

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 piqûre 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.

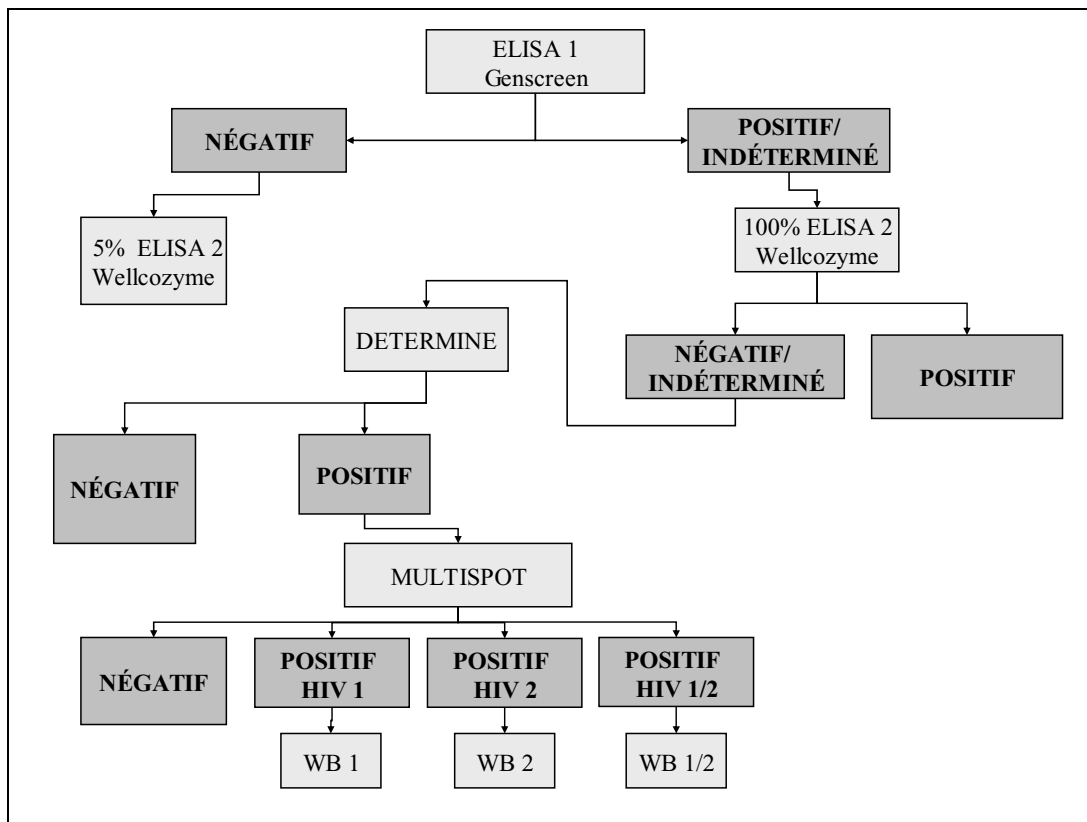
Des études (De Baets et al., 2005) ont démontré que le test des anticorps anti-VIH en utilisant du sang séché fournit des résultats aussi précis que le test effectué à partir du plasma. Avant l'enquête, le

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 déterminé² 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

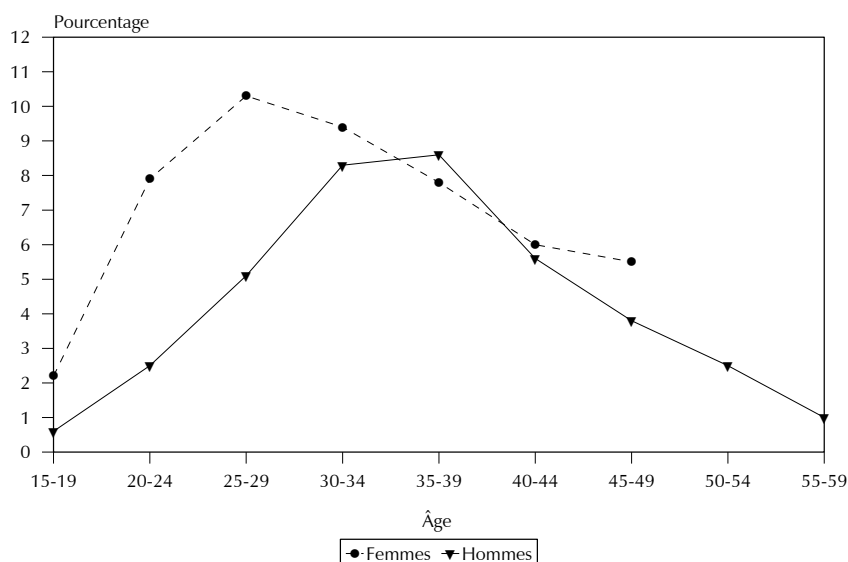
na = Non applicable

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.

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

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 sûre 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 %).

	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

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.

