Ne sait pas/ND	Total	Effectif
Âge à la naissance						
<20	24,7	19,9	54,0	1,3	100,0	1 124
20-34	25,2	19,1	53,5	2,2	100,0	3 474
35-49	29,0	17,7	51,5	1,8	100,0	706
Rang de naissance						
1	19,4	18,6	60,1	1,9	100,0	1 215
2-3	24,4	18,4	54,7	2,5	100,0	1 741
4-5	25,2	22,1	50,9	1,9	100,0	1 067
6+	33,4	18,1	47,2	1,3	100,0	1 281
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	17,3	17,0	63,1	2,6	100,0	816
Autres villes	20,4	20,6	56,3	2,7	100,0	1 635
Ensemble urbain	19,4	19,4	58,6	2,6	100,0	2 451
Rural	30,9	18,9	48,8	1,4	100,0	2 852
Région						
Adamaoua	36,5	18,5	43,2	1,7	100,0	215
Centre	18,9	14,6	65,9	0,5	100,0	434
Douala	12,4	18,6	66,1	2,8	100,0	417
Est	19,3	22,6	56,8	1,3	100,0	287
Extrême-Nord	40,6	16,2	41,4	1,8	100,0	1 100
Littoral	16,4	25,8	55,4	2,4	100,0	196
Nord	42,4	11,4	45,2	1,0	100,0	564
Nord-Ouest	9,0	34,2	53,7	3,0	100,0	521
Ouest	18,7	17,5	60,6	3,1	100,0	610
Sud	22,5	23,3	53,3	0,9	100,0	219
Sud-Ouest	21,0	22,5	54,7	1,9	100,0	341
Yaoundé	22,4	15,3	60,0	2,4	100,0	399
Niveau d'instruction						
Aucun	44,6	15,6	37,9	1,8	100,0	1 486
Primaire	19,9	21,8	56,5	1,8	100,0	2 212
Secondaire ou plus	15,8	18,6	63,3	2,3	100,0	1 605
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	39,4	18,4	40,7	1,5	100,0	1 260
Second	28,8	20,4	49,7	1,1	100,0	1 037
Moyen	21,6	20,5	55,9	1,9	100,0	1 082
Quatrième	17,0	18,3	62,6	2,1	100,0	1 021
Le plus riche	17,2	17,9	61,5	3,4	100,0	904
Ensemble	25,6	19,1	53,3	2,0	100,0	5 303

8.1.2 Accouchement

Lieu d'accouchement

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 40 % se sont déroulées à la maison (tableau 8.5). Les naissances qui sont les plus fréquemment survenues à la maison

sont celles du milieu rural (58 %), celles des femmes sans niveau d'instruction (78 %), les naissances des femmes n'ayant reçu aucun soins prénatals (89 %) et celles des ménages les plus pauvres (71 %). En outre, pour environ les trois quarts des naissances des régions Nord (78 %), et Extrême-Nord (74 %), les femmes ont accouché à la maison. À l'opposé, pour plus de la moitié des naissances du milieu urbain, les femmes ont accouché dans un établissement de santé du secteur public (57 %), et 25 % dans un établissement privé. Il en est de même des naissances des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (60 % en établissement public et 29 % en privé) et des naissances des femmes vivant dans les ménages les plus riches (66 % en secteur public et 26 % en secteur privé).

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Établissement de santé		Maison	Autre/ND	Total	Nombre de naissances
	Secteur public	Secteur privé				
Âge de la mère à la naissance de l'enfant						
<20	42,8	15,1	40,9	1,1	100,0	1 843
20-34	41,0	18,7	39,4	1,0	100,0	5 368
35-49	40,4	17,0	41,5	1,0	100,0	886
Rang de naissance						
1	52,3	20,4	26,7	0,6	100,0	1 902
2-3	41,7	18,8	38,2	1,3	100,0	2 733
4-5	37,7	16,9	44,4	1,1	100,0	1 662
6+	32,6	13,9	52,6	0,9	100,0	1 800
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	63,0	29,9	5,5	1,6	100,0	1 104
Autres villes	53,9	22,0	23,0	1,1	100,0	2 447
Ensemble urbain	56,7	24,5	17,5	1,3	100,0	3 550
Rural	29,3	12,4	57,5	0,8	100,0	4 547
Région						
Adamaoua	25,0	9,1	65,3	0,6	100,0	337
Centre	48,1	17,1	33,4	1,4	100,0	657
Douala	65,4	29,9	3,3	1,4	100,0	576
Est	33,8	6,7	57,7	1,7	100,0	450
Extrême-Nord	21,1	4,6	73,6	0,7	100,0	1 787
Littoral	53,7	38,7	7,0	0,6	100,0	291
Nord	20,4	0,5	78,2	1,0	100,0	954
Nord-Ouest	54,1	33,7	11,5	0,7	100,0	769
Ouest	60,4	29,3	9,4	0,9	100,0	956
Sud	45,6	17,8	35,2	1,5	100,0	313
Sud-Ouest	49,1	27,8	22,3	0,8	100,0	480
Yaoundé	60,4	29,8	8,0	1,8	100,0	527
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	17,5	4,1	77,9	0,6	100,0	2 397
Primaire	46,0	19,9	32,8	1,4	100,0	3 462
Secondaire ou plus	59,7	28,8	10,6	1,0	100,0	2 238
Soins prénatals¹						
Aucun	7,9	2,3	89,3	0,5	100,0	853
1-3	39,7	15,4	43,9	1,0	100,0	1 180
4+	53,5	24,8	21,1	0,6	100,0	3 204
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	19,4	8,2	71,3	1,1	100,0	2 058
Second	29,4	13,1	56,8	0,7	100,0	1 648
Moyen	48,8	19,4	30,6	1,2	100,0	1 681
Quatrième	56,6	27,4	14,7	1,4	100,0	1 489
Le plus riche	65,6	25,6	8,1	0,7	100,0	1 221
Ensemble ²	41,3	17,7	40,0	1,0	100,0	8 097

¹ Concerne seulement la naissance la plus récente au cours des cinq dernières années.

² Y compris les cas de soins prénatals non déterminés.

Assistance à l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que près des deux tiers des naissances (62 %) se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes, des infirmières ou des aides-soignantes (54 %) ; dans seulement 8 % des cas, les médecins ont assisté les accouchements. À l'opposé, on relève que plus d'une naissance sur cinq (21 %) s'est déroulée avec la seule assistance des parents et amis et que, dans 12 % des cas, c'est une accoucheuse traditionnelle qui a assisté l'accouchement. Enfin, il convient de souligner que 5 % des naissances ont survenues sans assistance. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on retrouve ici les mêmes variations que celles constatées pour les soins prénatals et pour le lieu d'accouchement.

Caractéristique socio-démographique	Médecin	Infirmière, sage femme, aide soignante	Total du personnel formé	Accoucheuse traditionnelle	Parent, autre	Personne	Total ¹	Nombre de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	7,0	53,3	60,3	12,6	22,3	4,2	100,0	1 843
20-34	8,0	54,5	62,5	11,4	20,5	5,3	100,0	5 368
35-49	8,8	51,9	60,7	13,4	17,3	8,4	100,0	886
Rang de naissance								
1	11,5	63,6	75,2	7,3	15,3	1,8	100,0	1 902
2-3	7,6	55,5	63,2	11,5	20,7	4,1	100,0	2 733
4-5	7,1	50,5	57,6	13,4	22,6	6,2	100,0	1 662
6+	5,0	44,4	49,4	16,0	24,0	10,3	100,0	1 800
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	24,5	71,2	95,7	1,2	2,2	0,0	100,0	1 104
Autres villes	7,9	71,2	79,1	4,3	11,9	4,3	100,0	2 447
Ensemble urbain	13,0	71,2	84,2	3,3	8,9	3,0	100,0	3 550
Rural	3,8	40,4	44,2	18,6	29,7	7,3	100,0	4 547
Région								
Adamaoua	1,2	35,9	37,1	1,7	50,0	10,9	100,0	337
Centre	8,8	65,4	74,2	11,9	13,0	0,8	100,0	657
Douala	22,7	74,4	97,1	0,4	1,8	0,0	100,0	576
Est	5,1	42,6	47,7	10,6	38,9	2,5	100,0	450
Extrême-Nord	1,7	24,9	26,5	37,2	17,5	18,5	100,0	1 787
Littoral	11,0	82,8	93,8	2,2	3,1	0,2	100,0	291
Nord	0,8	21,5	22,3	2,6	69,8	4,9	100,0	954
Nord-Ouest	6,6	80,9	87,5	5,3	6,1	0,3	100,0	769
Ouest	7,3	86,0	93,3	2,1	4,4	0,1	100,0	956
Sud	10,5	60,1	70,6	9,0	20,1	0,3	100,0	313
Sud-Ouest	11,8	66,0	77,8	7,1	14,9	0,0	100,0	480
Yaoundé	26,5	67,7	94,2	2,0	2,7	0,0	100,0	527
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	1,0	21,9	22,8	22,8	39,8	14,3	100,0	2 397
Primaire	6,6	62,8	69,4	10,3	17,5	2,4	100,0	3 462
Secondaire ou plus	17,1	74,6	91,8	2,7	4,7	0,5	100,0	2 238
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	1,8	27,5	29,3	22,4	39,1	8,8	100,0	2 058
Second	2,8	41,9	44,7	19,3	26,1	9,8	100,0	1 648
Moyen	6,8	65,8	72,7	7,2	16,1	3,8	100,0	1 681
Quatrième	11,7	74,8	86,5	3,1	7,8	1,7	100,0	1 489
Le plus riche	21,6	72,9	94,4	1,4	3,5	0,4	100,0	1 221
Ensemble	7,8	53,9	61,8	11,9	20,6	5,4	100,0	8 097

Note : Si l'enquêtée a déclaré que plus d'une personne a assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

¹ Y compris les non déterminés.

Accouchement et caractéristiques du nouveau-né

Au cours de l'enquête, on a demandé, aux femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années, si l'accouchement avait eu lieu par césarienne et quels étaient le poids et la grosseur de l'enfant à la naissance.

Dans 2 % des cas, les naissances se sont déroulées par césarienne (tableau 8.7). Le recours à cette intervention, bien que très faible, est plus fréquent à Yaoundé/Douala (5 %) et dans les Autres villes (3 %) qu'en milieu rural (moins d'un pour cent) où les infrastructures médicales nécessaires à cette procédure n'existent généralement pas. Comme on pouvait s'y attendre, la césarienne est plus fréquemment utilisée pour les naissances de premier rang (3 %) que pour les naissances de rang élevé. Mis à part à Yaoundé et Douala, plus de 4 % de naissances ont eu lieu par césarienne dans le Sud-Ouest et le Littoral, régions où 11 % ou plus des naissances sont assistées par un médecin.

Le tableau 8.7 présente également les résultats concernant le poids des enfants à la naissance. D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 57 % des cas : 51 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes alors que 5 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes). La proportion d'enfants pour lesquels on connaît le poids à la naissance varie fortement selon les caractéristiques socio-démographiques, passant de 95 % à Yaoundé/Douala à un minimum de 18 % dans le Nord et 17 % chez les femmes sans instruction. Du fait de la forte proportion de données non disponibles et des variations très importantes de cette proportion selon les différentes variables socio-démographiques, le pourcentage d'enfants de faible poids à la naissance est fortement biaisé (très certainement dans le sens d'une sous-estimation) et doit donc être utilisée avec beaucoup de prudence.

À la question très subjective : « Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? », les mères ont répondu dans 80 % des cas, qu'elles estimaient que l'enfant était moyen ou plus gros que la moyenne. Dans 10 % des cas, elles ont déclaré qu'il était plus petit que la moyenne et, enfin dans 8 % des cas, qu'il était très petit. Ce sont les femmes qui avaient moins de 20 ans à la naissance de leur enfant (10 %), celles de l'Extrême Nord (16 %) et celles sans niveau d'instruction (13 %) qui ont déclaré le plus fréquemment que leur enfant était très petit à la naissance.

Pour 56 % d'enfants, on dispose à la fois du poids à la naissance et de l'opinion de leur mère sur leur *grosseur*. En combinant ces deux types d'informations pour les 56 % d'enfants ayant un poids déclaré à la naissance, il est possible de déterminer quel est le pourcentage de chaque catégorie (moyen ou gros, plus petit que la moyenne et très petit) qui correspond à des faibles poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). En appliquant cette classification à l'ensemble des enfants nés durant les cinq dernières années et pour lesquels on connaît la *grosseur* d'après leur mère, on estimerait à 12 % la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Bien qu'il ne s'agisse ici que d'une estimation très approximative, ce résultat est moins biaisé que celui (5 %) concernant les seuls enfants qui ont été pesés.

Tableau 8.7 Caractéristiques de l'accouchement

Pourcentage de naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon que l'accouchement a été effectué, ou non par césarienne, répartition (en %) du poids de l'enfant à la naissance et de sa grosseur estimée par la mère, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Accouchement par césarienne	Poids de l'enfant				Grosseur de l'enfant à la naissance					Nombre de naissances	
		Non pesé	Moins de 2.5 kg	2.5 kg ou plus	NSP/ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/ND		Total
Âge de la mère à la naissance de l'enfant												
<20	2,2	39,7	7,4	46,0	6,9	100,0	10,3	12,4	76,1	1,2	100,0	1 843
20-34	2,0	37,1	4,7	52,6	5,6	100,0	6,9	9,9	81,7	1,5	100,0	5 368
35-49	1,7	40,0	4,7	47,9	7,5	100,0	7,2	9,0	81,6	2,3	100,0	886
Rang de naissance												
1	3,4	25,4	9,2	59,5	5,8	100,0	9,0	12,3	77,7	1,0	100,0	1 902
2-3	2,0	36,7	4,4	52,9	6,0	100,0	6,9	9,7	81,9	1,5	100,0	2 733
4-5	1,3	42,7	3,6	47,7	6,0	100,0	6,0	9,9	82,3	1,8	100,0	1 662
6+	1,1	49,0	4,3	40,2	6,5	100,0	9,3	9,9	79,2	1,7	100,0	1 800
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	4,9	3,3	7,5	87,1	2,1	100,0	4,9	8,2	85,2	1,7	100,0	1 104
Autres villes	3,1	18,8	8,1	65,2	8,0	100,0	7,0	9,3	82,1	1,6	100,0	2 447
Ensemble urbain	3,7	14,0	7,9	72,0	6,2	100,0	6,4	9,0	83,1	1,6	100,0	3 550
Rural	0,7	56,8	3,4	33,8	6,0	100,0	8,8	11,5	78,3	1,4	100,0	4 547
Région												
Adamaoua	0,6	65,1	1,2	26,2	7,5	100,0	4,0	10,0	85,0	1,1	100,0	337
Centre	0,7	33,1	6,5	58,1	2,2	100,0	4,3	8,4	87,0	0,2	100,0	657
Douala	5,1	1,4	7,8	88,8	2,0	100,0	5,3	7,4	85,5	1,8	100,0	576
Est	0,8	50,0	4,4	41,2	4,4	100,0	9,7	11,7	78,1	0,5	100,0	450
Extrême-Nord	0,4	70,4	2,5	21,9	5,2	100,0	15,8	12,2	70,9	1,2	100,0	1 787
Littoral	4,7	6,0	9,3	80,2	4,5	100,0	6,8	8,0	84,2	0,9	100,0	291
Nord	0,3	75,4	2,8	14,7	7,1	100,0	6,2	21,4	72,1	0,3	100,0	954
Nord-Ouest	3,1	10,6	5,9	67,9	15,6	100,0	1,9	7,8	88,7	1,6	100,0	769
Ouest	2,2	9,9	9,3	75,3	5,5	100,0	7,8	3,8	83,0	5,3	100,0	956
Sud	2,9	35,1	8,1	50,5	6,4	100,0	8,1	10,2	81,3	0,5	100,0	313
Sud-Ouest	4,4	21,1	5,0	65,1	8,8	100,0	2,3	7,2	89,8	0,7	100,0	480
Yaoundé	4,7	5,3	7,1	85,3	2,2	100,0	4,5	9,1	84,9	1,6	100,0	527
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	0,4	75,1	2,1	15,2	7,5	100,0	12,7	15,5	70,9	0,9	100,0	2 397
Primaire	1,7	31,1	5,9	56,0	7,1	100,0	5,9	8,1	83,9	2,1	100,0	3 462
Secondaire ou plus	4,2	9,1	7,9	80,0	3,0	100,0	5,2	8,5	85,2	1,1	100,0	2 238
Ensemble	2,0	38,0	5,3	50,6	6,1	100,0	7,7	10,4	80,4	1,5	100,0	8 097

8.1.3 Examens postnatals

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveaux-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. C'est pour cette raison que les programmes de maternité sans risque ont récemment mis un accent particulier sur l'importance des examens postnatals, en recommandant que toutes les femmes fassent une visite postnatale dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes dont la dernière naissance s'était déroulée en dehors d'un établissement sanitaire si, après l'accouchement, elles avaient effectué un examen postnatal et combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu.

Tableau 8.8 Examens postnatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui s'est déroulée en dehors d'un établissement sanitaire, en fonction du moment où les examens postnatals ont été effectués pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Temps écoulé avant le premier examen postnatal			Aucune visite postnatale ¹	Total ²	Effectif
	0-2 jours après accouche- ment	3-6 jours après accouche- ment	7-41 jours après accouche- ment			
Âge à la naissance						
<20	28,2	1,5	4,8	65,2	100,0	430
20-34	30,1	1,5	3,5	64,7	100,0	1 302
35-49	24,7	0,8	4,2	69,4	100,0	291
Rang de naissance						
1	30,4	1,1	5,5	62,6	100,0	302
2-3	28,3	1,7	4,6	65,1	100,0	621
4-5	30,5	2,1	3,2	64,2	100,0	435
6+	27,9	0,9	2,8	68,1	100,0	666
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	(29,2)	(4,2)	(8,3)	(58,3)	(100,0)	56
Autres villes	31,8	2,3	8,0	57,5	100,0	366
Ensemble urbain	31,5	2,5	8,1	57,7	100,0	422
Rural	28,3	1,2	2,8	67,6	100,0	1 602
Région						
Adamaoua	6,1	1,5	5,9	86,6	100,0	137
Centre	33,6	2,7	3,4	59,7	100,0	137
Douala	*	*	*	*	*	16
Est	13,2	4,0	9,0	73,5	100,0	162
Extrême-Nord	45,7	0,6	3,4	50,1	100,0	798
Littoral	*	*	*	*	*	14
Nord	6,4	0,2	2,2	91,0	100,0	456
Nord-Ouest	55,4	1,8	5,4	35,6	100,0	61
Ouest	40,9	5,4	5,4	48,4	100,0	56
Sud	17,1	2,8	1,3	78,9	100,0	80
Sud-Ouest	36,4	3,0	1,2	59,3	100,0	66
Yaoundé	(26,5)	(2,9)	(11,8)	(58,8)	(100,0)	40
Niveau d'instruction						
Aucun	27,6	0,8	2,8	68,6	100,0	1 155
Primaire	30,4	1,9	5,3	61,9	100,0	703
Secondaire ou plus	31,9	4,0	5,2	58,9	100,0	166
Ensemble	28,9	1,4	3,9	65,5	100,0	2 024

¹ Y compris les femmes ayant reçu les premiers soins postnatals après 41 jours.

² Y compris les non déterminés

() Basé sur trop peu de cas non pondérés

* Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Les résultats sont présentés au tableau 8.8. On constate que parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, près des deux tiers n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal (66 %). Par contre, environ un tiers des femmes (34 %) qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire ont effectué une consultation pour le suivi de leur santé et celle de leur nouveau-né. La majorité de ces femmes (29 %) ont suivi les recommandations en se rendant en consultation dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.

La proportion de femmes qui ont effectué un suivi postnatal ne varie que très peu selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant et selon le rang de naissance. Par contre, les femmes du milieu urbain ont reçu plus fréquemment des soins postnatals que celles du milieu rural (42 % contre 32 %), ces dernières étant aussi celles qui accouchent le moins fréquemment en milieu sanitaire. Par contre, on ne constate que peu d'écart entre les proportions de femmes urbaines et de femmes rurales qui effectuent les visites postnatales dans les 48 heures suivant la naissance (32 % contre 28 %). Il en est de même selon le niveau d'instruction. Ce sont les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus qui sont aussi celles qui accouchent le plus souvent en établissement sanitaire qui vont le plus fréquemment en visite postnatale (41 % contre 31 % pour les femmes sans aucun niveau instruction). Les résultats montrent des tendances divergentes selon les régions. Ainsi, dans le Nord, où 78 % de femmes n'accouchent pas dans un établissement sanitaire, seulement 9 % d'entre elles vont en consultation postnatale. Il en est de même dans l'Adamaoua, où 65 % des femmes accouchent à la maison et seulement 14 % vont en visite postnatale. Par contre dans l'Extrême Nord où 74 % des femmes accouchent à la maison, 50 % d'entre elles ont des soins postnatals.

8.1.4 Santé de la reproduction et statut de la femme

Le tableau 8.9 présente trois indicateurs de la santé de la reproduction selon trois indicateurs du statut de la femme.

Malgré quelques variations irrégulières, globalement, il semble exister une association positive entre le nombre de décisions auxquelles participe la femme et les soins prénatals, les soins postnatals et l'assistance à l'accouchement par un professionnel de la santé. En effet, ce sont les femmes qui sont impliquées dans 3-4 prises de décisions qui bénéficient le plus fréquemment de soins prénatals (89 %) et postnatals (80 %) et dont l'accouchement est le plus fréquemment assisté par un professionnel de la santé (72 %) : ces proportions sont respectivement de 71 %, 65 % et 46 % seulement quand la femme n'est associée à aucune prise de décision.

De même, il semble exister une association positive entre le nombre de raisons justifiant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le mari et les indicateurs de santé de la reproduction. En effet, ce sont les femmes qui ont reconnu 3-4 raisons justifiant le refus de rapports sexuels qui bénéficient le plus fréquemment de soins prénatals (86 %) et postnatals (77 %) et dont les naissances sont les plus fréquemment assistées par un professionnel de la santé (66 %). À l'inverse, quand la femme pense qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, ces proportions sont respectivement de 65 %, 49 % et 38 %.

On retrouve le même type de relation selon le troisième indicateur du statut de la femme. Les femmes qui ont le plus fréquemment bénéficié de soins prénatals et postnatals et les femmes dont l'accouchement leurs enfants est le plus fréquemment assisté par un professionnel de la santé sont aussi celles qui pensent qu'il n'existe aucune raison qui justifie qu'un homme batte sa femme.

Tableau 8.9 Santé reproductive et statut de la femme

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu, pour la naissance la plus récente, des soins prénatals et postnatals par un professionnel de la santé et pourcentages de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un professionnel de la santé, selon les indicateurs du statut de la femme, Cameroun 2004

Indicateur du statut de la femme	% ayant reçu des soins prénatals dispensés par un médecin, une infirmière/sage femme	% examinées au cours des 2 jours ayant suivi l'accouchement	Effectif de femmes	% dont l'accouchement a été assisté par médecin, infirmière/sage femme	Effectif de naissances
Nombre de décisions prises par la femme					
0	71,0	64,8	126	45,6	1 539
1-2	84,2	71,2	1 947	60,7	3 075
3-4	88,9	79,5	1 173	72,2	1 781
5	87,4	76,1	1 157	67,4	1 702
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari					
0	65,4	49,1	193	37,9	290
1-2	77,5	58,6	949	49,9	1 496
3-4	85,5	77,2	4 161	65,7	6 311
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme					
0	84,0	70,1	2 215	61,3	3 285
1-2	88,0	77,1	1 537	70,1	2 368
3-4	85,4	78,5	945	66,6	1 453
5	66,0	63,5	606	36,4	991
Ensemble	83,4	72,9	5 303	61,8	8 097

¹ Y compris les mères qui ont accouché dans un établissement sanitaire.

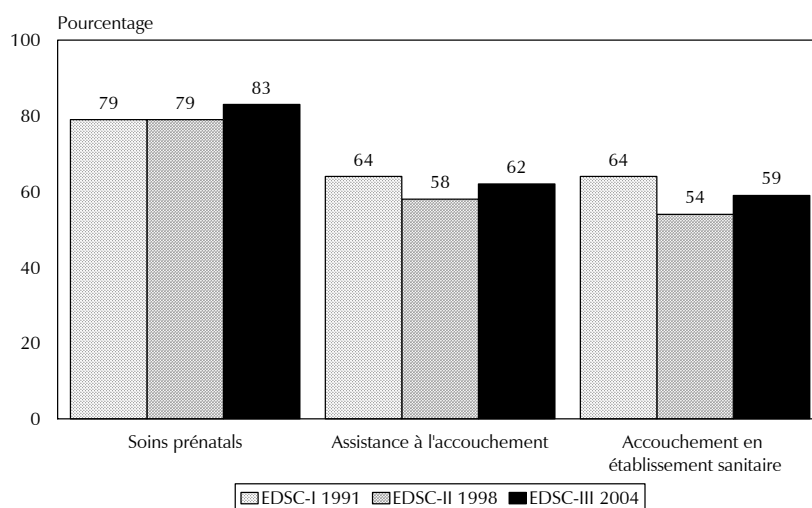
² Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

8.1.5 Tendances

La comparaison des résultats de l'EDSC-I et de l'EDSC-II (graphique 7.2) permet de constater qu'aucune amélioration n'avait eu lieu, entre 1991 et 1998, en ce qui concerne les soins prénatals. En effet, le pourcentage de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de consultation prénatale auprès de personnel médical (79 %) et le pourcentage de naissances pour lesquelles la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique (69 %) n'avaient connu aucune augmentation. En ce qui concerne les conditions d'accouchement, celles-ci s'étaient même détériorées puisque 54 % des naissances ont eu lieu en établissement sanitaire, en 1998, contre 63 % en 1991; de même, en 1998, 58 % des naissances avaient été assistées par du personnel médical, contre 64 % en 1991.

La comparaison des résultats de l'EDSC-III avec ceux des deux précédentes enquêtes (1998 et 1991) ne font apparaître que de faibles changements dans les indicateurs de santé de la reproduction (graphique 8.1).

Graphique 8.1 Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement



La proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales auprès de personnel qualifié qui n'avait pas changé de 1991 à 1998 (79 %) s'est légèrement améliorée pour atteindre 83 % en 2004. De même, le niveau de couverture vaccinale contre le tétanos néonatal s'est très légèrement amélioré : en 1998, 69 % des femmes avaient reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse, en 2004, cette proportion atteint 72 %.

En ce qui concerne l'accouchement avec assistance de personnel qualifié, la situation s'était détériorée entre 1991 et 1998, la proportion passant de 64 % d'accouchements assistés à 58 %. En 2004, la situation s'est légèrement améliorée puisque la proportion atteint 62 %. Cependant, en 2004, la proportion de femmes ayant accouché avec l'assistance de personnel formé reste inférieure à celle de 1991 (62 % contre 64 %). Il en est de même pour l'accouchement dans un établissement sanitaire. En 1991, 64 % des femmes accouchaient dans un établissement sanitaire et cette proportion avait chuté en 1998 pour atteindre 54 %. La situation en 2004 s'est légèrement améliorée (59 %) sans pour autant retrouver le niveau de 1991.

8.2 VACCINATION DES ENFANTS

Pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, on a collecté des informations sur la vaccination dans le but d'évaluer le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) du Cameroun. Conformément aux recommandations de l'OMS, suivies par le PEV du Cameroun, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCOq (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Une femme qui va en consultation prénatale reçoit, en principe, un carnet prénatal sur lequel sont reportés les résultats des visites prénatales, l'issue de l'accouchement, ainsi que le suivi et les vaccinations des enfants. Si la mère ne dispose pas de ce carnet, l'enfant présenté en consultation reçoit un carnet de vaccination où sont inscrites les différentes vaccinations qui lui sont administrées. Selon les

recommandations de l'OMS (OMS, 1991), la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Lorsque la mère disposait d'un carnet de vaccination, les enquêtrices recopiaient les informations qui y étaient inscrites. Dans le cas où la mère ne disposait pas d'un tel document (soit elle ne l'avait jamais eu, soit il n'était pas disponible au moment de l'enquête, soit elle l'avait perdu), on lui demandait si son enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche (y compris le nombre de doses), le DTCoq, administré par injection, en principe, en même temps que la Polio (y compris le nombre de doses), et le vaccin contre la rougeole. Que ce soit à partir des carnets ou à partir des déclarations de la mère, on a également collecté des données sur la vaccination contre la fièvre jaune bien que la vaccination contre cette maladie vient seulement d'être intégrée au PEV.

Le tableau 8.10 présente les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint l'âge où ils devraient être complètement vaccinés. Dans 57 % des cas, la couverture vaccinale est mesurée à partir des cartes ou des carnets de vaccination, pour les autres cas (43 %) la couverture vaccinale est établie à partir des déclarations de la mère.

Tableau 8.10 Vaccinations selon les sources d'information														
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provient d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, Cameroun 2004														
Source d'information	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Tous les vaccins sans fièvre jaune ²	Aucune vaccination	Fièvre jaune	Tous les vaccins avec fièvre jaune	Effectif d'enfants
Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête														
Carnet de vaccination	55,5	55,6	52,9	49,8	50,3	55,9	53,2	50,3	44,1	41,3	0,1	7,2	6,8	886
Déclaration de la mère	30,2	27,1	22,4	15,6	14,8	36,9	30,8	17,2	20,7	6,8	5,1	4,9	1,8	660
Les deux sources	85,7	82,6	75,3	65,4	65,1	92,8	84,0	67,4	64,8	48,2	5,2	12,2	8,5	1 546
Vacciné avant l'âge de 12 mois³														
	84,9	81,1	73,1	62,7	64,5	91,1	81,4	65,1	55,7	42,5	6,8	7,1	5,3	1 546

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).

³ Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

D'après le carnet de vaccination, on constate que 56 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG et 30 % l'ont également reçu si l'on se base sur les seules déclarations de la mère. Au total donc, 86 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG au moment de l'enquête et 85 % avaient reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTCoq est également très élevée (83 %), mais la couverture vaccinale diminue rapidement avec le nombre de doses : de 83 % pour la première dose, la proportion passe à 75 % pour la deuxième dose et à seulement 65 % pour la troisième dose. Pour ce vaccin, le taux de déperdition¹ entre la première et la troisième dose est de 22 %. Par ailleurs, selon les deux sources d'information, plus des deux tiers des enfants ont reçu les trois doses de polio (67 %). Cependant, comme pour le DTCoq, le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de vaccin contre la polio est également élevé puisqu'il atteint 27 %. En outre, on notera

¹ Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

que les deux tiers des enfants ont été vaccinés contre la polio à la naissance (65 %). En ce qui concerne la rougeole (65 %), la couverture vaccinale est très proche de celle du DTCoq 3 et de la polio 3. Enfin, on constate que c'est contre la fièvre jaune que la proportion d'enfants vaccinés est, de loin, la plus faible (12 %).

Parmi les enfants de 12-23 mois, près d'un sur deux a été complètement immunisé contre les maladies cible du PEV (48 %) et, à l'opposé, un faible pourcentage d'enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (5 %). Les autres enfants (47 %) n'ont été que partiellement vaccinés.

Le tableau 8.11 présente la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère et de l'enfant. On ne constate pratiquement pas d'écart entre la couverture vaccinale des garçons et celle des filles (respectivement 47 % et 49 %). Par contre, la couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance de l'enfant, et cela quel que soit le vaccin. De 58 % d'enfants de rang 1 complètement vaccinés, la proportion passe à 51 % pour les rangs 2-3 et à 45 % pour les rangs 4-5. Pour les enfants de rang 6 ou plus, la proportion n'est plus que de 36 %. Selon le milieu de résidence, on constate que c'est en urbain que la couverture vaccinale est la plus importante (55 %) et en rural qu'elle est la plus faible (42 %). C'est entre les régions que l'on constate les écarts les plus importants, la couverture vaccinale pour tous les vaccins du PEV passant d'un minimum de 20 % dans la région Nord à un maximum de 72 % dans le Nord-Ouest et 68 % dans le Littoral.

Il apparaît clairement que le niveau de la couverture vaccinale est influencé par le niveau d'instruction des mères et le niveau de vie des ménages : les enfants dont la mère est instruite sont près de deux fois plus fréquemment vaccinés que ceux dont la mère est sans niveau d'instruction (60 % contre 32 %) ; de même, la proportion d'enfants vaccinés augmente avec le niveau de richesse du ménage, de 36 % pour les enfants des ménages les plus pauvres, la couverture vaccinale atteint 60 % pour le quintile le plus riche.

Tableau 8.11 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (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 socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Tous les vaccins sans fièvre jaune ²	Aucune vaccina- tion	Fièvre jaune	Tous les vaccins avec fièvre jaune	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3							
Sexe															
Masculin	85,8	82,7	75,1	64,9	65,6	93,2	83,4	65,7	64,5	47,4	4,6	12,3	8,3	55,8	797
Féminin	85,7	82,5	75,5	65,9	64,7	92,4	84,6	69,3	65,2	49,0	5,9	12,1	8,8	58,9	749
Rang de naissance															
1	91,9	89,3	81,4	73,6	73,8	92,6	85,0	68,5	72,0	57,5	4,5	14,7	11,5	61,1	367
2-3	86,6	84,4	77,9	67,4	64,3	92,9	84,4	69,8	67,6	51,3	5,0	13,4	8,8	60,3	518
4-5	84,8	78,8	71,1	62,3	64,8	92,9	84,2	68,4	58,2	45,3	5,5	10,2	7,7	59,6	322
6+	78,6	76,3	68,8	56,2	57,4	92,7	82,0	61,9	59,1	35,9	6,2	9,4	5,7	46,3	339
Milieu de résidence															
Yaoundé/Douala	94,0	91,8	88,0	70,5	79,8	94,5	89,1	71,0	81,4	58,5	3,8	20,8	12,6	63,9	215
Autres villes	90,4	88,7	80,4	73,3	73,8	93,7	85,7	69,4	68,6	53,4	3,6	11,8	7,2	60,0	497
Ensemble urbain	91,5	89,6	82,7	72,5	75,6	93,9	86,7	69,9	72,5	54,9	3,7	14,5	8,9	61,2	712
Rural	80,8	76,6	69,0	59,3	56,2	91,8	81,6	65,3	58,3	42,4	6,6	10,1	8,3	54,0	834
Région															
Adamaoua	80,4	77,0	66,8	60,8	47,4	92,5	81,2	69,4	60,8	47,2	5,0	17,9	17,0	60,1	63
Centre	85,5	82,1	74,0	65,2	66,5	81,5	73,9	60,0	57,1	47,4	13,3	9,2	6,8	63,4	131
Douala	93,4	91,2	87,9	73,6	79,1	94,5	90,1	73,6	82,4	63,7	4,4	22,0	15,4	64,8	107
Est	87,5	84,8	72,7	55,7	56,8	95,2	77,6	53,0	62,3	37,5	3,4	12,8	4,8	37,9	85
Extrême-Nord	78,9	72,5	64,0	57,4	51,8	92,1	84,3	67,5	60,1	38,6	6,8	5,9	4,8	47,9	334
Littoral	93,4	90,3	88,0	81,6	77,6	91,1	88,0	81,9	77,1	67,9	5,7	22,7	18,4	69,8	55
Nord	64,8	61,0	55,0	43,4	54,7	93,0	79,6	57,0	27,0	20,3	4,7	2,6	1,1	48,2	168
Nord-Ouest	90,7	91,3	88,4	82,9	82,2	93,4	89,5	84,0	77,2	71,7	4,2	7,2	5,3	76,0	157
Ouest	95,1	94,1	83,2	75,9	71,8	95,5	85,6	67,8	80,1	58,2	2,7	23,6	18,3	60,7	180
Sud	94,4	87,6	76,9	61,0	55,2	93,5	80,6	50,0	75,8	42,3	3,8	25,5	16,6	46,5	58
Sud-Ouest	94,4	93,6	86,4	76,4	72,3	98,4	88,0	73,5	63,1	53,1	1,6	4,0	2,0	60,2	100
Yaoundé	94,6	92,4	88,0	67,4	80,4	94,6	88,0	68,5	80,4	53,3	3,3	19,6	9,8	63,0	108
Niveau d'instruction															
Aucun	72,6	65,5	57,4	49,0	50,2	91,4	81,3	61,0	46,1	31,9	7,2	5,3	4,4	46,0	433
Primaire	88,2	86,9	78,7	68,5	66,6	92,0	82,5	68,6	67,8	50,9	5,6	11,3	7,6	60,4	695
Secondaire ou plus	95,3	93,2	88,3	77,0	78,1	95,5	89,1	72,3	79,3	60,4	2,6	20,7	14,3	63,9	418
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	76,1	70,7	62,8	53,5	47,9	92,1	80,4	63,5	52,1	36,4	7,1	8,2	6,8	47,4	368
Second	82,3	82,0	73,4	63,6	64,4	91,7	83,3	69,9	60,1	47,4	5,8	8,9	7,4	62,7	312
Moyen	87,4	82,8	75,6	65,6	63,9	91,7	83,8	66,2	67,3	50,8	6,7	11,0	8,2	55,3	330
Quatrième	92,0	88,6	81,5	70,9	73,9	93,1	83,5	68,2	67,9	50,8	3,5	12,8	8,3	60,2	296
Le plus riche	95,0	94,1	88,9	78,7	83,3	96,3	91,2	71,0	83,2	60,3	1,6	23,4	13,4	64,6	240
Total	85,7	82,6	75,3	65,4	65,1	92,8	84,0	67,4	64,8	48,2	5,2	12,2	8,5	57,3	1 546

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

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

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ayant été collectées pour tous les enfants de moins de cinq ans, il est possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. Au tableau 8.12 sont présentés les taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. On y trouve également les proportions d'enfants de chaque groupe d'âges pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 8.12 Vaccinations au cours de la première année

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans au moment de l'enquête ayant reçu certains vaccins déterminés avant l'âge de 12 mois, et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon l'âge actuel de l'enfant, Cameroun 2004

Âge actuel	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Tous les vaccins sans fièvre jaune ²		Aucune vaccination	Tous les vaccins avec fièvre jaune		Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3								
12-23	84,9	81,1	73,1	62,7	64,5	91,1	81,4	65,1	55,7	42,5	6,8	7,1	5,3		57,3	1 546
24-35	84,4	79,2	70,7	58,3	60,7	89,4	81,7	61,1	57,3	40,0	7,8	3,5	1,7		48,0	1 384
36-47	79,4	74,4	65,8	54,9	53,1	87,1	79,2	58,4	53,6	35,4	11,5	3,4	1,7		36,0	1 394
48-59	77,2	70,7	65,2	55,4	50,7	83,7	78,9	56,2	51,6	34,1	14,3	5,0	2,5		33,3	1 389
Total	82,0	76,9	69,2	58,3	57,6	88,4	80,8	60,8	55,3	38,4	9,5	5,5	3,3		44,0	5 713

Note : L'information a été obtenue du carnet de vaccination ou, s'il n'y a pas de carnet, provient de la déclaration de la mère. Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants avec un carnet de vaccination.

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

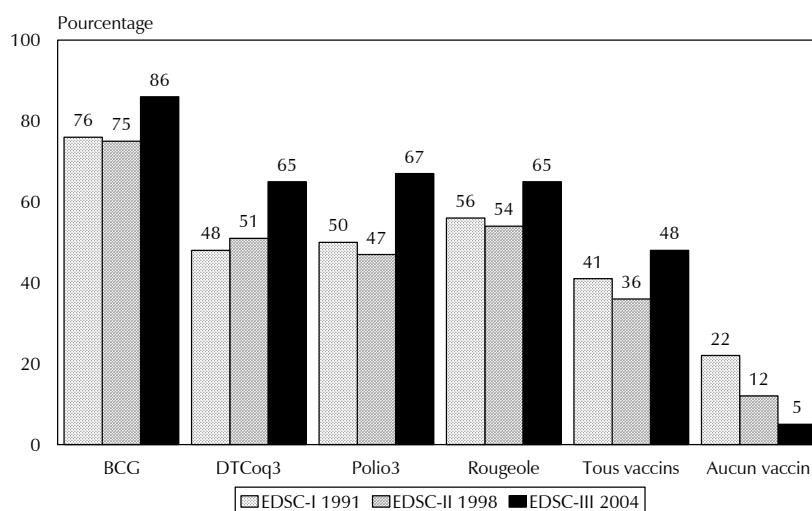
² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice dans 44 % des cas et cette proportion varie de 57 % pour les enfants âgés de 12-23 mois à l'enquête à 33 % pour ceux âgés de 48-59 mois. Cette variation peut être le signe d'une amélioration de la couverture vaccinale des enfants, mais elle pourrait également résulter du simple fait que, les enfants étant plus âgés, les cartes de vaccinations ont été plus fréquemment perdues. Parmi les enfants de 1-4 ans, 82 % ont reçu le vaccin du BCG avant l'âge de 12 mois, 58 % la troisième dose de DTCoq et dans aussi 61 % des cas, ils ont reçu la troisième dose de polio. Seulement 6 % ont été vaccinés contre la fièvre jaune. En outre, 55 % ont été vaccinés contre la rougeole et globalement, 38 % ont été vaccinés contre toutes les maladies du PEV avant l'âge de 12 mois. À l'opposé, 10 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Plus les enfants sont âgés, plus les taux de couverture vaccinale sont faibles, passant de 43 % pour tous les vaccins chez les enfants de 12-23 mois à 34 % chez ceux de 48-59 mois. Parallèlement, 14 % des enfants de 48-59 mois n'ont reçu aucune vaccination avant l'âge de 12 mois contre 7 % de ceux de 12-23 mois. Ces variations peuvent provenir, en partie, de problèmes de mémoire des enquêtées, celles-ci ne se souvenant plus très bien des vaccinations données aux enfants les plus âgés. Cependant, les changements constatés correspondent aussi, très certainement, à une amélioration réelle de la couverture vaccinale des années 2001 à 2004.

Un autre moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des deux enquêtes précédentes (graphique 8.2). Après avoir enregistré une diminution entre 1991 et 1998, la couverture vaccinale s'est nettement améliorée en 2004. La proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cible du PEV qui était passée de 41 % en 1991 à 36 % en 1998 a récemment augmenté pour atteindre 43 %. À l'inverse, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination qui avait chuté de façon importante entre 1991 et 1998, passant de 22 % à 12 %, a continué sa baisse pour atteindre aujourd'hui 7 % (graphique 8.2).

Graphique 8.2 Vaccinations des enfants de 12-23 mois



8.3 MALADIES DES ENFANTS

Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide. Par ailleurs, la fièvre pouvant être l'un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA et ayant eu de la fièvre, on a cherché à connaître le pourcentage pour lesquels on avait recherché un traitement ou des conseils. Les résultats sont présentés au tableau 8.13.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'un peu plus d'un sur dix (11 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide. C'est chez les enfants de 6-23 mois (15 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. On ne note pas de différence de prévalence des IRA entre les garçons et de filles (11 % dans les deux cas). Par ailleurs, la prévalence est quasiment identique en milieu rural et en milieu urbain (respectivement, 11 % et 12 %).

Tableau 8.13 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage de ceux ayant des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants avec des symptômes d'IRA	Pourcentage d'enfants avec de la fièvre	Effectif d'enfants	% pour lesquels on a recherché un traitement ¹	Effectif d'enfants
Âge des enfants (en mois)					
<6	10,7	16,0	800	38,3	173
6-11	14,5	31,7	761	47,6	292
12-23	14,9	32,1	1 546	42,3	580
24-35	10,4	23,8	1 384	37,2	391
36-47	7,9	18,7	1 394	37,4	318
48-59	8,5	19,3	1 389	35,3	315
Sexe					
Masculin	10,8	24,1	3 621	41,3	1 044
Féminin	11,1	23,3	3 652	38,5	1 025
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	11,2	24,9	118	50,2	302
Autres villes	11,6	24,4	2 227	43,3	670
Ensemble urbain	11,5	24,6	3 244	45,5	972
Rural	10,5	23,0	429	35,0	1 097
Région					
Adamaoua	7,2	15,9	306	32,6	60
Centre	10,9	31,4	595	36,6	221
Douala	10,0	24,3	542	51,9	159
Est	13,3	27,8	398	37,3	140
Extrême-Nord	17,4	21,5	1 589	29,2	456
Littoral	9,7	30,8	264	52,1	93
Nord	2,1	8,7	828	24,9	82
Nord-Ouest	9,5	22,9	714	52,6	184
Ouest	9,0	22,9	862	39,8	235
Sud	18,2	41,6	277	44,6	134
Sud-Ouest	6,8	36,4	422	42,9	161
Yaoundé	12,6	25,4	476	48,4	143
Niveau d'instruction					
Aucun	10,2	16,8	2 138	25,1	455
Primaire	10,8	26,0	372	41,6	926
Secondaire ou plus	12,0	27,5	263	47,4	687
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	10,7	19,1	1 813	29,4	423
Second	12,1	24,4	1 476	33,7	434
Moyen	9,7	24,9	1 505	42,0	435
Quatrième	11,1	27,1	1 343	45,3	441
Le plus riche	11,6	24,5	1 136	51,5	336
Ensemble ²	11,0	23,7	7 273	39,9	2 069

IRA = Infection respiratoire aiguë

¹ Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

² Y compris 27 cas non déterminés.

Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage ne semblent pas non plus influencer de façon déterminante la prévalence de ces maladies, les proportions d'enfants ayant été malades variant de 10 % chez ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 12 % chez ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire. Selon le niveau de vie des ménages, elles varient de 11 % pour les enfants des ménages les plus pauvres à 12 % chez les plus riches. C'est les entre régions que les écarts sont les plus importants, la proportion d'enfants ayant souffert d'IRA variant d'un minimum de 2 % dans la région Nord à un maximum de 18 % dans la région Sud, sans pour autant présenter de clivage en relation avec les zones climatiques.

Par ailleurs, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près d'un quart des enfants avaient eu de la fièvre (24 %). Comme pour les IRA, c'est entre 6 et 24 mois que la prévalence de la fièvre est la plus élevée (en moyenne 32 %). De même que pour les IRA, la prévalence de la fièvre ne diffère pas selon le sexe et le milieu de résidence ; par contre, on note que ce sont les enfants dont la mère est instruite, (28 % contre 17 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction), et ceux qui vivent dans les ménages de niveaux moyen et riche (au moins 25 % contre 19 % pour le quintile le plus pauvre), qui ont le plus fréquemment eu de la fièvre. Enfin, la prévalence de la fièvre varie de manière importante entre les régions : avec 42 % d'enfants ayant eu de la fièvre, la région Sud se caractérise par la prévalence la plus élevée et le Nord par la prévalence la plus faible (9 %). Mais là encore, aucun clivage n'apparaît entre les zones climatiques.

Pour 40 % seulement des enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës et ou de fièvre, des traitements ou des conseils ont été recherchés dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical (tableau 8.13). Ce sont pour les enfants de 6-23 mois, qui sont ceux les plus touchés par la fièvre et les IRA, qu'un traitement a été le plus fréquemment recherché (en moyenne, 44 %). Par contre, il n'y a pas de variations significatives selon le sexe des enfants.

Le recours aux établissements sanitaires pour le traitement des IRA ou de la fièvre est lié au milieu de résidence ainsi qu'au niveau d'instruction de la mère et au niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant. En milieu urbain, un traitement a été recherché pour environ un enfant sur deux contre seulement 35 % en milieu rural. De même, on a recherché un traitement ou des conseils pour 47 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus et 42 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire contre seulement 25 % pour ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction. Enfin, pour plus de la moitié des enfants des ménages les plus riches (52 %), on a recherché un traitement ; dans les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 29 %. Les résultats selon les régions montrent que la recherche d'un traitement n'est pas forcément liée à une prévalence élevée des IRA ou de la fièvre puisque c'est dans la région de Douala (52 %), dans le Littoral (52 %) et le Nord-Ouest (53 %) que les proportions d'enfants pour lesquels on a recherché un traitement sont les plus élevées. Par contre, dans la région Sud qui se caractérise par des prévalences élevées des IRA et de la fièvre, la proportion d'enfants pour lesquels on a recherché des conseils ou traitement n'est que de 45 %.

Prévalence de la diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. Pour lutter contre les effets de la déshydratation, l'OMS recommande, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel, soit encore l'augmentation de la quantité de fluides.

Afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'interview. On a également cherché à connaître le pourcentage d'enfants pour lesquels on avait recherché un traitement ou des conseils et quel type de traitement avait été utilisé. De plus, en ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient les SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles l'avaient utilisé et/ou une solution d'eau sucrée et salée.

Il apparaît au tableau 8.14 que, selon les déclarations des mères, 16 % des enfants ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les jeunes enfants de 6-23 mois (en moyenne, 25 %). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

La prévalence de la diarrhée est également liée au milieu de résidence de l'enfant puisque 18 % des enfants du milieu rural ont été touchés par la diarrhée contre 13 % en urbain. Le niveau d'instruction de la mère semble aussi jouer un rôle, la prévalence étant deux fois plus élevée parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction que parmi ceux dont la mère est instruite (22 % contre 11 %). On constate le même écart entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux qui vivent dans les ménages les plus riches (20 % contre 10 %). Par ailleurs, c'est parmi les enfants qui consomment de l'eau provenant d'un robinet que la prévalence de la diarrhée est la plus faible (12 %). Cependant, alors que l'eau non salubre est un facteur d'aggravation du risque de contracter des maladies diarrhéiques, il est surprenant de constater que la prévalence de la diarrhée chez les enfants de ménages qui consomment de l'eau de surface est à peine plus élevée (14 %) que chez les enfants qui consomment de l'eau d'un robinet et que c'est parmi ceux dont l'eau provient d'un puit protégé que la prévalence est la plus élevée (23 %). Les résultats montrent enfin que le risque de contracter des maladies diarrhéiques varie de manière importante en fonction de la région de résidence puisque la proportion d'enfants ayant eu la diarrhée varie d'un minimum de 9 % dans les régions du Littoral, de l'Ouest et du Nord-Ouest à un maximum de 29 % dans l'Extrême-Nord.

Tableau 8.14 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Diarrhée au cours des deux semaines avant l'enquête	Effectif d'enfants
Âge des enfants (en mois)		
<6	10,5	800
6-11	23,0	761
12-23	26,4	1 546
24-35	18,7	1 384
36-47	9,1	1 394
48-59	8,3	1 389
Sexe		
Masculin	17,2	3 621
Féminin	15,0	3 652
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	10,1	1 018
Autres villes	14,7	2 227
Ensemble urbain	13,2	3 244
Rural	18,4	4 029
Région		
Adamaoua	15,5	306
Centre	17,9	595
Douala	10,0	542
Est	22,0	398
Extrême-Nord	29,3	1 589
Littoral	8,9	264
Nord	13,4	828
Nord-Ouest	8,6	714
Ouest	8,6	862
Sud	15,5	277
Sud-Ouest	11,2	422
Yaoundé	10,1	476
Niveau d'instruction de la mère		
Aucun	22,0	2 138
Primaire	15,2	3 072
Secondaire ou plus	11,3	2 063
Source d'eau potable		
Robinet	11,6	2 459
Puits protégé	23,1	585
Puits non protégé	22,6	2 017
Eau de surface	13,5	2 122
Autre/ND	8,7	91
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	20,2	1 813
Second	19,8	1 476
Moyen	15,5	1 505
Quatrième	12,2	1 343
Le plus riche	10,0	1 136
Ensemble	16,1	7 273

Connaissance des sachets de SRO

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années précédant l'enquête, 56 % ont déclaré connaître les sachets de Sel de Réhydratation par voie Orale ou SRO (tableau 8.15). Cette proportion est la même que celle observée lors de la dernière enquête (56 %). Le niveau de connaissance des sachets de SRO varie de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. C'est parmi les catégories de femmes dont les enfants ont la prévalence de la diarrhée la plus élevée que la connaissance des sachets de SRO est la plus faible : en effet, seulement 44 % des femmes du milieu rural, 40 % de celles sans instruction et 36 % de celles vivant dans les ménages les plus pauvres ont déclaré connaître ce moyen de réhydratation. Au niveau régional, la proportion varie d'un minimum de 38 % dans le Nord à un maximum de 66 % dans le Sud.

Traitement de la diarrhée

Selon les résultats du tableau 8.16, on constate qu'on a recherché des conseils ou un traitement pour seulement un enfant malade sur cinq (21 %). Des conseils ou traitement ont été recherchés plus particulièrement pour les enfants de 6-23 mois, qui sont aussi les plus touchés par la diarrhée (24 % en moyenne), les enfants du milieu urbain (29 %), pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (29 %) ainsi que pour ceux qui vivent dans les ménages les plus riches (32 % pour le quatrième et 27 % pour le dernier quintile).

Pendant les épisodes diarrhéiques, moins d'un enfant sur quatre (24 %) a reçu une SRO ou une solution maison. Plus précisément, 17 % des enfants ont reçu des sachets de SRO et 11 % ont reçu une solution maison. Pour près d'un enfant malade sur deux (48 %), on a augmenté l'apport en liquides. Globalement, 57 % des enfants ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale, soit sous forme de SRO, ou de solution sucrée salée, ou encore par l'augmentation des liquides. Par ailleurs, 35 % des enfants ont reçu des comprimés ou sirop, en particulier dans le Sud-Ouest (49 %), et 16 % des remèdes traditionnels, en particulier dans le Centre et l'Est (25 % dans les deux cas). À l'opposé, 23 % des enfants n'ont reçu aucun traitement.

Ce sont les enfants du milieu urbain, ceux dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche qui ont le plus fréquemment reçu une TRO ou davantage de liquides pendant les épisodes diarrhéiques. Par contre, 26 % des enfants du milieu rural, 30 % de ceux dont la mère n'a pas d'instruction et 31 % de ceux des ménages les plus pauvres n'ont reçu aucune forme de traitement lorsqu'ils étaient malades.

Tableau 8.15 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique Socio-démographique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Effectif de mères
Âge (en mois)		
15-19	44,5	604
20-24	55,1	1 461
25-29	59,3	1 284
30-34	61,0	924
35-49	55,6	1 032
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	82,0	816
Autres villes	64,6	1 635
Ensemble urbain	70,4	2 451
Rural	43,7	2 852
Région		
Adamaoua	44,8	215
Centre	58,1	434
Douala	83,6	417
Est	60,4	287
Extrême-Nord	51,5	1 100
Littoral	59,0	196
Nord	38,0	564
Nord-Ouest	42,7	521
Ouest	50,9	610
Sud	66,1	219
Sud-Ouest	61,0	341
Yaoundé	80,3	399
Niveau d'instruction		
Aucun	39,6	1 486
Primaire	53,4	2 212
Secondaire ou plus	75,0	1 605
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	36,1	1 260
Second	44,4	1 037
Moyen	55,5	1 082
Quatrième	70,5	1 021
Le plus riche	81,7	904
Ensemble	56,1	5 303

SRO = Sels de réhydratation orale.

Tableau 8.16 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pour lesquels on a cherché un traitement ¹	Thérapie de réhydratation orale (TRO)					Autres traitements				Remède maison/ autre	Aucun traitement	Effectif d'enfants
		Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Apport en liquides augmenté	SRO, Solution maison, ou apport en liquides augmenté	Comprimés ou sirop	Injection	Perfusion				
Âge (en mois)													
<6	15,3	9,5	2,5	10,6	22,0	28,2	15,1	0,0	0,0	13,0	55,7	84	
6-11	27,4	20,9	8,0	25,7	48,4	58,3	29,9	0,9	1,1	10,0	24,8	175	
12-23	23,0	20,9	13,6	29,5	55,8	66,3	38,6	0,9	0,0	17,1	15,2	409	
24-35	20,3	15,2	10,9	23,9	49,9	58,2	38,4	0,4	0,0	17,1	19,6	259	
36-47	16,5	13,4	9,3	18,1	35,9	40,7	34,0	1,2	0,0	15,1	30,3	127	
48-59	19,1	9,0	12,2	20,7	45,0	55,2	38,5	0,0	0,0	16,7	20,9	116	
Sexe													
Masculin	20,8	18,6	9,9	25,2	46,9	56,2	36,3	1,0	0,3	15,5	21,2	621	
Féminin	22,1	14,9	11,8	23,1	48,7	57,2	33,6	0,3	0,0	15,5	24,4	549	
Milieu de résidence													
Yaoundé/Douala	25,3	34,5	19,5	47,1	60,9	73,6	31,0	0,0	0,0	16,1	13,8	102	
Autres villes	30,1	22,3	12,2	28,4	49,4	62,0	38,0	0,0	0,6	9,5	19,0	327	
Ensemble urbain	29,0	25,2	13,9	32,9	52,2	64,8	36,3	0,0	0,4	11,0	17,7	429	
Rural	17,0	12,0	8,9	19,2	45,2	52,0	34,3	1,1	0,0	18,0	25,6	741	
Région													
Adamaoua	16,8	14,5	5,6	19,0	27,9	43,6	33,6	1,2	0,0	14,7	31,6	47	
Centre	21,7	24,6	18,7	35,3	64,3	75,1	25,7	0,0	0,0	24,6	13,5	107	
Douala	(21,7)	(34,8)	(23,9)	(50,0)	(63,0)	(76,1)	(26,1)	(0,0)	(0,0)	(21,7)	(8,7)	54	
Est	19,1	14,2	8,9	20,1	58,2	66,2	26,0	0,0	0,0	24,9	17,8	88	
Extrême-Nord	19,3	10,0	3,7	13,3	40,5	45,6	40,2	1,4	0,4	10,9	27,6	466	
Littoral	(28,1)	(28,8)	(7,3)	(30,7)	(51,5)	(61,5)	(44,7)	(0,0)	(0,0)	(14,0)	(14,0)	24	
Nord	15,7	8,5	2,8	10,2	35,5	40,1	35,5	0,0	0,0	11,6	36,9	111	
Nord-Ouest	35,3	20,0	23,6	41,1	49,7	69,7	29,7	1,8	0,0	18,6	18,2	62	
Ouest	32,9	27,5	27,0	40,6	55,7	70,5	25,4	0,0	0,0	15,5	18,4	74	
Sud	23,2	27,4	19,6	40,2	51,0	62,6	34,8	0,0	0,0	20,3	14,7	43	
Sud-Ouest	14,4	18,6	22,8	38,1	61,8	75,4	49,1	0,0	0,0	22,9	5,1	47	
Yaoundé	(29,3)	(34,1)	(14,6)	(43,9)	(58,5)	(70,7)	(36,6)	(0,0)	(0,0)	(9,8)	(19,5)	48	
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	17,4	11,0	4,1	14,6	35,9	43,6	38,2	1,1	0,4	11,0	30,2	470	
Primaire	21,9	16,2	14,5	26,4	54,3	62,6	33,2	0,6	0,0	18,6	19,6	467	
Secondaire ou plus	28,5	30,0	16,7	39,2	58,3	71,1	32,3	0,0	0,0	18,2	13,8	233	
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	17,5	9,2	6,5	14,9	40,4	46,2	32,9	1,3	0,0	15,7	30,8	367	
Second	17,6	12,3	9,2	18,9	46,9	55,1	34,5	1,1	0,0	17,7	22,9	292	
Moyen	22,4	18,4	15,5	28,9	52,2	61,4	36,2	0,0	0,0	16,8	20,9	233	
Quatrième	31,9	26,6	12,8	34,7	52,5	64,7	43,1	0,0	1,2	9,6	14,9	165	
Le plus riche	26,7	36,0	16,3	43,5	57,2	73,2	29,2	0,0	0,0	14,5	11,1	113	
Ensemble	21,4	16,8	10,8	24,2	47,7	56,7	35,0	0,7	0,2	15,5	22,7	1 170	

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO), les Solutions Maison Recommandées (SMR), ou l'augmentation de la quantité de liquides.

¹ Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

() Basé sur trop peu de cas non pondérés

* Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Alimentation pendant la diarrhée

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Au tableau 8.17, on constate que 48 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude lorsqu'ils étaient malades, 35 % ont reçu la même quantité et, à l'opposé, 11 % en ont reçu moins et 5 % beaucoup moins ou rien du tout. En ce qui concerne les aliments, on constate que dans 10 % des cas, les rations alimentaires ont été augmentées, dans 42 %, elles n'ont pas changé mais pour 27 % des enfants, elles ont été diminuées, et dans 9 % des cas, l'alimentation a été très réduite, et complètement stoppée dans 6 % des cas. Ces pratiques alimentaires ne sont pas adaptées à l'état de faiblesse dans lequel se trouvent des enfants malades et par conséquent elles sont un facteur d'aggravation des risques de malnutrition et de mortalité.

Tableau 8.17 Alimentation pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon les quantités de liquides et d'aliments données comparées aux rations habituelles, Cameroun 2004

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquide donnée	
Comme d'habitude	34,9
Plus que d'habitude	47,7
Un peu moins	11,4
Beaucoup moins	4,4
Rien	1,1
NSP/ND	0,5
Total	100,0
Quantité de nourriture donnée	
Comme d'habitude	42,4
Plus que d'habitude	10,1
Un peu moins	27,0
Beaucoup moins	8,9
Rien	5,9
Ne mange pas encore	5,3
NSP/ND	0,4
Total	100,0
Effectif d'enfants	1 170

Jean Christian YOUNBA et Monique BARRÈRE

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. Elle constitue un risque majeur pour plus de deux milliards d'êtres humains. L'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale fournit 85 % à 90 % des cas de paludisme (200 à 280 millions de cas dont 90 % dus à *plasmodium falciparum*). Les enfants de moins de cinq ans, payent le plus lourd tribut à cette maladie. Selon l'OMS, le paludisme tue entre 1,1 et 2,7 millions de personnes dans le monde chaque année, dont environ un million d'enfants de moins de cinq ans résidant en Afrique subsaharienne. En plus des pertes en vies humaines, le paludisme coûte cher en dépenses de santé publique.

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les statistiques sanitaires révèlent qu'il est responsable de 35 à 40 % du total des décès dans les formations sanitaires : 50 % de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, 40 à 45 % des consultations médicales et 30 % des hospitalisations. Le paludisme est aussi la cause de 26 % des absences en milieu professionnel et de 40 % des dépenses de santé des ménages.

Les efforts entrepris sur le plan international, sont relayés au niveau national par un fort engagement de l'Etat. En 2002, le Cameroun a élaboré un Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme et restructuré le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour le rendre plus opérationnel et plus efficace.

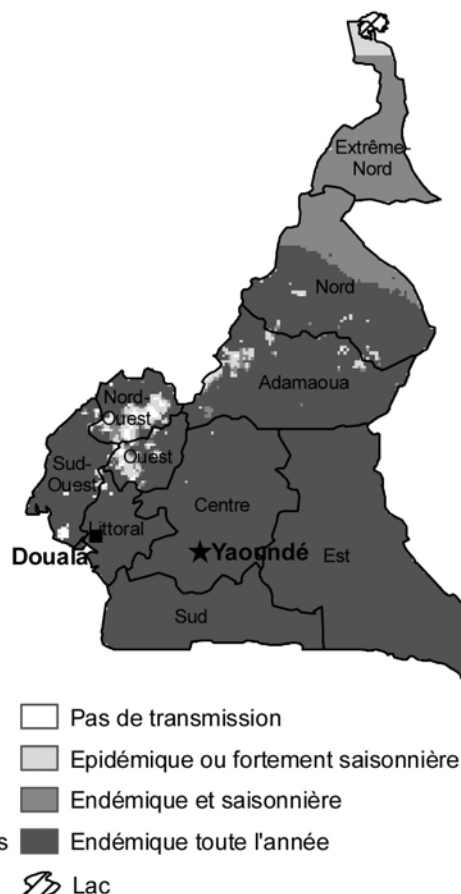
La plus grande difficulté à laquelle se heurte aujourd'hui la lutte contre le paludisme est la résistance des parasites aux antipaludéens les plus usuels et les moins onéreux. Cette situation a conduit le Gouvernement à réviser sa politique thérapeutique en optant en janvier 2004 pour l'association Artesunate-Amodiaquine ; malheureusement le coût de ce traitement n'est pas encore à la portée du Camerounais moyen.

La troisième Enquête Démographique et de Santé a été une occasion de collecter des données concernant essentiellement l'utilisation des moyens de prévention contre cette maladie. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

9.1 SITUATION DU PALUDISME ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN

La distribution géographique de la transmission du paludisme au Cameroun montre que la maladie est endémique pendant toute l'année sur une bonne partie du territoire, c'est-à-dire que la durée de transmission est estimée à 7-12 mois (voir carte). Quand la saison de transmission dure si longtemps, la prévalence de la maladie et le risque de la contracter reste élevé. Les exceptions à cette longue durée de transmission se trouvent dans les zones du nord où il est fortement saisonnier (durée de transmission estimée à 1-3 mois), et dans les régions montagneuses vers l'est du pays où il y a très peu ou pas de transmission.

Durée de transmission du paludisme



La politique gouvernementale pour la lutte contre le paludisme est retenue comme une priorité dans la stratégie sectorielle de santé. De ce fait, le financement des interventions en matière de lutte contre le paludisme est retenu dans le cadre de l'initiative PPTE. Pour faire face au lourd fardeau du paludisme, le Gouvernement a élaboré un plan stratégique national basé sur un consensus national de tous les partenaires impliqués, à savoir : le secteur privé, les agences de coopération bilatérale et multilatérale et les ONG, et cela, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce plan définit les orientations stratégiques suivantes : (i) le renforcement de la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ; (ii) la prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ; (iii) la promotion de la lutte contre le paludisme par le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement ; (iv) la surveillance épidémiologique par l'intégration du paludisme dans le système de surveillance intégré des maladies transmissibles, la création d'une banque de données, la création des sites sentinelles pour la surveillance de l'efficacité des antipaludéens, de la résistance des parasites aux insecticides, des épidémies et la réalisation d'autres enquêtes ciblées ; (v) le processus gestionnaire par l'élaboration des plans d'action de lutte contre le paludisme réalistes à tous les niveaux, la supervision, le suivi et évaluation des activités ; (vi) la formation et recherche opérationnelle ; (vii) le développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme par le renforcement du partenariat avec la communauté, entre formations sanitaires publiques et privées, de la collaboration intersectorielle, de la collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales et les opérateurs privés, et avec les partenaires

extérieurs ; et (viii) le renforcement des capacités institutionnelles par la décentralisation, la coordination, l'intégration, l'appui à la planification opérationnelle, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la mobilisation des ressources, l'amélioration de la gestion et la bonne gouvernance.

9.2 PRÉVENTION DU PALUDISME

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a défini les normes et standards des moustiquaires et des insecticides. La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides s'effectue par le biais de campagnes périodiques pour susciter la demande, avec l'aide de plusieurs partenaires. En ce qui concerne les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), le Gouvernement s'est engagé à distribuer gratuitement les moustiquaires imprégnées à ces populations. Cette opération a débuté en avril 2003 pour les femmes enceintes et a été lancée en 2005 pour les enfants de moins de cinq ans. D'autres partenaires tels que l'UNICEF, l'OMS, l'Aide Mondiale au Développement (AMD), l'ONG Plan et l'Association Camerounaise pour le Marketing Social au Cameroun (ACMS) assurent la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée en appui au programme gouvernemental.

9.2.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

La protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide constitue l'une des stratégies gouvernementales majeures de lutte contre le paludisme. Au cours de l'enquête, on a donc demandé à chaque ménage s'il possédait des moustiquaires utilisées pour dormir, le nombre de moustiquaires et depuis combien de temps il possédait ces moustiquaires. En outre, on leur a demandé si les moustiquaires avaient été imprégnées d'insecticide et, si oui, combien de temps s'était écoulé depuis que cette opération avait été effectuée pour la dernière fois.

Les résultats, présentés au tableau 9.1 et au graphique 9.1, montrent qu'au Cameroun, seulement un ménage sur cinq (20 %) possède au moins une moustiquaire.¹ La possession d'au moins une moustiquaire par les ménages varie sensiblement selon le milieu de résidence et les régions. À Yaoundé/Douala, près d'un tiers des ménages possèdent au moins une moustiquaire (31 %) contre seulement 19 % dans les Autres villes et 17 % en milieu rural. C'est dans la ville de Douala que cette proportion est la plus élevée (39 %) alors qu'elle n'atteint que 22 % à Yaoundé. Dans les régions, on note que l'Extrême-Nord (28 %) et l'Est (22 %) se caractérisent par des proportions sensiblement plus élevées que la moyenne nationale. Par contre, le Nord-Ouest et l'Ouest détiennent les proportions les plus faibles (10 % dans les deux cas).

Ces écarts entre les régions peuvent s'expliquer d'une part par la prévalence différentielle du paludisme sur l'ensemble du territoire et d'autre part par l'intervention des programmes spécifiques.

La prévalence différentielle sur l'ensemble du territoire : comme le montre la carte relative au faciès épidémiologique du paludisme au Cameroun, la transmission du paludisme n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire. À l'exception des régions de l'Ouest et du Nord-Ouest, régions de hautes terres, dans lesquelles les moustiques sont peu présents, les autres régions telles que le Centre, le Sud et l'Est (zone de forêt) ainsi que celles du Littoral et du Sud-Ouest (zone côtière) constituent des zones à transmission pérenne. Cela explique les faibles proportions de ménages possédant des moustiquaires dans les régions Nord-Ouest et Ouest (10 % dans les deux cas). La situation de la région de l'Adamaoua qui se caractérise par une proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire plus faible que la moyenne nationale (15% par rapport à 20 %) est due au fait qu'elle ne présente des risques élevés de

¹ La faible possession d'une moustiquaire pourrait être influencée par l'utilisation d'autres méthodes de prévention telles que l'insecticide, les grilles, les fumigènes, etc.

transmission du virus que dans le voisinage des barrages. L'Extrême-Nord, région dont la transmission est saisonnière, mais qui se caractérise par une proportion élevée de ménages possédant au moins une moustiquaire s'explique par la présence de fortes nuisances culicidiennes dans les zones de rizières fortement irriguées. La ville de Douala, en plus de sa situation côtière, est une zone de forte densité de population avec une forte menace de moustiques. La ville de Yaoundé, malgré sa forte densité de population, est relativement située en haute altitude (1 000 m environ) et présente un risque de transmission du virus relativement faible.

L'intervention des programmes spécifiques : le Programme National de Lutte contre le Paludisme a établi depuis plusieurs années les centres d'imprégnation des moustiquaires et a mené en 2003 de grandes campagnes de sensibilisation par l'intermédiaire des médias, sur l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII). Dans l'Extrême-Nord, plusieurs unités d'imprégnation communautaires des moustiquaires ont été créées et des campagnes d'imprégnations des moustiquaires ont été organisées avec l'appui du programme national et des autres partenaires au développement. Ces derniers interviennent aussi à l'Est avec la distribution communautaire des moustiquaires.

Tableau 9.1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire, pourcentage de ceux en possédant plus d'une, nombre moyen de moustiquaires par ménage, pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée et pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire qui a été imprégnée	Pourcentage de ménages ayant au moins une MII ¹	Effectif de ménages
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	30,7	14,5	0,5	4,4	3,1	1 976
Autres villes	19,3	7,5	0,3	2,1	1,2	3 398
Ensemble urbain	23,5	10,1	0,4	3,0	1,9	5 374
Rural	16,6	5,9	0,3	1,2	0,8	5 088
Région						
Adamaoua	14,8	5,2	0,2	0,8	0,8	457
Centre	19,4	6,4	0,3	1,2	0,4	838
Douala	38,6	21,1	0,7	4,7	3,2	1 045
Est	22,3	7,3	0,3	2,5	2,4	513
Extrême-Nord	27,5	12,6	0,5	1,9	1,2	1 763
Littoral	21,1	8,5	0,3	1,6	0,7	488
Nord	13,4	4,6	0,2	1,0	0,6	933
Nord-Ouest	9,5	1,9	0,1	3,1	1,6	1 192
Ouest	10,2	3,3	0,1	0,4	0,2	1 019
Sud	16,0	5,6	0,3	1,3	0,8	470
Sud-Ouest	18,6	6,5	0,3	1,1	0,9	812
Yaoundé	21,9	7,1	0,3	4,2	3,0	931
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	14,5	6,0	0,2	1,2	0,8	1 707
Second	19,0	6,7	0,3	1,5	1,0	2 258
Moyen	19,7	7,7	0,3	1,3	0,7	2 061
Quatrième	24,5	9,7	0,4	2,9	1,7	2 253
Le plus riche	21,8	9,6	0,4	3,5	2,5	2 183
Ensemble	20,2	8,0	0,3	2,1	1,4	10 462

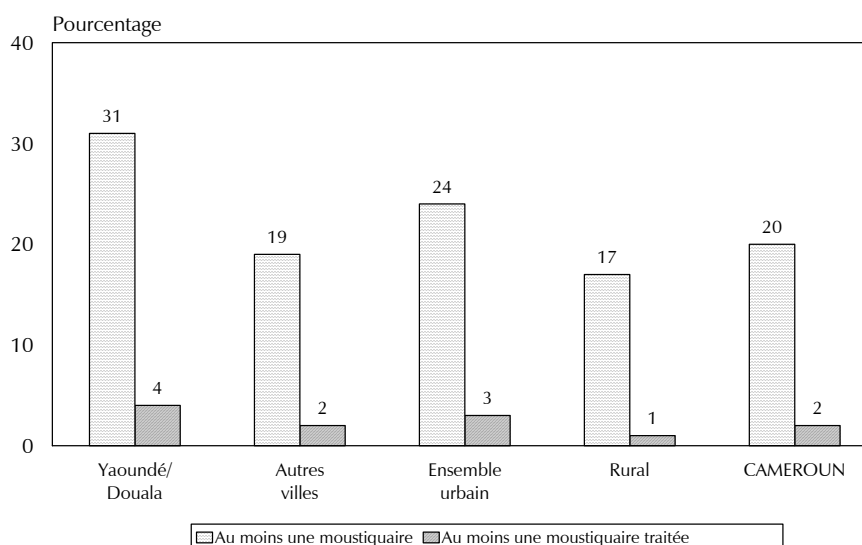
¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire imprégnée à vie permanente, soit une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de six mois, soit une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de six mois.

Par ailleurs, la situation écologique et environnementale impose parfois aux populations de rechercher des moyens de protection contre une agression de moustiques.

En outre, le niveau de vie des ménages est certainement un facteur explicatif important des variations de couverture en moustiquaires observées dans les différentes régions puisque les résultats montrent que la disponibilité d'au moins une moustiquaire dans les ménages varie de 22 % parmi les ménages les plus riches à seulement 15 % parmi les plus pauvres.

C'est également, en partie, la raison pour laquelle les villes de Douala et de Yaoundé qui sont les deux grandes métropoles du pays, où le pouvoir d'achat des populations est relativement élevé, détiennent des proportions élevées de ménages possédant au moins une moustiquaire.

Graphique 9.1 Possession de moustiquaires par les ménages



EDSC-III 2004

Le tableau 9.1 présente également la proportion de ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire imprégnée, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide à un moment quelconque, et la proportion de ceux qui possèdent une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide, c'est-à-dire soit une moustiquaire imprégnée à vie, soit une moustiquaire obtenue imprégnée il y a moins de six mois ou enfin une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 6 mois. Pour les moustiquaires imprégnées à un moment quelconque, les résultats indiquent que seulement 2 % des ménages ont déclaré en posséder une. Cette proportion reste faible, quel que soit le milieu de résidence, la région ou le niveau de vie du ménage. Cependant, il faut souligner qu'à Yaoundé/Douala (4 %) et dans les ménages les plus riches (4 %), cette proportion est deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Par ailleurs, la possession d'une MII par les ménages est rare (1 %). Ce sont surtout les ménages de Yaoundé/Douala (3 %) et les ménages les plus riches (3 %) qui en possèdent au moins une.

9.2.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans, l'ensemble des femmes et les femmes enceintes

Aux ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, ainsi que pour deux groupes de population particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (tableaux 9.2 et 9.3).

Le tableau 9.2 et le graphique 9.2 présentent la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, en fonction de la catégorie de moustiquaire et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On constate d'une manière générale, qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (12 %). L'utilisation de la moustiquaire diminue au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente : de 16 % à moins de 12 mois, la proportion passe à 8 % à 48-59 mois. Pour ce qui est du milieu de résidence, on constate un écart très net entre le milieu rural (7 %), les autres villes (12 %) et Yaoundé/Douala (29 %). En particulier cette proportion est plus élevée à Douala où 38 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire contre 18 % à Yaoundé. Dans les régions du Littoral (17 %), du Sud-Ouest et l'Est (15 % dans chaque cas), on note que l'utilisation de la moustiquaire pour protéger les enfants est plus répandue qu'ailleurs. On a vu précédemment que, dans ces régions, le risque de transmission est aussi plus élevé qu'ailleurs. À l'opposé, dans le Nord, cette proportion n'est que de 3 %. Par ailleurs, selon le niveau de vie de vie du ménage, la proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire augmente de manière significative : elle passe de 4 % chez les enfants des ménages les plus pauvres à 18 % chez ceux des ménages les plus riches.

