



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

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

Rapport Préliminaire sur la prévalence du VIH



**Enquête réalisée par l'Institut National
de la Statistique**

**Avec l'appui technique de MEASURE DHS
ICF International**

Février 2012

**RÉPUBLIQUE DU
CAMEROUN**
Paix – Travail – Patrie



**REPUBLIC OF
CAMEROON**
Peace – Work – Fatherland

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

Rapport Préliminaire sur la Prévalence du VIH

Institut National de la Statistique



ICF International

Février 2012

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----|--|---|
| I. | INTRODUCTION | 1 |
| 2. | MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE | 2 |
| 2.1 | Échantillonnage | 2 |
| 2.2 | Questionnaires | 2 |
| 2.3 | Tests du VIH | 3 |
| 2.4 | Formation et collecte des données | 4 |
| 2.5 | Traitement des données | 4 |
| 2.6 | Procédures de laboratoire..... | 4 |
| 3. | RÉSULTATS : TEST DU VIH | 5 |
| 3.1 | Taux de couverture du test..... | 5 |
| 3.2 | Prévalence du VIH..... | 6 |

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

| | | |
|---------------|--|---|
| Tableau 1 : | Couverture du test du VIH | 5 |
| Tableau 2 : | Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques | 6 |
| Graphique 1 : | Prévalence du VIH par sexe et âge..... | 7 |
| Graphique 2 : | Prévalence du VIH par sexe et région | 8 |

I. INTRODUCTION

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

L'EDS-MICS a été conçue pour fournir des données de suivi et d'évaluation dans les domaines de la population et de la santé. Les données collectées sur le terrain du 24 janvier au 15 août 2011, fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, l'EDS-MICS a collecté des données sur les niveaux de fécondité, sur les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation de moustiquaires, l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant. En outre, l'EDS-MICS a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme et du VIH.

Un premier rapport préliminaire des résultats de l'EDS-MICS a été publié en Octobre 2011. Cependant, à cette date, les échantillons sanguins prélevés pour déterminer la prévalence du VIH n'avaient pas encore analysés par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC). Le CPC venant de terminer les tests, le présent rapport présente les résultats préliminaires sur la prévalence du VIH. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

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

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

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon d'environ 7 500 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH.

2.2 Questionnaires

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

Le **questionnaire ménage** permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement. Le questionnaire ménage contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage, à la possession et l'utilisation de moustiquaires, aux handicaps, au travail des enfants et aux dépenses de santé.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH.

Le **questionnaire individuel femme** est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans. Il comprend de nombreuses informations sur la fécondité, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, la santé de la mère et de l'enfant, le mariage et l'activité sexuelle, ainsi que sur les connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées

aux femmes de 15-49 ans, en particulier celles relatives à l'activité sexuelle et aux connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles.

2.3 Tests du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité National d'Éthique du Cameroun et par le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International.

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de conseils/dépistage pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la colonne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à l'INS à Yaoundé pour enregistrement, vérification et transfert au Centre Pasteur du Cameroun (CPC). Le CPC enregistrait à son tour les prélèvements avant de les stocker à basse température.

Lorsque la saisie des questionnaires a été terminée à l'INS, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré, et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après vérification que le fichier de données était dans son format final, les résultats préliminaires présentés en octobre 2011 ont été générés et tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, les couvertures des questionnaires contenant ces identifiants ont également été détruites. Ce n'est qu'à ce stade que le CPC a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. L'analyse des prélèvements sanguins a commencé au CPC en novembre 2011 et s'est achevée la première semaine de février 2012. En utilisant les codes à barres contenus dans le fichier anonyme des données de l'enquête et les codes correspondants des tests, il est alors possible d'analyser les résultats de prévalence du VIH en fonction de toutes les variables sociodémographiques et comportementales générées à partir des données de l'enquête.

2.4 Formation et collecte des données

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

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

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

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

2.5 Traitement des données

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

2.6 Procédures de laboratoire

Le CPC perforait d'abord le papier filtre contenant les gouttes de sang séchées à l'aide d'une poinçonneuse. Le disque de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre, était ensuite plongé dans 200 microlitres de Phosphate Buffer Saline (PBS) pendant une nuit pour élution. L'éluant obtenu était directement utilisé pour les tests sérologiques selon l'algorithme suivant.

