



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail – Justice – Solidarité

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV)

GUINÉE 2012

Rapport Préliminaire

Ministère du Plan
Institut National de la Statistique

Ministère d'Etat de la Santé
et de l'Hygiène Publique

MEASURE DHS
ICF International

GUINÉE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES (EDS-MICS) 2012

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Institut National de la Statistique
Ministère du Plan
Ministère d'Etat de la Santé et de l'Hygiène Publique
Conakry, Guinée

MEASURE DHS, ICF International
Calverton, Maryland, U.S.A.

Décembre 2012



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-IV), combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS). L'EDS-MICS 2012 a été réalisée en Guinée de Juin à Octobre 2012 par l'Institut National de la Statistique (INS), Ministère du Plan, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. L'EDS-MICS 2012 a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement Guinéen, 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), de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (APNDS) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier l'Institut National de Santé Publique à travers le Laboratoire National de Référence (LNR) pour la réalisation des tests de paludisme et de VIH. En outre, ICF Macro a fourni l'assistance technique par le biais du programme MEASURE DHS, programme financé par l'USAID et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-MICS 2012, contacter l'Institut National de la Statistique (INS), BP 221, Conakry, Guinée. Tel: (224) 68 31 33 12. Fax: (224) 41 30 59, Internet: www.stat-guinée.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

1.	INTRODUCTION	1
2.	MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	1
2.1	Échantillonnage.....	1
2.2	Questionnaires.....	2
2.3	Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH	3
2.4	Formation et collecte des données	4
2.5	Traitement des données.....	5
3.	RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	5
3.1	Couverture de l'échantillon.....	5
3.2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	6
3.3	Fécondité.....	7
3.4	Désir d'enfants (supplémentaires)	8
3.5	Utilisation de la contraception	9
3.6	Soins prénatals et accouchement	11
3.7	Vaccination des enfants	13
3.8	Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	15
3.9	Allaitement et alimentation de complément	17
3.10	État nutritionnel des enfants.....	18
3.11	Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants.....	20
3.12	Indicateurs du paludisme	21
3.13	Prévalence du paludisme.....	23
3.14	Mortalité des enfants.....	25
3.15	Connaissance du VIH/sida.....	26
3.16	Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	28

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle	5
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	6
Tableau 3 :	Fécondité actuelle.....	7
Tableau 4 :	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	8
Tableau 5 :	Utilisation actuelle de la contraception	10
Tableau 6 :	Indicateurs de santé maternelle	11
Tableau 7 :	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	14
Tableau 8 :	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	16
Tableau 9 :	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	17
Tableau 10 :	État nutritionnel des enfants	19
Tableau 11 :	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	20
Tableau 12 :	Indicateurs du paludisme	22
Tableau 13.a :	Couverture du test de paludisme chez les enfants	23
Tableau 13.b :	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	24
Tableau 14 :	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans	25
Tableau 15.a :	Connaissance du sida.....	26
Tableau 15.b :	Connaissance des moyens de prévention du VIH	27
Tableau 16.a :	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : femmes.....	28
Tableau 16.b :	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	29
Annexe A :	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques... ..	31

Liste des graphiques

Graphique 1 :	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	8
Graphique 2 :	Indicateurs de santé maternelle, EDSG 2005 et EDSG-MICS 2012.....	12
Graphique 3 :	Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois), EDSG 2005 et EDSG-MICS 2012	15
Graphique 4 :	Prévalence du paludisme (TDR) chez les enfants de 6-59 mois	24
Graphique 5 :	Quotient de mortalité néonatale, post néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête	25

LISTE DES ACRONYMES

APNDS	Appui au Projet National de Développement Sanitaire
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Surveys
DTCoq	Diptérie, Tétanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

1. INTRODUCTION

La quatrième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDS-IV) combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS), du Ministère du Plan, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. L'EDS-MICS 2012, initiée par le Gouvernement Guinéen, 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, le paludisme et le VIH/sida. L'enquête a été financée par le Gouvernement Guinéen, 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), la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (APNDS) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'EDS-MICS 2012 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 1^{er} juin au 9 octobre 2012, fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, l'EDS-MICS 2012 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 2012 a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme et du VIH. L'analyse des prélèvements sanguins étant en cours au Laboratoire National de Référence, les résultats sur la prévalence du VIH seront publiés dans un rapport ultérieur.

Ce rapport préliminaire présente plusieurs indicateurs clés produits à partir des données collectées par l'EDS-MICS. 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 2012 vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. Un échantillon national d'environ 7 200 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 8 domaines d'étude, correspondant aux 7 régions administratives et à la ville de Conakry, pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés.

L'échantillon de l'EDS-MICS 2012 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 lors des travaux cartographiques pour le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2012 (RGPH 2012). Globalement, 300 grappes, dont 107 en milieu urbain et 193 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 de 3 782 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. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes ces femmes et tous ces hommes ainsi que tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour un test d'anémie. De plus, dans ce sous-échantillon, toutes les femmes éligibles ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel. Enfin, dans les ménages du même sous-échantillon, tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour un test du paludisme.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDS-MICS 2012 : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS, auxquels ont été rajoutés certains modules développés par l'UNICEF dans le cadre des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

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

Le **questionnaire ménage** permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

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

- Caractéristiques du ménage
- Possession et utilisation des moustiquaires ;
- Travail des enfants ;
- Poids, taille, test d'anémie et de paludisme pour les enfants de moins de 5 ans ;
- Poids, taille, niveau d'hémoglobine et test du VIH pour les femmes de 15 à 49 ans ;
- Niveau d'hémoglobine et test du VIH pour les hommes de 15 à 59 ans ;

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

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction (historique des naissances (fécondité et mortalité des enfants) ;
- Contraception
- Grossesse et soins postnatals ;
- Fistules obstétricales ;
- Vaccination des enfants, santé et nutrition ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- VIH/SIDA ;
- Mortalité maternelle ;
- Excision

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/SIDA

2.3 Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH

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

2.3.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur piquait le bout du doigt avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire ménage, était communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en lui expliquant la signification du résultat. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.2 Test du paludisme

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

Le test de paludisme consistait en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le First Response Malaria pLDH/HRP2 Combo. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'hémoglobine) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test était disponible au bout de 15 minutes et était communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage. Un traitement (Combinaison Thérapeutique d'Antipaludiques, ou CTA, à base d'Artésunate et d'Amodiaquine) était alors offert aux parents des enfants positifs au TDR.

Pour valider les résultats du test rapide du paludisme, on a prélevé un échantillon de sang pour un test de parasitémie : une lame de goutte épaisse a été préparée pour chaque enfant testé. Les lames ainsi préparées ont été conditionnées et envoyées au Laboratoire National de Référence (LNR) pour examen par microscope.

2.3.3 Test du VIH

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

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

Lorsque la saisie des questionnaires a été terminée au centre informatique de l'INS, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré, et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après vérification que le fichier de données était dans son format final, les résultats préliminaires présentés ici ont été générés et tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, les questionnaires contenant les informations ont également été incinérés. Ce n'est qu'à ce stade que le LNR a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Il est prévu que le LNR termine les analyses et donc que les résultats sur la prévalence du VIH soient disponibles d'ici trois mois environ.

2.4 Formation et collecte des données

Toutes les procédures de collecte de l'EDS-MICS 2012 ont été pré-testées. Une trentaine d'agents ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur le remplissage des questionnaires et les procédures des tests biométriques. 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 urbaines et deux zones rurales de la préfecture de Kindia 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 une centaine de candidats qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête du 3 au 30 mai 2012. Tous les agents ont bénéficié de la formation sur le remplissage des questionnaires et les prélèvements sanguins. La formation des enquêteurs a comporté également une phase pratique dans des quartiers hors échantillon à Conakry. À l'issue d'un test pratique, les meilleurs agents ont été retenus pour constituer 15 équipes de cinq personnes.

Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, d'une contrôlease, de deux enquêtrices et d'un enquêteur. Les équipes ont été placées sous la responsabilité de trois superviseurs 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 1er juin 2012 à Conakry. L'enquête a été achevée dans la capitale 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'octobre 2012.

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 octobre et novembre 2012.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDS-MICS 2012 2012, un échantillon de 300 grappes a été sélectionné et toutes ont pu être effectivement enquêtées. Au total, 7 200 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 7 148 ménages ont été trouvés au moment de l'enquête. Parmi ces 7 148 ménages, 7 109 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,5 % (tableau 1). Les taux de réponses sont presque identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Dans les 7 109 ménages enquêtés, 9 331 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête

individuelle, et pour 9 142 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98,0 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 3 910 hommes étaient éligibles et 3 782 ont été interviewés (taux de réponses de 96,7 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu rural sont supérieurs à ceux obtenus en milieu urbain tant chez les femmes (99 % contre 96 %) que chez les hommes (98 % contre 95 %).