La proportion d'enfants de moins de cinq ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée ou une MII est très faible (environ 1 % dans les deux cas). À l'exception de Douala et Yaoundé, du Nord-Ouest et des ménages les plus riches, les proportions sont négligeables partout ailleurs.

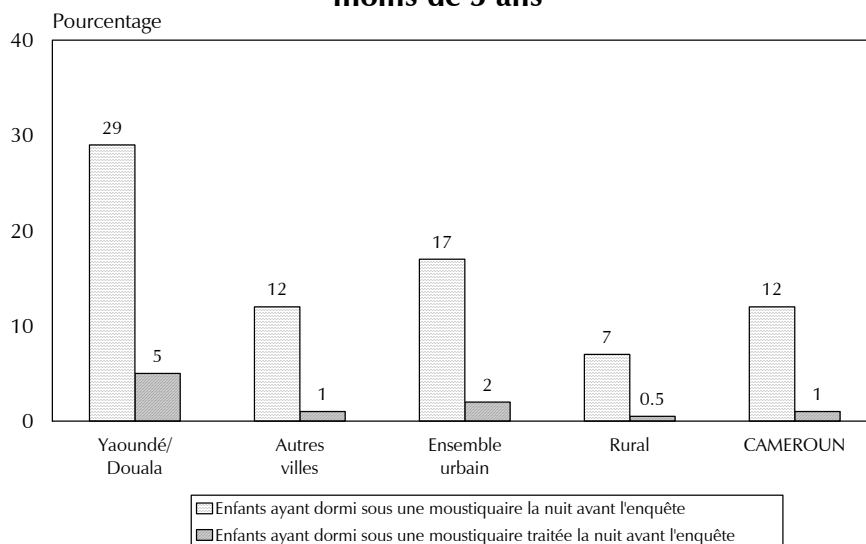
Tableau 9.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages qui ont dormi sous une moustiquaire (traitée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête et pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire déjà imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectifs d'enfants de moins de 5 ans
Âge en mois				
< 12	15,6	1,7	1,1	1 693
12-23	12,9	1,6	1,2	1 676
24-35	10,4	0,7	0,7	1 569
36-47	10,2	1,6	1,1	1 581
48-59	8,1	0,8	0,4	1 641
Sexe				
Masculin	11,3	1,3	0,9	4 095
Féminin	11,6	1,3	0,9	4 064
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	28,5	4,5	3,4	1 086
Autres villes	12,4	1,3	0,7	2 471
Ensemble urbain	17,3	2,3	1,6	3 558
Rural	6,9	0,5	0,4	4 602
Région				
Adamaoua	10,6	0,5	0,5	348
Centre	11,1	0,6	0,3	714
Douala	37,6	4,6	3,4	579
Est	14,6	0,8	0,8	433
Extrême-Nord	6,7	0,5	0,5	1 780
Littoral	17,1	0,6	0,2	308
Nord	3,0	0,4	0,3	898
Nord-Ouest	7,3	2,9	1,3	855
Ouest	9,0	0,0	0,0	967
Sud	9,8	0,9	0,9	313
Sud-Ouest	14,8	1,0	0,5	458
Yaoundé	18,1	4,5	3,4	508
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	3,9	0,5	0,3	1 969
Second	9,4	0,8	0,6	1 721
Moyen	11,8	0,7	0,4	1 738
Quatrième	18,2	2,3	1,6	1 479
Le plus riche	17,8	2,9	2,1	1 253
Ensemble ¹	11,5	1,3	0,9	8 160

¹ L'ensemble inclut un cas dont le sexe est non-déterminé.

Graphique 9.2 Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans



EDSC-III 2004

Le tableau 9.3 présente les mêmes résultats pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et pour les femmes enceintes selon la catégorie de moustiquaire utilisée. On constate que 12 % des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Cette proportion est plus faible en milieu rural (8 %) qu'en milieu urbain (15 %). C'est une fois de plus à Douala (30 %) que cette proportion est la plus élevée. Les résultats selon le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage font apparaître des écarts importants. En effet, l'utilisation de moustiquaires est beaucoup plus répandue chez les femmes instruites et chez celles des ménages aisés. Concernant la proportion de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée, on constate, comme pour les enfants, qu'elle est très faible (1 %), et cela, quelle que soit la caractéristique socio-démographique. L'utilisation de la MII par l'ensemble des femmes est encore plus faible (moins d'un pour cent). C'est là l'un des défis majeurs que doit relever le Programme National de Lutte contre le Paludisme.

Les résultats concernant les femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire quel que soit le type de moustiquaire ne sont guère différents de ceux de l'ensemble des femmes. Au Cameroun, il apparaît que les femmes enceintes, plus vulnérables à l'infection, n'utilisent pas plus fréquemment de moustiquaires pour se protéger contre le paludisme que l'ensemble des femmes (12 % dans les deux cas). Par ailleurs, les variations chez les femmes enceintes par milieu de résidence ou par région suivent les mêmes tendances que celles décrites pour l'ensemble des femmes.

Tableau 9.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Pourcentage de toutes les femmes et des femmes enceintes, (dans les ménages), âgées de 15-49 ans, qui ont dormi sous une moustiquaire, (traitée ou non) et pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Ensemble des femmes				Femmes enceintes			
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectif	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire traitée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Effectif
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	21,7	2,9	1,9	2 443	22,6	3,1	3,1	147
Autres villes	10,2	1,3	0,9	3 827	12,1	3,4	2,9	310
Ensemble urbain	14,7	1,9	1,3	6 271	15,4	3,3	3,0	458
Rural	7,9	0,5	0,3	5 184	10,2	0,3	0,1	605
Région								
Adamaoua	9,7	0,5	0,5	446	13,5	1,0	1,0	53
Centre	13,7	0,4	0,3	916	13,6	0,0	0,0	75
Douala	30,3	3,4	2,5	1 283	33,3	4,3	4,3	80
Est	15,3	1,4	1,4	545	13,1	3,0	3,0	48
Extrême-Nord	6,5	0,5	0,4	1 849	10,4	0,7	0,7	267
Littoral	15,4	1,0	0,7	518	19,0	0,0	0,0	30
Nord	2,7	0,1	0,0	1 049	5,0	0,0	0,0	144
Nord-Ouest	7,0	2,6	1,4	1 174	14,8	7,4	4,0	80
Ouest	6,8	0,2	0,2	1 226	9,6	1,1	1,1	114
Sud	9,6	0,6	0,6	471	6,5	0,0	0,0	35
Sud-Ouest	13,5	0,9	0,8	817	14,0	1,8	1,8	67
Yaoundé	12,2	2,3	1,1	1 160	9,7	1,6	1,6	67
Niveau d'instruction								
Aucun	7,6	0,7	0,6	2 461	13,6	1,6	1,6	331
Primaire	11,3	1,2	0,7	4 524	10,6	1,7	1,4	395
Secondaire ou plus	14,2	1,6	1,1	4 469	13,5	1,5	1,0	337
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	4,6	0,5	0,4	2 131	5,5	0,0	0,0	264
Second	9,2	0,8	0,6	1 907	12,9	0,6	0,6	251
Moyen	12,1	0,7	0,5	2 197	12,6	1,0	1,0	190
Quatrième	17,6	1,9	1,1	2 475	19,9	4,6	3,1	189
Le plus riche	13,2	2,0	1,4	2 744	14,2	2,9	2,9	169
Ensemble	11,6	1,2	0,8	11 454	12,4	1,6	1,3	1 063

9.2.3 Chimioprévention chez la femme enceinte

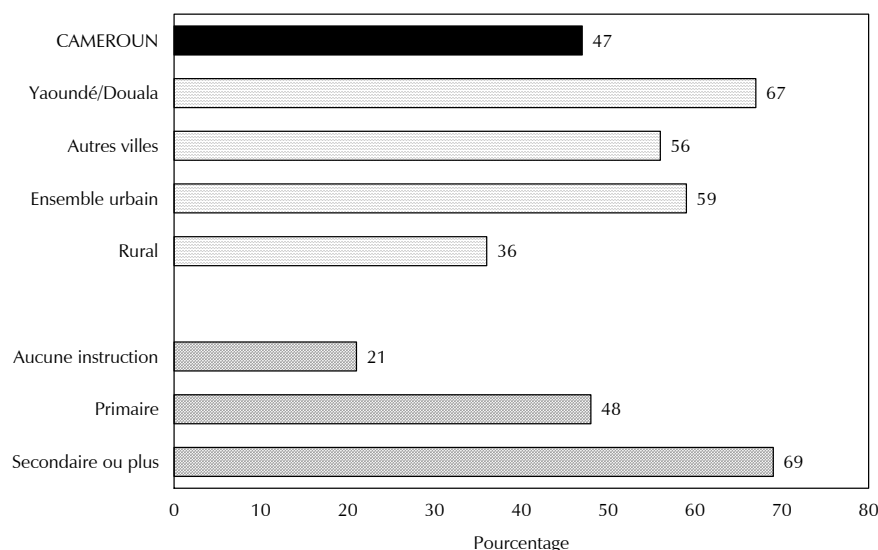
En mai 2002, le Cameroun a adopté une nouvelle politique de chimioprévention pour les femmes enceintes. Cette chimioprévention est passée de la Chloroquine en chimio prophylaxie hebdomadaire à l'Amodiaquine en traitement préventif intermittent tous les trimestres. En janvier 2004, lors du dernier atelier national sur le traitement du paludisme, l'Amodiaquine a été remplacée par la SP Fansidar pour le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, avec une restriction, à savoir, que ce nouveau protocole n'est pas applicable à la femme enceinte au premier trimestre de la grossesse.

Lors de l'EDSC-III, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années plusieurs questions pour savoir si elles avaient pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse et quel type d'antipaludéens elles avaient pris.

Au tableau 9.4 et au graphique 9.3, on relève que 47 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. On note des écarts importants selon le milieu de résidence et les régions. À Yaoundé/Douala, les deux tiers des femmes (67 %) ont suivi un traitement préventif contre 56 % dans les Autres villes et 36 % en milieu rural. Dans les régions, le Sud (74 %) détient avec le Centre (71 %) la proportion la plus élevée de femmes ayant pris des antipaludéens à titre préventif pendant la dernière grossesse. Dans le Nord et l'Adamaoua (32 % dans chaque cas) et surtout dans l'Extrême-Nord (17 %), cette proportion est nettement plus faible. On remarque également que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (69 %) ont eu beaucoup plus recours aux antipaludéens pour se protéger du paludisme au cours de leur dernière grossesse que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (48 %) et que celles sans niveau d'instruction (21 %). En outre, cette proportion est de 68 % pour les femmes des ménages les plus riches contre 24 % pour celles des ménages les plus pauvres.

Tableau 9.4 Utilisation de traitement préventif au cours de la grossesse							
Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles qui ont pris des antipaludéens pour prévenir le paludisme au cours de la dernière grossesse, et parmi ces dernières, pourcentage qui ont pris certains antipaludéens, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004							
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de femmes enceintes ayant pris des antipaludéens préventifs au cours de la grossesse	Effectif des dernières naissances au cours des cinq années précédant l'enquête	Femmes qui ont pris des antipaludéens				
			Pourcentage de femmes qui ont pris de l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin	Pourcentage de femmes qui ont pris du SP Fansidar/Maloxine	Pourcentage de femmes qui ont pris de la chloroquine/Nivaquine	Pourcentage de femmes qui ont pris de la quinine/Quinimax	Effectif de femmes ayant pris des antipaludéens
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	66,6	816	10,0	4,1	53,2	33,1	543
Autres villes	55,9	1 635	6,7	1,5	55,3	33,5	913
Ensemble urbain	59,4	2 451	7,9	2,5	54,5	33,4	1 457
Rural	35,6	2 852	5,7	0,8	55,2	34,5	1 016
Région							
Adamaoua	32,1	215	13,8	1,5	46,9	28,7	69
Centre	70,5	434	6,9	0,5	58,7	39,3	306
Douala	60,7	417	9,3	3,3	53,0	35,8	253
Est	52,5	287	12,0	1,0	54,4	36,0	150
Extrême-Nord	17,0	1 100	2,7	0,0	62,9	27,7	187
Littoral	57,6	196	11,9	1,0	36,6	51,6	113
Nord	31,8	564	0,0	1,2	69,0	31,5	179
Nord-Ouest	46,7	521	6,2	2,8	48,4	27,2	243
Ouest	59,0	610	3,9	0,8	68,6	25,3	360
Sud	73,6	219	7,1	0,8	25,0	68,2	162
Sud-Ouest	46,9	341	7,3	2,0	52,6	18,2	160
Yaoundé	72,6	399	10,5	4,9	53,4	30,8	290
Niveau d'instruction							
Aucun	20,5	1 486	2,5	1,1	56,7	30,9	305
Primaire	48,1	2 212	5,6	0,9	57,5	31,9	1 064
Secondaire ou plus	68,7	1 605	9,6	2,8	51,6	36,6	1 103
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	24,1	1 260	2,6	0,4	57,7	27,9	303
Second	34,8	1 037	3,9	0,8	58,9	32,4	361
Moyen	51,3	1 082	8,1	0,9	54,2	34,8	556
Quatrième	62,1	1 021	7,3	1,9	53,0	36,4	634
Le plus riche	68,4	904	9,7	3,6	53,4	34,1	618
Rang de naissance							
2-3	47,8	1 381	8,3	0,7	57,2	30,7	660
4-6	43,8	1 735	4,6	0,9	57,0	35,0	760
Durée depuis la naissance							
< 1 année	43,3	1 609	11,6	1,3	49,1	35,3	696
1 année	46,5	1 564	6,3	1,9	56,7	32,4	728
2 années	49,1	1 057	3,4	1,2	59,8	32,8	519
3 années	49,6	631	4,3	1,9	56,8	35,1	313
4 années	48,8	442	7,5	4,2	51,7	34,9	216
Ensemble	46,6	5 303	7,0	1,8	54,8	33,9	2 472

Graphique 9.3 Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse



EDSC-III 2004

À la question concernant le type d'antipaludéens qu'elles avaient pris au cours de la dernière grossesse, plus de la moitié des femmes ayant pris des antipaludéens ont déclaré avoir pris de la chloroquine/Nivaquine (55 %). En outre, dans plus d'un tiers des cas (34 %), les femmes se sont protégées contre le paludisme en prenant de la quinine/Quinimax. Moins d'une femme sur dix (7 %) a pris de l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin et enfin, une faible proportion (2 %) a utilisé la SP Fansidar/Maloxine.

Les résultats par type d'antipaludiques montrent que, quelle que soit la caractéristique socio-démographique, au moins la moitié des femmes ont pris de la chloroquine/Nivaquine au cours de leur dernière grossesse. Seules les régions du Littoral (37 %) et du Sud (25 %) se distinguent par des proportions beaucoup plus faibles. La quinine/Quinimax dont l'utilisation est moins répandue a été prise par environ un tiers des femmes au cours de leur dernière grossesse, quelle que soit la catégorie de femmes. Dans le Sud-Ouest, l'utilisation de la quinine/Quinimax est nettement moins répandue qu'ailleurs (18 %). En ce qui concerne l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin, on constate que leur utilisation est plus répandue à Yaoundé/Douala (10 %), dans l'Adamaoua (14 %), l'Est (12 %) et le Littoral (12 %) que partout ailleurs. La politique nationale en matière de traitement préventif intermittent n'est que très peu suivie sur le terrain, ce qui impose des campagnes d'information du public, des ateliers de formation de personnel soignant et des supervisions effectives sur le terrain.

9.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

En 2002, le Cameroun a adopté une politique thérapeutique transitoire de traitement du paludisme simple. Cette thérapie prescrivait l'utilisation de la chloroquine en première intention, et l'utilisation de l'Amodiaquine et la SP Fansidar en deuxième intention. En janvier 2004, une nouvelle politique thérapeutique a été adoptée : l'Amodiaquine a été remplacée par la combinaison Artesunate-Amodiaquine pour le traitement du paludisme simple. Quant à la quinine, elle n'est indiquée que pour les cas de paludisme grave tant chez l'enfant, que chez l'adulte et que chez la femme enceinte.

Au cours de l'EDSC-III, en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludéen chez les femmes enceintes, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans le cas d'une réponse positive, une série de questions sur le traitement de la fièvre ont été posées : ces questions portaient sur le recours éventuel à des médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement a été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés aux tableaux 9.5 et 9.6.

On constate au tableau 9.5 que, parmi les enfants de moins de cinq ans, près d'un quart ont eu de la fièvre et/ou des convulsions au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête (24 %).

Tableau 9.5 Prévalence et traitement précoce de la fièvre					
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé, l'enquête, et parmi ces enfants, pourcentage de ceux qui ont pris des antipaludéens et types de médicaments antipaludéens pris, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004					
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre/convulsions	Effectif d'enfants	Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		
			Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen le même jour/ jour suivant	Effectif d'enfants avec fièvre
Âge en mois					
< 6	16,0	800	36,1	28,6	128
6-11	31,7	761	50,9	36,0	241
12-23	32,1	1 546	54,4	37,6	496
24-35	23,8	1 384	55,0	40,4	329
36-47	18,7	1 394	54,4	42,4	261
48-59	19,3	1 389	56,9	49,3	268
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	24,9	1 018	58,1	47,4	253
Autres villes	24,4	2 227	59,2	45,7	544
Ensemble urbain	24,6	3 244	58,9	46,3	797
Rural	23,0	4 029	48,0	34,2	926
Région					
Adamaoua	15,9	306	32,5	12,9	49
Centre	31,4	595	64,8	54,6	187
Douala	24,3	542	58,9	50,0	132
Est	27,8	398	48,2	37,3	111
Extrême-Nord	21,5	1 589	32,2	23,1	342
Littoral	30,8	264	68,9	49,3	81
Nord	8,7	828	24,2	21,6	72
Nord-Ouest	22,9	714	57,6	33,7	163
Ouest	22,9	862	66,4	47,4	197
Sud	41,6	277	72,3	62,5	115
Sud-Ouest	36,4	422	55,6	39,9	154
Yaoundé	25,4	476	57,3	44,7	121
Niveau d'instruction					
Aucun	16,8	2 138	28,4	20,1	359
Primaire	26,0	3 072	54,1	38,9	797
Secondaire ou plus	27,5	2 063	67,2	53,5	567
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	19,1	1 813	41,5	27,0	347
Second	24,4	1 476	46,1	32,3	359
Moyen	24,9	1 505	56,9	43,4	374
Quatrième	27,1	1 343	60,6	49,5	364
Le plus riche	24,5	1 136	61,4	47,8	278
Ensemble	23,7	7 273	53,1	39,8	1 723

Les résultats selon l'âge mettent en évidence une prévalence de la fièvre plus élevée chez les enfants de 6-23 mois (32 % en moyenne) que parmi ceux de 24 à 59 mois (21 % en moyenne). Par contre, l'analyse par milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écart significatif. Dans les régions, on note des variations importantes : avec 42 % d'enfants ayant eu de la fièvre, le Sud détient la prévalence la plus élevée, suivi du Sud-Ouest (36 %), du Littoral (31 %) et du Centre (31 %). À l'opposé, dans le Nord, seulement 9 % des enfants ont eu la fièvre et, dans l'Adamaoua, cette proportion est de 16 %. Par ailleurs, la prévalence de la fièvre est plus élevée chez les enfants dont la mère a fréquenté l'école (28 %) que chez ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (17 %). Ce résultat s'explique peut-être par le fait que les femmes instruites déclarent plus fréquemment un état fébrile que les femmes non instruites.

Parmi l'ensemble des enfants ayant eu de la fièvre, 53 % ont été traités avec des antipaludéens et les deux cinquièmes (40 %) ont pris des antipaludéens de manière précoce, c'est-à-dire soit le jour où la fièvre est apparue, soit le jour suivant.

Le traitement par des antipaludéens ne présente pas d'écart important selon l'âge de l'enfant, exception faite des enfants de moins de six mois (29 %) qui sont traités moins fréquemment que ceux de six mois ou plus (41 % en moyenne).

Bien que les résultats n'aient pas fait apparaître d'écarts de prévalence de la fièvre selon le milieu de résidence, on constate que la proportion d'enfants traités est plus élevée en milieu urbain (59 %) qu'en milieu rural (48 %). Il en est de même pour l'administration précoce d'un traitement (46 % contre 34 %). Dans les régions caractérisées par une prévalence élevée de la fièvre, on constate que la proportion d'enfants traités de manière rapide est également élevée : 63 % au Sud, 55 % au Centre et 49 % au Littoral. Enfin, on remarque que les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et ceux des trois quintiles les plus riches sont ceux qui ont bénéficié le plus fréquemment d'un traitement antipaludéen et d'un traitement précoce.

Le tableau 9.6 présente, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre, les proportions de ceux qui ont pris différents types d'antipaludéens et les proportions de ceux qui les ont pris rapidement après l'apparition de la fièvre.

On note que près d'un quart des enfants ayant eu de la fièvre ont été traités à la quinine (23 %), et 18 % le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. C'est dans les régions où la prévalence de la fièvre est la plus importante que les proportions d'enfants traités à la quinine sont aussi les plus élevées. En effet, cette proportion est particulièrement élevée au Sud (47 %), au Centre (30 %) et au Littoral (27 %). Par contre, dans la région Sud-Ouest où la prévalence de la fièvre est aussi très élevée, la Chloroquine est le médicament le plus fréquemment administré (30 %), alors qu'au niveau national, la proportion est de 20 %.

Un peu plus d'un enfant sur dix (12 %) a été traité avec de l'Amodiaquine et 9 % l'ont reçu rapidement. Enfin, on constate que la proportion d'enfants traités à la SP Fansidar est négligeable (moins d'un pour cent) quelle que soit la catégorie d'enfants. Une fois de plus, on peut constater que l'ensemble des procédés concernant le traitement des cas de paludisme n'est que très peu observé par les ménages au Cameroun. La chloroquine, retirée de l'arsenal thérapeutique du praticien camerounais depuis 2002 en raison de son inefficacité, est encore largement utilisée.

Tableau 9.6 Différents antipaludéens et prise précoce

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris certains antipaludéens le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage qui ont pris de la SP Fansidar	Pourcentage qui ont pris de la SP Fansidar le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de la chloroquine	Pourcentage qui ont pris de la chloroquine le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de l'Amodiaquine	Pourcentage qui ont pris de l'Amodiaquine le même jour/jour suivant	Pourcentage qui ont pris de la quinine	Pourcentage qui ont pris de la quinine le même jour/jour suivant	Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre
Âge en mois									
< 6	0,9	0,9	13,0	10,9	16,7	11,2	7,4	6,2	128
6-11	0,0	0,0	18,6	12,0	18,1	12,5	17,1	13,0	241
12-23	0,8	0,6	20,6	13,6	13,5	8,9	23,0	16,4	496
24-35	0,6	0,0	20,6	14,9	9,0	5,6	25,9	20,1	329
36-47	0,2	0,0	18,1	12,4	14,4	10,8	24,7	19,9	261
48-59	2,3	1,8	23,0	19,7	4,8	4,1	28,6	24,5	268
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	0,5	0,5	16,3	13,0	22,3	15,3	23,3	20,5	253
Autres villes	0,8	0,5	17,8	12,8	16,6	12,1	25,7	20,5	544
Ensemble urbain	0,7	0,5	17,3	12,9	18,4	13,1	24,9	20,5	797
Rural	0,9	0,6	21,9	15,3	7,1	4,5	20,8	15,3	926
Région									
Adamaoua	1,1	0,0	13,1	3,2	6,3	4,2	12,0	5,5	49
Centre	0,0	0,0	21,9	17,4	17,6	10,6	33,4	30,1	187
Douala	0,0	0,0	18,8	16,1	20,5	16,1	23,2	19,6	132
Est	0,6	0,0	21,7	15,2	10,0	8,4	18,1	13,7	111
Extrême-Nord	0,0	0,0	20,3	15,7	0,6	0,6	11,3	6,8	342
Littoral	1,6	1,6	13,1	9,4	17,0	11,8	37,2	26,5	81
Nord	0,0	0,0	6,6	6,6	3,1	3,1	15,8	13,2	72
Nord-Ouest	3,4	2,7	24,9	11,0	9,4	5,5	23,4	15,8	163
Ouest	1,5	0,0	23,5	16,6	21,5	16,2	21,0	14,6	197
Sud	0,0	0,0	8,7	7,8	12,2	8,5	53,0	47,3	115
Sud-Ouest	1,3	1,3	30,3	22,4	12,3	7,9	15,1	9,9	154
Yaoundé	1,0	1,0	13,6	9,7	24,3	14,6	23,3	21,4	121
Niveau d'instruction									
Aucun	0,3	0,3	18,1	12,7	0,7	0,5	9,6	6,8	359
Primaire	1,1	0,5	22,5	15,4	10,8	7,3	22,4	16,7	797
Secondaire ou plus	0,8	0,6	17,0	13,3	21,8	15,2	31,4	26,0	567
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,5	0,3	25,4	16,8	3,5	1,8	12,7	8,0	347
Second	1,2	0,6	19,3	12,5	6,0	3,1	22,7	16,5	359
Moyen	1,2	0,5	18,9	14,6	15,1	10,9	26,1	20,3	374
Quatrième	0,7	0,7	19,1	14,7	15,3	11,7	26,6	22,5	364
Le plus riche	0,4	0,4	15,5	11,5	23,8	16,3	25,6	21,2	278
Ensemble	0,8	0,5	19,8	14,2	12,3	8,5	22,7	17,7	1 723

Daniel SIBETCHEU, Marie Antoinette FOMO, Paul Roger LIBITE et Eric JAZET

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Cameroun. Comme c'est le cas dans les pays en voie de développement, elle affecte surtout les groupes vulnérables que sont les enfants de 0-5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Elle est la résultante d'une alimentation inadéquate due à des pratiques alimentaires inappropriées¹ et à la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans les conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective déficientes.

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données sur l'alimentation des enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête et leur état nutritionnel et celui des femmes. Il s'articule autour de trois parties : la première partie est consacrée aux pratiques de l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément ; la deuxième partie traite des carences en micronutriments (iode, vitamine A) et la prévalence de l'anémie ; et enfin, la troisième partie porte sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes évalué à partir des mesures anthropométriques (poids et taille).

10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques alimentaires constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour influence leur morbidité et leur mortalité. Parmi les pratiques alimentaires, celles relatives à l'allaitement maternel revêtent une importance particulière au cours des deux premières années de la vie.

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue à bien des égards un aliment irremplaçable pour le nouveau-né. En effet, le lait maternel de par ses propriétés (stérile, riche en anticorps et en éléments nutritifs nécessaire à la croissance et au développement harmonieux du nourrisson) prévient la sous-alimentation et les maladies infectieuses et particulièrement la diarrhée. De même, l'allaitement maternel à la demande et prolongé favorise l'augmentation de la durée de l'aménorrhée post-partum. Cela peut avoir un effet favorable sur la fécondité et l'état de santé de la mère et sur la croissance et le développement de l'enfant grâce à son influence sur l'intervalle intergénéral.

Compte tenu de l'importance de l'allaitement maternel dans l'alimentation du nourrisson, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête. Des précisions ont ainsi été obtenues sur le début de la première mise au sein après la naissance, la durée de l'allaitement maternel et sa fréquence, l'âge de l'introduction de l'aliment de complément, les différents types d'aliments de complément donné et le nombre de fois d'administration. Des questions ont été aussi posées aux mères sur l'utilisation du biberon.

Début de l'allaitement maternel

Le tableau 10.1 présente d'une part les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq dernières années et qui ont été allaités et d'autre part, parmi ces enfants allaités, les pourcentages de ceux qui ont

¹ Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de l'introduction de ces aliments dans leur alimentation.

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage allaité au sein	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure suivant la naissance	Pourcent allaité le jour suivant la naissance ¹	Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement ²	Effectif d'enfants allaités
Sexe						
Masculin	93,4	4 038	31,9	58,8	62,2	3 771
Féminin	93,9	4 060	32,0	60,4	62,2	3 810
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	85,0	1 104	44,2	80,1	51,6	938
Autres villes	93,4	2 447	33,5	64,3	57,1	2 285
Ensemble urbain	90,8	3 550	36,6	68,9	55,5	3 222
Rural	95,9	4 547	28,4	52,8	67,1	4 358
Région						
Adamaoua	98,7	337	26,1	47,3	86,6	333
Centre	97,4	657	30,8	60,1	63,0	640
Douala	90,8	576	44,4	81,5	53,6	523
Est	95,8	450	32,1	48,8	51,3	432
Extrême-Nord	91,2	1 787	40,0	57,3	83,4	1 629
Littoral	94,7	291	32,4	64,6	59,2	275
Nord	96,1	954	5,8	14,0	97,3	917
Nord-Ouest	97,2	769	38,2	85,7	13,3	747
Ouest	96,0	956	24,4	64,0	40,5	918
Sud	89,7	313	37,1	64,5	66,1	281
Sud-Ouest	98,1	480	37,4	78,4	52,3	471
Yaoundé	78,6	527	43,9	78,2	49,0	415
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	94,4	2 397	27,9	42,6	84,5	2 264
Primaire	94,8	3 462	31,9	63,7	53,9	3 282
Secondaire ou plus	91,0	2 238	36,5	72,1	50,7	2 035
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de la santé ³	93,0	5 002	35,3	70,4	49,7	4 651
Accoucheuse traditionnelle	95,9	963	29,1	48,2	82,4	924
Autre	94,8	1 665	20,8	36,3	81,9	1 578
Personne	91,1	435	44,9	55,6	85,8	396
Lieu d'accouchement						
Centre de santé	93,0	4 778	35,5	70,8	49,3	4 445
A domicile	94,5	3 237	27,2	44,0	81,2	3 059
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	94,8	2 058	24,1	44,7	76,4	1 951
Second	94,8	1 648	31,6	54,4	64,0	1 563
Moyen	95,7	1 681	29,9	61,6	55,9	1 608
Quatrième	93,9	1 489	38,0	70,8	53,2	1 398
Le plus riche	86,9	1 221	41,7	77,3	54,7	1 061
Ensemble ⁴	93,6	8 097	31,9	59,6	62,2	7 581

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq ans ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

¹ Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

² Les enfants ayant reçu quelque chose autre que le lait maternel au cours des premiers trois jours avant que la mère commence à allaiter de manière régulière.

³ Médecin, infirmière/sage-femme, sage-femme auxiliaire.

⁴ L'ensemble inclut : 32 cas d'assistance à l'accouchement non déterminés ; 37 cas de lieu d'accouchement non déterminés et 46 cas pour lesquels le lieu d'accouchement est « Autre ».

été allaités dans l'heure ou le jour qui a suivi la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Il en ressort que la presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (94 %) ont été allaités. Cette proportion est de 96 % en milieu rural et de 91 % en milieu urbain. Elle est encore plus faible à Yaoundé/Douala (85 %). C'est dans l'Adamaoua que les enfants sont le plus allaités (99 %) et ils le sont le moins dans le Sud (90 %). La pratique de l'allaitement maternel est presque uniforme quelles que soient les caractéristiques de la mère et de plus, on constate que la proportion d'enfants allaités n'a pas beaucoup évolué depuis l'EDSC-II (97 %).

Bien que l'allaitement maternel soit généralisé, on constate cependant qu'au Cameroun, seulement 32 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois dans l'heure qui a suivi la naissance et que, globalement, 60 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois au cours des 24 heures suivant la naissance. Cette pratique pourrait s'expliquer par le rejet du colostrum après l'accouchement qui est encore courante dans certaines régions du Cameroun. Sur le plan nutritionnel, ce comportement des mères peut s'avérer néfaste pour l'enfant. Le rejet du colostrum prive ainsi le nouveau-né des anticorps de la mère et de la vitamine A essentiels pour la prévention des infections. En effet, c'est lors des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère, et qui sont essentiels pour lui éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les 24 heures qui suivent la naissance, il reçoit, à la place du lait maternel, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Le début de la première mise au sein varie avec les caractéristiques sociodémographiques des mères. En milieu rural, 28 % des enfants sont mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement, contre 37 % en milieu urbain. Cette différence pourrait s'expliquer par la prédominance de l'influence des traditions favorables au rejet du colostrum en milieu rural. Au niveau régional, c'est dans la province du Nord (6 %) que la proportion des enfants mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement est la plus basse suivi de la province de l'Ouest (24 %).

Néanmoins, 60 % des enfants ont été mis au sein dans les 24 heures après l'accouchement. Ils sont 53 % en milieu rural contre 69 % en milieu urbain, avec 80 % à Yaoundé/Douala. Cette proportion reste très faible dans le Nord (14 %) et est plus élevée dans le Nord-Ouest (86 %).

Comme conséquence des comportements des mères au Cameroun, 62 % d'enfants ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement maternel, dont 56 % en milieu urbain et 67 % en milieu rural. Dans le Nord (97 %), la proportion d'enfants ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement maternel est très élevée surtout par rapport à celle du Nord-Ouest (13 %). Ceci s'expliquerait par le fait que lorsque l'enfant est mis au sein tardivement, il reçoit d'autres aliments en attendant le lait maternel. C'est ce qui s'observe dans le Nord où 86 % des enfants ont été mis au sein plus de 24 heures après la naissance pendant que 97 % d'entre eux reçoivent des aliments avant le début de l'allaitement maternel. L'introduction précoce des aliments de complément met le nouveau-né à risque d'infection et particulièrement de diarrhée, si l'aliment ou le liquide donné est souillé.

Le niveau d'instruction de la mère influence significativement les pratiques d'allaitement maternel. En effet, bien que les enfants des mères non instruites soient proportionnellement les plus fréquemment allaités (94 %), ils sont par contre les moins nombreux à être mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement (28 %) et même dans les 24 heures après l'accouchement (43 %). Ces enfants sont par conséquent, proportionnellement plus nombreux à recevoir des aliments avant le début de l'allaitement maternel (85 %). Par contre, les enfants des mères de niveau d'instruction secondaire ou plus sont ceux qui sont les moins allaités (91 %). Mais ils sont proportionnellement plus nombreux à être mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement (37 %) et dans les 24 heures après l'accouchement (72 %). Ils sont alors proportionnellement les moins nombreux à recevoir des aliments avant le début de l'allaitement maternel (51 %).

L'assistance à l'accouchement et le lieu où celui-ci s'est déroulé semblent avoir une influence sur le début de l'allaitement. En effet, plus d'un enfant sur trois (35 %) ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance quand la mère a accouché avec l'assistance d'un professionnel de santé, contre 29 % avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle et (21 %) pour les autres. La même tendance est observée pour la mise au sein dans les 24 heures qui ont suivi la naissance, soit 70 % avec l'assistance d'un professionnel de santé et 48 % avec celle d'une accoucheuse traditionnelle. Par ailleurs, 36 % des enfants nés dans un centre de santé ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance. Quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 27 %. Globalement, 81 % des enfants nés à domicile reçoivent des aliments avant le début de l'allaitement maternel contre 49 % pour ceux nés dans un centre de santé.

Le niveau socio-économique des ménages a une influence sur le début de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. En effet, moins d'un quart (24 %) de nourrissons issues des ménages les plus pauvres a été allaité dans l'heure qui a suivi la naissance contre 42 % de ceux des ménages les plus riches. C'est dans les ménages pauvres (76 %) que les nourrissons reçoivent le plus fréquemment les aliments avant le début de l'allaitement ; ils en reçoivent moins dans les ménages riches (55 %).

Allaitement exclusif et introduction de l'alimentation de complément

De la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, le lait maternel seul suffit pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. À cet effet, l'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois, ce qui rejoint les préoccupations nationales en la matière. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel. Par contre, à partir de six mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. Il est alors fortement recommandé que l'allaitement au sein soit complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins alimentaires de l'enfant pour lui permettre la meilleure croissance possible.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24 heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées que sur les enfants derniers-nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans, dans la mesure où pratiquement tous les enfants sont sevrés au-delà de cet âge.

On constate au tableau 10.2 et au graphique 10.1 que, dès leur naissance, presque tous les enfants sont allaités (99 %) et cette pratique se poursuit très longtemps après la naissance puisque, à 10-11 mois, 94 % sont encore allaités. Cette proportion décroît ensuite sensiblement et au-delà de 20 mois, elle n'est plus que de 28 % environ. Cependant, la pratique de l'allaitement exclusif est très peu courante : seulement 24 % d'enfants ont été allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois. C'est dire que la majorité de jeunes enfants (76 %), n'ont pas été allaités convenablement, conformément aux recommandations. En effet, dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent que le nourrisson reçoive autre chose que le lait maternel : à 0-1 mois, 43 % des enfants reçoivent de l'eau seulement en plus du lait maternel, 14 % reçoivent d'autres types de liquides (y compris d'autres types de lait) et 4 % reçoivent déjà des aliments de complément. Comme signalés plus haut, ces liquides et aliments donnés précocement au nouveau-né peuvent constituer des sources d'infections s'ils sont

contaminés pendant la manipulation et la conservation. Ils n'apportent pas toujours les nutriments nécessaires pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. En outre, l'introduction précoce d'aliments ou de liquides réduit le nombre de tétées avec pour conséquence, la diminution de la montée laiteuse.

L'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans. Cependant, à partir de six mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. Il doit être complété par l'introduction d'aliments de complément appropriés pour permettre une croissance normale et un développement harmonieux de l'enfant. Les résultats de l'enquête montrent que 21 % des enfants de 6-9 mois ne reçoivent pas d'aliments de complément, et de ce fait, ne sont pas nourris de manière adéquate.

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier les maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Le tableau 10.2 montre qu'au Cameroun les mères utilisent fréquemment le biberon. Ainsi, plus d'un enfant de 0-1 mois sur dix (11 %) avait été nourri au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. Cette proportion est respectivement de 18 % et de 15 % pour les enfants âgés de 2-3 mois et de ceux de 4-5 mois. Il convient de relever qu'avec la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'utilisation du biberon est susceptible d'augmenter ; les mères séropositives pourraient alors décider de ne pas allaiter leurs enfants de peur de les contaminer.

Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

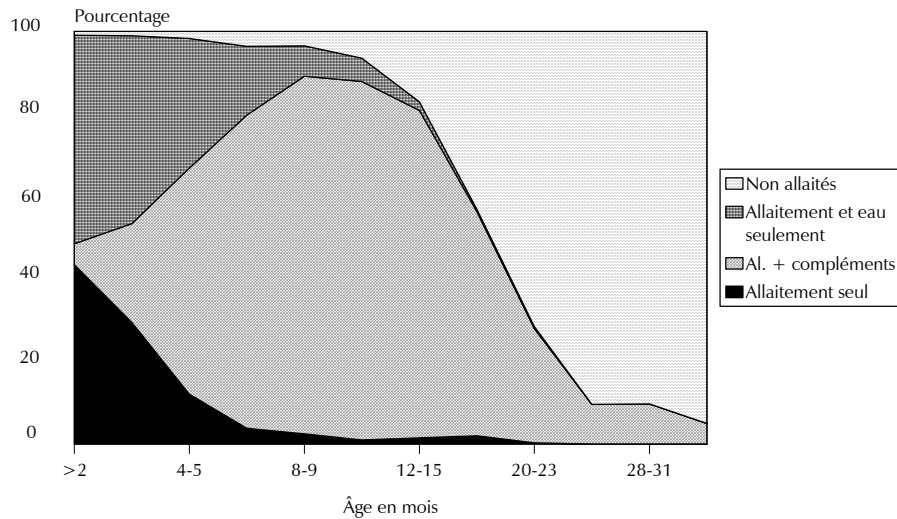
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, Cameroun 2004

Âge en mois	Allaitement au sein et alimentation :							Effectif d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon ¹	Effectif d'enfants
	Pas allaité au sein	Exclusive-ment allaité au sein	Eau seulement	Liquides à base d'eau, jus	Autre lait	Aliments de complément	Total			
<2	0,8	37,5	43,6	4,0	9,7	4,4	100,0	227	11,3	231
2-3	0,9	25,3	39,1	2,1	12,1	20,6	100,0	272	17,7	273
4-5	1,5	10,7	27,8	3,5	7,9	48,5	100,0	289	14,8	295
6-7	3,5	3,7	16,1	0,9	2,4	73,4	100,0	254	9,6	258
8-9	3,4	2,4	7,2	0,5	1,6	84,9	100,0	262	9,8	271
10-11	6,4	1,0	5,6	0,0	1,2	85,8	100,0	229	9,7	232
12-15	16,9	1,5	2,1	0,9	0,0	78,6	100,0	517	6,0	541
16-19	42,9	2,0	0,6	0,0	0,5	54,1	100,0	472	4,5	516
20-23	71,5	0,3	0,5	0,0	0,0	27,7	100,0	417	1,3	488
24-27	90,4	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	100,0	417	1,6	543
28-31	90,3	0,0	0,0	0,0	0,0	9,7	100,0	287	0,5	439
32-35	95,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	100,0	227	0,8	402
Moins de 6 mois	1,1	23,5	36,2	3,2	9,9	26,2	100,0	788	14,8	800
6-9 mois	3,5	3,0	11,6	0,7	2,0	79,2	100,0	516	9,7	529

Note : Le statut de l'allaitement fait référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément. Les catégories « non allaités », « allaités exclusivement », « allaités et eau seulement », « liquides à base d'eau/jus », « autre lait », et « aliments de complément » (solides et semi-solides) sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages fait 100 %. Ainsi les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « liquides à base d'eau » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



EDSC-III 2004

Durée et fréquence de l'allaitement maternel

La durée médiane de l'allaitement maternel est calculée pour les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans. Le tableau 10.3 indique qu'au Cameroun, la moitié des enfants sont allaités au sein pendant une période de 17,4 mois, les durées médianes de l'allaitement exclusif (0,6 mois) ou d'allaitement prédominant (3,6 mois) sont très courtes. Il n'y a pas de différence selon le sexe de l'enfant. Par contre, les enfants sont allaités plus longtemps en milieu rural (19,1 mois) que dans les Autres villes (16,5 mois) et qu'à Yaoundé/Douala (13,4 mois). Selon la région, cette durée médiane est au-dessus de 19 mois pour les régions de l'Adamaoua (19,2 mois), du Nord-Ouest (20,0 mois), du Nord (20,7 mois) et de l'Extrême-Nord (20,9 mois). La durée médiane d'allaitement maternel baisse légèrement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère : elle passe de 21,1 mois pour les enfants de mère sans niveau d'instruction à 17,4 mois pour les enfants de mère du niveau d'instruction primaire et à 14,6 mois pour ceux de mère de niveau d'instruction secondaire ou plus. Enfin, on constate que la durée médiane de l'allaitement maternel diminue au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage dans lequel vit la mère augmente. Elle passe de 20,9 mois pour les enfants des ménages les plus pauvres à 13,1 mois pour ceux des ménages les plus riches. Par rapport à 1998, la durée médiane de l'allaitement maternel n'a presque pas changé ; elle était estimée à 18,1 mois.

Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement et eau) des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête et vivant avec leur mère, pourcentage d'enfants allaités de moins de six mois vivant avec leur mère et qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitements (de jour et de nuit), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois) ¹				Enfants de moins de six mois allaités au sein ²			
	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant ³	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité 6 fois ou plus dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitement par jour	Nombre moyen d'allaitement par nuit	Effectif d'enfants
Sexe								
Masculin	17,5	0,6	3,7	2 436	97,1	7,8	5,0	376
Féminin	17,3	0,6	3,4	2 454	94,2	7,6	4,5	409
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	13,4	0,6	1,8	673	91,4	6,5	4,5	109
Autres villes	16,5	0,6	3,8	1 492	96,7	7,4	4,6	242
Ensemble urbain	15,3	0,6	3,3	2 165	95,1	7,1	4,6	352
Rural	19,1	0,6	3,8	2 725	96,0	8,2	4,9	433
Région								
Adamaoua	19,2	0,4	4,3	209	96,8	8,4	5,3	32
Centre	15,7	0,7	3,3	412	98,8	6,7	4,7	63
Douala	13,4	1,0	2,4	343	(91,3)	(7,5)	(4,4)	54
Est	17,2	1,1	4,4	290	97,4	8,2	4,6	47
Extrême-Nord	20,9	0,5	6,3	1 042	96,1	8,8	5,4	162
Littoral	15,8	0,9	3,1	172	91,0	5,1	3,8	33
Nord	20,7	0,4	2,5	550	96,1	7,0	3,7	81
Nord-Ouest	20,0	2,5	3,1	468	100,0	9,0	5,2	80
Ouest	16,7	0,5	3,2	596	94,4	8,3	4,5	108
Sud	15,3	0,6	2,0	191	97,7	7,3	4,9	30
Sud-Ouest	16,7	0,5	2,8	286	(91,9)	(6,4)	(6,0)	39
Yaoundé	13,3	0,5	1,4	330	(91,5)	(5,5)	(4,6)	55
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	21,1	0,4	4,7	1 381	96,5	8,3	5,0	222
Primaire	17,4	0,6	3,5	2 117	94,9	7,9	4,8	319
Secondaire ou plus	14,6	0,7	2,5	1 392	95,7	6,9	4,5	243
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	20,9	0,6	4,2	1 209	98,4	8,2	4,9	187
Second	19,2	0,5	4,2	1 007	95,1	8,2	4,9	165
Moyen	17,9	0,6	3,5	1 035	96,8	7,6	5,0	177
Quatrième	15,5	0,7	3,0	881	92,8	7,3	4,5	148
Le plus riche	13,1	0,6	2,3	758	93,4	6,9	4,4	107
Ensemble	17,4	0,6	3,6	4 890	95,6	na	na	785
Moyenne	17,8	2,3	5,1	na	na	7,7	4,8	na

Note : Les durées moyennes et médianes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.

¹ On suppose que les enfants derniers-nés et les naissances précédentes qui ne vivent pas actuellement avec leur mère ne sont pas allaités actuellement.

² Sont exclus les enfants dont la réponse sur le nombre d'allaitement n'est pas valable.

³ Soit exclusivement allaité ou reçoit le lait maternel et de l'eau, des liquides à base d'eau, et/ou des jus seulement (les autres types de lait sont exclus).

() Indiquent que les chiffres sont basés sur 25-49 cas non-pondérés.

na = Non applicable

En ce qui concerne la durée moyenne de l'allaitement maternel, la valeur obtenue pour le Cameroun est de 17,8 mois. Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir tableau ci-dessous), on peut constater que la durée moyenne d'allaitement au Cameroun se situe parmi les moins élevées.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroun	2004	17,8
Cameroun	1998	18,2
Cameroun	1991	18,2
Côte d'Ivoire	1998-1999	20,2
Sénégal	1992-1993	20,4
Tanzanie	1999	20,4
Niger	1998	20,7
Tchad	1996-1997	22,0
Guinée	1999	22,2
Ouganda	2000-2001	22,6
Mali	2001	23,1
Togo	1998	24,3
Éthiopie	2000	24,9
Burkina Faso	2003	24,5

Le tableau 10.3 montre que 96 % des enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités au sein l'ont été six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. Le nombre d'allaitement est plus élevé pendant le jour que pendant la nuit (7,7 contre 4,8 fois en moyenne). En outre, on constate que la proportion d'enfants qui ont été allaités 6 fois ou plus au cours des dernières 24 heures diffère très peu selon les caractéristiques sociodémographiques. Il en est de même pour le nombre moyen d'allaitements que ce soit de jour ou de nuit.

Type d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments donnés aux enfants, derniers-nés de moins de trois ans, sont présentées au tableau 10.4 en fonction de leur situation par rapport à l'allaitement. Au Cameroun, l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides a lieu très tôt, avant 6 mois. Ainsi, chez les enfants de moins de 2 mois, 7 % avaient reçu d'autres liquides et 8 % avaient reçu d'autres laits ou des produits laitiers (fromage et yaourt). Pour la tranche 2-3 mois, 19 % avaient déjà reçu des aliments solides à base de céréales et pour la tranche 4-5 mois, 9 % avaient consommé des aliments solides à base de poissons, volailles, viandes ou œufs. À 6-9 mois, seulement 30 % des enfants reçoivent des aliments riches en vitamine A. C'est dans le groupe d'âge 20-23 mois qu'une grande majorité d'enfants (62 %) reçoivent ce type d'aliment.

Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu certains aliments déterminés le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction du fait qu'ils sont, ou non, allaités, selon l'âge en mois, Cameroun 2004

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides ¹	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes ²	Nourriture à base de racines, tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquil./ oeufs	Nourriture à base d'huile/ graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en vitamine A ³	Nourriture solide ou semi-solide	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS												
<2	4,4	8,2	6,5	3,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5	225
2-3	5,8	11,6	5,6	18,8	1,6	0,9	0,7	1,4	1,0	1,2	26,4	269
4-5	11,1	17,1	16,3	41,3	9,8	4,1	3,3	9,0	9,0	7,5	55,3	285
6-7	10,9	14,6	21,7	60,1	30,2	18,3	16,3	27,8	34,4	23,2	79,0	245
8-9	9,8	20,6	26,8	68,0	47,4	27,4	24,4	43,2	54,1	36,4	89,5	253
10-11	8,5	16,1	31,8	73,1	53,9	26,7	27,2	51,9	65,2	42,4	93,4	214
12-15	5,0	16,0	33,9	75,6	64,0	26,1	36,8	55,8	63,7	52,7	95,8	429
16-19	4,9	15,6	28,3	76,8	65,6	24,8	36,8	58,9	62,7	54,9	97,9	269
20-23	3,8	17,8	22,4	85,9	68,2	23,9	42,1	60,5	51,1	62,3	100,0	119
24-35	2,7	9,3	13,2	91,5	67,9	10,0	37,4	46,8	53,7	64,5	100,0	79
Moins de 6 mois	7,4	12,7	9,8	22,6	4,5	1,8	1,5	3,8	3,6	3,2	31,8	780
6-9	10,3	17,6	24,3	64,1	39,0	23,0	20,4	35,6	44,4	29,9	84,3	498
ENFANTS NON ALLAITÉS												
16-19	9,5	27,9	45,6	77,5	69,5	39,7	36,5	69,4	78,6	55,5	98,7	202
20-23	5,6	20,9	47,1	75,7	79,8	36,3	40,1	72,7	78,9	69,1	98,9	298
24-35	5,3	17,5	44,5	75,4	78,4	36,0	38,9	64,1	72,8	65,5	97,6	853

Note : Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière).

¹ Non compris l'eau.

² Y compris les fruits et légumes riches en vitamine A.

³ Y compris les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, les papayes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

L'introduction d'aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation des enfants est recommandée à partir de l'âge de 6 mois. Plusieurs types de compléments pouvant être donnés à la fois, la somme des pourcentages peut excéder 100 %. Au Cameroun, une proportion non négligeable (32 %) d'enfants consomme déjà des aliments solides ou semi-solides avant l'âge de 6 mois. À 6-7 mois, 21 % d'enfants ne consomment aucun aliment solide ou semi-solide comme aliment de complément au lait maternel. Cependant, on note que parmi les enfants de 6-9 mois, 64 % consomment des céréales, 39 % des fruits et/ou légumes, 23 % des tubercules, et seulement 36 % de la viande, de la volaille, du poisson et/ou des œufs. Quand on se limite aux enfants du groupe d'âge 6-7 mois, tranche d'âge recommandée pour le début du sevrage², les proportions ne sont que de : 60 % pour les céréales, 30 % pour les fruits et/ou légumes, 18 % pour les tubercules, et seulement 28 % pour la viande, la volaille, le poisson et/ou les œufs. Comme on pouvait s'y attendre, aux mêmes âges, les proportions d'enfants non allaités qui consomment les différents types d'aliments sont légèrement plus élevées que celles des enfants allaités.

² Le sevrage se définit ici comme l'introduction d'un aliment autre que le lait maternel dans l'alimentation de l'enfant.

10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS ET PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE

Les carences en micronutriments comme la vitamine A, l'iode, le fer, le calcium et le zinc, sont à l'origine de différentes manifestations pouvant revêtir plusieurs formes qui apparaissent souvent simultanément. Par exemple, les carences en vitamine A peuvent entraîner la cécité crépusculaire, celles de l'iode, le goitre et le crétinisme, et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, notamment l'affaiblissement du système immunitaire.

10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation en iode peut entraîner des troubles souvent graves et parfois irréversibles. Ceux-ci peuvent accroître les risques d'avortements spontanés, de mortalités périnatale et infantile, d'accouchements prématurés, d'anomalies congénitales, de retard de croissance, de difficultés d'apprentissage, de crétinisme et de goitre (ce dernier étant le signe le plus visible). L'apport alimentaire insuffisant en iode est généralement dû à la pauvreté en iode du sol où les aliments ont été produits.

Au Cameroun, la stratégie de lutte adoptée depuis 1991 consiste en l'iodation obligatoire du sel de cuisine consommé sur le territoire national à 100 parties par million (ppm).

Pendant la collecte des données, les enquêteurs ont testé le sel de cuisine provenant de chaque ménage visité. Ce test rapide au moyen d'un « kit » permet une détermination sur place de la teneur en iode. Le « kit » utilisé permet de faire la distinction entre le sel non iodé du tout et le sel iodé à plus ou moins de 15 parties par million (ppm). Le sel iodé à moins de 15 ppm est considéré comme insuffisamment iodé alors que celui iodé à plus de 15 ppm est considéré comme adéquatement iodé. Il convient de noter que le sel a été testé dans 83 % des ménages, et que 10 % de ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête.

Il ressort du tableau 10.5 que parmi les ménages disposant de sel, 96 % utilisaient du sel iodé : 88 % avaient du sel adéquatement iodé et 7 % avaient du sel avec une faible teneur en iode (moins de 15 ppm). Le pourcentage de ménages disposant de sel adéquatement iodé élevé en milieu urbain (94 %) qu'en milieu rural (83 %). Par région, on constate que la proportion de ménages disposant du sel adéquatement iodé présente de grandes variations, passant d'un minimum de 77 % dans le Sud à un maximum de 94 % dans l'Adamaoua. Par ailleurs, la proportion des ménages consommant du sel adéquatement iodé augmente avec le niveau de vie du ménage. Elle passe de 84 % pour les ménages les plus pauvres à 95 % pour les ménages les plus riches. La proportion des ménages disposant de sel iodé de manière adéquate a progressé par rapport à 1998 où elle était de 82 %.

Tableau 10.5 Sel iodé dans le ménage

Répartition (en %) des ménages dont le sel a été testé pour la présence d'iode selon la teneur en iode (parties par million), pourcentage de ménages dont le sel a été testé et pourcentage de ménages ne disposant pas de sel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de ménages testés	Pourcentage de ménages sans sel	Effectif de ménages	Sel iodé dans le ménage			Total	Effectif de ménages
				Sel non iodé (0 ppm)	Contenu en iode inadéquat (<15 ppm)	Contenu en iode adéquat (15+ ppm)		
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	82,6	11,4	1 976	1,7	3,3	95,0	100,0	1 633
Autres villes	77,9	11,6	3 398	2,4	4,9	92,7	100,0	2 649
Ensemble urbain	79,7	11,5	5 374	2,1	4,3	93,5	100,0	4 281
Rural	86,2	9,2	5 088	6,6	10,2	83,2	100,0	4 386
Région								
Adamaoua	82,1	16,2	457	3,1	3,3	93,6	100,0	375
Centre	93,5	6,1	838	7,0	15,6	77,5	100,0	784
Douala	85,5	10,6	1 045	2,3	2,3	95,3	100,0	894
Est	73,6	12,5	513	8,1	12,6	79,2	100,0	377
Extrême-Nord	75,1	14,5	1 763	3,2	6,4	90,4	100,0	1 325
Littoral	91,7	7,7	488	4,1	7,9	88,0	100,0	448
Nord	71,9	14,4	933	3,7	8,5	87,7	100,0	671
Nord-Ouest	88,2	6,4	1 192	5,2	4,3	90,5	100,0	1 052
Ouest	91,7	5,0	1 019	2,3	6,1	91,6	100,0	934
Sud	86,3	8,0	470	11,7	11,5	76,8	100,0	406
Sud-Ouest	81,5	10,0	812	7,1	10,6	82,3	100,0	662
Yaoundé	79,4	12,3	931	0,9	4,5	94,6	100,0	739
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	90,8	6,2	1 707	6,1	10,4	83,5	100,0	1 550
Second	84,0	10,6	2 258	5,9	9,3	84,8	100,0	1 896
Moyen	82,5	11,1	2 061	5,8	8,8	85,4	100,0	1 701
Quatrième	76,4	14,7	2 253	2,8	5,2	92,0	100,0	1 722
Le plus riche	82,4	8,5	2 183	1,4	3,3	95,3	100,0	1 798
Ensemble	82,8	10,4	10 462	4,4	7,3	88,3	100,0	8 667

10.2.2 Consommation de micronutriments chez les enfants

La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, est la principale cause de cécité évitable en Afrique. Elle accroît le risque de mortalité et de morbidité. En effet, une carence en vitamine A même modérée altère le système immunitaire et réduit la résistance aux infections. La vitamine A est indispensable à la croissance, à la vue et au maintien des cellules épithéliales. Les groupes vulnérables à la carence en vitamine A sont constitués des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et qui allaitent. L'UNICEF, l'OMS et l'IVACG recommandent à tous les pays qui ont une mortalité infanto-juvénile supérieure à 70 pour mille, la supplémentation systématique en capsules de vitamine A suivant un protocole défini. Au Cameroun, Les principales stratégies de lutte contre la carence en vitamine A sont :

- la supplémentation en capsules de vitamine A ;

- l'enrichissement des aliments en vitamine A ;
- la promotion de la consommation des sources de vitamine A ; et
- la promotion de la culture des aliments riches en vitamine A.

Le tableau 10.6 présente le pourcentage d'enfants, derniers-nés âgés de moins de 3 ans, qui ont consommés des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours précédant l'interview³. Il présente aussi le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu au moins une dose de vitamine A (en capsule ou en ampoule) au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête.

Au Cameroun, plus d'un tiers des enfants de moins de cinq ans (38 %) ont reçu des suppléments de vitamine A. Cette proportion varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Les enfants de 12-23 mois sont proportionnellement les plus nombreux à en recevoir (43 %) par rapport aux autres groupes d'âges. Les enfants allaités au sein (42 %) sont aussi plus nombreux à avoir reçu des suppléments que ceux qui n'ont pas été allaités au sein (36 %). S'agissant du milieu de résidence, les enfants de Yaoundé/Douala (44 %) sont les plus nombreux à en avoir reçu ; dans les Autres villes, la proportion est de 40 % et c'est en milieu rural qu'elle est la plus faible (35 %). Par rapport aux régions, cette proportion varie d'un minimum de 12 % dans le Nord à un maximum de 61 % dans le Nord-Ouest.

En fonction du niveau d'instruction, les résultats montrent que les enfants des mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (45 %) reçoivent plus fréquemment des suppléments de vitamine A que ceux des femmes de niveau d'instruction primaire (40 %) ou sans niveau d'instruction (28 %). En ce qui concerne l'indice de bien-être économique, les enfants des ménages les plus riches (49 %) ont plus reçu de suppléments en vitamine A que ceux issus des ménages les plus pauvres (30 %).

Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A. Moins de la moitié (44 %) d'enfants derniers-nés de moins de trois ans ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours précédant l'interview (tableau 10.6).

La consommation d'aliments riches en vitamine A augmente avec l'âge : les enfants de 24-35 mois (65 %) en ont plus fréquemment consommé que leurs cadets (58 %). Cette consommation d'aliments riches en vitamine A semble être corrélée avec le rang de naissance de l'enfant. Les enfants des rangs 6 et plus (47 %) en consomment plus que ceux des rangs inférieurs (moins de 42 %). Il convient de souligner que les enfants allaités au sein sont proportionnellement deux fois moins nombreux à consommer des aliments riches en vitamine A que ceux qui ne le sont pas (32 % contre 64 %). Il existerait donc des risques élevés de carence en vitamine A pour les enfants allaités au sein surtout si les aliments de substitution à l'allaitement lors du sevrage ne sont pas riches en micronutriments.

Par rapport au milieu de résidence, la proportion des enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A est plus élevée en milieu rural (46 %) que dans les Autres villes (44 %) et qu'à Yaoundé/Douala (38 %). Selon les régions, la proportion d'enfants qui ont reçu les aliments riches en vitamine A passe d'un minimum de 33 % dans le Littoral à un maximum de 59 % dans le Nord-Ouest.

Le niveau d'instruction semble ne pas avoir d'influence alors que l'âge de la mère est positivement corrélé avec cette consommation. En effet, la proportion des enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A augmente régulièrement avec l'âge de la mère ; passant d'un minimum de 41 % pour les enfants dont la mère a moins de 20 ans, à un maximum de 51 % pour ceux des mères âgées de 35 ans ou plus. Selon le niveau de vie, ce sont les enfants des ménages les plus pauvres (45 %) qui ont plus consommé d'aliments riches en Vitamines A comparé à ceux des ménages plus riches (42 %).

³ La liste des aliments considérés comme riches en vitamine A figure en note du tableau 10.4.

Tableau 10.6 Consommation de micronutriments

Pourcentage de derniers-nés, âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans des ménages utilisant du sel correctement iodé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A ¹	Nombre d'enfants	A reçu des compléments de vitamine A	Nombre d'enfants	% vivant dans des ménages disposant de sel correctement iodé ²	Nombre d'enfants
Âge de l'enfant en mois						
<6	3,3	788	na	na	87,8	718
6-9	30,4	516	42,8	529	87,5	483
10-11	42,1	229	44,0	232	86,4	208
12-23	57,9	1 405	43,2	1,546	86,7	1 355
24-35	65,4	932	38,6	1,384	87,4	1 235
36-47	na	na	34,0	1,394	88,5	1 219
48-59	na	na	30,6	1,389	87,9	1 244
Sexe						
Masculin	45,9	1 946	38,6	3,237	87,3	3 218
Féminin	42,1	1 925	36,5	3,236	87,8	3 244
Rang de naissance						
2-3	38,7	858	39,2	1,515	88,1	1 485
4-5	41,5	1 317	36,8	2,172	89,2	2 188
6+	46,7	810	39,5	1,340	85,9	1 350
Allaitement						
Allaité au sein	32,0	2 388	41,9	1,663	85,9	2 195
Non allaité au sein	63,5	1 473	36,2	4,770	88,4	4 234
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	37,7	527	43,9	901	94,1	925
Autres villes	43,7	1 194	39,7	1,981	92,6	1 828
Ensemble urbain	41,9	1 722	41,0	2,882	93,1	2 752
Rural	45,7	2 149	34,8	3,591	83,5	3 709
Région						
Adamaoua	45,2	164	23,5	273	94,8	278
Centre	49,3	324	34,9	532	77,8	582
Douala	38,7	262	44,9	488	95,7	497
Est	43,2	208	34,4	350	78,9	316
Extrême-Nord	40,9	836	43,4	1,427	89,0	1 286
Littoral	33,0	136	33,5	230	85,3	255
Nord	51,4	437	12,0	748	87,5	716
Nord-Ouest	58,6	395	60,6	629	91,3	649
Ouest	35,2	472	26,6	754	90,2	822
Sud	50,6	143	42,4	246	77,7	257
Sud-Ouest	43,7	227	50,2	383	79,9	375
Yaoundé	36,7	266	42,6	414	92,3	428
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	43,6	1 118	27,8	1,915	88,0	1 850
Primaire	46,8	1 649	39,7	2,746	86,9	2 748
Secondaire ou plus	40,2	1 103	44,6	1,812	88,2	1 864
Âge de la mère à la naissance						
<20	41,3	815	34,6	1,448	87,4	1 400
20-24	40,5	1 133	38,6	1,909	87,9	1 907
25-29	46,9	895	38,9	1,445	87,1	1 472
30-34	45,1	585	37,2	967	87,8	971
35-49	50,6	443	38,4	704	87,7	712
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	45,0	970	30,4	1,624	82,1	1 686
Second	44,7	796	35,3	1,307	86,5	1 317
Moyen	47,3	816	36,0	1,328	86,0	1 335
Quatrième	40,1	692	41,3	1,194	91,6	1 142
Le plus riche	41,7	597	49,4	1,021	95,9	981
Ensemble ³	44,0	3 870	37,5	6,474	87,6	6 462

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.

na = Non applicable.

¹ Y compris les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, les papayes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

² Sel contenant 15 ppm d'iode ou plus. Non compris les enfants qui vivent dans des ménages dont le sel n'a pas été testé.

³ L'ensemble inclut les enfants pour lesquels le statut d'allaitement est non déterminé

Par ailleurs, 88 % des enfants de moins de cinq ans vivent dans des ménages disposant du sel adéquatement ou correctement iodés. Cette proportion est de 93 % en milieu urbain contre 84 % en milieu rural. Les enfants des régions du Centre (78 %), du Sud (78 %), de l'Est (79 %) et du Sud-Ouest (80 %) sont susceptibles de courir des risques de carence en iode, car ils sont proportionnellement les moins nombreux à vivre dans les ménages disposant du sel correctement iodés. Il en est de même des enfants vivants dans les ménages très pauvres (82 %).

10.2.3 Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes

Lors de l'enquête, on a également demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. À cette question, 28 % des mères ont répondu qu'elles avaient effectivement reçu de la vitamine A après l'accouchement (tableau 10.7).

Selon le milieu de résidence, on note qu'en milieu urbain, plus d'un tiers des femmes (34 %) ont reçu des compléments de vitamine A mais qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 23 %. Au niveau régional, c'est dans le Nord (9 %) et l'Adamaoua (10 %) que cette proportion est la plus faible. Dans les autres régions, cette proportion est supérieure à 20 % et atteint le maximum dans le Nord-Ouest (48 %).

On note également que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (33 %) sont relativement plus nombreuses à avoir reçu une dose de supplément de vitamine A que celles du niveau d'instruction primaire (31 %) et que celles sans niveau d'instruction (19 %). Par ailleurs, cette proportion augmente régulièrement avec le niveau de bien être économique : elle passe de 18 % chez les femmes des ménages les plus pauvres à 35 % chez celles des ménages les plus riches.

Il ressort de l'enquête qu'une grande majorité (72 %) des femmes ayant accouché au cours des cinq dernières années n'ont pas reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois suivant l'accouchement.

La première manifestation clinique de la carence en vitamine A est la cécité crépusculaire. Elle est essentiellement due à un apport alimentaire insuffisant en vitamine A. Cette affection touche particulièrement les enfants, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent.

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes, si pendant leur grossesse elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au lever du jour.

Le tableau 10.7 indique que plus d'une femme sur vingt (6 %) ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années a déclaré que, pendant sa grossesse, elle avait eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit et ou au lever du jour. Cependant, il existe des femmes qui ont déclaré avoir eu également des difficultés pour voir même pendant la journée : ces femmes ont donc, semble-t-il, d'autres problèmes oculaires qui ne sont pas nécessairement ceux recherchés dans l'enquête. On a donc calculé une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire en éliminant ces autres problèmes oculaires. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi « ajustée » passe à 0,9 %.

Tableau 10.7 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop pendant un nombre déterminé de jours et pourcentage de femmes vivant dans des ménages utilisant du sel correctement iodé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	A reçu vitamine A postpartum ¹	Cécité nocturne déclarée	Cécité nocturne ajustée ²	Compléments de fer au cours de la grossesse (en nombre de jours)					Effectif de femmes	% vivant dans des ménages disposant de sel correctement iodé ³	Effectif de femmes
				Aucun jour	<60	60-89	90+	NSP/ND			
Âge de la mère à la naissance											
<20	28,7	5,5	1,3	28,3	18,6	7,7	42,3	3,0	1 124	86,4	963
20-24	28,2	6,4	1,0	23,4	14,6	7,9	48,5	5,6	1 490	88,0	1 309
25-29	25,3	5,9	1,0	22,9	14,2	7,5	51,0	4,5	1 177	88,1	1 069
30-34	30,1	5,9	0,4	26,6	15,0	9,1	43,8	5,4	806	87,3	731
35-49	29,9	6,5	0,6	28,1	14,8	7,9	44,6	4,6	706	87,4	639
Effectif d'enfants nés vivants											
1	31,8	5,2	1,2	20,2	18,0	6,7	51,4	3,7	1 215	87,7	1 054
2-3	27,5	6,5	1,1	21,3	14,1	9,4	50,4	4,8	1 741	89,5	1 537
4-5	26,5	5,5	0,7	25,7	15,4	7,4	47,2	4,2	1 067	85,5	962
6+	27,1	6,6	0,6	35,9	14,8	7,7	35,9	5,6	1 281	86,2	1 156
Milieu de résidence											
Yaoundé/Douala	34,2	6,9	1,2	5,2	10,7	3,9	77,2	3,0	816	94,0	744
Autres villes	34,2	4,1	0,6	17,3	16,7	9,2	50,8	6,0	1 635	92,5	1 349
Ensemble urbain	34,2	5,1	0,8	13,3	14,7	7,5	59,6	5,0	2 451	93,0	2 093
Rural	23,0	6,9	1,0	35,9	16,1	8,4	35,2	4,3	2 852	83,0	2 618
Région											
Adamaoua	10,4	9,5	0,8	32,4	26,7	6,1	28,7	6,2	215	94,3	197
Centre	28,1	4,0	0,7	12,8	18,4	11,1	56,0	1,7	434	76,3	424
Douala	39,8	8,5	1,1	5,1	7,9	3,4	80,8	2,8	417	95,4	383
Est	23,4	4,1	0,4	24,1	30,9	10,6	28,9	5,4	287	79,3	225
Extrême-Nord	28,9	10,3	1,6	58,5	14,3	4,4	16,1	6,8	1 100	88,9	883
Littoral	31,1	7,7	2,9	8,2	19,1	9,1	57,9	5,7	196	86,6	190
Nord	9,1	1,3	0,0	40,1	8,3	8,9	42,3	0,3	564	86,7	486
Nord-Ouest	48,1	1,1	0,0	13,8	19,6	13,1	50,6	2,9	521	91,5	478
Ouest	33,5	7,3	0,8	10,7	9,7	8,8	66,9	4,0	610	90,4	584
Sud	23,9	8,7	1,2	11,7	13,9	9,2	63,7	1,4	219	77,5	204
Sud-Ouest	19,5	2,7	0,7	19,3	21,5	11,8	31,6	15,8	341	81,1	297
Yaoundé	28,2	5,3	1,2	5,3	13,5	4,4	73,5	3,2	399	92,5	361
Niveau d'instruction											
Aucun	19,0	7,0	1,2	53,3	12,8	5,8	23,1	5,1	1 486	87,5	1 279
Primaire	30,6	5,8	0,5	20,4	18,1	9,6	46,9	5,0	2 212	86,6	1 987
Secondaire ou plus	33,4	5,4	1,2	6,6	14,3	7,8	67,6	3,7	1 605	88,6	1 444
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	18,1	6,1	1,0	48,1	13,6	6,9	27,0	4,5	1 260	82,4	1 174
Second	26,3	7,5	1,1	36,9	16,6	9,6	32,4	4,5	1 037	85,4	924
Moyen	28,0	5,5	0,5	17,9	18,5	9,8	48,6	5,1	1 082	85,3	964
Quatrième	36,4	5,8	1,2	11,1	16,5	8,3	59,5	4,6	1 021	91,6	864
Le plus riche	35,3	5,3	0,8	6,0	11,9	5,0	72,7	4,4	904	95,7	785
Ensemble	28,2	6,0	0,9	25,5	15,4	8,0	46,5	4,6	5 303	87,5	4 710

Note : Pour les femmes ayant plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.

¹ Au cours des deux premiers mois après l'accouchement.

² Femmes ayant déclaré souffrir de cécité nocturne mais qui ont déclaré ne pas avoir de difficulté pour y voir pendant le jour.

³ Sel contenant 15 ppm d'iode ou plus. Non compris les femmes qui vivent dans des ménages dont le sel n'a pas été testé.

Le tableau 10.7 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer au cours de la grossesse. Dans l'ensemble, un quart de femmes (26 %) n'a pas pris de fer pendant la grossesse. Parmi celles qui en ont pris, 15 % l'ont fait pendant une durée inférieure à deux mois, 8 % pendant deux mois et 47 % pendant trois mois ou plus. En ce qui concerne le nombre d'enfants nés vivants, plus la femme a des enfants en vie moins elle a tendance à consommer durablement du fer au cours de la grossesse (36% pour les femmes ayant 6 enfants et plus et 51 % pour celles qui ont un seul enfant vivant). La consommation du fer présente de fortes disparités selon le milieu de résidence : la proportion des femmes qui ont déclaré avoir consommé du fer pendant au moins 90 jours est de 77 % à Yaoundé/Douala, 51 % dans les Autres villes et 35 % en milieu rural. C'est également le cas lorsque l'on considère les régions : cette proportion varie d'un minimum de 16 % dans l'Extrême-Nord à un maximum de 67 % dans l'Ouest. C'est parmi les femmes les plus instruites que l'on observe les proportions les plus élevées de celles qui en ont pris pendant au moins 90 jours (68 %). Les femmes sans niveau d'instruction consomment presque trois fois moins de fer que leurs consœurs du niveau secondaire ou plus. Cette consommation de fer est positivement corrélée au niveau du bien être économique du ménage : la proportion passe de 27 % pour les femmes des ménages les plus pauvres à 73 % pour celles des ménages les plus riches.

Par ailleurs, comme pour les enfants, 88 % des femmes vivent dans des ménages disposant du sel correctement iodé. Cette proportion est moins élevée en milieu rural, dans les régions du Centre, du Sud, de l'Est et du Sud-Ouest, et dans les ménages les plus pauvres.

10.2.4 Prévalence de l'anémie

L'anémie est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde et elle affecte plus de 3,5 milliards d'individus dans les pays en développement (ACC/SCN, 2000). L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Elle est principalement due à la carence en fer qui est un élément essentiel à la constitution de globules rouges du sang. Cependant, dans les zones à forte endémicité des infections parasitaires comme le Cameroun (voir le chapitre 9 sur le paludisme), le paludisme et les autres parasitoses contribuent aux prévalences élevées de l'anémie.

La carence en fer est à l'origine des nombreuses conséquences particulièrement chez les enfants et chez les femmes. Chez les enfants, elle accroît les risques de retard de développement moteur et de la coordination, de difficultés scolaires et de la diminution de l'activité physique. Chez les femmes, l'anémie peut entraîner la diminution de la résistance, la fatigue, et particulièrement pour la femme enceinte, l'augmentation du risque de mortalité et morbidité maternelle et fœtale ainsi que le risque d'avoir un enfant de faible poids à la naissance.

Au cours de la collecte des données, on a procédé chez les femmes et chez les enfants dans un ménage sur deux de l'échantillon aux mesures de la taille et du poids ainsi qu'au prélèvement du sang capillaire pour le dosage de l'hémoglobine. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire est prélevé au moyen d'une piqure au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (Tenderlette) ; b) on laisse tomber une goutte de sang sur une microcuvette que l'on introduit ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), qui en moins d'une minute donne la valeur du taux d'hémoglobine en grammes par décilitre de sang (g/dl) ; c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée en trois niveaux selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (CDC, 1989). Ainsi, pour les enfants de plus de cinq ans, les femmes non enceintes et les hommes, l'anémie est considérée comme sévère si la

mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si la mesure se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang. On assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1989). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. Au Cameroun, comme une frange de la population vit dans des régions de hautes altitudes, il s'est avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine en fonction de l'altitude.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 10.8 indique qu'au Cameroun plus de deux enfants de 6-59 mois sur trois (68 %) sont atteints d'anémie : 23 % sous une forme légère, 40 % sous une forme modérée et 5 % sous une forme sévère. En ce qui concerne l'âge de l'enfant, c'est entre 6 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (plus de 80 %). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. Les enfants de 10-11 mois sont les plus touchés par l'anémie sévère (10 %). Quant au sexe, les enfants de sexe masculin sont plus affectés par l'anémie (72 %) que ceux du sexe féminin (65 %). L'écart de prévalence d'anémie n'est pas très perceptible selon le rang de naissance de l'enfant et l'intervalle intergénésiq. Les enfants des mères très jeunes sont les plus affectés par l'anémie. Le pourcentage d'enfants souffrant d'anémie pour les mères âgées de 15-19 ans est de 84 % contre 62 % pour ceux des mères âgées de 35-49 ans. De plus, l'anémie sévère sévit particulièrement parmi les enfants des mères très jeunes (9 %).

Pour ce qui est du milieu de résidence, les enfants du milieu rural sont plus affectés par l'anémie (72 %) que ceux des Autres villes (65 %) et de Yaoundé/Douala (61 %). Au niveau des régions, les résultats font apparaître des niveaux élevés d'anémie dans l'Extrême-Nord (75 %), dans le Centre (74 %), à l'Est (73 %), dans le Littoral (73 %) et dans le Nord (70 %). Les enfants du Sud-Ouest sont les plus affectés par l'anémie sévère (12 %). La prévalence varie selon le niveau d'instruction de la mère puisque 73 % des enfants dont la mère est sans niveau d'instruction sont anémiés contre 71 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 62 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. L'écart de prévalence n'est pas sensible entre les enfants vivant avec leur mère (61 %) et ceux dont la mère n'est pas dans le ménage (63 %). Selon le niveau de vie du ménage, la prévalence de l'anémie est plus élevée chez les enfants des ménages les plus pauvres (74 %) que ceux des ménages plus riches (59 %).