L'algorithme utilisé a consisté à tester tous les échantillons avec Murex HIV Combo Ag/Ab (DiaSorin) (ELISA 1) selon les recommandations du fabricant. Il s'agit d'un ELISA très sensible, d'où son utilisation en première intention. Tous les échantillons dépistés positifs ainsi que 5 % des négatifs à ce premier test ont été ensuite analysés par Genscreen ULTRA HIV Ag/AB (Biorad) (ELISA 2). Tous les échantillons discordants Murex positifs/ Genscreen négatifs ont été à nouveau testés par New Lav Blot (BioRad) pour confirmation.

Le contrôle de qualité a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, étaient inclus des contrôles positifs et négatifs fournis avec la trousse de dépistage selon les recommandations du fabricant.
- Cinq pour cent des échantillons négatifs testés par Murex ont été confirmés par Genscreen.

En outre, 3 % des échantillons négatifs et 20 % des positifs ont été envoyés au Laboratoire de virologie, Institut de Biologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen (France) pour le contrôle de qualité externe. Les résultats de ce contrôle seront présentés dans le rapport final.

3. RÉSULTATS : TEST DU VIH

3.1 Taux de couverture du test

Le tableau 1 fournit les taux de couverture du test de dépistage du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans selon le milieu de résidence.

| Tableau 1 Couverture du test du VIH | | | |
|--|-----------|-------|--------|
| Répartition (en %) de la population de fait des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test par milieu de résidence (non pondéré), Cameroun 2011 | | | |
| Résultats du test selon le sexe | Résidence | | Total |
| | Urbain | Rural | |
| Femme de 15-49 ans | | | |
| DBS testé et femme interviewée ¹ | 92,1 | 95,4 | 93,7 |
| DBS testé et femme non interviewée ¹ | 1,2 | 0,7 | 1,0 |
| A refusé de fournir du sang et interviewée | 3,1 | 1,3 | 2,2 |
| A refusé de fournir du sang et non interviewée | 2,3 | 1,2 | 1,7 |
| Absente au moment du prélèvement sanguin et interviewée | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Absente au moment du prélèvement sanguin et non interviewée | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Autre et interviewée ² | 0,6 | 0,3 | 0,4 |
| Autre et non interviewée ² | 0,5 | 0,7 | 0,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 3 908 | 3 831 | 7 739 |
| Hommes de 15-59 ans | | | |
| DBS testé et homme interviewé ¹ | 89,6 | 95,2 | 92,3 |
| DBS testé et homme non interviewé ¹ | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| A refusé de fournir du sang et interviewé | 4,6 | 1,1 | 2,9 |
| A refusé de fournir du sang et non interviewé | 2,4 | 1,2 | 1,8 |
| Absent au moment du prélèvement sanguin et interviewé | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Absent au moment du prélèvement sanguin et non interviewé | 0,9 | 0,8 | 0,8 |
| Autre et interviewé ² | 0,4 | 0,2 | 0,3 |
| Autre et non interviewé ² | 1,3 | 0,9 | 1,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 3 831 | 3 695 | 7 526 |
| Total (Femmes de 15-49 ans et Hommes de 15-59 ans) | | | |
| DBS testé et interviewé ¹ | 90,9 | 95,3 | 93,0 |
| DBS testé et non interviewé ¹ | 1,0 | 0,7 | 0,8 |
| A refusé de fournir du sang et interviewé | 3,8 | 1,2 | 2,6 |
| A refusé de fournir du sang et non interviewé | 2,3 | 1,2 | 1,8 |
| Absent au moment du prélèvement sanguin et interviewé | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Absent au moment du prélèvement sanguin et non interviewé | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| Autre et interviewé ² | 0,5 | 0,2 | 0,4 |
| Autre et non interviewé ² | 0,9 | 0,8 | 0,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 7 739 | 7 526 | 15 265 |

¹ Y compris les prélèvements de sang séchés (DBS) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les stades de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.

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

Dans l'ensemble, on constate que le taux de couverture du test du VIH est élevé (93 %) quel que soit le sexe et quel que soit le milieu de résidence. Néanmoins, le pourcentage de femmes pour lesquelles on dispose de résultats est légèrement supérieure à celui des hommes (94 % contre 92 %). Par ailleurs, que ce soit pour les hommes ou les femmes, la couverture des tests de dépistage est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (95 % contre 91 %).

Les taux de couverture des tests se sont légèrement améliorés par rapport à l'EDS de 2004 passant, dans l'ensemble, de 91 % à 93 %. Cette amélioration de la couverture des tests concerne aussi bien les femmes que les hommes, mais presque uniquement le milieu urbain (87 % en 2004 contre 91 % en 2011).