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Guinée 2012

Résultat	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	2 568	4 632	7 200
Ménages trouvés	2 532	4 616	7 148
Ménages interviewés	2 503	4 606	7 109
Taux de réponse des ménages ¹	98,9	99,8	99,5
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	3 664	5 667	9 331
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 524	5 618	9 142
Taux de réponse des femmes éligibles ²	96,2	99,1	98,0
Interview des hommes de 15-59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	1 679	2 231	3 910
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 588	2 194	3 782
Taux de réponse des hommes éligibles ²	94,6	98,3	96,7

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés

² Enquêtes interviewés/Enquêtés éligibles

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

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

La répartition par âge met en évidence une proportion importante de jeunes. En effet, 22 % de femmes et 23 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 18 % de femmes et 17 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges de 20-24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	22,1	2 023	1 994	23,2	777	797
20-24	17,9	1 638	1 614	17,3	581	570
25-29	17,6	1 606	1 604	15,3	514	482
30-34	12,8	1 174	1 164	12,0	404	391
35-39	12,3	1 121	1 144	12,1	406	401
40-44	9,5	871	864	11,7	392	379
45-49	7,8	710	758	8,3	278	301
Religion						
Musulmane	86,7	7 922	8 201	85,0	2 849	2 923
Chrétienne	8,9	816	713	11,7	393	333
Animiste/Sans religion/Autre	4,4	404	228	3,3	110	65
Ethnie						
Soussou	19,1	1 748	1 490	21,8	730	624
Peulh	33,9	3 097	3 573	27,3	914	1 044
Malinké	31,1	2 841	2 882	26,4	885	927
Kissi	4,7	426	495	4,8	159	187
Toma	2,6	234	104	3,4	114	59
Guerzé	6,0	549	371	6,7	224	156
Autre/Manquant	2,7	246	227	9,7	326	324
État matrimonial						
Célibataire	22,5	2 054	1 998	48,8	1 636	1 616
Marié(e)	72,5	6 628	6 705	48,4	1 623	1 627
Vivant ensemble	1,1	98	74	1,1	38	29
Divorcé(e)/séparé(e)	2,2	204	195	1,4	46	40
Veuve/veuf	1,7	158	170	0,3	9	9
Milieu de résidence						
Urbain	36,3	3 322	3 524	40,6	1 360	1 433
Rural	63,7	5 820	5 618	59,4	1 992	1 888
Région administrative						
Boké	10,0	915	910	12,2	409	414
Conakry	20,7	1 893	1 465	23,2	778	620
Faranah	9,2	842	1 258	7,9	264	421
Kankan	13,6	1 240	1 219	13,6	457	455
Kindia	14,0	1 281	1 059	14,2	475	399
Labé	9,0	824	1 102	5,4	181	259
Mamou	6,5	590	965	4,9	166	266
N'Zérékoré	17,0	1 556	1 164	18,5	622	487
Région naturelle						
Conakry	20,7	1 893	1 465	23,2	778	620
Basse Guinée	21,8	1 990	1 780	23,7	794	727
Moyenne Guinée	17,7	1 621	2 256	13,0	437	611
Haute Guinée	19,5	1 782	2 016	18,5	619	714
Guinée Forestière	20,3	1 856	1 625	21,6	725	649
Niveau d'instruction						
Aucun	67,0	6 123	6 164	40,2	1 346	1 348
Primaire	13,9	1 270	1 273	18,8	632	623
Secondaire 1	10,6	970	946	19,9	668	662
Secondaire 2	4,6	417	402	10,6	354	360
Professionnel A	0,8	70	68	1,3	43	35
Professionnel B	0,7	63	61	1,0	34	30
Supérieur	2,5	228	227	8,2	275	262
Ensemble 15-49	100,0	9 142	9 142	100,0	3 352	3 321
50-59	na	na	na	na	430	461
Ensemble 15-59	na	na	na	na	3 782	3 782

Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non. Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée
na = Non applicable

La grande majorité des femmes et des hommes sont de religion musulmane (87 % et 85 % respectivement). Les femmes chrétiennes représentent 9 % et chez les hommes la proportion est de 12 %.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 74 % de femmes et 50 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (49 % contre 23 %, respectivement). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est légèrement plus élevée chez les femmes (4 %) que chez les hommes (2 %).

La répartition selon le milieu de résidence montre que 64 % de femmes et 59 % d'hommes résident en milieu urbain.

En outre, on constate que, globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. La proportion d'hommes qui n'ont aucun niveau d'instruction est de 40 % contre 67 % chez des femmes. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 19 % contre 14 % chez les femmes. Concernant le niveau secondaire 2, on remarque que les proportions chez les hommes sont plus du double de celles des femmes (respectivement de 11 % et de 5 %).

3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, si le niveau de fécondité par âge observé au moment de l'enquête restait constant.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne, 5,1 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (5,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,8 enfants).

La fécondité a sensiblement baissé depuis l'EDSG-III qui estimait l'ISF à 5,7 enfants par femme. Le graphique 1 montre que les niveaux de fécondité auraient baissé à tous les âges, sauf chez les jeunes de 15-19 ans et les femmes de 45-49 ans.

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Guinée 2012

Groupe d'âges	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
15-19	102	178	146
20-24	145	253	207
25-29	174	251	224
30-34	166	213	198
35-39	110	153	139
40-44	50	82	73
45-49	12	38	32
ISF (15-49)	3,8	5,8	5,1
TGFG	130	200	174
TBN	29,4	36,1	34,0

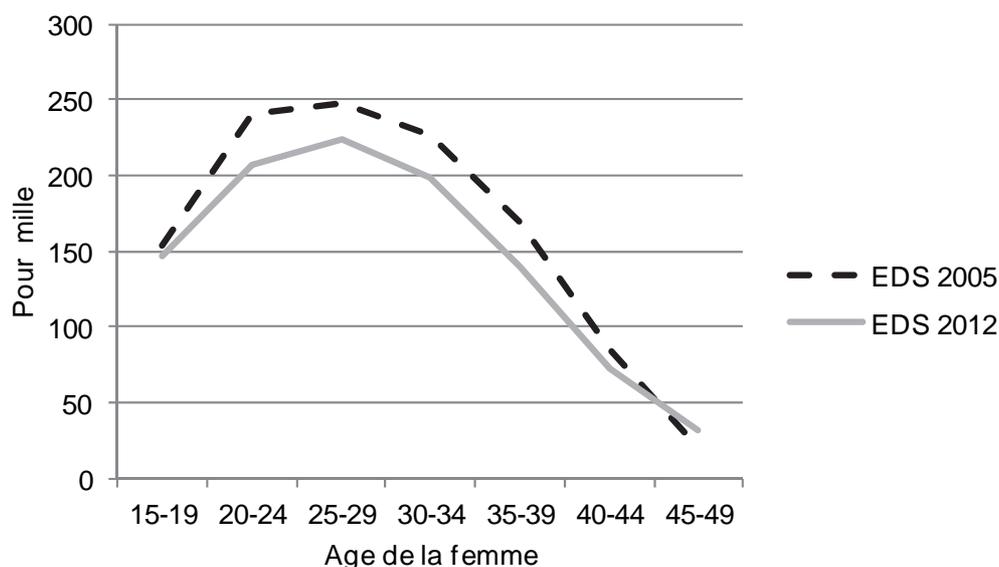
Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges", 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Graphique 1. Taux de fécondité générale selon l'EDSG-III 2005 et l'EDSG-MICS IV 2012



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 20 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans 73 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 40 % souhaiteraient cet enfant plus tard (dans un délai de deux ans ou plus) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 33 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (tableau 4). Enfin, 2 % des femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport à 2005, on relève une hausse de la proportion des femmes qui souhaitent espacer la prochaine naissance (32 % à 40 %).

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Guinée 2012

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Désir d'enfants								
Veut un autre bientôt ²	86,9	39,7	38,8	33,8	27,8	22,7	11,4	33,0
Veut un autre plus tard ³	4,0	51,7	53,3	50,0	44,6	33,3	21,6	40,4
Veut un autre, NSP quand	1,9	4,5	3,0	1,2	2,3	0,7	0,5	2,1
Indécise	0,1	0,6	0,1	1,3	1,5	2,7	2,8	1,4
Ne veut plus d'enfant	1,0	1,8	3,6	11,1	20,7	35,4	56,8	19,7
Stérilisé(e) ⁴	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
S'est déclarée stérile	6,1	1,7	1,0	2,1	2,9	4,9	6,6	3,3
Manquant	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	422	1 122	1 171	1 034	1 023	843	1 112	6 726

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 57 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante indépendamment du nombre d'enfants vivant, sauf chez les femmes sans enfant (4 %) et celles ayant six enfants ou plus (22 %).

3.5 Utilisation de la contraception

Seulement 9 % des toutes les femmes de 15-49 ans utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). La prévalence contraceptive moderne est toujours faible (7 %) et elle est restée stationnaire par rapport à 2005 (de 7 % également). Parmi les femmes en union, on remarque que la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne est passée de 6 % en 2005 à 5 % en 2012. Cependant la proportion de femmes qui utilisent des méthodes durables (DIU, injectables, implants) semble avoir très légèrement augmenté par rapport à 2005.