La majorité des enfants anémiés le sont sous la forme modérée, et ils présentent pratiquement les mêmes caractéristiques que l'ensemble des enfants anémiés. Les enfants souffrant d'anémie sévère présentent un profil socio-démographique différent de celui de ceux présentant la forme légère. On observe également que les enfants de mère sans niveau d'instruction (6 %) souffrent deux fois plus d'anémie sévère que ceux des mères de niveau secondaire ou plus (3 %). Paradoxalement, on constate aussi que les enfants vivant avec leur mère sont deux fois plus sévèrement anémiés que ceux ne vivant pas avec leur mère (respectivement, 7 % contre 3 %).

Tableau 10.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Anémié	Pourcentage d'enfants anémiés ¹			Effectif d'enfants
		Légère (10.0-10.9 g/dl)	Modérée (7.0-9.9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7.0 g/dl)	
Âge de l'enfant en mois					
6-9	83,6	22,4	53,5	7,7	293
10-11	80,5	18,5	52,0	10,0	126
12-23	81,1	20,7	52,5	8,0	833
24-35	66,6	23,8	39,0	3,8	737
36-47	63,7	24,5	36,0	3,2	740
48-59	53,1	24,9	26,5	1,8	800
Sexe					
Masculin	71,9	24,9	42,0	5,0	1 785
Féminin	64,6	21,3	38,8	4,5	1 744
Rang de naissance					
2-3	70,3	22,4	42,4	5,5	648
4-5	68,2	23,6	40,5	4,1	972
6+	71,0	21,3	43,8	5,8	659
Intervalle intergénérisique en mois²					
Première naissance	70,4	22,7	42,2	5,5	656
<24	70,2	22,8	41,5	5,8	476
24-47	69,7	22,1	43,1	4,5	1 387
48+	66,5	24,3	37,9	4,2	442
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	60,7	24,8	34,2	1,7	403
Autres villes	64,8	21,2	39,6	3,9	1 059
Ensemble urbain	63,6	22,2	38,1	3,3	1 462
Rural	71,6	23,8	42,0	5,8	2 068
Région					
Adamaoua	66,6	24,1	38,1	4,4	167
Centre	73,5	20,1	45,8	7,6	333
Douala	62,2	23,8	36,8	1,6	224
Est	73,2	22,7	46,1	4,3	184
Extrême-Nord	74,9	23,4	46,3	5,2	757
Littoral	73,4	24,0	44,4	5,0	129
Nord	69,5	21,9	42,5	5,0	402
Nord-Ouest	54,7	24,1	28,8	1,9	393
Ouest	61,5	25,3	32,7	3,5	397
Sud	66,8	26,6	35,6	4,6	150
Sud-Ouest	81,3	17,0	52,0	12,2	214
Yaoundé	58,8	26,1	30,9	1,8	178
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	72,9	23,3	43,5	6,1	940
Primaire	70,8	20,8	44,7	5,2	1 344
Secondaire ou plus	61,7	24,7	33,8	3,3	821
Âge de la mère					
15-19	83,7	22,7	51,6	9,4	244
20-24	71,9	23,4	43,8	4,7	816
25-29	66,1	21,1	39,7	5,3	815
30-34	69,9	23,5	41,5	4,9	616
35-49	62,3	22,5	36,7	3,2	613
Enfants des mères enquêtées	69,4	22,7	41,8	4,9	2 961
Enfants de mère non enquêtée³					
Mère vivant dans le ménage	61,0	20,4	34,0	6,6	144
Mère ne vivant pas dans le ménage ⁴	62,7	27,2	32,3	3,3	425
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	74,0	24,0	44,4	5,5	855
Second	71,0	23,6	42,3	5,1	787
Moyen	68,9	22,0	41,4	5,6	783
Quatrième	63,7	20,7	38,6	4,4	604
Le plus riche	58,8	25,7	31,1	2,0	500
Ensemble	68,3	23,1	40,4	4,8	3 530

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC, 1998.

g/dl = grammes par décilitre.

¹ Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

² Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme première naissance car elles n'ont pas d'intervalle intergénérisique précédent.

³ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 10.9 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Moins de la moitié des femmes (45 %) sont atteintes d'anémie : 33 % sous une forme légère, 12 % sous une forme modérée et moins de 1 % sous une forme sévère. Selon l'âge et le nombre d'enfants nés vivants, la proportion des femmes affectées par l'anémie dépasse la moyenne pour celles âgées de 25-29 ans (49 %) et celles ayant un enfant (49 %). Par ailleurs plus de la moitié (51 %) des femmes enceintes sont anémiées. L'allaitement ne semble pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative.

La prévalence de l'anémie varie sensiblement selon le milieu de résidence. Elle est plus élevée à Yaoundé/Douala (54 %) que dans les Autres villes (44 %) et en milieu rural (42 %). Au niveau régional, les niveaux d'anémie varient d'un minimum de 30 % dans l'Adamaoua et dans le Nord à un maximum de 57 % dans le Littoral. Contrairement à ce qu'on aurait pensé, l'anémie est moins fréquente parmi les femmes sans niveau d'instruction que parmi celles qui ont fréquenté l'école (39 %) que parmi celles qui ont fréquenté l'école (47 %). De même, selon le niveau de vie du ménage, les femmes les plus anémiées sont proportionnellement plus nombreuses dans les ménages les plus riches : la proportion passe de 42 % dans les ménages les plus pauvres à 48 % dans les ménages les plus riches.

Tableau 10.9 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Anémiée	Niveau d'anémie			Effectif de femmes
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
Âge¹					
15-19	45,6	34,7	10,2	0,7	1 263
20-24	43,7	30,2	12,6	0,8	1 074
25-29	49,4	34,4	13,9	1,0	844
30-34	42,0	29,2	12,2	0,6	669
35-39	45,5	32,7	11,7	1,1	503
40-44	42,5	32,2	9,0	1,4	407
45-49	43,2	32,5	9,5	1,1	325
Enfants nés vivants²					
Aucun enfant	44,6	32,9	10,7	1,0	1 451
1	49,3	35,6	12,5	1,2	813
2-3	44,6	32,4	11,9	0,3	1 132
4-5	44,5	30,5	13,3	0,8	755
6+	42,4	30,6	10,5	1,3	932
État de la femme²					
Enceinte	50,9	18,8	31,4	0,7	535
Allaite au sein	43,6	33,1	10,0	0,4	1 199
Ni l'un, ni l'autre	44,5	34,4	9,0	1,0	3 350
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	54,3	40,2	13,6	0,5	1 039
Autres villes	43,7	31,2	11,0	1,4	1 686
Ensemble urbain	47,7	34,7	12,0	1,1	2 725
Rural	41,7	29,9	11,2	0,7	2 359
Région					
Adamaoua	30,0	21,8	7,7	0,5	209
Centre	43,0	32,0	10,5	0,5	444
Douala	59,4	44,4	14,4	0,6	563
Est	49,5	35,0	13,5	1,0	251
Extrême-Nord	42,5	28,8	12,3	1,4	814
Littoral	56,8	42,0	14,6	0,2	236
Nord	29,9	18,0	10,4	1,6	445
Nord-Ouest	35,0	24,6	9,9	0,5	515
Ouest	44,7	34,9	9,2	0,6	532
Sud	45,5	36,8	7,7	0,9	226
Sud-Ouest	55,7	39,4	14,6	1,7	373
Yaoundé	48,1	35,3	12,6	0,2	476
Niveau d'instruction¹					
Aucun	38,5	25,4	11,2	1,9	1 119
Primaire	46,4	33,6	12,1	0,7	1 999
Secondaire ou plus	47,1	35,2	11,4	0,5	1 966
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	42,0	29,7	11,2	1,1	938
Second	43,9	30,5	12,1	1,2	896
Moyen	43,6	31,1	12,1	0,4	985
Quatrième	46,6	33,9	11,5	1,2	1 065
Le plus riche	47,6	35,8	11,2	0,6	1 200
Ensemble	44,9	32,5	11,6	0,9	5 084

Note : Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC (1998). Les femmes avec un taux d'hémoglobine <7,0 g/dl ont une anémie sévère, celles avec un taux de 7,0-9,9 g/dl ont une anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0-10,9 g/dl et les femmes non enceintes avec un taux de 10,0-11,9 g/dl ont une anémie légère.

¹ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information provient du questionnaire ménage.

² Non compris les femmes qui n'ont pas été enquêtées.

Le tableau 10.10 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la sévérité de l'anémie chez leur mère. Dans 2 925 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leur mère. Globalement, la prévalence d'anémie chez les enfants de mère anémiée est plus élevée que dans l'ensemble de la population. Près de quatre enfants sur cinq (77 %) dont la mère est anémiée souffre d'anémie : 22 % sous forme légère, 49 % sous forme modérée et 6 % sous forme sévère. Par rapport au niveau d'anémie de la mère, les mères souffrant d'anémie légère ont 76 % d'enfants anémiés dont 23 % sous une forme légère, 49 % sous une forme modérée et 5 % sous une forme sévère. Celles souffrant de l'anémie modérée ont 79 % d'enfants anémiés dont 21 % sous une forme légère, 51 % sous une forme modérée et 7 % une forme sévère.

Tableau 10.10 Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois par niveau d'anémie, selon le niveau d'anémie de la mère, Cameroun 2004

Anémie de la mère	Anémié	Pourcentage d'enfants anémiés			Effectif d'enfants
		Légère (10.0- 10.9 g/dl)	Modérée (7.0- 9.9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7.0 g/dl)	
Anémiée	77,1	22,3	49,2	5,6	1 284
Niveau d'anémie					
Anémie légère	76,4	22,5	48,8	5,1	907
Anémie modérée	78,9	21,4	50,7	6,8	352
Anémie sévère	*	*	*	*	26
Total	69,4	22,4	42,0	4,9	2 925

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude (et en fonction du fait que la mère fume ou non) en utilisant la formule du CDC (1998). Le tableau concerne seulement les enfants et les mères dont les taux d'hémoglobine sont disponibles.

* Indique que les chiffres sont basés sur moins de 25 cas non-pondérés.

10.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Les indicateurs sur l'état nutritionnel des enfants visent à fournir des informations permettant de mesurer les progrès accomplis dans le but d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et ceux retenus dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP du Cameroun, 2003).

10.3.1 État nutritionnel des enfants

Méthodologie

L'état nutritionnel résulte à la fois, des pratiques alimentaires qui déterminent les apports en nutriments et des maladies infectieuses qui affectent l'enfant. Par ailleurs les enfants mal nourris sont plus susceptibles d'être affectés par les maladies infectieuses et sont plus à risque de décès.

L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille et du poids de l'enfant prises au cours de l'enquête. 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).

Au cours de la collecte des données, tous les enfants de moins de cinq ans présents dans les ménages enquêtés devaient être pesés et toisés. Les données ont ainsi pu être collectées sur les 3 705 enfants répondant aux critères définis.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS⁴. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance à peu près similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence.

Le tableau 10.11 présente les pourcentages d'enfants souffrant de sous-alimentation en fonction des trois indices anthropométriques et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Parmi les 3 705 enfants pour lesquels les données sur l'état nutritionnel ont été analysées, 3 346 vivaient dans le même ménage que leur mère. Seules les mères de 3 214 de ces enfants ont été enquêtées. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a été analysé selon le rang de naissance, l'intervalle intergénéral et le niveau d'instruction de la mère à partir du questionnaire individuel femme. Pour les 491 autres enfants (soit 13 % des 3 705 enfants qui font l'objet de cette analyse), la mère n'a pas été enquêtée. Cependant, dans 132 cas, la mère vivant dans le même ménage que son enfant n'a pas été enquêtée parce qu'elle était soit absente, soit malade au moment de l'enquête. Dans 358 cas, la mère n'a pas été enquêtée parce qu'elle vivait ailleurs ou était décédée. Cette dernière catégorie présente un intérêt particulier. En effet, on peut supposer que les conditions de vie de ces enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage diffèrent de celles des enfants vivant avec leur mère.

⁴ NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National des Statistiques Sanitaires) des États-Unis ; CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres de Contrôle et Prévention des Maladies) des États-Unis ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau 10.11 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	
Âge de l'enfant en mois							
<6	0,7	5,8	0,6	2,2	0,3	1,2	356
6-9	5,1	15,1	2,0	4,4	2,9	12,3	267
10-11	7,6	24,3	1,4	7,3	7,3	23,6	120
12-23	16,6	42,5	2,5	10,0	6,4	28,4	806
24-35	14,0	35,0	0,2	5,3	5,1	20,1	710
36-47	18,1	34,3	0,3	2,7	2,5	15,8	693
48-59	14,0	34,0	0,3	2,6	2,7	16,5	753
Sexe							
Masculin	12,9	32,6	1,0	4,7	3,1	17,3	1 850
Féminin	13,5	30,8	0,9	5,3	4,6	18,8	1 854
Rang de naissance²							
2-3	10,4	28,6	0,9	5,7	2,9	15,8	717
4-5	12,8	28,8	0,8	3,2	3,2	16,2	1 079
6+	13,5	33,4	1,0	6,4	5,2	19,6	729
Intervalle intergénérisque en mois²							
Première naissance ³	10,4	28,4	0,8	5,7	3,0	15,7	727
<24	18,0	36,1	1,0	4,2	6,0	25,1	509
24-47	14,7	35,0	1,2	5,3	4,3	20,8	1 501
48+	7,5	22,6	0,9	4,9	3,1	10,4	478
Taille à la naissance²							
Très petit	20,5	44,3	1,9	8,8	9,4	34,2	172
Petit	19,0	41,8	1,5	6,8	6,1	28,0	359
Moyen ou très gros	11,7	29,5	0,9	4,8	3,5	16,6	2 643
Manquant	(25,0)	(46,9)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(16,6)	34
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	4,3	16,8	0,0	2,0	0,0	4,8	446
Autres villes	9,3	25,8	0,5	3,9	2,7	14,9	1 151
Ensemble urbain	7,9	23,3	0,3	3,4	1,9	12,1	1 597
Rural	17,2	38,1	1,4	6,2	5,3	22,6	2 108
Région							
Adamaoua	10,6	29,8	0,3	2,0	3,0	15,6	168
Centre	8,1	29,1	0,6	3,5	1,6	7,9	358
Douala	5,9	22,4	0,0	2,0	0,0	3,9	238
Est	11,0	29,1	0,0	2,4	3,8	17,7	193
Extrême-Nord	17,3	36,9	1,9	8,7	7,8	35,7	795
Littoral	10,4	25,2	0,3	2,7	1,7	7,9	141
Nord	21,0	44,4	1,9	6,1	7,9	28,2	397
Nord-Ouest	13,4	31,1	0,6	7,8	3,2	13,6	415
Ouest	16,7	35,4	0,7	2,1	1,4	11,4	415
Sud	9,2	26,6	0,5	5,9	2,5	12,8	158
Sud-Ouest	12,1	30,1	1,5	3,2	3,0	13,7	220
Yaoundé	2,6	10,4	0,0	2,1	0,0	5,7	207
Niveau d'instruction de la mère⁴							
Aucun	18,7	40,4	1,9	8,0	8,1	33,1	976
Primaire	13,2	32,6	0,9	4,6	3,1	15,8	1 448
Secondaire ou plus	6,9	20,6	0,3	3,1	1,2	7,4	923
Âge de la mère⁴							
15-19	10,5	27,5	1,4	4,0	4,1	17,9	308
20-24	12,8	30,5	0,9	4,9	4,0	18,3	886
25-29	13,3	30,8	0,9	5,2	4,2	18,4	905
30-34	14,3	36,2	1,0	5,3	3,9	18,5	634
35-49	13,0	31,4	1,2	6,0	3,9	19,4	614
Enfants de mère enquêtée	13,2	31,8	1,0	5,2	4,1	18,8	3 214
Enfants de mère non enquêtée							
Mère vivant dans le ménage	10,8	25,1	1,1	5,3	2,1	13,1	132
Mère ne vivant pas dans le ménage ⁵	14,3	32,9	0,3	3,2	2,5	13,8	358
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	19,4	40,9	1,7	6,9	6,3	27,9	876
Second	15,5	35,9	1,3	7,1	5,9	23,8	812
Moyen	15,1	36,5	0,9	4,2	4,0	17,2	804
Quatrième	8,5	24,7	0,2	3,0	1,0	10,2	659
Le plus riche	2,7	12,3	0,1	2,2	0,2	4,9	554
Ensemble	13,2	31,7	0,9	5,0	3,9	18,1	3 705

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.

¹ Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence.

² Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

³ Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme première naissance car elles n'ont pas d'intervalle intergénérisque précédent.

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

⁵ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

() Indiquent que les chiffres sont basés sur 25-49 cas non-pondérés.

Retard de croissance

La malnutrition protéino-énergétique chronique ou encore sous-nutrition chronique se traduit par une taille trop petite pour l'âge et correspond à un retard de croissance. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, «...il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance.» (Delpuech, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape pratiquement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. L'enfant qui a une taille trop petite pour son âge peut, cependant, avoir un poids correspondant à sa taille du moment. C'est pour cette raison que la sous-nutrition chronique n'est pas toujours perceptible dans une population. Ainsi un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut avoir la taille d'un autre enfant de deux ans bien nourri. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et il ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants ont été mesurés.

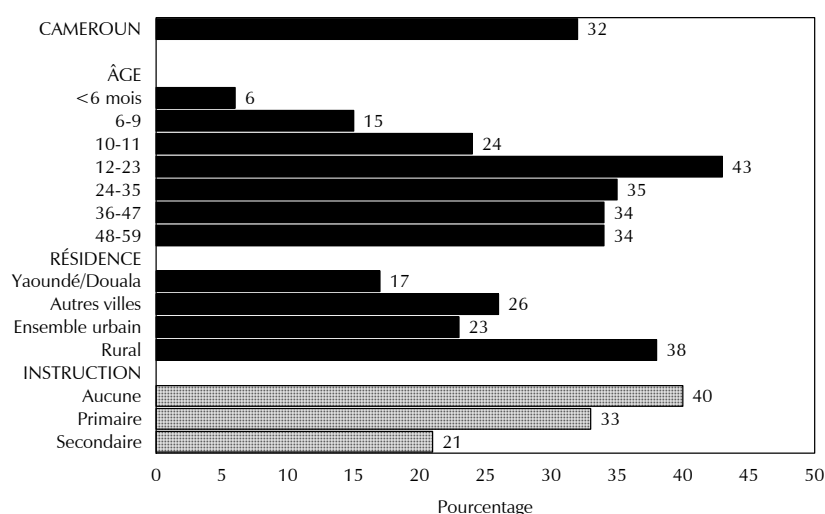
Selon les résultats du tableau 10.11 concernant l'indice taille-pour-âge, on constate que 32 % des enfants de moins de cinq ans au Cameroun souffrent de sous-nutrition chronique modérée (la taille-pour-âge se situe à moins de 2 écarts-type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence) et 13 % souffre de sous-nutrition chronique sévère (la taille-pour-âge se situe à moins de 3 écarts type de la médiane taille-pour-âge de la population de référence). Ces proportions sont beaucoup plus élevées par rapport à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à moins 2 écarts-type et 0,1 % à moins 3 écarts-type. La situation nutritionnelle des enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage est plus préoccupante que celle des enfants qui vivent avec leur mère : 33 % contre 25 % pour la sous-nutrition chronique modérée et 14 % contre 11 % pour la sous-nutrition chronique sévère.

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence de la sous-nutrition chronique, qu'elle soit modérée ou sévère. La proportion d'enfants accusant un retard de croissance modéré augmente régulièrement avec l'âge. Elle est de 6 % à moins de 6 mois qui correspond à la période pendant laquelle l'enfant bénéficie des bienfaits de allaitement maternel exclusif (graphique 10.2). La prévalence de la sous-nutrition chronique est un peu plus du double soit 15 % entre 6-9 mois ce qui dénote de l'inadéquation de l'introduction des aliments de complément. Entre 10-11 mois, cette prévalence atteint 24 %, révélant les méfaits d'une introduction inapproprié au plan familial. A partir de 12 mois, 43 % des enfants sont affectées, et la proportion des enfants affectés chute à 35 % et 34 % respectivement entre 24-35 mois et 36-59 mois. La période 12-59 mois, s'avère critique pour l'enfant : non seulement ses besoins nutritionnels accrus ne sont pas suffisamment couverts, en plus il est plus susceptibles de contracter des infections.

La forme sévère de la sous-nutrition chronique touche moins de 1 % des enfants qui ont moins de 6 mois et 5 % de ceux de 6-9 mois, 8 % de ceux de 10-11 mois et 17 % de ceux de 12-23 mois. Parmi les enfants âgés de 24-59 mois, plus de 14 % souffrent de la sous-nutrition chronique sévère. La situation de ces enfants est particulièrement préoccupante car après deux ans, le retard de croissance staturale n'est plus rattrapable.

L'on observe aucune différence significative selon le sexe en ce qui concerne la sous-nutrition chronique modérée (33 % chez les garçons contre 31 % chez les filles). Par contre, le rang de naissance semble constituer un facteur discriminant : on constate une augmentation légère de la sous-nutrition chronique modérée avec le rang de naissance, passant de 29 % pour les enfants de rang 2-3 et 4-5, à 33 %

Graphique 10.2 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance



pour les enfants de rang de 6 ou plus. L'intervalle intergénéral semble également avoir une influence sur la prévalence de la sous-nutrition chronique modérée, puisque les enfants avec un espacement de moins de 48 mois ont une prévalence de 36 % ou moins, contre 23 % lorsque l'espacement est 48 mois ou plus. La prévalence de la sous-nutrition chronique modérée est de 28 % quand l'enfant est premier né. Par ailleurs, la sous-nutrition chronique modérée est aussi fonction de la taille de l'enfant à la naissance. Plus la taille à la naissance est petite, plus la prévalence de la sous-nutrition chronique modérée est élevée. Elle est ainsi de 44 % pour les enfants très petits, de 42 % pour les petits, et de 29 % pour les enfants moyens ou gros.

Selon le milieu de résidence, près de quatre enfants sur dix du milieu rural (38 %) souffrent de sous-nutrition chronique modérée contre 26 % dans les Autres villes et 17 % à Yaoundé/Douala. Sous la forme sévère, la proportion d'enfants atteints de retard de croissance varie de 8 % en milieu urbain (4 % pour les villes de Yaoundé/Douala et 9 % pour les Autres villes) à 17 % en milieu rural. Pour ce qui est des régions, c'est dans le Nord que la prévalence de la sous-nutrition chronique modérée est la plus élevée (44 %), suivi de l'Extrême-Nord (37 %) et de l'Ouest (35 %). En outre, dans ces trois régions les proportions d'enfants souffrant de sous-nutrition chronique sévère sont respectivement de 21 %, et 17 % pour les deux dernières.

Le niveau d'instruction de la mère est la caractéristique en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente des variations importantes. Les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (40 %) sont les plus affectés par le retard de croissance chronique modéré par rapport à ceux dont la mère est de niveau d'instruction secondaire ou plus (21 %). Cet écart est encore plus grand pour la sous-nutrition chronique sévère (19 % contre 7 %). Ce résultat révèle, une fois de plus, la nécessité d'éduquer les femmes, car avec l'acquisition d'une certaine instruction, elles acquièrent également une meilleure connaissance des règles d'hygiène et des principes de base en matière de l'alimentation des enfants. Toutefois, il convient de noter que ces écarts peuvent aussi résulter de disparités socio-économiques entre les femmes instruites et celles qui ne le sont pas. En effet, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction vivent plus fréquemment dans des conditions précaires, caractérisées par les disponibilités alimentaires quantitatives et qualitatives limitées et par des conditions de logement parfois insalubres.

C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui expliquerait la forte prévalence de retard de croissance parmi les enfants des femmes sans niveau instruction.

Par rapport à l'âge de la mère, les enfants des mères âgées de 30-34 ans sont proportionnellement plus nombreux à accuser un retard de croissance modéré que les autres (36 % contre 28 % pour les enfants des mères âgées de 15-19 ans, et 31 % pour le reste).

Quant au niveau de vie du ménage, les enfants appartenant aux ménages pauvres souffrent plus de retard de croissance que ceux des ménages riches. En effet, 41 % et 19 % d'enfants des ménages très pauvres souffrent de sous-nutrition chronique modérée et sévère contre respectivement, 12 % et 3 % pour ceux des ménages les plus riches.

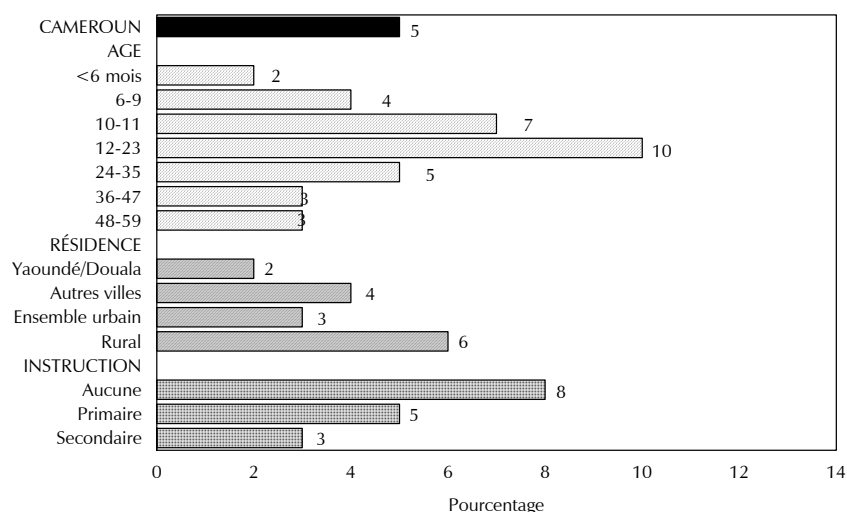
Émaciation

Le tableau 10.11 présente également les résultats relatifs à la prévalence de la sous-nutrition aiguë, évaluée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles d'entraîner des perturbations du poids et de la taille de l'enfant, comme des maladies infectieuses (rougeole, diarrhée, etc.) ou la sécheresse et les périodes de soudure caractérisées par des déficits alimentaires. En outre, ces facteurs sont très sensibles aux variations saisonnières. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période récente ayant précédé l'enquête ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère, rougeole ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins de deux écarts-type en dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence sont considérés comme étant atteints de sous-nutrition aiguë modérée; à moins de trois écarts-type, il s'agit de sous-nutrition aiguë sévère.

Au Cameroun, 5 % d'enfants de moins de cinq ans sont atteints de la sous-nutrition aiguë modérée et moins de 1 % sont affectés de la forme sévère. Ces proportions sont le résultat des pratiques alimentaires inappropriées chez les enfants, et parfois les infections aggravent la sous-nutrition aiguë de l'enfant. La proportion d'enfants atteints d'émaciation modérée est deux fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %) et huit fois plus élevée pour la forme sévère (0,1 %).

Les enfants âgés de 10-23 mois sont ceux qui souffrent le plus de malnutrition aiguë, en particulier ceux du groupe d'âges 12-23 mois (10 % sous la forme modérée et 3 % sous la forme sévère) (graphique 10.3). À partir de 24 mois, les proportions diminuent avec l'âge pour atteindre 3 % entre 48-59 mois pour la forme modérée et moins de 1 % pour la forme grave. Les enfants qui souffrent le plus de cette forme de malnutrition pourraient être, pour la plupart, ceux qui ne reçoivent pas d'aliments de complément en quantité et/ou en qualité suffisante pour couvrir leurs besoins nutritionnels accrus, ce qui provoque des carences nutritionnelles entraînant une plus grande fragilité face aux infections. Par ailleurs, ce groupe d'âges correspond également au stade de développement où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 8 - Santé de la mère et de l'enfant). Le fait qu'après le 2^e anniversaire, les proportions d'enfants émaciés diminuent, n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle peut être aussi la conséquence d'une forte mortalité des enfants les plus atteints, les moins touchés ayant survécu après leur 2^e anniversaire.

Graphique 10.3 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation



EDSC-III 2004

Par rapport au sexe de l'enfant les prévalences sont 5 % pour les filles comme pour les garçons. En fonction du rang de naissance la proportion des enfants affectés de la sous-nutrition aiguë modérée varie de 6 % pour les enfants dont le rang est compris entre 2-3, décroît à 3 % pour ceux qui occupent les rang 4-5, mais croît ensuite pour atteindre 6 % pour les enfants de rang 6 ou plus. S'agissant de l'intervalle intergénéral, la prévalence de la sous-nutrition aiguë modérée est de 4 % pour les enfants nés moins de 24 mois après leur aîné, augmente à 5 % pour les intervalles compris entre 24-47 mois ; elle est de 5 % à 48 mois et plus. Il convient de souligner que 6 % des enfants de rang 1 sont affectés par la sous-nutrition aiguë modérée.

Par ailleurs, on constate que les enfants vivant en milieu rural (6 %) sont plus fréquemment atteints de sous-nutrition aiguë modérée que ceux qui vivent dans les Autres villes (4 %) et à Yaoundé/Douala (2 %). En ce qui concerne les régions, les résultats font apparaître une prévalence un peu plus élevée de la sous-nutrition aiguë modérée dans l'Extrême-Nord (9 %) et le Nord-Ouest (8 %) que dans les autres régions.

Le niveau d'instruction de la mère influence le niveau de la prévalence de la sous-nutrition aiguë modérée : 8 % des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction souffrent de cette forme de malnutrition contre 3 % parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (graphique 10.3). Enfin, il faut noter que les enfants qui vivent avec leur mère sont plus affectés (5 %) que ceux dont la mère n'est pas dans le ménage (3 %). Ceux vivant dans des ménages les plus pauvres (7 %) le sont plus que ceux des ménages les plus riches (2 %).

Insuffisance pondérale

Le tableau 10.11 présente enfin, l'état nutritionnel des enfants évalué au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indicateur est un indice qui reflète, à la fois et sans les différencier, les deux précédentes formes de malnutrition protéino-énergétique, chronique et aiguë. C'est donc un *indice combiné* (puisque'un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance) qui traduit une *insuffisance pondérale* chez les enfants. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour le suivi des progrès nutritionnels et la surveillance de la croissance des jeunes

enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et de celles récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre les comparaisons avec les résultats des études ou des suivis de la croissance des enfants qui utilisent cette mesure. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type en dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée, à moins de trois écarts-type, on parle d'insuffisance pondérale sévère.

Près d'un enfant sur cinq (18 %) âgé de moins de cinq ans au Cameroun souffre d'insuffisance pondérale modérée et 4 % d'insuffisance pondérale sévère. Une fois encore, la situation reste préoccupante, puisque ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %).

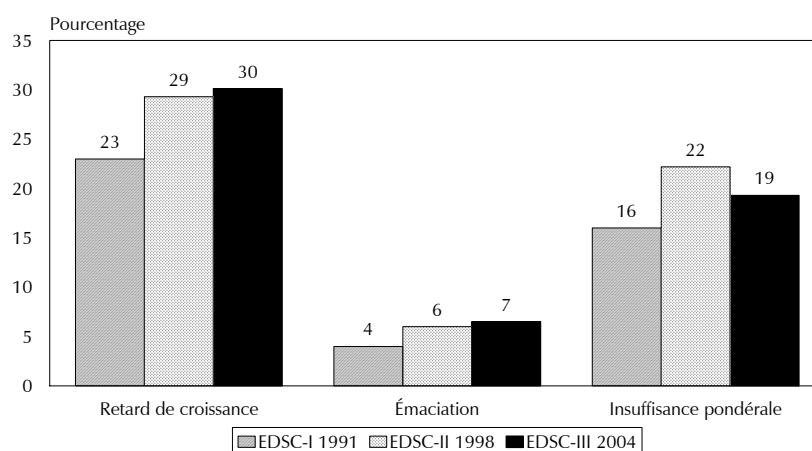
On constate des disparités importantes du niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition qui se rencontre déjà chez les nourrissons (environ 1 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher près d'un quart des enfants de 10-11 mois (24 %) et plus d'un quart d'entre eux à 12-23 mois (28 %). Les différences selon le sexe sont faibles (17 % pour le masculin et 19 % pour le féminin). Pour ce qui est du rang de naissance, les variations vont de 16 % pour les enfants de rang inférieur à 6, à 20 % pour les enfants de rang 6 ou plus. Les enfants pour lesquels l'intervalle intergénéral est inférieur à 24 mois présentent plus fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (25 % contre 10 % quand l'intervalle est de 48 mois ou plus).

En milieu rural, on constate que près d'un quart des enfants (23 %) sont atteints par l'insuffisance pondérale modérée contre 15 % dans les Autres villes et 5 % à Yaoundé/Douala. Dans l'Extrême-Nord, plus d'un enfant sur trois (36 %) présente une insuffisance pondérale modérée et cette proportion est de plus d'un quart dans le Nord (28 %). Dans les autres régions, ces proportions sont inférieures à 18 %. Comme pour la sous-nutrition chronique modérée, le niveau d'instruction de la mère est la caractéristique en fonction de laquelle on constate l'écart le plus important : 7 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale modérée contre 16 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 33 % pour ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction. Les différences selon l'âge de la mère ne sont pas importantes, la prévalence tourne autour de 18 %. Enfin, dans les ménages les plus pauvres, 28 % des enfants présentent une insuffisance pondérale modérée contre 5 % dans les ménages les plus riches.

Tendance de la malnutrition

Afin de comparer les indices de la malnutrition avec l'EDSC-I (1991) et l'EDSC-II (1998), ces trois indices ont été calculés pour les enfants âgés de moins de trois ans. Le graphique 10.4 présente les niveaux de malnutrition des enfants de moins de trois ans d'après les trois enquêtes. Entre 1991 et 1998, l'on avait observé une détérioration de l'état nutritionnel au Cameroun. La situation ne s'est guère améliorée entre 1998 et 2004, surtout en ce qui concerne le retard de croissance et l'émaciation. En effet, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de 0-3 ans est passée de 23 % en 1991 à 29 % en 1998 et se situe à 30 % en 2004, dont 11 % sous une forme sévère. Celle de l'émaciation aux mêmes âges est passée de 4 % à 6 %, puis à 7 % pour les mêmes périodes. La prévalence de l'insuffisance pondérale qui s'était accrue entre 1991 et 1998, de 16 % à 22 %, aurait connu une légère baisse entre 1998 et 2004 (19 %).

Graphique 10.4 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 3 ans) selon l'EDSC-I 1991, l'EDSC-II 1998 et l'EDSC-III 2004



10.3.2 État nutritionnel des femmes

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle puisqu'il a une influence importante sur l'évolution et l'issue des grossesses. Il joue également un grand rôle sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné, à la fois, par les apports alimentaires, leur état de santé et le temps écoulé depuis le dernier accouchement. Il existe donc une relation étroite entre d'une part les niveaux de fécondité et de mortalité et d'autre part l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à haut risque.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socio-économique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petites tailles sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

Dans le cadre de l'EDSC-III, pour déterminer l'état nutritionnel des femmes, on a pris le poids et mesuré la taille de toutes les femmes de 15-49 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon, contrairement à l'EDSC-II qui n'avait considéré que les femmes ayant eu une naissance vivante durant les trois années précédant l'enquête. À partir des résultats du tableau 10.12, on constate que la taille moyenne (160,0 centimètres) des femmes au Cameroun se situe au-dessus de l'intervalle considéré comme à risque. On constate également que moins de 1 % des femmes a une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme seuil limite critique. Les proportions de femmes dont la taille est en deçà de la limite critique varient assez peu quelque soit le milieu de résidence. Cependant, les femmes de petite taille sont proportionnellement plus nombreuses dans les régions du Sud (3 %), de l'Est et du Sud-Ouest (2 % respectivement). Mis à part ces petits écarts, la taille moyenne inférieure au seuil de 145 cm présente de variations importantes en fonction des régions.

Tableau 10.12 État nutritionnel des femmes par caractéristiques socio-démographiques

Taille moyenne des femmes de 15-49 ans, pourcentage de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Taille			IMC ¹ (kg/m ²)									Effectif de femmes
	Taille moyenne en centimètres	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif	Moyenne de l'IMC	18.5-24.9	<18.5	17.0-18.4	16.0-16.9	<16.0	≥25.0	25.0-29.9	≥30.0	
					(normal)	(maigre)	(maigre légère)	(maigre modérée)	(maigre sévère)	(gros ou obèse)	(gros)	(obèse)	
Âge													
15-19	159,0	1,1	1 283	22,2	73,1	10,4	6,8	2,1	1,5	16,5	15,2	1,3	1 142
20-24	159,8	0,5	1 086	23,1	68,8	6,2	4,5	0,9	0,8	25,0	21,5	3,5	897
25-29	160,5	0,9	855	23,6	65,2	5,6	4,5	0,7	0,5	29,1	22,0	7,1	694
30-34	160,8	0,8	675	24,2	62,0	5,0	3,2	1,3	0,5	33,0	22,3	10,6	567
35-39	160,8	0,6	509	25,1	54,4	4,0	3,0	0,4	0,7	41,6	24,0	17,5	467
40-44	160,3	0,9	411	24,9	52,7	5,9	3,8	1,8	0,3	41,4	25,9	15,5	404
45-49	160,4	0,9	323	25,2	54,9	5,2	3,6	1,2	0,4	40,0	19,5	20,4	320
Milieu de résidence													
Yaoundé/Douala	161,2	0,3	1 059	25,3	52,2	3,8	3,1	0,1	0,6	44,0	28,1	15,9	962
Autres villes	159,9	0,6	1 733	24,0	59,9	6,9	5,2	1,2	0,6	33,1	23,2	9,9	1 515
Ensemble urbain	160,4	0,5	2 792	24,5	56,9	5,7	4,4	0,8	0,6	37,4	25,1	12,2	2 477
Rural	159,6	1,2	2 351	22,5	73,9	7,9	4,9	1,9	1,1	18,2	15,0	3,2	2 014
Région													
Adamaoua	159,6	0,5	207	22,4	66,9	12,3	8,1	2,2	2,1	20,7	15,8	5,0	177
Centre	160,9	0,5	439	22,9	70,6	7,1	5,7	1,4	0,0	22,4	18,3	4,1	390
Douala	161,3	0,4	560	25,6	49,5	2,7	1,8	0,0	0,9	47,7	30,5	17,3	518
Est	158,1	2,4	260	22,8	70,2	7,5	6,6	0,9	0,0	22,3	17,2	5,1	229
Extrême-Nord	160,6	0,6	816	21,1	74,2	17,2	9,6	5,1	2,4	8,6	7,0	1,6	678
Littoral	159,0	1,0	235	24,6	57,7	4,4	3,3	0,6	0,5	37,9	25,4	12,5	214
Nord	160,0	0,2	454	22,2	75,9	8,1	6,4	1,1	0,5	16,0	12,1	4,0	368
Nord-Ouest	158,9	1,1	529	24,0	67,8	2,5	1,8	0,2	0,5	29,7	23,6	6,1	477
Ouest	160,5	0,0	541	25,1	57,7	1,2	0,7	0,0	0,4	41,2	27,9	13,2	473
Sud	158,9	2,5	230	23,1	70,6	6,1	4,5	1,0	0,6	23,3	17,5	5,8	201
Sud-Ouest	158,2	2,4	373	24,1	61,7	4,0	3,0	0,4	0,6	34,4	27,7	6,6	322
Yaoundé	161,2	0,2	499	24,9	55,3	5,0	4,5	0,3	0,3	39,7	25,4	14,3	444
Niveau d'instruction													
Aucun	160,1	0,7	1 125	21,8	74,7	12,7	8,6	2,4	1,7	12,6	9,2	3,4	936
Primaire	159,5	1,1	2 020	23,7	63,4	6,5	3,9	1,5	1,0	30,1	21,6	8,5	1 739
Secondaire ou plus	160,5	0,6	1 998	24,4	60,4	3,8	3,2	0,5	0,1	35,8	25,5	10,3	1 816
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	159,3	0,8	945	21,9	77,4	9,6	6,5	1,9	1,2	13,0	11,4	1,6	796
Second	159,7	1,4	892	22,1	73,1	11,1	6,9	2,7	1,5	15,8	13,5	2,3	744
Moyen	159,6	0,7	991	23,5	67,5	5,3	3,8	0,6	0,8	27,2	20,8	6,5	865
Quatrième	160,2	1,0	1 082	24,4	58,7	5,6	4,2	0,9	0,5	35,7	23,9	11,8	968
Le plus riche	161,0	0,4	1 233	25,2	52,4	3,8	2,8	0,6	0,4	43,8	28,9	14,9	1 118
Ensemble	160,0	0,8	5 143	23,6	64,6	6,7	4,6	1,3	0,8	28,7	20,6	8,2	4 491

¹ Non compris les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les deux derniers mois.

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou encore Indice de Quételet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille⁵. Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme ayant un déficit énergétique chronique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids. Au Cameroun, la valeur moyenne de l'IMC est de 23,6 avec une proportion relativement importante de femmes (7 %) se situant en deçà du seuil critique de 18,5 et ayant de ce fait un déficit énergétique chronique dont 5 % sous une forme légère, environ 1 % sous une forme modérée ou sévère. Les niveaux de l'IMC sont à mettre en relation avec la proportion d'enfants de faible poids à la naissance ainsi qu'avec les proportions d'enfants de moins de cinq ans atteints de malnutrition.

D'une manière générale, l'IMC moyen des femmes ne varie pas de façon importante en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Cependant, des disparités subsistent lorsqu'il s'agit de la proportion se situant en deçà du seuil critique de 18,5. C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de déficit énergétique chronique est le plus élevé (10 %). La prévalence du déficit énergétique chronique est plus élevée en milieu rural (8 %) et dans les Autres villes (7 %) et il varie d'un minimum d'environ 1 % à l'Ouest à un maximum de 17 % dans l'Extrême-Nord. L'Adamaoua est aussi un peu plus touché avec une proportion de 12 % de femmes en deçà du seuil critique. Selon le niveau d'instruction, les variations sont importantes: 4 % pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus contre 13 % pour celles sans niveau d'instruction. Le niveau de vie du ménage détermine également la malnutrition aiguë chez la femme. Les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres (10 %) présentent plus de déficience énergétique que celles des ménages les plus riches (4 %).

Autant le déficit énergétique est à l'origine de la morbidité et de la mortalité dans la population en général et chez les femmes en particulier, autant l'obésité expose à de nombreux risques des maladies telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Le problème de surpoids est émergent au Cameroun. Le Ministère de la Santé Publique vient de créer un centre de lutte contre l'obésité. Il ressort du tableau 10.12 qu'environ trois femmes sur dix (29 %) ont un indice de masse corporelle élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des femmes ayant un surpoids. Le phénomène de surpoids varie également selon les caractéristiques socio-démographiques. En effet, par rapport à l'âge, le surpoids touche plus les femmes âgées que les jeunes : 17 % des jeunes de 15 à 19 ans ont un IMC supérieur ou égal à 25 contre 33 % chez les femmes de 30-34 ans et plus de 40 % pour les femmes âgées de 35 ans ou plus. L'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) commence à s'accroître lorsque la femme atteint 30 ans : 11 % chez les femmes de 30-34 ans, 18 % chez celles de 35-39 ans et 20 % chez les femmes de 45-49 ans.

Par rapport à la résidence, le problème de surpoids est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural. A Yaoundé/Douala 44% des femmes ont un IMC supérieur ou égal à 25 (dont 16 % d'obèses), contre 33 % des femmes dans les Autres villes (dont 10 % d'obèses) et 18 % de femmes en milieu rural (dont 3 % d'obèses). Selon les régions, c'est parmi les femmes de l'Ouest (41 %), du Littoral (38 %) et dans une moindre mesure celles du Sud-Ouest (34 %) que le problème de surpoids se pose avec acuité. Par rapport au niveau d'instruction, les femmes sans niveau d'instruction (13 %) ont moins de problème de surpoids que les femmes du niveau d'instruction primaire (30 %) et secondaire ou plus (36 %). Le niveau de vie est un déterminant du surpoids chez les femmes : de 13 % chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, à 44 % chez les femmes des ménages les plus riches.

⁵ L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

Paul Roger LIBITE

Ce chapitre porte sur les indicateurs de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces indicateurs fournissent des informations sur les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité néonatale, de la mortalité post-néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile. Ces différentes informations sont très utiles pour l'élaboration des politiques de population et des programmes de santé. Les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile sont généralement influencés par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. Ils reflètent le niveau de pauvreté et les conditions de précarité dans lesquelles vivent les populations enquêtées. Pour toutes ces raisons, on considère que les taux de mortalité infantile sont les meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Méthodologie et qualité des données

Les indicateurs de la mortalité présentés dans ce chapitre ont été estimés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Dans la section 2 du questionnaire, l'enquêtrice enregistre des informations globales sur toutes les naissances de la femme. Dans la procédure de collecte, les questions permettaient de distinguer le nombre total des fils et filles qui vivent avec la femme de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Par la suite, et pour chacune des naissances, l'enquêtrice obtient des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

La qualité des estimations de la mortalité basées sur l'historique dépend de la complétude avec laquelle les naissances et les décès ont été déclarés et enregistrés. L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente à la fois des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement.

Limites d'ordre méthodologique

Sur le plan méthodologique, la collecte des données se fait auprès de personnes vivantes (femmes de 15-49 ans) au moment de l'enquête; ceci ne permet pas d'obtenir des informations sur la survie ou le décès des enfants dont la mère est décédée au moment de l'interview. Dans le cas où ces enfants « orphelins de mère » seraient en nombre important, et où leur mortalité serait différente de celle des enfants dont la mère survit, le niveau de mortalité estimé s'en trouverait biaisé.

En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives pour certaines périodes passées : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, aucune information n'est disponible sur les naissances issues des femmes âgées de 40-49 ans à cette période. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans à ce moment-là ne sont plus éligibles au moment de l'enquête. Par conséquent, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues de femmes de 40-49 ans, et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des

femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un important biais sur l'estimation de la mortalité des enfants pour la période étudiée.

Selon les résultats de l'enquête ménage, moins de 1 % (0,7 %) des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages (tableau 2.3) étaient orphelins de mère. Par ailleurs, au cours des cinq dernières années, les femmes de 40 ans ou plus n'ont contribué que pour 7 % à la fécondité totale. En conclusion, les biais évoqués précédemment devraient être minimes et négligeables.

Risques d'erreurs d'enregistrement

En ce qui concerne la collecte proprement dite, la validité des données sur la mortalité des enfants peut être affectée par :

1) **le sous-enregistrement des naissances et/ou des décès.** Il peut provenir de la double omission de naissances et de décès ou de l'un des deux événements. Les mères ont parfois tendance à omettre de déclarer les naissances et/ou des décès d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance. Ces cas d'omission peuvent induire une sous-estimation de la mortalité. De plus, du fait de problème de mémoire, l'effet de sous-enregistrement peut être d'autant plus significatif que la période de référence est éloignée de la date de l'enquête. Ainsi, plus ces cas d'omission sont importants, plus les niveaux estimés de la mortalité peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation du sous-enregistrement des décès de très jeunes enfants consiste à calculer la proportion des décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent, l'on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité des enfants : une proportion inférieure à 60 % indiquerait un sous-enregistrement important des décès très précoces. Dans le cas de l'EDSC-III, les proportions varient d'un minimum de 72 %, pour la période de 10-14 ans avant l'enquête, à un maximum de 79 % pour la période 0-4 ans avant l'enquête (tableau C.5 en Annexe C), ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement important des décès précoces. Le rapport de la mortalité néonatale à la mortalité infantile peut également être utilisé pour apprécier l'importance de la sous-déclaration des décès de jeunes enfants. Comme on peut le constater au tableau C.6 (Annexe C), selon la période quinquennale considérée, les proportions se situent à un niveau acceptable, variant de 40 % à 51 %, et ne mettent pas en évidence de sous-enregistrement important des décès précoces.

2) **les déplacements différentiels de dates de naissances des enfants,** selon qu'ils sont vivants ou décédés. Ces déplacements peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et par conséquent une surestimation de la mortalité de la période précédente (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête). À l'annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances selon leur état de survie, par année de naissance. Le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un déficit des naissances en 2000 et un surplus en 1999. Ces déplacements semblent moins prononcés pour les enfants décédés, avec un rapport de 93 (<100) en 2000 contre 106,8 pour 1999. Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale, soit 1999-2004 pour la plus récente, et 1994-1999 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés par des transferts à l'intérieur d'un même intervalle de référence.

3) **l'imprécision des déclarations de l'âge au décès** et, en particulier, l'attraction de certains âges au décès, peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, en transformant une partie des décès d'enfants de moins d'un an en décès d'enfants plus âgés (12-59 mois). Pour minimiser ce type d'erreurs, on a demandé aux enquêtrices d'enregistrer les âges au décès *en jours* pour ceux survenus dans les 29 jours suivant la naissance, *en mois* pour ceux survenus aux âges de 1 à 23 mois, et *en années* pour le reste. À l'annexe C, les tableaux, C.5 et C.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours et mois). On note que l'attraction pour « 12

mois » est faible. Par contre, l'âge au décès de certains enfants, pourtant compris entre le 12^{ème} et le 23^{ème} mois, a été enregistré en années (1 an), au lieu de mois. Même s'il est probable qu'une partie des décès ainsi enregistrés soit en réalité survenus entre 9 et 12 mois, leur effectif n'est pas assez important pour introduire un biais significatif ni dans l'estimation de la mortalité infantile, ni dans celle de la mortalité juvénile.

Finalement, les données de l'historique des naissances ne comportent qu'une très faible marge d'erreur dans l'estimation des indicateurs de la mortalité des enfants pour les périodes récentes (Sullivan et al., 1990). On n'a donc procédé à aucun ajustement des données et les résultats sur les tendances peuvent être considérés comme valables pour les quinze à vingt dernières années avant l'enquête.

11.1 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS

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

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

Le tableau 11.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés par périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1990 à 2004.

Tableau 11.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, Cameroun 2004					
Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	29	45	74	75	144
5-9	42	47	89	69	152
10-14	41	39	80	58	133
¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.					

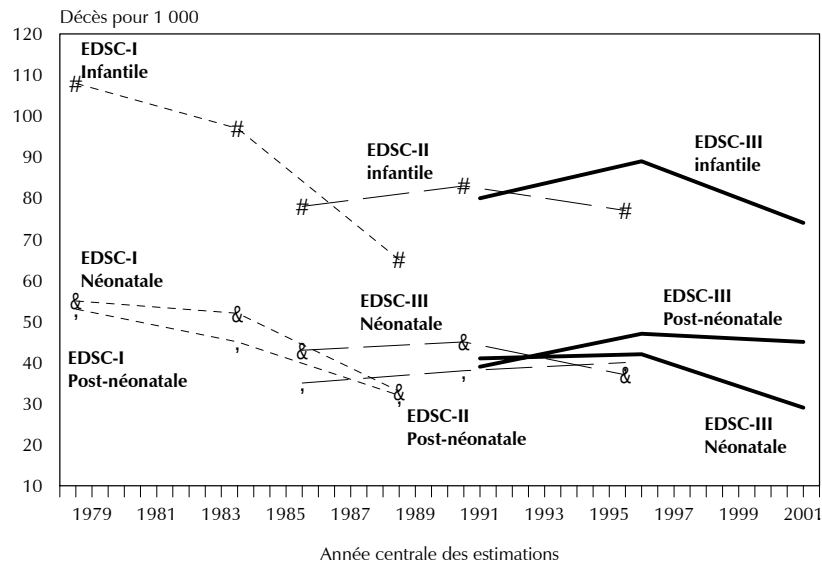
Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 74 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (29 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 45 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 75 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 144 pour 1 000 naissances, soit environ un enfant sur sept.

Si l'on se réfère au schéma type des tables de mortalité, la mortalité néo-natale devrait être largement supérieure à la mortalité post-néonatale et la mortalité infantile plus élevée que la mortalité juvénile. La structure par âge de la mortalité des enfants, pour les cinq dernières années avant l'enquête, ne semble pas suivre le schéma des tables types. Elle est plutôt caractérisée par une surmortalité aux périodes post-néonatale et juvénile. On observe en effet que le risque de mortalité néonatale est inférieur à la mortalité post-néonatale (29 ‰ contre 45 ‰), tout comme la mortalité infantile (74 ‰) est presque égale à la mortalité juvénile (75 ‰). Ces types de rapport entre d'une part la mortalité néonatale et post-néonatale, et la mortalité infantile et juvénile d'autre part, avaient déjà été observés lors des précédentes enquêtes réalisées en 1991 (EDSC-I) et 1998 (EDSC-II). Par ailleurs, d'après les résultats des autres enquêtes EDS, la quasi-totalité des pays d'Afrique Subsaharienne présentent, au moins, l'une des deux spécificités citées ci-dessus et plus du tiers de ces pays présentent ces deux spécificités. Ce phénomène n'est pourtant observé ni dans les pays du Maghreb, ni dans les pays de l'Afrique Australe. Il est permis de penser que des facteurs socio-économiques, culturels et écologiques expliqueraient cette spécificité de la mortalité des enfants de l'Afrique Subsaharienne.

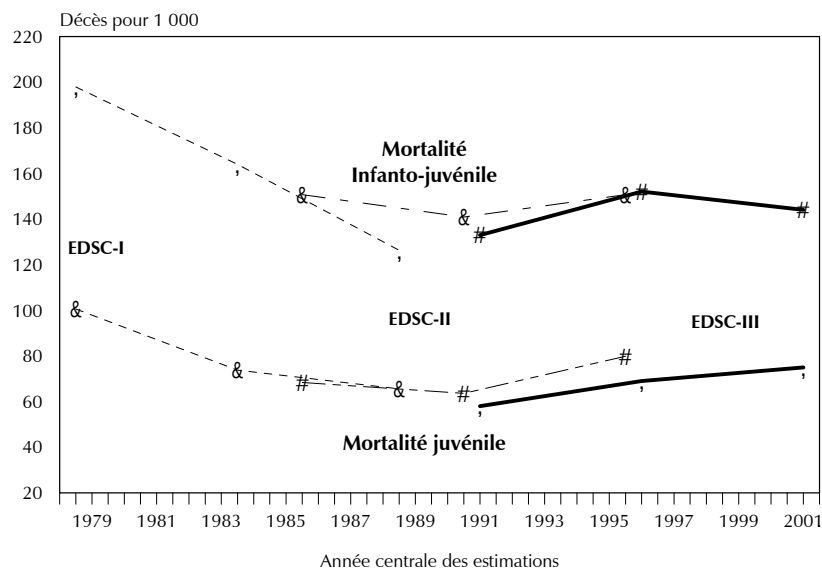
Les données du tableau 11.1 illustrées par les graphiques 11.1 et 11.2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des vingt dernières années. On constate pour la période récente, une quasi-stabilité des niveaux de la mortalité post-néonatale et juvénile des enfants, mais aussi pour l'ensemble de la mortalité infanto-juvénile. En effet, par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisé en 1998 (EDSC-II), le niveau de toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenus en 2004 est sensiblement le même : mortalité infantile de 74 pour mille à l'EDSC-III contre 77 pour mille en 1998 pour les cinq dernières années, mortalité infanto-juvénile de 144 pour mille les années 1999-2004 contre 151 pour mille pour les cinq années précédant l'EDSC-II. En portant les tendances observées aux précédentes enquêtes (EDSC-I, EDSC-II), sur un même graphique, il ressort la situation suivante :

- la mortalité néonatale connaît une baisse légère depuis la fin de la décennie 70 (1978) (graphique 11.1). Elle est cependant demeurée supérieure à la mortalité post-néonatale jusqu'en 1992. La mortalité post-néonatale a aussi connu une baisse légère, mais depuis 1992 elle a amorcé une tendance à la hausse qui s'est accélérée au cours des dernières années, période au cours de laquelle la mortalité post-néonatale est devenue supérieure à la mortalité néonatale. L'évolution de la mortalité infantile est la résultante de celles de ses composantes néonatale et post-néonatale. Globalement, la mortalité infantile connaît une baisse jusqu'aux années 1990 quand elle a amorcé une tendance à la hausse certainement imprimée par le mouvement de la mortalité post-néonatale.
- la mortalité juvénile connaît une baisse moins prononcée que la mortalité infantile de 1978 jusqu'en 1992 et commence une évolution à un rythme à peu près identique mais de sens inverse que lors de la phase de la baisse (graphique 11.2). L'évolution de la mortalité infanto-juvénile est la résultante de celles de ses composantes infantile et juvénile. Il s'en suit donc qu'après la baisse de la mortalité infanto-juvénile de 1978 à 1992, celle-ci connaît depuis lors une tendance à la hausse.

Graphique 11.1 Tendence de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon différentes sources



Graphique 11.2 Tendence de la mortalité juvénile et infanto-juvénile selon différentes sources



La stabilité tout comme la hausse de la mortalité des enfants dans un pays sont des phénomènes inhabituels au regard des efforts consentis pour la santé par le Gouvernement avec l'appui des partenaires multi et bilatéraux, à travers les financements allouées aux différents programmes mis en œuvre. Cependant au Cameroun, cette tendance à la hausse semble cohérente avec la situation sanitaire des enfants et peut s'expliquer par le fait que les efforts fournis dans le secteur santé ont seulement pu

contenir la hausse de la mortalité observée à la suite de la crise économique mais n'ont pas pu inverser la tendance. En dehors des progrès réalisés dans le domaine de la vaccination, la plupart des indicateurs relatifs à la santé des enfants (Voir Chapitre 8, et Chapitre 10) sont au mieux restés stables ou se sont dégradés.

11.2 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le niveau de la mortalité varie tant avec les caractéristiques de la mère qu'avec celles des enfants. Le tableau 11.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère pour les 10 années précédant l'enquête (1995-2004). La référence à une période de dix années utilisée ici est nécessaire pour disposer d'un effectif d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu.

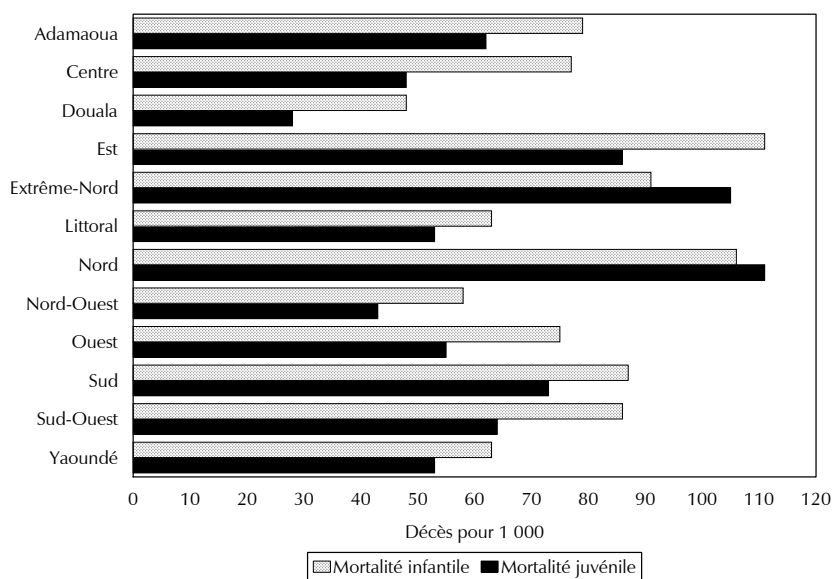
Tableau 11.2 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, Cameroun 2004					
Caractéristique socio-démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	30	26	55	40	93
Autres villes	34	39	73	62	130
Ensemble urbain	33	35	68	55	119
Rural	37	54	91	85	169
Région					
Adamaoua	32	47	79	62	136
Centre	29	48	77	48	120
Douala	31	17	48	28	75
Est	43	67	111	86	187
Extrême-Nord	34	56	91	105	186
Littoral	33	31	63	53	113
Nord	45	61	106	111	205
Nord-Ouest	32	27	58	43	99
Ouest	34	41	75	55	126
Sud	38	50	87	73	154
Sud-Ouest	40	45	86	64	144
Yaoundé	29	34	63	53	112
Niveau d'instruction					
Aucun	39	56	94	101	186
Primaire	36	48	85	70	149
Secondaire ou plus	29	30	59	37	93
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	45	56	101	98	189
Second	31	60	91	78	162
Moyen	39	44	83	73	150
Quatrième	26	37	63	55	115
Le plus riche	29	23	51	38	88

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

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. Ces écarts sont plus accentués au cours des périodes post-néonatale (entre 1 et 11 mois) et juvénile (entre 1 et 4 ans). D'une manière générale, la mortalité infantile est nettement moins élevée en milieu urbain (68 ‰) qu'en milieu rural (91 ‰) ; elle est beaucoup plus faible à Yaoundé/Douala (55 ‰) que dans les Autres villes (73 ‰). En outre, on peut noter que la mortalité post-néonatale des enfants de Yaoundé/Douala (26 ‰) est plus d'une fois et demie inférieure à celle des enfants des Autres villes (39 ‰) et plus de deux fois inférieure à celle des enfants du milieu rural (54 ‰). En ce qui concerne la mortalité néonatale, on constate que les différences sont moins importantes. De même, après le premier anniversaire, les résultats montrent que, en milieu urbain, sur 1000 enfants survivants au premier anniversaire, 55 décèdent avant le cinquième anniversaire. En milieu rural, 85 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Dans l'ensemble, on note que c'est à Yaoundé/Douala (93 ‰) que le niveau de la mortalité infanto-juvénile est le plus faible ; il est nettement plus faible que dans les Autres villes (130 ‰) et qu'en milieu rural (169 ‰). Les différences de l'offre et des niveaux d'utilisation des services de santé expliqueraient ces différences de mortalité.

L'analyse par région met en évidence de fortes disparités (graphique 11.3). En effet, la probabilité de mourir entre 0 et 5 ans varie de manière importante d'une région à l'autre. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au double, d'un minimum de 58 ‰ dans le Nord-Ouest à un maximum de 111 ‰ à l'Est. En ce qui concerne la mortalité juvénile, son niveau varie encore plus, passant de 43 ‰ dans le Nord-Ouest à 111 ‰ dans le Nord. Les régions du Nord et de l'Extrême-Nord se distinguent des autres régions par une mortalité juvénile supérieure à la mortalité infantile. Quant à la mortalité infanto-juvénile, on peut noter que globalement, c'est dans le Nord-Ouest (99 ‰) qu'elle est la plus faible et c'est au Nord (205 ‰) qu'elle est la plus élevée.

Graphique 11.3 Mortalité infantile et juvénile par région



EDSC-III 2004

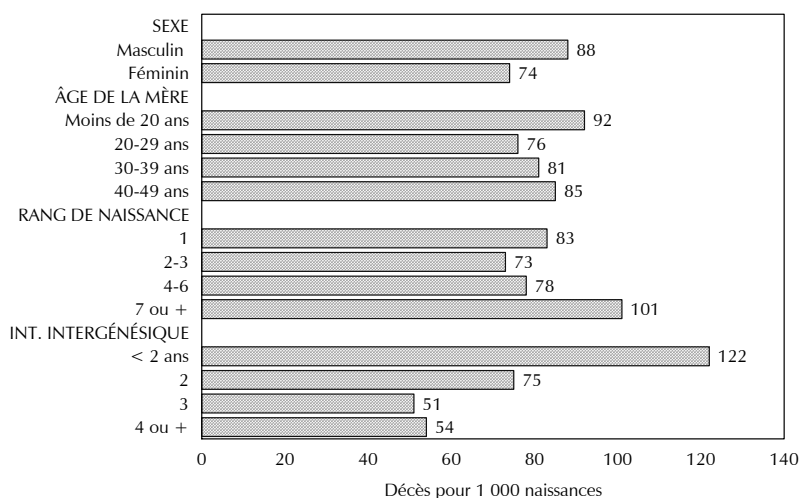
Comme observé dans la plupart des études, la survie de l'enfant est fortement corrélée au niveau d'instruction de la mère. Un niveau d'instruction élevé est généralement associé à de faibles taux de mortalité ; les femmes instruites étant plus fréquemment exposées aux informations concernant une bonne nutrition, l'utilisation de la contraception pour l'espacement des naissances, la prévention des maladies des enfants et leur traitement. Les résultats montrent que la différence de mortalité des enfants selon le

niveau d’instruction de la mère commence dans la période néonatale. En effet, la mortalité des enfants dont la mère n’a aucun niveau d’instruction est de 1,34 fois supérieure à celle des enfants dont la mère a, au moins, un niveau d’instruction secondaire (soit, respectivement 39 ‰ contre 29 ‰). Cette différence s’accroît dans la période post-néonatale avec des taux respectifs de 56 ‰ contre 30 ‰ (soit 1,85 fois). Dans l’ensemble, un enfant dont la mère n’a aucun niveau d’instruction a une probabilité de mourir, avant le premier anniversaire 1,59 fois plus élevée que celle d’un enfant dont la mère a un niveau d’instruction secondaire ou plus (94 ‰ contre 59 ‰). La différence de mortalité observée dans la période infantile devient encore plus importante au cours de la période juvénile (101 ‰ contre 37 ‰ soit 2,73 fois). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 186 ‰ pour les enfants dont la mère n’a aucun niveau d’instruction et de 93 ‰ lorsque celle-ci a atteint au moins le niveau d’instruction secondaire. Chez les enfants dont la mère a un niveau d’instruction primaire, on observe une situation intermédiaire. Cependant, la réduction des risques de mortalité des enfants est plus importante lorsque la mère passe du niveau d’instruction primaire au niveau d’instruction secondaire ou plus, que lorsqu’elle acquiert un niveau d’instruction primaire.

Les résultats montrent également que les conditions de vie des ménages influencent fortement les risques de décéder. Quelle que soit la composante de la mortalité des enfants, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches.

Le graphique 11.4 et le tableau 11.3 présentent les quotients de mortalité pour la période de dix années précédant l’enquête selon certaines caractéristiques des enfants et certains comportements procréateurs des mères. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la plupart des populations, relativement plus élevée que celles des enfants de sexe féminin. Les résultats montrent qu’à la naissance, sur 1 000 garçons, 154 n’atteignent pas leur cinquième anniversaire contre 141 pour 1 000 filles. Il apparaît que c’est au cours du premier mois de vie que la surmortalité des enfants de sexe masculin est plus élevée. Contrairement aux deux précédentes enquêtes (EDSC-I et EDSC-II), où l’on avait observé une surmortalité féminine aux périodes post-néonatale et juvénile, à l’EDSC-III, la mortalité masculine est, quelle que soit la composante de la mortalité, supérieure à la mortalité féminine.

Graphique 11.4 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances



EDSC-III 2004

Au moment de l'enquête, on a demandé à la mère de fournir une évaluation de la grosseur de l'enfant à la naissance (est-ce qu'à la naissance, l'enfant était très petit, petit, moyen ou gros ?). Il convient de rappeler que le poids d'un enfant à la naissance est déterminé par un certain nombre de facteurs, notamment : l'état de santé, l'état nutritionnel et la maturité physiologique de la mère au cours de la grossesse. Par ailleurs, il est reconnu que les grossesses peu espacées et/ou répétées, ainsi que l'immaturité physiologique de la future maman sont des facteurs favorisant la naissance d'un enfant à faible poids.

Ainsi, le tableau 11.3 fournit les niveaux de mortalité selon la grosseur de l'enfant à la naissance. Il apparaît que les bébés très petits ou petits (y compris les prématurés) courent un risque de décéder avant un an beaucoup plus élevée que celui des bébés moyens ou gros (108 ‰ contre 64 ‰). En outre, la période néonatale s'avère critique pour les bébés petits ou très petits ; leur mortalité durant les 30 premiers jours est de deux fois et demie plus élevée que celle des enfants moyens ou gros. Après avoir passé la période critique des 30 premiers jours, les différences de mortalité entre les deux catégories d'enfants se réduisent (55 ‰ et 43 ‰), bien que le niveau de mortalité post-néonatale ait plus que doublé pour les enfants moyens ou gros par rapport à la période néonatale.

Tableau 11.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, Cameroun 2004

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₅ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Sexe de l'enfant					
Masculin	41	47	88	73	154
Féminin	30	45	74	72	141
Age de la mère à la naissance					
<20	40	52	92	92	175
20-29	31	45	76	67	138
30-39	39	43	81	63	139
40-49	(51)	(35)	(85)	*	*
Rang de naissance					
1	39	44	83	66	144
2-3	27	46	73	75	142
4-6	32	46	78	72	144
7+	53	48	101	77	171
Intervalle avec la naissance précédente²					
<2 années	50	72	122	95	205
2 années	33	42	75	73	142
3 années	21	31	51	72	119
4+ années	24	30	54	45	97
Taille à la naissance³					
Petit ou très petit	53	55	108	na	na
Moyen ou gros	21	43	64	na	na

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

² Non compris les naissances de rang 1.

³ Quotients pour la période de cinq ans avant l'enquête.

() Basé sur 250-499 personne/mois d'exposition

* Basé sur 0-249 personne/mois d'exposition

na = Non applicable

D'autres caractéristiques décrivant le comportement procréateur (notamment l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et le temps écoulé entre la naissance de l'enfant précédent et celle de l'enfant présent) mettent en évidence les variations de la mortalité des enfants. Les données du tableau 11.3, illustrées par le graphique 11.4, présentent ces disparités.

En ce qui concerne l'âge de la mère à la naissance, on constate que les risques de décéder sont globalement plus importants chez les enfants nés de mère âgées de moins de 20 ans que chez les autres. Selon le rang de naissance, il apparaît que les naissances de rang supérieur à 6 ont des risques de mortalité plus élevés que les naissances de rang inférieur. Par ailleurs, la durée de l'intervalle intergénéral apparaît également comme un facteur influençant les risques de mortalité chez les enfants. En effet, les intervalles très courts (moins de deux ans) sont associés à des niveaux de mortalité très élevés, quelle qu'en soit la composante. Ces types d'intervalle réduisent considérablement les possibilités de récupération des capacités physiologiques de la femme, exposant ainsi les enfants à une surmortalité. Une nette réduction des risques de la mortalité des enfants est observée lorsque la mère espase les naissances de deux, trois et de quatre ans ou plus.

L'analyse de ces trois dernières caractéristiques a permis de mettre en évidence les risques de mortalité importants encourus par les enfants dans un contexte de fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces ou tardives avec des intervalles intergénéral courts.

11.3 DIFFÉRENTIELS DE MORTALITÉ DES ENFANTS ET STATUT DE LA FEMME

Dans le cadre conceptuel de Mosley et Chen's (1984) sur la survie de l'enfant, l'autonomie/habilitation de la mère a été prise en compte en tant que variable influençant, au niveau individuel, la survie de l'enfant par le biais de facteurs intermédiaires. En effet, l'aptitude des femmes à accéder à l'information, leur implication dans le processus de prise de décisions ou à la prise effective de décisions en leur faveur, ou dans l'intérêt des personnes qui dépendent d'elles, sont des aspects essentiels de leur pouvoir de négociation et de leur capacité d'intervention. Il s'ensuit que, si les femmes, premières personnes en charge des enfants, sont plus autonomes ou ont plus de pouvoir de négociation/d'intervention, la santé et la survie de leurs enfants seraient améliorées ou mieux assurées.

Le tableau 11.4 présente les niveaux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme. On constate dans l'ensemble que le rejet par les femmes de certains comportements dans le ménage est associé à des niveaux de mortalité des enfants plus faibles. En fonction du premier indicateur, on constate que quelle que soit la composante, quand la femme est associée à 5 décisions, les taux sont plus faibles que quand elle n'est associée à aucune décision. De même, en fonction du second indicateur, on constate que les taux de mortalité sont plus élevés quand les femmes pensent qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. En revanche, ils sont plus faibles quand elle pense que pour 3 ou 4 raisons, ce comportement est acceptable. Enfin, quand les femmes pensent que pour aucune raison il est justifié qu'un homme batte sa femme/partenaire, les taux sont plus faibles que quand les femmes pensent que pour 5 raisons, ce comportement de l'homme est acceptable.

Tableau 11.4 Taux de mortalité des enfants selon les indicateurs du statut de la femme

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête selon les indicateurs du statut de la femme, Cameroun 2004

Indicateur du statut de la femme	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (₁ q ₀)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto-juvénile (₅ q ₀)
Nombre de décisions prises par la femme²					
0	39	58	97	90	178
1-2	34	52	86	79	159
3-4	37	39	76	62	133
5	32	36	68	63	127
Nombre de raisons justifiant de refuser les rapports sexuels avec le mari					
0	38	52	89	95	176
1-2	35	49	83	76	153
3-4	35	45	80	70	145
Nombre de raisons justifiant qu'un homme batte sa femme					
0	35	40	76	(72)	(142)
1-2	38	45	84	66	144
3-4	32	53	84	69	148
5	31	59	90	92	174

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

² Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

() basé sur 250-499 personne/mois d'exposition

De nombreuses d'études ont mis en évidence de fortes corrélations entre les risques de décéder des enfants et certains comportements procréateurs. Schématiquement, la probabilité de mourir dans la prime enfance est plus élevée si l'enfant est né de mère très jeune ou très âgée, s'il est né après un intervalle génésique court, ou si la mère a une parité élevée. Les femmes très jeunes pourraient avoir des grossesses et des accouchements difficiles du fait de leur immaturité physiologique. Les femmes âgées connaissent les problèmes liés à l'âge pendant la grossesse et l'accouchement. Pour les besoins d'analyse, une femme est classée « très jeune », si elle a moins de 18 ans, « très âgée » si elle a plus de 34 ans au moment de l'accouchement ; un intervalle intergénésique sera dit « très court » si la naissance est survenue moins de deux ans après la précédente ; et de « rang élevé » si la naissance survient au moins après trois naissances (exemple les naissances de rang 4 ou plus).

Le tableau 11.5 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1, qui présentent un risque plus élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans) ;

- les naissances issues des mères appartenant à une autre catégorie à haut risque unique : âge de procréation précoce (moins de 18 ans), ou tardif (après 34 ans), intervalle intergénérisique très court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 3) ;
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'intervalle intergénérisique et le rang de naissance, selon l'âge et le rang, et selon ces trois caractéristiques et, enfin ;
- les naissances ne correspondant à aucune catégorie de risque définie ci-dessus.

Il ressort du tableau 11.5 qu'environ 25 % des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 15 % sont dans la catégorie à hauts risques inévitables parce qu'elles sont de rang 1 ; 41 % sont à haut risque unique et 19 % sont à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants les comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles ne surviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risque. En effet, le risque de décéder pour un enfant de rang 1 et dont la mère a 18 ans ou plus (primipare âgée) est supérieur de 18 % à la catégorie de référence.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque 1,25 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Il apparaît qu'un intervalle intergénérisique très court est un facteur de risque élevé puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,66 fois plus important que celui de la catégorie de référence. Il en est de même de la fécondité précoce : les enfants nés de mères adolescentes courent un risque de décéder 1,48 fois plus important que les enfants de la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés, puisque leur risque de décéder est de 1,59 fois plus élevé que ceux de la catégorie de référence. Les enfants nés dans un intervalle intergénérisique très court et de mères très jeunes sont particulièrement exposés ; ils courent 3,34 fois plus de risque de décéder que ceux de la catégorie de référence. Il en est de même des enfants nés dans un intervalle intergénérisique très court, de rang élevé et de mère très âgée ; leur risque de décéder est de 1,87 fois plus important que les enfants de la catégorie de référence. Par ailleurs, les enfants qui combinent un intervalle génésique très court et un rang de naissance élevé courent un risque 1,58 fois plus important que ceux de la catégorie de référence. Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seul résultat la réduction du nombre de naissances chez la femme, mais aussi et surtout une amélioration considérable des chances de survie des enfants.

Tableau 11.5 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, Cameroun 2004

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années précédant l'enquête		Pourcentage de femmes en union ¹
	Pourcentage de naissances	Ratio de risques	
Dans aucune catégorie à haut risque	24,5	1,00	19,5 ^a
Catégorie à haut risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	15,1	1,18	9,6
Catégorie à haut risque unique			
Âge des mères <18	10,0	1,48	1,8
Âge des mères >34	0,3	*	4,3
Intervalle intergénérisque <24 mois	6,4	1,66	9,4
Rang de naissance >3	24,5	1,06	16,2
Sous total	41,2	1,25	31,7
Catégorie à hauts risques multiples			
Âge <18 et Intervalle intergénérisque <24 mois ²	0,9	3,34	0,7
Âge >34 et rang de naissance >3	9,0	1,36	23,0
Âge >34 & intervalle intergénérisque <24 mois et rang >3	1,6	1,87	3,5
Intervalle intergénérisque <24 mois et rang de naissance >3	7,6	1,58	11,9
Sous total	19,2	1,59	39,2
Dans une catégorie à hauts risques	60,4	1,36	70,9
Total	100,0	na	100,0
Effectif de naissances	8 097	na	7 166

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés parmi les enfants appartenant à chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés parmi les enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques.