3.2 Prévalence du VIH

Le tableau 2 présente la prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence globale (hommes et femmes de 15-49 ans) est de 4,3 %. La prévalence du VIH a donc connu une baisse significative depuis 2004, date à laquelle elle était estimée à 5,5 %.

| Tableau 2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont été testés, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun, 2011 | | | | | | |
| Caractéristique sociodémographique | Femme | | Homme | | Ensemble | |
| | Pourcentage Positif ¹ | Effectif | Pourcentage Positif ¹ | Effectif | Pourcentage positif ¹ | Effectif |
| Groupe d'âges | | | | | | |
| 15-19 | 2,0 | 1 647 | 0,4 | 1 551 | 1,2 | 3 198 |
| 20-24 | 3,5 | 1 470 | 0,6 | 1 203 | 2,2 | 2 672 |
| 25-29 | 7,6 | 1 250 | 3,0 | 1 045 | 5,5 | 2 295 |
| 30-34 | 7,3 | 903 | 5,3 | 807 | 6,3 | 1 710 |
| 35-39 | 10,0 | 808 | 5,8 | 685 | 8,1 | 1 493 |
| 40-44 | 7,1 | 612 | 4,7 | 547 | 5,9 | 1 158 |
| 45-49 | 6,4 | 531 | 6,3 | 445 | 6,3 | 976 |
| Milieu de résidence | | | | | | |
| Yaoundé/Douala | 7,8 | 1 586 | 3,1 | 1 471 | 5,5 | 3 057 |
| Autres villes | 5,5 | 2 291 | 3,0 | 2 051 | 4,3 | 4 342 |
| Ensemble urbain | 6,4 | 3 877 | 3,0 | 3 522 | 4,8 | 7 399 |
| Rural | 4,6 | 3 344 | 2,7 | 2 760 | 3,8 | 6 104 |
| Région | | | | | | |
| Adamaoua | 7,1 | 350 | 2,3 | 254 | 5,1 | 604 |
| Centre (sans Yaoundé) | 6,9 | 544 | 5,3 | 518 | 6,1 | 1 062 |
| Douala | 6,4 | 739 | 2,6 | 693 | 4,6 | 1 432 |
| Est | 8,8 | 281 | 3,7 | 263 | 6,3 | 544 |
| Extrême-Nord | 1,5 | 1 151 | 0,8 | 929 | 1,2 | 2 080 |
| Littoral (sans Douala) | 5,1 | 286 | 2,7 | 281 | 3,9 | 567 |
| Nord | 3,2 | 826 | 1,5 | 708 | 2,4 | 1 534 |
| Nord-Ouest | 7,2 | 695 | 5,0 | 513 | 6,3 | 1 208 |
| Ouest | 2,8 | 748 | 2,9 | 640 | 2,8 | 1 388 |
| Sud | 10,6 | 183 | 3,8 | 179 | 7,2 | 363 |
| Sud-Ouest | 7,9 | 569 | 3,3 | 527 | 5,7 | 1 096 |
| Yaoundé | 8,9 | 847 | 3,6 | 778 | 6,4 | 1 625 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 2,8 | 1 498 | 1,7 | 508 | 2,5 | 2 006 |
| Primaire | 6,6 | 2 392 | 3,1 | 2 015 | 5,0 | 4 407 |
| Secondaire 1 ^{er} cycle | 6,7 | 1 954 | 2,5 | 1 972 | 4,5 | 3 926 |
| Secondaire 2 nd cycle ou plus | 5,2 | 1 377 | 3,5 | 1 787 | 4,3 | 3 164 |
| Ensemble 15-49 | 5,6 | 7 221 | 2,9 | 6 282 | 4,3 | 13 503 |
| Hommes 50-59 | na | na | 2,9 | 699 | na | na |
| Ensemble 15-59 | na | na | 2,9 | 6 981 | na | na |