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception selon âge

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée selon le groupe d'âges, Guinée 2012

Groupe d'âges	Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Effectif de femmes
	N'importe quelle méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injec-table	Implant	Condom masculin	Condom féminin	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre		
TOUTES LES FEMMES																
15-19	5,6	4,4	0,5	0,1	0,7	0,0	2,4	0,0	0,7	0,0	1,2	0,7	0,2	0,3	94,4	2 023
20-24	13,6	11,2	2,3	0,2	2,2	0,1	5,2	0,0	1,2	0,0	2,4	1,6	0,5	0,3	86,4	1 638
25-29	11,7	9,8	2,2	0,1	1,9	0,2	3,4	0,1	1,8	0,0	1,9	0,8	0,5	0,6	88,3	1 606
30-34	8,5	7,4	1,7	0,4	2,0	0,1	1,1	0,0	2,1	0,0	1,1	0,6	0,2	0,4	91,5	1 174
35-39	7,9	6,5	2,1	0,4	1,8	0,1	1,0	0,0	1,0	0,0	1,4	0,4	0,6	0,4	92,1	1 121
40-44	5,3	4,4	1,7	0,0	1,6	0,1	0,5	0,0	0,3	0,0	0,9	0,3	0,3	0,4	94,7	871
45-49	2,8	2,3	0,5	0,0	1,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,1	0,3	97,2	710
Total	8,5	7,0	1,6	0,2	1,6	0,1	2,4	0,0	1,1	0,0	1,5	0,8	0,3	0,4	91,5	9 142
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	2,8	2,6	0,4	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	1,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	97,2	674
20-24	4,9	3,9	1,0	0,1	0,8	0,1	0,5	0,0	1,4	0,0	1,0	0,4	0,6	0,1	95,1	1 107
25-29	7,0	5,7	1,3	0,0	1,6	0,1	0,6	0,0	2,0	0,0	1,2	0,2	0,4	0,6	93,0	1 354
30-34	7,1	6,2	1,2	0,5	1,7	0,1	0,6	0,0	2,2	0,0	0,9	0,4	0,1	0,4	92,9	1 082
35-39	6,6	5,4	1,8	0,4	1,6	0,1	0,3	0,0	1,1	0,0	1,3	0,3	0,5	0,4	93,4	1 039
40-44	5,3	4,3	1,5	0,0	1,7	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	1,0	0,3	0,3	0,4	94,7	806
45-49	2,9	2,4	0,6	0,0	1,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,1	0,3	97,1	665
Total	5,6	4,6	1,2	0,2	1,3	0,1	0,5	0,0	1,3	0,0	1,0	0,3	0,3	0,4	94,4	6 726
FEMMES NON EN UNION SEXUELLEMENT ACTIVES ¹																
15-19	26,8	22,0	1,3	0,3	3,6	0,6	16,3	0,0	0,0	0,0	4,8	3,6	0,1	1,1	73,2	136
20-24	60,2	47,5	11,2	1,0	9,1	0,0	25,8	0,0	0,0	0,5	12,7	9,9	0,0	2,7	39,8	123
25-29	69,0	63,6	16,8	0,0	5,2	0,0	37,6	1,1	0,9	2,1	5,4	2,5	2,8	0,0	31,0	84
30-34	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0
35-39	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0
Total	48,7	41,1	10,0	0,4	6,2	0,2	23,2	0,2	0,6	0,6	7,6	5,2	1,2	1,3	51,3	387

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

na = Non applicable

MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

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

3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDS-MICS, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ³	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	88,1	74,8	1 052	46,6	41,1	1 564
20-34	85,7	76,6	3 113	46,1	40,9	4 472
35+	79,6	73,0	831	39,6	36,3	1 031
Milieu de résidence						
Urbain	96,3	86,0	1 407	83,9	71,2	1 850
Rural	80,8	71,6	3 588	31,6	29,3	5 217
Région administrative						
Boké	85,1	83,1	473	39,9	37,5	660
Conakry	96,1	85,0	749	91,1	80,8	1 001
Faranah	89,6	80,0	512	29,1	29,0	748
Kankan	79,4	68,7	812	43,5	40,4	1 285
Kindia	82,0	70,8	767	41,1	36,0	1 027
Labé	73,3	68,3	456	31,9	26,9	635
Mamou	72,5	51,9	346	20,7	18,9	469
N'Zérékoré	92,7	84,9	881	42,5	34,2	1 242
Région naturelle						
Conakry	96,1	85,0	749	91,1	80,8	1 001
Basse Guinée	86,5	77,3	1 115	43,6	39,1	1 505
Moyenne Guinée	70,3	60,9	926	25,5	22,4	1 286
Haute Guinée	81,3	70,4	1 151	36,5	33,6	1 797
Guinée Forestière	93,4	85,9	1 053	43,9	37,7	1 477
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	82,1	72,4	3 809	37,4	33,2	5 507
Primaire	92,7	83,2	636	63,6	55,7	856
Secondaire et plus	97,7	89,2	550	85,0	77,0	704
Ensemble	85,2	75,6	4 995	45,3	40,3	7 067

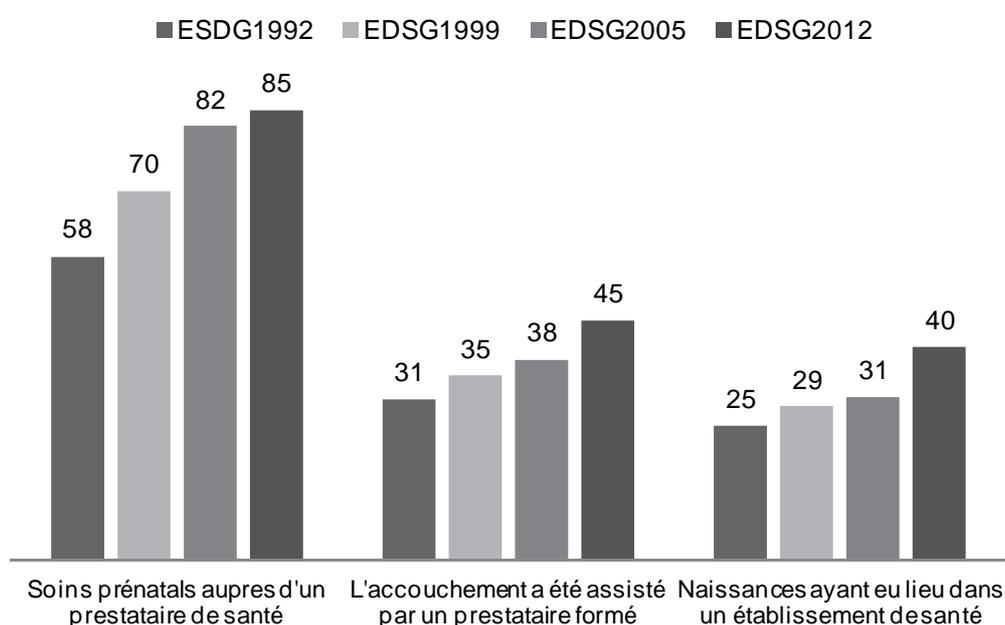
¹ Les médecins, les sages-femmes, les aide de santé les infirmières, et les Assistants Techniques de Santé (ATS) sont considérés ici comme des prestataires formés

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

³ Les médecins, les sages-femmes, les aide de santé, les infirmières et les Assistants Techniques de Santé (ATS) sont considérés ici comme des prestataires formés

Dans l'ensemble, 85 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (tableau 6) et cette proportion a peu changé depuis 2005 (82 %) (graphique 2). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (96 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (81 %). Des disparités de cette proportion sont aussi observées selon les régions. Elle est de plus de 90% à Conakry et à N'Zérékoré tandis que Labé et Mamou se distinguent par les plus faibles taux de consultation prénatale (73 %). La consultation prénatale par un agent de santé est fortement influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans instruction (82 %) ont moins fréquenté les soins prénatals que les autres au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint 93 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 98 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Graphique 2. Indicateurs de santé maternelle, EDSG 1992, EDSG 1999, EDSG 2005 et EDSG-MICS 2012



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

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : 76 % ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (86 %) sont plus fréquemment protégés que ceux du milieu rural (72 %). Par rapport aux régions, on note des écarts de couverture en VAT ; elle atteint ou dépasse 80 % dans les régions de Boké (83 %), Faranah (80 %) et N'Zérékoré (85 %), alors que pour Kankan (69 %), Labé (68 %) et Mamou (52 %), la couverture vaccinale est inférieure à 70 %. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente significativement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 72 % quand la mère est sans instruction à 83 % quand elle a atteint le niveau primaire et 89 % pour celle du niveau d'instruction secondaire ou plus.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé où la mère avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDS-MICS 2012 révèlent que 40 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 31 % en 2005 (graphique 2). Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé a tendance à baisser lorsque l'âge de la mère à la naissance augmente. Ainsi il passe de 41 % pour les femmes de moins de 35 ans à 36 % pour les femmes de 35 ans ou plus. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 71 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 29 % en milieu rural. Les différences interrégionales sont également très importantes. La proportion des naissances survenues dans un établissement de santé est de 81 % à Conakry et de moins de 40 % dans le reste du pays. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient de manière positive avec le niveau d'instruction : de 33 % chez les femmes sans instruction, le pourcentage passe à 56 % chez les femmes de niveau primaire, à 77 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe que 45 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé formé lors de l'accouchement : cette proportion a peu varié depuis 2005 date à laquelle elle était estimée à 38 % (graphique 2). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

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

Lors de l'EDS-MICS, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour 44 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 37 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (52 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 82 % des enfants ont reçu le BCG, 76 % la première dose de DTCoq/Pentavalent, 85 % la première dose de polio et 62 % la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par près de sept enfants sur dix (66 %).