¹ Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge actuel inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, ou la dernière naissance était de rang 3 ou plus.

² Y compris la catégorie: âge < 18 ans et rang > 3.

na = Non applicable

^a Y compris les femmes stérilisées.

* Les ratios sont basés sur trop peu de cas et ont été supprimés

A partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, on a essayé de déterminer la proportion des femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions de futures naissances entreraient dans les catégories à risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 8.5) que pratiquement 20 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque alors que 71 % appartiendraient à une quelconque catégorie à haut risque (simple ou multiple). Cette proportion d'enfants (71 %) qui, en l'absence de toute régulation des naissances naîtraient dans des conditions à haut risque de mortalité est 1,17 fois supérieure à celle des enfants déjà nés (60 %). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants au Cameroun.

Bernard BARRÈRE

Un des principaux objectifs de l'EDSC-III était d'estimer le niveau de la mortalité adulte et celui de la mortalité maternelle. Compte tenu du fait qu'en 1998 l'EDSC-II avait également estimé ces niveaux, il est donc possible d'établir les tendances de la mortalité et d'évaluer les modifications intervenues au cours des dernières années. Dans le contexte de l'épidémie de sida, cette évaluation est particulièrement importante pour la mortalité adulte.

La mortalité maternelle est constituée des décès liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. C'est le domaine de la santé où l'on note les écarts les plus importants entre les pays en développement et les pays industrialisés. Selon un rapport de l'OMS, sur les 529 000 décès maternels survenus en 2000, 95 % se sont produits en Afrique et en Asie contre seulement 4 % en Amérique Latine et dans les Caraïbes et moins de 1 % dans les régions plus développées. Dans les pays développés, le rapport de mortalité maternelle se situe, en moyenne, autour de 27 décès pour 100 000 naissances vivantes ; dans les pays en développement, il est estimé à 480 décès pour 100 000 naissances vivantes. Alors que les taux de mortalité infantile sont, en moyenne, 7 fois plus élevés dans les pays en développement, les taux de mortalité maternelle le sont 18 fois plus. Les causes de ces décès sont connues et ont été bien identifiées : il s'agit essentiellement du dépistage tardif des complications, de l'arrivée tardive au centre de santé ou de l'administration tardive de soins appropriés. Ces décès pourraient donc être évités si les femmes avaient accès à des soins prénatals durant la grossesse, aux soins d'urgence en cas de complications et si les accouchements étaient assistés par une personne qualifiée.

12.1 COLLECTE DES DONNÉES

Dans le cas de l'EDSC-III, les données nécessaires à l'estimation de la mortalité adulte et de la mortalité maternelle ont été collectées auprès des femmes et des hommes. Le questionnaire utilisé pour la collecte des données est présenté en Annexe E (Section 9 du Questionnaire Femme et Section 6 du Questionnaire Homme). En premier lieu, on a demandé à chaque femme et chaque homme enquêté la liste de tous leurs frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que leur mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite aux enquêtés l'état de survie de chacun d'entre eux. Pour ceux qui étaient encore en vie, on a demandé leur âge actuel. Pour les décédés, on a collecté deux informations : le nombre d'années écoulées depuis le décès et l'âge au décès. Les enquêteurs étaient autorisés à accepter des réponses approximatives dans les cas où l'enquêté n'était pas en mesure de fournir des réponses précises sur l'âge ou sur le nombre d'années écoulées depuis le décès.

Pour les sœurs décédées, trois questions supplémentaires étaient posées à l'enquêté pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- « *Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée pendant un accouchement ?* » Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- « *Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?* » Dans le cas d'une réponse négative à cette deuxième question, on demandait alors :

- « Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] était enceinte quand elle est décédée ? »

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêté à déclarer tout décès relié à une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait aucune question directe à propos de ce type d'événement. L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels.

12.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Une analyse préliminaire des données a permis d'établir que les informations collectées auprès des femmes et auprès des hommes étaient cohérentes et ne différaient pas de façon significative. Il était donc possible de combiner les données collectées auprès des enquêtés des deux sexes pour produire un ensemble unique de données. L'avantage majeur de regrouper les données des deux enquêtes est d'obtenir un échantillon beaucoup plus grand que celui des seules femmes ou des seuls hommes et produire ainsi des estimations de mortalité beaucoup plus précises. L'échantillon d'hommes et de femmes à partir duquel sont estimés les niveaux de mortalité atteint 15 471 enquêtés¹.

L'estimation du niveau de mortalité des adultes nécessite des données exactes sur deux composantes : le nombre de frères et sœurs vivants de l'enquêté et le nombre de ceux qui sont décédés. Pour l'estimation du niveau de mortalité maternelle, il faut également connaître le nombre de sœurs décédées et dont le décès est lié à la maternité. En plus de ces trois composantes, l'estimation directe de la mortalité nécessite des données exactes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des frères et sœurs. Ces informations requièrent des précisions que les enquêtés peuvent ne pas connaître. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des frères et des sœurs. Néanmoins, différents tests permettent d'évaluer la qualité des données.

Le tableau 12.1 fournit le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêté et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Il en ressort que l'information concernant l'état de survie n'est manquante que pour 19 frères ou sœurs sur 94 939. Des données complètes ont été recueillies pour presque toute la fratrie² de l'enquêté, quel que soit l'état de survie. Pour la quasi-totalité des frères et sœurs survivants, (99,3 %), un âge a été déclaré ou estimé et les informations apparaissent aussi complètes pour les frères (99,3 %) que pour les sœurs (99,3 %). Pour les membres décédés de la fratrie, on dispose, dans la très grande majorité des cas (96,9 %), d'informations, à la fois, sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Le nombre de cas pour lesquels les données déclarées ou estimées sont manquantes (âge au décès et /ou année écoulée depuis le décès) ne varie pas selon le sexe (1,3 % dans les deux cas). Ces pourcentages témoignent d'une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang

¹ L'échantillon final est composé de 10 656 femmes et de 4 815 hommes de 15-49 ans enquêtés avec succès. De façon à maintenir la cohérence des données entre les femmes et les hommes, les données collectées auprès des hommes de 50-59 ans n'ont pas été prises en compte.

² Le terme fratrie utilisé ici fait référence à l'ensemble des frères et sœurs de la personne enquêtée, issus de la même mère.

Tableau 12.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs

Effectif des frères et sœurs déclarés par les enquêtés et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, Cameroun 2004

Frères et sœurs selon différentes variables	Sœurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	46 109	100,0	48 830	100,0	94 939	100,0
Survivants	36 693	79,6	37 278	76,3	73 971	77,9
Décédés	9 410	20,4	11 539	23,6	20 949	22,1
ND/Manquant	6	0,0	13	0,0	19	0,0
Ensemble des survivants	36 693	100,0	37 278	100,0	73 971	100,0
Âge déclaré	36 440	99,3	37 034	99,3	73 474	99,3
ND/Manquant	253	0,7	244	0,7	497	0,7
Ensemble des décédés	9 410	100,0	11 539	100,0	20 949	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	9 134	97,1	11 164	96,7	20 297	96,9
Âge au décès manquant	36	0,4	51	0,4	87	0,4
Nombre d'années manquantes	106	1,1	164	1,4	270	1,3
Âge et nombre d'années manquants	134	1,4	160	1,4	295	1,4

de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes³. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 12.2 présente les résultats d'un certain nombre de tests supplémentaires qui permettent d'évaluer la complétude des données. Au niveau théorique, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtés se situe au milieu des dates de naissance de la fratrie. Par conséquent, si l'année de naissance médiane des frères et sœurs était plus tardive que celle des enquêtés, cela signifierait que les enquêtés ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'ils ne soient nés. Les frères et sœurs plus âgés étant plus susceptibles de décéder avant les plus jeunes, leur omission pourrait entraîner une légère sous-estimation de la mortalité d'ensemble. Au tableau 12.2, l'année médiane de

³ L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et sœur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et sœurs « encadrants ». Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

naissance des frères et sœurs est inférieure de trois années à celle des enquêtés (1975 contre 1978)⁴, ce qui dénote une très légère sous-déclaration des frères et sœurs les plus jeunes, ce qui ne devrait pas affecter les niveaux de mortalité.

Le rapport de masculinité à la naissance (nombre de frères par rapport aux sœurs) est de 105,9, niveau assez cohérent avec les données internationales dont les estimations varient peu autour de 105, quelles que soient les populations. Selon l'année de naissance de l'enquêté, le rapport de masculinité varie relativement peu au Cameroun, de 104 à 108 (tableau 12.2). Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous-enregistrement n'apparaît ici dans la déclaration des sœurs ou des frères.

Tableau 12.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtés et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, Cameroun 2004

Année de naissance	Répartition en %	
	Enquêtés	Frères/Sœurs
Avant 1955	0,4	5,1
1955-59	7,0	4,9
1960-64	8,2	7,3
1965-69	10,0	10,3
1970-74	13,0	12,8
1975-79	17,0	15,6
1980-84	21,4	14,9
1985 ou plus tard	22,9	29,1
Total	100,0	100,0
Intervalle	1954-1989	1921-2004
Médiane	1978	1975
Effectif	15 471	94 925
Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
Avant 1960	6,8	108,4
1960-64	7,1	105,1
1965-69	7,3	107,1
1970-74	7,2	107,6
1975-79	7,4	104,4
1980-84	7,2	106,0
1985-89	6,9	104,9
Ensemble	7,1	105,9

La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêté) est de 7,1⁵, ce qui est proche de la parité finale des femmes du Cameroun. L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêté montre que la taille moyenne varie peu autour de 7,1. La quasi-stabilité des tailles moyennes

⁴ On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 36 ans (1954-1989), celles des frères et sœurs portent sur 83 ans.

⁵ Il s'agit de la descendance finale des générations anciennes ; c'est-à-dire des mères des enquêtés.

semble indiquer, comme les résultats précédents, qu'aucune omission importante de frères et sœurs n'a été commise par les enquêteurs.

Avec ce type de données, peut se poser un autre problème : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtés qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation. En ce qui concerne les estimations de la mortalité générale et de la mortalité maternelle, deux périodes de 7 années (c'est-à-dire 0-6 et 7-13 années avant l'enquête) ont été retenues. Ces périodes de référence de 7 ans ont été retenues afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité adulte et de mortalité maternelle la plus récente possible et de permettre une analyse des tendances, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès et surtout de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

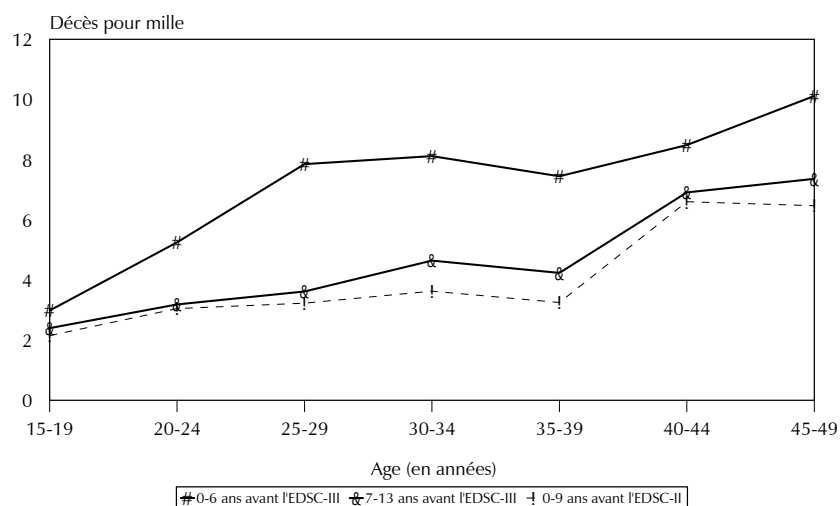
12.3 ESTIMATION DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations de la mortalité masculine et féminine adulte par âge pour les périodes de 0-6 ans et de 7-13 ans avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des sœurs, sont présentées au tableau 12.3. Les décès de frères et sœurs survenus pendant ces deux périodes de référence dans les différents groupes d'âges ne sont pas très importants : les taux par âge, basés sur des événements relativement peu nombreux, sont, de ce fait, sujets aux variations d'échantillonnage.

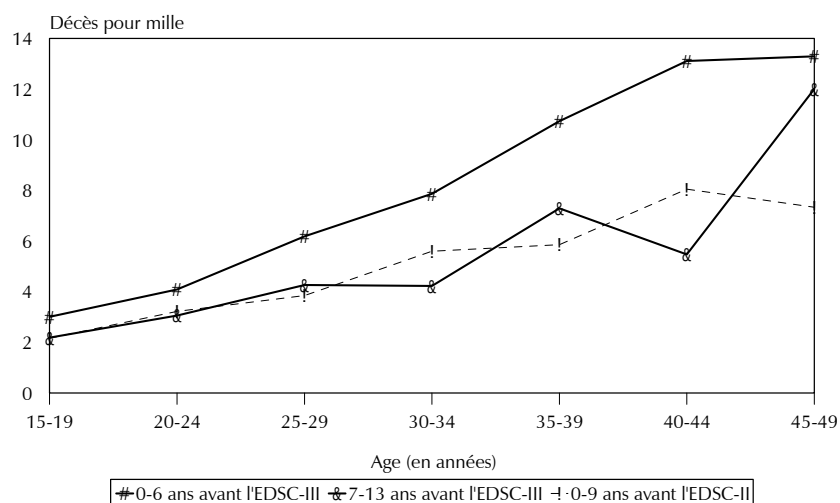
Tableau 12.3 Estimation de la mortalité adulte par âge						
Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes et des hommes enquêtés, par sexe, pour les périodes 0-6 et 7-13 ans avant l'enquête, Cameroun 2004						
Groupe d'âges	Période 1998-2004 (0-6 ans avant l'enquête)			Période 1991-1997 (7-13 ans avant l'enquête)		
	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)
SEXE FÉMININ						
15-19	122	40 826	2,99	97	40 610	2,40
20-24	219	41 663	5,25	104	32 584	3,19
25-29	273	34 761	7,85	88	24 357	3,62
30-34	215	26 470	8,12	76	16 444	4,64
35-39	139	18 633	7,45	43	10 065	4,23
40-44	100	11 794	8,49	38	5 493	6,91
45-49	68	6 770	10,12	18	2 391	7,36
15-49	1 136	180 917	6,28 ^a	464	131 944	3,93 ^a
SEXE MASCULIN						
15-19	125	41 529	3,01	90	41 223	2,18
20-24	173	42 281	4,09	102	33 193	3,06
25-29	219	35 455	6,19	107	25 053	4,27
30-34	213	27 020	7,87	74	17 429	4,22
35-39	208	19 400	10,73	78	10 666	7,29
40-44	162	12 363	13,11	31	5 728	5,47
45-49	93	6 986	13,29	30	2 502	12,00
15-49	1 193	185 035	6,65 ^a	511	135 794	4,41 ^a
^a Taux standardisés par âge						

Le niveau de mortalité global des adultes de 15-49 ans pour la période la plus récente (0-6 ans avant l'enquête, soit la période 1998-2004) est élevé : 6,3 ‰ pour l'ensemble des femmes et 6,7 ‰ pour l'ensemble des hommes, soit une surmortalité masculine de 6 ‰ (tableau 12.3). Comme les décès à ces âges restent relativement rares et comme les données sont celles d'un échantillon, les taux ne varient pas de façon régulière selon l'âge. Néanmoins, on observe chez les hommes comme chez les femmes une augmentation assez régulière des taux par âge (graphiques 12.1 et 12.2).

Graphique 12.1 Taux de mortalité féminine par âge et par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II



Graphique 12.2 Taux de mortalité masculine par âge et par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II



Au tableau 12.3 et aux graphiques 12.1 et 12.2 figurent également les taux de mortalité pour la période précédente, soit 7-13 ans avant l'enquête, ce qui correspond approximativement aux années 1991-1997. Le niveau de mortalité global des adultes est nettement moins élevé que pour la période la plus récente : 3,9 ‰ (contre 6,3 ‰ en 1998-2004) pour l'ensemble des femmes et 4,4 ‰ (contre 6,7 ‰ en 1998-2004) pour l'ensemble des hommes. Par ailleurs, on peut noter qu'à cette époque, la mortalité masculine était de 12 ‰ supérieure à celle des femmes (contre 6 ‰ supérieure aujourd'hui).

Aux graphiques 12.1 et 12.2 figurent également les taux de mortalité adulte estimés au cours de l'EDSC-II de 1998. Les taux correspondent à la période 0-9 ans avant l'enquête⁶, soit les années 1989-1998. La période 7-13 ans avant l'enquête actuelle (années 1991-1997) chevauche la période 0-9 ans avant l'EDSC-II (1989-1998) et les niveaux de mortalité devraient donc être approximativement les mêmes. D'après l'EDSC-II, la mortalité masculine à 15-49 ans était estimée à 4,4 ‰ pour les hommes, soit le même niveau que celui estimé pour la période 7-13 ans avant l'EDSC-III, et à 3,5 ‰ pour les femmes, soit très proche du niveau de l'EDSC-III pour la période correspondante (3,9 ‰). De même, globalement, les taux par âge suivent des variations très voisines selon les deux enquêtes. La similitude de ces résultats permet de confirmer la validité des niveaux de mortalité adulte pour la période la plus éloignée de l'EDSC-III. Cela permet également de confirmer que les écarts entre les taux estimés pour cette époque et les taux de la période la plus récente ne résultent pas d'un biais dans les données (il faudrait alors qu'il y ait eu le même type de biais et allant dans le même sens dans l'enquête de 1998 et dans celle de 2004) mais correspondent bien à une modification des niveaux de mortalité adulte. Compte tenu de l'importance de l'intervalle de confiance associé à ces indicateurs, il faut être prudent quant à l'interprétation de ces changements. Néanmoins l'importance des écarts de niveau de mortalité est telle (6,3 ‰ contre 3,9 ‰ pour les femmes, soit une augmentation de 60 %, et 6,7 ‰ contre 4,4 ‰ pour les hommes, soit une augmentation de 51 %) que l'on peut affirmer qu'ils résultent bien d'une augmentation de la mortalité adulte. Par ailleurs, l'augmentation aurait été plus importante chez les femmes que chez les hommes, ce qui explique que la surmortalité masculine est aujourd'hui bien inférieure à ce qu'elle était il y a 7-13 ans (6 ‰ contre 12 ‰).

Il reste maintenant à expliquer les raisons de cette augmentation de la mortalité adulte. Il est possible que cette augmentation résulte, du moins en partie, de la surmortalité due au sida. Deux éléments pourraient, en partie, corroborer cette hypothèse. Tout d'abord, l'augmentation de la mortalité est plus importante chez les femmes que chez les hommes, et les femmes sont aussi plus touchées par le sida que les hommes. Par ailleurs, l'augmentation de mortalité la plus importante se situe à 25-34 ans chez les femmes et à 35-44 ans chez les hommes : ces différentes tranches d'âges correspondent également aux tranches d'âges de prévalence maximale du VIH.

12.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des soeurs, est présentée au tableau 12.4. Les décès maternels sont au nombre de 215 pour la période 1998-2004 et au nombre de 122 pour la période 1991-1997. Étant donné le nombre peu important d'événements et, de ce fait, les variations aléatoires des taux par âge, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique de mortalité pour cause maternelle correspondant à l'ensemble des âges de procréation. Ce taux mesure à la fois le risque associé à chaque grossesse, ou risque obstétrical, et la fréquence d'exposition à

⁶ La période de référence retenue en 1998 (10 années) était nettement plus longue que celle utilisée pour l'enquête actuelle (sept années). En effet, en 1998, les données n'avaient été collectées qu'auprès de 5 501 femmes (contre 15 471 femmes et hommes en 2004) et une longue période de référence était nécessaire pour disposer de suffisamment de décès pour estimer les taux.

ce risque. L'estimation d'ensemble du taux de mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est de 1,16 pour la période 1998-2004 contre 0,92 pour la période 1991-1997. En 1998, ce taux avait été estimé à 0,85, soit très voisin de celui estimé aujourd'hui pour la même période.

Le taux de mortalité pour cause maternelle peut être converti en taux de mortalité maternelle (parfois appelé rapport de mortalité maternelle), exprimé pour 100 000 naissances vivantes, en le divisant par le taux global de fécondité pour la période donnée (tableau 12.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est estimé à 669 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1998-2004 contre 454 pour la période 1991-1997 (graphique 12.3). En 1998, ce taux avait été estimé à 430 pour 100 000 naissances soit, là encore, très voisin de celui estimé aujourd'hui pour la même période.

Tableau 12.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes et des hommes enquêtés pour les périodes 0-6 et 7-13 ans avant l'enquête, Cameroun 2004

Groupe d'âges	Période 1998-2004 (0-6 ans avant l'enquête)				Période 1991-1997 (7-13 ans avant l'enquête)			
	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels
15-19	41	40 826	1,01	33,7	21	40 610	0,51	21,3
20-24	40	41 663	0,97	18,4	34	32 584	1,03	32,3
25-29	48	34 761	1,37	17,5	24	24 357	0,98	27,1
30-34	51	26 470	1,92	23,7	23	16 444	1,41	30,3
35-39	14	18 633	0,75	10,0	14	10 065	1,38	32,6
40-44	15	11 794	1,26	14,8	7	5 493	1,27	18,3
45-49	6	6 770	0,87	8,6	0	2 391	0,00	0,0
15-49	215	180 917	1,16 ^a	18,9	122	131 944	0,92 ^a	26,3
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰)								
			173					203
Taux de mortalité maternelle (TMM) ¹								
			669					454
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ²								
			0.035					0.029
Taux de mortalité maternelle (TMM) ³ , EDSC II 1998 = 430								

^a Taux standardisés par âge

¹ Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans)/TGFG.

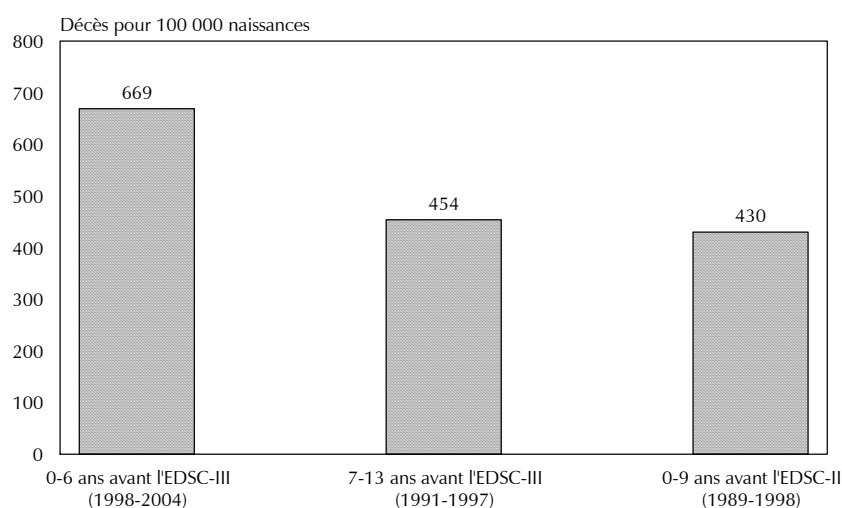
² Par femme. Calculé à partir de la formule suivante :

$(1-RDV) = (1-TMM/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité. Pour la période 0-6 ans avant l'enquête, l'ISF est estimé à 5,3 enfants par femme, pour la période 7-13 ans avant l'enquête, il est estimé à 6,4.

³ Pour 100 000 naissances. Calculé pour la période 0-9 ans avant 1998.

Comme pour la mortalité adulte, on constate que les taux de mortalité pour cause maternelle et les taux de mortalité maternelle estimés par l'EDSC-III pour la période 7-13 ans avant l'enquête et ceux estimés par l'EDSC-II de 1998 sont très voisins et nettement inférieurs à ceux de la période la plus récente. Là encore, du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à ces indicateurs, il faut être prudent quant à l'interprétation des changements. Néanmoins l'importance de l'écart (mortalité maternelle de 669 contre 454, soit une augmentation de 47 %) est telle que l'on peut affirmer qu'il y a bien une augmentation de la mortalité maternelle.

Graphique 12.3 Taux de mortalité maternelle par période avant l'EDSC-III et l'EDSC-II



Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie⁷ (RDV) est calculé à partir du taux de mortalité maternelle (tableau 12.4). Cet indicateur tient compte à la fois de la probabilité d'une grossesse et de la probabilité de décéder à la suite de cette grossesse pendant toute la période féconde d'une femme. Ce risque est de l'ordre de 0,035 pour la période 1998-2004. Autrement dit, au Cameroun, une femme court un risque de 1 sur 29 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,029 (soit un risque de 1 sur 35) par l'EDSC-III pour la période 1991-1997.

À la différence des autres mesures de mortalité présentées précédemment, les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 12.4) ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), 19 % seraient dus à des causes maternelles pour la période 1998-2004, contre 26 % pour la période 1991-1997. L'EDSC-II avait également estimé cette proportion à 26 %. Ainsi, malgré l'augmentation de la mortalité maternelle notée précédemment, la part des décès de femmes imputables à des causes maternelles serait en diminution, du fait certainement de l'émergence d'autres causes de décès (notamment le Sida).

⁷ La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 12.4.

Monique BARRÈRE

Tradition séculaire ancrée chez certains peuples, l'excision est pratiquée essentiellement en Afrique. Si, à l'heure actuelle, on situe avec certitude son origine géographique et historique—l'excision serait apparue en Égypte il y a près de 3000 ans—il est difficile d'en comprendre les motivations tant elles sont diverses. Celles-ci vont de la préservation de la virginité et le contrôle de la sexualité de la femme à certaines croyances, y compris religieuses alors que l'excision est aussi bien pratiquée par les musulmans, que par les chrétiens et les animistes. Bien que les types d'excision varient en fonction des régions et de l'appartenance ethnique, on recense généralement trois formes d'excision : l'ablation du clitoris (clitoridectomie), l'ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres (excision)¹ et l'ablation du clitoris et des grandes et petites lèvres avec suture du sexe (infibulation). Les conséquences immédiates et à long terme de cette pratique sur la santé varient selon le type et la gravité de l'intervention. Malgré la mobilisation internationale pour tenter de mettre fin à cette pratique et les mesures répressives mises en place par certains pays africains, les statistiques actuelles ne laissent guère présager du déclin de cette pratique. Cependant, au Cameroun, un plan d'action national de lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) a été adopté et validé en décembre 1998. Il prévoit des actions d'éducation, de sensibilisation des populations sur les effets négatifs de cette pratique, ainsi que des actions de plaidoyer à l'intention des leaders d'opinion. L'introduction du module sur l'excision dans l'EDSC-III a permis de collecter des informations pour obtenir une estimation de sa prévalence et pour connaître l'opinion des femmes et des hommes à ce sujet. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

13.1 CONNAISSANCE ET PRÉVALENCE DE L'EXCISION

Selon les résultats du tableau 13.1, on constate que seulement un tiers des femmes (33 %) ont déclaré connaître l'excision. Comparée au Nigéria et au Tchad, pays voisins ayant réalisé récemment des EDS et dans lesquels respectivement 53 % et 85 % des femmes ont déclaré avoir entendu parler de l'excision, cette proportion est relativement faible. En ce qui concerne les hommes, on constate que 42 %, soit une proportion supérieure à celle des femmes, connaissent cette pratique. On observe des écarts de niveau de connaissance selon les caractéristiques socio-démographiques. Ce sont les femmes de 20-34 ans (entre 35 % et 37 %), celles résidant à Yaoundé/Douala (57 %), les plus instruites (51 %) et celles des ménages les plus riches (61 %) qui ont déclaré le plus fréquemment connaître cette pratique. En fonction de l'ethnie, on constate que la proportion de femmes qui ont déclaré connaître l'excision varie d'un minimum de 15 % parmi les femmes de l'Adamaoua-Oubangui à un maximum de 45 % parmi celles du groupe ethnique Côtier/Ngoe/Oroko. Selon les régions, on note également des écarts puisque dans le Nord-Ouest, seulement 16 % des femmes ont entendu parler de l'excision contre un maximum de 46 % dans le Sud-Ouest. Enfin, on ne constate pas d'écart important du niveau de connaissance entre les chrétiennes et les musulmanes.

¹ Bien que le terme excision corresponde à une forme d'ablation bien spécifique, dans la suite de ce chapitre, ce terme sera également utilisé pour désigner, de façon générique, les différentes formes que peut prendre cette intervention.

Tableau 13.1 Connaissance et pratique de l'excision

Proportion de femmes et d'hommes connaissant l'excision et proportion de femmes excisées, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Proportion d'hommes connaissant l'excision	Effectif d'hommes	Proportion de femmes connaissant l'excision	Proportion de femmes excisées	Effectif de femmes
Âge					
15-19	25,2	1 224	29,0	0,4	1 344
20-24	41,0	953	36,9	2,5	1 145
25-29	46,7	812	35,2	1,6	903
30-34	47,0	620	35,4	1,1	704
35-39	55,5	467	32,0	1,2	531
40-44	54,5	394	31,4	1,8	426
45-49	53,4	344	29,3	2,4	338
Résidence					
Yaoundé/Douala	62,4	1 167	56,6	0,5	1 144
Autres villes	45,0	1 645	38,1	1,2	1 830
Ensemble urbain	52,2	2 812	45,2	0,9	2 974
Rural	27,9	2 003	18,1	2,1	2 417
Région					
Adamaoua	41,1	214	16,6	0,2	213
Centre	35,2	368	25,4	0,0	455
Douala	57,0	598	54,0	0,2	588
Est	43,2	249	35,2	1,6	261
Extrême-Nord	43,0	620	30,6	5,4	855
Littoral	31,8	208	25,2	0,0	244
Nord	38,8	434	21,8	2,2	469
Nord-Ouest	26,1	506	15,5	0,0	564
Ouest	29,5	411	22,2	0,4	568
Sud	40,6	223	32,1	0,0	231
Sud-Ouest	31,2	415	46,0	2,4	387
Yaoundé	68,1	568	59,5	0,9	555
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	35,3	423	21,6	4,8	1 144
Primaire	25,4	1 781	21,3	0,7	2 130
Secondaire ou plus	54,6	2 612	51,1	0,4	2 117
Ethnie					
Arabe-Choa/Peulh/ Maoussa/Kanuri	55,9	330	42,3	12,7	433
Biu-Mandara	37,4	568	25,4	0,5	591
Adamaoua-Oubangui	34,9	515	15,2	0,0	589
Bantoïde Sud-ouest	37,9	179	32,1	1,4	163
Grassfields	26,3	559	21,4	0,0	589
Bamilike/Bamoun	43,8	1 110	36,1	0,2	1 328
Côtier/Ngoue/Oroko	42,1	220	44,8	0,0	234
Beti/Bassa/Mbam	51,0	987	42,5	0,2	1 105
Kako/Meka/Pygmé	41,8	139	29,8	0,0	146
Etranger	46,7	203	39,3	5,7	207
Religion					
Catholique	41,4	1 926	34,7	0,3	2 003
Protestant	41,5	1 464	33,3	0,6	1 820
Musulman	50,4	823	36,2	5,8	981
Animiste	34,2	179	11,4	0,0	169
Autre	46,6	156	51,0	1,3	155
Sans religion	27,4	241	9,5	0,3	257
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	20,3	650	11,8	1,3	967
Second	32,3	792	19,5	4,0	921
Moyen	33,7	906	23,1	1,0	1 026
Quatrième	42,7	1 110	38,8	0,9	1 151
Le plus riche	63,4	1 357	60,6	0,7	1 326
Ensemble ¹	42,1	4 815	33,0	1,4	5 391

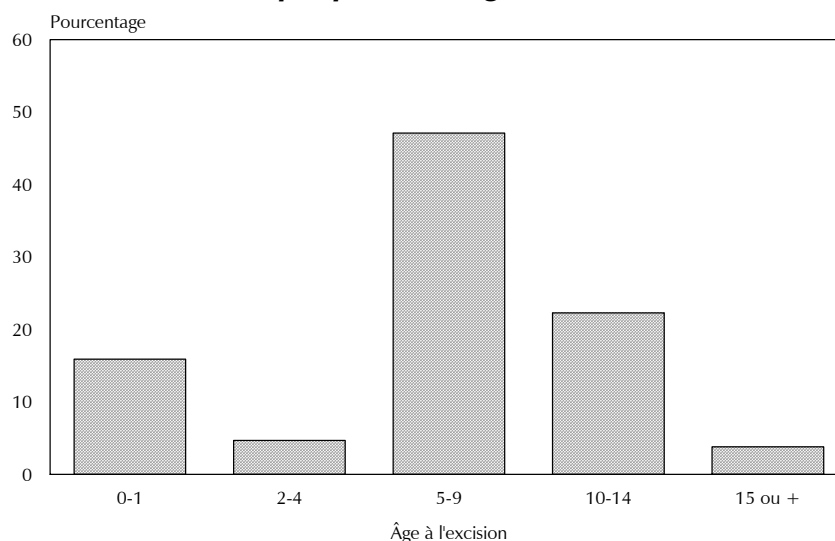
¹ Y compris 5 femmes et 6 hommes pour lesquels l'ethnie est non déterminée

Chez les hommes, à la différence des femmes, on constate que l'excision est plus fréquemment connue parmi les plus âgés que parmi les plus jeunes : de 25 % à 47 % pour les âges compris entre 15-34 ans et plus de 53 % pour les âges au delà 35 ans. Par ailleurs, comme chez les femmes, ce sont les hommes de Yaoundé/Douala (62 %), ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (55 %) et ceux des ménages les plus riches (63 %) qui ont le plus fréquemment déclaré avoir entendu parler de la pratique de l'excision. Selon l'ethnie, on constate que c'est parmi les Arabe-Choa /Peuls/Haoussa/Kanuri que l'excision est la plus fréquemment connue (56 %). En fonction des régions, on note également des écarts ; comme chez les femmes, c'est dans la région du Nord-Ouest (26 %) que l'excision est la moins fréquemment connue contre un maximum de 43 % à l'Est et à l'Extrême-Nord.

Les résultats concernant la proportion de femmes excisées montrent qu'au Cameroun, l'excision est une pratique très peu répandue puisque seulement 1,4 % des femmes ont déclaré être excisées. L'excision constitue donc une pratique marginale, caractéristique de certains groupes et de zones spécifiques dans certaines régions. Cependant, on constate des variations selon les catégories de femmes, les proportions les plus élevées se situant parmi les femmes de 20-24 ans (3 %), parmi les femmes sans niveau d'instruction (5 %), parmi les femmes de l'ethnie Arabe-Choa /Peuls/Haoussa/Kanuri (13 %), dans l'Extrême-Nord (5 %), parmi les musulmanes (6 %), et parmi celles des ménages du second quintile (4 %). Il est curieux de constater que c'est chez les femmes qui ont le plus fréquemment déclaré connaître l'excision que cette pratique est la moins répandue : en effet, parmi les femmes de Yaoundé/Douala, parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus et parmi celles des ménages les plus riches, moins d'un pour cent des femmes sont excisées. Quand l'excision est pratiquée, elle consiste, dans 85 % des cas, en l'ablation de parties de chairs. L'intervention consistant à pratiquer une entaille sans enlever de chairs a été effectuée dans 4 % des cas (clitoridectomie) et dans 5 % de cas (infibulation), il y a eu fermeture du vagin (données non présentées).

Selon les us et coutumes, les filles sont excisées soit avant qu'elles ne développent des caractères sexuels secondaires, soit pendant l'adolescence ou à la première parturition, et rarement quelques jours après leur naissance (Awasung et al., 1987 ; MINCOF-OMS, 2002). Au graphique 13.1, on constate que dans près de la moitié des cas, elle a été pratiquée à 5-9 ans. Cependant, environ un cinquième des femmes a été excisé à 10-14 ans et une sur vingt l'a été à 15 ans ou plus. À l'inverse, une femme sur cinq a été excisée dans la petite enfance, c'est-à-dire avant l'âge de cinq ans.

Graphique 13.1 Âge à l'excision



EDSC-III 2004

Dans la grande majorité des cas (89 %), l'excision a été pratiquée par une praticienne traditionnelle : soit une exciseuse (77 %), soit une accoucheuse traditionnelle (8 %). Les excisions pratiquées par des professionnels de la santé restent marginales (4 %) (données non présentées).

Au cours de l'enquête, des questions ont été également posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour savoir si elles ou l'une d'entre elles avaient été excisées. Étant donné que certaines filles de l'enquêtée étaient trop jeunes au moment de l'enquête pour avoir été excisées, on a demandé aux femmes dont la fille n'était pas excisée si elles avaient l'intention de la faire exciser. Parmi l'ensemble des femmes, moins d'un pour cent avait une fille excisée et dans moins d'un pour cent des cas, elles avaient l'intention de la faire exciser (tableau 13.2). Globalement, 1,5 % des filles des mères enquêtées sont (0,7 %) ou seront excisées (0,8 %) : cette « prévalence » se situe au même niveau que celle des mères (1,4 %), ce qui dénote peu de changement dans la pratique de l'excision au Cameroun. Ce sont essentiellement les femmes excisées qui ont l'intention de maintenir la pratique puisque environ un tiers d'entre elles (34 %) a, au moins, une fille excisée et que, dans un tiers des cas (32 %) elles ont l'intention de faire exciser leur(s) fille(s). Il faut néanmoins noter que parmi les femmes excisées, 22 % n'ont pas l'intention de faire exciser leur(s) fille(s), ce que l'on pourrait interpréter comme le signe d'une amorce de baisse de la pratique de l'excision.

Tableau 13.2 Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées						
Répartition (en %) des femmes ayant au moins une fille en vie selon qu'au moins une fille a été excisée et, si non, selon qu'elles ont ou non l'intention de la/les faire exciser, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004						
Excision de la mère	Au moins une fille excisée	A l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	N'a pas l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	NSP/la mère ne connaît pas l'excision	Total	Effectif de femmes ayant une/des fille(s) vivante(s)
Ne connaît pas l'excision	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	2 089
Excisée	34,3	32,0	21,6	12,1	100,0	56
Pas excisée	0,1	0,6	96,2	3,2	100,0	830
Ensemble	0,7	0,8	27,2	71,4	100,0	2 975

13.2 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

Pour mieux comprendre les raisons qui expliqueraient la pratique de l'excision, au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré avoir entendu parler de l'excision quels étaient selon eux les avantages pour une fille d'être excisée et ceux de ne pas l'être. Les résultats sont présentés aux tableaux 13.3 et 13.4.

À la question concernant les avantages que procure l'excision, la moitié des femmes ont déclaré qu'il n'y en avait aucun (50 %) et dans deux cas sur cinq (40 %), les femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas d'opinion (tableau 13.3). La proportion de celles qui ne voient aucun avantage dans l'excision est particulièrement élevée chez les femmes qui ne sont pas excisées (52 %). En outre, les femmes de Yaoundé/Douala (70 % contre 34 % en milieu rural) et celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (58 % contre 29 % pour celles sans niveau d'instruction) ont plus fréquemment que les autres exprimé cette opinion. On constate également qu'en milieu rural (52 %) et parmi les femmes sans niveau d'instruction (52 %), plus de la moitié n'ont pas d'opinion. Parmi les femmes excisées, 16 % ont déclaré qu'il n'y avait aucun avantage à l'excision, 29 % n'avaient pas d'opinion et 55 % ont cité un ou plusieurs avantages à l'excision, essentiellement la nécessité religieuse (32 %) et la reconnaissance sociale (21 %).

Tableau 13.3 Avantages pour une fille d'être excisée

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille d'être excisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Avantages de l'excision								Effectif qui connaissent l'excision	
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Reconnaissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préservation de la virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre		
FEMMES										
Excision										
Excisée	15,9	6,5	20,6	5,5	6,1	0,0	32,4	10,5	28,7	78
Pas excisée	51,9	0,1	0,1	0,3	4,2	0,5	0,5	2,0	40,0	1 703
Résidence										
Yaoundé/Douala	69,6	0,0	0,0	0,0	2,7	0,4	0,0	2,8	23,6	648
Autres villes	42,5	0,3	0,3	0,7	6,8	0,8	1,8	2,0	46,8	697
Ensemble urbain	55,6	0,1	0,1	0,4	4,8	0,6	0,9	2,4	35,6	1 345
Rural	34,1	1,0	3,6	0,9	2,7	0,0	4,7	2,3	51,7	437
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	29,1	2,1	5,3	2,1	2,3	0,0	10,3	1,7	52,2	247
Primaire	44,6	0,0	0,8	0,4	3,8	0,3	1,4	2,3	46,9	453
Secondaire ou plus	57,5	0,1	0,1	0,1	5,0	0,6	0,1	2,6	33,6	1 082
Ensemble	50,3	0,4	1,0	0,5	4,3	0,4	1,9	2,4	39,5	1 782
HOMMES										
Résidence										
Yaoundé/Douala	80,8	0,0	1,1	1,7	2,8	2,2	0,2	6,0	4,3	728
Autres villes	67,7	0,5	3,4	2,8	9,5	2,2	2,7	2,8	9,5	741
Ensemble urbain	74,2	0,3	2,3	2,2	6,2	2,2	1,4	4,4	6,9	1 469
Rural	60,5	0,5	6,9	2,1	6,7	1,3	4,4	3,1	15,1	558
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	58,8	1,1	8,9	5,3	6,7	0,4	16,4	3,9	12,3	149
Primaire	62,0	0,3	7,1	3,1	6,9	1,6	3,9	3,3	14,5	452
Secondaire ou plus	74,3	0,3	1,9	1,6	6,1	2,3	0,3	4,3	7,2	1 426
Ensemble	70,4	0,3	3,6	2,2	6,3	2,0	2,3	4,0	9,2	2 027

Note : La somme des pourcentages par avantage cité peut dépasser 100 % car l'enquêteur peut citer plusieurs avantages.

Seulement 10 % des femmes ont cité un ou plusieurs avantages à l'excision. Les résultats selon les divers avantages cités par les enquêtées, montrent que pour 4 % des femmes, l'excision se justifie car elle contribue à préserver la virginité. Cette opinion a été plus fréquemment exprimée par les femmes du milieu urbain (5 % contre 3 % en milieu rural), en particulier par celles vivant dans les Autres villes (7 %). De même, les femmes instruites ont été proportionnellement plus nombreuses que celles sans niveau d'instruction à citer cet avantage. Par ailleurs, 2 % des femmes ont cité la nécessité religieuse, en particulier 10 % de celles sans niveau d'instruction.

La proportion d'hommes ayant déclaré que l'excision ne présente aucun avantage pour les femmes est supérieure à celle des femmes (70 % contre 50 %). Comme chez les femmes, ce sont les hommes de Yaoundé/Douala (81 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (74 %) qui ont le plus fréquemment donné cette opinion. En ce qui concerne les avantages de l'excision, les hommes, comme les femmes, ont cité la préservation de la virginité (6 %). En outre, une proportion d'hommes plus élevée que celle des femmes (4 % contre 1 %) ont cité parmi les avantages la reconnaissance sociale.

Enfin, la proportion d'hommes sans opinion est beaucoup plus faible que celle des femmes (9 % contre 40 %).

Au tableau 13.4 figurent les proportions de femmes et d'hommes ayant cité divers avantages pour une femme de ne pas être excisée. Seulement 6 % des femmes ont déclaré qu'il n'y avait aucun avantage à ne pas être excisée. C'est parmi les femmes sans niveau d'instruction que cette opinion a été la plus fréquemment exprimée (8 %). Par ailleurs, dans 46 % des cas, les femmes n'ont pas donné d'opinion : il s'agit en particulier, des femmes du milieu rural (62 %) et de celles sans niveau d'instruction (68 %).

Tableau 13.4 Avantages pour une fille de ne pas être excisée

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Avantages de ne pas être excisée									Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problème de santé	Moins de problème à l'accouchement	Évite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion	Autre	NSP	
FEMMES										
Excision										
Excisée	6,9	1,4	5,3	4,3	0,0	3,5	20,6	2,8	59,4	78
Pas excisée	6,0	15,9	12,0	10,4	17,4	3,9	1,8	9,5	44,8	1 703
Résidence										
Yaoundé/Douala	6,6	24,0	17,7	13,8	26,8	5,8	1,3	13,8	25,9	648
Autres villes	4,8	13,5	9,3	8,8	13,9	3,7	1,3	7,9	53,1	697
Ensemble urbain	5,7	18,5	13,3	11,2	20,1	4,7	1,3	10,7	40,0	1 345
Rural	7,3	5,3	6,8	7,0	5,8	1,4	6,5	4,3	62,4	437
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	8,3	5,7	2,1	7,4	0,0	1,6	11,2	0,4	68,2	247
Primaire	6,5	9,9	9,2	8,7	8,9	2,1	3,0	6,0	57,0	453
Secondaire ou plus	5,4	19,7	15,0	11,4	23,6	5,2	0,4	12,5	35,5	1 082
Ensemble	6,1	15,3	11,7	10,1	16,6	3,9	2,6	9,2	45,5	1 782
HOMMES										
Résidence										
Yaoundé/Douala	6,2	33,7	25,3	18,8	61,6	19,4	0,7	4,5	7,7	728
Autres villes	17,2	26,3	15,7	11,0	39,1	8,0	2,2	3,3	13,7	741
Ensemble urbain	11,7	30,0	20,4	14,9	50,2	13,7	1,4	3,9	10,7	1 469
Rural	23,3	16,1	16,0	10,8	27,5	4,9	5,2	3,4	19,2	558
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	29,2	19,4	13,4	12,8	15,0	3,7	8,8	2,8	25,2	149
Primaire	25,4	17,0	15,4	16,5	27,7	10,6	4,0	1,8	19,9	452
Secondaire ou plus	10,1	29,8	21,0	13,0	52,1	12,3	1,3	4,5	9,6	1 426
Ensemble	14,9	26,1	19,2	13,8	44,0	11,2	2,5	3,7	13,1	2 027
Note: La somme des pourcentages par avantage cité peut dépasser 100 % car l'enquête peut citer plusieurs avantages.										

Note: La somme des pourcentages par avantage cité peut dépasser 100 % car l'enquête peut citer plusieurs avantages.

Dans 48 % des cas, les femmes ont cité un ou plusieurs avantages à ne pas être excisée. Selon 17 % des femmes, en particulier celles de Yaoundé/Douala (27 %) et celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (24 %), le fait de ne pas être excisée permet à la femme d'éprouver plus de plaisir sexuel. Pour 15 % des femmes, le fait de ne pas être excisée signifie avoir moins de problèmes de santé. Cet argument a été surtout avancé par les femmes de Yaoundé/Douala (24 %) et par celles ayant un

niveau d'instruction secondaire ou plus (20 %). Pour un peu plus d'une femme sur dix (12 %), le fait de ne pas être excisée permet d'avoir moins de problèmes à l'accouchement et enfin 10 % des femmes ont déclaré que ne pas être excisée évitait de souffrir.

Pour 15 % des hommes, soit une proportion supérieure à celle des femmes (6 %), ne pas être excisée n'apporte aucun avantage aux femmes. Ce sont les hommes du milieu rural (23 %) et ceux sans niveau d'instruction (29 %) qui ont le plus fréquemment exprimé cette opinion. Par ailleurs, dans 13 % des cas, les hommes n'ont pas donné d'opinion. Dans 72 % des cas, les hommes ont cité un ou plusieurs avantages pour une femme à ne pas être excisée. Pour 44 % des hommes (contre seulement 17 % des femmes), le fait de ne pas être excisée permet aux femmes d'éprouver plus de plaisir sexuel. Ce sont les hommes de Yaoundé/Douala (62 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (52 %) qui ont le plus fréquemment cité cet argument. En outre, environ un homme sur dix (11 %) a déclaré que le fait pour une femme de ne pas être excisée était synonyme de plus grand plaisir pour l'homme. L'argument selon lequel ne pas être excisée est bénéfique pour la santé des femmes a été cité par plus d'un quart des hommes (26 %). Pour 19 %, d'entre eux, un accouchement sans problème figure parmi les avantages pour une femme de ne pas être excisée. Enfin, dans 14 % des cas, les hommes ont déclaré que ne pas être excisées évitait aux femmes de souffrir.

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes et aux hommes s'ils étaient d'accord avec deux arguments qui sont généralement avancés pour expliquer la pratique de l'excision, à savoir : l'excision est exigée par la religion, l'excision prévient les relations sexuelles avant le mariage. Pour 8 % des femmes et deux fois moins d'hommes (4 %), la pratique de l'excision est justifiée par la religion (tableau 13.5). Dans 30 % des cas, les femmes excisées sont d'accord avec cette assertion. À Yaoundé/Douala, une femme sur dix est d'accord avec cette affirmation. Il en est de même pour 13 % de femmes sans niveau d'instruction. Une proportion de femmes très proche de celle des hommes pense que l'excision prévient les relations sexuelles avant le mariage (respectivement 10 % et 12 %). Les femmes excisées sont d'accord, dans 36 % des cas, avec cette opinion. Il convient de signaler que 11 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et 10 % de celles du milieu urbain adhèrent à cette opinion. Chez les hommes, on ne constate pas d'écart important en fonction du milieu de résidence et du niveau d'instruction.

Tableau 13.5 Croyances au sujet de l'excision						
Pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent l'excision et qui sont d'accord avec certaines assertions relatives à l'excision, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004						
Caractéristique socio-démographique	Femmes			Hommes		
	L'excision est exigée par la religion	L'excision prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif	L'excision est exigée par la religion	L'excision prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif
Excision						
Excisée	29,7	35,7	78	na	na	na
Pas excisée	7,1	9,1	1 703	na	na	na
Résidence						
Yaoundé/Douala	10,1	9,3	648	4,0	10,7	728
Autres villes	7,1	11,4	697	3,4	12,3	741
Ensemble urbain	8,5	10,4	1 345	3,7	11,5	1 469
Rural	6,8	9,6	437	4,4	12,8	558
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	12,7	9,7	247	7,4	9,4	149
Primaire	7,5	8,5	453	5,2	13,2	452
Secondaire ou plus	7,3	11,1	1 082	3,1	11,7	1 426
Ensemble	8,1	10,2	1 782	3,9	11,8	2 027
na = Non applicable						

On a également demandé aux femmes et aux hommes connaissant l'excision s'ils étaient favorables à son maintien ou au contraire, s'ils pensaient que cette pratique devait disparaître (tableau 13.6). Les femmes et les hommes ont déclaré dans des proportions quasiment identiques, que l'excision était une pratique qui devait disparaître (respectivement 84 % et 85 %). Chez les hommes comme chez les femmes, c'est en milieu rural et parmi ceux/celles sans niveau d'instruction que l'on est le moins favorable à sa disparition. En effet, en milieu rural, 13 % des femmes et 12 % d'hommes se sont prononcés pour le maintien de la pratique. Parmi les femmes et les hommes sans niveau d'instruction, ces proportions sont de 22 %.

Tableau 13.6 Opinion par rapport au maintien de l'excision						
Répartition (en %) des femmes et des hommes connaissant l'excision selon leur opinion concernant le maintien ou l'abandon de cette pratique, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004						
Caractéristique socio-démographique	L'excision devrait disparaître	L'excision devrait être maintenue	Ça dépend	NSP/Manquant	Total	Effectif connaissant l'excision
FEMMES						
Résidence						
Yaoundé/Douala	93,6	2,2	1,1	3,1	100,0	648
Autres villes	82,7	6,6	5,1	5,7	100,0	697
Ensemble urbain	87,9	4,5	3,2	4,4	100,0	1 345
Rural	72,3	13,2	3,7	10,7	100,0	437
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	56,6	21,5	6,6	15,3	100,0	247
Primaire	81,0	8,1	4,6	6,3	100,0	453
Secondaire ou plus	91,7	2,6	2,0	3,8	100,0	1 082
Ensemble	84,1	6,6	3,3	6,0	100,0	1 782
HOMMES						
Résidence						
Yaoundé/Douala	92,0	3,5	2,2	2,3	100,0	728
Autres villes	83,0	7,5	6,7	2,8	100,0	741
Ensemble urbain	87,5	5,5	4,4	2,5	100,0	1 469
Rural	77,1	12,0	5,9	4,9	100,0	558
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	56,4	22,3	13,8	7,4	100,0	149
Primaire	74,0	12,2	9,3	4,5	100,0	452
Secondaire ou plus	90,9	4,2	2,5	2,3	100,0	1 426
Ensemble	84,6	7,3	4,8	3,2	100,0	2 027

Jean Pierre MAKANG, Paulette BEAT SONGUE et Ghislain GEUWOU

La violence domestique est une forme de violence qui s'exerce essentiellement à l'encontre des femmes. Ce phénomène concerne tous les pays et s'observe dans toutes les catégories sociales. Longtemps traité comme un problème d'ordre privé au sein de la famille, la violence domestique est, de nos jours, considérée comme une grave violation des droits humains qui doit être sanctionnée. (Assemblée Générale des Nations Unies, 1991). Conscient de ce problème, le Cameroun dispose dans le préambule de sa Constitution du 18 janvier 1996 que : « l'être humain, sans distinction de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ; affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Charte des Nations Unies, et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et toutes les conventions internationales y étant relatives et dûment ratifiées... ». De même, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, Caire, 1994) et la Conférence Internationale des Femmes (Beijing, 1995) ont inscrit dans leurs Plans d'Action respectifs des objectifs visant à éliminer ce type de violences dans le monde. Dans de nombreuses sociétés, y compris au Cameroun, la violence domestique à l'encontre des femmes est entretenue par la socialisation différentielle des garçons et des filles ; on apprend aux femmes dès le plus jeune âge à tolérer et même parfois à accepter la violence domestique. Au cours de l'EDSC-III, les données collectées sur ce phénomène permettent d'en évaluer l'ampleur au Cameroun et pourront se révéler utiles pour mettre en place des dispositifs de prévention et d'aide à l'égard des victimes de ce type de violence.

Ce module sur la violence domestique a été administré dans un ménage sur deux ; dans le ménage sélectionné, seule une femme tirée au hasard (selon la grille de Kish) était interviewée. La violence domestique étant un sujet sensible dans un couple, l'enquêtrice devait agir ici avec beaucoup de tact. Il était important pour elle d'établir de bons rapports avec l'enquêtée, de la mettre en confiance et de l'assurer de la confidentialité de ses réponses. Ce climat de confiance était particulièrement important pour la validité des données collectées. La confidentialité de l'entretien est également essentielle pour assurer la sécurité de l'enquêtée. En effet, poser des questions sur la violence domestique, en particulier dans des ménages où l'auteur des violences peut être présent au moment de l'entretien, peut générer des actes de violence supplémentaires. Compte tenu de tous ces problèmes liés à la collecte des informations sur la violence domestique, les mesures suivantes ont été prises au cours de l'EDSC-III pour assurer la validité des données tout en garantissant la sécurité des enquêtées :

- Un expert du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille a assisté aux sessions de formations des agents de terrain et a effectué une présentation du phénomène de la violence domestique sous tous ses aspects ;
- Un soin particulier a été mis sur la nécessité d'être en privé avec l'enquêtée au cours de l'administration de ce module. Dans l'impossibilité d'être en privé avec l'enquêtée, l'enquêtrice devait arrêter l'interview et donner les raisons de cette interruption.

14.1 VIOLENCE DOMESTIQUE

14.1.1 Méthodologie

Trois types de violence domestique ont été pris en compte au cours de l'EDSC-III. Il s'agit de : (i) la violence physique, (ii) la violence émotionnelle et (iii) la violence sexuelle.

La violence physique

Ce type de violence a deux connotations : une connotation moins grave et une connotation sévère.

- La **violence physique moins grave** a été évaluée au moyen de la question à choix multiple suivante :

« Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire » :

- Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous ?
- Vous gifle ou torde le bras ?
- Vous frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?
- Vous donne des coups de pied ou traîne à terre ?

- La **violence physique sévère** a été évaluée au moyen de la question à choix multiple suivante :

« Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire » :

- Essaye de vous étrangler ou de vous brûler ?
- Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?
- Vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?

La violence sexuelle

Ce type de violences a été évalué au moyen de la question à choix multiple suivante :

« Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire » :

- Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas ?
- Vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas ?

La violence émotionnelle

Pour évaluer ce type de violences, la question a été formulée de la façon suivante :

« Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire » :

- Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?

- Vous menace, vous ou quelqu'un proche de vous ?

La violence a été mesurée en utilisant une version abrégée de l'échelle des conflits utilisée par Strauss (1990). Cette échelle s'est révélée très efficace pour mesurer la violence domestique ; de plus, elle peut facilement être adaptée à différentes situations et cultures. Cette approche, consistant à s'enquérir séparément d'actes spécifiques, a l'avantage de ne pas être affectée par la compréhension de ce que l'on entend par violence. On demande ainsi à l'enquêtée si elle a été giflée, ce qui est compréhensible directement par n'importe quelle femme. Cette approche présente également l'avantage de donner à l'enquêtée plusieurs occasions de déclarer n'importe quelle expérience de violence qu'elle a subie.

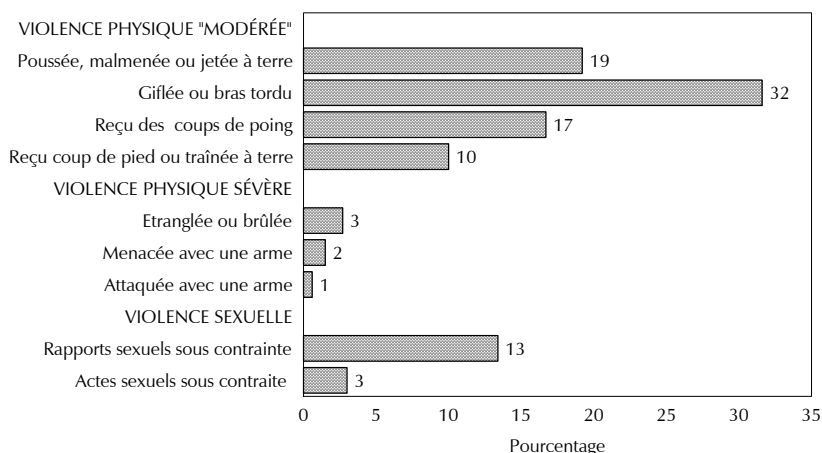
L'EDSC-III s'est beaucoup attardée sur la violence conjugale, c'est-à-dire la violence exercée par un conjoint sur l'autre, notamment par le mari/partenaire sur sa femme/partenaire. En effet, les études sur la violence montrent que la forme la plus commune de violence domestique chez les adultes est la violence conjugale. La cible concernée par la violence conjugale était les femmes en union (violence de la part de leurs conjoints) et les femmes en rupture d'union (violence de la part de leur dernier conjoint). Certaines questions permettaient aussi de connaître la fréquence de ce type de violence au cours des 12 derniers mois.

En plus de la violence conjugale, on a aussi demandé aux femmes si, depuis l'âge de 15 ans, elles avaient subi n'importe quel type de violence physique de la part de n'importe quelle personne autre que leur mari/partenaire. La question était formulée de la façon suivante : « à partir de l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement? » Aux femmes répondant par l'affirmative, on demandait quels étaient les auteurs de ces violences et combien de fois cela était arrivé au cours des 12 derniers mois. Des questions semblables ont été utilisées pour mesurer la violence pendant la grossesse et la violence par des femmes contre leur mari/partenaire.

L'utilisation de ces différents types d'approches, le fait d'avoir donné à la femme plusieurs occasions de révéler des actes de violence et les précautions prises pour assurer la confidentialité de l'entretien sont autant de facteurs susceptibles d'avoir permis de réduire au minimum les sous-déclarations de violence domestique. Cependant, il se peut que les niveaux éventuels de sous-déclaration varient selon les différents sous-groupes de femmes interrogées. De ce fait, les écarts observés dans les résultats selon les différentes caractéristiques socio-démographiques doivent être interprétés avec prudence, même si, dans la plupart des cas, ils révèlent des différences réelles.

Selon les types de violences, on constate au graphique 14.1 que 78 % des femmes ont déclaré avoir subi une violence physique modérée (dont 32 % ont été giflées ou ont eu le bras tordu et 19 % ont été poussées, traînées ou jetées à terre). Dans 16 % des cas, les femmes ont été victimes de violence sexuelle.

Graphique 14.1 Pourcentage de femmes ayant subi divers types de violence



EDSC-III 2004

14.1.2 Violence physique depuis l'âge de 15 ans

Le tableau 14.1 présente les proportions de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, commises soit par le mari/partenaire, soit par une ou d'autres personnes, et les pourcentages de celles qui ont subi ces violences au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête ; ces résultats sont présentés selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Il ressort que, depuis l'âge de 15 ans, plus de la moitié des femmes au Cameroun (53 %) ont subi des violences physiques et dans 45 % des cas, les femmes ont subi ces actes de violence au cours des douze derniers mois. En fonction de l'âge, on constate que la proportion de femmes victimes d'actes de violence récents varie d'un minimum de 30 % chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 53 % pour les 40-49 ans. L'analyse suivant l'état matrimonial montre que c'est parmi les femmes en union que ces actes de violence récents ont été les plus fréquents (55 % contre 19 % pour les célibataires). De plus, en fonction du milieu de résidence, on constate également des écarts : il semble que les femmes de Yaoundé/Douala soient plus fréquemment la cible d'actes de violence puisque depuis l'âge de 15 ans, 64 % ont déclaré avoir été victimes de violence et qu'au cours des 12 derniers mois, cette proportion est de 51 %. Dans les régions, on constate que c'est le Sud (59 %), le Centre (58 %) et le Sud-Ouest (54 %) qui enregistrent les plus forts pourcentages de femmes victimes de violences au cours d'un passé récent (douze derniers mois précédant l'enquête).

Les résultats présentés au tableau 14.1 mettent aussi en évidence des écarts entre niveau d'instruction, activité et quintile de bien-être. On constate que les femmes instruites ont été récemment, plus fréquemment victimes d'actes de violence que les femmes sans niveau d'instruction (51 % parmi celles de niveau primaire et 45 % parmi celles de niveau secondaire ou plus contre un minimum de 36 % parmi celles sans niveau d'instruction). Les résultats selon le type de rémunération montrent que ce sont les femmes qui travaillent et qui sont payées en argent qui ont déclaré avoir subi le plus fréquemment des violences physiques, que ce soit depuis l'âge de 15 ans qu'au cours des 12 derniers mois (respectivement,

Tableau 14.1 Violence physique

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques, commises soit par le mari, soit par une ou d'autres personnes depuis l'âge de 15 ans et pourcentage de celles qui ont subi des violences physiques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III 2004

Caractéristique socio-démographique	% de femmes qui ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans		Effectif de femmes
	Depuis l'âge de 15 ans	Au cours des 12 derniers mois	
Groupe d'âges			
15-19	44,2	30,3	820
20-29	56,7	48,4	1 193
30-39	53,4	50,7	773
40-49	54,7	53,1	504
État matrimonial			
Jamais en union	46,2	18,7	837
En union	55,4	55,2	2 160
Union rompue	49,5	46,1	293
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	63,8	50,9	714
Autres Villes	50,5	42,5	1 076
Ensemble urbain	55,8	45,8	1 790
Rural	48,6	44,3	1 500
Région			
Adamaoua	30,1	28,9	124
Centre	62,9	57,9	248
Douala	63,9	49,7	382
Est	46,2	43,8	150
Extrême-Nord	39,2	38,1	539
Littoral	56,2	42,0	150
Nord	37,0	35,2	315
Nord-Ouest	61,1	46,2	333
Ouest	43,2	40,0	356
Sud	64,5	59,0	131
Sud-Ouest	67,5	53,8	230
Yaoundé	63,8	52,3	332
Niveau d'instruction			
Aucun	36,7	36,3	765
Primaire	56,7	50,6	1 256
Secondaire ou plus	57,9	45,1	1 268
Emploi			
Travaille pour de l'argent	60,4	54,5	1 371
Travaille, mais pas pour de l'argent	43,2	38,6	556
Ne travaille pas	48,4	38,4	1 363
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	45,7	43,0	650
Second	48,7	43,3	524
Moyen	52,1	45,6	642
Quatrième	55,9	48,1	707
Le plus riche	58,1	45,0	768
Ensemble	52,5	45,1	3 290

¹ Sont exclues les femmes qui ont été battues seulement au cours de la grossesse et qui ne l'ont jamais été avant ou après.

60 % et 55 %). Les données sur le niveau de vie du ménage montrent qu'en ce qui concerne la violence subie depuis l'âge de 15 ans, les proportions de femmes victimes de violence augmentent des ménages les plus pauvres aux plus riches (46 % parmi ceux du quintile le plus pauvre à 58 % parmi ceux du quintile le plus riche). En ce qui concerne la violence dans un passé récent, on note de façon un peu moins nette, la même tendance (43 % dans ceux du quintile le plus pauvre contre 48 % dans ceux du quatrième quintile).

Auteur des violences physiques

Le tableau 14.2 présente les proportions de femmes ayant déclaré avoir subi des actes de violences depuis l'âge de 15 ans en fonction de l'auteur de ces actes. Les données sont présentées selon l'état matrimonial de la femme. Dans l'ensemble, dans plus d'un tiers des cas, l'auteur des actes de violence est le mari/partenaire seul (36 %). Parmi les femmes en union, cette proportion est de 53 %. Dans 8 % des cas, les femmes ont cité le mari/partenaire précédant. Parmi les femmes en rupture d'union, cette proportion concerne près des deux tiers des femmes (63 %). Dans près d'un cas sur cinq (19 %), le mari/ partenaire avec d'autres ont été cités comme les auteurs des violences : parmi les femmes en union, cette proportion est de 26 %. Globalement, qu'il soit seul ou avec d'autres, le mari/partenaire est dans 63 % des cas, l'auteur des violences.

Tableau 14.2 Auteur des violence physiques							
Répartition (en %) des femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans par type d'auteur des violences selon l'état matrimonial actuel, EDSC-III 2004							
État matrimonial	Auteur des violences					Total	Effectif
	Mari/ partenaire seul	Mari/ partenaire précédant seul	Mari/ partenaire et autres	Personne(s) autre(s) que le mari/ partenaire	Ne peux pas déterminer l'auteur		
Jamais en union	0,0	0,0	0,0	99,0	1,0	100,0	387
En union	52,6	3,6	25,5	18,3	0,0	100,0	1 196
Union rompue	0,0	62,9	15,5	21,6	0,0	100,0	145
Ensemble	36,4	7,7	18,9	36,7	0,2	100,0	1 728

14.1.3 Violence physique pendant la grossesse

Les conséquences de la violence domestique sur la santé physique et mentale des femmes sont graves, cela quel que soit l'âge ou la période de la vie de la femme. Cependant, les violences durant la grossesse font courir aux femmes des risques accrus non seulement pour leur propre santé et leur survie mais aussi pour la survie de l'enfant à naître. Pour évaluer l'ampleur de cette violence, on a demandé aux femmes enceintes ou qui l'ont été, si elles avaient subi des violences physiques pendant cette période (ou ces périodes) de leur vie. La question posée était la suivante : « Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pieds, ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant une/cette grossesse ? » Dans le cas d'une réponse affirmative, on demandait qui était l'auteur de cette violence.

Le tableau 14.3 présente, parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, les pourcentages de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant la grossesse ; les résultats sont présentés en fonction de l'auteur de ces violences. Dans l'ensemble, 11 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences alors qu'elles étaient enceintes. Cette proportion ne varie pratiquement pas selon l'âge de la femme. En fonction de l'état matrimonial, on constate que les femmes en rupture d'union ont un peu plus fréquemment déclaré que les autres femmes avoir subi des actes de violence au cours de la grossesse (13 % contre 11 % parmi celles en union et 7 % parmi les célibataires). Selon le milieu de résidence, on

note que c'est à Yaoundé/Douala que la proportion de femmes victimes de violences au cours de la grossesse est la plus élevée (13 %) ; à l'opposé, c'est dans les Autres villes que cette proportion est la plus faible (9 %). L'examen des résultats selon les régions met en évidence la situation des régions Centre (18 %) et Sud (17 %) dans lesquelles près d'une femme sur cinq a déclaré avoir subi, alors qu'elle était enceinte, des actes de violence. C'est dans l'Adamaoua que l'on observe le pourcentage le plus faible (7 %). Si l'on se réfère aux résultats selon le niveau d'instruction, on constate que les femmes instruites ont été plus fréquemment victimes de violence physique pendant leur grossesse que les femmes sans niveau d'instruction (12 % contre 8 %). Enfin, les femmes qui travaillent et qui sont rémunérées en argent ont déclaré un peu plus fréquemment que les autres avoir subi des violences physiques au cours de leur grossesse (12 % contre 9 % quand les femmes ne sont pas rémunérées en argent et 10 % quand elles ne travaillent pas).

Tableau 14.3 Violence pendant la grossesse

Parmi les femmes actuellement enceintes ou qui ont déjà été enceintes, pourcentage de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant qu'elles étaient enceintes et pourcentage de femmes ayant subi des violences pendant qu'elles étaient enceintes en fonction de l'auteur des violences et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant subi des violences pendant leur grossesse	Effectif de femmes actuellement enceintes ou l'ayant déjà été	Auteur des violences				Total	Effectif de femmes ayant déclaré avoir subi des violences pendant leur grossesse
			Mari/partenaire seulement	Mari/partenaire précédent seulement	Mari/partenaire et autres	Personne(s) autre(s) que le mari/partenaire		
Groupe d'âges								
15-19	10,0	219	(52,1)	(7,4)	(0,0)	(40,5)	(100,0)	22
20-29	10,9	982	48,7	19,4	0,9	31,1	100,0	108
30-39	10,7	747	53,5	26,5	0,0	20,0	100,0	80
40-49	11,5	493	51,5	32,9	0,0	15,6	100,0	57
État matrimonial								
Jamais en union	7,4	173	na	na	*	*	*	13
En union	10,9	1,997	61,2	14,3	0,5	24,1	100,0	218
Union rompue	12,9	271	na	(85,9)	(0,0)	(14,1)	(100,0)	35
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	13,0	484	48,9	19,4	0,0	31,7	100,0	63
Autres Villes	8,7	750	38,7	34,3	0,0	27,0	100,0	65
Ensemble urbain	10,4	1,233	43,7	27,0	0,0	29,3	100,0	128
Rural	11,4	1,208	57,8	20,1	0,7	21,4	100,0	138
Région								
Adamaoua	6,8	95	*	*	*	*	*	6
Centre	17,9	191	(33,0)	(33,3)	(2,9)	(30,8)	(100,0)	34
Douala	10,8	248	*	*	*	*	*	27
Est	12,2	118	*	*	*	*	*	14
Extrême-Nord	8,5	459	*	*	*	*	*	39
Littoral	9,2	108	*	*	*	*	*	10
Nord	11,6	237	(69,5)	(12,8)	(0,0)	(17,7)	(100,0)	27
Nord-Ouest	8,0	244	*	*	*	*	*	19
Ouest	7,9	236	*	*	*	*	*	19
Sud	16,6	109	(35,4)	(20,5)	(0,0)	(44,1)	(100,0)	18
Sud-Ouest	9,6	162	*	*	*	*	*	16
Yaoundé	15,3	236	(38,0)	(18,0)	(0,0)	(44,0)	(100,0)	36
Niveau d'instruction								
Aucun	8,4	669	79,1	15,0	0,0	5,9	100,0	56
Primaire	12,1	982	46,3	25,2	0,8	27,7	100,0	119
Secondaire ou plus	11,5	790	39,7	26,3	0,0	34,0	100,0	91
Emploi								
Travaille pour de l'argent	12,3	1,226	45,3	28,3	0,7	25,8	100,0	151
Travaille, mais pas pour de l'argent	9,4	438	64,0	14,8	0,0	21,2	100,0	41
Ne travaille pas	9,5	777	55,5	18,4	0,0	26,2	100,0	74
Ensemble	10,9	2,441	51,0	23,4	0,4	25,2	100,0	266

() Indiquent que les chiffres sont basés sur 25-49 cas non-pondérés.

* Indique que les chiffres sont basés sur moins de 25 cas non-pondérés.

Tableau 14.4 Contrôle exercé par le mari/partenaire

Pourcentage de femmes actuellement en union ou en rupture d'union selon le contrôle exercé par l'actuel ou précédent mari/partenaire et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de femmes dont le mari/partenaire :								Effectif de femmes
	Est jaloux si elles parlent à d'autres hommes	Les accuse souvent d'être infidèles	Ne leur permet pas de rencontrer d'autres femmes/amies	Essaie de limiter leurs contacts avec leur famille	Insiste pour savoir où elles sont à tout moment	Ne leur fait pas confiance en ce qui concerne l'argent	Exerce au moins 3 types de contrôle	N'exerce aucun type de contrôle	
Groupe d'âges									
15-19	67,7	27,0	26,3	9,4	53,4	22,4	38,0	16,8	253
20-29	71,7	24,5	28,4	14,9	56,7	24,4	43,5	11,4	966
30-39	67,8	24,5	24,4	13,7	49,4	23,4	38,6	12,3	739
40-49	57,3	21,1	21,4	15,5	42,8	20,9	36,0	17,7	494
État matrimonial									
Actuellement en union	69,6	23,5	25,7	13,4	52,7	23,1	40,1	14,5	2 160
Rupture en union	49,5	28,3	24,7	19,1	41,4	23,5	38,5	6,3	293
Durée depuis premier mariage/union									
Actuellement mariée/en union	67,2	24,1	25,6	14,1	51,3	23,2	39,9	13,5	2 453
Actuellement mariée/en union une seule fois	68,5	23,1	25,6	12,9	52,8	23,6	39,3	14,5	1 667
< 1 an	72,5	17,2	24,3	8,2	47,4	20,6	35,0	19,6	104
< 6 ans	70,5	27,0	28,4	11,5	61,2	24,7	43,6	10,1	478
6-9 ans	69,1	23,6	24,1	11,7	54,3	26,7	37,6	13,8	262
10 ans ou plus	66,7	21,3	24,6	14,8	48,1	22,3	37,9	16,7	822
Actuellement mariée/en union plus d'une fois	73,2	25,0	26,1	15,1	52,2	21,7	42,9	14,3	493
Plus mariée/en union	49,5	28,3	24,7	19,1	41,4	23,5	38,5	6,3	293
Nombre d'enfants vivants									
0	71,0	25,7	26,2	12,2	57,5	26,2	42,6	12,9	346
1-2	70,0	27,1	27,2	14,9	55,6	22,8	42,3	11,9	839
3-4	68,1	23,7	25,8	15,0	51,1	23,0	41,5	13,7	613
5 ou plus	60,7	19,7	23,0	13,2	42,7	22,2	34,1	15,7	654
Niveau d'instruction									
Aucun	61,5	7,7	16,9	9,5	37,2	9,4	23,9	23,5	706
Primaire	65,7	31,7	29,6	15,6	53,5	29,3	44,3	11,3	980
Secondaire ou plus	74,4	29,4	28,5	16,4	61,5	28,0	49,1	7,1	766
Emploi									
Travaille pour de l'argent	66,9	28,2	27,2	16,3	55,2	27,6	44,4	10,4	1 205
Travaille, mais pas pour de l'argent	62,7	13,4	14,2	9,2	32,1	9,9	21,7	25,6	453
Ne travaille pas	70,3	23,9	29,7	13,5	56,4	24,1	43,6	11,3	795
Niveau d'instruction du mari/partenaire									
Aucun	61,6	9,2	15,2	9,0	36,8	10,6	23,3	20,9	588
Primaire	67,4	27,2	31,4	15,9	54,5	24,3	42,5	10,9	755
Secondaire ou plus	71,8	29,8	28,0	16,1	57,6	29,0	47,5	9,9	998
NSP/ND	55,0	29,8	19,5	11,3	50,4	29,7	42,3	24,4	112
Différence d'âge entre la femme et le mari									
Femme plus âgée que le mari de 3 ans ou plus	76,6	22,3	20,0	12,5	45,5	22,8	30,8	8,3	31
Même âge ou 1,2 ans d'écart	75,3	26,7	25,6	12,7	55,9	24,9	47,3	10,6	268
3-4 ans	72,9	32,0	26,8	11,8	62,2	23,6	45,5	11,9	279
5-9 ans	65,4	23,0	25,8	12,6	50,4	23,6	38,9	16,5	743
10+ ans	70,2	19,9	26,0	14,9	50,5	21,6	37,5	15,4	818
NSP/ND	68,7	29,8	4,5	16,6	58,1	36,8	39,5	0,0	20
Pas actuellement mariée/en union	49,5	28,3	24,7	19,1	41,4	23,5	38,5	6,3	293
Ensemble	67,2	24,1	25,6	14,1	51,3	23,2	39,9	13,5	2 453

14.1.4 Contrôle exercé par le mari/partenaire

La violence conjugale est fréquemment associée à certains comportements dominateurs du mari/partenaire qui ont pour but de contrôler divers aspects de la vie de la femme. De tels comportements peuvent être précurseurs d'actes de violence contre la femme. Dans le but de mesurer ce niveau de contrôle des maris/partenaires sur les femmes, on a demandé aux femmes en union ou l'ayant été si leur mari/partenaire avait manifesté un certain nombre de ces comportements. Ces résultats sont présentés au tableau 14.4 selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Globalement, on constate que dans 40 % des cas, les femmes ont déclaré que leur mari/partenaire exerçait au moins trois types de contrôle. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les femmes instruites (49 % parmi celles de niveau secondaire ou plus contre 24 % parmi celles sans niveau d'instruction) et parmi celles dont le mari/partenaire est instruit (48 % parmi celles dont le mari/partenaire a un niveau secondaire ou plus contre 23 % parmi celles dont il n'a aucun niveau d'instruction). On ne constate pas de différences importantes selon les autres caractéristiques socio-démographiques. En fonction du type de contrôle, on constate qu'environ les deux tiers des femmes (67 %) ont déclaré que leur mari/partenaire était jaloux lorsqu'elles parlaient à d'autres hommes. Dans 51 % des cas, les femmes ont également déclaré que celui-ci insistait pour savoir où elle se trouvait à tout moment.

