Guinée 2005

Guinée

Enquête Démographique et de Santé

2005

Enquête Démographique et de Santé

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005

Direction Nationale de la Statistique
Ministère du Plan
Conakry, Guinée

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Avril 2006

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

Mamadou Badian DIALLO (DNS)
Fatoumata DANFACA (DNS)
M'Balou BERETE (DNS)
Mamadou Chérif BAH (DNS)
Ibrahima DIALLO (DNS)
Mamadou Dian BAH (BCRG)
Dr Yéro Boye CAMARA (Ministère de la Santé)
Abdoulaye DIALLO (DNS)
Marie-Anne DOUALAMOU (DNS)
Oumar DIALLO (DNS)
Dr Kaba KOUROUMA (CNTS)
Noah BARTLETT (ORC Macro)
Mohamed AYAD (ORC Macro)
Monique BARRÈRE (ORC Macro)

Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III), qui a été menée en 2005 par la Direction Nationale de la Statistique (DNS) du Ministère du Plan.

L'EDSG-III a été réalisée avec l'appui financier de l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale, à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et l'UNICEF. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH.

Des informations complémentaires sur l'EDSG-III peuvent être obtenues auprès de la Direction Nationale de la Statistique (DNS), BP 221, Conakry, Guinée. Téléphone : (224) 41-45-67/41-38-36 ; Fax : (224) 41-30-59 ; e-mail : dnstat@biasy.net et bnr-stat@biasy.net

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

Citation recommandée :

Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) et ORC Macro. 2006. *Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005.* Calverton, Maryland, U.S.A. : DNS et ORC Macro.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Liste des tableaux et des graphiques ix
Préface xvii
Résumé xix
Indicateurs du Millénaire xxv
Carte du Guinée xxvi

CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE
Mamadou Badian DIALLO

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS 1

1.1.1 Situation géographique 1
1.1.2 Organisation politico administrative 2
1.1.3 Aperçu socio-économique 3
1.1.4 Milieu humain et démographie 4
1.1.5 Politique de population 6
1.1.6 Politique de santé 7

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE 9

1.2.1 Organisation de l'EDSG-III 9
1.2.2 Objectifs de l'EDSG-III 9
1.2.3 Questionnaires 10
1.2.4 Échantillonnage 13
1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH 14
1.2.6 Personnel de l'EDSG-III 15
1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSG-III 15

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES
Fatoumata DANFACA

2.1 POPULATION DES MÉNAGES 19

2.1.1 Structure par sexe et âge de la population 19
2.1.2 Taille et composition des ménages 21

2.2 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE 21
2.3 CONDITIONS DE VIE 26

2.3.1 Caractéristiques des logements 26
2.3.2 Biens durables possédés par les ménages 28

2.3.3 Bien-être économique des ménages 29

2.4 SITUATION DES ORPHELINS 30

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS
M'Balou BERETE

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS 33
3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION 36
3.3 ALPHABÉTISATION.....39
3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS 41
3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE 44
3.6 STATUT DE LA FEMME 50

3.6.1 Revenu et contribution aux dépenses du ménage 50
3.6.2 Prise de décision dans le ménage 52
3.6.3 Opinion des femmes sur la violence conjugale 54
3.6.4 Opinion des femmes sur le refus d'avoir des rapports sexuels 56

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ
Abdoulaye DIALLO

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE 58
4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ 62
4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE 63
4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....66
4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE.....68
4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES.....70

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE
Mamadou Chérif BAH

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION 73
5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION 78

5.2.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque 78
5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception 80

5.3 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION.....74
5.4 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE 74
5.5 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION 76
5.6 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION.....77

5.6.1 Intention d'utiliser la contraception à l'avenir 77
5.6.2 Raison de non utilisation de la contraception.....78
5.6.3 Méthode future préférée 78

5.7 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....79

5.7.1 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale....81

5.8 OPINIONS ET ATTITUDES DES COUPLES FACE À LA PLANIFICATION FAMILIALE....83

5.8.1 Discussion de la planification familiale avec le conjoint....83
5.8.2 Opinion des couples face à la planification familiale....83

CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE
Ibrahima DIALLO

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL....95
6.2 POLYGAMIE....97
6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION....98
6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS....101
6.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE....105
6.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE....107
6.7 MÉNOPAUSE....110

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ
Noah BARTLETT

7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)....111
7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE....114
7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS....116
7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ....119

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA REPRODUCTION
Mamadou Dian BAH

8.1 SOINS PRÉNATALS....123

8.1.1 Composants des soins prénatals....126
8.1.2 Vaccination antitétanique....127

8.2 ACCOUCHEMENT....129

8.2.1 Lieu d'accouchement....129
8.2.2 Assistance lors de l'accouchement....131

8.3 SOINS POSTNATALS....133
8.4 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ....135

CHAPITRE 9 SANTÉ DE L'ENFANT
Mamadou Dian BAH

9.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT....137

9.2 VACCINATION DES ENFANTS 139
9.3 MALADIES DES ENFANTS 143

CHAPITRE 10 ALLAITEMENT MATERNEL ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES
Oumar DIALLO

10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT 151

10.1.1 Début de l'allaitement maternel 151
10.1.2 Allaitement exclusif et introduction de l'alimentation de complément .. 154
10.1.3 Durée et fréquence de l'allaitement maternel 156
10.1.4 Type d'aliments de complément 157

10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS 158

10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages 158
10.2.2 Consommation de micronutriments chez les enfants 160
10.2.3 Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes 162

10.3 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE 164
10.4 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS 167

10.4.1 Méthodologie 167
10.4.2 Retard de croissance 170
10.4.3 Émaciation 173
10.4.4 Insuffisance pondérale 174
10.4.5 Tendance de la malnutrition 175

10.5 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES 176

CHAPITRE 11 PALUDISME
Ibrahima Diallo

11.1 SITUATION DU PALUDISME ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN GUINÉE 179

11.2 PRÉVENTION DU PALUDISME 180

11.2.1 Disponibilité de moustiquaires 180
11.2.2 Utilisation des moustiquaires 183
11.2.3 Chimioprévention chez la femme enceinte 186

11.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS 190

CHAPITRE 12 MORTALITÉ DES ENFANTS
Abdoulaye DIALLO

12.1 METHODOLOGIE ET QUALITE DES DONNEES 195
12.2 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS 197
12.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE 199
12.4 MORTALITÉ PÉRINATALE 203
12.5 MORTALITÉ ET GROUPES À HAUTS RISQUES 205

CHAPITRE 13 MORTALITÉ MATERNELLE
Mohamed AYAD

13.1 COLLECTE DES DONNEES 210
13.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES 210
13.3 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE 213
13.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 216
13.5 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 217
13.6 DISCUSSION 218

CHAPITRE 14 EXCISION
Marie-Anne DOUALAMOU

14.1 PRATIQUE DE L'EXCISION 222

14.1.1 Prévalence de l'excision 222
14.1.2 Âge des enquêtées à l'excision 224
14.1.3 Personne qui a procédé à l'excision 226

14.2 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES

14.2.1 Excision des filles et complications 232

14.3 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION 233

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

15.1 CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES 246

15.1.1 Connaissance des moyens de prévention et de transmission 247
15.1.2 Stigmatisation 254
15.1.3 Opinions 257

15.2 POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA 258
15.3 RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM 261
15.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 265

15.5 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES 266

CHAPITRE 16 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS
Dr Kaba KOUROUMA

16.1 PROTOCOLE DE TEST DU VIH 276

16.1.1 Collecte 277
16.1.2 Procédures de laboratoire 277
16.1.3 Traitement informatique et restitution des résultats 279

16.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH 280
16.3 PRÉVALENCE DU VIH 283

16.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques 283
16.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques 287
16.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risques 288
16.3.4 Prévalence du VIH et autres facteurs de risques 292
16.3.5 Prévalence du VIH parmi les couples 293