Pour le DTCoq/Pentavalent et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 76 % pour la première dose de DTCoq/Pentavalent, la couverture tombe à 50 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 85 % et 51 %.

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au cours de la période 2005-2012 pour certains vaccins. En effet, la couverture vaccinale est passée de 79 % à 82 % pour le BCG, de 61 % à 66 % pour le polio 0, de 83 % à 85 % pour le polio 1, de 68 % à 71 % pour le polio 2, et de 50% à 62% pour la rougeole (graphique 3).

Tableau 7. Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

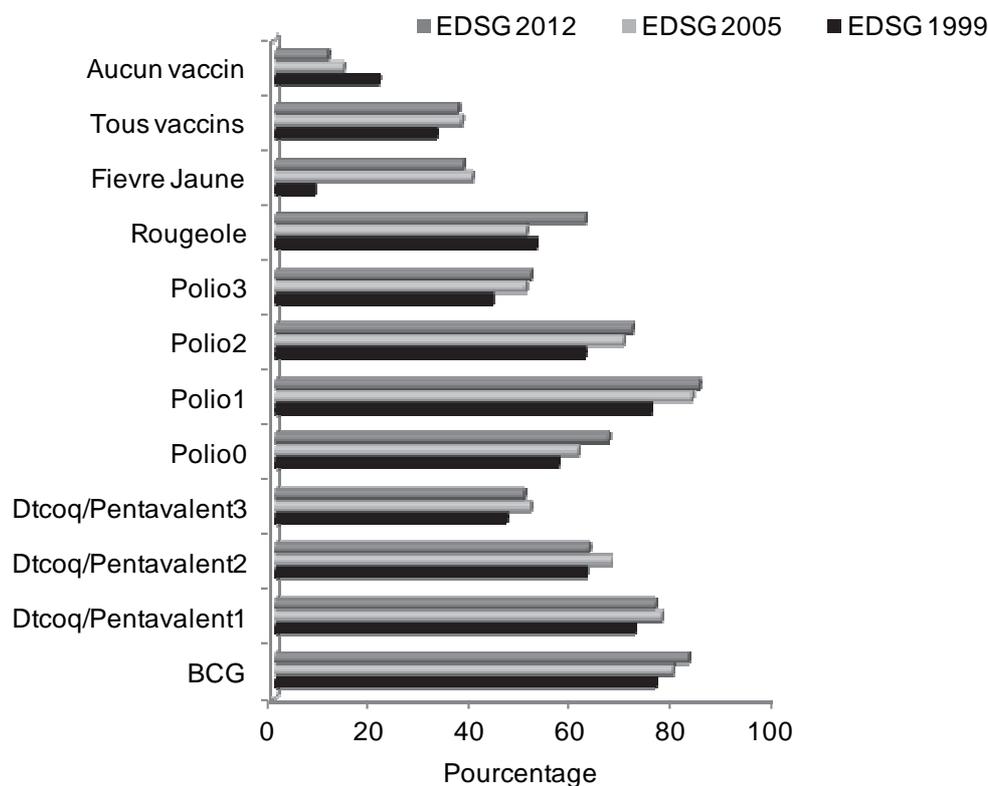
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTC0q/ Pentavalent 1	DTC0q/ Pentavalent 2	DTC0q/ Pentavalent 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Fièvre Jaune	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination		
													Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	
Sexe															
Masculin	82,5	78,3	65,8	52,3	67,6	85,9	74,5	54,3	62,8	39,8	39,1	11,1	48,3	675	
Féminin	82,2	73,3	58,7	47,0	64,9	82,9	68,1	47,9	60,6	35,0	33,6	10,6	39,3	622	
Milieu de résidence															
Urbain	92,8	87,9	75,5	60,2	87,0	93,4	79,5	58,4	74,7	43,9	45,0	3,1	53,6	336	
Rural	78,7	71,7	57,8	46,1	59,1	81,4	68,6	48,7	57,2	35,2	33,5	13,6	40,6	961	
Région administrative															
Boké	87,6	81,1	62,5	55,1	66,3	83,7	63,6	52,7	60,6	26,7	41,0	10,5	52,1	134	
Conakry	94,0	89,4	74,4	54,5	86,1	95,2	78,3	55,6	80,5	54,2	43,5	1,6	52,6	182	
Faranah	79,6	70,0	58,9	42,2	67,8	80,3	62,9	38,6	53,8	32,5	29,4	10,0	40,5	125	
Kankan	76,8	70,1	56,8	51,7	67,1	82,6	74,7	55,1	54,0	27,0	39,8	12,0	45,4	213	
Kindia	82,0	77,8	64,4	47,6	60,3	82,8	65,2	47,9	64,8	39,7	36,3	13,8	45,7	220	
Labe	66,6	60,3	46,7	35,0	49,4	73,1	63,9	43,3	42,8	35,8	23,9	22,9	33,1	115	
Mamou	68,7	61,5	47,5	27,2	46,0	76,5	61,0	40,1	47,0	31,6	19,3	19,3	35,4	99	
N'Zérékoré	91,7	83,8	73,4	65,8	72,9	91,9	87,8	63,2	73,0	44,9	43,3	4,8	40,2	209	
Région naturelle															
Conakry	94,0	89,4	74,4	54,5	86,1	95,2	78,3	55,6	80,5	54,2	43,5	1,6	52,6	182	
Basse Guinée	85,0	80,0	66,8	53,2	68,1	83,9	68,2	53,2	63,7	31,8	41,0	11,2	53,7	315	
Moyenne Guinée	69,0	62,5	45,7	30,9	43,1	75,0	58,4	38,7	46,9	37,7	20,7	21,6	29,4	253	
Haute Guinée	75,7	68,9	55,6	46,2	64,9	81,3	69,2	47,6	52,1	28,9	34,2	12,2	41,2	305	
Guinée Forestière	92,5	83,4	73,6	65,9	75,2	91,1	87,0	63,2	72,8	43,0	44,6	4,4	43,7	241	
Niveau d'instruction															
Aucun	80,6	73,8	59,1	46,1	62,3	83,1	69,6	49,3	57,0	34,5	32,9	12,2	42,7	1 001	
Primaire	82,5	76,5	64,3	53,6	70,6	83,7	69,5	50,0	71,9	47,0	42,5	9,9	37,7	160	
Secondaire et plus	94,9	90,9	84,6	71,9	90,8	95,8	87,0	67,1	84,9	48,4	55,8	2,4	61,2	135	
Ensemble	82,4	75,9	62,4	49,8	66,3	84,5	71,4	51,2	61,8	37,5	36,5	10,9	44,0	1 296	

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

² BCG, rougeole, les trois doses de DTC0q et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance). Non compris la fièvre jaune

Graphique 3 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois, EDSG 1999, EDSG 2005 et EDSG-MICS 2012



La couverture vaccinale complète varie d'une région à une autre. Dans trois régions, Conakry (44 %), N'Zérékoré (43 %) et Boké (41 %) plus de quatre enfants sur dix sont complètement vaccinés. À l'opposé, les enfants des régions de Mamou (19 %), Labé (24 %) et Faranah (29 %) sont les moins fréquemment vaccinés. L'instruction de la mère a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale des enfants : le taux de couverture vaccinale complète passe de 33 % quand la mère est sans instruction, à 43 % chez les enfants dont la mère a un niveau primaire, et à 56 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës (IRA), le fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si dans les deux semaines ayant précédé l'enquête l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 6 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 8 montre, qu'un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 37 % de ces enfants. Les enfants de moins de six mois (14 %), ceux de Kankan (16%) et ceux dont la mère n'a pas d'instruction (32 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins. On observe également que les enfants du milieu urbain ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (69 % contre 29 %) et que le sexe de l'enfant ne semble pas avoir influencé la décision de recherche d'un traitement (37 % aussi bien pour les garçons que pour les filles).

Dans l'ensemble, 29 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 8 révèle qu'un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 33 % d'entre eux. Les enfants du milieu rural (28 %), ceux des régions de Kankan (20 %) et de Mamou (23 %), et ceux dont la mère n'a pas d'instruction (29 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas avoir influencé la décision de recherche d'un traitement (34 % pour les garçons et 33 % pour les filles).

Par ailleurs, 16 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête. On voit dans le tableau 8 qu'un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 38 % de ces enfants. Par ailleurs, 34 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 37 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée. La recherche de traitement auprès d'un établissement de santé et le recours à la SRO et à la TRO sont plus élevées dans le milieu urbain que dans le milieu rural.