14.2 VIOLENCE CONJUGALE

De nombreuses recherches ont montré que la forme la plus fréquente de violence domestique chez les adultes est la violence conjugale. Celle-ci peut prendre plusieurs formes : émotionnelle, physique, sexuelle ou elle peut être également une combinaison de ces différentes formes.

14.2.1 Prévalence de la violence exercée par les conjoints

Comme cela a été expliqué précédemment, la prévalence de la violence émotionnelle, physique et sexuelle a été mesurée au moyen d'une échelle décrivant différents actes de violence, allant des moins graves aux plus graves.

Le tableau 14.5 présente les pourcentages de femmes en union ou l'ayant été qui ont subi des actes de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle, actes exercés par leur mari/partenaire actuel, ou le plus récent pour les femmes en rupture union. Les résultats montrent qu'au Cameroun, 39 % des femmes ont été confrontées à des actes de violence physique de la part de leur mari/partenaire, 14 % ont subi des actes de violence sexuelle et dans plus d'un quart des cas (28 %), il s'est agi de violence émotionnelle. Environ une femme sur deux (49 %) a subi des actes de violence, que cette violence soit physique, émotionnelle ou sexuelle. Dans 7 % des cas, les femmes ont subi les trois types de violence. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, il convient de souligner que les femmes qui ont le plus fréquemment subi des actes de violence, qu'elle qu'en soit la forme, sont les femmes de Yaoundé/Douala (57 %), les plus instruites (54 %) et celles qui travaillent pour de l'argent (55 %). À Yaoundé/Douala, plus d'un tiers des femmes ont subi des actes de violence émotionnelle (36 %) ; près d'une femme sur deux (48 %) ont été confrontées à des actes de violence physique et pour 22 % d'entre elles, il s'est agi de violence sexuelle. Notons enfin que dans 4 % des cas, il s'est agi de violence physique grave. Dans les régions, on note que c'est le Sud qui se caractérise par la proportion la plus élevée de femmes ayant déclaré avoir subi un comportement violent de la part de leur mari/partenaire (67 %). À l'opposé, les régions Nord (38 %), Extrême-Nord (39 %) et Adamaoua (44 %) détiennent les proportions les plus faibles.

Tableau 14.5 Violence conjugale

Pourcentage de femmes actuellement mariées ou en rupture d'union qui ont déjà subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III 2004

Caractéristique socio-démographique	Forme de violence									Effectif de femmes
	Violence émotionnelle	Violence physique modérée	Violence physique grave	Niveau de gravité de la violence physique non déterminée	Ensemble de la violence physique	Violence sexuelle	Violence physique ou sexuelle	Violence émotionnelle/ physique ou sexuelle	Violence émotionnelle/ physique et sexuelle	
Groupe d'âges										
15-19	18,7	27,5	1,9	0,0	29,3	9,2	33,0	37,9	4,6	253
20-29	27,0	36,8	2,2	0,5	39,4	14,2	43,4	50,5	6,4	966
30-39	31,8	31,4	5,7	2,2	39,3	16,4	43,7	50,7	9,1	739
40-49	28,6	34,0	3,7	2,8	40,5	12,2	43,3	49,1	6,4	494
État matrimonial										
Actuellement en union	28,6	35,0	3,3	1,0	39,4	14,4	43,4	50,4	6,9	2 160
Précédemment en union	23,0	23,4	4,9	4,4	32,6	10,9	35,3	38,3	8,1	293
Durée depuis premier mariage/union										
Actuellement mariée/en union	27,9	33,6	3,5	1,4	38,6	13,9	42,4	49,0	7,0	2 453
Actuellement mariée/en union une seule fois	28,8	35,7	3,4	0,1	39,3	14,3	43,2	50,0	7,1	1 667
< 1 an	14,2	20,7	2,4	0,0	23,1	8,6	26,7	30,4	3,4	104
< 6 ans	25,1	36,0	2,3	0,0	38,3	13,0	42,4	48,1	5,3	478
6-9 ans	32,3	38,9	2,5	0,0	41,3	18,4	45,5	52,3	9,4	262
10 ans ou plus	31,6	36,5	4,6	0,2	41,3	14,5	45,0	52,9	7,8	822
Actuellement mariée/en union plus d'une fois	28,0	32,7	2,9	3,9	39,6	14,5	44,0	51,8	6,1	493
Plus mariée/en union	23,0	23,4	4,9	4,4	32,6	10,9	35,3	38,3	8,1	293
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	35,7	42,7	4,3	1,4	48,4	21,9	53,2	57,3	12,8	459
Autres Villes	25,7	31,1	2,5	1,4	35,0	13,3	39,7	47,1	5,9	764
Ensemble urbain	29,4	35,5	3,2	1,4	40,0	16,6	44,8	50,9	8,5	1 223
Rural	26,4	31,8	3,9	1,4	37,1	11,3	40,1	47,1	5,5	1 230
Région										
Adamaoua	25,8	27,5	0,0	0,0	27,5	2,7	27,8	44,0	0,0	101
Centre	30,5	32,7	7,2	4,4	44,3	14,0	47,1	52,3	10,9	192
Douala	34,6	41,5	4,2	1,7	47,4	23,5	53,3	55,0	13,1	234
Est	23,0	34,2	8,4	0,7	43,3	8,7	44,2	48,8	4,7	122
Extrême-Nord	19,2	30,7	0,8	0,8	32,4	1,4	32,9	39,0	0,2	489
Littoral	35,5	30,7	4,5	3,1	38,3	14,2	40,6	49,2	9,8	95
Nord	21,8	27,2	0,5	0,5	28,2	3,7	28,5	38,4	2,5	256
Nord-Ouest	22,0	33,8	7,8	0,6	42,2	20,9	48,0	49,1	9,2	229
Ouest	31,7	28,3	0,7	2,2	31,2	27,9	45,9	56,0	6,1	258
Sud	50,5	41,4	7,3	0,9	49,6	24,9	55,5	67,0	16,6	105
Sud-Ouest	27,1	37,1	3,6	1,6	42,2	17,5	44,0	48,4	10,4	148
Yaoundé	36,9	43,9	4,5	1,0	49,4	20,2	53,2	59,6	12,5	225
Nombre d'enfants vivants										
0	18,1	26,3	1,9	0,0	28,1	10,4	31,5	36,8	4,1	346
1-2	28,5	37,1	3,2	1,4	41,8	13,3	44,8	51,3	6,5	839
3-4	31,8	38,1	2,3	1,3	41,7	16,9	47,9	53,6	8,4	613
5 ou plus	28,8	28,9	5,9	2,2	37,0	13,9	40,0	48,2	8,0	654
Niveau d'instruction										
Aucun	20,6	27,4	1,3	0,7	29,4	3,0	30,2	37,9	1,4	706
Primaire	28,7	34,4	5,0	1,8	41,3	18,6	46,8	52,8	8,9	980
Secondaire ou plus	33,6	38,4	3,6	1,5	43,5	18,0	48,1	54,4	9,8	766
Emploi										
Travail pour de l'argent	30,9	36,9	5,6	2,1	44,5	17,5	48,7	55,0	9,4	1 205
Travaille, mais pas pour de l'argent	28,0	29,4	1,2	0,4	31,0	8,5	33,6	43,7	5,2	453
Ne travaille pas	23,4	31,1	1,7	1,0	33,8	11,7	37,9	42,9	4,4	795
Ensemble	27,9	33,6	3,5	1,4	38,6	13,9	42,4	49,0	7,0	2 453

14.2.2 Fréquence de la violence conjugale récente

Pour déterminer la fréquence de la violence physique ou sexuelle récente, on a demandé aux femmes ayant déclaré avoir subi des actes de violence commis par le mari/partenaire le nombre de fois qu'elles s'étaient trouvées confrontées à de tels actes au cours des 12 derniers mois. On constate que les deux tiers des femmes qui ont déclaré avoir subi des actes de violence physique ou sexuelle au cours de leur vie (66 %), en ont subi fréquemment (tableau 14.6). Dans 37 % des cas, ces actes se sont produits une à deux fois et dans 19 % des cas, ils se sont répétés trois à cinq fois ; et dans 9 % des cas les femmes ont récemment subis plus de cinq fois des actes de violence.

Les résultats selon l'âge montrent que les très jeunes femmes de 15-19 ans sont celles qui ont été le plus fréquemment victimes d'actes de violence dans un passé récent (84 %). Dans ce groupe d'âges, plus d'un quart d'entre elles ont déclaré avoir subi récemment, entre trois et cinq fois, des actes de violence. On constate la même tendance en fonction du nombre d'enfants (77 % parmi les femmes sans enfant contre 53 % parmi celles qui en ont cinq ou plus. Les résultats selon la durée de l'union/mariage montrent que la fréquence de la violence conjugale récente est plus élevée quand la durée de l'union est inférieure à 6 ans : 51 % des femmes mariées moins de 6 ans ont récemment subi 1-2 actes de violence et 19 % ont subi 3-5 fois, tandis que 48 % des femmes mariées 10 ans ou plus en ont subi 1-2 fois et 20 % en ont subi 3-5 fois.

Si l'on prend en considération les résultats selon le milieu de résidence, on constate que 80 % des femmes vivant à Yaoundé/Douala ont déclaré avoir été confrontées récemment à des actes de violence contre un minimum de 62 % en milieu rural. À Yaoundé/Douala, dans 41 % des cas, les actes de violence se sont même produits une à deux fois. Dans les régions, c'est dans l'Est que la fréquence récente de la violence conjugale, physique ou sexuelle, est la plus élevée (85 %) et dans le Nord-Ouest qu'elle est la plus faible (40 %). On note ensuite que les femmes les plus instruites (71 %) et celles qui travaillent, qu'elles soient rémunérées en argent ou pas (62 %) sont celles qui ont été les plus fréquemment victimes d'actes de violence dans un passé récent. Plus des deux cinquièmes des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (43 %) et plus du tiers des femmes travaillant pour de l'argent (35 %) ont déclaré avoir subi une à deux fois, au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, des actes de violence physiques ou sexuelles commis par leur mari/partenaire.

Tableau 14.6 Fréquence de la violence conjugale

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées/en union ayant déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles commises par leur mari/partenaire en fonction du nombre de fois que ces actes de violence se sont produits au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSC-III 2004

Caractéristique socio-démographique	Fréquence des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête					Total	Effectif de femmes
	0 fois	1-2 fois	3-5 fois	> 5 fois	NSP/ND		
Groupe d'âges							
15-19	15,9	55,8	25,9	2,4	0,0	100,0	78
20-29	28,3	42,3	17,6	10,3	1,5	100,0	379
30-39	37,4	34,4	17,6	10,1	0,4	100,0	283
40-49	51,0	19,3	20,4	5,5	3,8	100,0	177
Durée depuis premier mariage/ union							
< 1 an	(5,5)	(60,2)	(21,5)	(4,3)	(8,4)	(100,0)	28
< 6 ans	21,6	50,6	18,9	8,4	0,4	100,0	203
6-9 ans	35,7	41,1	13,1	8,1	2,0	100,0	119
10 ans ou plus	47,6	25,3	20,4	5,1	1,6	100,0	369
Mariée/en union actuellement, plus d'une fois	26,4	37,1	19,0	16,4	1,0	100,0	199
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	20,5	40,8	20,0	15,3	3,4	100,0	205
Autre Villes	38,4	35,6	16,4	8,1	1,4	100,0	264
Ensemble urbain	30,6	37,9	18,0	11,3	2,3	100,0	469
Rural	38,5	35,2	19,7	5,9	0,6	100,0	448
Région							
Adamaoua	39,1	51,0	10,0	0,0	0,0	100,0	27
Centre	36,7	34,4	18,4	6,5	4,0	100,0	76
Douala	26,3	36,1	18,0	15,0	4,5	100,0	108
Est	14,8	48,2	21,1	11,1	4,8	100,0	49
Extrême-Nord	40,5	30,4	23,1	5,9	0,0	100,0	145
Littoral	32,5	41,7	21,1	4,8	0,0	100,0	31
Nord	48,5	21,9	26,3	3,3	0,0	100,0	65
Nord-Ouest	60,3	26,3	11,1	2,3	0,0	100,0	102
Ouest	29,9	40,2	14,5	15,4	0,0	100,0	108
Sud	27,6	44,8	14,8	11,8	0,9	100,0	49
Sud-Ouest	34,0	41,6	22,6	0,9	0,9	100,0	58
Yaoundé	14,1	45,9	22,2	15,6	2,2	100,0	97
Nombre d'enfants vivants							
0	23,5	48,2	21,1	4,8	2,4	100,0	99
1-2	25,8	45,1	18,3	9,6	1,3	100,0	322
3-4	37,9	34,0	19,1	7,4	1,6	100,0	265
5 ou plus	47,4	22,6	18,4	10,4	1,2	100,0	231
Niveau d'instruction							
Aucun	40,4	29,3	24,3	5,4	0,6	100,0	198
Primaire	36,0	35,2	19,3	8,5	1,1	100,0	401
Secondaire ou plus	28,8	42,9	14,9	10,8	2,5	100,0	319
Emploi							
Travaille pour de l'argent	37,7	34,5	17,5	8,3	2,0	100,0	509
Travaille mais pas pour de l'argent	37,9	30,6	22,7	8,4	0,4	100,0	142
Ne travaille pas	26,5	43,8	19,3	9,4	1,0	100,0	266
Ensemble	34,5	36,6	18,8	8,6	1,5	100,0	917

14.2.3 Premier épisode de violence conjugale

Pour déterminer à quel moment avait débuté la violence conjugale, on a demandé aux femmes qui avaient déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part du mari/partenaire combien de temps après l'union avaient débuté les premiers actes de violence. Dans la majorité des cas, les actes de violence ont débuté très tôt après l'union : 76 % dans les cinq premières années de l'union dont 20 % dans l'année qui a suivi le début de l'union (tableau 14.7). Une proportion non négligeable de femmes (4 %) ont même subi les premiers actes de violence de la part de leur mari/partenaire avant d'entrer en union avec lui. La durée médiane de l'union à partir de laquelle s'est produit le premier acte de violence s'établit à 2,5 années ; parmi les femmes en rupture d'union, cette durée médiane est estimée à 1,9 an. Parmi les femmes actuellement en union et dont c'est la première union, cette durée médiane de l'union à partir de laquelle a eu lieu le premier acte de violence varie d'un minimum de 1,3 ans quand l'union dure depuis moins de 6 ans à 4,3 ans quand l'union dure depuis 10 ans ou plus.

Tableau 14.7 Premier épisode de violence conjugale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union, divorcées, séparées ou veuves qui ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles commises par leur mari/partenaire actuel ou précédent en fonction de la durée écoulée entre le début du mariage/union et le premier acte de violence et en fonction de l'état matrimonial et du nombre d'unions, EDSC-III 2004

	Nombre d'années écoulées entre le début de l'union/mariage et le premier acte de violence									Nombre médian d'années	Effectif de femmes
	Avant le mariage/ début de l'union	Moins de 1 an	1-2 ans	3-5 ans	6-9 ans	10 ans ou plus	Après divorce	NSP/ ND	Total		
État matrimonial											
Actuellement/mariée/ en union	4,5	18,9	32,9	25,5	8,5	6,0	0,0	3,8	100,0	2,6	917
Précédemment mariée/ en union	1,9	29,4	41,3	10,2	9,8	4,7	1,7	1,1	100,0	1,9	91
Durée depuis premier mariage/ union											
Actuellement mariée/en union	4,2	19,9	33,6	24,1	8,6	5,9	0,2	3,6	100,0	2,5	1 008
Actuellement mariée/en union, seulement une fois	4,1	17,3	33,1	26,2	8,3	6,7	0,0	4,3	100,0	2,7	718
< 6 ans	7,3	35,5	40,8	8,4	0,0	0,0	0,0	7,9	100,0	1,3	231
6-9 ans	3,3	14,0	37,2	36,4	5,4	0,0	0,0	3,8	100,0	2,8	119
10 ans ou plus	2,4	7,0	27,0	33,9	14,4	13,1	0,0	2,1	100,0	4,3	369
Actuellement mariée/en union, plus d'une fois	5,8	24,7	31,8	23,1	9,2	3,3	0,0	2,1	100,0	1,9	199
Plus mariée/en union	1,9	29,4	41,3	10,2	9,8	4,7	1,7	1,1	100,0	1,9	91
Ensemble	4,2	19,9	33,6	24,1	8,6	5,9	0,2	3,6	100,0	2,5	1 008

14.2.4 Conséquences de la violence et recherche d'assistance

Indépendamment des questions sur chaque acte spécifique de violence, les questions suivantes ont été posées à toutes les femmes.

« Suite à une action quelconque, mais délibérée, de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, vous est-il déjà arrivé :

- d'avoir des hématomes et meurtrissures ?
- d'avoir une blessure ou un os cassé ?

- d'être allée chez le docteur ou dans un centre de santé du fait de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait ? »

Cette séquence de questions avait deux objectifs : tout d'abord, elles permettaient d'évaluer les conséquences physiques des actes de violence, ensuite elles fournissaient aux femmes encore hésitantes une nouvelle occasion de révéler des actes de violence. En effet, dans certains cas, certaines femmes déclarent plus facilement ce qu'il leur est arrivé que ce dont s'est rendu coupable leur mari/partenaire. Les résultats sont présentés au tableau 14.8.

Au Cameroun, parmi les femmes en union, 9 % ont déclaré avoir déjà eu des hématomes ou des meurtrissures, et 7 % ont déclaré avoir déjà eu une blessure ou un os cassé suite aux violences conjugales. Ces proportions pour la période récente (dans les douze derniers mois) sont respectivement de 6 % et 4 %.

S'agissant des types de violence et quel que soit le moment auquel elles ont eu lieu, les résultats montrent que les pourcentages des femmes qui ont rapporté des cas d'hématomes/meurtrissures, ou ont rapporté des cas de blessures/os cassé sont plus élevés lors qu'il s'est agi de violences physiques graves, et dans une moindre mesure, de violences sexuelles.

Parmi les femmes qui ont subi des actes de violence physique ou sexuelle au cours des douze derniers mois, 10 % ont dû aller chez un médecin ou dans un établissement de santé. Cette proportion est à peu près le même pour les femmes qui ont subi les violences modérées (10 %) et les violences sexuelles (11 %) et atteint le niveau le plus élevé lors qu'il s'agit des femmes ayant subi les violences physiques graves (28 %).

Type de violence subie	A eu des hématomes et meurtrissures		A eu une blessure ou un os cassé		A dû aller chez un médecin ou dans un établissement de santé		Effectif de femmes
	A un moment quelconque	Dans les 12 derniers mois	A un moment quelconque	Dans les 12 derniers mois	A un moment quelconque	Dans les 12 derniers mois	
Violence physique modérée							
À un moment quelconque	20,9	13,3	14,2	9,5	8,7	6,1	757
Au moins une fois au cours de l'année passée	24,7	21,9	17,1	15,1	11,4	9,8	453
Violence physique grave							
À un moment quelconque	61,5	44,1	49,0	28,5	27,0	20,5	72
Au moins une fois au cours de l'année passée	65,7	55,7	48,9	38,9	31,2	28,0	48
Violence sexuelle							
À un moment quelconque	27,4	16,3	19,6	12,2	14,9	9,8	310
Au moins une fois au cours de l'année passée	28,1	19,3	20,8	14,5	15,8	10,9	225
Violence physique ou sexuelle							
À un moment quelconque	21,2	13,9	15,0	9,6	9,0	6,4	959
Au moins une fois au cours de l'année passée	25,4	21,4	18,5	14,6	12,0	9,8	604
Pas subi de violence	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1 201
Ensemble	9,4	6,2	6,6	4,3	4,0	2,8	2 160

Recherche d'assistance

Aux femmes qui ont déclaré avoir subi des actes de violence physique ou sexuelle à n'importe quel moment depuis l'âge de 15 ans, on leur a demandé si elles avaient tenté de trouver de l'assistance et auprès de qui elles avaient sollicité cette assistance. Ces proportions sont présentées au tableau 14.9 en fonction de l'auteur de la violence et selon la fréquence de la violence au cours des 12 derniers mois.

Tableau 14.9 Recherche d'aide

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles selon qu'elles ont essayé d'obtenir de l'aide, et répartition de celles qui ont essayé d'obtenir de l'aide en fonction du type de personne auprès de qui l'aide a été sollicitée et selon l'auteur des violences conjugales, EDSC-III 2004

	Pourcentage de femmes qui ont recherché de l'aide	Effectif de femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles	Personne auprès de qui l'aide a été sollicitée				Effectif de femmes ayant recherché de l'aide
			Propre famille	Beaux-parents/autres parents par alliance	Autres parents/amis	Autre	
Auteur des violences							
Mari/partenaire seulement	34,7	629	45,3	43,5	25,6	10,9	219
Mari/partenaire précédent seulement	39,0	134	46,4	41,1	21,3	16,5	52
Mari/partenaire et autres	42,2	327	43,7	33,7	32,0	18,5	140
Autres seulement	31,3	634	60,0	13,8	22,5	10,4	198
NSP/ND	71,3	4	0,0	19,2	80,8	0,0	3
Fréquence de la violence au cours des 12 derniers mois							
0	31,5	951	57,3	27,6	24,2	11,4	301
1 fois	38,9	250	46,7	36,4	22,3	7,4	98
2-3 fois	42,9	234	46,0	26,1	32,4	20,0	101
4 fois ou plus	35,6	245	33,7	42,1	26,8	14,3	88
NSP/ND	51,7	47	38,4	40,7	32,3	18,6	24
Ensemble	35,3	1,728	49,6	31,4	25,9	12,9	612

Parmi les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, 35 % ont déclaré avoir recherché de l'aide. Quand la femme a recherché de l'aide, c'est principalement auprès de sa propre famille qu'elle s'est tournée (50 %) et, dans une moindre mesure, dans sa famille par alliance (31 %). En outre, dans 26 % des cas, ce sont les autres parents et amis qui ont été sollicités. En plus, on constate que c'est quand l'auteur de la violence est la mari/partenaire avec d'autres personnes que les femmes ont le plus fréquemment recherché de l'aide (42 %). Quand l'auteur des violences est le mari/partenaire seulement, les femmes se sont tournées autant vers leur propre famille que vers leur famille par alliance (respectivement, 45 % et 44 %). Par contre, quand les violences ont été causées par d'autres personnes que le partenaire, les femmes se sont adressées dans 60 % des cas à leur famille pour obtenir de l'aide.

Les résultats montrent également que la proportion de femmes ayant recherché de l'aide augmente en fonction de la fréquence de la violence, de 39 % quand les actes de violence se sont produits une fois à 43 % quand ils se sont produits 2 à 3 fois.

14.2.5 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints

Les données présentées au tableau 14.10 permettent d'examiner les variations de la prévalence de la violence conjugale en fonction de certaines caractéristiques des conjoints, de certains indicateurs du statut de la femme et en fonction du type de structure familiale.

Étant donné que dans le cadre de la violence conjugale, le mari/partenaire est le plus souvent l'auteur des actes de violence, il est très important d'examiner les variations des proportions de femmes ayant subi ce type de violences en fonction des caractéristiques du mari/partenaire.

Si l'on prend tout d'abord en considération le niveau d'instruction du mari/partenaire, on observe que la fréquence de la violence conjugale récente augmente en fonction du niveau d'instruction du mari/partenaire : en effet, 18 % des femmes dont le mari n'a pas de niveau d'instruction ont été victimes d'actes de violence conjugale, physique ou sexuelle, contre 30 % quand il a un niveau primaire et 34 % quand il a un niveau d'instruction au moins secondaire. Les résultats selon la différence d'âge ne font pas apparaître de variations importantes, tout au plus peut-on souligner que la fréquence de la violence conjugale diminue légèrement au fur et à mesure que l'écart d'âges entre conjoint devient plus important (34 % pour un écart de 1 à 2 années à 24 % pour un écart de 10 années ou plus). En outre, on constate que c'est quand les conjoints n'ont pas de niveau d'instruction que la fréquence de la violence conjugale est la plus faible (17 %).

La consommation excessive d'alcool par le mari/partenaire apparaît comme un facteur déterminant de la fréquence de la violence au sein du couple. La proportion de femmes ayant subi récemment des actes de violence conjugale varie de 22 % pour celles dont le mari/partenaire ne boit pas, à 23 % pour celles dont le mari/partenaire boit, mais n'est jamais soûl, à 35 % pour celles dont le mari/partenaire est parfois soûl et atteint un maximum de 50 % pour celles dont le mari/partenaire est souvent soûl.

Le tableau 14.10 présente également les résultats selon l'index d'harmonie conjugale. Cet index a été établi à partir des réponses aux questions suivantes :

« Dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire est-ce que les faits suivants se produisent/se produisaient fréquemment, quelquefois ou jamais ?

- Il (passe/passait) son temps libre avec vous ?
- Il vous (consulte/consultait) au sujet de différentes questions du ménage ?
- Il (est/était) affectueux avec vous ?
- Il vous (respecte/respectait) et (tient/tenait) compte de vos désirs ? »

L'index d'harmonie conjugale est basé sur le nombre de comportements qui se produisent fréquemment. Si une femme a déclaré qu'aucun de ces comportements ne se produisait fréquemment, l'union est considérée comme peu harmonieuse. Si une femme a déclaré que trois ou quatre de ces comportements se produisaient fréquemment, l'union est considérée comme très harmonieuse. On constate que plus l'union est harmonieuse, plus la fréquence de la violence conjugale diminue. Ainsi, la prévalence de la violence physique ou sexuelle récente passe de 33 % pour les femmes dont l'union est peu harmonieuse à 24 % quand elle est très harmonieuse. Cependant, ces résultats montrent que même au sein de ménages considérés comme harmonieux, la prévalence de la violence conjugale reste tout de même élevée puisque environ une femme sur quatre ont déclaré avoir été confrontées à des actes de violence conjugale.

Tableau 14.10 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints

Pourcentage de femmes actuellement en union qui ont déclaré avoir subi divers types de violence conjugale au cours de l'année précédente et pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir exercé de la violence physique contre leur mari/partenaire selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme EDSC-III Cameroun 2004

Caractéristique	Violence physique ou sexuelle		A déclaré n'avoir subi aucune violence	Violence physique de la femme contre son mari/partenaire		Effectif
	A n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois		A n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	
Niveau d'instruction du mari/partenaire						
Aucune	30,9	17,5	61,9	2,0	0,7	531
Primaire	48,3	29,5	44,3	3,4	2,4	681
Secondaire ou plus	47,7	33,6	46,0	8,6	6,1	866
NSP/ND	37,7	25,1	50,6	2,2	1,5	82
Écart d'âge entre la femme et son mari/partenaire						
Femme plus âgée que le mari de 3 ans ou plus	(57,0)	(25,2)	(36,8)	(0,0)	(0,0)	31
Même âge ou écart 1-2 ans	47,6	33,5	46,2	6,7	3,7	268
3-4 ans	48,7	33,1	45,6	9,1	8,1	279
5-9 ans	42,6	29,3	51,3	5,7	3,7	743
10 ans ou plus	40,5	23,7	50,6	2,8	1,7	818
Différence d'instruction entre la femme et son mari/partenaire						
Mari a plus d'instruction	47,3	31,8	46,0	5,7	4,1	1 009
Femme a plus d'instruction	48,1	30,8	46,4	7,8	3,3	314
Mari et femme ont le même niveau	47,5	29,9	46,6	7,1	4,9	260
Aucun n'a de l'instruction	30,5	17,2	61,8	0,8	0,6	445
Consommation d'alcool par le mari/partenaire						
Ne boit pas	32,6	21,5	61,1	3,5	2,7	1 022
Boit/n'est jamais soûl	37,3	23,4	55,9	5,1	2,8	359
Est parfois soûl	55,9	34,8	35,2	6,2	4,6	575
Est souvent soûl	72,8	50,1	20,6	9,6	4,4	201
NSP/ND	69,2	0,0	30,8	0,0	0,0	3
Femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire						
Oui pour toutes les raisons	45,0	28,7	49,8	4,8	3,6	1 158
Non pour une raison ou plus	41,6	27,2	49,3	5,4	3,2	1 002
Index d'harmonie conjugale						
0 comportement (le moins harmonieux)	50,1	32,9	39,6	4,7	3,1	580
1-2 comportements	45,1	30,1	48,1	5,3	3,5	652
Le plus harmonieux	38,0	23,5	56,8	5,1	3,5	928
Index de contrôle conjugal exercé par le mari/partenaire						
0 point (contrôle minimum)	26,9	11,6	67,2	2,3	1,6	313
1-2 points	34,9	20,8	57,2	4,3	2,7	980
3-4 points	54,2	37,7	38,9	5,5	4,5	636
5-6 points	71,8	54,1	22,5	11,2	5,8	231
Structure de la famille						
Nucléaire	42,3	26,5	51,4	3,5	2,7	1 086
Non nucléaire	44,5	29,5	47,7	6,7	4,1	1 074
Ensemble ¹	43,4	28,0	49,6	5,1	3,4	2 160

¹ Le total inclut 20 cas dont l'écart d'âge entre homme et femme sont non déterminés, et 3 cas dont la consommation d'alcool est non déterminé.

() Indiquent que les chiffres sont basés sur 25-49 cas non-pondérés.

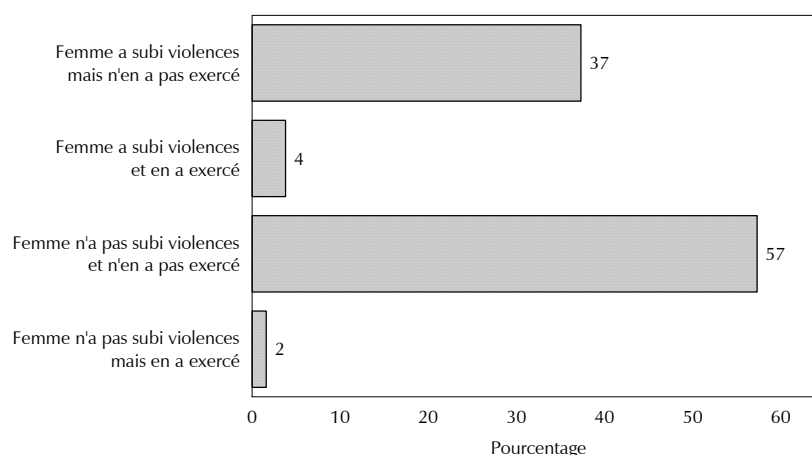
Les résultats permettent de mettre en évidence l'influence du contrôle qu'exerce le mari sur sa femme/partenaire sur la fréquence de la violence conjugale ; en effet, de 12 % quand le contrôle conjugal est le plus faible, la proportion de femmes ayant subi des violences conjugales passe à 54 % quand le contrôle est maximum. Enfin, la dernière caractéristique présentée au tableau 14.10 concerne le type de famille, nucléaire ou non nucléaire. Il ne semble pas que la fréquence de la violence conjugale soit significativement influencée par le type de famille.

14.2.6 Violences des femmes contre leur conjoint

Lors de l'EDSC-III, on a demandé aux femmes s'il leur était arrivé d'agresser physiquement leur époux/partenaire.

Très peu de femmes ont répondu par l'affirmative : seulement 2 % des femmes ont déclaré avoir exercé de la violence contre leur conjoint alors qu'elles n'en avaient pas subi et 4 % ont eu un comportement violent à l'égard de leur conjoint alors qu'elles avaient auparavant subi des violences de sa part. Plus de la moitié des femmes n'ont pas subi de violences et n'en ont pas exercé (57 %). Dans plus d'un tiers de cas (37 %), les femmes ont été victimes de violences mais n'en ont pas exercé en retour. Ces résultats montrent que les femmes ont rarement des comportements violents à l'égard de leur conjoint même quand celui-ci s'est comporté de manière violente à leur égard.

Graphique 14.2 Violence entre conjoints



EDSC-III 2004

Monique BARRÈRE

Au Cameroun, l'infection à VIH constitue un véritable problème de santé publique. Elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays. Dès 1986 le Gouvernement a créé un Comité Technique de Lutte contre le Sida ; en 1987 un Programme National de Lutte contre le Sida est mis en place. Les orientations actuelles de la lutte contre le sida au Cameroun sont consignées dans le « *Plan stratégique national de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005* » lancé en septembre 2000 par le Premier Ministre. Le renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH/sida et des IST mis en place depuis 1989 constitue un des axes stratégiques majeurs de ce plan. Ce renforcement vise à mettre à la disposition de tous les acteurs les informations permettant d'évaluer les tendances, de prévoir la gravité de la maladie et d'estimer l'impact des interventions.

Pendant les dix premières années du programme, le système de surveillance épidémiologique du VIH mis en place depuis 1989 a utilisé comme principale source d'information, la prévalence du VIH provenant d'un réseau des sites sentinelles auprès des femmes enceintes et la notification des cas de sida. Ce système n'est pas suffisamment équipé pour rendre compte de la diversité de l'épidémie. Il est limité notamment en ce qui concerne les données qualitatives.

Dans le cas des pays à « épidémie généralisée¹ » comme le Cameroun, le système de surveillance devrait mettre l'accent sur le suivi de l'infection à VIH et des comportements à hauts risques au sein de la population générale et de groupes spécifiques. En effet, l'efficacité des mesures de prévention dépend non seulement de la connaissance de l'ampleur² et du rythme de propagation de l'épidémie mais aussi de l'identification des comportements, des attitudes et des pesanteurs socioculturelles qui posent problème. Un important volet de l'EDSC-III a été consacré à la collecte des données qualitatives sur la pandémie du VIH/sida ainsi que sur les IST. L'objectif principal de ce chapitre est de présenter le niveau de connaissance sur le VIH/sida et les IST, les perceptions, les attitudes et les comportements au niveau national et régional ainsi que pour les sous groupes socio-économiques.

15.1 CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Pour cette raison, l'EDSC-III a collecté des informations qui ont permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans la population enquêtée.

Les informations présentées au tableau 15.1 montrent que la quasi-totalité des femmes (98 %) et des hommes (99 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Comparées aux données recueillies au cours de l'EDSC-II en 1998, on constate que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent l'existence du VIH/sida ont augmenté, passant chez les femmes de 79 % à 98 %, et chez les hommes de 88 % à 99 %. En outre, ce niveau de connaissance est homogène car quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, plus de neuf enquêtés sur dix ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida.

¹ L'épidémie du VIH est dite généralisée lorsque l'infection est solidement installée dans la population générale et la prévalence du VIH est toujours supérieure à 1 % chez les femmes enceintes

² La prévalence du VIH dans la population fait l'objet du chapitre 16.

Tableau 15.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Entendu parler du sida	Effectif	Entendu parler du sida	Effectif
Âge				
15-24	97,8	4 936	99,0	2 177
15-19	97,4	2 684	98,6	1 224
20-24	98,2	2 252	99,5	953
25-29	98,4	1 747	99,9	812
30-39	98,2	2 430	99,2	1 087
40-49	96,7	1 543	99,2	738
État matrimonial				
Célibataire	97,6	2 560	98,8	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	99,1	1 194	99,6	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	96,3	1 366	97,6	850
En union	97,8	7 166	99,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	98,6	930	98,8	433
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	99,9	2 277	99,6	1 167
Autres villes	99,1	3 559	99,5	1 645
Ensemble urbain	99,4	5 836	99,5	2 812
Rural	95,9	4 820	98,8	2 003
Région				
Adamaoua	96,4	416	100,0	214
Centre	97,9	854	98,5	368
Douala	99,8	1 197	99,6	598
Est	93,8	506	98,4	249
Extrême-Nord	96,0	1 718	98,7	620
Littoral	99,2	482	98,8	208
Nord	93,1	975	99,1	434
Nord-Ouest	99,9	1 090	99,3	506
Ouest	98,4	1 142	100,0	411
Sud	99,4	439	99,1	223
Sud-Ouest	99,4	757	99,2	415
Yaoundé	100,0	1 080	99,6	568
Niveau d'instruction				
Aucun	93,5	2 383	97,6	467
Primaire	98,2	4 109	98,6	1,736
Secondaire ou plus	100,0	4 163	99,9	2,612
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	94,0	2 007	99,1	650
Second	95,7	1 756	98,5	792
Moyen	98,7	2 046	98,9	906
Quatrième	99,7	2 283	99,2	1 110
Le plus riche	99,9	2 566	99,9	1 357
Ensemble	97,8	10 656	99,2	4 815

15.1.1 Connaissance des moyens de prévention et de transmission

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. Au cours de l'EDSC-III, on a donc demandé aux enquêtés ce qui pouvait être fait pour éviter de contracter ce virus. À cette question, plus de deux femmes sur trois (69 %) et une proportion plus élevée d'hommes (82 %) ont déclaré qu'on pouvait limiter ses risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms. En outre, 81 % des femmes et 88 %

Tableau 15.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, en réponse une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'enquêtées	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'enquêtés
Âge										
15-24	71,2	80,8	63,6	76,8	4 936	82,8	84,5	73,0	82,3	2 177
15-19	70,3	78,5	61,4	76,3	2 684	80,7	82,0	69,8	81,7	1 224
20-24	72,2	83,6	66,1	77,3	2 252	85,6	87,6	77,2	83,0	953
25-29	69,7	84,1	63,7	78,4	1 747	84,5	90,4	78,0	84,4	812
30-39	68,0	81,8	61,8	78,6	2 430	82,3	90,2	76,5	84,6	1 087
40-49	61,0	79,2	55,3	76,7	1 543	78,0	89,3	72,0	82,6	738
État matrimonial										
Célibataire	75,2	81,2	67,0	78,7	2 560	82,4	83,8	72,4	83,0	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	83,1	86,7	76,1	79,8	1 194	87,4	86,9	78,1	84,2	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	68,3	76,3	59,1	77,7	1 366	75,0	79,3	63,9	81,1	850
En union	66,3	81,3	60,1	76,8	7 166	81,0	90,6	75,1	83,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	70,0	82,4	63,1	79,0	930	88,2	89,4	81,7	81,7	433
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	79,8	87,3	73,2	75,6	2 277	85,4	79,5	70,8	79,9	1 167
Autres villes	74,7	83,8	67,0	81,2	3 559	81,9	89,8	75,6	83,3	1 645
Ensemble urbain	76,7	85,2	69,4	79,0	5 836	83,3	85,5	73,6	81,8	2 812
Rural	59,1	76,7	53,0	75,5	4 820	80,7	90,3	75,8	85,1	2 003
Région										
Adamaoua	48,8	82,7	45,0	83,0	416	81,2	93,4	77,5	90,1	214
Centre	75,0	78,2	66,4	74,6	854	93,8	92,2	89,4	91,5	368
Douala	81,4	89,3	76,7	78,1	1 197	87,1	74,9	68,1	82,9	598
Est	61,7	78,9	56,7	63,4	506	77,7	82,9	69,9	72,5	249
Extrême-Nord	52,9	82,7	48,8	72,3	1 718	73,2	92,5	70,0	87,1	620
Littoral	69,9	82,2	62,5	72,7	482	87,4	84,9	77,4	81,4	208
Nord	41,4	51,5	34,2	66,1	975	78,7	84,1	70,2	82,7	434
Nord-Ouest	78,2	94,2	75,4	94,6	1 090	80,6	95,4	77,2	84,9	506
Ouest	74,9	76,3	60,5	79,8	1 142	73,7	87,2	65,7	77,0	411
Sud	82,0	84,5	73,0	80,1	439	87,0	87,7	80,4	81,8	223
Sud-Ouest	83,9	89,9	78,3	92,0	757	89,0	93,8	84,9	88,4	415
Yaoundé	78,1	85,2	69,4	72,9	1 080	83,6	84,2	73,7	76,7	568
Niveau d'instruction										
Aucun	40,4	68,4	35,6	67,9	2 383	62,8	87,6	59,5	81,4	467
Primaire	69,6	80,6	61,4	77,9	4 109	78,6	84,2	68,9	80,8	1 736
Secondaire ou plus	84,1	89,5	77,7	82,4	4 163	88,2	89,7	80,9	85,1	2 612
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	47,8	71,5	42,6	70,0	2 007	75,4	92,2	72,2	86,0	650
Second	59,9	77,6	53,7	75,7	1 756	79,3	89,2	73,9	83,6	792
Moyen	69,4	80,6	61,4	79,0	2 046	82,5	89,9	76,5	83,4	906
Quatrième	77,3	85,1	69,8	79,7	2 283	83,4	84,2	73,1	82,1	1 110
Le plus riche	83,0	88,9	76,4	81,2	2 566	86,1	85,3	75,7	82,3	1 357
Ensemble	68,7	81,4	62,0	77,4	10 656	82,2	87,5	74,5	83,2	4 815

des hommes ont cité la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté comme moyen de prévention du VIH/sida. Globalement, 62 % des femmes et 75 % des hommes ont cité ces deux moyens de prévention. En fonction de l'âge, malgré des variations irrégulières, on note, chez les femmes, que ce sont les plus âgées qui connaissent le moins fréquemment ces deux moyens de prévention (55 % à 40-49 ans contre un maximum de 66 % à 20-24 ans) ; à Yaoundé/Douala (73 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (78 %) et, parmi celles des ménages les plus riches (76 %), environ les trois-quarts ont cité ces deux moyens de prévention. Par contre, cette proportion est particulièrement faible parmi les femmes sans niveau d'instruction (36 %), parmi celles du milieu rural (53 %) ; de même, dans les régions du Nord (34 %) et de l'Adamaoua (45 %), ces proportions sont plus faibles qu'ailleurs. Signalons aussi que pour 77 % des femmes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/sida.

Chez les hommes, les écarts selon les caractéristiques socio-démographiques sont très faibles et les variations sont pratiquement identiques à celles constatées chez les femmes; les hommes sans niveau d'instruction (60 %), les célibataires (72 %) et ceux des ménages les plus pauvres (72 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment cité ces deux moyens de se protéger du VIH/sida. Dans les régions, les proportions varient d'un maximum de 89 % dans le Centre à un minimum de 66 % à l'Ouest. En outre, une proportion d'hommes voisine de celle des femmes (75 % contre 77 %) a cité l'abstinence comme moyen de prévention du VIH/sida.

Les conceptions erronées sur l'infection à VIH et le sida conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du virus. Les résultats sont présentés aux tableaux 15.3.1 et 15.3.2.

On constate que plus des deux tiers des femmes (67%) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. En outre, un peu moins de la moitié (46 %) savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques. Pour plus d'une femme sur deux (57 %), le sida ne se transmet pas par des moyens surnaturels, et dans les deux tiers des cas (65 %), les femmes ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du sida.

Globalement, seulement un peu plus du quart des femmes (28 %) rejettent les deux idées erronées les plus courantes sur la transmission, à savoir qu'on ne peut ni contracter le virus du sida par des moyens surnaturels, ni par des piqûres de moustiques. De plus, elles savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. L'avant-dernière colonne du tableau présente les proportions de femmes qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. En d'autres termes, elles savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté. En plus, elles rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Un peu plus d'une femme sur cinq (23 %) peut être considérée comme ayant une bonne connaissance générale concernant le sida.

Les proportions de femmes ayant une connaissance complète diffèrent selon les caractéristiques socio-démographiques. Tout d'abord, on constate que les femmes les plus jeunes possèdent plus fréquemment que les plus âgées ces informations correctes (27 % à 15-24 ans contre 10 % à 45-49 ans). On constate également des écarts en fonction du statut matrimonial des femmes puisque la proportion de femmes qui ont une connaissance complète varie d'un minimum de 18 % et 21 % parmi celles en union et en rupture d'union, à un maximum de 43 % parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels. Ces écarts reflètent les écarts selon l'âge puisque les célibataires sont généralement plus jeunes que les femmes en union et que celles en rupture d'union. Il faut ensuite souligner que ce niveau de connaissance complète est particulièrement faible parmi les femmes du milieu rural (12 %) alors qu'à Yaoundé/Douala,

la proportion de femmes bien informées est de 36 %. C'est en fonction du niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage que les écarts sont les plus importants : en effet, la proportion de femmes ayant une connaissance complète varie de 5 % chez celles sans niveau d'instruction à 42 % chez celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire. En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, cette proportion de femmes varie d'un minimum de 7 % dans les ménages les plus pauvres à un maximum de 42 % dans les ménages les plus riches. Enfin, dans les régions, on note que dans le Nord, une femme sur vingt (5 %) est correctement informée alors que cette proportion est de 33 % dans le Sud-Ouest.

Tableau 15.3.1 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtées qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtées
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
Âge							
15-19	65,5	55,0	66,6	72,3	35,0	26,5	2 684
20-24	70,5	50,6	62,4	69,3	34,5	28,4	2 252
25-29	68,7	46,1	57,3	66,1	28,7	23,2	1 747
30-34	68,8	40,9	51,7	59,5	23,6	19,6	1 350
35-39	66,5	37,9	48,4	59,1	20,7	16,8	1 080
40-44	65,3	37,2	44,0	56,2	20,0	14,4	832
45-49	56,5	33,1	38,3	51,0	13,9	10,3	711
État matrimonial							
Célibataire	74,4	64,7	71,4	79,3	45,3	35,6	2 560
A déjà eu des rapports sexuels	84,3	68,0	74,4	86,2	50,4	42,5	1 194
N'a jamais eu de rapports sexuels	65,7	61,9	68,9	73,3	40,7	29,5	1 366
En union	63,5	39,9	52,2	60,1	22,6	18,0	7 166
Divorcée/séparée/veuve	73,2	43,9	51,9	63,8	26,4	21,2	930
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	90,7	64,2	65,9	82,5	45,6	36,3	2 277
Autres villes	74,9	51,8	65,1	72,8	34,6	28,0	3 559
Ensemble urbain	81,1	56,6	65,4	76,6	38,9	31,2	5 836
Rural	49,9	33,7	46,4	51,0	15,6	11,9	4 820
Région							
Adamaoua	60,0	37,6	57,1	55,2	23,2	18,0	416
Centre	70,0	46,8	49,1	65,8	25,8	21,5	854
Douala	89,7	63,2	68,8	78,6	46,4	38,4	1 197
Est	63,8	45,8	59,1	64,8	28,1	22,0	506
Extrême-Nord	44,2	30,8	54,4	45,2	15,1	10,5	1 718
Littoral	78,5	47,4	61,9	70,8	29,9	23,0	482
Nord	26,3	26,2	25,8	38,2	8,2	5,1	975
Nord-Ouest	71,3	49,5	61,3	64,8	30,8	25,9	1 090
Ouest	65,5	45,9	68,2	72,2	29,4	22,4	1 142
Sud	80,8	44,6	36,1	75,4	20,2	15,8	439
Sud-Ouest	82,7	53,5	66,9	76,1	37,7	33,3	757
Yaoundé	91,9	65,4	62,7	86,8	44,8	33,9	1 080
Niveau d'instruction							
Aucun	32,2	24,1	39,1	35,1	7,9	4,7	2 383
Primaire	63,2	36,4	51,9	59,9	18,0	13,4	4 109
Secondaire ou plus	90,6	68,6	71,8	87,1	50,4	41,7	4 163
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	36,9	25,9	42,3	40,4	10,3	7,2	2 007
Second	49,1	31,8	46,3	50,2	13,6	10,6	1 756
Moyen	64,0	39,7	55,3	63,0	22,4	16,7	2 046
Quatrième	82,2	53,7	64,9	75,7	35,7	28,9	2 283
Le plus riche	91,5	70,6	69,3	86,6	50,9	41,5	2 566
Ensemble	67,0	46,2	56,8	65,0	28,4	22,5	10 656

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Les résultats concernant les hommes (tableau 15.3.2) montrent d'une part que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance correcte de la transmission du VIH/sida : huit hommes sur dix (80 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida. D'autre part, plus de la moitié (54 %) savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques, les trois-quarts (74 %) rejettent l'idée erronée selon laquelle le sida peut se transmettre par des moyens surnaturels, et la même proportion rejette l'idée selon laquelle le sida peut se transmettre en partageant le repas d'une personne infectée. Globalement, 39 % rejettent les idées erronées les plus courantes et savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida.

Tableau 15.3.2 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtés
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
Âge							
15-19	71,5	61,6	79,1	80,7	42,8	33,8	1 224
20-24	82,8	55,4	76,6	76,7	41,9	35,3	953
25-29	85,1	53,4	77,6	79,4	41,7	35,1	812
30-34	81,3	50,4	72,6	71,7	35,1	31,6	620
35-39	83,2	50,5	68,3	72,5	34,2	28,9	467
40-44	81,8	44,5	68,0	67,5	33,2	26,9	394
45-49	80,9	40,9	61,1	61,5	27,3	21,9	344
État matrimonial							
Célibataire	77,9	61,0	78,4	80,6	44,9	35,9	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	85,0	63,0	79,2	83,5	48,5	40,1	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	67,3	58,0	77,3	76,3	39,5	29,6	850
En union	81,4	47,0	71,2	70,4	33,0	28,5	2 271
Divorcé/séparé/veuf	82,6	51,6	70,3	74,8	38,6	33,4	433
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	90,3	66,7	77,4	86,8	53,4	42,8	1 167
Autres villes	82,0	56,6	75,9	78,7	41,4	33,9	1 645
Ensemble urbain	85,5	60,8	76,5	82,1	46,4	37,6	2 812
Rural	72,2	43,5	71,1	65,7	28,0	24,5	2 003
Région							
Adamaoua	72,3	58,6	77,7	74,1	42,9	37,1	214
Centre	81,5	50,8	67,8	71,7	36,0	34,3	368
Douala	88,7	66,4	80,8	86,2	52,2	39,9	598
Est	69,2	50,1	71,0	72,5	32,9	26,0	249
Extrême-Nord	83,2	35,7	74,5	61,5	26,4	22,8	620
Littoral	85,3	61,0	80,1	83,4	47,3	39,4	208
Nord	62,0	37,1	68,8	61,1	25,0	20,9	434
Nord-Ouest	83,7	53,7	79,3	72,8	40,9	31,5	506
Ouest	58,4	52,8	77,9	77,1	28,7	20,8	411
Sud	84,5	59,5	59,0	84,9	34,5	31,7	223
Sud-Ouest	85,3	56,4	72,5	75,6	39,2	36,0	415
Yaoundé	92,0	67,0	73,7	87,4	54,6	45,8	568
Niveau d'instruction							
Aucun	65,4	21,7	60,6	48,0	11,3	9,4	467
Primaire	69,0	37,6	68,3	61,8	20,6	15,9	1 736
Secondaire ou plus	89,8	69,9	80,7	89,1	55,6	47,0	2 612
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	67,3	32,8	68,2	54,9	20,0	16,2	650
Second	71,1	43,7	71,6	65,7	27,0	24,4	792
Moyen	76,4	48,5	73,0	72,3	33,8	28,9	906
Quatrième	81,7	57,8	76,7	80,5	42,3	33,8	1 110
Le plus riche	92,0	69,2	77,6	88,4	54,9	45,2	1 357
Ensemble	79,9	53,6	74,3	75,3	38,7	32,2	4 815

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par des moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

Environ un tiers des hommes (32 %) ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida, soit une proportion environ une fois et demie plus élevée que celle observée chez les femmes (23 %). Les hommes les mieux informés sont les jeunes de 25-29 ans (35 % contre un minimum de 22 % à 45-49 ans), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (40 % contre 29 % chez ceux en union). En outre, on constate des écarts importants selon le niveau d'instruction, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage. Seulement 9 % de ceux sans niveau d'instruction ont une connaissance complète du VIH/sida contre 47 % de ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. En milieu rural, un quart des hommes (25 %) peuvent être considérés comme ayant une connaissance complète du VIH/sida contre 43 % à Yaoundé/Douala. Selon le niveau de vie du ménage, cette proportion varie de 16 % parmi les ménages les plus pauvres à 45 % parmi les ménages les plus riches. Enfin, les régions de l'Ouest et du Nord détiennent les proportions les plus faibles d'hommes ayant une connaissance complète du sida (21 % dans les deux cas).

Au cours de l'enquête, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient si le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant et à quel moment pouvait s'effectuer la transmission. Les résultats sont présentés au tableau 15.4.

La transmission la plus connue par les enquêtés est la transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déclaré connaître ce mode de transmission (72 % contre 60 %). En outre, les femmes savent, dans des proportions quasiment similaires, que le virus peut aussi être transmis pendant l'accouchement et par l'allaitement (respectivement 49 % et 47 %). Par contre, les hommes qui connaissent la possibilité de transmission pendant l'accouchement sont un peu plus nombreux que ceux qui connaissent la transmission par l'allaitement (63 % et 57 %). Les femmes qui connaissent le plus fréquemment la transmission mère-enfant, quel qu'en soit le moment, sont aussi celles qui ont une connaissance complète des moyens de transmission du VIH/sida. Ce sont les femmes de Yaoundé/Douala, celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et celles des ménages les plus riches. En ce qui concerne le statut matrimonial, on constate, curieusement, que ce sont les femmes en union qui sont les moins bien informées.

Les résultats chez les hommes font apparaître des variations différentes. En effet, on constate que près des trois-quarts de ceux de 40-49 ans ont déclaré connaître la transmission pendant la grossesse (72 % contre 57 % chez les femmes du même groupe d'âges). De même, et à la différence des femmes, les hommes en union ou l'ayant été ont déclaré connaître, dans une proportion élevée, ces trois modes de transmission. Enfin, curieusement, ce sont les hommes du milieu rural, qui sont généralement les moins bien informés, que la transmission du virus pendant la grossesse (74 % contre 68 % à Yaoundé/Douala) et pendant l'allaitement (60 % contre 50 % à Yaoundé/Douala) est la mieux connue. On note également que les hommes les plus instruits sont ceux qui connaissent le plus fréquemment la transmission pendant la grossesse (74 % contre 65 % chez ceux sans niveau d'instruction) et au cours de l'accouchement (70 % contre 50 % chez ceux sans niveau d'instruction), ce qui n'est pas le cas de la transmission par l'allaitement qui est mieux connue des hommes ayant un niveau d'instruction primaire (61 %).

Tableau 15.4 Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et par l'allaitement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif d'enquêtées	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif d'enquêtés
Âge								
15-24	59,9	48,1	47,0	4 936	69,0	59,1	55,2	2 177
15-19	58,5	45,2	45,7	2 684	69,1	56,8	54,1	1 224
20-24	61,5	51,6	48,7	2 252	68,9	62,1	56,7	953
25-29	61,0	51,6	47,7	1 747	76,0	68,0	57,1	812
30-39	60,9	51,4	49,2	2 430	72,9	67,5	61,3	1 087
40-49	56,9	43,0	43,9	1 543	72,1	64,4	57,7	738
État matrimonial								
Célibataire	61,7	50,1	47,9	2 560	68,3	58,2	53,4	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	67,4	57,0	54,6	1 194	70,2	61,6	54,2	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	56,7	44,1	42,0	1 366	65,5	53,1	52,3	850
En union	59,0	48,2	46,7	7 166	74,2	66,8	60,4	2 271
Divorcé/séparé/veuf	61,7	48,0	49,1	930	73,7	70,2	60,1	433
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	70,1	59,8	51,0	2 277	68,1	65,3	50,3	1 167
Autres villes	65,2	55,0	52,7	3 559	71,6	66,7	58,9	1 645
Ensemble urbain	67,1	56,9	52,0	5 836	70,1	66,1	55,3	2 812
Rural	51,1	38,7	41,3	4 820	73,5	59,4	60,0	2 003
Région								
Adamaoua	47,8	39,7	34,7	416	69,0	63,9	56,2	214
Centre	65,6	51,1	51,1	854	64,1	57,8	55,1	368
Douala	71,1	57,9	51,4	1 197	66,8	63,7	50,9	598
Est	54,8	45,4	42,4	506	62,1	59,8	57,0	249
Extrême-Nord	49,3	41,3	36,6	1 718	75,2	62,6	62,2	620
Littoral	66,5	55,7	55,5	482	73,9	69,8	60,5	208
Nord	28,4	22,4	19,3	975	77,6	57,0	54,1	434
Nord-Ouest	67,3	54,5	62,3	1 090	76,8	60,9	65,0	506
Ouest	59,8	51,0	50,7	1 142	69,1	65,2	56,0	411
Sud	68,2	50,1	50,0	439	75,8	69,6	59,7	223
Sud-Ouest	77,7	53,0	67,3	757	75,2	66,5	64,7	415
Yaoundé	69,1	61,9	50,5	1 080	69,5	67,0	49,6	568
Niveau d'instruction								
Aucun	34,3	26,0	24,5	2 383	65,0	49,8	51,2	467
Primaire	63,0	47,1	50,6	4 109	69,0	56,4	60,8	1 736
Secondaire ou plus	71,5	63,2	56,7	4 163	74,4	70,3	56,0	2 612
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	42,9	33,8	34,0	2 007	74,0	56,2	61,4	650
Second	50,1	38,2	40,5	1 756	72,0	58,0	58,9	792
Moyen	61,6	46,0	49,9	2 046	74,4	64,9	62,1	906
Quatrième	69,3	54,1	52,2	2 283	71,1	63,8	56,1	1 110
Le plus riche	70,1	64,8	55,4	2 566	68,5	68,4	52,1	1 357
Ensemble	59,9	48,7	47,2	10 656	71,5	63,3	57,3	4 815

15.1.2 Stigmatisation

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus. Au cours de l'EDSC-III, des questions ont été posées aux enquêtés pour savoir comment ils se comporteraient dans certaines circonstances face à des personnes ayant contracté la maladie. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida, s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/sida, s'ils pensaient qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer à travailler et enfin s'ils pensaient qu'il fallait garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida. Les résultats sont présentés, pour les femmes au tableau 15.5.1 et au tableau 15.5.2 pour les hommes.

On constate que moins d'une femme sur dix (9 %) aurait une attitude tolérante dans les quatre situations ci-dessus citées. Cette attitude de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida est légèrement plus répandue parmi les groupes de femmes dont la connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida est la plus élevée. En effet, ce sont les femmes les plus jeunes (10 % contre 7 % à 40-49 ans), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (18 % contre 7 % parmi celles en union), celles qui résident à Yaoundé/Douala (16 % contre 11 % dans les Autres villes et 4 % en milieu rural), celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (16 % contre 1 % pour celles qui sont sans instruction) et enfin celles vivant dans les ménages les plus riches (16 % contre 2 % pour celles des ménages les plus pauvres) qui auraient le plus fréquemment tendance à se comporter de manière tolérante à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida.

La proportion d'hommes qui aurait une attitude de tolérance dans les quatre situations est deux fois plus élevée que celle constatée chez les femmes (19 % contre 9 %). Les hommes étaient aussi, en proportion, près d'une fois et demie plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida (32 % contre 23 %). Comme chez les femmes, on constate que les comportements tolérants à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida sont très influencés par le niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention du virus. En effet, les hommes les plus tolérants sont, comme, chez les femmes, ceux qui possèdent toutes les informations correctes sur le VIH/sida.

Tableau 15.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtées qui :				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-24	70,8	45,4	51,8	36,4	10,4	4 826
15-19	70,5	44,7	52,2	36,6	10,4	2 614
20-24	71,0	46,1	51,2	36,1	10,3	2 212
25-29	68,0	40,6	48,7	37,8	8,8	1 719
30-39	67,4	37,6	43,9	39,3	7,5	2 386
40-49	69,2	33,9	40,9	40,0	6,9	1 492
État matrimonial						
Célibataire	79,4	54,2	61,7	35,6	14,5	2 500
A déjà eu des rapports sexuels	88,3	62,3	67,5	35,3	17,5	1 183
N'a jamais eu de rapports sexuels	71,4	47,0	56,4	35,9	11,7	1 316
En union	64,9	36,5	43,0	38,7	7,1	7 005
Divorcée/séparée/veuve	75,1	41,2	47,5	36,9	8,4	918
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	83,4	56,9	69,7	36,8	16,0	2 274
Autres villes	74,9	47,2	55,7	35,2	10,5	3 527
Ensemble urbain	78,3	51,0	61,2	35,8	12,6	5 801
Rural	58,1	28,8	31,3	40,2	4,3	4 621
Région						
Adamaoua	46,7	26,9	46,7	46,3	3,5	401
Centre	70,3	43,6	50,4	32,2	8,3	835
Douala	81,6	50,8	65,0	39,3	14,5	1 195
Est	74,5	47,1	55,7	37,2	10,1	475
Extrême-Nord	43,0	22,1	21,5	41,1	1,7	1 649
Littoral	70,9	42,4	52,1	50,3	12,9	478
Nord	48,2	13,6	30,9	39,8	3,9	908
Nord-Ouest	89,9	44,2	43,4	28,7	8,0	1 089
Ouest	66,1	43,8	45,8	41,4	8,1	1 124
Sud	84,2	59,0	56,8	45,4	13,8	437
Sud-Ouest	83,0	50,1	55,3	28,3	9,6	752
Yaoundé	85,4	63,8	74,9	34,2	17,7	1 080
Niveau d'instruction						
Aucun	42,8	14,5	19,1	40,3	1,0	2 227
Primaire	67,6	34,0	40,6	40,1	6,6	4 034
Secondaire ou plus	85,2	62,4	70,4	34,2	15,5	4 161
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	47,0	18,8	23,4	40,7	1,8	1 886
Second	59,7	28,3	29,7	41,4	4,5	1 681
Moyen	68,2	38,1	43,1	40,0	7,6	2 018
Quatrième	77,9	49,2	57,0	36,2	11,1	2 276
Le plus riche	85,3	61,3	73,6	32,9	16,3	2 562
Ensemble	69,3	41,2	47,9	37,8	9,0	10 423

Tableau 15.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui :				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-24	81,6	53,8	57,3	52,1	19,1	2 155
15-19	79,7	53,2	55,0	49,6	17,6	1 207
20-24	83,9	54,4	60,3	55,3	21,1	948
25-29	84,3	52,0	58,2	56,7	18,5	811
30-39	82,9	47,7	53,6	57,6	18,5	1 079
40-49	81,5	40,4	51,3	58,9	16,4	732
État matrimonial						
Célibataire	82,3	56,4	58,9	52,9	20,8	2 086
A déjà eu des rapports sexuels	85,8	61,7	64,2	55,6	24,9	1 256
N'a jamais eu de rapports sexuels	77,0	48,3	51,0	48,8	14,7	830
En union	81,8	44,3	52,6	57,8	16,3	2 264
Divorcé/séparé/veuf	85,2	49,7	56,3	52,0	18,5	427
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	90,4	63,5	69,1	55,9	28,3	1 162
Autres villes	85,6	55,0	60,4	50,7	19,1	1 637
Ensemble urbain	87,6	58,5	64,0	52,8	22,9	2 799
Rural	74,8	38,1	43,9	58,5	12,1	1 978
Région						
Adamaoua	68,2	46,9	55,6	65,6	18,4	214
Centre	83,7	52,5	58,0	49,4	17,4	362
Douala	92,2	57,7	65,2	56,6	25,8	596
Est	74,6	57,9	51,3	65,0	24,8	245
Extrême-Nord	70,1	30,6	35,9	59,3	6,1	612
Littoral	83,3	55,8	58,4	60,1	24,3	206
Nord	66,6	31,7	44,0	62,8	12,1	430
Nord-Ouest	88,5	46,2	49,0	54,9	17,2	502
Ouest	91,7	45,5	54,3	32,8	8,9	411
Sud	87,4	70,6	66,4	52,5	26,0	221
Sud-Ouest	84,8	50,3	62,7	54,2	16,8	412
Yaoundé	88,4	69,6	73,2	55,1	31,0	566
Niveau d'instruction						
Aucun	64,5	17,5	26,7	64,0	3,5	456
Primaire	74,5	33,5	40,4	57,3	9,9	1 712
Secondaire ou plus	90,6	66,6	70,8	52,2	26,7	2 609
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	69,6	24,6	34,7	61,0	7,6	645
Second	75,0	38,2	42,2	58,1	11,4	780
Moyen	79,0	43,8	47,8	55,9	14,6	896
Quatrième	86,3	55,6	60,4	53,4	20,6	1 101
Le plus riche	91,5	68,5	74,9	51,6	28,5	1 356
Ensemble	82,3	50,0	55,7	55,1	18,5	4 777

15.2 POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DE VIH/SIDA

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire. Au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux enquêtés si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient effectué un test de VIH/sida et s'ils avaient reçu les résultats. On constate au tableau 15.6 que les trois-quarts des femmes (76 %) et une proportion encore plus élevée d'hommes (83 %) n'ont jamais effectué de test. Seulement une femme sur dix (10 %) a effectué un test et a eu connaissance des résultats ; chez les hommes, cette proportion est un peu plus élevée (14 %). Si on se limite aux 12 derniers mois, seulement 5 % des femmes et 7 % des hommes ont effectué un test et ont reçu les résultats.

Tableau 15.6 Population ayant effectué un test de VIH et ayant reçu les résultats

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH, pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats, et pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio- démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes							Hommes						
	A effectué un test			NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées	A effectué un test			NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtés
	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée					A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testé				
Âge														
15-24	7,3	9,7	80,1	3,0	100,0	4,4	4 936	6,7	1,4	90,9	1,0	100,0	3,9	2 177
15-19	4,7	5,1	87,2	2,9	100,0	3,0	2 684	3,1	0,7	94,7	1,4	100,0	1,9	1 224
20-24	10,3	15,1	71,6	3,0	100,0	6,0	2 252	11,3	2,3	85,9	0,5	100,0	6,5	953
25-29	11,7	17,6	68,1	2,6	100,0	5,8	1 747	19,5	2,3	78,1	0,1	100,0	9,6	812
30-39	11,0	14,6	71,9	2,5	100,0	4,5	2 430	20,8	2,4	76,0	0,8	100,0	9,1	1 087
40-49	12,8	5,3	78,0	3,9	100,0	5,3	1 543	18,8	3,2	77,2	0,8	100,0	8,3	738
État matrimonial														
Célibataire	8,6	4,6	84,2	2,6	100,0	4,4	2 560	8,9	1,1	88,7	1,2	100,0	4,6	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	15,2	9,1	74,3	1,3	100,0	7,5	1 194	14,0	1,6	84,0	0,4	100,0	7,1	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	2,7	0,7	92,8	3,7	100,0	1,6	1 366	1,3	0,5	95,8	2,4	100,0	1,0	850
En union	9,1	13,8	73,9	3,1	100,0	4,6	7 166	18,0	2,5	79,2	0,3	100,0	8,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	16,8	12,0	69,1	2,1	100,0	7,3	930	16,7	4,0	78,1	1,2	100,0	6,6	433
Milieu de résidence														
Yaoundé/Douala	21,6	16,8	60,7	0,9	100,0	9,1	2 277	23,7	3,1	72,7	0,4	100,0	10,5	1 167
Autres villes	10,2	13,3	75,2	1,4	100,0	5,8	3 559	14,4	2,2	82,8	0,5	100,0	7,3	1 645
Ensemble urbain	14,6	14,6	69,5	1,2	100,0	7,1	5 836	18,3	2,6	78,6	0,5	100,0	8,6	2 812
Rural	3,7	7,6	83,7	5,0	100,0	2,0	4 820	7,7	1,3	89,7	1,2	100,0	4,0	2 003
Région														
Adamaoua	5,0	7,8	83,1	4,2	100,0	2,6	416	14,6	2,8	82,6	0,0	100,0	7,8	214
Centre	6,7	10,5	80,5	2,3	100,0	3,0	854	7,2	1,9	89,4	1,5	100,0	4,4	368
Douala	21,9	18,0	59,5	0,6	100,0	8,9	1 197	22,5	1,9	75,2	0,4	100,0	9,8	598
Est	5,2	8,1	79,9	6,9	100,0	3,0	506	11,5	2,2	84,7	1,6	100,0	6,0	249
Extrême-Nord	1,1	1,1	92,2	5,6	100,0	0,8	1 718	4,2	0,6	94,0	1,3	100,0	2,7	620
Littoral	9,9	14,4	74,6	1,2	100,0	5,5	482	11,8	1,8	85,2	1,2	100,0	6,2	208
Nord	1,8	1,4	88,3	8,6	100,0	1,3	975	7,0	0,4	91,7	0,9	100,0	3,9	434
Nord-Ouest	8,0	20,5	71,4	0,1	100,0	4,8	1 090	16,9	1,5	80,9	0,7	100,0	6,4	506
Ouest	10,7	15,5	72,0	1,8	100,0	5,6	1 142	14,5	2,7	82,7	0,0	100,0	8,5	411
Sud	10,3	11,9	77,2	0,6	100,0	6,0	439	12,1	4,1	82,9	0,9	100,0	5,9	223
Sud-Ouest	12,8	16,1	70,0	1,1	100,0	7,0	757	12,8	1,7	84,7	0,8	100,0	6,4	415
Yaoundé	21,2	15,5	62,0	1,3	100,0	9,4	1 080	25,0	4,4	70,2	0,4	100,0	11,1	568
Niveau d'instruction														
Aucun	1,3	2,0	88,7	8,0	100,0	0,6	2 383	3,7	0,8	93,2	2,4	100,0	1,4	467
Primaire	6,2	12,2	79,1	2,5	100,0	3,3	4 109	7,8	1,4	89,4	1,4	100,0	4,6	1 736
Secondaire ou plus	17,9	16,2	65,5	0,4	100,0	8,7	4 163	19,8	2,7	77,4	0,1	100,0	9,1	2 612
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	1,0	4,9	86,8	7,3	100,0	0,8	2 007	4,8	0,6	93,7	0,9	100,0	2,6	650
Second	2,9	6,8	85,5	4,9	100,0	1,2	1 756	6,2	1,6	90,7	1,5	100,0	3,2	792
Moyen	5,9	10,7	81,2	2,2	100,0	2,9	2 046	10,1	1,4	87,5	1,1	100,0	5,9	906
Quatrième	12,2	16,1	70,9	0,9	100,0	5,9	2 283	15,3	2,0	81,9	0,8	100,0	7,4	1 110
Le plus riche	21,8	16,4	61,2	0,5	100,0	10,8	2 566	24,2	3,5	72,2	0,1	100,0	10,8	1 357
Ensemble	9,7	11,5	75,9	2,9	100,0	4,8	10 656	13,9	2,1	83,3	0,8	100,0	6,7	4 815

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on constate que c'est parmi les jeunes de 15-19 ans que la proportion de ceux qui ont déjà effectué un test de VIH/sida et reçu les résultats est la plus faible (5 % chez les femmes et 3 % chez les hommes). En milieu rural, 4 % des femmes et 8 % des hommes ont eu connaissance de leur statut. Ces proportions sont de loin inférieures à celles des Autres villes (10 % et 14 %) et Yaoundé/Douala (22 % et 24 %). Dans les régions, ces proportions varient de respectivement 1 % et 4 % chez les femmes et les hommes dans l'Extrême-Nord à 13 % pour chacun des deux sexes dans le Sud-Ouest. La probabilité d'effectuer un test et de connaître les résultats est très liée au niveau d'instruction et au niveau de vie du ménage puisque seulement 1 % des femmes sans niveau d'instruction et de celles des ménages les plus pauvres connaissent leur statut sérologique contre 18 % de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et 22 % de celles des ménages les plus riches. Chez les hommes, on constate ce même type de variation, 20 % des hommes les plus instruits contre 4 % de ceux sans niveau d'instruction ont déjà effectué un test et en connaissent le résultat ; selon les niveaux de bien-être économique, on note que 24 % des hommes vivant dans les ménages les plus riches connaissent leur statut et que, dans les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 5 %.

En outre, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête une série de questions pour savoir si, au cours d'une visite prénatale, elles avaient reçu des conseils concernant le VIH, si elles avaient effectué volontairement³ un test au cours d'une visite prénatale et enfin si elles avaient reçu ou non les résultats de ce test. Les résultats sont présentés au tableau 15.7. Plus d'un tiers des femmes (36 %) ont déclaré avoir reçu des conseils sur le VIH/sida au cours d'une visite prénatale, c'est-à-dire qu'on leur a parlé de la transmission mère-enfant et de l'importance du test de VIH/sida. Dans 9 % des cas, les femmes ont effectué volontairement un test de VIH/sida et ont eu connaissance des résultats. Globalement, 7 % ont bénéficié de conseils, ont effectué un test et en ont reçu les résultats. Dans certains groupes de femmes, cette proportion est beaucoup plus élevée : parmi les femmes de Douala et parmi celles des ménages les plus riches, cette proportion atteint 20 %. Par contre, elle est seulement de 4 % en milieu rural et de 2 % parmi les femmes des ménages les plus pauvres. En fonction du niveau d'instruction, on constate également des écarts très importants : parmi les femmes les plus instruites, 16 % ont reçu des conseils, ont effectué un test de VIH/sida et ont été informées des résultats ; par comparaison, parmi les femmes sans niveau d'instruction, cette proportion n'est que de 1 %.

³ On leur a proposé le test et elles ont accepté d'effectuer le test.

Tableau 15.7 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH

Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, au cours des visites prénatales pour la naissance la plus récente, ont reçu des conseils, à qui on a proposé le test du VIH, qui ont accepté de se faire tester et qui ont reçu les résultats du test, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	A reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale ¹	A effectué volontairement un test ² de VIH au cours des visites prénatales		Pourcentage qui a reçu des conseils, a été testé et a reçu les résultats	Nombre d'enquêtées qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Âge					
15-24	35,5	9,1	1,2	7,5	1 455
15-19	30,7	8,5	1,1	6,7	492
20-24	38,0	9,4	1,3	7,9	964
25-29	36,0	9,5	1,7	7,3	785
30-39	35,2	7,6	0,6	6,7	791
40-49	34,3	10,2	0,0	10,2	142
État matrimonial					
Célibataire	48,8	11,1	1,4	10,3	188
En union	34,4	8,7	1,1	7,2	2 802
Divorcée/séparée/veuve	39,1	9,3	1,6	7,9	183
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	70,3	20,7	1,5	16,5	455
Autres villes	42,8	11,2	1,1	9,5	967
Ensemble urbain	51,6	14,2	1,2	11,7	1 422
Rural	22,4	4,6	1,0	3,8	1 751
Région					
Adamaoua	27,8	4,0	0,4	4,0	131
Centre	25,7	8,5	3,3	5,5	250
Douala	71,1	25,3	1,1	20,0	224
Est	30,6	7,6	0,0	6,8	174
Extrême-Nord	7,3	1,3	0,0	1,3	674
Littoral	40,6	10,0	1,5	8,3	115
Nord	7,9	2,8	0,0	2,8	355
Nord-Ouest	63,2	5,8	2,4	5,5	308
Ouest	41,6	12,9	1,5	10,1	394
Sud	39,7	13,2	0,4	12,2	125
Sud-Ouest	63,1	17,2	2,3	14,9	192
Yaoundé	69,5	16,2	2,0	13,2	231
Niveau d'instruction					
Aucun	8,7	1,4	0,1	1,3	890
Primaire	35,0	7,1	1,3	5,7	1 364
Secondaire ou plus	62,3	18,8	1,9	15,8	920
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	15,0	2,0	0,3	1,9	775
Second	21,0	3,3	1,9	2,7	654
Moyen	34,6	8,5	1,2	6,6	662
Quatrième	53,6	12,8	1,5	10,0	587
Le plus riche	66,6	22,9	0,7	20,0	495
Ensemble	35,5	8,9	1,1	7,4	3 173

¹ Les femmes à qui on a parlé de la transmission du VIH mère-enfant et de l'importance du test du VIH sont considérées ici comme ayant reçu des conseils.

² Un test a été proposé à la femme au cours d'une visite prénatale et elle a accepté d'être testée.

15.3 RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM

La multiplicité des partenaires sexuels différents augmente le risque de contracter des IST et le VIH/sida, en particulier dans les groupes de population où l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes et aux femmes s'ils avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ; dans le cas d'une réponse affirmative, on leur a demandé s'ils avaient eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. En plus des résultats à ces questions, le tableau 15.8 présente également le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie.