RÉFÉRENCES 295

ANNEXE A PLAN DE SONDAGE

A.1 INTRODUCTION 297
A.2 BASE DE SONDAGE 297
A.3 ÉCHANTILLONNAGE 298
A.4 PROBABILITÉS DE SONDAGE 299
A.5 RÉSULTATS DES ENQUÊTES 299

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE 307

ANNEXE C TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES 323

ANNEXE D PERSONNEL DE L'EDSG-III 2005 329

ANNEXE E QUESTIONNAIRES 333

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Page

CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base 6
Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon 14

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et résidence 20
Tableau 2.2 Composition des ménages 21
Tableau 2.3.1 Niveau d'instruction de la population des ménages – femmes 22
Tableau 2.3.2 Niveau d'instruction de la population des ménages – hommes 23
Tableau 2.4 Taux de fréquentation scolaire 25
Tableau 2.5 Caractéristiques des logements 27
Tableau 2.6 Biens durables possédés par les ménages 28
Tableau 2.7 Quintiles de bien-être économique 30
Tableau 2.8 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents 31
Tableau 2.9 Scolarisation des enfants de 10-14 ans orphelins ou non et selon la résidence avec les parents 32

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population 20
Graphique 2.2 Taux de fréquentation scolaire par âge 24
Graphique 2.3 Survie des parents des enfants de moins de 15 ans et résidence des enfants avec les parents 31

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

Tableau 3.1 Répartition par âge des enquêtés 34
Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés 35
Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques - femmes 37
Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques - hommes 38
Tableau 3.4.1 Alphabétisation – femmes 39
Tableau 3.4.2 Alphabétisation – hommes 40
Tableau 3.5.1 Exposition aux médias – femmes 42
Tableau 3.5.2 Exposition aux médias – hommes 43
Tableau 3.6 Emploi 45
Tableau 3.7.1 Occupation des femmes 47
Tableau 3.7.2 Occupation des hommes 48
Tableau 3.8 Type d'emploi 49
Tableau 3.9 Type d'employeur 50
Tableau 3.10 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage 51

Tableau 3.11 Contrôle du revenu des femmes 52
Tableau 3.12 Participation des femmes dans la prise de décision 53
Tableau 3.13 Participation des femmes dans la prise de décision selon certaines caractéristiques sociodémographiques 54
Tableau 3.14 Opinion des femmes concernant le fait qu'un mari batte sa femme 55
Tableau 3.15 Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint 56

Graphique 3.1 Proportion d'analphabètes parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans 41

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

Tableau 4.1 Fécondité actuelle....58
Tableau 4.2 Fécondité selon certaines caractéristiques sociodémographiques 60
Tableau 4.3 Fécondité par âge selon trois sources 62
Tableau 4.4 Tendance de la fécondité par âge 63
Tableau 4.5.1 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes....64
Tableau 4.5.2 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes....65
Tableau 4.6 Intervalle intergénésique 67
Tableau 4.7 Âge à la première naissance 68
Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance selon certaines caractéristiques sociodémographiques 69
Tableau 4.9 Grossesse et fécondité des adolescentes....70

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 59
Graphique 4.2 Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 61
Graphique 4.3 Taux de fécondité par âge selon l'EDSG-I 1992, l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005....62
Graphique 4.4 Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDSG-III 63
Graphique 4.5 Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde selon l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005 71

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

Tableau 5.1.1 Connaissance des méthodes contraceptives - femmes....75
Tableau 5.1.2 Connaissance des méthodes contraceptives - hommes....76
Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques 77
Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque 73
Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception 80
Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques 73
Tableau 5.6 Nombre d'enfants à la première utilisation....84
Tableau 5.7 Connaissance de la période féconde....85
Tableau 5.8 Source d'approvisionnement 86
Tableau 5.9 Utilisation future 87

Tableau 5.10 Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception 88
Tableau 5.11 Méthode contraceptive future préférée 88
Tableau 5.12.1 Exposition aux messages sur la planification familiale : femmes 90
Tableau 5.12.2 Exposition aux messages sur la planification familiale : hommes 91
Tableau 5.13 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale 92
Tableau 5.14 Discussion de la planification familiale avec le conjoint 93
Tableau 5.15 Opinion des couples face à la planification familiale 94