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

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou à qui on a donné des liquides de SRO préconditionnés et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	13,6	57	27,1	153	29,7	7,2	10,4	64
6-11	39,9	62	32,7	224	37,9	31,1	31,9	132
12-23	47,7	96	38,0	476	44,4	40,3	42,7	319
24-35	45,3	76	32,9	406	38,4	34,7	36,8	259
36-47	29,8	51	35,1	337	33,5	36,4	39,1	165
48-59	(36,6)	47	28,5	301	27,6	32,7	34,7	118
Sexe								
Masculin	37,3	206	33,7	989	39,6	36,8	38,8	561
Féminin	37,3	183	33,0	906	35,5	31,5	33,8	496
Milieu de résidence								
Urbain	68,6	85	52,9	396	48,9	46,2	47,0	286
Rural	28,5	303	28,2	1 500	33,5	29,9	32,6	770
Région administrative								
Boké	(52,0)	25	39,9	148	50,0	23,3	27,4	89
Conakry	(73,4)	58	56,1	221	50,3	48,8	50,0	194
Faranah	(43,5)	25	29,8	171	36,2	36,5	37,1	132
Kankan	16,3	59	19,9	343	22,3	29,7	29,7	179
Kindia	42,7	90	38,0	325	38,4	27,0	30,7	171
Labé	24,9	61	29,5	256	27,6	22,7	27,2	138
Mamou	30,3	34	23,0	88	33,1	20,0	24,6	75
N'Zérékoré	(13,0)	35	32,4	343	49,9	67,1	67,1	80
Région naturelle								
Conakry	(73,4)	58	56,1	221	50,3	48,8	50,0	194
Basse Guinée	46,2	109	40,1	421	40,7	25,4	29,5	223
Moyenne Guinée	26,3	102	27,6	395	32,9	22,6	26,9	249
Haute Guinée	20,1	75	20,2	430	25,1	31,1	31,1	262
Guinée Forestière	(22,6)	45	33,7	428	48,1	57,1	57,7	128
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	32,0	306	28,7	1 500	34,0	31,8	34,4	818
Primaire	(49,7)	50	40,7	213	46,8	45,8	46,6	132
Secondaire et plus	(68,3)	32	62,9	183	54,3	39,5	39,5	106
Ensemble	37,3	389	33,4	1 895	37,7	34,3	36,5	1 056

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

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

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés.

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées.

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est constituée la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 9. Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Guinée 2012

Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement							Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et consommant de l'eau seulement	Allaités et consommant des liquides non-lactés	Allaités et consommant d'autres laits	Allaités et consommant des aliments de complément						
0-1	1,6	46,7	39,8	4,6	5,9	1,4	100,0	98,4	194	2,5	200	
2-3	1,3	13,0	63,6	8,2	6,1	7,8	100,0	98,7	272	5,7	277	
4-5	2,5	9,0	60,7	7,9	5,2	14,5	100,0	97,5	262	7,7	266	
6-8	2,3	4,3	42,3	4,1	5,7	41,3	100,0	97,7	441	8,0	444	
9-11	4,1	0,7	27,1	2,5	1,1	64,5	100,0	95,9	262	7,5	266	
12-17	6,0	0,8	10,1	0,7	0,9	81,4	100,0	94,0	754	4,3	764	
18-23	24,9	0,4	3,1	0,6	0,5	70,5	100,0	75,1	493	4,8	532	
0-3	1,4	27,0	53,7	6,7	6,0	5,1	100,0	98,6	466	4,4	477	
0-5	1,8	20,5	56,2	7,1	5,7	8,5	100,0	98,2	728	5,5	743	
6-9	2,5	3,5	41,6	3,6	4,9	43,9	100,0	97,5	541	7,7	545	
12-15	7,3	0,8	10,0	0,8	1,3	79,8	100,0	92,7	539	4,3	545	
12-23	13,5	0,6	7,4	0,7	0,7	77,1	100,0	86,5	1 247	4,5	1 296	
20-23	34,0	0,5	1,8	0,7	0,3	62,8	100,0	66,0	282	5,9	310	

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autre laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

L'allaitement est une pratique très répandue en Guinée et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 98 % des enfants de moins de neuf mois sont allaités et, 96 % des enfants de 9-11 mois sont encore au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur cinq (21 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. : cette proportion a légèrement baissé depuis 2005 année à laquelle elle était estimée à 27 %. Dans 78 % des cas, ces enfants de 0-5 mois ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (56 %), des liquides non lactés (7 %), d'autres laits (6 %) et des suppléments solides ou semi-solides (9 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas correctement suivie : seulement 44 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, la proportion d'enfants de 0-5 mois nourris avec un biberon représente 6 %.

3.10 État nutritionnel des enfants

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

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 31 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14 %) sous la forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 16 % chez les enfants de 6-8 mois, il passe à 21 % chez ceux de 12-17 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 40 % parmi les enfants de 36-47 mois. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de sexe masculin (33 %) que ceux de sexe féminin (30 %) ; les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (36 % contre 18 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 34 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 25 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 17 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 10 % des enfants sont émaciés dont un peu moins de la moitié (4 %) sous la forme sévère. Les résultats indiquent aussi que les enfants de 12-17 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (20 %). Le niveau de malnutrition aiguë ne varie pas beaucoup selon la région de résidence et se situe entre 7 % et 9 % à l'exception de Kankan où la proportion atteint 18 %. On note aussi que 10 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont émaciés, contre 7 % quand elle a un niveau secondaire ou plus.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Environ 18 % des enfants en Guinée présentent une insuffisance pondérale dont un peu moins d'un tiers (5 %) sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (21 % contre 9 %), chez les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (20 % contre 9 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus). Enfin, il faut signaler que les régions de Kankan (25 %) et Labé (23 %) sont particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale.

Tableau 10 : État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹			Poids-pour-taille				Poids-pour-âge				Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen -ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	Score centré réduit moyen -ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	Score centré réduit moyen -ET	
Groupe d'âges en mois												
<6	2,7	10,2	0,1	6,6	12,2	7,4	-0,3	3,4	8,7	6,8	-0,2	368
6-8	5,3	16,1	0,0	4,8	15,4	7,4	-0,5	3,8	10,8	4,5	-0,5	217
9-11	6,4	9,3	0,0	4,2	13,7	2,6	-0,6	4,7	16,1	5,1	-0,5	136
12-17	7,6	21,3	-0,8	8,5	19,7	2,0	-0,9	6,1	21,7	1,0	-1,0	394
18-23	16,5	36,2	-1,4	4,9	14,1	2,3	-0,6	6,4	22,0	1,5	-1,1	286
24-35	18,5	39,6	-1,6	1,8	7,4	3,1	-0,2	6,6	19,5	1,3	-1,0	660
36-47	18,7	40,4	-1,6	1,8	5,2	4,0	-0,1	6,0	18,5	0,6	-1,0	722
48-59	15,9	36,7	-1,5	2,0	5,0	2,4	-0,2	3,6	19,6	0,0	-1,0	749
Sexe												
Masculin	14,7	32,7	-1,2	3,7	9,8	4,3	-0,3	5,0	17,4	1,8	-0,9	1 822
Féminin	12,7	29,6	-1,0	3,6	9,3	2,9	-0,3	5,3	18,5	1,7	-0,9	1 709
Milieu de résidence												
Urbain	7,0	17,5	-0,6	2,1	6,7	4,0	-0,2	2,1	9,4	2,1	-0,5	904
Rural	16,0	35,9	-1,3	4,1	10,5	3,5	-0,3	6,2	20,9	1,6	-1,0	2 628
Région administrative												
Boké	12,6	28,1	-1,0	2,6	8,5	6,0	-0,2	4,0	15,6	2,7	-0,7	362
Conakry	5,5	14,6	-0,3	1,8	7,2	2,9	-0,3	2,1	8,2	2,9	-0,4	448
Faranah	11,9	30,7	-1,2	2,7	9,2	3,4	-0,3	5,0	17,2	0,7	-0,9	335
Kankan	15,1	31,9	-1,3	8,1	17,9	2,4	-0,7	9,6	25,0	0,8	-1,2	627
Kindia	12,2	30,5	-1,0	2,7	6,7	4,4	-0,1	4,0	15,4	3,3	-0,6	546
Labé	18,8	36,9	-1,3	2,9	9,4	3,2	-0,3	5,3	22,7	1,0	-1,0	310
Mamou	20,8	40,8	-1,5	4,7	9,4	3,5	-0,4	7,0	20,4	1,0	-1,1	241
N'Zérékoré	15,7	37,9	-1,4	2,3	6,5	3,7	-0,1	3,9	18,8	1,3	-0,9	662
Région naturelle												
Conakry	5,5	14,6	-0,3	1,8	7,2	2,9	-0,3	2,1	8,2	2,9	-0,4	448
Basse Guinée	13,0	29,7	-1,0	2,2	6,3	5,5	-0,1	4,0	14,8	3,5	-0,6	811
Moyenne Guinée	17,7	37,0	-1,3	4,1	10,5	3,0	-0,4	5,8	21,5	0,8	-1,1	647
Haute Guinée	14,4	32,0	-1,3	6,5	15,0	2,7	-0,6	8,6	23,0	0,8	-1,2	861
Guinée Forestière	15,0	36,4	-1,4	2,5	7,4	3,7	-0,1	3,8	18,4	1,3	-0,9	764
Niveau d'instruction de la mère³												
Aucun	14,8	33,7	-1,2	4,1	10,3	3,1	-0,4	5,7	19,7	1,3	-1,0	2 498
Primaire	10,6	25,0	-0,8	2,4	9,4	3,7	-0,2	4,4	15,5	2,7	-0,7	361
Secondaire et plus	5,5	16,5	-0,5	2,1	7,1	7,0	-0,2	1,5	9,0	5,1	-0,4	317
Interview de la mère												
Mère interviewée	13,2	31,1	-1,1	3,7	10,0	3,6	-0,3	4,9	18,1	1,9	-0,9	3 107
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	(19,8)	(26,4)	(-1,3)	(2,4)	(7,3)	(0,0)	(-0,3)	(15,4)	(21,2)	(0,0)	(-0,9)	69
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	16,5	32,7	-1,2	3,0	6,5	4,4	-0,1	5,6	16,5	1,2	-0,8	355
Ensemble	13,7	31,2	-1,1	3,6	9,6	3,6	-0,3	5,2	18,0	1,8	-0,9	3 531

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type -ET par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance -mois et année et les mesures du poids et de la taille sont valables. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. ¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout.

² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée

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

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDS-MICS 2012 afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans un ménage sélectionné sur deux, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. De plus, tous les enfants de 6-59 mois de ces ménages ont également été testés, à condition que l'un des parents ou l'adulte responsable ait autorisé le test.¹ On a prélevé une goutte de sang qui a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test ont été immédiatement communiqués à ces personnes.

Le tableau 11 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes. Au niveau national, 77 % des enfants de moins de 6-59 mois sont anémiés : 24 % souffrent d'anémie légère, 45 % souffrent d'anémie modérée, et 8 % d'anémie sévère. Les enfants des zones rurales (79 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (69 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (9 %) est trois fois plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (3 %). C'est dans la région de Faranah (17 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

Tableau 11. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	68,5	30,4	35,3	2,8	823
Rural	79,4	22,1	48,0	9,2	2 423
Région administrative					
Boké	76,1	28,8	41,1	6,2	338
Conakry	68,9	35,6	31,8	1,4	406
Faranah	84,9	16,6	51,7	16,6	291
Kankan	83,1	20,7	54,0	8,4	567
Kindia	78,1	22,1	48,7	7,2	524
Labé	57,1	19,3	33,1	4,7	291
Mamou	68,1	25,0	36,2	6,9	220
N'Zérékoré	83,2	24,9	48,9	9,3	608
Région naturelle					
Conakry	68,9	35,6	31,8	1,4	406
Basse Guinée	75,9	25,4	44,2	6,4	772
Moyenne Guinée	65,9	21,4	38,2	6,4	602
Haute Guinée	83,5	19,4	52,9	11,1	772
Guinée Forestière	83,5	24,1	49,8	9,6	694
Ensemble	76,6	24,2	44,8	7,6	3 246
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	43,5	34,0	8,8	0,7	1 645
Rural	52,2	36,3	14,9	1,0	3 080
Région administrative					
Boké	53,4	36,0	15,9	1,6	494
Conakry	42,6	34,4	7,6	0,5	904
Faranah	60,7	44,0	15,7	1,0	406
Kankan	55,3	37,5	16,9	1,0	659
Kindia	50,9	35,7	14,4	0,8	679
Labé	36,9	29,2	7,2	0,5	408
Mamou	44,5	29,7	13,2	1,6	304
N'Zérékoré	49,4	35,7	13,0	0,8	873
Région naturelle					
Conakry	42,6	34,4	7,6	0,5	904
Basse Guinée	50,4	35,4	14,2	0,8	1 068
Moyenne Guinée	43,7	30,8	11,6	1,4	816
Haute Guinée	56,3	38,6	16,6	1,0	915
Guinée Forestière	51,6	37,5	13,3	0,8	1 023
Ensemble	49,1	35,5	12,7	0,9	4 726

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.

¹ Rappelons que les hommes de 15-59 ans ont aussi été testés pour l'anémie. Les résultats sur la prévalence de l'anémie chez les hommes seront présentés dans le rapport final.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 49 % des femmes souffrent d'anémie : 36 % souffrent d'anémie légère, 13 % d'anémie modérée et moins de 1 % d'anémie sévère. Les femmes des zones rurales (52 %) souffrent un peu plus d'anémie que celles des zones urbaines (44 %).

Par rapport aux résultats de l'EDSG de 2005, on observe une tendance à la baisse de la prévalence de l'anémie chez les femmes qui est passé de 53 % à 49 %.

3.12 Indicateurs du paludisme

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

En premier lieu, on constate au tableau 12 qu'en Guinée, un peu plus d'un ménage sur deux possède, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été imprégnée ou non (53 %). Cette proportion est de 55 % en milieu rural contre 48 % en milieu urbain. En ce qui concerne les MII, les résultats montrent que 47 % des ménages en possèdent, au moins, une : 50% des ménages du milieu rural et 42% de ceux du milieu urbain.

Les proportions d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire ou sous une MII sont respectivement de 29 % et de 26 %. Ces proportions sont plus élevées en milieu rural (30 % et 27% respectivement) qu'en urbain (28 % et 24 % respectivement). Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 51 %. On ne note pas de différence entre les milieux de résidence.

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, une sur trois s'est protégée contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire imprégnée ou non (33 %) ; la proportion de celles qui ont dormi sous une MII est de 28 %. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 59 %. Cette proportion est plus élevée en urbain (62 %) qu'en rural (58 %).

En Guinée, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID) reste relativement faible. Dans l'ensemble, les résultats du tableau 13 montrent que moins de 2 % des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leur habitation avaient été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide au cours des 12 derniers mois est de 27 %. En ce qui concerne les femmes enceintes, cette proportion est de 29 %.

Tableau 12. Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludiques, selon les milieux de résidence urbain et rural, Guinée 2012

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	47,7	2 325	54,8	4 784	52,5	7 109
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	41,8	2 325	50,1	4 784	47,4	7 109
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	27,7	1 932	29,7	5 194	29,2	7 126
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	23,9	1 932	26,9	5 194	26,1	7 126
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête	51,1	903	50,8	2 754	50,9	3 656
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	28,5	280	34,2	700	32,6	980
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	23,7	280	30,2	700	28,3	980
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	62,3	106	58,0	365	58,9	471
Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID)						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	2,4	2 325	1,4	4.784	1,7	7 109
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ¹	25,5	1 932	27,7	5 194	27,1	7 126
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois ¹	25,6	280	31,0	700	29,4	980
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernière naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludiques à titre préventif au cours de la grossesse	77,5	770	51,9	2 049	58,9	2 818
Pourcentage des dernière naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	26,3	770	14,7	2 049	17,8	2 818
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	22,7	1 770	31,9	4 678	29,4	6 448
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris:						
Une antipaludéen quelconque	33,8	402	26,6	1 493	28,1	1 895
SP/Fansidar	2,8	402	1,4	1 493	1,7	1 895
Chloroquine	10,1	402	10,0	1 493	10,0	1 895
Amodiaquine	9,7	402	5,7	1 493	6,5	1 895
Quinine	7,6	402	8,9	1 493	8,6	1 895
Combinaison thérapeutiques à base de artémisinine	3,3	402	0,8	1 493	1,4	1 895
Autre antipaludéen	2,7	402	1,2	1 493	1,5	1 895
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre :						
Un antipaludéen quelconque	21,7	402	15,6	1 493	16,9	1 895
SP/Fansidar	1,7	402	0,7	1 493	0,9	1 895
Chloroquine	7,4	402	5,7	1 493	6,1	1 895
Amodiaquine	5,1	402	2,9	1 493	3,4	1 895
Quinine	5,1	402	6,0	1 493	5,8	1 895
Combinaison thérapeutique à base d' artémisinine	1,5	402	0,2	1 493	0,5	1 895
Autre antipaludéen	1,8	402	0,6	1 493	0,9	1 895

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

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

Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-MICS, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Pour seulement 59 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Par contre, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatale n'est que de 18 %.

Dans l'ensemble, près de trois enfants sur dix a eu la fièvre au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête (29 %). Parmi ces enfants, 28 % ont pris un antipaludique quelconque, 10 % ont pris de la chloroquine, 9 % de la quinine, 7 % de l'amodiaquine et un peu plus de 1 % la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). La proportion des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, et qui ont pris un antipaludique quelconque, est plus importante en milieu urbain (34 %) qu'en milieu rural (27 %).

En outre, on constate que parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête 17 % ont pris un antipaludique quelconque le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. La proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque au moment recommandé est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (22 % contre 16 %).

3.13 Prévalence du paludisme

Les résultats du tableau 13a indiquent tout d'abord que le taux de couverture du test du paludisme est très élevé puisqu'un échantillon de sang a été prélevé pour 97 % des enfants éligibles. Ce taux de couverture est très élevé pour toutes les catégories d'enfants. Il est néanmoins légèrement plus faible pour les enfants du milieu urbain (95 %) et pour les enfants de Conakry (90 %).

Selon les résultats du TDR, la prévalence du paludisme est à 47 % pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois. Précisons que le TDR peut parfois détecter l'antigène après la mort des parasites infectieux (c'est-à-dire après traitement) et donc qu'un test positif peut légèrement surestimer l'infection paludéenne actuelle.

La prévalence selon la microscopie est de 44 %. Elle présente de fortes variations selon le milieu de résidence (53 % en milieu rural contre 18 % en milieu urbain). Au niveau des régions, c'est surtout Faranah (66 %) et N'Zérékoré (59 %) qui se distinguent avec les plus fortes prévalences alors qu'elle est la plus faible dans la ville de Conakry (3 %).