Tableau 15.8 Multiplicité des partenaires sexuels

Parmi les femmes et les hommes âgés de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et, parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaire sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes						Hommes					
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Effectif ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif ayant eu des rapports sexuels	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Effectif ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif ayant eu des rapports sexuels
Âge												
15-24	63,7	4 936	10,4	3 145	2,5	3 582	54,2	2 177	41,4	1 180	2,8	1 350
15-19	48,2	2 684	11,2	1 293	2,0	1 470	36,5	1 224	35,1	447	1,6	527
20-24	82,3	2 252	9,9	1 852	2,9	2 112	76,9	953	45,3	733	3,6	823
25-29	89,1	1 747	7,1	1 556	3,5	1 730	91,9	812	39,8	746	6,1	789
30-39	87,4	2 430	5,3	2 124	4,1	2 427	95,3	1 087	40,4	1 036	8,1	1 082
40-49	80,0	1 543	4,9	1 234	3,9	1 542	94,4	738	39,1	697	11,2	738
État matrimonial												
Célibataire	37,0	2 560	19,6	948	3,5	1 194	50,8	2 112	42,1	1 073	9,2	1 261
En union	91,7	7 166	4,8	6 570	3,1	7 158	97,5	2 271	38,6	2 214	5,4	2 267
Divorcé/séparé/veuf	58,2	930	20,7	542	5,2	929	86,2	433	45,8	373	8,4	430
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	75,0	2 277	13,2	1 708	4,6	1 912	82,3	1 167	46,6	960	9,5	1 018
Autres villes	73,2	3 559	7,8	2 605	3,3	3 038	73,3	1 645	38,8	1 205	6,2	1 326
Ensemble urbain	73,9	5 836	9,9	4 313	3,8	4 950	77,0	2 812	42,2	2 165	7,5	2 344
Rural	77,7	4 820	4,9	3 746	2,9	4 331	74,6	2 003	37,7	1 495	4,7	1 614
Région												
Adamaoua	79,2	416	5,7	329	2,3	363	69,4	214	39,8	149	6,8	163
Centre	76,3	854	11,7	651	5,0	762	78,1	368	44,9	287	8,1	308
Douala	74,3	1 197	13,2	889	4,4	994	80,0	598	46,2	478	8,9	502
Est	79,8	506	15,9	404	5,1	468	86,2	249	45,2	215	11,0	225
Extrême-Nord	80,8	1 718	0,8	1 389	1,5	1 531	71,0	620	31,5	440	2,4	476
Littoral	74,3	482	9,8	358	4,2	408	77,7	208	38,1	162	8,2	173
Nord	79,2	975	0,5	772	1,6	852	66,1	434	30,2	287	2,0	329
Nord-Ouest	64,8	1 090	3,1	707	2,6	931	74,9	506	38,4	379	5,8	426
Ouest	69,9	1 142	6,7	798	2,8	961	66,6	411	48,7	274	3,5	293
Sud	82,2	439	12,4	361	5,9	408	83,2	223	47,9	186	11,2	203
Sud-Ouest	76,8	757	9,6	582	3,5	685	77,6	415	28,2	322	4,9	345
Yaoundé	75,8	1 080	13,1	819	4,7	918	84,7	568	46,9	481	10,2	516
Niveau d'instruction												
Aucun	82,5	2 383	0,5	1 967	1,6	2 251	80,7	467	33,9	377	1,5	403
Primaire	74,9	4 109	8,0	3 077	3,5	3 610	72,6	1 736	36,9	1 260	5,2	1 371
Secondaire ou plus	72,4	4 163	11,8	3 015	4,3	3 420	77,5	2 612	43,8	2 023	10,4	2 185
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	80,1	2 007	2,2	1 608	2,1	1 823	74,4	650	35,3	484	2,8	516
Second	76,9	1 756	5,6	1 351	3,0	1 585	74,5	792	37,5	590	5,0	641
Moyen	73,9	2 046	7,2	1 512	3,5	1 788	74,4	906	40,7	674	6,3	731
Quatrième	74,7	2 283	9,6	1 706	3,7	1 975	75,4	1 110	38,0	837	7,2	921
Le plus riche	73,4	2 566	12,1	1 883	4,3	2 108	79,3	1 357	45,9	1 076	8,9	1 149
Ensemble	75,6	1 065	7,6	8 060	3,4	9 280	76,0	4 815	40,4	3 660	6,2	3 959

Environ les trois-quarts des femmes (76 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et parmi ces femmes, 8 % ont eu, au moins, deux partenaires. Les rapports sexuels avec des partenaires multiples sont plus fréquents parmi les jeunes femmes de 15-24 ans (en moyenne 10 %, contre 5 % à partir de 30 ans). Les femmes célibataires et surtout celles en rupture d'union ont plus fréquemment déclaré que les autres avoir eu plusieurs partenaires sexuels (respectivement 20 % et 21 % contre 5 % pour les femmes en union). En moyenne, ces femmes ont eu respectivement, 3,5 et 5,2 partenaires sexuels au cours leur vie. En outre, c'est parmi les femmes de Yaoundé/Douala (13 % contre 8 % dans les Autres villes et 5 % en rural), parmi celles qui sont les plus instruites (12 % contre moins d'un pour cent pour celles sans niveau d'instruction) et enfin parmi celles vivant dans les ménages les plus riches (12 % contre 2 % dans les ménages les plus pauvres) que cette pratique est la plus répandue. Dans ces groupes de femmes, le nombre moyen de partenaires sur la durée de vie est supérieur à 4. En fonction des régions, on constate qu'à l'Est (16 %), au Centre (12 %) et dans le Sud (12 %), plus d'une femme sur dix a déclaré avoir eu plusieurs partenaires sexuels. À l'opposé, dans l'Extrême-Nord et le Nord-Ouest, cette proportion n'atteint pas 1 %.

Les trois-quarts des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, soit une proportion similaire à celle des femmes (76 %). Parmi ces hommes, 40 %, c'est-à-dire une proportion beaucoup plus élevée que celle des femmes (8 %), ont eu des rapports sexuels avec, au moins, deux partenaires. Le nombre moyen de partenaires sur la durée de vie des hommes s'établit à 6,2. Parmi les hommes de 20-24 ans, ceux en rupture d'union, ceux de Yaoundé/Douala, ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus, et ceux des ménages les plus riches, plus de deux sur cinq ont déclaré avoir eu, au moins, deux partenaires sexuels.

Aux enquêtés ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, on a demandé si ces rapports sexuels avaient eu lieu avec des partenaires non maritaux et non cohabitants, considérés comme étant des rapports sexuels à risques. De plus, on a cherché à savoir si, au cours des derniers rapports sexuels à risques, un condom avait été utilisé (tableau 15.9).

Plus d'un quart des femmes (29 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 62 %. Chez les femmes, il va de soi que la fréquence des rapports sexuels à risque est particulièrement élevée parmi les célibataires (100 %) et parmi les femmes en rupture d'union (81 %). À 15-19 ans, plus d'une jeune fille sur deux (56 %) a eu des rapports sexuels à risques. À Yaoundé/Douala (47 %), parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (49 %) et parmi celles des ménages les plus riches (44 %), ces comportements sexuels à risque sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. À l'opposé, parmi les femmes sans niveau d'instruction (3 %), parmi celles des ménages les plus pauvres (8 %) et parmi celles des régions du Nord et de l'Extrême-Nord (3 % dans chaque cas), ces comportements sexuels à risques sont peu fréquents.

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 41 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les jeunes filles de 15-19 ans (47 %), les célibataires (50 %), celles de Yaoundé/Douala (51 %), celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (49 %) et celles des ménages les plus riches (53 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (62 % contre 29 %). En outre, plus d'un homme sur deux (55 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus de rapports à risques qui ont le plus fréquemment utilisé un condom.

Tableau 15.9 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif de femmes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'hommes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-24	44,2	3 145	46,5	1 390	90,5	1 180	57,4	1 069
15-19	55,7	1 293	47,4	720	96,6	447	55,8	432
20-24	36,2	1 852	45,4	670	86,8	733	58,4	636
25-29	21,8	1 556	39,9	340	62,7	746	60,2	468
30-39	17,8	2 124	31,4	378	46,3	1 036	50,3	480
40-49	16,3	1 234	17,6	201	35,8	697	40,9	250
État matrimonial								
Célibataire	99,5	948	49,9	943	100,0	1 073	57,1	1 073
En union	14,1	6 570	34,7	929	38,7	2 214	53,2	857
Divorcé/séparé/veuf	80,9	542	32,7	438	90,0	373	50,5	335
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	46,8	1 708	51,2	800	75,6	960	68,1	725
Autres villes	33,2	2 605	43,3	864	65,2	1 205	57,4	786
Ensemble urbain	38,6	4 313	47,1	1 664	69,8	2 165	62,6	1 511
Rural	17,2	3 746	23,7	645	50,5	1 495	38,8	755
Région								
Adamaoua	11,8	329	54,5	39	51,4	149	50,9	76
Centre	41,1	651	31,2	268	69,3	287	49,1	199
Douala	46,0	889	47,8	409	75,2	478	66,7	360
Est	32,9	404	25,3	133	68,1	215	43,6	146
Extrême-Nord	3,4	1 389	27,8	48	29,8	440	35,0	131
Littoral	43,5	358	40,6	156	76,9	162	54,6	125
Nord	3,0	772	44,7	23	31,1	287	42,2	89
Nord-Ouest	30,7	707	32,7	217	67,4	379	42,3	255
Ouest	30,0	798	50,0	240	64,4	274	69,4	176
Sud	40,9	361	36,1	148	76,0	186	51,0	141
Sud-Ouest	41,1	582	24,0	239	62,6	322	44,6	202
Yaoundé	47,8	819	54,7	391	75,9	481	69,6	365
Niveau d'instruction								
Aucun	3,1	1 967	11,0	62	22,0	377	26,9	83
Primaire	25,4	3 077	27,0	782	58,1	1 260	39,8	732
Secondaire ou plus	48,6	3 015	49,0	1 465	71,7	2 023	63,7	1 451
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	8,4	1 608	17,8	136	30,8	484	32,1	149
Second	18,3	1 351	22,6	247	49,4	590	35,2	291
Moyen	29,3	1 512	28,7	443	65,0	674	45,7	438
Quatrième	38,7	1 706	44,2	660	69,1	837	59,5	578
Le plus riche	43,8	1 883	53,1	824	75,2	1 076	67,2	809
Ensemble	28,7	8 060	40,5	2 310	61,9	3 660	54,7	2 266

Les rapports sexuels payants sont considérés comme des rapports sexuels à hauts risques. Au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux hommes si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient eu des rapports sexuels avec une prostituée et si, au cours de ces rapports sexuels, ils avaient utilisé un condom. Une faible proportion d'hommes (3 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée (tableau 15.10). Quelle que soit la caractéristique socio-démographique, cette proportion reste faible : c'est parmi les hommes en rupture d'union qu'elle est la plus élevée (6 %). Cependant, seulement 64 % de ces hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

Tableau 15.10 Rapports sexuels payants et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants

Pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois et, parmi ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec une prostituée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec une prostituée	Effectif d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois
Âge				
15-24	2,9	2 177	58,5	62
15-19	1,3	1 224	*	16
20-24	4,9	953	(65,2)	46
25-29	3,8	812	(74,9)	31
30-39	3,7	1 087	(66,0)	40
40-49	1,6	738	*	12
État matrimonial				
Célibataire	3,0	2 112	57,4	63
En union	2,5	2 271	62,5	58
Divorcé/séparé/veuf	5,8	433	(81,4)	25
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	3,8	1 167	(88,9)	44
Autres villes	3,5	1 645	56,6	58
Ensemble urbain	3,6	2 812	70,5	102
Rural	2,1	2 003	47,1	43
Niveau d'instruction				
Aucun	2,0	467	*	10
Primaire	3,1	1 736	49,9	53
Secondaire ou plus	3,2	2 612	75,1	83
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	2,5	650	*	16
Second	2,6	792	*	21
Moyen	3,1	906	(61,7)	28
Quatrième	3,0	1 110	(61,1)	33
Le plus riche	3,4	1 357	(89,6)	46
Ensemble	3,0	4 815	63,5	145

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

15.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Une IST non traitée est un facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. La lutte contre ces maladies s'est donc intensifiée depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida. Au cours de l'enquête, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà eu une IST et/ou des symptômes d'IST. Les résultats présentés au tableau 15.11 sont basés uniquement sur les déclarations des enquêtés et ne doivent donc pas être interprétés comme une mesure de la prévalence des IST.

Tableau 15.11 Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés

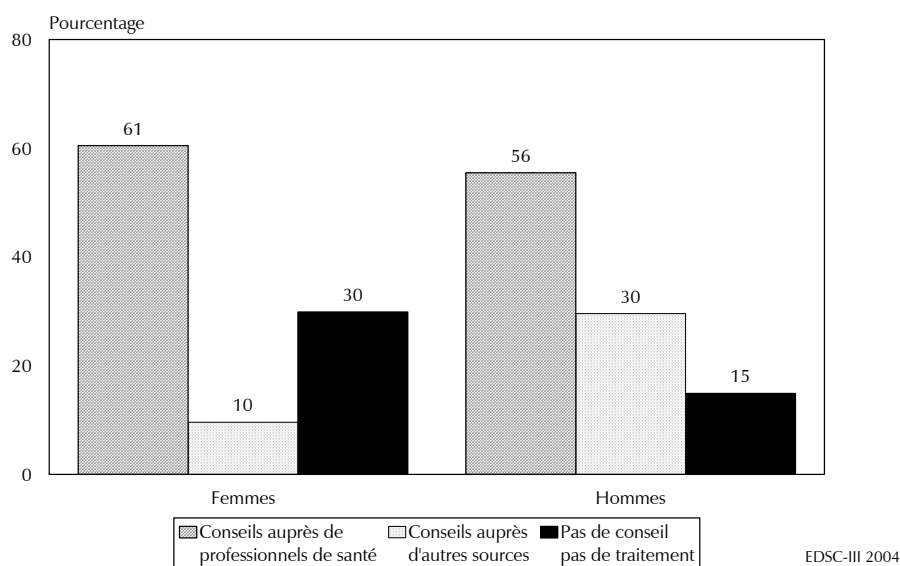
Parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des pertes vaginales anormales	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des écoulements du pénis	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels
Âge										
15-24	4,3	10,7	3,7	13,2	3 582	6,9	6,6	3,2	10,7	1 350
15-19	3,4	9,5	3,3	11,5	1 470	4,6	5,5	2,0	8,0	527
20-24	4,9	11,6	4,1	14,5	2 112	8,4	7,3	4,0	12,4	823
25-29	5,9	11,3	4,2	14,0	1 730	8,3	6,8	4,1	11,6	789
30-39	4,2	9,3	2,9	11,0	2 427	6,6	4,0	2,1	8,2	1 082
40-49	4,0	7,1	2,3	8,8	1 542	3,4	2,3	2,4	5,4	738
État matrimonial										
Célibataire	4,7	11,9	3,9	15,0	1 194	6,8	6,3	2,4	9,8	1 261
En union	4,3	9,4	3,1	11,4	7 158	5,3	4,0	2,9	8,0	2 267
Divorcé/séparé/veuf	6,0	10,9	4,9	13,4	929	11,0	7,9	4,4	13,9	430
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	8,2	14,6	5,8	18,9	1 912	8,3	5,8	3,9	11,7	1 018
Autres villes	4,2	10,3	3,0	12,4	3 038	8,1	6,9	3,4	11,4	1 326
Ensemble urbain	5,8	11,9	4,1	14,9	4 950	8,2	6,4	3,6	11,5	2 344
Rural	3,1	7,4	2,5	8,8	4 331	3,9	3,3	1,9	5,9	1 614
Région										
Adamaoua	0,4	4,2	0,6	4,5	363	6,3	5,3	1,3	8,3	163
Centre	7,9	15,4	3,9	18,2	762	6,2	3,9	0,5	7,7	308
Douala	8,5	13,7	6,2	17,5	994	7,7	7,0	3,5	10,7	502
Est	3,6	12,2	6,1	14,6	468	12,3	10,2	3,5	13,9	225
Extrême-Nord	0,6	1,4	0,5	1,6	1 531	5,0	5,3	1,5	5,7	476
Littoral	6,0	12,4	3,3	15,4	408	4,3	2,5	3,2	7,5	173
Nord	0,4	1,2	0,9	1,8	852	2,2	4,5	2,2	6,3	329
Nord-Ouest	3,1	7,0	6,0	9,1	931	7,3	3,5	2,9	9,6	426
Ouest	5,7	17,9	2,7	19,7	961	4,1	3,9	4,2	8,5	293
Sud	6,9	15,7	3,1	18,7	408	6,7	3,8	2,9	8,2	203
Sud-Ouest	4,9	8,8	2,6	11,9	685	5,4	6,3	4,0	9,8	345
Yaoundé	7,8	15,6	5,4	20,4	918	8,8	4,6	4,4	12,7	516
Niveau d'instruction										
Aucun	0,4	1,4	0,8	1,9	2 251	2,8	4,5	0,9	4,9	403
Primaire	4,9	11,4	4,1	13,4	3 610	6,3	5,2	2,5	9,2	1 371
Secondaire ou plus	6,8	13,8	4,3	17,3	3 420	7,2	5,2	3,5	10,0	2 185
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,4	4,2	2,0	5,2	1 823	4,4	4,1	0,9	5,7	516
Second	2,6	7,6	2,6	8,7	1 585	4,9	3,6	1,8	6,3	641
Moyen	4,8	11,1	3,2	13,1	1 788	5,2	5,3	3,3	8,4	731
Quatrième	5,4	11,7	4,2	14,4	1 975	7,1	5,4	3,4	10,7	921
Le plus riche	7,6	13,7	4,5	17,5	2 108	8,5	6,2	3,8	11,7	1 149
Ensemble	4,5	9,8	3,4	12,1	9 280	6,4	5,1	2,9	9,2	3 959

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la proportion de ceux ayant déclaré avoir eu une IST est relativement faible (respectivement 5 % et 3 %). Cependant, 10 % des femmes ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et 3 % un ulcère génital. Globalement, 12 % de femmes sont considérées comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Chez les hommes, 5 % ont déclaré avoir eu un écoulement du pénis et 3 % un ulcère génital. Globalement, 9 % des hommes sont considérés comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, on constate que c'est parmi les enquêtés qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques que la prévalence « déclarée » d'IST et/ou de symptômes est la plus élevée : les plus jeunes, les célibataires et ceux en rupture d'union, ceux de Yaoundé/Douala, ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et ceux des ménages les plus riches.

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes, 61 % se sont rendues dans un établissement sanitaire ou ont consulté un professionnel de santé pour obtenir des conseils ou un traitement (graphique 15.1). Chez les hommes, cette proportion est un peu plus faible (56 %). À l'opposé, 30 % des femmes et 15 % des hommes n'ont pris aucune mesure pour traiter leur IST.

Graphique 15.1 Recherche de conseils et de traitement pour les IST



15.5 OPINIONS

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie. De plus, étant donné que les femmes sont plus vulnérables au VIH/sida que les hommes, il est important de savoir si elles sont en mesure de refuser des rapports sexuels à risque avec leur mari/partenaire. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes et aux hommes s'ils pensaient qu'une femme qui sait que son mari a une IST puisse, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui proposer l'utilisation d'un condom. Les résultats sont présentés au tableau 15.12. On constate que plus des trois-quarts (77 %) des femmes ont déclaré qu'une femme pouvait refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand elle savait que ce dernier avait contracté une IST. De plus, 67 % pensent que, dans cette situation, une femme peut proposer à son/mari/partenaire un condom. Globalement, 81 % des femmes pensent que, dans le cas où le mari/partenaire a une IST, il est justifié

Tableau 15.12 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes et d'hommes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit proposer l'utilisation du condom, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif d'enquêtées	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif d'enquêtés
Âge								
15-24	63,7	58,8	68,1	4 936	58,3	57,5	61,4	2 177
15-19	48,3	44,7	51,6	2 684	40,2	40,1	42,7	1 224
20-24	82,0	75,6	87,7	2 252	81,6	79,8	85,5	953
25-29	89,4	76,5	93,5	1 747	92,8	87,8	96,3	812
30-39	89,1	74,6	93,6	2 430	95,9	88,4	98,5	1 087
40-49	87,7	69,3	91,2	1 543	95,5	86,7	98,5	738
État matrimonial								
Célibataire	43,6	43,2	45,6	2 560	56,2	55,4	59,1	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	93,5	92,6	97,8	1 194	94,1	92,8	98,9	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,0	0,0	0,0	1 366	0,0	0,0	0,0	850
En union	87,7	73,6	92,7	7 166	95,7	88,5	98,8	2 271
Divorcé/séparé/veuf	88,4	79,8	92,8	930	95,0	89,1	98,6	433
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	79,1	75,9	83,1	2 277	81,8	81,7	86,6	1 167
Autres villes	77,5	70,9	81,3	3 559	77,3	72,8	79,9	1 645
Ensemble urbain	78,2	72,8	82,0	5 836	79,2	76,5	82,7	2 812
Rural	76,0	59,5	80,7	4 820	77,1	70,6	79,5	2 003
Région								
Adamaoua	76,9	53,9	80,4	416	73,2	68,6	75,0	214
Centre	82,2	78,8	85,9	854	77,6	80,1	83,0	368
Douala	79,2	73,0	82,4	1 197	78,9	78,1	83,3	598
Est	82,3	66,6	86,6	506	87,2	79,6	89,6	249
Extrême-Nord	79,8	59,0	82,4	1 718	74,5	63,2	74,5	620
Littoral	76,1	72,7	81,2	482	79,3	74,9	82,0	208
Nord	59,9	31,7	67,1	975	74,4	64,0	75,6	434
Nord-Ouest	81,5	75,4	82,9	1 090	82,3	68,1	83,4	506
Ouest	66,3	64,6	75,5	1 142	66,1	68,4	70,8	411
Sud	86,6	80,6	89,4	439	83,5	84,6	89,2	223
Sud-Ouest	83,8	75,3	86,8	757	80,2	80,1	83,1	415
Yaounde	79,0	79,1	83,9	1 080	84,9	85,5	90,1	568
Niveau d'instruction								
Aucun	75,4	46,3	79,3	2 383	81,3	64,8	82,5	467
Primaire	77,5	69,5	82,7	4 109	75,2	69,2	78,1	1,736
Secondaire ou plus	77,9	76,0	81,3	4 163	79,9	78,9	83,3	2,612
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	75,3	50,5	79,5	2 007	76,7	63,3	77,8	650
Second	75,7	60,7	80,6	1 756	78,6	70,1	79,8	792
Moyen	76,7	68,0	81,4	2 046	76,6	73,4	80,0	906
Quatrième	79,6	73,7	83,8	2 283	78,1	76,5	82,1	1 110
Le plus riche	77,9	76,8	81,4	2 566	80,2	80,0	84,2	1 357
Ensemble	77,2	66,8	81,4	10 656	78,3	74,1	81,3	4 815

qu'une femme prenne des mesures pour éviter le risque de transmission soit en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, soit en lui proposant d'utiliser un condom. On ne constate que peu de variations entre les différentes catégories de femmes, cependant celles qui partagent le moins fréquemment cette opinion sont les plus jeunes (52 % à 15-19 ans), les célibataires (46 %) et dans les régions, c'est le Nord qui détient la proportion la plus faible (67 %).

Les hommes sont, en proportion, un peu plus nombreux que les femmes à penser que celles-ci sont en droit de se protéger face à un mari/partenaire qui a une IST. Plus des trois-quarts (78 %) pensent qu'une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec un mari/partenaire qui a une IST. En outre, dans 74 % des cas, ils pensent que, dans cette situation, une femme peut proposer l'utilisation du condom au cours des rapports sexuels à son mari/partenaire. Globalement, 81 % des hommes pensent que, dans le cas où le mari/partenaire a une IST, il est justifié qu'une femme prenne des mesures pour éviter le risque de transmission soit en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, soit en lui proposant d'utiliser un condom. On ne constate que peu de variations entre les différents groupes d'hommes. Cependant, comme chez les femmes, ceux qui partagent le moins fréquemment cette opinion sont les plus jeunes (43 % à 15-19 ans), les célibataires (59 %) et dans les régions, c'est le Nord et l'Extrême-Nord qui détiennent les proportions les plus faibles (75 % dans les deux cas).

On a également demandé aux enquêtés s'ils pensaient qu'on devrait enseigner l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans (tableau 15.13). Près de trois femmes sur cinq ont répondu par l'affirmative à cette question (59 %). Les femmes les plus âgées (50 % à 40-49 ans), les femmes en union ou en union rompue (57 %), celles du milieu rural (47 %) et surtout celles des ménages les plus pauvres (31 %) sont les moins favorables à cette initiative. Dans une proportion supérieure à celle des femmes (73 % contre 59 %), les hommes se sont déclarés favorables à ce que l'on enseigne l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques mettent en évidence les mêmes variations que chez les femmes.

Tableau 15.13 Adultes (femmes et hommes) qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans

Pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ayant entendu parler du sida qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée	Effectif	Pourcentage qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée	Effectif
Âge				
18-19	64,2	1 107	75,6	461
20-24	63,7	2 252	80,6	953
25-29	60,8	1 747	75,0	812
30-39	56,7	2 430	69,8	1 087
40-49	49,6	1 543	64,1	738
État matrimonial				
Célibataire	71,2	1 282	78,4	1 386
En union/en union rompue	56,9	7 797	70,2	2 666
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	75,9	1 932	81,9	1 017
Autres villes	65,1	2 980	71,6	1 359
Ensemble urbain	69,4	4 912	76,0	2 377
Rural	46,6	4 167	68,7	1 675
Région				
Adamaoua	44,5	350	74,4	182
Centre	76,3	726	79,1	303
Douala	73,5	1 013	83,6	510
Est	57,3	431	67,8	218
Extrême-Nord	33,4	1 503	50,5	519
Littoral	74,7	396	80,9	172
Nord	16,4	844	58,6	374
Nord-Ouest	60,7	917	71,8	412
Ouest	66,6	944	79,3	308
Sud	84,4	363	83,8	188
Sud-Ouest	74,1	672	79,2	357
Yaoundé	78,6	919	80,2	508
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	30,9	1 780	55,9	554
Second	45,8	1 492	64,8	666
Moyen	60,7	1 721	76,2	738
Quatrième	70,9	1 934	77,1	919
Le plus riche	79,1	2 152	80,5	1 175
Ensemble 18-49 ans	58,9	9 079	73,0	4 052

15.6 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES

15.6.1 Connaissance

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Au cours de l'EDSC-III, il a donc paru important d'évaluer dans cette population, non seulement, la connaissance correcte des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida mais aussi les types de comportements sexuels.

Le tableau 15.14 présente les proportions de jeunes femmes et d'hommes de 15-24 ans en fonction de leur connaissance des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida. On constate tout d'abord qu'un peu plus des deux tiers des jeunes femmes (68 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/sida. En outre, un peu plus de la moitié des jeunes femmes (53 %) ont déclaré que le sida ne pouvait pas être transmis par des moustiques. Pour 65 % d'entre elles, le sida ne peut pas se transmettre par des moyens surnaturels et, dans 71 % des cas, elles ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida. Globalement, plus d'un tiers des jeunes femmes (35 %) rejettent les deux idées erronées et savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida.

Le tableau 15.14 présente également les proportions de jeunes femmes qui ont une connaissance complète de la transmission et de la prévention du VIH/sida. Ces jeunes femmes savent non seulement qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida, mais elles savent aussi que l'utilisation d'un condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté sont des moyens de prévention du VIH/sida et elles rejettent les deux idées erronées les plus courantes sur la transmission du VIH/sida. Un peu plus d'un quart des femmes (27 %) ont une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida. Les femmes les plus âgées sont, en proportion, un peu plus nombreuses à posséder toutes ces informations correctes (25 % à 15-17 ans contre 30 % à 23-24 ans). C'est ensuite parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (42 %), parmi les femmes de Yaoundé/Douala (42 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (45 %) que l'on constate les proportions les plus élevées de femmes bien informées.

Les résultats concernant les jeunes hommes montrent que ceux-ci sont mieux informés que les jeunes femmes. En effet, plus des trois-quarts (76 %), savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/sida ; plus de la moitié (59 %) ont déclaré que le sida ne pouvait pas être transmis par des moustiques ; pour 78 % d'entre eux, le sida ne peut pas se transmettre par des moyens surnaturels et, dans 79 % des cas, ils ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida. Dans l'ensemble, 42 % des hommes contre 35 % des femmes rejettent les deux idées erronées et savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida. Plus d'un tiers des hommes (35 %) ont une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida et les variations sont les mêmes que celles observées chez les femmes.

Tableau 15.14 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida chez les jeunes

Pourcentage d'enquêtés de 15-24 qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtés
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
FEMMES							
Âge							
15-19	65,5	55,0	66,6	72,3	35,0	26,5	2 684
15-17	61,9	55,8	65,4	70,7	34,4	25,3	1 577
18-19	70,7	53,8	68,4	74,5	35,9	28,3	1 107
20-24	70,5	50,6	62,4	69,3	34,5	28,4	2 252
20-22	68,5	51,2	62,3	68,4	34,0	27,7	1 474
23-24	74,3	49,7	62,5	71,0	35,5	29,6	777
État matrimonial							
Célibataire	72,9	64,5	72,1	79,6	44,9	34,8	2 318
A déjà eu des rapports sexuels	82,9	68,3	76,7	88,2	50,6	42,2	972
N'a jamais eu de rapports sexuels	65,6	61,7	68,8	73,4	40,8	29,4	1 346
En union	62,1	41,7	57,1	62,3	24,7	19,7	2 391
Divorcée/séparée/veuve	75,8	55,0	69,0	73,1	37,9	32,8	227
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	89,4	70,0	74,6	87,0	53,5	41,8	1 114
Autres villes	76,1	59,1	73,0	78,8	42,0	33,2	1 772
Ensemble urbain	81,2	63,3	73,6	82,0	46,4	36,5	2 886
Rural	48,9	38,5	52,1	55,4	18,4	14,5	2 050
Niveau d'instruction							
Aucun	29,3	25,6	37,9	34,3	8,3	5,9	792
Primaire	58,3	39,6	58,2	62,6	19,5	14,2	1 830
Secondaire ou plus	88,5	73,0	79,0	90,1	55,9	45,2	2 315
Total	67,8	53,0	64,7	70,9	34,8	27,4	4 936
HOMMES							
Âge							
15-19	71,5	61,6	79,1	80,7	42,8	33,8	1 224
15-17	67,7	63,2	78,5	79,4	42,7	31,8	763
18-19	77,7	58,9	80,1	82,7	43,0	37,1	461
20-24	82,8	55,4	76,6	76,7	41,9	35,3	953
20-22	81,5	56,5	79,0	77,1	42,8	36,2	602
23-24	85,1	53,5	72,6	76,1	40,4	33,7	351
État matrimonial							
Célibataire	76,2	61,5	79,1	80,5	44,6	35,7	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	84,4	64,6	80,5	84,3	49,4	41,1	934
N'a jamais eu de rapports sexuels	66,8	58,0	77,6	76,1	39,1	29,5	822
En union	75,0	45,1	71,7	69,0	27,1	23,9	293
Divorcé/séparé/veuf	83,1	54,2	77,4	80,7	47,5	42,5	128
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	87,5	73,2	82,7	89,4	58,6	45,0	522
Autres villes	79,2	64,0	78,5	83,4	46,3	37,8	811
Ensemble urbain	82,4	67,6	80,2	85,7	51,1	40,6	1 333
Rural	67,0	45,1	74,6	68,2	28,7	24,8	844
Niveau d'instruction							
Aucun	55,0	15,5	55,1	45,7	7,1	6,3	120
Primaire	62,8	40,0	70,7	62,8	20,1	14,6	794
Secondaire ou plus	87,0	74,8	84,8	92,3	59,8	49,7	1 263
Total	76,4	58,9	78,0	78,9	42,4	34,5	2 177

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

15.6.2 Comportements sexuels

La connaissance de l'âge aux premiers rapports sexuels est utile car elle permet d'adapter les programmes de prévention du VIH/sida afin de réduire l'exposition des jeunes aux rapports sexuels à risques. On constate que, chez les femmes de 15-24 ans, un tiers avait eu leurs premiers rapports sexuels en 15 ans (35 %) (tableau 15.15). Si on se limite aux femmes de 18-24 ans, la grande majorité (88 %) avait eu leurs premiers rapports sexuels 18 ans. C'est parmi les jeunes femmes de 15-24 ans du milieu rural (43 %) et parmi celles sans instruction (56 %) que la proportion de celles qui ont eu des premiers rapports sexuels avant 15 ans est la plus élevée.

Tableau 15.15 Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels en atteignant les âges exacts de 15 et 18 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	15 ans	Effectif d'enquêtées de 15-24 ans	18 ans	Effectif d'enquêtées de 18-24 ans	15 ans	Effectif d'enquêtés de 15-24 ans	18 ans	Effectif d'enquêtés de 18-24 ans
Âge								
15-19	31,9	2 684	na	na	23,1	1 224	na	na
15-17	27,6	1 577	na	na	22,1	763	na	na
18-19	37,9	1 107	97,2	881	24,7	461	97,7	294
20-24	37,7	2 252	84,5	2 109	22,9	953	76,3	820
20-22	38,7	1 474	85,9	1 354	22,5	602	81,6	493
23-24	35,7	777	82,2	755	23,5	351	68,3	327
État matrimonial								
Célibataire	15,9	2 318	82,5	679	20,8	1 756	82,9	735
En union/en union rompue	51,0	2 618	90,0	2 310	32,1	421	80,2	380
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	22,0	1 114	83,4	652	22,2	522	82,5	327
Autres villes	33,1	1 772	87,2	1 035	24,3	811	83,8	403
Ensemble urbain	28,8	2 886	85,7	1 687	23,4	1 333	83,2	730
Rural	42,6	2 050	91,6	1 303	22,3	844	79,6	385
Région								
Adamaoua	39,3	194	91,9	117	14,2	88	75,3	33
Centre	36,3	403	84,9	253	29,0	178	95,0	94
Douala	19,2	558	82,5	316	18,9	265	83,5	151
Est	57,4	234	89,8	148	37,1	110	90,0	66
Extrême-Nord	48,2	724	92,5	457	12,9	250	69,7	92
Littoral	23,2	217	91,4	117	22,4	97	82,5	51
Nord	35,7	413	92,0	249	10,4	186	61,4	78
Nord-Ouest	33,0	512	88,0	294	34,9	239	86,7	128
Ouest	29,9	575	89,1	339	11,8	208	81,7	73
Sud	50,5	203	91,8	123	48,9	104	92,2	60
Sud-Ouest	32,4	348	86,1	240	24,6	196	80,2	114
Yaoundé	24,7	556	84,3	336	25,6	257	81,6	176
Niveau d'instruction								
Aucun	55,9	792	94,9	552	10,2	120	56,1	59
Primaire	39,5	1 830	90,8	1 119	21,1	794	81,7	373
Secondaire ou plus	23,3	2 315	83,4	1 319	25,4	1 263	84,3	683
Ensemble	34,5	4 936	88,3	2 990	23,0	2 177	82,0	1 115

na = Non applicable

Parmi les hommes de 15-24 ans, environ un quart (23 %) ont eu leur premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans. Par ailleurs, parmi les 18-24 ans, 82 % ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans. Contrairement aux femmes, on ne constate pas ici d'écart selon le milieu de résidence et, du point de vue de l'instruction, ce sont les hommes les plus instruits qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir eu leurs premiers rapports avant 15 ans (25 % contre 10 % chez ceux sans niveau d'instruction).

Le tableau 15.16 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont ou non utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels. Seulement 18 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels ; cette proportion est cependant nettement plus élevée parmi les célibataires (35 %), parmi celles de Yaoundé/Douala (36 %), et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (33 %). On note également des écarts selon l'âge, la fréquence d'utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels étant plus élevée parmi les plus jeunes de 15-19 ans que parmi les plus âgées de 20-24 ans. De même, les femmes qui connaissent un endroit où se procurer un condom ont utilisé plus fréquemment un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels.

Tableau 15.16 Utilisation du condom aux premiers rapports sexuels par les jeunes de 15-24 ans				
Parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans et ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage qui ont utilisé un condom au cours des premiers rapports, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	A utilisé le condom durant les premiers rapports sexuels	Effectif	A utilisé le condom durant les premiers rapports sexuels	Effectif
Âge				
15-19	24,3	1 470	31,1	527
15-17	27,2	589	33,4	231
18-19	22,4	881	29,3	295
20-24	14,4	2 112	25,0	823
20-22	15,0	1 356	26,7	496
23-24	13,2	757	22,5	327
État matrimonial				
Célibataire	35,3	972	29,3	934
En union/en union rompue	12,2	2 609	23,0	415
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	36,0	758	38,6	381
Autres villes	20,8	1 257	28,6	499
Ensemble urbain	26,6	2 014	32,9	880
Rural	8,0	1 567	17,0	469
Niveau d'instruction				
Aucun	0,7	660	7,5	62
Primaire	10,2	1 335	19,2	433
Secondaire ou plus	32,7	1 587	33,0	855
Connaît un endroit où se procurer des condoms				
Oui	27,0	2 275	nd	nd
Non	3,5	1 307	nd	nd
Ensemble 15-24	18,4	3 582	27,4	1 350
nd = Non déterminé				

La proportion d'hommes de 15-24 ans ayant utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels est plus élevée que celle des femmes (27 % contre 18 %). Comme chez les femmes, ceux de 15-19 ans ont déclaré un peu plus fréquemment que ceux de 20-24 ans avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels (31 % contre 25 %). On note que c'est à Yaoundé/Douala et parmi ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus que cette fréquence d'utilisation est, de loin, la plus élevée (respectivement, 39 % et 33 %).

Le tableau 15.17 présente les pourcentages de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi eux, le pourcentage de ceux qui ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Environ un tiers des jeunes femmes célibataires (34 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces femmes, 51 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. On constate que la fréquence des rapports sexuels est plus élevée à partir de 20 ans, parmi celles de Yaoundé/Douala (41 %) et parmi les femmes les plus instruites (41 %). C'est également dans ces groupes de femmes que l'utilisation du condom a été la plus fréquente. La proportion de jeunes hommes célibataires ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois est un peu plus élevée que celle des femmes (45 %). Parmi eux, 57 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Comme chez les femmes, ce sont les hommes à partir de 20 ans, ceux de Yaoundé/Douala (59 %) et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (51 %) qui ont été les plus actifs sexuellement. On constate également que c'est dans ces groupes d'hommes que l'utilisation du condom a été la plus fréquente.

Tableau 15.17 Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces derniers, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataire de 15-24 ans sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	N'a jamais eu de rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataire de 15-24 ans sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois
Âge										
15-19	67,3	26,5	1 792	49,7	474	62,3	31,3	1 112	53,8	348
15-17	77,1	19,8	1 278	48,3	254	72,7	22,6	726	52,4	164
18-19	42,9	43,0	514	51,3	221	42,7	47,7	386	55,0	184
20-24	26,6	60,0	526	53,0	316	20,0	69,1	644	59,4	445
20-22	29,6	57,5	402	53,7	231	23,4	65,1	448	58,0	292
23-24	16,9	68,1	124	51,1	85	12,4	78,2	196	62,2	153
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	51,6	41,0	688	67,5	282	33,5	59,3	408	74,7	242
Autres villes	57,4	34,0	888	51,2	302	46,9	43,1	665	57,7	287
Ensemble urbain	54,9	37,1	1 576	59,1	585	41,8	49,3	1 073	65,5	528
Rural	64,8	27,7	742	28,1	205	54,7	38,8	683	40,0	265
Niveau d'instruction										
Aucun	93,6	1,6	140	*	2	66,7	26,1	87	*	23
Primaire	66,2	27,5	744	31,3	204	55,2	39,5	651	41,1	257
Secondaire ou plus	50,4	40,7	1 435	58,1	583	39,7	50,5	1 017	65,8	513
Ensemble 15-24	58,1	34,1	2 318	51,0	790	46,8	45,2	1 756	57,0	794

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Plus de deux jeunes femmes sur cinq (44 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois (tableau 15.18). Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 91 %. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, il va de soi que la fréquence des rapports sexuels à risques est particulièrement élevée parmi les célibataires (100 %) puisque les partenaires sexuels des célibataires sont non cohabitants, c'est-à-dire à risques. À Yaoundé/Douala (68 %) et parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (69 %) ces comportements sexuels à risques sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. À l'opposé, c'est parmi les femmes sans niveau d'instruction (3 %) que ces comportements sexuels à risques sont les moins fréquents.

Tableau 15.18 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports à hauts risques, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées sexuellement actives les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'enquêtées 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enquêtés sexuellement actifs les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'enquêtés 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	55,7	1 293	47,4	720	96,6	447	55,8	432
15-17	64,1	527	46,3	338	100,0	193	55,7	193
18-19	49,8	766	48,4	382	94,0	254	55,9	239
20-24	36,2	1 852	45,4	670	86,8	733	58,4	636
20-22	36,6	1 182	49,0	433	90,5	434	59,2	393
23-24	35,5	670	38,9	238	81,5	299	57,2	243
État matrimonial								
Célibataire	99,8	790	51,1	788	100,0	794	56,9	794
En union/en union rompue	25,5	2 355	40,5	602	71,1	387	58,8	275
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	68,0	691	58,1	469	97,5	344	73,8	335
Autres villes	50,4	1 083	49,8	545	93,1	419	58,7	390
Ensemble urbain	57,2	1 773	53,6	1 015	95,1	763	65,7	726
Rural	27,3	1 372	27,1	375	82,2	417	39,9	343
Niveau d'instruction								
Aucun	2,9	593	*	17	53,2	54	(36,5)	29
Primaire	35,3	1 163	29,7	411	87,9	387	40,0	340
Secondaire ou plus	69,2	1 389	53,9	962	94,7	739	66,7	700
Ensemble 15-24	44,2	3 145	46,5	1 390	90,5	1 180	57,4	1 069

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Parmi les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 47 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les jeunes filles de 15-19 ans (47 %), les célibataires (51 %), celles de Yaoundé/Douala (58 %) et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (54 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (91 % contre 44 %). En outre, plus d'un homme sur deux (57 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques qui ont aussi le plus fréquemment utilisé un condom.

Le tableau 15.19 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes selon la catégorie de risque à laquelle ils appartiennent. En effet, l'on distingue les trois catégories suivantes :

- les jeunes qui n'ont couru aucun risque de transmission du VIH par voie sexuelle puisqu'ils n'ont jamais eu de rapports sexuels. Ils représentent une proportion de 27 % chez les femmes et 38 % chez les hommes. Ces proportions sont plus importantes chez les plus jeunes que chez les plus âgés, tant pour les femmes (45 % à 15-19 ans contre 6 % à 20-24 ans) que pour les hommes (57 % à 15-19 ans contre 14 % à 20-24 ans) ;
- les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels mais qui n'ont pas couru de risque de transmission du VIH par voie sexuelle au cours de la période récente (12 derniers mois). Ce sont ceux qui, soit n'ont pas eu de rapports sexuels, soit ont eu des comportements sexuels sains et responsables (un seul partenaire et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels). Ils représentent 21 % et 23 % respectivement chez les femmes et les hommes ;
- les jeunes qui ont couru le risque de contracter le VIH parce qu'ils ont adopté des comportements à risque (48 % chez les femmes contre 26 % chez les hommes). Ce sont ceux des qui ont soit eu un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condoms lors des derniers rapports, soit qui ont utilisé de condoms mais ont eu plusieurs partenaires, soit enfin, ceux qui ont eu des rapports avec plusieurs partenaires sans utiliser un condom. Il va de soi que les jeunes de cette dernière sous-catégorie courent des risques plus élevés de contracter le VIH.

Tableau 15.19 Abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans, Cameroun 2004			
	15-19	20-24	15-24
FEMMES			
N'a jamais eu de rapports	45,3	6,2	27,4
A eu des rapports, mais pas les 12 derniers mois	6,6	11,5	8,8
Un seul partenaire & condom les derniers rapports	11,2	14,1	12,5
Un seul partenaire pas de condom les derniers rapports	31,5	60,0	44,5
Rapports avec plus d'un partenaire et condom les derniers rapports	2,6	3,0	2,8
Rapports avec plus d'un partenaire et pas de condom les derniers rapports	2,9	5,1	3,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2,684	2,252	4,936
HOMMES			
N'a jamais eu de rapports	57,0	13,7	38,0
A eu des rapports, mais pas les 12 derniers mois	6,5	9,4	7,8
Un seul partenaire & condom les derniers rapports	12,5	19,3	15,5
Un seul partenaire pas de condom les derniers rapports	11,2	22,8	16,2
Rapports avec plus d'un partenaire et condom les derniers rapports	7,2	19,6	12,6
Rapports avec plus d'un partenaire et pas de condom les derniers rapports	5,6	15,2	9,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 224	953	2 177

Le fait pour une jeune femme d'avoir des rapports sexuels avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle et qui a donc plus de chances d'être infecté, augmente son risque de contracter le VIH/sida. Parmi les femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels hors union au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, seulement 3 % ont déclaré avoir eu ces rapports sexuels avec un homme plus âgé d'au moins 10 ans. On n'observe aucun écart suivant l'âge de la femme. Entre les femmes célibataires et celles en union ou en rupture d'union, l'écart est négligeable (3 % contre 2 %) (tableau 15.20). Par contre, en milieu rural, et parmi les femmes de niveau d'instruction primaire, on constate une proportion plus élevée de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire âgé de 10 ans ou plus. En effet, 5 % des femmes du milieu rural contre 1 % en milieu urbain et 6 % de celles ayant un niveau primaire contre 1 % parmi celles ayant un niveau au moins secondaire ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire qui avait, au moins, 10 ans de plus qu'elles.

Tableau 15.20 Disparité d'âges entre partenaires sexuels		
Parmi les femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels non maritaux au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004		
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant eu des rapports non maritaux avec un homme âgé de 10 ans ou plus	Effectif de femmes 15-19 ayant au des rapports non maritaux au cours des 12 derniers mois
Âge		
15-19	2,6	720
15-17	2,5	338
18-19	2,7	382
État matrimonial		
Célibataire	2,2	474
En union/en union rompue	3,3	246
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	1,2	200
Autres villes	1,3	291
Ensemble urbain	1,3	491
Rural	5,4	229
Niveau d'instruction		
Aucun	*	6
Primaire	6,0	219
Secondaire ou plus	1,1	495
Ensemble 15-19	2,6	720
* Basé sur trop peu de cas non pondérés		

Il est reconnu que la consommation excessive d'alcool perturbe le jugement et contribue à augmenter la pratique de comportements à risques. Par ailleurs, c'est généralement à des âges jeunes que ces comportements à risques sous l'effet de l'alcool sont les plus fréquents. Au cours de l'EDSC-III, on a donc demandé aux enquêtés âgés de 15-24 ans si, la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels, ils avaient, eux ou leur partenaire, bu de l'alcool. Une proportion très proche de femmes (9 %) et d'hommes (10 %) ont déclaré qu'ils avaient bu de l'alcool la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels

(tableau 15.21). Chez les femmes comme chez les hommes, on constate que ce comportement est nettement plus fréquent à partir de 20 ans et parmi ceux et celles en union ou en union rompue. Le milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écarts importants surtout chez les hommes ; tout au plus peut-on souligner qu'en milieu rural, la proportion de femmes ayant déclaré avoir bu de l'alcool est légèrement plus élevée qu'en milieu urbain (11 % contre 8 %). En fonction du niveau d'instruction, on note de légers écarts : chez les femmes, ce sont celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire qui ont déclaré le moins fréquemment avoir eu ce comportement (7 % contre 11 % pour celles ayant un niveau primaire). Chez les hommes, c'est parmi ceux sans niveau d'instruction que la proportion ayant déclaré avoir consommé de l'alcool avant les rapports sexuels au cours des 12 derniers mois est la plus faible (6 % contre 11 % parmi ceux de niveau d'instruction secondaire).

Tableau 15.21 Rapports sexuels après avoir bu de l'alcool				
Pourcentage de jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois après avoir bu de l'alcool, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant bu de l'alcool	Effectif	Pourcentage ayant bu de l'alcool	Effectif
Âge				
15-19	5,2	2 684	3,9	1 224
15-17	3,3	1 577	2,3	763
18-19	7,9	1 107	6,5	461
20-24	13,4	2 252	18,6	953
20-22	12,4	1 474	14,0	602
23-24	15,3	777	26,3	351
État matrimonial				
Célibataire	3,9	2 318	8,4	1 756
En union/en union rompue	13,4	2 618	18,2	421
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	7,6	1 114	11,9	522
Autres villes	7,7	1 772	9,4	811
Ensemble urbain	7,7	2 886	10,4	1 333
Rural	10,7	2 050	10,2	844
Niveau d'instruction				
Aucun	9,7	792	6,1	120
Primaire	10,6	1 830	10,4	794
Secondaire ou plus	7,4	2 315	10,7	1 263
Ensemble 15-24	8,9	4 936	10,3	2 177

Monique BARRÈRE

Au Cameroun, l'infection à VIH constitue un véritable problème de santé publique. Elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays. Dès 1986 le Gouvernement a créé un Comité Technique de Lutte contre le Sida ; en 1987 un Programme National de Lutte contre le Sida est mis en place. Les orientations actuelles de la lutte contre le sida au Cameroun sont consignées dans le « *Plan stratégique national de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005* » lancé en septembre 2000 par le Premier Ministre. Le renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH/sida et des IST mis en place depuis 1989 constitue un des axes stratégiques majeurs de ce plan. Ce renforcement vise à mettre à la disposition de tous les acteurs les informations permettant d'évaluer les tendances, de prévoir la gravité de la maladie et d'estimer l'impact des interventions.

Pendant les dix premières années du programme, le système de surveillance épidémiologique du VIH mis en place depuis 1989 a utilisé comme principale source d'information, la prévalence du VIH provenant d'un réseau des sites sentinelles auprès des femmes enceintes et la notification des cas de sida. Ce système n'est pas suffisamment équipé pour rendre compte de la diversité de l'épidémie. Il est limité notamment en ce qui concerne les données qualitatives.

Dans le cas des pays à « épidémie généralisée¹ » comme le Cameroun, le système de surveillance devrait mettre l'accent sur le suivi de l'infection à VIH et des comportements à hauts risques au sein de la population générale et de groupes spécifiques. En effet, l'efficacité des mesures de prévention dépend non seulement de la connaissance de l'ampleur² et du rythme de propagation de l'épidémie mais aussi de l'identification des comportements, des attitudes et des pesanteurs socioculturelles qui posent problème. Un important volet de l'EDSC-III a été consacré à la collecte des données qualitatives sur la pandémie du VIH/sida ainsi que sur les IST. L'objectif principal de ce chapitre est de présenter le niveau de connaissance sur le VIH/sida et les IST, les perceptions, les attitudes et les comportements au niveau national et régional ainsi que pour les sous groupes socio-économiques.

15.1 CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Pour cette raison, l'EDSC-III a collecté des informations qui ont permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans la population enquêtée.

Les informations présentées au tableau 15.1 montrent que la quasi-totalité des femmes (98 %) et des hommes (99 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Comparées aux données recueillies au cours de l'EDSC-II en 1998, on constate que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent l'existence du VIH/sida ont augmenté, passant chez les femmes de 79 % à 98 %, et chez les hommes de 88 % à 99 %. En outre, ce niveau de connaissance est homogène car quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, plus de neuf enquêtés sur dix ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida.

¹ L'épidémie du VIH est dite généralisée lorsque l'infection est solidement installée dans la population générale et la prévalence du VIH est toujours supérieure à 1 % chez les femmes enceintes

² La prévalence du VIH dans la population fait l'objet du chapitre 16.

Tableau 15.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Entendu parler du sida	Effectif	Entendu parler du sida	Effectif
Âge				
15-24	97,8	4 936	99,0	2 177
15-19	97,4	2 684	98,6	1 224
20-24	98,2	2 252	99,5	953
25-29	98,4	1 747	99,9	812
30-39	98,2	2 430	99,2	1 087
40-49	96,7	1 543	99,2	738
État matrimonial				
Célibataire	97,6	2 560	98,8	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	99,1	1 194	99,6	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	96,3	1 366	97,6	850
En union	97,8	7 166	99,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	98,6	930	98,8	433
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	99,9	2 277	99,6	1 167
Autres villes	99,1	3 559	99,5	1 645
Ensemble urbain	99,4	5 836	99,5	2 812
Rural	95,9	4 820	98,8	2 003
Région				
Adamaoua	96,4	416	100,0	214
Centre	97,9	854	98,5	368
Douala	99,8	1 197	99,6	598
Est	93,8	506	98,4	249
Extrême-Nord	96,0	1 718	98,7	620
Littoral	99,2	482	98,8	208
Nord	93,1	975	99,1	434
Nord-Ouest	99,9	1 090	99,3	506
Ouest	98,4	1 142	100,0	411
Sud	99,4	439	99,1	223
Sud-Ouest	99,4	757	99,2	415
Yaoundé	100,0	1 080	99,6	568
Niveau d'instruction				
Aucun	93,5	2 383	97,6	467
Primaire	98,2	4 109	98,6	1,736
Secondaire ou plus	100,0	4 163	99,9	2,612
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	94,0	2 007	99,1	650
Second	95,7	1 756	98,5	792
Moyen	98,7	2 046	98,9	906
Quatrième	99,7	2 283	99,2	1 110
Le plus riche	99,9	2 566	99,9	1 357
Ensemble	97,8	10 656	99,2	4 815

15.1.1 Connaissance des moyens de prévention et de transmission

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. Au cours de l'EDSC-III, on a donc demandé aux enquêtés ce qui pouvait être fait pour éviter de contracter ce virus. À cette question, plus de deux femmes sur trois (69 %) et une proportion plus élevée d'hommes (82 %) ont déclaré qu'on pouvait limiter ses risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms. En outre, 81 % des femmes et 88 %

Tableau 15.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, en réponse une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'enquêtées	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'enquêtés
Âge										
15-24	71,2	80,8	63,6	76,8	4 936	82,8	84,5	73,0	82,3	2 177
15-19	70,3	78,5	61,4	76,3	2 684	80,7	82,0	69,8	81,7	1 224
20-24	72,2	83,6	66,1	77,3	2 252	85,6	87,6	77,2	83,0	953
25-29	69,7	84,1	63,7	78,4	1 747	84,5	90,4	78,0	84,4	812
30-39	68,0	81,8	61,8	78,6	2 430	82,3	90,2	76,5	84,6	1 087
40-49	61,0	79,2	55,3	76,7	1 543	78,0	89,3	72,0	82,6	738
État matrimonial										
Célibataire	75,2	81,2	67,0	78,7	2 560	82,4	83,8	72,4	83,0	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	83,1	86,7	76,1	79,8	1 194	87,4	86,9	78,1	84,2	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	68,3	76,3	59,1	77,7	1 366	75,0	79,3	63,9	81,1	850
En union	66,3	81,3	60,1	76,8	7 166	81,0	90,6	75,1	83,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	70,0	82,4	63,1	79,0	930	88,2	89,4	81,7	81,7	433
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	79,8	87,3	73,2	75,6	2 277	85,4	79,5	70,8	79,9	1 167
Autres villes	74,7	83,8	67,0	81,2	3 559	81,9	89,8	75,6	83,3	1 645
Ensemble urbain	76,7	85,2	69,4	79,0	5 836	83,3	85,5	73,6	81,8	2 812
Rural	59,1	76,7	53,0	75,5	4 820	80,7	90,3	75,8	85,1	2 003
Région										
Adamaoua	48,8	82,7	45,0	83,0	416	81,2	93,4	77,5	90,1	214
Centre	75,0	78,2	66,4	74,6	854	93,8	92,2	89,4	91,5	368
Douala	81,4	89,3	76,7	78,1	1 197	87,1	74,9	68,1	82,9	598
Est	61,7	78,9	56,7	63,4	506	77,7	82,9	69,9	72,5	249
Extrême-Nord	52,9	82,7	48,8	72,3	1 718	73,2	92,5	70,0	87,1	620
Littoral	69,9	82,2	62,5	72,7	482	87,4	84,9	77,4	81,4	208
Nord	41,4	51,5	34,2	66,1	975	78,7	84,1	70,2	82,7	434
Nord-Ouest	78,2	94,2	75,4	94,6	1 090	80,6	95,4	77,2	84,9	506
Ouest	74,9	76,3	60,5	79,8	1 142	73,7	87,2	65,7	77,0	411
Sud	82,0	84,5	73,0	80,1	439	87,0	87,7	80,4	81,8	223
Sud-Ouest	83,9	89,9	78,3	92,0	757	89,0	93,8	84,9	88,4	415
Yaoundé	78,1	85,2	69,4	72,9	1 080	83,6	84,2	73,7	76,7	568
Niveau d'instruction										
Aucun	40,4	68,4	35,6	67,9	2 383	62,8	87,6	59,5	81,4	467
Primaire	69,6	80,6	61,4	77,9	4 109	78,6	84,2	68,9	80,8	1 736
Secondaire ou plus	84,1	89,5	77,7	82,4	4 163	88,2	89,7	80,9	85,1	2 612
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	47,8	71,5	42,6	70,0	2 007	75,4	92,2	72,2	86,0	650
Second	59,9	77,6	53,7	75,7	1 756	79,3	89,2	73,9	83,6	792
Moyen	69,4	80,6	61,4	79,0	2 046	82,5	89,9	76,5	83,4	906
Quatrième	77,3	85,1	69,8	79,7	2 283	83,4	84,2	73,1	82,1	1 110
Le plus riche	83,0	88,9	76,4	81,2	2 566	86,1	85,3	75,7	82,3	1 357
Ensemble	68,7	81,4	62,0	77,4	10 656	82,2	87,5	74,5	83,2	4 815

des hommes ont cité la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté comme moyen de prévention du VIH/sida. Globalement, 62 % des femmes et 75 % des hommes ont cité ces deux moyens de prévention. En fonction de l'âge, malgré des variations irrégulières, on note, chez les femmes, que ce sont les plus âgées qui connaissent le moins fréquemment ces deux moyens de prévention (55 % à 40-49 ans contre un maximum de 66 % à 20-24 ans) ; à Yaoundé/Douala (73 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (78 %) et, parmi celles des ménages les plus riches (76 %), environ les trois-quarts ont cité ces deux moyens de prévention. Par contre, cette proportion est particulièrement faible parmi les femmes sans niveau d'instruction (36 %), parmi celles du milieu rural (53 %) ; de même, dans les régions du Nord (34 %) et de l'Adamaoua (45 %), ces proportions sont plus faibles qu'ailleurs. Signalons aussi que pour 77 % des femmes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/sida.

Chez les hommes, les écarts selon les caractéristiques socio-démographiques sont très faibles et les variations sont pratiquement identiques à celles constatées chez les femmes; les hommes sans niveau d'instruction (60 %), les célibataires (72 %) et ceux des ménages les plus pauvres (72 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment cité ces deux moyens de se protéger du VIH/sida. Dans les régions, les proportions varient d'un maximum de 89 % dans le Centre à un minimum de 66 % à l'Ouest. En outre, une proportion d'hommes voisine de celle des femmes (75 % contre 77 %) a cité l'abstinence comme moyen de prévention du VIH/sida.

Les conceptions erronées sur l'infection à VIH et le sida conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du virus. Les résultats sont présentés aux tableaux 15.3.1 et 15.3.2.

On constate que plus des deux tiers des femmes (67%) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. En outre, un peu moins de la moitié (46 %) savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques. Pour plus d'une femme sur deux (57 %), le sida ne se transmet pas par des moyens surnaturels, et dans les deux tiers des cas (65 %), les femmes ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du sida.

Globalement, seulement un peu plus du quart des femmes (28 %) rejettent les deux idées erronées les plus courantes sur la transmission, à savoir qu'on ne peut ni contracter le virus du sida par des moyens surnaturels, ni par des piqûres de moustiques. De plus, elles savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. L'avant-dernière colonne du tableau présente les proportions de femmes qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. En d'autres termes, elles savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté. En plus, elles rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Un peu plus d'une femme sur cinq (23 %) peut être considérée comme ayant une bonne connaissance générale concernant le sida.

Les proportions de femmes ayant une connaissance complète diffèrent selon les caractéristiques socio-démographiques. Tout d'abord, on constate que les femmes les plus jeunes possèdent plus fréquemment que les plus âgées ces informations correctes (27 % à 15-24 ans contre 10 % à 45-49 ans). On constate également des écarts en fonction du statut matrimonial des femmes puisque la proportion de femmes qui ont une connaissance complète varie d'un minimum de 18 % et 21 % parmi celles en union et en rupture d'union, à un maximum de 43 % parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels. Ces écarts reflètent les écarts selon l'âge puisque les célibataires sont généralement plus jeunes que les femmes en union et que celles en rupture d'union. Il faut ensuite souligner que ce niveau de connaissance complète est particulièrement faible parmi les femmes du milieu rural (12 %) alors qu'à Yaoundé/Douala,

la proportion de femmes bien informées est de 36 %. C'est en fonction du niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage que les écarts sont les plus importants : en effet, la proportion de femmes ayant une connaissance complète varie de 5 % chez celles sans niveau d'instruction à 42 % chez celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire. En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, cette proportion de femmes varie d'un minimum de 7 % dans les ménages les plus pauvres à un maximum de 42 % dans les ménages les plus riches. Enfin, dans les régions, on note que dans le Nord, une femme sur vingt (5 %) est correctement informée alors que cette proportion est de 33 % dans le Sud-Ouest.

Tableau 15.3.1 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtées qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtées
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
Âge							
15-19	65,5	55,0	66,6	72,3	35,0	26,5	2 684
20-24	70,5	50,6	62,4	69,3	34,5	28,4	2 252
25-29	68,7	46,1	57,3	66,1	28,7	23,2	1 747
30-34	68,8	40,9	51,7	59,5	23,6	19,6	1 350
35-39	66,5	37,9	48,4	59,1	20,7	16,8	1 080
40-44	65,3	37,2	44,0	56,2	20,0	14,4	832
45-49	56,5	33,1	38,3	51,0	13,9	10,3	711
État matrimonial							
Célibataire	74,4	64,7	71,4	79,3	45,3	35,6	2 560
A déjà eu des rapports sexuels	84,3	68,0	74,4	86,2	50,4	42,5	1 194
N'a jamais eu de rapports sexuels	65,7	61,9	68,9	73,3	40,7	29,5	1 366
En union	63,5	39,9	52,2	60,1	22,6	18,0	7 166
Divorcée/séparée/veuve	73,2	43,9	51,9	63,8	26,4	21,2	930
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	90,7	64,2	65,9	82,5	45,6	36,3	2 277
Autres villes	74,9	51,8	65,1	72,8	34,6	28,0	3 559
Ensemble urbain	81,1	56,6	65,4	76,6	38,9	31,2	5 836
Rural	49,9	33,7	46,4	51,0	15,6	11,9	4 820
Région							
Adamaoua	60,0	37,6	57,1	55,2	23,2	18,0	416
Centre	70,0	46,8	49,1	65,8	25,8	21,5	854
Douala	89,7	63,2	68,8	78,6	46,4	38,4	1 197
Est	63,8	45,8	59,1	64,8	28,1	22,0	506
Extrême-Nord	44,2	30,8	54,4	45,2	15,1	10,5	1 718
Littoral	78,5	47,4	61,9	70,8	29,9	23,0	482
Nord	26,3	26,2	25,8	38,2	8,2	5,1	975
Nord-Ouest	71,3	49,5	61,3	64,8	30,8	25,9	1 090
Ouest	65,5	45,9	68,2	72,2	29,4	22,4	1 142
Sud	80,8	44,6	36,1	75,4	20,2	15,8	439
Sud-Ouest	82,7	53,5	66,9	76,1	37,7	33,3	757
Yaoundé	91,9	65,4	62,7	86,8	44,8	33,9	1 080
Niveau d'instruction							
Aucun	32,2	24,1	39,1	35,1	7,9	4,7	2 383
Primaire	63,2	36,4	51,9	59,9	18,0	13,4	4 109
Secondaire ou plus	90,6	68,6	71,8	87,1	50,4	41,7	4 163
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	36,9	25,9	42,3	40,4	10,3	7,2	2 007
Second	49,1	31,8	46,3	50,2	13,6	10,6	1 756
Moyen	64,0	39,7	55,3	63,0	22,4	16,7	2 046
Quatrième	82,2	53,7	64,9	75,7	35,7	28,9	2 283
Le plus riche	91,5	70,6	69,3	86,6	50,9	41,5	2 566
Ensemble	67,0	46,2	56,8	65,0	28,4	22,5	10 656

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Les résultats concernant les hommes (tableau 15.3.2) montrent d'une part que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance correcte de la transmission du VIH/sida : huit hommes sur dix (80 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida. D'autre part, plus de la moitié (54 %) savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques, les trois-quarts (74 %) rejettent l'idée erronée selon laquelle le sida peut se transmettre par des moyens surnaturels, et la même proportion rejette l'idée selon laquelle le sida peut se transmettre en partageant le repas d'une personne infectée. Globalement, 39 % rejettent les idées erronées les plus courantes et savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida.

Tableau 15.3.2 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtés
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
Âge							
15-19	71,5	61,6	79,1	80,7	42,8	33,8	1 224
20-24	82,8	55,4	76,6	76,7	41,9	35,3	953
25-29	85,1	53,4	77,6	79,4	41,7	35,1	812
30-34	81,3	50,4	72,6	71,7	35,1	31,6	620
35-39	83,2	50,5	68,3	72,5	34,2	28,9	467
40-44	81,8	44,5	68,0	67,5	33,2	26,9	394
45-49	80,9	40,9	61,1	61,5	27,3	21,9	344
État matrimonial							
Célibataire	77,9	61,0	78,4	80,6	44,9	35,9	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	85,0	63,0	79,2	83,5	48,5	40,1	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	67,3	58,0	77,3	76,3	39,5	29,6	850
En union	81,4	47,0	71,2	70,4	33,0	28,5	2 271
Divorcé/séparé/veuf	82,6	51,6	70,3	74,8	38,6	33,4	433
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	90,3	66,7	77,4	86,8	53,4	42,8	1 167
Autres villes	82,0	56,6	75,9	78,7	41,4	33,9	1 645
Ensemble urbain	85,5	60,8	76,5	82,1	46,4	37,6	2 812
Rural	72,2	43,5	71,1	65,7	28,0	24,5	2 003
Région							
Adamaoua	72,3	58,6	77,7	74,1	42,9	37,1	214
Centre	81,5	50,8	67,8	71,7	36,0	34,3	368
Douala	88,7	66,4	80,8	86,2	52,2	39,9	598
Est	69,2	50,1	71,0	72,5	32,9	26,0	249
Extrême-Nord	83,2	35,7	74,5	61,5	26,4	22,8	620
Littoral	85,3	61,0	80,1	83,4	47,3	39,4	208
Nord	62,0	37,1	68,8	61,1	25,0	20,9	434
Nord-Ouest	83,7	53,7	79,3	72,8	40,9	31,5	506
Ouest	58,4	52,8	77,9	77,1	28,7	20,8	411
Sud	84,5	59,5	59,0	84,9	34,5	31,7	223
Sud-Ouest	85,3	56,4	72,5	75,6	39,2	36,0	415
Yaoundé	92,0	67,0	73,7	87,4	54,6	45,8	568
Niveau d'instruction							
Aucun	65,4	21,7	60,6	48,0	11,3	9,4	467
Primaire	69,0	37,6	68,3	61,8	20,6	15,9	1 736
Secondaire ou plus	89,8	69,9	80,7	89,1	55,6	47,0	2 612
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	67,3	32,8	68,2	54,9	20,0	16,2	650
Second	71,1	43,7	71,6	65,7	27,0	24,4	792
Moyen	76,4	48,5	73,0	72,3	33,8	28,9	906
Quatrième	81,7	57,8	76,7	80,5	42,3	33,8	1 110
Le plus riche	92,0	69,2	77,6	88,4	54,9	45,2	1 357
Ensemble	79,9	53,6	74,3	75,3	38,7	32,2	4 815

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par des moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

Environ un tiers des hommes (32 %) ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida, soit une proportion environ une fois et demie plus élevée que celle observée chez les femmes (23 %). Les hommes les mieux informés sont les jeunes de 25-29 ans (35 % contre un minimum de 22 % à 45-49 ans), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (40 % contre 29 % chez ceux en union). En outre, on constate des écarts importants selon le niveau d'instruction, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage. Seulement 9 % de ceux sans niveau d'instruction ont une connaissance complète du VIH/sida contre 47 % de ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. En milieu rural, un quart des hommes (25 %) peuvent être considérés comme ayant une connaissance complète du VIH/sida contre 43 % à Yaoundé/Douala. Selon le niveau de vie du ménage, cette proportion varie de 16 % parmi les ménages les plus pauvres à 45 % parmi les ménages les plus riches. Enfin, les régions de l'Ouest et du Nord détiennent les proportions les plus faibles d'hommes ayant une connaissance complète du sida (21 % dans les deux cas).

Au cours de l'enquête, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient si le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant et à quel moment pouvait s'effectuer la transmission. Les résultats sont présentés au tableau 15.4.

La transmission la plus connue par les enquêtés est la transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déclaré connaître ce mode de transmission (72 % contre 60 %). En outre, les femmes savent, dans des proportions quasiment similaires, que le virus peut aussi être transmis pendant l'accouchement et par l'allaitement (respectivement 49 % et 47 %). Par contre, les hommes qui connaissent la possibilité de transmission pendant l'accouchement sont un peu plus nombreux que ceux qui connaissent la transmission par l'allaitement (63 % et 57 %). Les femmes qui connaissent le plus fréquemment la transmission mère-enfant, quel qu'en soit le moment, sont aussi celles qui ont une connaissance complète des moyens de transmission du VIH/sida. Ce sont les femmes de Yaoundé/Douala, celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et celles des ménages les plus riches. En ce qui concerne le statut matrimonial, on constate, curieusement, que ce sont les femmes en union qui sont les moins bien informées.

Les résultats chez les hommes font apparaître des variations différentes. En effet, on constate que près des trois-quarts de ceux de 40-49 ans ont déclaré connaître la transmission pendant la grossesse (72 % contre 57 % chez les femmes du même groupe d'âges). De même, et à la différence des femmes, les hommes en union ou l'ayant été ont déclaré connaître, dans une proportion élevée, ces trois modes de transmission. Enfin, curieusement, ce sont les hommes du milieu rural, qui sont généralement les moins bien informés, que la transmission du virus pendant la grossesse (74 % contre 68 % à Yaoundé/Douala) et pendant l'allaitement (60 % contre 50 % à Yaoundé/Douala) est la mieux connue. On note également que les hommes les plus instruits sont ceux qui connaissent le plus fréquemment la transmission pendant la grossesse (74 % contre 65 % chez ceux sans niveau d'instruction) et au cours de l'accouchement (70 % contre 50 % chez ceux sans niveau d'instruction), ce qui n'est pas le cas de la transmission par l'allaitement qui est mieux connue des hommes ayant un niveau d'instruction primaire (61 %).

Tableau 15.4 Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et par l'allaitement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif d'enquêtées	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif d'enquêtés
Âge								
15-24	59,9	48,1	47,0	4 936	69,0	59,1	55,2	2 177
15-19	58,5	45,2	45,7	2 684	69,1	56,8	54,1	1 224
20-24	61,5	51,6	48,7	2 252	68,9	62,1	56,7	953
25-29	61,0	51,6	47,7	1 747	76,0	68,0	57,1	812
30-39	60,9	51,4	49,2	2 430	72,9	67,5	61,3	1 087
40-49	56,9	43,0	43,9	1 543	72,1	64,4	57,7	738
État matrimonial								
Célibataire	61,7	50,1	47,9	2 560	68,3	58,2	53,4	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	67,4	57,0	54,6	1 194	70,2	61,6	54,2	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	56,7	44,1	42,0	1 366	65,5	53,1	52,3	850
En union	59,0	48,2	46,7	7 166	74,2	66,8	60,4	2 271
Divorcé/séparé/veuf	61,7	48,0	49,1	930	73,7	70,2	60,1	433
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	70,1	59,8	51,0	2 277	68,1	65,3	50,3	1 167
Autres villes	65,2	55,0	52,7	3 559	71,6	66,7	58,9	1 645
Ensemble urbain	67,1	56,9	52,0	5 836	70,1	66,1	55,3	2 812
Rural	51,1	38,7	41,3	4 820	73,5	59,4	60,0	2 003
Région								
Adamaoua	47,8	39,7	34,7	416	69,0	63,9	56,2	214
Centre	65,6	51,1	51,1	854	64,1	57,8	55,1	368
Douala	71,1	57,9	51,4	1 197	66,8	63,7	50,9	598
Est	54,8	45,4	42,4	506	62,1	59,8	57,0	249
Extrême-Nord	49,3	41,3	36,6	1 718	75,2	62,6	62,2	620
Littoral	66,5	55,7	55,5	482	73,9	69,8	60,5	208
Nord	28,4	22,4	19,3	975	77,6	57,0	54,1	434
Nord-Ouest	67,3	54,5	62,3	1 090	76,8	60,9	65,0	506
Ouest	59,8	51,0	50,7	1 142	69,1	65,2	56,0	411
Sud	68,2	50,1	50,0	439	75,8	69,6	59,7	223
Sud-Ouest	77,7	53,0	67,3	757	75,2	66,5	64,7	415
Yaoundé	69,1	61,9	50,5	1 080	69,5	67,0	49,6	568
Niveau d'instruction								
Aucun	34,3	26,0	24,5	2 383	65,0	49,8	51,2	467
Primaire	63,0	47,1	50,6	4 109	69,0	56,4	60,8	1 736
Secondaire ou plus	71,5	63,2	56,7	4 163	74,4	70,3	56,0	2 612
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	42,9	33,8	34,0	2 007	74,0	56,2	61,4	650
Second	50,1	38,2	40,5	1 756	72,0	58,0	58,9	792
Moyen	61,6	46,0	49,9	2 046	74,4	64,9	62,1	906
Quatrième	69,3	54,1	52,2	2 283	71,1	63,8	56,1	1 110
Le plus riche	70,1	64,8	55,4	2 566	68,5	68,4	52,1	1 357
Ensemble	59,9	48,7	47,2	10 656	71,5	63,3	57,3	4 815

15.1.2 Stigmatisation

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus. Au cours de l'EDSC-III, des questions ont été posées aux enquêtés pour savoir comment ils se comporteraient dans certaines circonstances face à des personnes ayant contracté la maladie. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida, s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/sida, s'ils pensaient qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer à travailler et enfin s'ils pensaient qu'il fallait garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida. Les résultats sont présentés, pour les femmes au tableau 15.5.1 et au tableau 15.5.2 pour les hommes.

On constate que moins d'une femme sur dix (9 %) aurait une attitude tolérante dans les quatre situations ci-dessus citées. Cette attitude de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida est légèrement plus répandue parmi les groupes de femmes dont la connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida est la plus élevée. En effet, ce sont les femmes les plus jeunes (10 % contre 7 % à 40-49 ans), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (18 % contre 7 % parmi celles en union), celles qui résident à Yaoundé/Douala (16 % contre 11 % dans les Autres villes et 4 % en milieu rural), celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (16 % contre 1 % pour celles qui sont sans instruction) et enfin celles vivant dans les ménages les plus riches (16 % contre 2 % pour celles des ménages les plus pauvres) qui auraient le plus fréquemment tendance à se comporter de manière tolérante à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida.

La proportion d'hommes qui aurait une attitude de tolérance dans les quatre situations est deux fois plus élevée que celle constatée chez les femmes (19 % contre 9 %). Les hommes étaient aussi, en proportion, près d'une fois et demie plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida (32 % contre 23 %). Comme chez les femmes, on constate que les comportements tolérants à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida sont très influencés par le niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention du virus. En effet, les hommes les plus tolérants sont, comme, chez les femmes, ceux qui possèdent toutes les informations correctes sur le VIH/sida.