Graphique 5.1 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union 81
Graphique 5.2 Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union 1992, 1999 et 2005 81
Graphique 5.3 Intention d'utiliser la contraception par les femmes en union non utilisatrices 87

CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Tableau 6.1 État matrimonial actuel 96
Tableau 6.2 Nombre de co-épouses et d'épouses 98
Tableau 6.3 Âge à la première union 99
Tableau 6.4 Âge médian à la première union 100
Tableau 6.5 Âge aux premiers rapports sexuels 102
Tableau 6.6 Âge médian aux premiers rapports sexuels 103
Tableau 6.7.1 Activité sexuelle récente - femmes 105
Tableau 6.7.2 Activité sexuelle récente - hommes 107
Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum 108
Tableau 6.9 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques 109
Tableau 6.10 Ménopause 110

Graphique 6.1 Proportion de femmes célibataires par âge selon différentes sources, 1992-2005 96
Graphique 6.2 Âge médian à la première union des femmes et des hommes 101
Graphique 6.3 Âge médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels 104

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 112
Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques 113
Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale 115
Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants 117
Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques sociodémographiques 119
Tableau 7.6 Planification de la fécondité 120
Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée 121

Graphique 7.1 Désir d'enfant supplémentaire des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants 112
Graphique 7.2 Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes 118

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Tableau 8.1 Soins prénatals 124
Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse 125
Tableau 8.3 Composants des visites prénatales 127
Tableau 8.4 Vaccination antitétanique 128
Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement 130
Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement 132
Tableau 8.7 Soins postnatals 134
Tableau 8.8 Problèmes d'accès aux soins de santé 136

Graphique 8.1 Soins prénatals par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques 125
Graphique 8.2 Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement, 1992-2005 131
Graphique 8.3 Assistance à l'accouchement par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques 133

CHAPITRE 9 SANTÉ DE L'ENFANT

Tableau 9.1 Caractéristiques de l'accouchement 138
Tableau 9.2 Vaccinations selon les sources d'information 139
Tableau 9.3 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques 141
Tableau 9.4 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre 144
Tableau 9.5 Médicaments donnés pour traiter la fièvre 145
Tableau 9.6 Prévalence de la diarrhée 146
Tableau 9.8 Traitement de la diarrhée 148
Tableau 9.9 Alimentation pendant la diarrhée 149

Graphique 9.1 Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques 142
Graphique 9.2 Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon trois sources, 1992-2005 142
Graphique 9.3 Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée selon l'âge 145

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

Tableau 10.1 Allaitement initial 153
Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant 155
Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement 156
Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête 158
Tableau 10.5 Sel iodé dans le ménage 159

Tableau 10.6 Consommation de micronutriments 161
Tableau 10.7 Consommation de micronutriments par les mères 163
Tableau 10.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants 165
Tableau 10.9 Prévalence de l'anémie chez les femmes 166
Tableau 10.10 État nutritionnel des enfants 169
Tableau 10.11 État nutritionnel des femmes par caractéristiques sociodémographiques 178

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans 155
Graphique 10.2 Durée médiane de l'allaitement dans certains pays d'Afrique de l'Ouest 157
Graphique 10.3 État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 171
Graphique 10.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance 172
Graphique 10.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés 173
Graphique 10.6 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005 175
Graphique 10.7 Tendances du retard de croissance, selon la région naturelle 176

CHAPITRE 11 PALUDISME

Tableau 11.1 Possession de moustiquaires 181
Tableau 11.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants 184
Tableau 11.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes 186
Tableau 11.4 Utilisation de traitement préventif intermittent au cours de la grossesse 187
Tableau 11.5 Utilisation de Fansidar pour le traitement intermittent (TI) 189
Tableau 11.6 Prévalence et traitement précoce de la fièvre 191
Tableau 11.7 Différents antipaludéens et prise précoce 193