Tableau 13a. Couverture du test de Paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois éligibles au test de paludisme selon certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants de 6-59 mois testés pour :		Effectif d'enfants de 6-59 mois
	Test de Diagnostic Rapide (TDR)	Gouttes Epaisées (GE)	
Milieu de résidence			
Urbain	94,8	95,0	979
Rural	97,9	97,9	2 297
Région administrative			
Boké	99,1	99,1	346
Conakry	90,4	91,5	365
Faranah	96,7	96,2	450
Kankan	98,2	97,6	546
Kindia	98,5	98,5	408
Labé	98,1	98,1	374
Mamou	98,0	97,4	351
N'Zérékoré	96,1	97,5	436
Région naturelle			
Conakry	90,4	91,5	365
Basse Guinée	98,8	99,1	670
Moyenne Guinée	98,1	97,7	809
Haute Guinée	97,1	96,8	863
Guinée Forestière	97,0	97,7	569
Ensemble	96,9	97,0	3 276

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

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

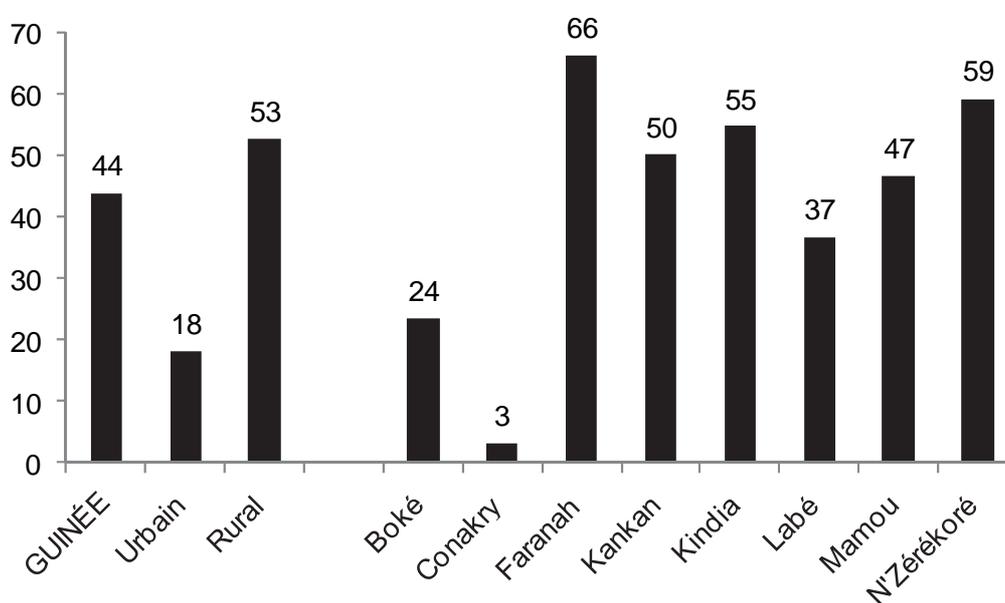
Tableau 13b. Prévalence du paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints de paludisme selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Tests de diagnostic rapide (TDR)		Gouttes épaisses (GE)	
	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants testés	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif testé au laboratoire
Milieu de résidence				
Urbain	15,7	815	18,1	823
Rural	57,5	2 409	52,6	2.412
Région administrative				
Boké	36,7	337	23,5	336
Conakry	3,2	400	3,2	408
Faranah	67,8	291	66,3	289
Kankan	64,7	563	50,1	563
Kindia	48,3	523	54,6	523
Labé	31,8	291	36,8	291
Mamou	39,1	219	46,7	217
N'Zérékoré	64,1	599	59,2	608
Région naturelle				
Conakry	3,2	400	3,2	408
Basse Guinée	42,1	770	44,4	772
Moyenne Guinée	38,4	600	38,7	596
Haute Guinée	65,3	768	53,8	768
Guinée Forestière	64,8	686	60,7	691
Ensemble	46,9	3 224	43,9	3 235

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

Graphique 4 : Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois.



3.14 Mortalité des enfants

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

Le tableau 14 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1998-2002 (10-14 ans avant l'enquête) à 2008-2012 (0-4 ans avant l'enquête). Pour la période des 5 dernières années, le risque de mortalité infantile est évalué à 67 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité

Tableau 14 : Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans

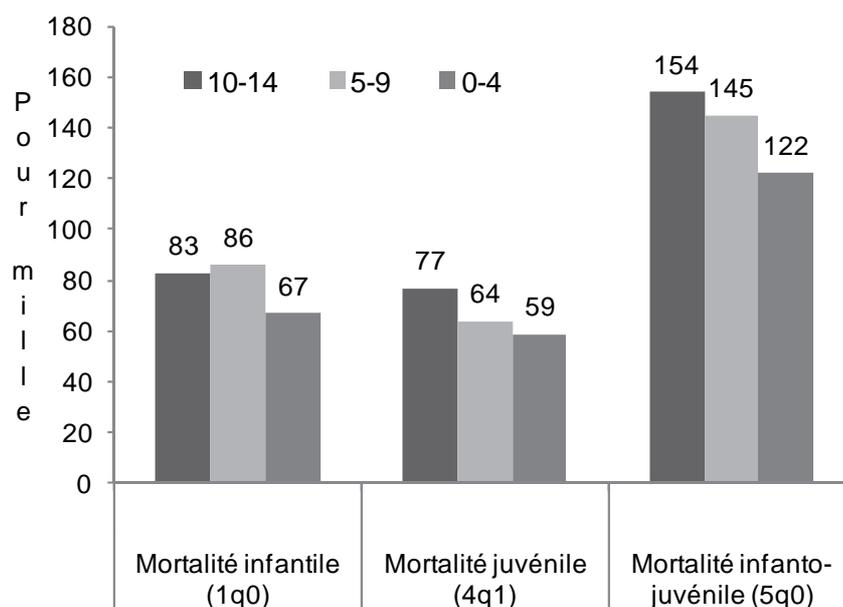
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, Guinée 2012

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2012-2008	34	33	67	59	122
5-9	2007-2003	48	39	86	64	145
10-14	2002-1998	44	40	83	77	154

¹ Calculé comme une différence entre la mortalité infantile et celle néo-natale.

juvénile s'établit, quant à lui, à 59 %. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 34 ‰ pour la mortalité néonatale et à 33 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 122 ‰. En d'autres termes, en Guinée, près d'un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Graphique 5 : Quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSG-MICS 2012



3.15 Connaissance du VIH/sida

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

On constate au tableau 15a que la grande majorité (95 %) des femmes et des hommes ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et, quelle que soit la caractéristique sociodémographique.

Cependant, ce niveau de connaissance est légèrement plus faible en milieu rural aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

On constate au tableau 15b que la majorité des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH. Plus de huit personnes sur dix (82 % des femmes et 86 % des hommes) pensent que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus. L'utilisation du condom comme moyen de prévention du VIH a été évoquée par 67 % des femmes et 79 % des hommes. Globalement, 63 % des femmes et 75 % des hommes connaissent ces deux moyens de prévention du VIH.

En outre, les résultats montrent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes ; cependant, même chez les femmes et les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être universel (respectivement 63 % et 75 %). On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent plus fréquemment ces deux moyens de prévention que ceux du milieu rural mais, là encore, le niveau de connaissance est loin d'être universel en milieu urbain (72 % des femmes et 82 % des hommes). Du point de vue régional, c'est dans la région de Labé que ces deux moyens de prévention ont été cités le moins fréquemment (47 % des femmes et 77 % des hommes).

Tableau 15a. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	94,4	3 661	91,9	1 358
15-19	92,5	2 023	88,8	777
20-24	96,8	1 638	96,1	581
25-29	95,7	1 606	96,7	514
30-39	95,1	2 295	96,8	810
40-49	93,7	1 581	95,3	670
État matrimonial				
Célibataire	95,3	2 054	93,0	1 636
A déjà eu des rapports sexuels	98,3	980	98,5	1 024
N'a jamais eu de rapports sexuels	92,6	1 074	83,6	612
En union	94,4	6 726	95,9	1 661
En rupture d'union	96,9	362	(97,3)	56
Milieu de résidence				
Urbain	98,2	3 322	97,9	1 360
Rural	92,7	5 820	92,2	1 992
Région administrative				
Boké	94,5	915	92,0	409
Conakry	99,2	1 893	99,3	778
Faranah	92,7	842	92,7	265
Kankan	98,2	1 240	97,7	457
Kindia	94,4	1 281	90,0	475
Labé	91,3	824	94,2	182
Mamou	94,4	590	95,2	166
N'Zérékoré	89,7	1 556	91,9	622
Région naturelle				
Conakry	99,2	1 893	99,3	778
Basse Guinée	95,8	1 990	92,6	794
Moyenne Guinée	91,1	1 621	90,9	437
Haute Guinée	96,0	1 782	95,7	619
Guinée Forestière	90,7	1 856	92,6	725
Niveau d'instruction				
Aucun	93,5	6 123	91,9	1 346
Primaire	93,9	1 270	89,5	632
Secondaire et plus	99,3	1 749	99,3	1 373
Ensemble 15-49	94,7	9 142	94,5	3 352,1
50-59	na	0	94,8	429,9
Ensemble 15-59	na	0	94,5	3 782,0