Tableau 15.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtées qui :				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-24	70,8	45,4	51,8	36,4	10,4	4 826
15-19	70,5	44,7	52,2	36,6	10,4	2 614
20-24	71,0	46,1	51,2	36,1	10,3	2 212
25-29	68,0	40,6	48,7	37,8	8,8	1 719
30-39	67,4	37,6	43,9	39,3	7,5	2 386
40-49	69,2	33,9	40,9	40,0	6,9	1 492
État matrimonial						
Célibataire	79,4	54,2	61,7	35,6	14,5	2 500
A déjà eu des rapports sexuels	88,3	62,3	67,5	35,3	17,5	1 183
N'a jamais eu de rapports sexuels	71,4	47,0	56,4	35,9	11,7	1 316
En union	64,9	36,5	43,0	38,7	7,1	7 005
Divorcée/séparée/veuve	75,1	41,2	47,5	36,9	8,4	918
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	83,4	56,9	69,7	36,8	16,0	2 274
Autres villes	74,9	47,2	55,7	35,2	10,5	3 527
Ensemble urbain	78,3	51,0	61,2	35,8	12,6	5 801
Rural	58,1	28,8	31,3	40,2	4,3	4 621
Région						
Adamaoua	46,7	26,9	46,7	46,3	3,5	401
Centre	70,3	43,6	50,4	32,2	8,3	835
Douala	81,6	50,8	65,0	39,3	14,5	1 195
Est	74,5	47,1	55,7	37,2	10,1	475
Extrême-Nord	43,0	22,1	21,5	41,1	1,7	1 649
Littoral	70,9	42,4	52,1	50,3	12,9	478
Nord	48,2	13,6	30,9	39,8	3,9	908
Nord-Ouest	89,9	44,2	43,4	28,7	8,0	1 089
Ouest	66,1	43,8	45,8	41,4	8,1	1 124
Sud	84,2	59,0	56,8	45,4	13,8	437
Sud-Ouest	83,0	50,1	55,3	28,3	9,6	752
Yaoundé	85,4	63,8	74,9	34,2	17,7	1 080
Niveau d'instruction						
Aucun	42,8	14,5	19,1	40,3	1,0	2 227
Primaire	67,6	34,0	40,6	40,1	6,6	4 034
Secondaire ou plus	85,2	62,4	70,4	34,2	15,5	4 161
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	47,0	18,8	23,4	40,7	1,8	1 886
Second	59,7	28,3	29,7	41,4	4,5	1 681
Moyen	68,2	38,1	43,1	40,0	7,6	2 018
Quatrième	77,9	49,2	57,0	36,2	11,1	2 276
Le plus riche	85,3	61,3	73,6	32,9	16,3	2 562
Ensemble	69,3	41,2	47,9	37,8	9,0	10 423

Tableau 15.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui :				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le HIV		
Âge						
15-24	81,6	53,8	57,3	52,1	19,1	2 155
15-19	79,7	53,2	55,0	49,6	17,6	1 207
20-24	83,9	54,4	60,3	55,3	21,1	948
25-29	84,3	52,0	58,2	56,7	18,5	811
30-39	82,9	47,7	53,6	57,6	18,5	1 079
40-49	81,5	40,4	51,3	58,9	16,4	732
État matrimonial						
Célibataire	82,3	56,4	58,9	52,9	20,8	2 086
A déjà eu des rapports sexuels	85,8	61,7	64,2	55,6	24,9	1 256
N'a jamais eu de rapports sexuels	77,0	48,3	51,0	48,8	14,7	830
En union	81,8	44,3	52,6	57,8	16,3	2 264
Divorcé/séparé/veuf	85,2	49,7	56,3	52,0	18,5	427
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	90,4	63,5	69,1	55,9	28,3	1 162
Autres villes	85,6	55,0	60,4	50,7	19,1	1 637
Ensemble urbain	87,6	58,5	64,0	52,8	22,9	2 799
Rural	74,8	38,1	43,9	58,5	12,1	1 978
Région						
Adamaoua	68,2	46,9	55,6	65,6	18,4	214
Centre	83,7	52,5	58,0	49,4	17,4	362
Douala	92,2	57,7	65,2	56,6	25,8	596
Est	74,6	57,9	51,3	65,0	24,8	245
Extrême-Nord	70,1	30,6	35,9	59,3	6,1	612
Littoral	83,3	55,8	58,4	60,1	24,3	206
Nord	66,6	31,7	44,0	62,8	12,1	430
Nord-Ouest	88,5	46,2	49,0	54,9	17,2	502
Ouest	91,7	45,5	54,3	32,8	8,9	411
Sud	87,4	70,6	66,4	52,5	26,0	221
Sud-Ouest	84,8	50,3	62,7	54,2	16,8	412
Yaoundé	88,4	69,6	73,2	55,1	31,0	566
Niveau d'instruction						
Aucun	64,5	17,5	26,7	64,0	3,5	456
Primaire	74,5	33,5	40,4	57,3	9,9	1 712
Secondaire ou plus	90,6	66,6	70,8	52,2	26,7	2 609
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	69,6	24,6	34,7	61,0	7,6	645
Second	75,0	38,2	42,2	58,1	11,4	780
Moyen	79,0	43,8	47,8	55,9	14,6	896
Quatrième	86,3	55,6	60,4	53,4	20,6	1 101
Le plus riche	91,5	68,5	74,9	51,6	28,5	1 356
Ensemble	82,3	50,0	55,7	55,1	18,5	4 777

15.2 POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DE VIH/SIDA

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire. Au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux enquêtés si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient effectué un test de VIH/sida et s'ils avaient reçu les résultats. On constate au tableau 15.6 que les trois-quarts des femmes (76 %) et une proportion encore plus élevée d'hommes (83 %) n'ont jamais effectué de test. Seulement une femme sur dix (10 %) a effectué un test et a eu connaissance des résultats ; chez les hommes, cette proportion est un peu plus élevée (14 %). Si on se limite aux 12 derniers mois, seulement 5 % des femmes et 7 % des hommes ont effectué un test et ont reçu les résultats.

Tableau 15.6 Population ayant effectué un test de VIH et ayant reçu les résultats

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH, pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats, et pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio- démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes							Hommes						
	A effectué un test			NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées	A effectué un test			NSP/ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif d'enquêtés
	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée					A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testé				
Âge														
15-24	7,3	9,7	80,1	3,0	100,0	4,4	4 936	6,7	1,4	90,9	1,0	100,0	3,9	2 177
15-19	4,7	5,1	87,2	2,9	100,0	3,0	2 684	3,1	0,7	94,7	1,4	100,0	1,9	1 224
20-24	10,3	15,1	71,6	3,0	100,0	6,0	2 252	11,3	2,3	85,9	0,5	100,0	6,5	953
25-29	11,7	17,6	68,1	2,6	100,0	5,8	1 747	19,5	2,3	78,1	0,1	100,0	9,6	812
30-39	11,0	14,6	71,9	2,5	100,0	4,5	2 430	20,8	2,4	76,0	0,8	100,0	9,1	1 087
40-49	12,8	5,3	78,0	3,9	100,0	5,3	1 543	18,8	3,2	77,2	0,8	100,0	8,3	738
État matrimonial														
Célibataire	8,6	4,6	84,2	2,6	100,0	4,4	2 560	8,9	1,1	88,7	1,2	100,0	4,6	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	15,2	9,1	74,3	1,3	100,0	7,5	1 194	14,0	1,6	84,0	0,4	100,0	7,1	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	2,7	0,7	92,8	3,7	100,0	1,6	1 366	1,3	0,5	95,8	2,4	100,0	1,0	850
En union	9,1	13,8	73,9	3,1	100,0	4,6	7 166	18,0	2,5	79,2	0,3	100,0	8,7	2 271
Divorcé/séparé/veuf	16,8	12,0	69,1	2,1	100,0	7,3	930	16,7	4,0	78,1	1,2	100,0	6,6	433
Milieu de résidence														
Yaoundé/Douala	21,6	16,8	60,7	0,9	100,0	9,1	2 277	23,7	3,1	72,7	0,4	100,0	10,5	1 167
Autres villes	10,2	13,3	75,2	1,4	100,0	5,8	3 559	14,4	2,2	82,8	0,5	100,0	7,3	1 645
Ensemble urbain	14,6	14,6	69,5	1,2	100,0	7,1	5 836	18,3	2,6	78,6	0,5	100,0	8,6	2 812
Rural	3,7	7,6	83,7	5,0	100,0	2,0	4 820	7,7	1,3	89,7	1,2	100,0	4,0	2 003
Région														
Adamaoua	5,0	7,8	83,1	4,2	100,0	2,6	416	14,6	2,8	82,6	0,0	100,0	7,8	214
Centre	6,7	10,5	80,5	2,3	100,0	3,0	854	7,2	1,9	89,4	1,5	100,0	4,4	368
Douala	21,9	18,0	59,5	0,6	100,0	8,9	1 197	22,5	1,9	75,2	0,4	100,0	9,8	598
Est	5,2	8,1	79,9	6,9	100,0	3,0	506	11,5	2,2	84,7	1,6	100,0	6,0	249
Extrême-Nord	1,1	1,1	92,2	5,6	100,0	0,8	1 718	4,2	0,6	94,0	1,3	100,0	2,7	620
Littoral	9,9	14,4	74,6	1,2	100,0	5,5	482	11,8	1,8	85,2	1,2	100,0	6,2	208
Nord	1,8	1,4	88,3	8,6	100,0	1,3	975	7,0	0,4	91,7	0,9	100,0	3,9	434
Nord-Ouest	8,0	20,5	71,4	0,1	100,0	4,8	1 090	16,9	1,5	80,9	0,7	100,0	6,4	506
Ouest	10,7	15,5	72,0	1,8	100,0	5,6	1 142	14,5	2,7	82,7	0,0	100,0	8,5	411
Sud	10,3	11,9	77,2	0,6	100,0	6,0	439	12,1	4,1	82,9	0,9	100,0	5,9	223
Sud-Ouest	12,8	16,1	70,0	1,1	100,0	7,0	757	12,8	1,7	84,7	0,8	100,0	6,4	415
Yaoundé	21,2	15,5	62,0	1,3	100,0	9,4	1 080	25,0	4,4	70,2	0,4	100,0	11,1	568
Niveau d'instruction														
Aucun	1,3	2,0	88,7	8,0	100,0	0,6	2 383	3,7	0,8	93,2	2,4	100,0	1,4	467
Primaire	6,2	12,2	79,1	2,5	100,0	3,3	4 109	7,8	1,4	89,4	1,4	100,0	4,6	1 736
Secondaire ou plus	17,9	16,2	65,5	0,4	100,0	8,7	4 163	19,8	2,7	77,4	0,1	100,0	9,1	2 612
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	1,0	4,9	86,8	7,3	100,0	0,8	2 007	4,8	0,6	93,7	0,9	100,0	2,6	650
Second	2,9	6,8	85,5	4,9	100,0	1,2	1 756	6,2	1,6	90,7	1,5	100,0	3,2	792
Moyen	5,9	10,7	81,2	2,2	100,0	2,9	2 046	10,1	1,4	87,5	1,1	100,0	5,9	906
Quatrième	12,2	16,1	70,9	0,9	100,0	5,9	2 283	15,3	2,0	81,9	0,8	100,0	7,4	1 110
Le plus riche	21,8	16,4	61,2	0,5	100,0	10,8	2 566	24,2	3,5	72,2	0,1	100,0	10,8	1 357
Ensemble	9,7	11,5	75,9	2,9	100,0	4,8	10 656	13,9	2,1	83,3	0,8	100,0	6,7	4 815

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on constate que c'est parmi les jeunes de 15-19 ans que la proportion de ceux qui ont déjà effectué un test de VIH/sida et reçu les résultats est la plus faible (5 % chez les femmes et 3 % chez les hommes). En milieu rural, 4 % des femmes et 8 % des hommes ont eu connaissance de leur statut. Ces proportions sont de loin inférieures à celles des Autres villes (10 % et 14 %) et Yaoundé/Douala (22 % et 24 %). Dans les régions, ces proportions varient de respectivement 1 % et 4 % chez les femmes et les hommes dans l'Extrême-Nord à 13 % pour chacun des deux sexes dans le Sud-Ouest. La probabilité d'effectuer un test et de connaître les résultats est très liée au niveau d'instruction et au niveau de vie du ménage puisque seulement 1 % des femmes sans niveau d'instruction et de celles des ménages les plus pauvres connaissent leur statut sérologique contre 18 % de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et 22 % de celles des ménages les plus riches. Chez les hommes, on constate ce même type de variation, 20 % des hommes les plus instruits contre 4 % de ceux sans niveau d'instruction ont déjà effectué un test et en connaissent le résultat ; selon les niveaux de bien-être économique, on note que 24 % des hommes vivant dans les ménages les plus riches connaissent leur statut et que, dans les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 5 %.

En outre, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête une série de questions pour savoir si, au cours d'une visite prénatale, elles avaient reçu des conseils concernant le VIH, si elles avaient effectué volontairement³ un test au cours d'une visite prénatale et enfin si elles avaient reçu ou non les résultats de ce test. Les résultats sont présentés au tableau 15.7. Plus d'un tiers des femmes (36 %) ont déclaré avoir reçu des conseils sur le VIH/sida au cours d'une visite prénatale, c'est-à-dire qu'on leur a parlé de la transmission mère-enfant et de l'importance du test de VIH/sida. Dans 9 % des cas, les femmes ont effectué volontairement un test de VIH/sida et ont eu connaissance des résultats. Globalement, 7 % ont bénéficié de conseils, ont effectué un test et en ont reçu les résultats. Dans certains groupes de femmes, cette proportion est beaucoup plus élevée : parmi les femmes de Douala et parmi celles des ménages les plus riches, cette proportion atteint 20 %. Par contre, elle est seulement de 4 % en milieu rural et de 2 % parmi les femmes des ménages les plus pauvres. En fonction du niveau d'instruction, on constate également des écarts très importants : parmi les femmes les plus instruites, 16 % ont reçu des conseils, ont effectué un test de VIH/sida et ont été informées des résultats ; par comparaison, parmi les femmes sans niveau d'instruction, cette proportion n'est que de 1 %.

³ On leur a proposé le test et elles ont accepté d'effectuer le test.

Tableau 15.7 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH

Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, au cours des visites prénatales pour la naissance la plus récente, ont reçu des conseils, à qui on a proposé le test du VIH, qui ont accepté de se faire tester et qui ont reçu les résultats du test, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	A reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale ¹	A effectué volontairement un test ² de VIH au cours des visites prénatales		Pourcentage qui a reçu des conseils, a été testé et a reçu les résultats	Nombre d'enquêtées qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Âge					
15-24	35,5	9,1	1,2	7,5	1 455
15-19	30,7	8,5	1,1	6,7	492
20-24	38,0	9,4	1,3	7,9	964
25-29	36,0	9,5	1,7	7,3	785
30-39	35,2	7,6	0,6	6,7	791
40-49	34,3	10,2	0,0	10,2	142
État matrimonial					
Célibataire	48,8	11,1	1,4	10,3	188
En union	34,4	8,7	1,1	7,2	2 802
Divorcée/séparée/veuve	39,1	9,3	1,6	7,9	183
Milieu de résidence					
Yaoundé/Douala	70,3	20,7	1,5	16,5	455
Autres villes	42,8	11,2	1,1	9,5	967
Ensemble urbain	51,6	14,2	1,2	11,7	1 422
Rural	22,4	4,6	1,0	3,8	1 751
Région					
Adamaoua	27,8	4,0	0,4	4,0	131
Centre	25,7	8,5	3,3	5,5	250
Douala	71,1	25,3	1,1	20,0	224
Est	30,6	7,6	0,0	6,8	174
Extrême-Nord	7,3	1,3	0,0	1,3	674
Littoral	40,6	10,0	1,5	8,3	115
Nord	7,9	2,8	0,0	2,8	355
Nord-Ouest	63,2	5,8	2,4	5,5	308
Ouest	41,6	12,9	1,5	10,1	394
Sud	39,7	13,2	0,4	12,2	125
Sud-Ouest	63,1	17,2	2,3	14,9	192
Yaoundé	69,5	16,2	2,0	13,2	231
Niveau d'instruction					
Aucun	8,7	1,4	0,1	1,3	890
Primaire	35,0	7,1	1,3	5,7	1 364
Secondaire ou plus	62,3	18,8	1,9	15,8	920
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	15,0	2,0	0,3	1,9	775
Second	21,0	3,3	1,9	2,7	654
Moyen	34,6	8,5	1,2	6,6	662
Quatrième	53,6	12,8	1,5	10,0	587
Le plus riche	66,6	22,9	0,7	20,0	495
Ensemble	35,5	8,9	1,1	7,4	3 173

¹ Les femmes à qui on a parlé de la transmission du VIH mère-enfant et de l'importance du test du VIH sont considérées ici comme ayant reçu des conseils.

² Un test a été proposé à la femme au cours d'une visite prénatale et elle a accepté d'être testée.

15.3 RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM

La multiplicité des partenaires sexuels différents augmente le risque de contracter des IST et le VIH/sida, en particulier dans les groupes de population où l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes et aux femmes s'ils avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ; dans le cas d'une réponse affirmative, on leur a demandé s'ils avaient eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. En plus des résultats à ces questions, le tableau 15.8 présente également le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie.

Tableau 15.8 Multiplicité des partenaires sexuels

Parmi les femmes et les hommes âgés de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et, parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaire sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes						Hommes					
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Effectif ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif ayant eu des rapports sexuels	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Effectif ayant eu des rapports sexuels les 12 derniers mois	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif ayant eu des rapports sexuels
Âge												
15-24	63,7	4 936	10,4	3 145	2,5	3 582	54,2	2 177	41,4	1 180	2,8	1 350
15-19	48,2	2 684	11,2	1 293	2,0	1 470	36,5	1 224	35,1	447	1,6	527
20-24	82,3	2 252	9,9	1 852	2,9	2 112	76,9	953	45,3	733	3,6	823
25-29	89,1	1 747	7,1	1 556	3,5	1 730	91,9	812	39,8	746	6,1	789
30-39	87,4	2 430	5,3	2 124	4,1	2 427	95,3	1 087	40,4	1 036	8,1	1 082
40-49	80,0	1 543	4,9	1 234	3,9	1 542	94,4	738	39,1	697	11,2	738
État matrimonial												
Célibataire	37,0	2 560	19,6	948	3,5	1 194	50,8	2 112	42,1	1 073	9,2	1 261
En union	91,7	7 166	4,8	6 570	3,1	7 158	97,5	2 271	38,6	2 214	5,4	2 267
Divorcé/séparé/veuf	58,2	930	20,7	542	5,2	929	86,2	433	45,8	373	8,4	430
Milieu de résidence												
Yaoundé/Douala	75,0	2 277	13,2	1 708	4,6	1 912	82,3	1 167	46,6	960	9,5	1 018
Autres villes	73,2	3 559	7,8	2 605	3,3	3 038	73,3	1 645	38,8	1 205	6,2	1 326
Ensemble urbain	73,9	5 836	9,9	4 313	3,8	4 950	77,0	2 812	42,2	2 165	7,5	2 344
Rural	77,7	4 820	4,9	3 746	2,9	4 331	74,6	2 003	37,7	1 495	4,7	1 614
Région												
Adamaoua	79,2	416	5,7	329	2,3	363	69,4	214	39,8	149	6,8	163
Centre	76,3	854	11,7	651	5,0	762	78,1	368	44,9	287	8,1	308
Douala	74,3	1 197	13,2	889	4,4	994	80,0	598	46,2	478	8,9	502
Est	79,8	506	15,9	404	5,1	468	86,2	249	45,2	215	11,0	225
Extrême-Nord	80,8	1 718	0,8	1 389	1,5	1 531	71,0	620	31,5	440	2,4	476
Littoral	74,3	482	9,8	358	4,2	408	77,7	208	38,1	162	8,2	173
Nord	79,2	975	0,5	772	1,6	852	66,1	434	30,2	287	2,0	329
Nord-Ouest	64,8	1 090	3,1	707	2,6	931	74,9	506	38,4	379	5,8	426
Ouest	69,9	1 142	6,7	798	2,8	961	66,6	411	48,7	274	3,5	293
Sud	82,2	439	12,4	361	5,9	408	83,2	223	47,9	186	11,2	203
Sud-Ouest	76,8	757	9,6	582	3,5	685	77,6	415	28,2	322	4,9	345
Yaoundé	75,8	1 080	13,1	819	4,7	918	84,7	568	46,9	481	10,2	516
Niveau d'instruction												
Aucun	82,5	2 383	0,5	1 967	1,6	2 251	80,7	467	33,9	377	1,5	403
Primaire	74,9	4 109	8,0	3 077	3,5	3 610	72,6	1 736	36,9	1 260	5,2	1 371
Secondaire ou plus	72,4	4 163	11,8	3 015	4,3	3 420	77,5	2 612	43,8	2 023	10,4	2 185
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	80,1	2 007	2,2	1 608	2,1	1 823	74,4	650	35,3	484	2,8	516
Second	76,9	1 756	5,6	1 351	3,0	1 585	74,5	792	37,5	590	5,0	641
Moyen	73,9	2 046	7,2	1 512	3,5	1 788	74,4	906	40,7	674	6,3	731
Quatrième	74,7	2 283	9,6	1 706	3,7	1 975	75,4	1 110	38,0	837	7,2	921
Le plus riche	73,4	2 566	12,1	1 883	4,3	2 108	79,3	1 357	45,9	1 076	8,9	1 149
Ensemble	75,6	1 065	7,6	8 060	3,4	9 280	76,0	4 815	40,4	3 660	6,2	3 959

Environ les trois-quarts des femmes (76 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et parmi ces femmes, 8 % ont eu, au moins, deux partenaires. Les rapports sexuels avec des partenaires multiples sont plus fréquents parmi les jeunes femmes de 15-24 ans (en moyenne 10 %, contre 5 % à partir de 30 ans). Les femmes célibataires et surtout celles en rupture d'union ont plus fréquemment déclaré que les autres avoir eu plusieurs partenaires sexuels (respectivement 20 % et 21 % contre 5 % pour les femmes en union). En moyenne, ces femmes ont eu respectivement, 3,5 et 5,2 partenaires sexuels au cours leur vie. En outre, c'est parmi les femmes de Yaoundé/Douala (13 % contre 8 % dans les Autres villes et 5 % en rural), parmi celles qui sont les plus instruites (12 % contre moins d'un pour cent pour celles sans niveau d'instruction) et enfin parmi celles vivant dans les ménages les plus riches (12 % contre 2 % dans les ménages les plus pauvres) que cette pratique est la plus répandue. Dans ces groupes de femmes, le nombre moyen de partenaires sur la durée de vie est supérieur à 4. En fonction des régions, on constate qu'à l'Est (16 %), au Centre (12 %) et dans le Sud (12 %), plus d'une femme sur dix a déclaré avoir eu plusieurs partenaires sexuels. À l'opposé, dans l'Extrême-Nord et le Nord-Ouest, cette proportion n'atteint pas 1 %.

Les trois-quarts des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, soit une proportion similaire à celle des femmes (76 %). Parmi ces hommes, 40 %, c'est-à-dire une proportion beaucoup plus élevée que celle des femmes (8 %), ont eu des rapports sexuels avec, au moins, deux partenaires. Le nombre moyen de partenaires sur la durée de vie des hommes s'établit à 6,2. Parmi les hommes de 20-24 ans, ceux en rupture d'union, ceux de Yaoundé/Douala, ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus, et ceux des ménages les plus riches, plus de deux sur cinq ont déclaré avoir eu, au moins, deux partenaires sexuels.

Aux enquêtés ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, on a demandé si ces rapports sexuels avaient eu lieu avec des partenaires non maritaux et non cohabitants, considérés comme étant des rapports sexuels à risques. De plus, on a cherché à savoir si, au cours des derniers rapports sexuels à risques, un condom avait été utilisé (tableau 15.9).

Plus d'un quart des femmes (29 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 62 %. Chez les femmes, il va de soi que la fréquence des rapports sexuels à risque est particulièrement élevée parmi les célibataires (100 %) et parmi les femmes en rupture d'union (81 %). À 15-19 ans, plus d'une jeune fille sur deux (56 %) a eu des rapports sexuels à risques. À Yaoundé/Douala (47 %), parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (49 %) et parmi celles des ménages les plus riches (44 %), ces comportements sexuels à risque sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. À l'opposé, parmi les femmes sans niveau d'instruction (3 %), parmi celles des ménages les plus pauvres (8 %) et parmi celles des régions du Nord et de l'Extrême-Nord (3 % dans chaque cas), ces comportements sexuels à risques sont peu fréquents.

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 41 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les jeunes filles de 15-19 ans (47 %), les célibataires (50 %), celles de Yaoundé/Douala (51 %), celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (49 %) et celles des ménages les plus riches (53 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (62 % contre 29 %). En outre, plus d'un homme sur deux (55 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus de rapports à risques qui ont le plus fréquemment utilisé un condom.

Tableau 15.9 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif de femmes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'hommes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-24	44,2	3 145	46,5	1 390	90,5	1 180	57,4	1 069
15-19	55,7	1 293	47,4	720	96,6	447	55,8	432
20-24	36,2	1 852	45,4	670	86,8	733	58,4	636
25-29	21,8	1 556	39,9	340	62,7	746	60,2	468
30-39	17,8	2 124	31,4	378	46,3	1 036	50,3	480
40-49	16,3	1 234	17,6	201	35,8	697	40,9	250
État matrimonial								
Célibataire	99,5	948	49,9	943	100,0	1 073	57,1	1 073
En union	14,1	6 570	34,7	929	38,7	2 214	53,2	857
Divorcé/séparé/veuf	80,9	542	32,7	438	90,0	373	50,5	335
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	46,8	1 708	51,2	800	75,6	960	68,1	725
Autres villes	33,2	2 605	43,3	864	65,2	1 205	57,4	786
Ensemble urbain	38,6	4 313	47,1	1 664	69,8	2 165	62,6	1 511
Rural	17,2	3 746	23,7	645	50,5	1 495	38,8	755
Région								
Adamaoua	11,8	329	54,5	39	51,4	149	50,9	76
Centre	41,1	651	31,2	268	69,3	287	49,1	199
Douala	46,0	889	47,8	409	75,2	478	66,7	360
Est	32,9	404	25,3	133	68,1	215	43,6	146
Extrême-Nord	3,4	1 389	27,8	48	29,8	440	35,0	131
Littoral	43,5	358	40,6	156	76,9	162	54,6	125
Nord	3,0	772	44,7	23	31,1	287	42,2	89
Nord-Ouest	30,7	707	32,7	217	67,4	379	42,3	255
Ouest	30,0	798	50,0	240	64,4	274	69,4	176
Sud	40,9	361	36,1	148	76,0	186	51,0	141
Sud-Ouest	41,1	582	24,0	239	62,6	322	44,6	202
Yaoundé	47,8	819	54,7	391	75,9	481	69,6	365
Niveau d'instruction								
Aucun	3,1	1 967	11,0	62	22,0	377	26,9	83
Primaire	25,4	3 077	27,0	782	58,1	1 260	39,8	732
Secondaire ou plus	48,6	3 015	49,0	1 465	71,7	2 023	63,7	1 451
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	8,4	1 608	17,8	136	30,8	484	32,1	149
Second	18,3	1 351	22,6	247	49,4	590	35,2	291
Moyen	29,3	1 512	28,7	443	65,0	674	45,7	438
Quatrième	38,7	1 706	44,2	660	69,1	837	59,5	578
Le plus riche	43,8	1 883	53,1	824	75,2	1 076	67,2	809
Ensemble	28,7	8 060	40,5	2 310	61,9	3 660	54,7	2 266

Les rapports sexuels payants sont considérés comme des rapports sexuels à hauts risques. Au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux hommes si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient eu des rapports sexuels avec une prostituée et si, au cours de ces rapports sexuels, ils avaient utilisé un condom. Une faible proportion d'hommes (3 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée (tableau 15.10). Quelle que soit la caractéristique socio-démographique, cette proportion reste faible : c'est parmi les hommes en rupture d'union qu'elle est la plus élevée (6 %). Cependant, seulement 64 % de ces hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

Tableau 15.10 Rapports sexuels payants et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants

Pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois et, parmi ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec une prostituée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec une prostituée	Effectif d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois
Âge				
15-24	2,9	2 177	58,5	62
15-19	1,3	1 224	*	16
20-24	4,9	953	(65,2)	46
25-29	3,8	812	(74,9)	31
30-39	3,7	1 087	(66,0)	40
40-49	1,6	738	*	12
État matrimonial				
Célibataire	3,0	2 112	57,4	63
En union	2,5	2 271	62,5	58
Divorcé/séparé/veuf	5,8	433	(81,4)	25
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	3,8	1 167	(88,9)	44
Autres villes	3,5	1 645	56,6	58
Ensemble urbain	3,6	2 812	70,5	102
Rural	2,1	2 003	47,1	43
Niveau d'instruction				
Aucun	2,0	467	*	10
Primaire	3,1	1 736	49,9	53
Secondaire ou plus	3,2	2 612	75,1	83
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	2,5	650	*	16
Second	2,6	792	*	21
Moyen	3,1	906	(61,7)	28
Quatrième	3,0	1 110	(61,1)	33
Le plus riche	3,4	1 357	(89,6)	46
Ensemble	3,0	4 815	63,5	145

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

15.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Une IST non traitée est un facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. La lutte contre ces maladies s'est donc intensifiée depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida. Au cours de l'enquête, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà eu une IST et/ou des symptômes d'IST. Les résultats présentés au tableau 15.11 sont basés uniquement sur les déclarations des enquêtés et ne doivent donc pas être interprétés comme une mesure de la prévalence des IST.

Tableau 15.11 Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés

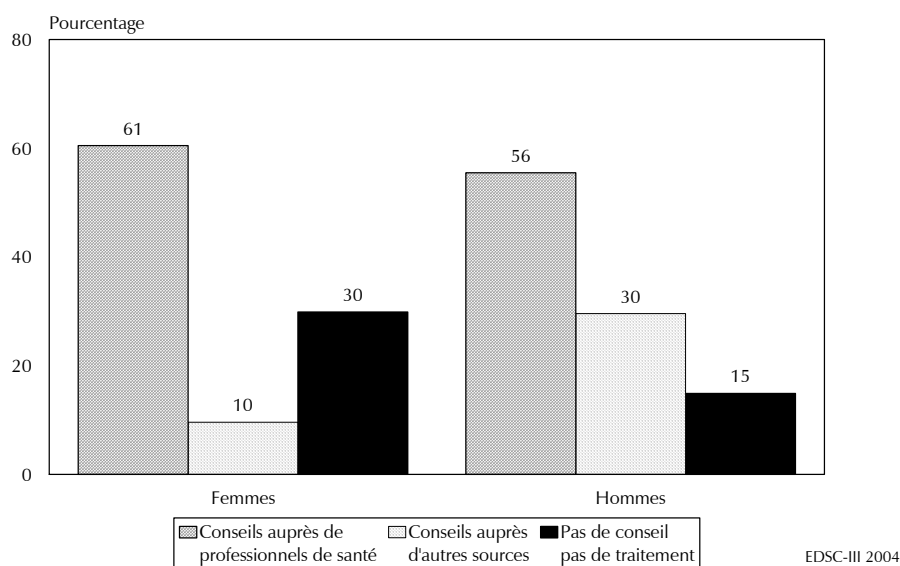
Parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des pertes vaginales anormales	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des écoulements du pénis	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/plaie/ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels
Âge										
15-24	4,3	10,7	3,7	13,2	3 582	6,9	6,6	3,2	10,7	1 350
15-19	3,4	9,5	3,3	11,5	1 470	4,6	5,5	2,0	8,0	527
20-24	4,9	11,6	4,1	14,5	2 112	8,4	7,3	4,0	12,4	823
25-29	5,9	11,3	4,2	14,0	1 730	8,3	6,8	4,1	11,6	789
30-39	4,2	9,3	2,9	11,0	2 427	6,6	4,0	2,1	8,2	1 082
40-49	4,0	7,1	2,3	8,8	1 542	3,4	2,3	2,4	5,4	738
État matrimonial										
Célibataire	4,7	11,9	3,9	15,0	1 194	6,8	6,3	2,4	9,8	1 261
En union	4,3	9,4	3,1	11,4	7 158	5,3	4,0	2,9	8,0	2 267
Divorcé/séparé/veuf	6,0	10,9	4,9	13,4	929	11,0	7,9	4,4	13,9	430
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	8,2	14,6	5,8	18,9	1 912	8,3	5,8	3,9	11,7	1 018
Autres villes	4,2	10,3	3,0	12,4	3 038	8,1	6,9	3,4	11,4	1 326
Ensemble urbain	5,8	11,9	4,1	14,9	4 950	8,2	6,4	3,6	11,5	2 344
Rural	3,1	7,4	2,5	8,8	4 331	3,9	3,3	1,9	5,9	1 614
Région										
Adamaoua	0,4	4,2	0,6	4,5	363	6,3	5,3	1,3	8,3	163
Centre	7,9	15,4	3,9	18,2	762	6,2	3,9	0,5	7,7	308
Douala	8,5	13,7	6,2	17,5	994	7,7	7,0	3,5	10,7	502
Est	3,6	12,2	6,1	14,6	468	12,3	10,2	3,5	13,9	225
Extrême-Nord	0,6	1,4	0,5	1,6	1 531	5,0	5,3	1,5	5,7	476
Littoral	6,0	12,4	3,3	15,4	408	4,3	2,5	3,2	7,5	173
Nord	0,4	1,2	0,9	1,8	852	2,2	4,5	2,2	6,3	329
Nord-Ouest	3,1	7,0	6,0	9,1	931	7,3	3,5	2,9	9,6	426
Ouest	5,7	17,9	2,7	19,7	961	4,1	3,9	4,2	8,5	293
Sud	6,9	15,7	3,1	18,7	408	6,7	3,8	2,9	8,2	203
Sud-Ouest	4,9	8,8	2,6	11,9	685	5,4	6,3	4,0	9,8	345
Yaoundé	7,8	15,6	5,4	20,4	918	8,8	4,6	4,4	12,7	516
Niveau d'instruction										
Aucun	0,4	1,4	0,8	1,9	2 251	2,8	4,5	0,9	4,9	403
Primaire	4,9	11,4	4,1	13,4	3 610	6,3	5,2	2,5	9,2	1 371
Secondaire ou plus	6,8	13,8	4,3	17,3	3 420	7,2	5,2	3,5	10,0	2 185
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,4	4,2	2,0	5,2	1 823	4,4	4,1	0,9	5,7	516
Second	2,6	7,6	2,6	8,7	1 585	4,9	3,6	1,8	6,3	641
Moyen	4,8	11,1	3,2	13,1	1 788	5,2	5,3	3,3	8,4	731
Quatrième	5,4	11,7	4,2	14,4	1 975	7,1	5,4	3,4	10,7	921
Le plus riche	7,6	13,7	4,5	17,5	2 108	8,5	6,2	3,8	11,7	1 149
Ensemble	4,5	9,8	3,4	12,1	9 280	6,4	5,1	2,9	9,2	3 959

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la proportion de ceux ayant déclaré avoir eu une IST est relativement faible (respectivement 5 % et 3 %). Cependant, 10 % des femmes ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et 3 % un ulcère génital. Globalement, 12 % de femmes sont considérées comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Chez les hommes, 5 % ont déclaré avoir eu un écoulement du pénis et 3 % un ulcère génital. Globalement, 9 % des hommes sont considérés comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, on constate que c'est parmi les enquêtés qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques que la prévalence « déclarée » d'IST et/ou de symptômes est la plus élevée : les plus jeunes, les célibataires et ceux en rupture d'union, ceux de Yaoundé/Douala, ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et ceux des ménages les plus riches.

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes, 61 % se sont rendues dans un établissement sanitaire ou ont consulté un professionnel de santé pour obtenir des conseils ou un traitement (graphique 15.1). Chez les hommes, cette proportion est un peu plus faible (56 %). À l'opposé, 30 % des femmes et 15 % des hommes n'ont pris aucune mesure pour traiter leur IST.

Graphique 15.1 Recherche de conseils et de traitement pour les IST



15.5 OPINIONS

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie. De plus, étant donné que les femmes sont plus vulnérables au VIH/sida que les hommes, il est important de savoir si elles sont en mesure de refuser des rapports sexuels à risque avec leur mari/partenaire. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux femmes et aux hommes s'ils pensaient qu'une femme qui sait que son mari a une IST puisse, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui proposer l'utilisation d'un condom. Les résultats sont présentés au tableau 15.12. On constate que plus des trois-quarts (77 %) des femmes ont déclaré qu'une femme pouvait refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand elle savait que ce dernier avait contracté une IST. De plus, 67 % pensent que, dans cette situation, une femme peut proposer à son/mari/partenaire un condom. Globalement, 81 % des femmes pensent que, dans le cas où le mari/partenaire a une IST, il est justifié

Tableau 15.12 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes et d'hommes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit proposer l'utilisation du condom, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif d'enquêtées	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif d'enquêtés
Âge								
15-24	63,7	58,8	68,1	4 936	58,3	57,5	61,4	2 177
15-19	48,3	44,7	51,6	2 684	40,2	40,1	42,7	1 224
20-24	82,0	75,6	87,7	2 252	81,6	79,8	85,5	953
25-29	89,4	76,5	93,5	1 747	92,8	87,8	96,3	812
30-39	89,1	74,6	93,6	2 430	95,9	88,4	98,5	1 087
40-49	87,7	69,3	91,2	1 543	95,5	86,7	98,5	738
État matrimonial								
Célibataire	43,6	43,2	45,6	2 560	56,2	55,4	59,1	2 112
A déjà eu des rapports sexuels	93,5	92,6	97,8	1 194	94,1	92,8	98,9	1 261
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,0	0,0	0,0	1 366	0,0	0,0	0,0	850
En union	87,7	73,6	92,7	7 166	95,7	88,5	98,8	2 271
Divorcé/séparé/veuf	88,4	79,8	92,8	930	95,0	89,1	98,6	433
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	79,1	75,9	83,1	2 277	81,8	81,7	86,6	1 167
Autres villes	77,5	70,9	81,3	3 559	77,3	72,8	79,9	1 645
Ensemble urbain	78,2	72,8	82,0	5 836	79,2	76,5	82,7	2 812
Rural	76,0	59,5	80,7	4 820	77,1	70,6	79,5	2 003
Région								
Adamaoua	76,9	53,9	80,4	416	73,2	68,6	75,0	214
Centre	82,2	78,8	85,9	854	77,6	80,1	83,0	368
Douala	79,2	73,0	82,4	1 197	78,9	78,1	83,3	598
Est	82,3	66,6	86,6	506	87,2	79,6	89,6	249
Extrême-Nord	79,8	59,0	82,4	1 718	74,5	63,2	74,5	620
Littoral	76,1	72,7	81,2	482	79,3	74,9	82,0	208
Nord	59,9	31,7	67,1	975	74,4	64,0	75,6	434
Nord-Ouest	81,5	75,4	82,9	1 090	82,3	68,1	83,4	506
Ouest	66,3	64,6	75,5	1 142	66,1	68,4	70,8	411
Sud	86,6	80,6	89,4	439	83,5	84,6	89,2	223
Sud-Ouest	83,8	75,3	86,8	757	80,2	80,1	83,1	415
Yaounde	79,0	79,1	83,9	1 080	84,9	85,5	90,1	568
Niveau d'instruction								
Aucun	75,4	46,3	79,3	2 383	81,3	64,8	82,5	467
Primaire	77,5	69,5	82,7	4 109	75,2	69,2	78,1	1,736
Secondaire ou plus	77,9	76,0	81,3	4 163	79,9	78,9	83,3	2,612
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	75,3	50,5	79,5	2 007	76,7	63,3	77,8	650
Second	75,7	60,7	80,6	1 756	78,6	70,1	79,8	792
Moyen	76,7	68,0	81,4	2 046	76,6	73,4	80,0	906
Quatrième	79,6	73,7	83,8	2 283	78,1	76,5	82,1	1 110
Le plus riche	77,9	76,8	81,4	2 566	80,2	80,0	84,2	1 357
Ensemble	77,2	66,8	81,4	10 656	78,3	74,1	81,3	4 815

qu'une femme prenne des mesures pour éviter le risque de transmission soit en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, soit en lui proposant d'utiliser un condom. On ne constate que peu de variations entre les différentes catégories de femmes, cependant celles qui partagent le moins fréquemment cette opinion sont les plus jeunes (52 % à 15-19 ans), les célibataires (46 %) et dans les régions, c'est le Nord qui détient la proportion la plus faible (67 %).

Les hommes sont, en proportion, un peu plus nombreux que les femmes à penser que celles-ci sont en droit de se protéger face à un mari/partenaire qui a une IST. Plus des trois-quarts (78 %) pensent qu'une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec un mari/partenaire qui a une IST. En outre, dans 74 % des cas, ils pensent que, dans cette situation, une femme peut proposer l'utilisation du condom au cours des rapports sexuels à son mari/partenaire. Globalement, 81 % des hommes pensent que, dans le cas où le mari/partenaire a une IST, il est justifié qu'une femme prenne des mesures pour éviter le risque de transmission soit en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, soit en lui proposant d'utiliser un condom. On ne constate que peu de variations entre les différents groupes d'hommes. Cependant, comme chez les femmes, ceux qui partagent le moins fréquemment cette opinion sont les plus jeunes (43 % à 15-19 ans), les célibataires (59 %) et dans les régions, c'est le Nord et l'Extrême-Nord qui détiennent les proportions les plus faibles (75 % dans les deux cas).

On a également demandé aux enquêtés s'ils pensaient qu'on devrait enseigner l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans (tableau 15.13). Près de trois femmes sur cinq ont répondu par l'affirmative à cette question (59 %). Les femmes les plus âgées (50 % à 40-49 ans), les femmes en union ou en union rompue (57 %), celles du milieu rural (47 %) et surtout celles des ménages les plus pauvres (31 %) sont les moins favorables à cette initiative. Dans une proportion supérieure à celle des femmes (73 % contre 59 %), les hommes se sont déclarés favorables à ce que l'on enseigne l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques mettent en évidence les mêmes variations que chez les femmes.

Tableau 15.13 Adultes (femmes et hommes) qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans

Pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ayant entendu parler du sida qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée	Effectif	Pourcentage qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée	Effectif
Âge				
18-19	64,2	1 107	75,6	461
20-24	63,7	2 252	80,6	953
25-29	60,8	1 747	75,0	812
30-39	56,7	2 430	69,8	1 087
40-49	49,6	1 543	64,1	738
État matrimonial				
Célibataire	71,2	1 282	78,4	1 386
En union/en union rompue	56,9	7 797	70,2	2 666
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	75,9	1 932	81,9	1 017
Autres villes	65,1	2 980	71,6	1 359
Ensemble urbain	69,4	4 912	76,0	2 377
Rural	46,6	4 167	68,7	1 675
Région				
Adamaoua	44,5	350	74,4	182
Centre	76,3	726	79,1	303
Douala	73,5	1 013	83,6	510
Est	57,3	431	67,8	218
Extrême-Nord	33,4	1 503	50,5	519
Littoral	74,7	396	80,9	172
Nord	16,4	844	58,6	374
Nord-Ouest	60,7	917	71,8	412
Ouest	66,6	944	79,3	308
Sud	84,4	363	83,8	188
Sud-Ouest	74,1	672	79,2	357
Yaoundé	78,6	919	80,2	508
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	30,9	1 780	55,9	554
Second	45,8	1 492	64,8	666
Moyen	60,7	1 721	76,2	738
Quatrième	70,9	1 934	77,1	919
Le plus riche	79,1	2 152	80,5	1 175
Ensemble 18-49 ans	58,9	9 079	73,0	4 052

15.6 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES

15.6.1 Connaissance

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Au cours de l'EDSC-III, il a donc paru important d'évaluer dans cette population, non seulement, la connaissance correcte des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida mais aussi les types de comportements sexuels.

Le tableau 15.14 présente les proportions de jeunes femmes et d'hommes de 15-24 ans en fonction de leur connaissance des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida. On constate tout d'abord qu'un peu plus des deux tiers des jeunes femmes (68 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/sida. En outre, un peu plus de la moitié des jeunes femmes (53 %) ont déclaré que le sida ne pouvait pas être transmis par des moustiques. Pour 65 % d'entre elles, le sida ne peut pas se transmettre par des moyens surnaturels et, dans 71 % des cas, elles ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida. Globalement, plus d'un tiers des jeunes femmes (35 %) rejettent les deux idées erronées et savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida.

Le tableau 15.14 présente également les proportions de jeunes femmes qui ont une connaissance complète de la transmission et de la prévention du VIH/sida. Ces jeunes femmes savent non seulement qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida, mais elles savent aussi que l'utilisation d'un condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté sont des moyens de prévention du VIH/sida et elles rejettent les deux idées erronées les plus courantes sur la transmission du VIH/sida. Un peu plus d'un quart des femmes (27 %) ont une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida. Les femmes les plus âgées sont, en proportion, un peu plus nombreuses à posséder toutes ces informations correctes (25 % à 15-17 ans contre 30 % à 23-24 ans). C'est ensuite parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (42 %), parmi les femmes de Yaoundé/Douala (42 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (45 %) que l'on constate les proportions les plus élevées de femmes bien informées.

Les résultats concernant les jeunes hommes montrent que ceux-ci sont mieux informés que les jeunes femmes. En effet, plus des trois-quarts (76 %), savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/sida ; plus de la moitié (59 %) ont déclaré que le sida ne pouvait pas être transmis par des moustiques ; pour 78 % d'entre eux, le sida ne peut pas se transmettre par des moyens surnaturels et, dans 79 % des cas, ils ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida. Dans l'ensemble, 42 % des hommes contre 35 % des femmes rejettent les deux idées erronées et savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH/sida. Plus d'un tiers des hommes (35 %) ont une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida et les variations sont les mêmes que celles observées chez les femmes.

Tableau 15.14 Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida chez les jeunes

Pourcentage d'enquêtés de 15-24 qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enquêtés qui savent que :				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées ¹ et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Pourcentage ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'enquêtés
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
FEMMES							
Âge							
15-19	65,5	55,0	66,6	72,3	35,0	26,5	2 684
15-17	61,9	55,8	65,4	70,7	34,4	25,3	1 577
18-19	70,7	53,8	68,4	74,5	35,9	28,3	1 107
20-24	70,5	50,6	62,4	69,3	34,5	28,4	2 252
20-22	68,5	51,2	62,3	68,4	34,0	27,7	1 474
23-24	74,3	49,7	62,5	71,0	35,5	29,6	777
État matrimonial							
Célibataire	72,9	64,5	72,1	79,6	44,9	34,8	2 318
A déjà eu des rapports sexuels	82,9	68,3	76,7	88,2	50,6	42,2	972
N'a jamais eu de rapports sexuels	65,6	61,7	68,8	73,4	40,8	29,4	1 346
En union	62,1	41,7	57,1	62,3	24,7	19,7	2 391
Divorcée/séparée/veuve	75,8	55,0	69,0	73,1	37,9	32,8	227
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	89,4	70,0	74,6	87,0	53,5	41,8	1 114
Autres villes	76,1	59,1	73,0	78,8	42,0	33,2	1 772
Ensemble urbain	81,2	63,3	73,6	82,0	46,4	36,5	2 886
Rural	48,9	38,5	52,1	55,4	18,4	14,5	2 050
Niveau d'instruction							
Aucun	29,3	25,6	37,9	34,3	8,3	5,9	792
Primaire	58,3	39,6	58,2	62,6	19,5	14,2	1 830
Secondaire ou plus	88,5	73,0	79,0	90,1	55,9	45,2	2 315
Total	67,8	53,0	64,7	70,9	34,8	27,4	4 936
HOMMES							
Âge							
15-19	71,5	61,6	79,1	80,7	42,8	33,8	1 224
15-17	67,7	63,2	78,5	79,4	42,7	31,8	763
18-19	77,7	58,9	80,1	82,7	43,0	37,1	461
20-24	82,8	55,4	76,6	76,7	41,9	35,3	953
20-22	81,5	56,5	79,0	77,1	42,8	36,2	602
23-24	85,1	53,5	72,6	76,1	40,4	33,7	351
État matrimonial							
Célibataire	76,2	61,5	79,1	80,5	44,6	35,7	1 756
A déjà eu des rapports sexuels	84,4	64,6	80,5	84,3	49,4	41,1	934
N'a jamais eu de rapports sexuels	66,8	58,0	77,6	76,1	39,1	29,5	822
En union	75,0	45,1	71,7	69,0	27,1	23,9	293
Divorcé/séparé/veuf	83,1	54,2	77,4	80,7	47,5	42,5	128
Milieu de résidence							
Yaoundé/Douala	87,5	73,2	82,7	89,4	58,6	45,0	522
Autres villes	79,2	64,0	78,5	83,4	46,3	37,8	811
Ensemble urbain	82,4	67,6	80,2	85,7	51,1	40,6	1 333
Rural	67,0	45,1	74,6	68,2	28,7	24,8	844
Niveau d'instruction							
Aucun	55,0	15,5	55,1	45,7	7,1	6,3	120
Primaire	62,8	40,0	70,7	62,8	20,1	14,6	794
Secondaire ou plus	87,0	74,8	84,8	92,3	59,8	49,7	1 263
Total	76,4	58,9	78,0	78,9	42,4	34,5	2 177

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

15.6.2 Comportements sexuels

La connaissance de l'âge aux premiers rapports sexuels est utile car elle permet d'adapter les programmes de prévention du VIH/sida afin de réduire l'exposition des jeunes aux rapports sexuels à risques. On constate que, chez les femmes de 15-24 ans, un tiers avait eu leurs premiers rapports sexuels en 15 ans (35 %) (tableau 15.15). Si on se limite aux femmes de 18-24 ans, la grande majorité (88 %) avait eu leurs premiers rapports sexuels 18 ans. C'est parmi les jeunes femmes de 15-24 ans du milieu rural (43 %) et parmi celles sans instruction (56 %) que la proportion de celles qui ont eu des premiers rapports sexuels avant 15 ans est la plus élevée.

Tableau 15.15 Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels en atteignant les âges exacts de 15 et 18 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	15 ans	Effectif d'enquêtées de 15-24 ans	18 ans	Effectif d'enquêtées de 18-24 ans	15 ans	Effectif d'enquêtés de 15-24 ans	18 ans	Effectif d'enquêtés de 18-24 ans
Âge								
15-19	31,9	2 684	na	na	23,1	1 224	na	na
15-17	27,6	1 577	na	na	22,1	763	na	na
18-19	37,9	1 107	97,2	881	24,7	461	97,7	294
20-24	37,7	2 252	84,5	2 109	22,9	953	76,3	820
20-22	38,7	1 474	85,9	1 354	22,5	602	81,6	493
23-24	35,7	777	82,2	755	23,5	351	68,3	327
État matrimonial								
Célibataire	15,9	2 318	82,5	679	20,8	1 756	82,9	735
En union/en union rompue	51,0	2 618	90,0	2 310	32,1	421	80,2	380
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	22,0	1 114	83,4	652	22,2	522	82,5	327
Autres villes	33,1	1 772	87,2	1 035	24,3	811	83,8	403
Ensemble urbain	28,8	2 886	85,7	1 687	23,4	1 333	83,2	730
Rural	42,6	2 050	91,6	1 303	22,3	844	79,6	385
Région								
Adamaoua	39,3	194	91,9	117	14,2	88	75,3	33
Centre	36,3	403	84,9	253	29,0	178	95,0	94
Douala	19,2	558	82,5	316	18,9	265	83,5	151
Est	57,4	234	89,8	148	37,1	110	90,0	66
Extrême-Nord	48,2	724	92,5	457	12,9	250	69,7	92
Littoral	23,2	217	91,4	117	22,4	97	82,5	51
Nord	35,7	413	92,0	249	10,4	186	61,4	78
Nord-Ouest	33,0	512	88,0	294	34,9	239	86,7	128
Ouest	29,9	575	89,1	339	11,8	208	81,7	73
Sud	50,5	203	91,8	123	48,9	104	92,2	60
Sud-Ouest	32,4	348	86,1	240	24,6	196	80,2	114
Yaoundé	24,7	556	84,3	336	25,6	257	81,6	176
Niveau d'instruction								
Aucun	55,9	792	94,9	552	10,2	120	56,1	59
Primaire	39,5	1 830	90,8	1 119	21,1	794	81,7	373
Secondaire ou plus	23,3	2 315	83,4	1 319	25,4	1 263	84,3	683
Ensemble	34,5	4 936	88,3	2 990	23,0	2 177	82,0	1 115

na = Non applicable

Parmi les hommes de 15-24 ans, environ un quart (23 %) ont eu leur premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans. Par ailleurs, parmi les 18-24 ans, 82 % ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans. Contrairement aux femmes, on ne constate pas ici d'écart selon le milieu de résidence et, du point de vue de l'instruction, ce sont les hommes les plus instruits qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir eu leurs premiers rapports avant 15 ans (25 % contre 10 % chez ceux sans niveau d'instruction).

Le tableau 15.16 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont ou non utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels. Seulement 18 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels ; cette proportion est cependant nettement plus élevée parmi les célibataires (35 %), parmi celles de Yaoundé/Douala (36 %), et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (33 %). On note également des écarts selon l'âge, la fréquence d'utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels étant plus élevée parmi les plus jeunes de 15-19 ans que parmi les plus âgées de 20-24 ans. De même, les femmes qui connaissent un endroit où se procurer un condom ont utilisé plus fréquemment un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels.

Tableau 15.16 Utilisation du condom aux premiers rapports sexuels par les jeunes de 15-24 ans				
Parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans et ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage qui ont utilisé un condom au cours des premiers rapports, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	A utilisé le condom durant les premiers rapports sexuels	Effectif	A utilisé le condom durant les premiers rapports sexuels	Effectif
Âge				
15-19	24,3	1 470	31,1	527
15-17	27,2	589	33,4	231
18-19	22,4	881	29,3	295
20-24	14,4	2 112	25,0	823
20-22	15,0	1 356	26,7	496
23-24	13,2	757	22,5	327
État matrimonial				
Célibataire	35,3	972	29,3	934
En union/en union rompue	12,2	2 609	23,0	415
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	36,0	758	38,6	381
Autres villes	20,8	1 257	28,6	499
Ensemble urbain	26,6	2 014	32,9	880
Rural	8,0	1 567	17,0	469
Niveau d'instruction				
Aucun	0,7	660	7,5	62
Primaire	10,2	1 335	19,2	433
Secondaire ou plus	32,7	1 587	33,0	855
Connaît un endroit où se procurer des condoms				
Oui	27,0	2 275	nd	nd
Non	3,5	1 307	nd	nd
Ensemble 15-24	18,4	3 582	27,4	1 350
nd = Non déterminé				

La proportion d'hommes de 15-24 ans ayant utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels est plus élevée que celle des femmes (27 % contre 18 %). Comme chez les femmes, ceux de 15-19 ans ont déclaré un peu plus fréquemment que ceux de 20-24 ans avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels (31 % contre 25 %). On note que c'est à Yaoundé/Douala et parmi ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus que cette fréquence d'utilisation est, de loin, la plus élevée (respectivement, 39 % et 33 %).

Le tableau 15.17 présente les pourcentages de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi eux, le pourcentage de ceux qui ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Environ un tiers des jeunes femmes célibataires (34 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces femmes, 51 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. On constate que la fréquence des rapports sexuels est plus élevée à partir de 20 ans, parmi celles de Yaoundé/Douala (41 %) et parmi les femmes les plus instruites (41 %). C'est également dans ces groupes de femmes que l'utilisation du condom a été la plus fréquente. La proportion de jeunes hommes célibataires ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois est un peu plus élevée que celle des femmes (45 %). Parmi eux, 57 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Comme chez les femmes, ce sont les hommes à partir de 20 ans, ceux de Yaoundé/Douala (59 %) et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (51 %) qui ont été les plus actifs sexuellement. On constate également que c'est dans ces groupes d'hommes que l'utilisation du condom a été la plus fréquente.

Tableau 15.17 Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces derniers, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes					Hommes				
	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataire de 15-24 ans sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	N'a jamais eu de rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataire de 15-24 ans sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois
Âge										
15-19	67,3	26,5	1 792	49,7	474	62,3	31,3	1 112	53,8	348
15-17	77,1	19,8	1 278	48,3	254	72,7	22,6	726	52,4	164
18-19	42,9	43,0	514	51,3	221	42,7	47,7	386	55,0	184
20-24	26,6	60,0	526	53,0	316	20,0	69,1	644	59,4	445
20-22	29,6	57,5	402	53,7	231	23,4	65,1	448	58,0	292
23-24	16,9	68,1	124	51,1	85	12,4	78,2	196	62,2	153
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	51,6	41,0	688	67,5	282	33,5	59,3	408	74,7	242
Autres villes	57,4	34,0	888	51,2	302	46,9	43,1	665	57,7	287
Ensemble urbain	54,9	37,1	1 576	59,1	585	41,8	49,3	1 073	65,5	528
Rural	64,8	27,7	742	28,1	205	54,7	38,8	683	40,0	265
Niveau d'instruction										
Aucun	93,6	1,6	140	*	2	66,7	26,1	87	*	23
Primaire	66,2	27,5	744	31,3	204	55,2	39,5	651	41,1	257
Secondaire ou plus	50,4	40,7	1 435	58,1	583	39,7	50,5	1 017	65,8	513
Ensemble 15-24	58,1	34,1	2 318	51,0	790	46,8	45,2	1 756	57,0	794

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Plus de deux jeunes femmes sur cinq (44 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois (tableau 15.18). Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 91 %. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, il va de soi que la fréquence des rapports sexuels à risques est particulièrement élevée parmi les célibataires (100 %) puisque les partenaires sexuels des célibataires sont non cohabitants, c'est-à-dire à risques. À Yaoundé/Douala (68 %) et parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (69 %) ces comportements sexuels à risques sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. À l'opposé, c'est parmi les femmes sans niveau d'instruction (3 %) que ces comportements sexuels à risques sont les moins fréquents.

Tableau 15.18 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non-marital et non-cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports à hauts risques, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enquêtées sexuellement actives les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'enquêtées 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'enquêtés sexuellement actifs les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'enquêtés 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	55,7	1 293	47,4	720	96,6	447	55,8	432
15-17	64,1	527	46,3	338	100,0	193	55,7	193
18-19	49,8	766	48,4	382	94,0	254	55,9	239
20-24	36,2	1 852	45,4	670	86,8	733	58,4	636
20-22	36,6	1 182	49,0	433	90,5	434	59,2	393
23-24	35,5	670	38,9	238	81,5	299	57,2	243
État matrimonial								
Célibataire	99,8	790	51,1	788	100,0	794	56,9	794
En union/en union rompue	25,5	2 355	40,5	602	71,1	387	58,8	275
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	68,0	691	58,1	469	97,5	344	73,8	335
Autres villes	50,4	1 083	49,8	545	93,1	419	58,7	390
Ensemble urbain	57,2	1 773	53,6	1 015	95,1	763	65,7	726
Rural	27,3	1 372	27,1	375	82,2	417	39,9	343
Niveau d'instruction								
Aucun	2,9	593	*	17	53,2	54	(36,5)	29
Primaire	35,3	1 163	29,7	411	87,9	387	40,0	340
Secondaire ou plus	69,2	1 389	53,9	962	94,7	739	66,7	700
Ensemble 15-24	44,2	3 145	46,5	1 390	90,5	1 180	57,4	1 069

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Parmi les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 47 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les jeunes filles de 15-19 ans (47 %), les célibataires (51 %), celles de Yaoundé/Douala (58 %) et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (54 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (91 % contre 44 %). En outre, plus d'un homme sur deux (57 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques qui ont aussi le plus fréquemment utilisé un condom.

Le tableau 15.19 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes selon la catégorie de risque à laquelle ils appartiennent. En effet, l'on distingue les trois catégories suivantes :

- les jeunes qui n'ont couru aucun risque de transmission du VIH par voie sexuelle puisqu'ils n'ont jamais eu de rapports sexuels. Ils représentent une proportion de 27 % chez les femmes et 38 % chez les hommes. Ces proportions sont plus importantes chez les plus jeunes que chez les plus âgés, tant pour les femmes (45 % à 15-19 ans contre 6 % à 20-24 ans) que pour les hommes (57 % à 15-19 ans contre 14 % à 20-24 ans) ;
- les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels mais qui n'ont pas couru de risque de transmission du VIH par voie sexuelle au cours de la période récente (12 derniers mois). Ce sont ceux qui, soit n'ont pas eu de rapports sexuels, soit ont eu des comportements sexuels sains et responsables (un seul partenaire et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels). Ils représentent 21 % et 23 % respectivement chez les femmes et les hommes ;
- les jeunes qui ont couru le risque de contracter le VIH parce qu'ils ont adopté des comportements à risque (48 % chez les femmes contre 26 % chez les hommes). Ce sont ceux des qui ont soit eu un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condoms lors des derniers rapports, soit qui ont utilisé de condoms mais ont eu plusieurs partenaires, soit enfin, ceux qui ont eu des rapports avec plusieurs partenaires sans utiliser un condom. Il va de soi que les jeunes de cette dernière sous-catégorie courent des risques plus élevés de contracter le VIH.

Tableau 15.19 Abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans, Cameroun 2004			
	15-19	20-24	15-24
FEMMES			
N'a jamais eu de rapports	45,3	6,2	27,4
A eu des rapports, mais pas les 12 derniers mois	6,6	11,5	8,8
Un seul partenaire & condom les derniers rapports	11,2	14,1	12,5
Un seul partenaire pas de condom les derniers rapports	31,5	60,0	44,5
Rapports avec plus d'un partenaire et condom les derniers rapports	2,6	3,0	2,8
Rapports avec plus d'un partenaire et pas de condom les derniers rapports	2,9	5,1	3,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2,684	2,252	4,936
HOMMES			
N'a jamais eu de rapports	57,0	13,7	38,0
A eu des rapports, mais pas les 12 derniers mois	6,5	9,4	7,8
Un seul partenaire & condom les derniers rapports	12,5	19,3	15,5
Un seul partenaire pas de condom les derniers rapports	11,2	22,8	16,2
Rapports avec plus d'un partenaire et condom les derniers rapports	7,2	19,6	12,6
Rapports avec plus d'un partenaire et pas de condom les derniers rapports	5,6	15,2	9,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 224	953	2 177

Le fait pour une jeune femme d'avoir des rapports sexuels avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle et qui a donc plus de chances d'être infecté, augmente son risque de contracter le VIH/sida. Parmi les femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels hors union au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, seulement 3 % ont déclaré avoir eu ces rapports sexuels avec un homme plus âgé d'au moins 10 ans. On n'observe aucun écart suivant l'âge de la femme. Entre les femmes célibataires et celles en union ou en rupture d'union, l'écart est négligeable (3 % contre 2 %) (tableau 15.20). Par contre, en milieu rural, et parmi les femmes de niveau d'instruction primaire, on constate une proportion plus élevée de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire âgé de 10 ans ou plus. En effet, 5 % des femmes du milieu rural contre 1 % en milieu urbain et 6 % de celles ayant un niveau primaire contre 1 % parmi celles ayant un niveau au moins secondaire ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire qui avait, au moins, 10 ans de plus qu'elles.

Tableau 15.20 Disparité d'âges entre partenaires sexuels		
Parmi les femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels non maritaux au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004		
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant eu des rapports non maritaux avec un homme âgé de 10 ans ou plus	Effectif de femmes 15-19 ayant au des rapports non maritaux au cours des 12 derniers mois
Âge		
15-19	2,6	720
15-17	2,5	338
18-19	2,7	382
État matrimonial		
Célibataire	2,2	474
En union/en union rompue	3,3	246
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	1,2	200
Autres villes	1,3	291
Ensemble urbain	1,3	491
Rural	5,4	229
Niveau d'instruction		
Aucun	*	6
Primaire	6,0	219
Secondaire ou plus	1,1	495
Ensemble 15-19	2,6	720
* Basé sur trop peu de cas non pondérés		

Il est reconnu que la consommation excessive d'alcool perturbe le jugement et contribue à augmenter la pratique de comportements à risques. Par ailleurs, c'est généralement à des âges jeunes que ces comportements à risques sous l'effet de l'alcool sont les plus fréquents. Au cours de l'EDSC-III, on a donc demandé aux enquêtés âgés de 15-24 ans si, la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels, ils avaient, eux ou leur partenaire, bu de l'alcool. Une proportion très proche de femmes (9 %) et d'hommes (10 %) ont déclaré qu'ils avaient bu de l'alcool la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels

(tableau 15.21). Chez les femmes comme chez les hommes, on constate que ce comportement est nettement plus fréquent à partir de 20 ans et parmi ceux et celles en union ou en union rompue. Le milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écarts importants surtout chez les hommes ; tout au plus peut-on souligner qu'en milieu rural, la proportion de femmes ayant déclaré avoir bu de l'alcool est légèrement plus élevée qu'en milieu urbain (11 % contre 8 %). En fonction du niveau d'instruction, on note de légers écarts : chez les femmes, ce sont celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire qui ont déclaré le moins fréquemment avoir eu ce comportement (7 % contre 11 % pour celles ayant un niveau primaire). Chez les hommes, c'est parmi ceux sans niveau d'instruction que la proportion ayant déclaré avoir consommé de l'alcool avant les rapports sexuels au cours des 12 derniers mois est la plus faible (6 % contre 11 % parmi ceux de niveau d'instruction secondaire).

Tableau 15.21 Rapports sexuels après avoir bu de l'alcool				
Pourcentage de jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois après avoir bu de l'alcool, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004				
Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant bu de l'alcool	Effectif	Pourcentage ayant bu de l'alcool	Effectif
Âge				
15-19	5,2	2 684	3,9	1 224
15-17	3,3	1 577	2,3	763
18-19	7,9	1 107	6,5	461
20-24	13,4	2 252	18,6	953
20-22	12,4	1 474	14,0	602
23-24	15,3	777	26,3	351
État matrimonial				
Célibataire	3,9	2 318	8,4	1 756
En union/en union rompue	13,4	2 618	18,2	421
Milieu de résidence				
Yaoundé/Douala	7,6	1 114	11,9	522
Autres villes	7,7	1 772	9,4	811
Ensemble urbain	7,7	2 886	10,4	1 333
Rural	10,7	2 050	10,2	844
Niveau d'instruction				
Aucun	9,7	792	6,1	120
Primaire	10,6	1 830	10,4	794
Secondaire ou plus	7,4	2 315	10,7	1 263
Ensemble 15-24	8,9	4 936	10,3	2 177

PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS

Dr Jembia J. MOSOKO et Dr Gislaine A. N. AFFANA

Ce chapitre présente les informations sur le taux de couverture du test de dépistage du VIH parmi les hommes et les femmes éligibles, la prévalence du VIH chez les personnes enquêtées et les facteurs associés à l'infection au VIH. L'infection au VIH constitue un véritable problème de santé publique au Cameroun où elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays. La séroprévalence, estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 0,5 % en 1987 à 10,8 % en 2000 (Ministry of Public Health, 2000 et 2001). L'ONUSIDA estimait la séroprévalence à 7 % en 2001 et à 6,9 % en 2003 (UNAIDS/WHO, 2004). Entre ces deux estimations, une enquête sentinelle du VIH menée en 2002 chez les femmes enceintes fournit une séroprévalence de 7,3 % (Ministry of Public Health, 2003). Selon ces estimations, en 2003, 530 000 personnes de 15-49 ans étaient infectées par le VIH. Le nombre cumulé des cas de sida serait passé de 21 en 1986 à plus de 45 000 en 2003, chiffres considérés comme sous-estimés du fait des difficultés rencontrées dans le système de notification de cas.

Face à cette situation, la riposte du Gouvernement camerounais a été prompte avec la création, dès 1986, d'un Comité de Lutte contre le Sida et la mise en place, en 1987, d'un Programme National de Lutte contre le Sida. Les orientations de la lutte contre le sida au Cameroun sont consignées dans le « Plan stratégique national de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005 », lancé en septembre 2000 par le Premier Ministre. Ce plan vise essentiellement à réduire la propagation de l'épidémie par la prévention des nouvelles infections, la prise en charge d'un plus grand nombre de personnes infectées, rendue possible par la récente baisse des prix des médicaments, et la promotion de la recherche. Un accent particulier est mis sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion du dépistage volontaire et la promotion d'utilisation du préservatif par les populations vulnérables. Les idées fortes de ce plan sont la décentralisation des activités vers le district de santé avec la commune administrative comme unité opérationnelle, la multisectorialité dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs privé, confessionnel et public, l'implication des communautés et associations dans la lutte contre le sida avec une approche participative et la solidarité nationale envers les personnes vivant avec le VIH.

Une surveillance minutieuse des cas de VIH/sida permet de contrôler l'épidémie, d'apprécier les tendances et d'évaluer l'impact des interventions. Au Cameroun, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les estimations de la prévalence nationale du VIH sont obtenues principalement à partir d'un système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale, mis en place en 1989. En moyenne, chaque année, 4 à 6 sites sentinelles sont utilisés pour mener des enquêtes anonymes non liées, pendant une période de 8 à 12 semaines, auprès des femmes enceintes venant pour leur première consultation prénatale. Ces enquêtes n'ont pas été menées de façon régulière entre 1996 et 1999. En 2000, 27 sites urbains et semi urbains étaient utilisés dans toutes les provinces. En 2002, 20 sites ont été utilisés : un site urbain et un site rural par région, chaque site étant composé de deux à quatre services de consultation prénatale comme point de collecte ou poste sentinelle. Les résultats provenant de ces enquêtes sont saisis, analysés et disséminés par le Programme National de Lutte contre le Sida (Ministry of Public Health, 2000 et 2003).

On a montré que, dans la plupart des pays, l'estimation de la prévalence du VIH à partir des données du seul système de surveillance sentinelle des services de consultation prénatale était assimilable à celle de l'ensemble de la population des hommes et des femmes adultes (UNAIDS et WHO, 2000). Ainsi, les données des sites sentinelles, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les

consultations prénatales, ont jusque là été la principale source d'informations sur la prévalence du VIH au Cameroun. Néanmoins, les données provenant exclusivement des femmes enceintes présentent des limites pour estimer le taux d'infection au VIH dans la population générale adulte. Tout d'abord, ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes car un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas les services de consultation prénatale. De plus, étant donné qu'en Afrique subsaharienne, la transmission se fait essentiellement au cours de rapports hétérosexuels non protégés (UNAIDS/WHO, 1999), les femmes enceintes sont plus exposées à l'infection au VIH que les femmes qui se protègent du VIH et évitent la grossesse par l'utilisation de condoms ou que celles qui sont sexuellement moins actives. Par ailleurs, on a démontré dans une étude réalisée dans quatre villes en Afrique subsaharienne que les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes sont plus élevés que ceux des hommes (Buvé et al., 2001).

Bien que les informations provenant du système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale aient été très utiles pour suivre les tendances de l'infection au VIH au Cameroun, l'inclusion du test du VIH dans l'EDSC-III permet de mieux connaître l'ampleur de l'épidémie dans la population générale d'âges reproductifs et de mieux comprendre le profil de l'infection. Comme expliqué au chapitre 1, l'EDSC de 2004 est la troisième enquête de ce genre réalisée au Cameroun (EDSC-III) et la première enquête qui intègre un test de dépistage du VIH, en utilisant un protocole anonyme, liant les résultats aux principales caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus. Les données sur le VIH fournissent les informations nécessaires permettant de planifier la réponse nationale, d'évaluer l'impact du programme en cours et de mesurer le progrès du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida de 2000-2005. La détermination de la prévalence du VIH dans la population et l'analyse des facteurs sociaux, biologiques et comportementaux associés à l'infection au VIH, fournissent des nouvelles perspectives sur la connaissance de l'épidémie du VIH au Cameroun. Ceci pourrait conduire à des interventions et des messages plus précis et ciblés. En outre, les résultats de l'EDSC-III permettront de réajuster les estimations de prévalence basées sur les données annuelles du système de surveillance sentinelle afin que les tendances de l'infection au VIH entre deux enquêtes soient mesurées avec une meilleure précision dans la population générale. Enfin, les données de l'EDSC-III, fournissant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, peuvent être utilisées pour mieux guider les programmes de prévention du VIH.

16.1 PROTOCOLE DE TEST DU VIH

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-III) de 2004, réalisée dans le cadre du programme international Demographic and Health Surveys (DHS) est la première enquête à effectuer le test du VIH dans la population générale du Cameroun. Le Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation, et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)¹, à travers l'Institut National de la Statistique (INS), et le Ministère de la Santé Publique (MSP), ont été les premiers à solliciter l'inclusion du test de VIH dans le cadre de l'EDSC-III du Cameroun. L'objectif du test était d'estimer le taux de séroprévalence du VIH (VIH-1 et VIH-2) au niveau national, et au niveau de chacune des dix provinces et des villes de Yaoundé et Douala. L'assistance technique pour l'enquête et pour le test de dépistage du VIH a été assurée par ORC Macro à travers le programme international MEASURE DHS financé par l'USAID.

Le protocole du test de VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS et approuvé par le Comité d'Éthique d'ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu n'est lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique du Cameroun a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDSC-III. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas et il ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de

¹ L'INS est actuellement rattaché au MINPLAPDAT.

l'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, les personnes éligibles recevaient un coupon pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès d'un Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire (CPDV).

Le test de dépistage du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, représentatif de l'ensemble du pays. Dans un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Au total, 5 703 femmes et 5 676 hommes ont été sélectionnés pour le test.

16.1.1 Collecte

Pour procéder aux prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait au moins deux enquêteurs-techniciens spécialement chargés des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ces techniciens avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects du protocole de test du VIH. Tout d'abord, le technicien cherchait à obtenir le consentement éclairé de chaque personne éligible, après avoir expliqué les procédures de prélèvement et le caractère confidentiel et anonyme du test. Comme le résultat du test ne pouvait pas être communiqué aux personnes acceptant d'effectuer le test, chaque personne éligible recevait un coupon lui permettant d'obtenir des conseils et un test gratuit auprès d'un CPDV. Après avoir remis le coupon, le technicien prélevait sur un papier filtre quelques gouttes de sang auprès de chaque femme et chaque homme qui acceptaient d'être testés ; les prélèvements étaient effectués en prenant de strictes précautions d'hygiène.

Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqure au doigt que pour l'anémie. Une étiquette portant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette portant le même code barre était collée sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Un troisième code barre, toujours de la même série, était collé sur la fiche de transmission. L'utilisation de ces codes a permis, à la fin du traitement des données, la fusion des résultats des analyses de sang et des caractéristiques sociodémographiques contenues dans les questionnaires. Néanmoins, avant de fusionner les fichiers, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à assurer le caractère anonyme des données. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum dans une boîte de séchage contenant des desséchants pour absorber l'humidité. On obtenait ainsi des taches de sang séché, ou « Dried Blood Spots » (DBS). Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des desséchants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement régulier au bureau central de l'INS à Yaoundé. À l'INS ils étaient immédiatement enregistrés et transférés au Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour être analysés.

16.1.2 Procédures de laboratoire

Le test des anticorps anti-VIH basé sur des gouttes de sang séché (DBS) et la restitution des résultats ont été effectués par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) à Yaoundé. Le CPC est le laboratoire de référence au Cameroun. Il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le contrôle de qualité externe du CPC est assuré par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

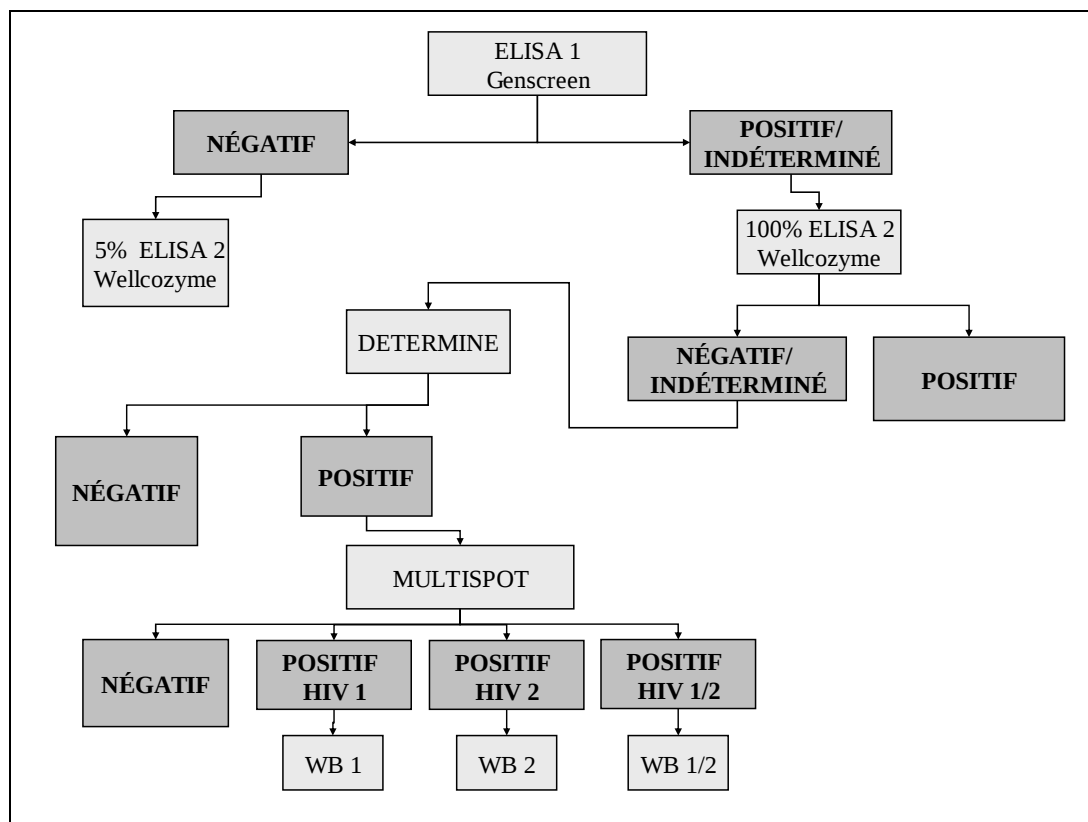
Des études (De Baets et al., 2005) ont démontré que le test des anticorps anti-VIH en utilisant du sang séché fournit des résultats aussi précis que le test effectué à partir du plasma. Avant l'enquête, le

CPC a effectué une étude de validation en testant 86 échantillons (57 positifs et 29 négatifs) sous forme de plasma et de DBS : les deux types de tests ont fourni des résultats concordants.