Graphique 11.1 Possession de moustiquaires par les ménages 182
Graphique 11.2 Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans 185
Graphique 11.3 Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse 188

CHAPITRE 12 MORTALITÉ DES ENFANTS

Tableau 12.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans 197
Tableau 12.2 Mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques 200
Tableau 12.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants 202
Tableau 12.4 Mortalité périnatale 204
Tableau 12.5 Comportement procréateur à hauts risques 206

Graphique 12.1 Tendances de la mortalité infantile, juvénile et infanto juvénile 199
Graphique 12.2 Tendances de la mortalité infantile et infanto juvénile selon différentes sources, 1999-2005 199
Graphique 12.3 Mortalité infantile et juvénile selon la région administrative 201
Graphique 12.4 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances 203

CHAPITRE 13 MORTALITÉ MATERNELLE

Tableau 13.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs 211
Tableau 13.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs 212
Tableau 13.3 Estimation de la mortalité adulte par âge 213
Tableau 13.4 Estimation directe de la mortalité maternelle 216
Tableau 13.5 Estimation indirecte de la mortalité maternelle 218

Graphique 13.1 Taux de mortalité féminine pour la période 0-9 ans avant l'enquête et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges 215
Graphique 13.2 Taux de mortalité masculine pour la période 0-9 ans avant l'enquête et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges 215
Graphique 13.3 Intervalle de confiance du taux de mortalité maternelle dans l'EDSG-II et l'EDSG-III 217

CHAPITRE 14 EXCISION

Tableau 14.1 Connaissance et pratique de l'excision 223
Tableau 14.2 Âge des enquêtées á l'excision 225
Tableau 14.3 Personne qui a procédé á l'excision 227
Tableau 14.4 Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées 229
Tableau 14.5 Type d'excision des filles 230
Tableau 14.6 Âge des filles à l'excision 231
Tableau 14.7 Personne qui a procédé á l'excision des filles 232
Tableau 14.8 Excision des filles et complications 233
Tableau 14.9.1 Avantages pour une fille d'être excisée : femmes 234
Tableau 14.9.2 Avantages pour une fille d'être excisée : hommes 235
Tableau 14.10.1 Avantages pour une fille de ne pas être excisée : femmes 237
Tableau 14.10.2 Avantages pour une fille de ne pas être excisée : hommes 238
Tableau 14.11 Croyance au sujet de l'excision 239
Tableau 14.12.1 Opinion par rapport á l'excision selon les caractéristiques socio-démographiques : femmes 240
Tableau 14.12.2 Opinion par rapport á l'excision selon les caractéristiques socio-démographiques : hommes 242
Tableau 14.13 Opinion des femmes et des hommes par rapport á l'excision 243

Graphique 14.1 Pratique de l'excision selon l'ethnie 224
Graphique 14.2 Âge à l'excision des mères et des filles 226
Graphique 14.3 Personne qui a procédé à l'excision des femmes enquêtées et des filles 227
Graphique 14.4 Proportions de femmes et d'hommes favorables à la disparition de la pratique de l'excision selon la région 241

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

Tableau 15.1 Connaissance du sida 246
Tableau 15.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH 247

Tableau 15.3.1 Idées erronées à propos du sida - femmes 249
Tableau 15.3.2 Idées erronées à propos du sida - hommes 251
Tableau 15.4 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 253
Tableau 15.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH - femmes 255
Tableau 15.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH - hommes 256
Tableau 15.6 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint 257
Tableau 15.7 Adultes qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans 258
Tableau 15.8 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats 259
Tableau 15.9 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH 261
Tableau 15.10.1 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques - femmes 262
Tableau 15.10.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques - hommes 264
Tableau 15.11 Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés 265
Tableau 15.12 Connaissance par les jeunes des moyens de prévention du VIH et d'un endroit où se procurer des condoms 267
Tableau 15.13 Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels 269
Tableau 15.14 Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes 270
Tableau 15.15 Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux 271
Tableau 15.16 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois par les jeunes de 15-24 ans 272
Tableau 15.17 Disparité d'âges entre partenaires sexuels 273