na: Non applicable

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

Tableau 15b. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en:				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en:			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ¹²	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ¹²	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	67,4	81,9	63,4	3 661	76,9	83,9	72,9	1 358
15-19	64,0	78,4	59,3	2 023	70,2	78,5	65,5	777
20-24	71,6	86,3	68,4	1 638	85,8	91,3	82,9	581
25-29	70,9	84,0	66,5	1 606	83,7	90,4	80,8	514
30-39	66,3	82,9	61,8	2 295	81,1	88,4	77,4	810
40-49	62,3	80,9	58,7	1 581	74,9	85,0	70,7	670
État matrimonial								
Célibataire	70,8	82,2	65,3	2 054	79,2	85,3	75,4	1 636
A déjà eu des rapports sexuels	77,3	86,4	70,9	980	87,7	92,9	84,2	1 024
N'a jamais eu de rapports sexuels	64,9	78,3	60,1	1 074	65,1	72,7	60,6	612
En union	65,1	82,1	61,4	6 726	77,8	87,2	74,2	1 661
En rupture d'union	76,7	87,2	72,0	362	(79,4)	(83,0)	(73,8)	56
Milieu de résidence								
Urbain	77,5	87,0	72,3	3 322	86,6	90,3	81,8	1 360
Rural	60,8	79,7	57,3	5 820	73,0	83,4	70,0	1 992
Région administrative								
Boké	69,4	85,3	66,4	915	74,6	83,2	71,0	409
Conakry	78,7	85,6	71,5	1 893	87,7	89,1	80,5	778
Faranah	72,8	85,7	69,1	842	67,7	86,7	64,1	264
Kankan	62,2	82,1	60,0	1 240	83,2	93,6	82,7	457
Kindia	68,1	78,8	64,5	1 281	72,2	82,4	69,2	475
Labé	52,6	75,9	47,0	824	67,7	77,2	56,8	181
Mamou	60,1	84,0	58,2	590	82,5	90,6	80,2	166
N'Zérékoré	60,6	80,8	57,2	1 556	77,8	83,4	76,9	622
Région naturelle								
Conakry	78,7	85,6	71,5	1 893	87,7	89,1	80,5	778
Basse Guinée	68,2	81,7	64,6	1 990	77,8	86,4	74,9	794
Moyenne Guinée	57,9	79,3	54,2	1 621	66,3	76,9	59,5	437
Haute Guinée	65,9	82,5	62,9	1 782	76,8	91,5	76,1	619
Guinée Forestière	62,1	82,2	59,0	1 856	78,3	84,1	76,5	725
Niveau d'instruction								
Aucun	62,4	80,0	58,5	6 123	69,3	81,6	65,6	1 346
Primaire	68,2	82,2	63,8	1 270	74,8	80,2	69,5	632
Secondaire et plus	81,4	90,9	76,9	1 749	89,3	93,5	86,2	1 373
Ensemble 15-49	66,9	82,3	62,7	9 142	78,5	86,2	74,8	3 352
50-59	na	na	na	0	67,9	85,6	65,2	430
Ensemble 15-59	na	na	na	0	77,3	86,2	73,7	3 782

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.16 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

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

On constate au tableau 16a que près de 3 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Les femmes en rupture d'union (6 %) et celles célibataires (5 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois que les femmes en union (2 %). Ce comportement est aussi plus courant en milieu urbain qu'en milieu rural (3 % contre 2 %) et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente, passant de 2 % chez les femmes sans instruction à 3 % chez celles de niveau d'études primaire et à 4 % chez celles du niveau secondaire ou plus. Au niveau régional, ce comportement varie d'un minimum de moins de 1 % dans les régions de N'Zérékoré, Kankan et Mamou à un maximum de 13 % à Labé.

Tableau 16a. Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes:		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	2,9	3 661	36,6	106	1,6	2 606
15-19	2,2	2 023	29,7	44	1,5	1 105
20-24	3,8	1 638	41,5	62	1,7	1 501
25-29	3,3	1 606	42,5	53	1,8	1 578
30-39	1,9	2 295	21,8	44	1,8	2 286
40-49	1,3	1 581	4,9	21	1,7	1 577
État matrimonial						
Célibataire	4,8	2 054	54,0	99	2,3	973
En union	1,6	6 726	9,6	105	1,6	6 713
En rupture d'union	5,7	362	41,0	21	2,3	362
Milieu de résidence						
Urbain	3,0	3 322	40,2	99	1,9	2 702
Rural	2,2	5 820	25,7	126	1,6	5 345
Région administrative						
Boké	1,0	915	47,1	10	1,4	797
Conakry	2,9	1 893	44,5	55	1,9	1 483
Faranah	1,1	842	19,1	9	1,4	756
Kankan	0,5	1 240	14,2	6	1,5	1 131
Kindia	1,8	1 281	18,9	23	1,7	1 168
Labé	12,8	824	25,9	106	2,5	742
Mamou	0,3	590	0,0	2	1,3	536
N'Zérékoré	0,9	1 556	59,8	14	1,7	1 435
Région naturelle						
Conakry	2,9	1 893	44,5	55	1,9	1 483
Basse Guinée	1,6	1 990	27,3	32	1,7	1 772
Moyenne Guinée	6,6	1 621	25,5	107	1,9	1 471
Haute Guinée	0,5	1 782	9,6	8	1,5	1 616
Guinée Forestière	1,1	1 856	49,1	21	1,7	1 706
Niveau d'instruction						
Aucun	1,8	6 123	19,7	113	1,6	5 812
Primaire	2,9	1 270	24,9	37	1,9	988
Secondaire et plus	4,3	1 749	54,4	74	2,1	1 247
Ensemble	2,5	9 142	32,1	224	1,7	8 048

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne

Parmi les femmes ayant eu deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, 32 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels, le nombre moyen de partenaires sur la durée de vie est de 1,7 : ce nombre moyen varie d'un minimum de 1,3 dans la région de Mamou à un maximum de 2,5 dans celle de Labé.

Le tableau 16b présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 20 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Les hommes en union, y compris les polygames (24 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Comme chez les femmes, ce comportement est plus fréquent chez les hommes sans instruction (20 %) que chez les hommes de niveau primaire (16 %) et ceux de secondaire ou plus (18 %). Au niveau régional, la région de Kankan enregistre la plus grande proportion avec près de 30 % alors que pour Boké et Mamou les pourcentage sont respectivement de 12 % et 11 %.

Tableau 16b Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Guinée 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes:		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois:		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	10,0	1 358	54,0	136	3,4	760
15-19	5,8	777	46,2	45	2,5	273
20-24	15,6	581	57,9	91	3,9	488
25-29	20,7	514	44,0	107	5,1	472
30-39	23,6	810	11,8	192	4,9	777
40-49	27,3	670	7,4	183	5,4	652
État matrimonial						
Célibataire	13,3	1 636	58,8	217	4,2	995
En union	23,8	1 661	6,7	395	4,8	1 616
En rupture d'union	(8,4)	56	*	5	(7,1)	50
Milieu de résidence						
Urbain	17,7	1 360	44,0	241	4,8	1 031
Rural	18,8	1 992	13,4	375	4,5	1 630
Région administrative						
Boké	11,5	409	30,1	47	3,7	308
Conakry	16,7	778	49,7	130	4,8	570
Faranah	20,9	264	16,1	55	3,9	223
Kankan	29,9	457	23,5	137	5,5	385
Kindia	13,2	475	20,3	63	3,6	371
Labé	20,7	181	33,6	38	4,2	154
Mamou	11,0	166	18,0	18	3,1	136
N'Zérékoré	20,8	622	6,2	129	5,9	514
Région naturelle						
Conakry	16,7	778	49,7	130	4,8	570
Basse Guinée	12,8	794	26,3	102	3,8	611
Moyenne Guinée	14,5	437	25,1	63	3,4	358
Haute Guinée	27,7	619	21,5	171	4,8	525
Guinée Forestière	20,7	725	8,2	150	5,8	596
Niveau d'instruction						
Aucun	20,0	1 346	7,2	269	4,2	1 185
Primaire	15,8	632	18,3	100	5,1	422
Secondaire et plus	18,0	1 373	47,9	248	4,9	1 054
Ensemble 15-49	18,4	3 352	25,4	617	4,6	2 661
50-59	35,6	430	1,5	153	5,1	416
Ensemble 15-59	20,4	3 782	20,6	770	4,7	3 077

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 21 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. C'est parmi les célibataires que l'utilisation du condom est la plus élevée (59 %, contre 7 % pour les hommes en union). Au niveau régional, c'est à Conakry (50 %), à Labé (34 %) et à Boké (30 %), ainsi qu'en milieu urbain (44 %) que le condom est le plus fréquemment utilisé.

Pour les hommes ayant deux partenaires sexuels ou plus, l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels augmente au fur et à mesure que le niveau de scolarisation augmente. Ainsi les pourcentages passent de 7 % chez les hommes sans instruction à 18 % chez les hommes du niveau primaire et à 48 % chez ceux du secondaire ou plus.

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 4,7 partenaires sexuels au cours de leur vie : ce nombre moyen varie d'un minimum de 3,1 dans la région de Mamou à un maximum de 5,9 dans celle de N'Zérékoré.