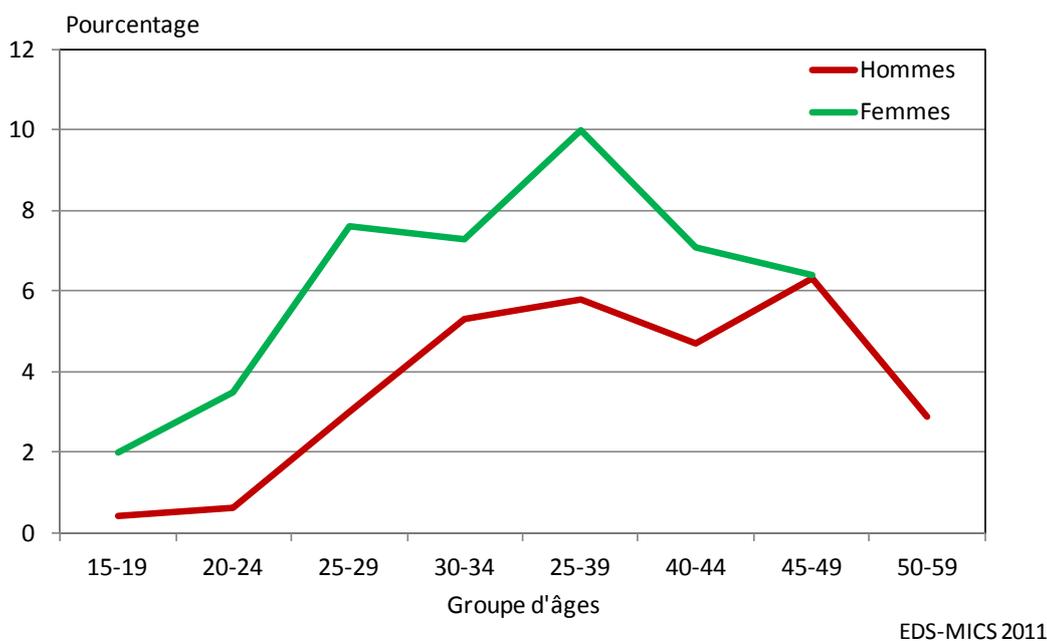
Na = Non applicable

Depuis 2004, la proportion de séropositifs a davantage diminué chez les hommes que chez les femmes et, en 2011, la prévalence du VIH est près de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 5,6 % des femmes sont séropositives, contre 2,9 % des hommes.

Par ailleurs, la prévalence du VIH est plus faible en milieu rural (3,8 %) qu'en milieu urbain (4,8 %) et surtout qu'à Yaoundé/Douala où 5,5 % des femmes et des hommes de 15-49 ans sont séropositifs. Il convient de noter que si proportion de femmes séropositives est nettement plus élevée en urbain qu'en rural (6,4 % contre 4,6 %), on ne constate que peu d'écart chez les hommes (respectivement 3,0 % contre 2,7 %).

Le graphique 1 montre que, chez les femmes, la prévalence augmente rapidement avec l'âge : d'un minimum de 2,0 % à 15-19 ans, elle est près de quatre fois plus élevée dès 25-29 ans (7,6 %) et atteint 10,0 % à 35-39 ans, avant de diminuer sensiblement. Chez les hommes, à tous les âges jusqu'à 45-49 ans, le pourcentage de séropositifs est toujours plus faible que celui des femmes. La prévalence passe d'un minimum de 0,4 % à 15-19 à 5,3 % à 30-34 ans, puis se maintient autour de 5 % avant d'atteindre un maximum de 6,3 % à 45-49 ans.

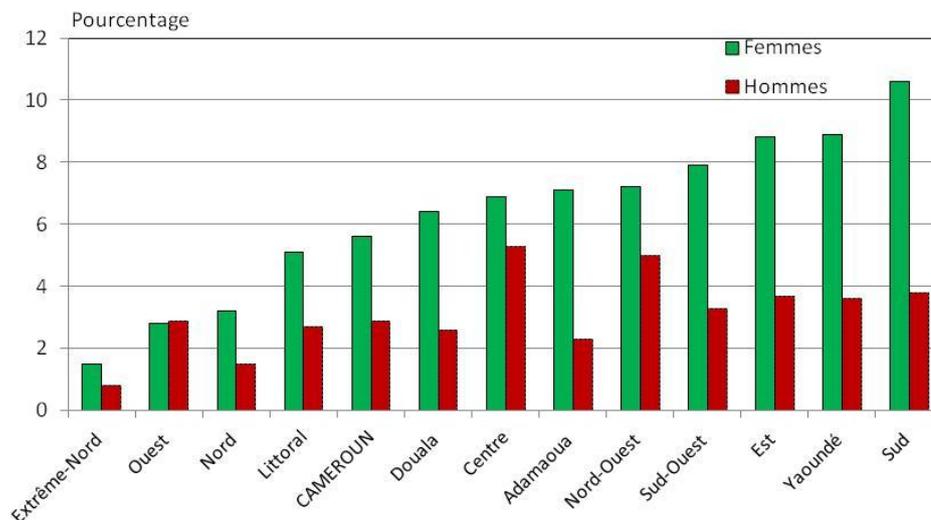
Graphique 1 Prévalence du VIH par sexe et âge



On constate de fortes variations de prévalence selon les régions (Tableau 2). Par rapport à la moyenne nationale (4,3 %), la prévalence globale (sexes confondus) est nettement plus faible dans l'Extrême Nord (1,2 %), le Nord (2,4 %) et l'Ouest (2,8 %), et elle est nettement plus élevée dans le Centre (6,1 %), l'Est (6,3 %), le Nord-Ouest (6,3 %), à Yaoundé (6,4 %) et dans le Sud (7,2 %).