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 prevalence 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 1 987 couples. On constate que, dans 92,5 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 2,4 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 5,1 % 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 (2,4 %).

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 et les couples où l'âge de l'homme est compris entre 30 et 39 ans. Il en est de même lorsque les deux partenaires vivent en union consensuelle, en union polygame ou lorsque le couple vit dans l'Adamaoua, le Littoral, l'Ouest et le Sud Ouest. La discordance est aussi relativement plus fréquente parmi les couples des ménages de niveau de bien être moyen (3e et 4e quintiles). Le fait que 7,5 % 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	1,7	1,0	0,8	96,6	100,0	199
20-29	3,2	3,1	4,0	89,5	100,0	892
30-39	2,0	2,7	2,0	93,3	100,0	579
40-49	1,1	0,8	1,1	96,9	100,0	319
Âge de l'homme						
15-19	*	*	*	*	*	17
20-29	1,5	2,7	2,4	93,4	100,0	454
30-39	3,4	2,9	3,6	90,0	100,0	748
40-59	1,9	1,8	2,0	94,3	100,0	769
État matrimonial						
Mariés	2,5	2,0	2,2	93,3	100,0	1 769
Vivant ensemble	1,5	6,0	6,7	85,8	100,0	219
Type d'union						
Monogame	2,1	2,8	2,7	92,3	100,0	1 458
Polygame	3,1	1,2	2,4	93,2	100,0	520
Milieu de résidence						
Yaoundé/Douala	0,9	4,9	4,9	88,9	100,0	279
Autres villes	3,6	2,9	3,3	90,3	100,0	611
Ensemble urbain	2,7	3,5	3,8	89,8	100,0	890
Rural	2,1	1,5	1,7	94,7	100,0	1 097
Région						
Adamaoua	3,9	2,5	6,4	87,2	100,0	106
Centre	1,2	1,7	2,7	94,5	100,0	135
Douala	0,8	3,0	3,0	92,5	100,0	154
Est	4,7	2,7	2,7	89,9	100,0	105
Extrême-Nord	1,1	0,7	0,5	97,7	100,0	420
Littoral	2,4	4,0	0,0	93,6	100,0	64
Nord	0,0	1,9	1,3	96,9	100,0	294
Nord-Ouest	7,3	3,0	4,6	85,2	100,0	202
Ouest	2,6	2,2	0,0	95,2	100,0	168
Sud	0,9	4,8	6,4	87,9	100,0	78
Sud-Ouest	5,7	1,5	4,4	88,5	100,0	136
Yaoundé	1,0	7,2	7,2	84,5	100,0	125
Niveau d'instruction de la femme						
Aucun	1,5	0,9	1,4	96,2	100,0	641
Primaire	2,8	2,9	2,3	91,9	100,0	825
Secondaire ou plus	2,7	3,5	4,7	88,9	100,0	521
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucun	1,1	0,9	1,7	96,3	100,0	454
Primaire	3,1	2,4	2,1	92,4	100,0	767
Secondaire ou plus	2,3	3,4	3,8	90,4	100,0	767
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,2	0,6	0,8	97,3	100,0	548
Second	2,6	1,0	1,1	95,3	100,0	426
Moyen	2,7	1,9	5,0	90,4	100,0	345
Quatrième	2,1	5,6	3,8	88,6	100,0	328
Le plus riche	3,8	4,7	4,0	87,2	100,0	340
Ensemble ²	2,4	2,4	2,7	92,5	100,0	1 987

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

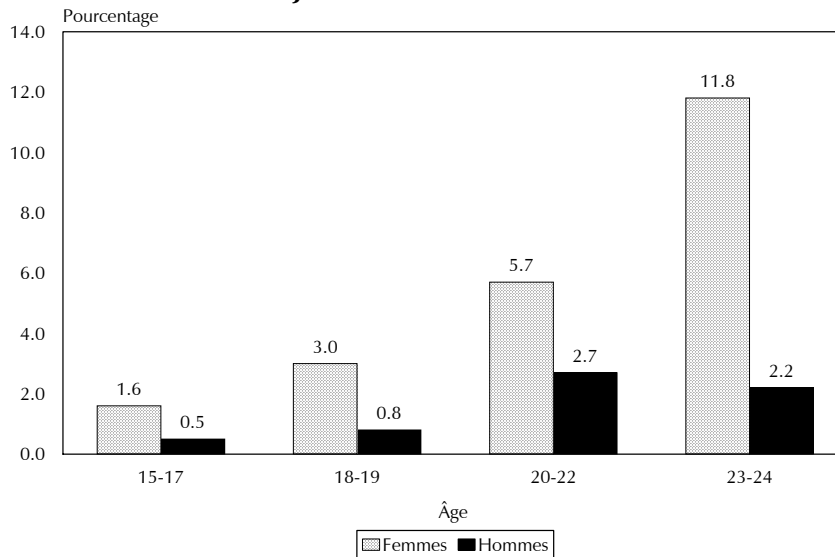
16.3.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes

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.

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

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.