En ce qui concerne la procédure de test en laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse, après l'enregistrement de chaque échantillon reçu. Le cercle de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre était ensuite plongé dans 150 microlitres de PBS pour extraction et reconstitution de la solution de sang entier. Le statut sérologique a été déterminé à partir de l'algorithme suivant :

- Dépistage
 - **ELISA1** : Genscreen Plus version (BioRad laboratoires). ELISA de la 3^e génération, très sensible, détectant le VIH-1 et VIH-2 groupe O. C'est un ELISA direct.
 - Si un échantillon présente une densité optique (DO) en ELISA1 inférieure à la valeur seuil (VS), le résultat est rendu Négatif.
- Confirmation
 - Les échantillons réactifs avec ELISA-1 ($DO > VS$) sont testés avec un second ELISA (**ELISA-2**), hautement spécifique du VIH-1 (Wellcozyme HIV-1 recombinant, ABBOTT). C'est un ELISA de compétition.
 - Si un échantillon est fortement réactif en ELISA-1 ($DO > 2,2$) et ELISA-2 ($DO < 0,1$), le résultat est rendu Positif.
 - Un échantillon présentant une $DO > 0,1$ en ELISA-2 est passé par un test rapide (**Determine**, ABBOTT). S'il est négatif, un résultat négatif est rendu. Si cet échantillon est positif en Determine, il est passé en **Multispot** (BioRad) pour une différenciation HIV-1/HIV-2 et passé en GSEIA (sérotypie). Les échantillons négatifs ou douteux à ce stade seront rendus Indéterminés. Les échantillons présentant une réaction en VIH-1 ou VIH-2 ou les deux sont passés en Western Blot (WB) 1 ou 2 ou les deux (New **LAV Blot 1** et **New LAV Blot 2**, BioRad). Les résultats sont rendus positifs VIH-1, VIH-2 ou VIH-1 et 2 ou indéterminés, selon les profils des WB.
 - 5% des échantillons négatifs au dépistage ont été à nouveau testés suivant l'algorithme complet pour un contrôle de qualité interne.

**Algorithme de dépistage du VIH
Centre Pasteur du Cameroun
EDSC-III**



16.1.3 Traitement informatique et restitution des résultats

Un programme en Excel, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, a été fourni au CPC pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre global de prélèvements testés, de cas positifs et de cas négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du CPC fournissaient à l'INS et à ORC Macro les résultats de ces comptages globaux de façon à pouvoir contrôler le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au CPC était identifié uniquement par un code barre, et seul ce code était saisi dans le fichier Excel avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité de CPC jusqu'à la fin de l'enquête. Lorsque le fichier de données de l'EDSC-III (basé à l'INS) a été apuré et après que les facteurs de pondération aient été calculés, un fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence et le code d'identification des enquêtés a été préparé et comparé au fichier du CPC pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Après cette vérification et avant de fusionner les fichiers de prévalence et ceux de l'enquête, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à garantir le caractère anonyme des données. Les deux

fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les indicateurs présentés dans ce rapport sur la prévalence du VIH en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées.

16.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH

Le tableau 16.1 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans éligibles pour le test, selon le milieu et la région de résidence. Dans l'ensemble, plus de 9 personnes sur 10 (91 %) ont fourni quelques gouttes de leur sang pour le test du VIH : 3 % étaient absents au moment du test et, dans la plupart des cas, au moment de l'enquête, et 5,5 % ont refusé de fournir leur sang pour le test. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (90 %). Les taux de couverture chez les femmes et les hommes du milieu rural sont plus élevés que chez ceux du milieu urbain : dans l'ensemble, 95 % des personnes des zones rurales ont été testées contre 87 % des personnes urbaines. Le taux de couverture du test du VIH le plus élevé est celui de la région du Sud (96 %), et le plus faible est celui de Yaoundé où 76 % des femmes et des hommes ont été testés. D'une manière générale, à l'exception des régions du Nord-Ouest et de l'Ouest, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Selon la région (y compris les villes de Yaoundé et Douala), le taux de participation varie chez les femmes d'un minimum de 77 % à Yaoundé à un maximum de 97 % au Sud. Chez les hommes, les taux de participation les plus élevés sont observés dans la région du Nord-Ouest (95 %) tandis que les taux les plus faibles concernent les villes de Yaoundé (75 %) et de Douala (84 %).

Tableau 16.1 Couverture du test de VIH selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont été testés ou non, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), Cameroun 2004

	Milieu de résidence				Région												
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ada- maoua	Centre	Douala	Est	Extrême- Nord	Littoral	Nord	Nord- Ouest	Ouest	Sud	Sud- Ouest	Yaoundé	Ensemble
Femmes																	
Testées	83,7	91,3	88,4	95,9	95,4	94,8	90,3	91,1	94,0	95,2	94,6	92,9	92,3	96,8	94,7	77,0	92,1
Refus	11,7	6,6	8,5	2,3	3,4	2,4	7,2	5,0	4,0	3,7	3,6	6,1	5,6	2,0	3,4	16,2	5,4
Absentes pour le test	3,2	1,4	2,1	1,3	1,2	2,8	1,5	2,0	1,7	0,5	1,3	0,6	1,1	0,7	1,7	5,0	1,7
Enquêtées	0,5	0,4	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,8	0,0	0,6	0,2	0,4	0,0	0,5	0,7	0,3
Non enquêtées	2,8	1,0	1,7	1,1	1,2	2,6	1,3	2,0	0,9	0,5	0,6	0,4	0,7	0,7	1,2	4,2	1,4
Autre/manquant	1,5	0,6	0,9	0,5	0,0	0,0	1,1	2,0	0,4	0,7	0,4	0,4	1,1	0,5	0,2	1,8	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 089	1 778	2 867	2 836	415	504	545	404	531	437	466	462	568	410	417	544	5 703
Hommes																	
Testés	79,5	89,2	85,3	94,6	94,0	90,4	84,0	89,6	91,4	90,7	92,4	94,6	93,0	94,4	94,4	74,9	89,8
Refus	12,5	6,7	9,0	2,0	2,8	2,8	10,3	6,3	3,6	3,9	4,4	3,7	5,5	3,2	2,1	14,8	5,6
Absents pour le test	7,0	3,1	4,6	2,7	2,5	6,0	4,9	1,7	3,4	4,4	3,0	0,9	1,1	2,3	2,9	9,1	3,7
Enquêtés	0,4	0,4	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,8	0,0	0,2	0,0	0,4	0,7	0,3
Non enquêtés	6,6	2,7	4,2	2,5	2,5	5,8	4,7	1,7	2,7	4,2	2,1	0,9	0,9	2,3	2,5	8,4	3,4
Autre/manquant	1,0	1,1	1,1	0,7	0,7	0,9	0,8	2,4	1,6	0,9	0,2	0,9	0,4	0,2	0,6	1,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 174	1 756	2 930	2 746	432	467	593	415	441	431	473	460	457	444	482	581	5 676
Ensemble (femmes et hommes)																	
Testés	81,5	90,4	86,9	95,3	95,1	92,6	87,1	90,3	92,6	93,6	93,4	93,8	92,3	95,6	94,6	75,8	91,0
Refus	12,0	6,6	8,7	2,2	3,0	2,7	8,6	5,9	3,8	3,4	4,0	5,0	5,7	2,6	2,8	15,4	5,5
Absents pour le test	5,2	2,2	3,4	2,0	1,7	4,2	3,3	1,9	2,6	2,2	2,2	0,8	1,1	1,5	2,2	7,2	2,7
Enquêtés	0,5	0,4	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,8	0,1	0,8	0,1	0,3	0,0	0,5	0,7	0,3
Non enquêtés	4,8	1,7	2,9	1,8	1,7	4,0	3,1	1,9	1,9	2,1	1,5	0,7	0,8	1,5	1,7	6,4	2,4
Autre/manquant	1,3	0,8	1,0	0,6	0,2	0,4	1,0	1,9	1,0	0,7	0,3	0,5	0,8	0,4	0,5	1,5	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	2 204	3 394	5 598	5 290	831	922	1 103	785	917	817	890	867	975	810	870	1 101	10 888

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, on distingue quatre catégories en fonction des raisons pour lesquelles le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué. Celles des personnes :

- qui ont refusé le test après lecture du consentement par l'enquêteur (maximum de 15,4 % à Yaoundé, 8,7 % dans l'ensemble du milieu urbain et minimum de 2,2 % en milieu rural) ;
- qui ont répondu à l'enquête, mais n'étaient pas présentes lors du passage du technicien pour effectuer le prélèvement de sang (0,4 % en urbain et 0,2 % en rural) ;
- qui n'étaient pas à la maison (après au minimum de trois visites) ni au moment de l'interview, ni au moment du test et donc n'ont été ni enquêtées, ni testées (2,9 % en urbain et 1,8 % en rural) ; et
- dont le résultat du test est classé « Autre ou manquant » et qui sont considérées comme « non testé » pour des raisons diverses : parce qu'elles étaient incapables de donner leur consentement au test, parce qu'il y avait discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement de sang sur le papier filtre, ou parce qu'il y avait eu des difficultés techniques pour prélever le sang, ou encore parce que l'échantillon de sang n'était pas utilisable pour le test (1,0 % en milieu urbain et 0,6 % en milieu rural).

Chez les femmes et les hommes, le refus est la raison la plus importante de non participation au test du VIH. Les taux de refus sont plus élevés chez les femmes et les hommes du milieu urbain (8,5 % pour les femmes et 9 % pour les hommes) que chez ceux du milieu rural (2,3 % pour les femmes et 2,0 % pour les hommes). Les taux de refus les plus élevés concernent les femmes de Yaoundé (16,2 %) et de Douala (7,2 %) et les hommes des mêmes villes (respectivement, 14,8 % et 10,3 %).

Le tableau 16.2 fournit les taux de couverture du test du VIH, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Pour les femmes et les hommes, mis à part à 15-19 ans où il est légèrement plus élevé, le taux de couverture du test reste pratiquement constant aux différents âges : autour de 90 % pour les femmes et de 88 à 89 % pour les hommes.

Chez les femmes, on observe une diminution des taux de participation avec l'augmentation du niveau d'instruction : de 93 % parmi les femmes sans instruction à 88 % parmi celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Par contre, chez les hommes, le taux de couverture ne varie pratiquement pas avec le niveau d'instruction. En ce qui concerne l'indice de bien-être, on n'observe pas de variation importante de participation des hommes et des femmes vivant dans les ménages des trois premiers quintiles (93 à 94 % pour les hommes et 93 à 96 % pour les femmes). Cependant, la participation est nettement plus faible chez les hommes et les femmes qui vivent dans les ménages appartenant aux deux quintiles les plus riches : respectivement, 88 % et 84 % pour les femmes et 87 % et 81 % pour les hommes.

Pour essayer de déterminer si les variations du taux de couverture du test du VIH pourraient avoir un impact sur le niveau de prévalence, on a analysé les taux de couverture du test selon plusieurs variables sociodémographiques et comportementales (voir tableaux A.4 à A.7, en Annexe A). Si les taux de couverture les plus faibles correspondent au milieu urbain, aux personnes les plus instruites et à celles vivant dans les ménages les plus riches, catégories parmi lesquels la prévalence du VIH est plus élevée que dans les autres, l'analyse des caractéristiques comportementales ne fait pas apparaître d'écart important de couverture du test selon que les personnes appartiennent ou non à des catégories considérées comme à risque. Ainsi, 96 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont effectué le test contre 94 % de celles n'ayant jamais eu de rapports sexuels. De même, le taux de couverture est le même (96 %) parmi les femmes qui, au cours des 12 derniers mois, ont eu des rapports sexuels avec un partenaire avec qui elles n'étaient pas en union ou avec un partenaire non cohabitant que parmi celles qui n'ont pas eu de

Tableau 16.2 Couverture du test de VIH selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont été ou non testés, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique (non pondéré), Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Testés		Refus		Absents		Autre/manquant		Total	Effectif non pondéré
	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés		
FEMMES										
Âge										
15-19	91,5	1,5	3,7	1,2	0,5	0,9	0,2	0,5	100,0	1 399
20-24	89,2	1,8	4,0	2,1	0,3	1,6	0,3	0,7	100,0	1 197
25-29	90,2	1,5	4,1	1,7	0,4	1,6	0,0	0,5	100,0	945
30-34	90,8	1,9	3,9	1,6	0,1	1,2	0,0	0,5	100,0	746
35-39	89,5	1,9	3,4	2,2	0,2	1,9	0,2	0,7	100,0	580
40-44	90,4	1,7	2,8	2,0	0,2	1,7	0,4	0,7	100,0	460
45-49	91,2	2,4	2,1	2,1	0,0	1,6	0,0	0,5	100,0	376
Niveau d'instruction										
Aucun	93,1	2,3	1,8	0,8	0,4	0,9	0,2	0,5	100,0	1 094
Primaire	91,6	1,6	3,4	1,4	0,3	1,2	0,1	0,4	100,0	2 315
Secondaire ou plus	88,0	1,6	4,8	2,4	0,3	1,8	0,2	0,8	100,0	2 291
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	95,7	1,0	1,6	0,4	0,4	0,5	0,1	0,2	100,0	926
Second	93,4	2,0	1,6	0,7	0,2	1,6	0,1	0,4	100,0	994
Moyen	93,1	1,9	2,3	1,1	0,2	1,1	0,0	0,3	100,0	1 236
Quatrième	88,1	2,0	3,9	2,1	0,7	1,7	0,3	1,1	100,0	1 222
Le plus riche	84,1	1,6	7,7	3,8	0,1	1,9	0,2	0,7	100,0	1 325
Total ¹	90,4	1,7	3,7	1,8	0,3	1,4	0,2	0,6	100,0	5 703
HOMMES										
Âge										
15-19	92,3	0,9	2,5	1,4	0,2	2,0	0,1	0,6	100,0	1 282
20-24	87,5	1,0	4,8	1,8	0,3	3,4	0,2	1,0	100,0	1 017
25-29	88,2	0,9	4,0	1,6	0,2	4,4	0,1	0,5	100,0	854
30-34	87,3	1,8	3,4	2,1	1,2	3,3	0,1	0,7	100,0	668
35-39	85,8	0,2	4,5	3,7	0,0	5,1	0,0	0,7	100,0	534
40-44	87,2	0,0	4,3	2,9	0,5	4,3	0,2	0,7	100,0	444
45-49	89,6	1,8	3,4	1,0	0,0	3,1	0,0	1,0	100,0	386
50-54	91,5	0,7	3,0	1,1	0,0	2,6	0,0	1,1	100,0	270
55-59	89,1	0,9	4,5	0,9	0,0	2,7	0,5	1,4	100,0	221
Niveau d'instruction										
Aucun	88,9	1,2	4,0	0,9	0,3	2,9	0,2	1,6	100,0	577
Primaire	90,4	1,1	2,3	1,5	0,2	3,7	0,1	0,8	100,0	2 135
Secondaire ou plus	87,9	0,8	4,7	2,3	0,4	3,2	0,1	0,6	100,0	2 959
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	94,3	0,3	0,9	0,1	0,3	2,6	0,0	1,5	100,0	739
Second	94,2	0,6	1,8	0,1	0,2	2,4	0,1	0,6	100,0	970
Moyen	92,7	1,0	2,0	0,9	0,2	2,8	0,2	0,2	100,0	1 225
Quatrième	87,3	1,1	3,9	2,5	0,3	3,9	0,1	0,8	100,0	1 303
Le plus riche	80,5	1,4	7,9	4,2	0,4	4,5	0,2	0,9	100,0	1 439
Total ²	88,9	1,0	3,7	1,9	0,3	3,4	0,1	0,8	100,0	5 676

¹ Y compris 3 femmes pour lesquelles le niveau d'instruction est non déterminé

² Y compris 5 hommes pour lesquels le niveau d'instruction est non déterminé

tels partenaires. Enfin, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon le nombre de partenaires sexuels que les femmes ont eus au cours de leur vie ou au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, chez les hommes, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon l'état matrimonial, qu'ils aient déjà eu ou non des rapports sexuels, ou qu'ils aient eu ou non des rapports à risque, selon le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, et selon le fait d'avoir eu ou non des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe.

Ainsi, globalement, l'analyse des taux de participation au test selon les différentes caractéristiques comportementales ne met pas en évidence de relation systématique entre la non participation au test et les variables associées à des risques élevés d'infection au VIH.

16.3 PRÉVALENCE DU VIH

16.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Les résultats de l'EDSC-III de 2004 montrent qu'au Cameroun, 5,5 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs (tableau 16.3)². Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (6,8 %) est supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âges (4,1 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7, ce qui signifie qu'il y a 170 femmes infectées pour 100 hommes. Ce chiffre, comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, signifie que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Âge	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
15-19	2,2	1 297	0,6	1,209	1,4	2 507
20-24	7,9	1 104	2,5	917	5,5	2 021
25-29	10,3	868	5,1	786	7,8	1 654
30-34	9,4	686	8,3	602	8,9	1 288
35-39	7,8	519	8,6	447	8,2	966
40-44	6,0	416	5,6	369	5,8	785
45-49	5,5	337	3,8	342	4,7	679
50-54	na	na	2,5	255	na	na
55-59	na	na	1,0	197	na	na
Ensemble 15-49 ans	6,8	5 227	4,1	4,672	5,5	9 900
Ensemble 15-59 ans	na	na	3,9	5,125	na	na

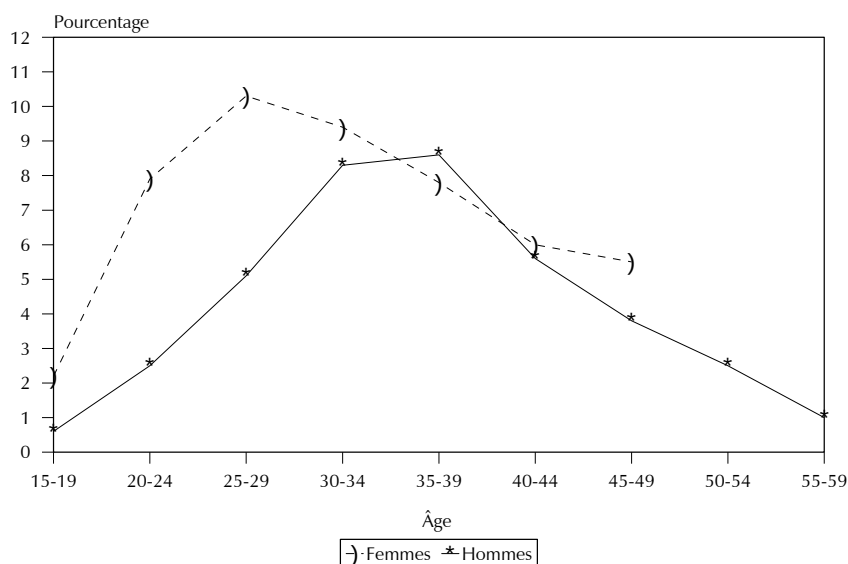
na = Non applicable

La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : d'un minimum de 1,4 % parmi les personnes de 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 8,9 % parmi celles de 30-34 ans pour diminuer ensuite à 4,7 % parmi les personnes de 45-49 ans. Comme observé dans d'autres études, les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent entre les femmes et les hommes. Le graphique 16.1

² La prévalence présentée dans ce chapitre se réfère à l'infection au VIH-1 : la prévalence du VIH-2 était de 0 %.

illustre ces variations différentielles. Dès l'âge de 15-19 ans, 2,2 % des femmes sont séropositives et ce taux augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 10,3 % à 25-29 ans, pour diminuer ensuite et atteindre 5,5 % à 45-49 ans. Chez les hommes, d'un minimum de 0,6 % à 15-19 ans, le taux atteint son maximum à 35-39 ans (8,6 %) alors que la prévalence la plus élevée concerne les femmes nettement plus jeunes (25-29 ans). À partir de 35-39 ans, la prévalence diminue régulièrement chez les hommes pour atteindre 3,8 % à 45-49 ans (contre 5,5 % chez les femmes du même âge et 1,0 % à 55-59 ans. La proportion de femmes infectées est toujours plus élevée que celle des hommes, sauf à 35-39 ans, âge auquel, proportionnellement, les hommes sont légèrement plus infectés que les femmes (8,6 % contre 7,8 %). Les écarts de prévalence sont les plus prononcés à 20-29 ans, âges auxquels les femmes ont des taux plus de deux fois plus élevés que ceux des hommes.

Graphique 16.1 Prévalence du VIH par sexe et âge



EDSC-III 2004

Les hommes et les femmes du milieu urbain sont nettement plus susceptibles d'être séropositifs que ceux du milieu rural (tableau 16.4) : la prévalence atteint 6,7 % en milieu urbain contre 4,0 % en milieu rural. L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions du Cameroun : le Nord-Ouest (8,7 %), l'Est (8,6 %), la ville de Yaoundé (8,3 %) et le Sud-Ouest (8,0 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés ; le Nord (1,7 %) et l'Extrême-Nord (2,0 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus faibles. Les taux de prévalences sont particulièrement plus élevées chez les femmes du Nord-Ouest (11,9 %), du Sud-Ouest (11,0 %), de la ville de Yaoundé (10,7 %), de l'Adamaoua (9,8 %) et de l'Est (9,4 %).

Tableau 16.4 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	8,0	1 109	4,8	1 135	6,4	2 243
Autres villes	8,6	1 774	5,0	1 597	6,9	3 371
Ensemble urbain	8,4	2 883	4,9	2 732	6,7	5 615
Rural	4,8	2 344	3,0	1 941	4,0	4 285
Région						
Adamaoua	9,8	206	4,1	208	6,9	415
Centre	6,8	441	2,1	356	4,7	797
Douala	5,5	571	3,6	585	4,5	1 155
Est	9,4	253	7,6	241	8,6	494
Extrême-Nord	2,2	829	1,7	598	2,0	1 428
Littoral	6,4	236	4,7	205	5,6	442
Nord	1,7	455	1,7	421	1,7	877
Nord-Ouest	11,9	547	5,2	492	8,7	1 039
Ouest	4,3	551	5,2	398	4,7	949
Sud	8,4	224	4,5	216	6,5	440
Sud-Ouest	11,0	375	5,1	402	8,0	777
Yaoundé	10,7	538	6,0	550	8,3	1 088
Niveau d'instruction						
Aucun	3,4	1 151	2,7	446	3,2	1 598
Primaire	7,2	2 043	4,2	1 700	5,9	3 743
Secondaire ou plus	8,2	2 033	4,3	2 526	6,0	4 559
Situation par rapport à l'emploi						
Travaille actuellement	7,0	3 006	5,1	3 178	6,0	6 184
Ne travaille pas actuellement	6,1	2 120	1,9	1 437	4,4	3 557
ND	12,9	101	3,6	57	9,6	158
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	3,1	943	1,4	642	2,4	1 585
Second	4,1	908	2,2	773	3,2	1 681
Moyen	8,1	1 001	4,7	884	6,5	1 885
Quatrième	9,4	1 116	5,3	1 080	7,4	2 197
Le plus riche	8,0	1 259	5,3	1 293	6,6	2 552
Ethnie						
Arabe-Choa/Peulh/						
Maoussa/Kanuri	3,4	418	3,5	312	3,4	730
Biu-Mandara	1,6	567	1,1	543	1,4	1 109
Adamaoua-Oubangui	5,3	560	4,1	495	4,7	1 056
Bantoïde Sud-ouest	14,9	163	1,9	175	8,2	338
Grassfields	12,1	561	7,1	532	9,7	1 093
Bamilike/Bamoun	5,6	1 257	3,5	1 060	4,7	2 317
Côtier/Ngoe/Oroko	5,7	227	7,2	209	6,5	436
Beti/Bassa/Mbam	7,9	1 033	4,1	955	6,1	1 988
Kako/Meka/Pygmées	10,9	138	7,5	137	9,2	274
Étranger	6,3	199	5,4	195	5,9	394
ND	13,8	105	3,5	60	10,0	165
Religion						
Catholique	7,6	1 887	4,2	1 855	5,9	3 741
Protestant	7,7	1 755	4,6	1 414	6,3	3 168
Musulman	4,9	939	4,1	785	4,5	1 724
Animiste	0,6	163	1,9	170	1,2	333
Nouvelles religions	10,7	97	3,6	116	6,8	214
Autres/sans religion/ND	4,3	387	2,8	332	3,6	719
Ensemble 15-49	6,8	5 227	4,1	4 672	5,5	9 900

ND = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.

Les hommes et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement 4,3 % et 8,2 %) ont un taux d'infection plus élevé que ceux ayant un niveau primaire et surtout que ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (respectivement 2,7 % et 3,4 %). L'infection au VIH présente également des variations selon la situation par rapport à l'emploi, en particulier chez les hommes : 7,0 % des femmes et 5,1 % des hommes travaillant au moment de l'enquête sont infectés contre 6,1 % des femmes et 1,9 % des hommes ne travaillant pas au moment de l'enquête. On constate par ailleurs que les taux de prévalence sont plus faibles chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres (prévalence pour les deux sexes de 2,4 % et de 3,2 % pour les quintiles les plus pauvres) que chez ceux vivant dans des ménages relativement plus aisés (prévalence de 6,5 % et plus).

La prévalence du VIH est particulièrement élevée dans les groupes ethniques Grassfield (9,7 %) et Kako/Meka/Pygmées (9,2 %), en particulier chez les femmes (respectivement 12,1 % et 10,9 %). Curieusement, la prévalence maximale s'observe chez les femmes Bantoïdes Sud-Ouest (14,9 %), alors que chez les hommes du même groupe ethnique la prévalence est parmi les plus faibles (1,9 %). Chez les hommes, les taux d'infection au VIH ne varient que très peu entre les catholiques, les protestants, les musulmans et les adeptes des nouvelles religions. Par contre, la prévalence est nettement plus faible chez les femmes musulmanes (4,9 %) que chez les catholiques (7,6 %), les protestantes (7,7 %) et surtout que chez les femmes appartenant aux nouvelles religions (10,7 %).

16.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques

Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence du VIH présente de très fortes variations selon l'état matrimonial (tableau 16.5). Les femmes en rupture d'union ont une prévalence trois fois plus élevée que celles en union (18,5 % contre 6,2 %) : le taux de prévalence est particulièrement élevé parmi les veuves (26,4 %). Les femmes en union sont près de deux fois plus fréquemment infectées que les célibataires (6,2 % contre 3,5 %). On retrouve le même type de différentiels chez les hommes, mais quel que soit l'état matrimonial, la prévalence est toujours nettement plus élevée chez les femmes.

Tableau 16.5 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique démographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
État matrimonial						
Actuellement en union	6,2	3 506	5,4	2 161	5,9	5 668
En union rompue	18,5	434	7,4	414	13,1	848
Veuve/veuf	26,4	132	nd	nd	nd	nd
Divorcé(e)/séparé(e)	15,0	302	nd	nd	nd	nd
Célibataire	3,5	1 187	2,1	2 043	2,6	3 231
A déjà eu des rapports sexuels	6,5	566	2,9	1 226	4,0	1 792
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,7	621	1,0	817	0,9	1 439
ND	13,2	99	3,8	54	9,9	153
Type d'union						
Union polygame	5,5	1 092	5,5	314	5,5	1 406
Union monogame	6,6	2 391	5,4	1 847	6,0	4 238
Pas en union	7,5	1 621	3,0	2 457	4,8	4 079
ND	11,2	124	3,8	54	8,9	177
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	7,4	539	na	na	na	na
Pas enceinte/pas sûre/ND	6,7	4 688	na	na	na	na
Ensemble 15-49 ans	6,8	5 227	4,1	4 672	5,5	9 900

na = Non applicable

nd = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.

Les femmes célibataires qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels ont un taux de prévalence plus élevé que les hommes de la même catégorie (6,5 % contre 2,9 %). Par contre, environ la même proportion de femmes et d'hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels sont infectés au VIH (0,7 % des femmes et 1,0 % des hommes), ce qui s'explique soit par des erreurs de déclaration sur les comportements sexuels, soit par une transmission non sexuelle du VIH.

Les femmes en union monogame ont une prévalence plus élevée que celles qui sont en union polygame (6,6 % contre 5,5 %). Par contre, on ne constate pas d'écart entre les hommes monogames et les polygames (respectivement, 5,4 % et 5,5 %).

Enfin, on constate que la prévalence du VIH des femmes enceintes est légèrement supérieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes ou ne sont pas sûres de l'être (7,4 % contre 6,7 %). Le niveau de prévalence des femmes enceintes estimé à l'EDSC-III (7,4 %) est très proche du niveau de prévalence (7,3 %) estimée à l'enquête sentinelle de 2002 chez les femmes enceintes (Ministry of Public Health, 2003).

16.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risque

Certains comportements sexuels sont des facteurs de risque qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST. Le tableau 16.6 présente ainsi la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête qui peut ne pas toujours refléter un comportement sexuel antérieur. Les résultats devraient donc être interprétés avec prudence.

Chez les femmes comme chez les hommes, la prévalence du VIH ne semble pas être positivement associée à la précocité des premiers rapports sexuels. Au contraire, chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, la prévalence augmente avec l'âge aux premiers rapports sexuels : de 7,1 % pour les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans, la prévalence passe à 8,4 % pour celles qui ont eu leurs premiers rapports à 18-19 ans. La prévalence diminue ensuite légèrement chez les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus (8,0 %). Chez les hommes, la prévalence ne présente pas de variation nette selon l'âge aux premiers rapports sexuels. Elle varie cependant d'un minimum de 4,1 % pour les hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans à un maximum de 5,2 % quand les premiers rapports ont eu lieu à 16-17 ans.

On note que plus les hommes ont eu des rapports sexuels à hauts risques, plus la prévalence de VIH est élevée : de 2,1 % chez les hommes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence passe à 4,1 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels, mais pas à hauts risques, et à 5,6 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels à hauts risques. Par contre, chez les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence est pratiquement aussi élevée que chez celles ayant eu des rapports à hauts risques (respectivement 9,6 % et 10,4 %).

Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre total de partenaires sexuels au cours de la vie : de 2,7 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de leur vie, la prévalence passe à 9,3 % chez les femmes ayant eu 3-4 partenaires sexuels, et atteint 14,2 % chez les femmes ayant déclaré 10-24 partenaires sexuels. Chez les hommes, la prévalence passe d'un minimum de 0,5 % chez ceux ayant déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de la vie à un maximum de 8,9 % chez ceux ayant déclaré 25 partenaires ou plus.

Tableau 16.6 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuels, Cameroun 2004

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 16	7,1	2 082	4,1	961	6,1	3 043
16-17	7,7	1 293	5,2	1 049	6,5	2 342
18-19	8,4	666	5,1	860	6,6	1 526
20 ou plus	8,0	249	4,7	912	5,4	1 160
ND	8,5	312	5,0	67	7,9	380
Rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	10,4	1 118	5,6	2 194	7,2	3 312
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	5,9	2 774	4,1	1 319	5,3	4 093
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois/ND	9,6	711	2,1	336	7,2	1 046
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	8,8	594	1,8	280	6,5	874
1	6,9	3 580	3,7	2 092	5,7	5 672
2	10,0	275	6,5	920	7,3	1 196
3 ou plus	(12,5)	36	8,0	501	8,4	537
ND	13,8	116	3,7	57	10,5	172
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	6,4	3 368	3,7	1 594	5,5	4 962
1	10,4	899	4,9	1 312	7,2	2 211
2 ou plus	10,5	219	6,7	887	7,4	1 106
ND	13,8	116	3,7	57	10,5	172
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	9,8	1 727	nd	nd	nd	nd
N'a jamais utilisé de condom/ND	6,2	2 875	nd	nd	nd	nd
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	7,5	579	5,7	1 145	6,3	1 724
N'a pas utilisé de condom	7,0	3 247	4,7	2 348	6,0	5 595
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois/ND	10,2	776	2,3	356	7,7	1 132
Rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois						
Oui	na	na	10,8	141	na	na
Non	na	na	4,3	3,347	na	na
ND	na	na	6,9	361	na	na
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	2,7	1,623	0,5	406	2,3	2,029
2	8,2	918	2,3	364	6,5	1,282
3-4	9,3	1,125	3,3	652	7,1	1,777
5-9	12,4	594	5,3	863	8,2	1,457
10-24	14,2	201	5,5	925	7,0	1,125
25 ou +	(24,5)	32	8,9	579	9,7	611
ND	13,1	109	6,8	61	10,9	170
Ensemble 15-49 ans	7,6	4 602	4,8	3 849	6,3	8 452

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

na = Non applicable

nd = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.

De même, chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et en fonction du nombre de partenaires à hauts risques. Contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre la prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes qui ont déjà utilisé un condom (9,8 %) que parmi celles qui n'en ont jamais utilisé (6,2 %). Par contre, le niveau de prévalence ne varie pratiquement pas entre les femmes qui ont utilisé un condom et celles qui n'en ont pas utilisé au cours des derniers rapports sexuels des 12 derniers mois (respectivement 7,5 % et 7,0 %). Chez les hommes qui n'ont pas utilisé de condom, la prévalence est légèrement plus faible que chez ceux qui en ont utilisé (4,7 % contre 5,7 %).

16.3.4 Prévalence du VIH et autres facteurs à risque

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) jouent un grand rôle dans la transmission sexuelle du VIH. Le tableau 16.7 présente la prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST. Comme on pouvait s'y attendre, les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels et ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois ont des taux d'infection au VIH plus élevés (respectivement 10,4 % et 7,2 %) que ceux n'ayant pas eu d'antécédent d'IST au cours des 12 derniers mois (7,0 % et 4,6 %).

Tableau 16.7 Prévalence du VIH selon la prévalence des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête						
Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon qu'ils ont eu ou non une Infection Sexuellement Transmissible (IST) au cours des 12 derniers mois et selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH avant l'enquête, Cameroun 2004						
	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
IST au cours des 12 derniers mois						
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	10,4	544	7,2	354	9,1	899
A déclaré n'avoir eu ni IST ni de symptômes d'IST	7,0	3 893	4,6	3 429	5,9	7 322
ND	11,6	165	3,1	66	9,2	231
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test	10,4	1 023	6,9	693	9,0	1 716
N'a jamais effectué de test	6,7	3 348	4,3	3 086	5,6	6 434
ND	7,3	232	4,0	70	6,5	302
Ensemble 15-49 ans	7,6	4 602	4,8	3 849	6,3	8 452
ND = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.						

Le tableau 16.7 présente également la prévalence du VIH pour les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels selon qu'elles ont ou non effectué un test du VIH avant l'enquête. La proportion de personnes infectées au VIH est plus élevée chez les femmes et les hommes ayant déjà effectué le test du VIH que chez ceux qui n'ont jamais effectué le test. La prévalence est de 10,4 % chez les femmes et 6,9 % chez les hommes ayant effectué le test contre 6,7 % chez les femmes et 4,3 % chez les hommes n'ayant jamais effectué le test.

Bien que la séroprévalence soit associée au fait d'avoir effectué un test du VIH antérieur, on constate que de nombreuses personnes infectées au VIH n'ont jamais effectué de test (tableau 16.8). En effet, 75 % des femmes et 76 % des hommes infectés ne connaissent pas leur statut sérologique, soit parce qu'ils n'ont jamais effectué de test, soit parce qu'ils ont effectué le test mais ne connaissent pas les résultats. Pour les femmes, 25 % de celles qui sont séropositives ont déjà effectué un test et connaissent les résultats, contre 18 % de celles qui sont séronégatives. On constate les mêmes types d'écart pour les hommes, 24 % de ceux qui sont séropositifs ont déjà effectué un test et connaissent les résultats, contre 13 % de ceux qui sont séronégatifs.

Tableau 16.8 Test de VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH				
Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par statut sérologique selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH avant l'enquête, Cameroun 2004				
Test du VIH antérieur à l'enquête	Femmes		Hommes	
	HIV positif	HIV négatif	HIV positif	HIV négatif
A déjà effectué un test et connaît les résultats du dernier test	25,1	17,5	23,6	12,7
A déjà effectué un test mais ne connaît pas les résultats	5,2	1,7	1,2	1,9
N'a jamais effectué de test	64,9	75,9	73,1	83,4
ND	4,8	4,9	2,1	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif 15-49 ans	353	4 872	192	4 478

16.3.5 Prévalence du VIH et circoncision

Le fait de ne pas être circoncis est parfois considéré comme un facteur de risque d'infection au VIH du fait, en partie, des différences physiologiques qui diminueraient les risques d'infection chez les hommes circoncis. Au cours de l'EDSC-III, on a demandé aux hommes s'ils étaient ou non circoncis et ces résultats peuvent être utilisés pour examiner la relation entre la prévalence du VIH et le fait d'être circoncis ou non.

Au Cameroun, la majorité des hommes de 15-59 ans sont circoncis : 93 % de l'ensemble des hommes de 15-59 ans et 92 % des hommes de 15-59 ans qui ont effectué le test du VIH au cours de l'enquête (tableau 16.9). Par rapport à cette dernière proportion, la proportion d'hommes circoncis est plus faible dans l'Extrême-Nord (62 %), en milieu rural (86 %), chez les hommes sans instruction (78 %), chez ceux des ménages les plus pauvres (73 %), dans les groupes ethniques Biu/Mandara (71 %) et Adamaoua-Oubangui (76 %), et enfin chez les animistes (74 %).

Contrairement aux résultats trouvés dans d'autres pays, notamment le Kenya (Central Bureau of Statistics et al., 2004), au Cameroun, la prévalence du VIH serait nettement plus faible parmi les hommes de 15-59 ans non circoncis que parmi ceux qui sont circoncis (1,1 % contre 4,1 %). Compte tenu du faible nombre de cas d'hommes non circoncis (355 cas pondérés au niveau national) la comparaison des niveaux de prévalence doit être faite avec prudence. Néanmoins, on constate que, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques pour lesquelles on dispose d'un nombre de cas d'hommes non circoncis suffisant pour calculer la prévalence, la proportion de séropositifs est toujours plus élevée chez les hommes circoncis.

Tableau 16.9 Circoncision des hommes de 15-59 ans ayant subi le test et prévalence du VIH

Pourcentage d'hommes de 15-59 qui ont subi le test du VIH et qui sont circoncis et prévalence du VIH parmi les hommes circoncis et parmi les hommes non circoncis, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Ensemble des hommes ayant subi le test		Hommes circoncis		Hommes non circoncis	
	Pourcentage circoncis	Effectif d'hommes testés	Pourcentage HIV positif	Effectif d'hommes circoncis	Pourcentage HIV positif	Effectif d'hommes non circoncis
Âge						
15-19	91,7	1 209	0,7	1 109	0,0	89
20-24	93,5	917	2,7	857	(0,0)	49
25-29	91,1	786	5,3	716	(2,9)	56
30-34	90,8	602	8,3	547	(5,5)	42
35-39	93,9	447	9,1	419	*	26
40-44	92,5	369	6,1	342	*	28
45-49	89,9	342	4,3	307	*	26
50-54	88,4	255	2,8	226	*	26
55-59	92,1	197	1,1	181	*	12
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	96,4	1 196	4,8	1 153	*	12
Autres villes	95,6	1 743	4,8	1 666	(2,4)	60
Ensemble urbain	95,9	2 939	4,8	2 819	2,0	71
Rural	86,3	2 186	3,1	1 886	0,9	284
Région						
Adamaoua	99,3	215	4,0	213	*	1
Centre	97,3	394	2,2	384	*	5
Douala	95,0	621	3,8	590	*	6
Est	97,6	263	7,7	256	*	3
Extrême-Nord	61,5	690	1,5	424	0,6	260
Littoral	99,3	229	4,6	227	*	1
Nord	88,4	471	1,9	417	1,8	51
Nord-Ouest	99,1	554	5,0	549	*	2
Ouest	98,5	448	4,7	441	*	5
Sud	96,2	239	3,9	230	*	8
Sud-Ouest	96,5	426	5,0	411	*	8
Yaoundé	97,9	575	5,9	563	*	5
Niveau d'instruction						
Aucun	77,9	582	2,7	453	0,0	121
Primaire	91,2	1 900	4,4	1 733	1,7	140
Secondaire ou plus	95,3	2 643	4,2	2 519	1,7	94
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	73,2	741	1,7	542	0,0	194
Second	87,8	880	2,1	773	2,5	102
Moyen	96,5	977	4,3	943	*	23
Quatrième	97,3	1 170	5,1	1 137	*	17
Le plus riche	96,5	1 358	5,3	1 310	*	18
Ethnie						
Arabe-Choa/Peulh/						
Mao-ussa/Kanuri	97,9	354	3,4	346	*	7
Biu-Mandara	70,8	615	1,4	435	0,0	178
Adamaoua-Oubangui	76,1	541	4,1	412	3,1	129
Bantoïde Sud-ouest	98,8	186	2,7	184	*	2
Grassfields	98,3	591	6,5	581	*	9
Bamilike/Bamoun	98,9	1 148	3,4	1 136	*	9
Côtier/Ngoe/Oroko	99,1	229	7,0	227	*	2
Beti/Bassa/Mbam	99,1	1 038	4,0	1 029	*	9
Kako/Meka/Pygmé	99,6	148	7,3	147	*	1
Étranger	95,8	208	5,2	199	*	9
ND	11,4	66	*	8	*	0
Religion						
Catholique	93,4	2 000	4,4	1 868	0,0	127
Protestant	93,8	1 542	4,5	1 447	2,7	94
Musulman	97,8	891	3,9	872	*	19
Animiste	73,7	183	1,8	135	(1,5)	48
Nouvelles religions	99,3	125	3,4	124	*	1
Autres/sans religion/ND	67,6	383	2,6	259	(1,1)	65
Ensemble 15-59 ans	91,8	5 125	4,1	4 705	1,1	355

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

16.3.6 Prévalence du VIH parmi les couples

Le tableau 16.10 présente la prévalence du VIH parmi les couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Au total, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 1 742 couples. On constate que, dans 92,3 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 2,3 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 5,3 % des cas, seulement un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie de couples encore appelée couples discordants, est constituée presque dans la même proportion de couples dans lesquels c'est la femme qui est séropositive (2,7 %) et de couples dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (2,6 %).

Globalement le niveau de la prévalence du VIH parmi les couples, que les deux conjoints ou un seul soient séropositifs, présente les mêmes variations que la prévalence chez les femmes et les hommes : prévalence plus élevée en milieu urbain, parmi les couples les plus instruits et dans les ménages les plus riches.

La discordance est beaucoup plus fréquente parmi les couples où l'âge de la femme est compris entre 20 et 29 ans. Il en est de même lorsque les deux partenaires vivent en union consensuelle ou lorsque le couple vit dans l'Adamaoua, le Nord-Ouest, le Sud et à Yaoundé. La discordance est aussi relativement plus fréquente parmi les couples des ménages les plus riches. Le fait que 7,7 % de couples aient au moins un partenaire infecté met en évidence l'existence d'un besoin non satisfait en matière de prévention de VIH au Cameroun. La satisfaction de ces besoins est d'autant plus urgente que la proportion des couples discordants est deux fois plus élevée que celle des couples séropositifs non discordants. Par ailleurs, la majorité des conjoints ne connaissent pas mutuellement leurs statuts sérologiques. Les Centres de Prévention et Dépistage Volontaires (CPDV) qui offrent les conseils et dépistages volontaires sur le VIH existent à travers l'ensemble du pays, mais très peu de clients les fréquentent en tant que couple. Ces résultats suggèrent la mise en place des stratégies spécifiques pour renforcer les systèmes actuels des CPDV en faveur des couples.

Tableau 16.10 Prévalence du VIH parmi les couples

Répartition (en %) des couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés selon leur statut sérologique et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004

Caractéristique socio-démographique	Les deux conjoints positifs	Homme positif, femme négative	Femme positive, homme négatif	Les deux conjoints négatifs	Total ¹	Effectif
Âge de la femme						
15-19	1,0	1,1	1,0	96,9	100,0	166
20-29	3,2	3,4	4,0	89,2	100,0	785
30-39	2,3	2,8	2,2	92,7	100,0	503
40-49	0,5	0,9	1,0	97,6	100,0	288
Âge de l'homme						
15-19	*	*	*	*	*	14
20-29	1,6	3,0	2,5	92,9	100,0	433
30-39	3,1	3,1	3,4	90,3	100,0	646
40-59	2,0	2,0	2,2	93,7	100,0	649
État matrimonial						
Mariés	2,4	2,2	2,2	93,2	100,0	1 539
Vivant ensemble	1,6	5,8	6,9	85,6	100,0	204
Type d'union						
Monogame	2,1	2,8	2,7	92,3	100,0	1 451
Polygame	3,3	1,3	2,6	92,8	100,0	282
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	0,9	4,5	5,0	89,2	100,0	273
Autres villes	3,6	3,2	2,8	90,4	100,0	559
Ensemble urbain	2,7	3,6	3,5	90,0	100,0	832
Rural	1,9	1,7	2,0	94,4	100,0	910
Région						
Adamaoua	3,5	2,3	6,3	87,9	100,0	90
Centre	1,2	1,2	1,6	95,9	100,0	127
Douala	0,8	3,1	3,1	92,2	100,0	150
Est	5,0	2,9	2,9	89,2	100,0	99
Extrême-Nord	0,5	0,9	0,6	98,0	100,0	342
Littoral	2,5	4,2	0,0	93,3	100,0	61
Nord	0,0	2,5	0,4	97,0	100,0	218
Nord-Ouest	6,5	3,3	5,1	85,1	100,0	182
Ouest	3,0	2,6	0,0	94,5	100,0	145
Sud	1,0	5,2	6,8	87,0	100,0	73
Sud-Ouest	5,8	1,5	4,4	88,3	100,0	134
Yaoundé	1,0	6,3	7,3	85,4	100,0	123
Niveau d'instruction de la femme						
Aucun	0,9	1,1	1,1	97,0	100,0	486
Primaire	2,8	3,1	2,4	91,7	100,0	758
Secondaire ou plus	2,8	3,4	4,9	88,7	100,0	498
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucun	0,6	1,0	0,9	97,5	100,0	340
Primaire	3,0	2,5	2,3	92,1	100,0	680
Secondaire ou plus	2,4	3,4	4,0	90,1	100,0	723
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,7	0,6	1,0	97,7	100,0	427
Second	2,2	1,0	1,3	95,5	100,0	369
Moyen	2,8	2,1	4,5	90,6	100,0	308
Quatrième	2,2	5,9	3,6	88,3	100,0	309
Le plus riche	3,9	4,5	4,2	87,1	100,0	329
Ensemble ²	2,3	2,6	2,7	92,3	100,0	1 742

¹ Y compris les non déterminés² Y compris 9 couples pour lesquels le type d'union est non déterminé.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

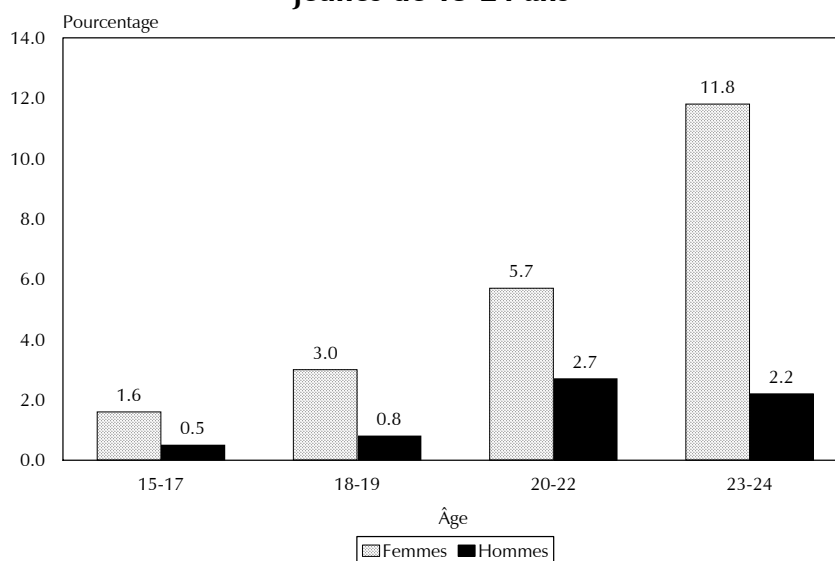
16.3.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes

Le tableau 16.11 présente la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certains comportements sexuels. Etant donné que peu d'enfants infectés au VIH survivent jusqu'à l'adolescence, l'infection chez les jeunes fournit une indication des infections récentes et peut fournir, indirectement, une estimation de l'incidence de nouveaux cas.

Tableau 16.11 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans						
Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socio-démographiques et certaines caractéristiques du comportement sexuel, Cameroun 2004						
Caractéristiques démographiques et du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Âge						
15-19	2,2	1 297	0,6	1 209	1,4	2 507
15-17	1,6	770	0,5	756	1,0	1 526
18-19	3,0	528	0,8	454	2,0	981
20-24	7,9	1 104	2,5	917	5,5	2 021
20-22	5,7	706	2,7	583	4,3	1 289
23-24	11,8	398	2,2	334	7,4	732
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	5,6	532	2,3	512	4,0	1 044
Autres villes	5,8	865	0,9	796	3,4	1 660
Ensemble urbain	5,7	1 397	1,4	1 308	3,6	2 704
Rural	3,5	1 005	1,5	819	2,6	1 823
État matrimonial						
Célibataire	3,0	1 120	1,3	1 724	2,0	2 844
A déjà eu des rapports sexuels	5,8	511	1,5	935	3,0	1 446
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,7	609	1,0	788	0,9	1 398
En union	5,9	1 170	1,0	274	5,0	1 444
Divorcé/Séparé/Veuf/ND	11,4	111	4,1	129	7,5	240
Rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	6,7	690	1,8	1 046	3,8	1 736
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	5,8	828	0,7	104	5,2	932
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois/ND	2,4	883	1,1	977	1,7	1 860
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	1,5	838	1,1	955	1,3	1 793
1	5,8	1 344	1,5	670	4,4	2 014
2 ou plus	9,0	173	2,1	479	4,0	652
ND	(18,3)	46	*	22	12,3	68
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	3,6	1 667	1,1	1 059	2,6	2 726
1	6,0	548	1,6	608	3,7	1 156
2 ou plus	9,3	141	2,2	436	4,0	578
ND	18,3	46	*	22	12,3	68
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	5,4	378	1,8	600	3,2	978
N'a pas utilisé de condom	6,3	1 119	1,7	539	4,8	1 658
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois/ND	2,6	904	1,1	987	1,8	1 891
Utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	4,6	324	1,6	363	3,0	687
N'a pas utilisé de condom	6,4	1 392	1,8	925	4,6	2 317
ND/jamais eu des rapports sexuels	1,6	686	1,0	839	1,2	1 524
Effectif 15-24 ans	4,8	2 401	1,4	2 126	3,2	4 527
* Basé sur trop peu de cas non pondérés						
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés						
nd = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.						

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 3,2 %, soit 4,8 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 3,4. Ce qui signifie que, dans ce groupe d'âges, 340 femmes sont infectées pour 100 hommes. Ce ratio qui est deux fois plus élevé que pour l'ensemble de la population de 15-49 ans (ratio de 1,7) est toujours supérieur à 2,0 quel que soit le groupe d'âges et il est particulièrement élevé parmi les jeunes de 23-24 ans (ratio de 5,4). La prévalence augmente très rapidement avec l'âge (graphique 16.2) en particulier chez les femmes : de 1,6 % chez les femmes de 15-17 ans, la prévalence passe à 5,7 % chez celles de 20-22 ans et à 11,8 % chez celles de 23-24 ans. Chez les hommes, la progression est moins rapide : moins d'un pour cent des hommes de 15-19 ans sont séropositifs contre 2,5 % à 20-24 ans.

Graphique 16.2 Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans



EDSC-III 2004

Comme pour l'ensemble de la population 15-49 ans, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes est plus élevée en milieu urbain (5,7 %) qu'en milieu rural (3,5 %), par contre, la proportion de jeunes hommes infectés au VIH est la même dans les deux milieux de résidence (respectivement 1,4 % et 1,5 %). La prévalence est la même parmi les jeunes femmes en union et les célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (5,9 % et 5,8 %), alors que, chez les hommes, elle est légèrement plus faible chez ceux qui sont en union (1,0 % contre 1,5 %). Par ailleurs, environ 1 % des femmes et des hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels sont infectés au VIH, ce qui s'explique soit par des erreurs de déclaration de la part des jeunes sur leurs comportements sexuels, soit par une transmission non sexuelle du VIH.

Le taux d'infection au VIH augmente avec le nombre de partenaires et avec le nombre de partenaires à hauts risques que les jeunes femmes ou jeunes hommes ont eus au cours des 12 derniers mois. Enfin, on constate que la prévalence est plus élevée parmi les jeunes femmes de 15-24 ans qui n'ont pas utilisé de condom que chez celles qui en ont utilisé, que ce soit lors de leurs premiers rapports sexuels ou lors de leurs derniers rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par contre, chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont utilisé et ceux qui n'ont pas utilisé de condom.

En résumé, une surveillance minutieuse de la prévalence VIH/sida permet d'apprécier les tendances, d'estimer l'importance de la maladie et d'évaluer l'impact des interventions au Cameroun. Comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, jusqu'à présent, les estimations de la prévalence du VIH au Cameroun ont été principalement obtenues à partir du système de surveillance sentinelle dans des services de consultations prénatales. En intégrant le test du VIH à l'EDSC-III de 2004 avec un échantillon représentatif au niveau national et en collectant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, le Cameroun vient d'obtenir des données essentielles pour mieux estimer l'ampleur de l'épidémie et pour mieux comprendre le profil de l'infection.

L'EDSC-III confirme que l'épidémie qui sévit au Cameroun est généralisée³ et répandue sur l'ensemble du territoire. L'EDSC-III identifie les populations qui sont les plus atteintes, à savoir les femmes du milieu urbain, notamment de Yaoundé, les personnes de 25-39 ans, et les personnes résidant dans certaines régions telles que le Nord-Ouest, l'Est et le Sud-Ouest.

La prévalence estimée à partir des données des 20 sites sentinelles des 10 provinces (la moitié en milieu urbain) en 2002 (Ministry of Public Health, 2003) est quasiment identique à la prévalence des femmes enceintes estimée par l'EDSC-III : 7,3 % à partir des sites sentinelles pour les femmes enceintes et 7,4 % à l'EDSC-III. Certains autres résultats présentés ci-dessus, notamment ceux par âge, sexe, résidence et région, sont autant d'indications que les informations obtenues à partir des sites sentinelles constituent des indicateurs pertinents de la tendance de la prévalence du VIH ainsi que de son incidence au sein de la population du Cameroun.

Du fait de la concordance des résultats entre l'EDSC-III de 2004 et les sites sentinelles en milieu urbain, les données de l'EDSC-III peuvent être utilisées pour mieux calibrer les données de sites sentinelles afin d'en déduire un niveau de prévalence valable au niveau national, pour la population des femmes et des hommes. En outre, des efforts sont nécessaires afin de renforcer dans le futur le système de sites sentinelles, notamment en milieu rural, de façon à ce que la couverture de ce système soit calquée sur la distribution spatiale du Cameroun.

³ L'épidémie du VIH est dite généralisée lorsque l'infection est solidement installée dans la population générale et la prévalence est toujours supérieure à 1 % chez les femmes enceintes.

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS – EDSC-III

Taux de mortalité infanto-juvénile	Probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes (pour la période 0-4 ans avant l'enquête)		144
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décéder entre la naissance et le 1 ^{er} anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes (pour la période 0-4 ans avant l'enquête)		74
Insuffisance pondérale	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale (%)		18
Retard de croissance	Enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance (%)		32
Émaciation	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'une émaciation (%)		5
Utilisation de l'eau salubre	Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau salubre pour boire ¹		53
Utilisation des sanitaires	Pourcentage de la population disposant de latrines améliorées ou chasse d'eau		93
Fréquentation scolaire	Proportion des enfants atteignant le niveau 5 ²		96
Taux net de scolarisation primaire	Enfants de l'âge scolaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire (%)		78
Taux d'alphabétisation	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui sait lire un texte court et simple lié à la vie quotidienne	Homme :	82
		Femme :	65
Soins prénatals	Femmes de 15-49 ans ayant consulté au moins une fois durant la grossesse du personnel de santé (%) ³		83
Soins à la naissance de l'enfant	Naissances dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé (%)		62
Poids à la naissance < 2,5 kg	Naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes (%) ⁴		12
Consommation du sel iodé	Ménages qui consomment du sel iodé d'une manière adéquate (%)	15 ppm ou plus	88
Compléments de vitamine A	Enfants de 6-59 mois ayant reçu un supplément de vitamine A au cours des 6 derniers mois (%)		38
Compléments de vitamine A	Mères qui ont reçu un supplément de vitamine A au cours des deux premiers mois après l'accouchement		28
Cécité crépusculaire	Femmes qui souffraient de cécité nocturne durant la dernière grossesse (%)		6
Taux d'allaitement exclusif	Enfants de moins de 6 mois qui reçoivent exclusivement le sein (%)		24
Taux d'allaitement continu	Enfants de 12-15 mois qui sont allaités (%)		83
Taux d'allaitement continu	Enfants de 20-23 mois qui sont allaités (%)		29
Alimentation de complément	Proportion des enfants 6-9 mois recevant alimentation de complément		79
Vaccin du DTCoq	Enfants de 12-23 mois vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) (%)		65
Vaccin de la rougeole	Enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole (%)		65
Vaccin de la polio	Enfants de 12-23 mois vaccinés contre la poliomyélite (%)		67
Vaccin du BCG	Enfants de 12-23 mois vaccinés contre la tuberculose (%)		86
Vaccination antitétanique	Femmes ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique au cours de la grossesse (%)		53
Prévalence de la diarrhée	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines (%)		16
Utilisation de la TRO	Enfants de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec une SRO ou une solution préparée à la maison (%)		24
Prévalence des IRA	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines (%)		11
Traitement des IRA	Enfants de 0-59 mois qui avaient une IRA durant les deux dernières semaines et qui ont été conduits à un centre de santé ou auprès d'un agent de santé (%)		40

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES – EDSC-III

Résidence des enfants	Enfants de 0-14 ans vivant dans des ménages mais sans un parent biologique (%)	15	
Orphelins dans les ménages	Enfants de 0-14 ans orphelins vivant dans des ménages (%)	9	
Possession de moustiquaire	Ménages possédant au moins un moustiquaire (%)	20	
Utilisation des moustiquaires par les enfants	Enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (%)	12	
Connaissance des moyens de prévention du VIH	Femmes qui ont déclaré qu'ou pouvait éviter le VIH en ayant des rapports sexuels avec seulement un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire et en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel (%)	62	
Connaissance de la transmission du VIH	Femmes qui ont identifié deux idées erronées concernant le sida (%) ⁵	28	
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à son enfant	Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant la grossesse (%)	60	
	Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant l'accouchement (%)	49	
	Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant l'allaitement (%)	47	
Population testée pour le VIH	Pourcentage de femmes et d'hommes ayant effectué le test du VIH (%) :	- Femmes :	21
		- Hommes :	16
Séroprévalence du VIH	Taux de séroprévalence du VIH (femmes et hommes de 15-49 ans)	- Ensemble	5,5
		- Femmes :	6,8
		- Hommes :	4,1

¹ Eau du robinet ou de puits protégé

² Basé sur les enfants de droit

³ Pour la dernière naissance au cours des cinq années précédant l'enquête

⁴ Pour les enfants pour lesquels on ne dispose pas du poids déclaré à la naissance, on suppose que la proportion de faible poids à la naissance est la même que celle que l'on trouve dans chaque catégorie de poids parmi les enfants pour lesquels on connaît le poids.

⁵ Femmes rejetant les deux idées erronées les plus courantes (transmission par des moyens surnaturels et par les moustiques) et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

PERSONNEL DE L'EDSC-III 2004

DIRECTEUR NATIONAL

Joseph TEDOU

Directeur de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

DIRECTEUR TECHNIQUE

Paul Roger LIBITE

Sous Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales

CNLS

Dr Léopold ZEKENG

Dr Joseph Jembia MOSOKO

Samuel MUSI SAMA

Isaac LACAULEY

CENTRE PASTEUR DU CAMEROUN

Dr Jocelyn THONNON

Dr Ayidjo AYOUBA

Viviane MOGOUM TCHUENTE

Georgette BETIAH

PERSONNEL ENCADREUR

Terrain

Claude TCHAMDA (INS)

Marie Antoinette FOMO (INS)

Eric JAZET KENGAP (INS)

Robert SIMO KENGNE (INS)

Issac MACAULEY (CNLS)

Damien BOUNKEU TCHOUPOU (BUCREP)

Georges BOADE (BUCREP)

Ghislain GUEWOU (INS)

Dr Joseph MOSOKO JEMBIA (CNLS)

Samuel MUSI SAMA (CNLS)

Dr Michel TOUKAM (HGY)

Exploitation des données

Martin MBA (INS)

René AMOUGOU (INS)

Samuel NOUETAGNE (INS)

Aboubakar NGAPOUTSA (CAA)

Emmanuel TCHIEKOU (INS)

PERSONNES RESSOURCES

Roger SEUKAP

Jean Pierre MAKANG

Dr Valentine DOUALA MOUTENG

ADMINISTRATION

Komboe Joseph NDJIWOUA (appui administratif et financier)
Martin SONGO (appui administratif et financier)
Etienne LEKEDJIE (appui financier)

Secrétariat

Juliette Aimée JEUKÉ
Mirienne MBEMBE

CARTOGRAPHES ET ÉNUMÉRATEURS

TODSONDOU Aboubakary
LIAMINE Aboubakar
BAYIGA MATIP
MBIDA Jean Jacques
KUN IV Me AKONO N. N. José
NKUONG Pierre Honorat
ADAMOU Amed
ZOUA Albert
EWANGA NYANGA Cyrille
BEKALA Serge
ADAM Oumar
NIASSIRI Saini
MBUA NDOKO Elvis LIFFAFA
NGAM Confidence CHIA

YOUSSEU Laurent
WOKAM TSEBO Olivier
ELLA Jacques Alain
AKONO MINLO Ruben
ONYONG Ernest EBWEH
EDI-AJANG Julius EDIE
SAYOM André
NTSEBENE ONANENA Jean Pierre
MBARGA ANDEGUE Claude
NKOUGOU Jean de Dieu
TEGANG Clotaire Ledoux
VISI SUMBUM TUBUO
GWEM Alexandre
MOUSSANGO EPAPE EDOUN Josué

PRÉ-TEST

Christian MACAULEY SABUM
Umarou ABOUBAKAR
Victor SOUGNABE
Raphaël NGEUKAM DEUGOUE
Lawrence MWANGE NDUMBE
Blâma MAMOUT
Vincent de Paul MELINGUI
Thomas DJOUATSA
Luc Marcel BANACK
Benjamin MEBOUF
Stéphane DELI
Brigitte MELIOGE EDIAGE
Aboubakary HAWAOU

Clotilde MENGUE
Catherine TONYE NGO UM
Rachelle TAYO SANTOCK
Julienne Stéphanie EBONDJI
Fadimatou MAIMOUNA
DJOUBAÏDATOU
Louise BELLA ARROGA
Minette NDJOUEFACK
Nicole Surbrad NDENGUE
Monique NGUIMZEK
Nadège GNITCHOGNA DJEMOU
Enoh Thérésia BAKUME
Laure Gisèle MEFAN ESSAN

ENQUÊTE PRINCIPALE

Chefs d'équipe

Christian MACAULEY SABUM
Umarou ABOUBAKAR
Victor SOUGNABE
Raphaël NGEUKAM DEUGOUE
Blama MAMOUT
Vincent de Paul MELINGUI
Thomas DJOUATSA
Luc Marcel BANACK
Benjamin MEBOUF
Martin NGON AMANG
Joseph Juste FOTSING DEFFO
Philippe Roger ESSAMA
MOUSSI MBENGUE
Pierre DJEDOU

Contrôleuses

Clotilde MENGUE
Catherine TONYE NGO UM
Rachelle TAYO SANTOCK
Julienne Stéphanie EBONDJI
Fadimatou MAIMOUNA
DJOUBAÏDATOU
Louise BELLA ARROGA
Minette NDJOUEFACK
Nicole Surbras NDENGUE
Nadège GNITCHOGNA DJEMOU
Brigitte MELIOGE EDIAGE
Félicitas NAYAH
Madoh Angelina NJINGUM
Odette KOUTOU YIMGA

Techniciens

Célestin NOUMBISSI
Serge NDONGO ESSOMBA
Oumar ABDOUL AZIZ
Léonce Roger MEMBOE
Essaie Benjamin HONG PINDA
Lawrence MWANGE NDUMBE
Cletus FEYEH
Joel Richard BOULA
Elie DIMOUNG
DANRA
Simon KOTTE
Pierre RAMANI
David TAMBONG BISSONG
Primus KUMBE

Techniciennes

Enoh Thérésia BAKUME
Aboubakary HAWAOU
Huguette Marlyse MFOUMOU NKOU'OU
Agathe Florence ETOUNDI NKOU
Rougayatou ABBO
Laurette Rachel MBONG
Eliane OYONO
Corine Flore TCHENDJOU BOULA
Patricia EBENGNE EMMA
Caroline NGAMCHARA MBOUEMBOUE
MESSA TCHOUNDA
Aïssatou BOUBA
Huguette YAP
Paulette NGA
Rachel MOUNTHE
Eliane SIMO

Enquêtrices

Lachance KOUMAYEB BAKANG
Asta Yvie Ndoutou NSIA
Rosine EBENGNE KOUENGOUA
Marie Joséphine NGO BIKES
Evelyne DOMCHE MBANA
Constance IYA KONGO
Béatrice Arlette EBA
Michèle ETOUNDI MBIA
Rachel Nsoli EBOMBE

Monique NGUIMZEK
Jeanne MONTHE
Jeannine MBOGOL
Nicole NGONYA
MAIMOUNA
Madeleine SOPPI
KALTOUMI
ESSEMBESSON
Rebecca TETEJEU

Mamma DJALLO
Delphine MADJELE
Aimée WOURDJE
Djainabou BELLO
Djenabou BEME
Emelie YATOUA
Rosel FOWANG

SAISIE DES DONNÉES

Rose NGO NEMY
Marie NDJAZET
Laurence TCHIETCHAC KAMENI
Tarcile NGO GWODOG
Victorine NGOPGANG
Téclaire INIYAKO
Marie ZOBO NDJODO
MANETSALEFACK
EBELLE Esther

Berthe NGOBO PENDA
BANDOLO
Mariette NSTAMA NGONO
Emmacute TINMIA DOH
Véronique MIMONG
MOGE MOGUEM
Philomène MESSOMO ATEBA
Marie NGO BAYIGA
Jeannine AGAZOMO

Codification et contrôle des dossiers

Joseph BIYO
Pegyi BIYAM

Albert NGWA NIBA
Tarcisse Aimé NGONKEU

Personnel d'appui

TCHYADJE Jean (gardien)
ATANGANA Lazare (agent de bureau)
David BATOUM (agent de bureau)

Agents de Bureau

MENDOMO MINLO Ismael
DE SOUZA BWAME Agnes
ELOMO Reine Michelle
TENG NGALLA Marie Esther

Chauffeurs

Hilaire TSAKEM
Bertrand TATSINGOUM
Adamou ZRA
Jérémy ZANDJIO
Emmanuel FOMBIET
Basile BENGÀ

Michel TATENOU
Gabriel MENGUELE
OUSMANA
Hamadou SALI
Ahmadou SALI
Gaspard NLOM

PERSONNEL DE ORC MACRO

K. Fern Greenwell
Bernard Barrère
Mohamed Mahmoudi
Ruilin Ren
El Arbi Housni
Dr Isaka Niambele
Han Ragers
Noureddine Abderrahim
Monique Barrère
Noah Bartlett
John Chang
Kaye Mitchell
Sidney Moore
Melissa Neuman

Responsable du projet
Coordination
Sondage
Sondage
Formation
Formation
Traitement des données
Traitement des données
Analyse
Dissemination
Dissemination
Production du rapport
Edition
Conception des cartes

RÉFÉRENCES

ACC/SCN. 2000. *Fourth report on the world nutrition situation*. Geneva : CC/SCN in collaboration with IFPRI.

Arnold, F. et A.K. Blanc. 1990. *Fertility levels and trends*. DHS Comparative Studies No. 2. Columbia, Maryland : Institute for Resource Development.

Awassung, Y. Njock Nje, C. Effom, et B. Sike. 1987. *Female genital mutilations in Cameroun*. Conférence Internationale Femmes et Développement.

Balépa, M., M. Fotso, et B. Barrère. 1992. *Enquêtes Démographiques et de Santé, Cameroun 1991*. Columbia, Maryland, U.S.A. : Direction Nationale du deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat [Cameroun] et Macro International Inc.

Barrère, B., G. Mboup et M. Ayad. 1999. *Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest : Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), au Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998)*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Macro International Inc.

Buvé, A., M. Carael, R.J. Hayes et al. 2001. *The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: Summary and conclusions*. AIDS Suppl 4 : S127-S131.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1989. CDC Criteria for anemia in children and child-bearing aged women. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38 : 400-404.

Central Bureau of Statistics (CBS) [Kenya], Ministry of Health (MOH) [Kenya], and ORC Macro. 2004. *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Maryland : CBS, MOH, and ORC Macro.

Cohen, S. et M. Burger. 2000. *Partnering: A new approach to sexual and reproductive health*. Technical Paper No. 3. New York : FNUAP.

Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). 1998. *Faire face au VIH/Sida : La Stratégie camerounaise*. Yaoundé, Cameroun : Ministère de la Santé Publique.

De Baets, A.J., B.S. Edidi, M.J. Kasali et al. 2005. Pediatric human immunodeficiency virus screening in an African district hospital. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology* 12(1) : 86-92.

Delpuech, F. 1991. Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. In *Atelier sur la surveillance nutritionnelle en Afrique de l'Ouest : méthodologie des enquêtes nutritionnelles*. Document de travail. Dakar, Sénégal : ORANA, ORSTOM et OMS.

DeMaeyer, E.M. et al. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care : A guide for health administrators and programme managers*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

DeMaeyer, E.M. et M. Adiels-Tegman. 1985. The prevalence of anaemia in the world. *World Health Statistics Quarterly* 38(3) : 302-316.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun]. 1978a. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat d'Avril 1976*. Vol.1. Résultats, Tome1 : République du Cameroun. Yaoundé, Cameroun : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT).

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun]. 1978b. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat d'Avril 1976*. Vol.2. Analyse, Tome1 : Structure par âge et sexe. Yaoundé, Cameroun : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT).

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun] et Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF). 1983a. *Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun 1978 : Rapport Principal*. Vol. 1. Analyse des principaux résultats. Yaoundé, Cameroun : DSCN.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun] et Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF). 1983b. *Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun 1978 : Rapport Principal*. Vol. 2 Tableaux statistiques. Yaoundé, Cameroun : DSCN.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Cameroun]. 2001. *Enquête à Indicateurs Multiples, 2000 (MICS 2000)*. Yaoundé, Cameroun : DSCN.

Direction Générale de la Statistique et des Études Économiques (DGSEE) [Gabon] et ORC Macro. 2001. *Enquête Démographique et de Santé Gabon 2000*. Calverton, Maryland : Direction Générale de la Statistique et des Études Économiques, et Fonds des Nations Unies pour la Populations, et ORC Macro.

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2è RGPH) [Cameroun]. 1992a. DEMO 87 : *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun*. Vol. 2. Résultats bruts, tome 1. République du Cameroun. Yaoundé, Cameroun : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT).

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2è RGPH) [Cameroun]. 1992b. DEMO 87 : *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun*. Vol. 3. Analyse préliminaire, tome 2. République du Cameroun. Yaoundé, Cameroun : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT).

Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2è RGPH) [Cameroun]. 1992c. DEMO 87 : *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun*. Vol. 3. Analyse préliminaire, tome 9. Synthèse des rapports préliminaires. Yaoundé, Cameroun : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT).

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 1994. *Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)*. Le Caire. New York : FNUAP.

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 1995. *Male involvement in reproductive health*. Technical Report. New York : FNUAP.

Fotso, M., R. Ndonou, P.R. Libité, M. Tsafack, R. Wakou, A. Ghapoutsas, S. Kamga, P. Kemgo, M.K. Fankam, A. Kamdoun et B. Barrère. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Bureau Central des Recensements et des Études de Population et Macro International Inc.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, and A. Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition and poverty*. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington, D.C. : The World Bank.

Institut National de la Statistique (INS). 2002. *Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2001*. Yaoundé, Cameroun : Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT).

Jejeebhoy, S.J. 1998. Associations between wife-beating and fetal and infant death : Impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning* 29(3) : 300-308.

MINCOF-OMS. 2002. *Les mutilations génitales féminines au Cameroun*. Rapport du groupe multidisciplinaire de collaboration en mutilation génitales féminines.

Ministère de la Santé Publique [Cameroun]. 2000. *Plan stratégique national de lutte contre le SIDA au Cameroun 2000-2005*.

Ministry of Public Health [Cameroon]. 2001. *Cameroon HIV epidemiological country profile 2001*. MOPH/WHO.

Ministry of Public Health [Cameroon]. 2000. *National HIV sentinel surveillance report 2000*. MOPH/WHO.

Ministry of Public Health [Cameroon]. 2003. *National HIV sentinel surveillance report 2003*. MOPH/WHO.

Mosley, W.H. and L.C. Chen. 1984. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review* 10 (suppl.) : 25-45.

Nations Unies. 1973. *The determinants and consequences of population trends*. Vol. 1. New York : United Nations.

Nations Unies. 1982. *Model Life Tables for developing countries*. Population Studies No. 77. New York : Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales Internationales.

Nations Unies. 2003. *Rapport Pays : Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Yaoundé, Cameroun : Nations Unies.

Ndamobissi, R., G. Mboup et E.O. Nguélébé. 1995. *Enquête Démographique et de Santé République Centrafricaine, 1994-95*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Direction des Statistiques Démographiques et Sociales [RCA] et Macro International Inc.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF. 1990. *L'allaitement dans les années 1990 : une initiative globale*. Innocenti, Florence.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1986. *Maternal mortality rates : A tabulation of available information*. Deuxième édition, Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1991. *Expanded Programme on Immunization, training for mid level managers*. The EPI Coverage Survey. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1994. *Nutrition des jeunes enfants. Résolution 47.5 de la 47e Assemblée Mondiale pour la Santé*. Genève 9 mai 1994. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1995. *The world health report : Bridging the gaps*. Genève : OMS.

Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida (ONUSIDA). 2003. *Rapport annuel 2003*. Genève : ONUSIDA.

Ouagadjio, B., K. Nodhimadji, J. Nodjimbatem Ngoniri, N. Ngakoutou, K. Ignégongba, J.S. Tokindang, O. Kouo, B. Barrère, et M. Barrère. 1998. *Enquête Démographique et de Santé, Tchad, 1996-1997*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Bureau Central du Recensement et Macro International Inc.

Sullivan, J.M., G.T. Bicego, et S.O. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. Dans *An assessment of DHS-I data quality*. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland, USA : Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

UNAIDS/WHO. 1999. *AIDS Epidemic update*. UNAIDS/99.53E. Geneva : UNAIDS/WHO.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. 2000. *Guidelines for second generation HIV surveillance : The next decade*. WHO/CDC/CSR/EDC2000.5, UNAIDS/00.03E.

UNAIDS/WHO Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 2004. *Responding to surveillance : Methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys*. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for “Estimates, Modelling and Projections” held in Glion, May 10-11, 2004.

Williams, N. et L. Kapila. 1993. Complications of circumcision. *British Journal of Surgery* 80 : 1231-1236.

Yip, R. 1994. Changes in iron metabolism with age. In *Iron metabolism in health and disease*, ed. J.H. Brock, J. Halliday et L. Powell. London : W.B. Sanders. 427-448.