Les variations régionales diffèrent selon le sexe (Graphique 2). Chez les femmes, la prévalence passe d'un minimum de 1,5 % dans l'Extrême-Nord à un maximum de 10,6 % dans le Sud. Chez les hommes, le pourcentage le plus faible de séropositifs se situe également dans l'Extrême-Nord (0,8 %), mais le maximum se situe dans le Nord-Ouest (5,0 %) et le Centre (5,3 %).

Graphique 2 Prévalence du VIH par sexe et région



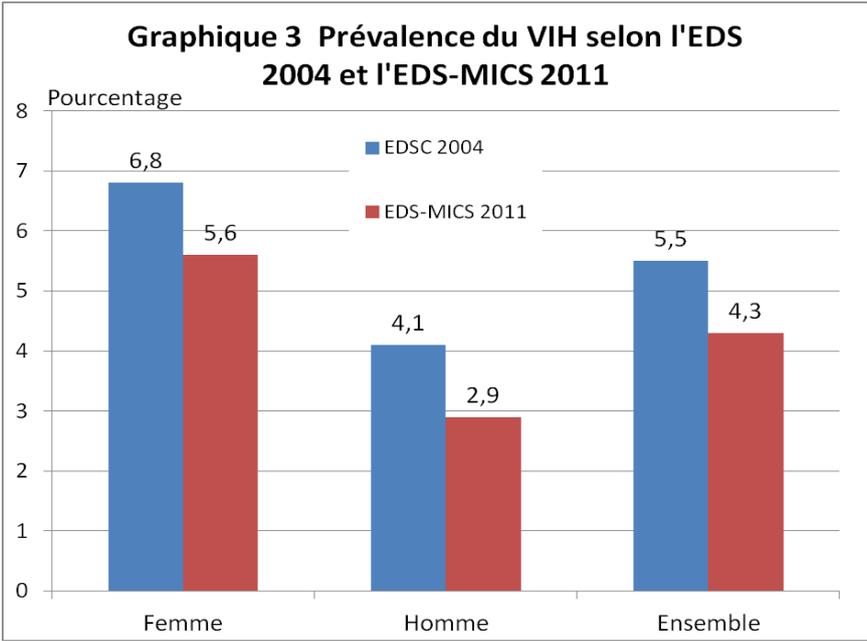
EDS-MICS 2011

Du point de vue du niveau d'instruction, on constate des écarts importants de prévalence aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, le pourcentage de séropositives est plus de deux fois plus élevée chez celles ayant un niveau d'instruction primaire (6,6 %) et un niveau secondaire 1^{er} cycle (6,7 %) que parmi les femmes sans instruction (2,8 %). Par contre, il est légèrement plus faible parmi les femmes les plus éduquées (5,2 %) que parmi celles qui n'ont qu'un niveau primaire ou secondaire 1^{er} cycle.

On constate les mêmes tendances chez les hommes, mais avec des écarts moindre que chez les femmes. C'est chez les hommes sans instruction que la prévalence est la plus faible (1,7 %) ; elle passe ensuite à 3,1 % chez les hommes de niveau d'instruction primaire, 2,5 % chez ceux de secondaire 1^{er} cycle et atteint 3,5 % chez les hommes les plus éduqués.

Evolution de la prévalence du VIH au Cameroun 2004-2011

La prévalence du VIH a baissé de façon significative depuis 2004 : en effet, la prévalence estimée à 5,5% lors de l'EDS 2004 est passée à 4,3% selon l'EDS-MICS 2011 (voir Graphique 3). Cette baisse concerne aussi bien les hommes (de 4,1% à 2,9%) que les femmes (de 6,8% à 5,6%) bien que pour ces dernières, il se peut que la baisse ne soit pas statistiquement significative.



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



**Ministère de l'Économie de la Planification et de
l'Aménagement du Territoire**



Ministère de la Santé Publique



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



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



**World Bank
(Banque Mondiale)**



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



« L'Excellence en Biologie accessible à tous »

Centre Pasteur du Cameroun