Graphique 15.1 Recherche de conseils et de traitement pour les IST 266

CHAPITRE 16 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS

Tableau 16.1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence 281
Tableau 16.2 Couverture du test du VIH selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique 282
Tableau 16.3 Prévalence du VIH selon l'âge 284
Tableau 16.4 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques 286
Tableau 16.5 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques 287
Tableau 16.6 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel ... 289
Tableau 16.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans 291
Tableau 16.8 Prévalence du VIH selon la prévalence des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête 292
Tableau 16.9 Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH 293
Tableau 16.10 Prévalence du VIH parmi les couples 294

Graphique 16.1 Algorithme de dépistage du VIH Laboratoire National de Référence de Guinée EDSG-III 279
Graphique 16.2 Prévalence du VIH par sexe et âge 284

ANNEXE A PLAN DE SONDAGE

Tableau A.1 Répartition des ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH, 1996) 297
Tableau A.2 Répartition de l'échantillon entre les régions et par milieu de résidence 298
Tableau A.3 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des femmes 300
Tableau A.4 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des hommes 301
Tableau A.5 Couverture du test du VIH selon certaines variables sociodémographiques : femmes 302
Tableau A.6 Couverture du test du VIH selon certaines variables sociodémographiques : hommes 303
Tableau A.7 Couverture du test du VIH parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques du comportement sexuel 304
Tableau A.8 Couverture du test du VIH parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques du comportement sexuel 305

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage 310
Tableau B.2 Erreurs de sondage - Échantillon National 311
Tableau B.3 Erreurs de sondage – Échantillon Urbain 312
Tableau B.4 Erreurs de sondage – Échantillon Rural 313
Tableau B.5 Erreurs de sondage – Échantillon Boké 314
Tableau B.6 Erreurs de sondage – Échantillon Conakry 315
Tableau B.7 Erreurs de sondage – Échantillon Faranah 316
Tableau B.8 Erreurs de sondage – Échantillon Kankan 317
Tableau B.9 Erreurs de sondage – Échantillon Kindia 318
Tableau B.10 Erreurs de sondage – Échantillon Labé 319
Tableau B.11 Erreurs de sondage – Échantillon Mamou 320
Tableau B.12 Erreurs de sondage – Échantillon N'Zérékoré 321

ANNEXE C TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages 323
Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées 324
Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés 324
Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement 325
Tableau C.4 Naissances par année de naissance 325
Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours 326
Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois 327

PRÉFACE

La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III) fait suite aux enquêtes réalisées en 1992 et 1999 par la Direction Nationale de la Statistique (DNS). Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États Unis pour le Développement (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de la Banque Mondiale à travers le projet d'appui au programme multisectoriel de lutte contre le VIH/sida exécuté par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) et du Gouvernement Guinéen. La supervision technique de l'opération a été assurée par le Bureau d'Études américain, ORC Macro, spécialisé dans les enquêtes démographiques et de santé.

La réalisation de l'EDSG-III s'inscrit dans le cadre de la mise en place des outils de suivi et évaluation de la Stratégie de Réduction de la pauvreté (SRP), des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des programmes et projets du secteur de la santé. Par rapport aux deux premières enquêtes Démographique et de Santé, l'EDSG-III a intégré deux nouveaux modules: le module sur les tests d'anémie et celui du dépistage du VIH/sida. Des informations sur les comportements et pratiques en matière de prévention et de traitement du paludisme ont été également recueillies. Le sujet sur les pratiques de l'excision a été approfondi.

Le présent rapport est le fruit d'une étroite collaboration entre les cadres de la Direction Nationale de la Statistique (DNS), du Ministère de la Santé et les experts de ORC Macro. Il fournit le niveau actuel des indicateurs démographiques et sanitaires se rapportant à la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, la planification familiale, l'excision et les infections sexuellement transmissibles. À l'instar des rapports standard des EDS, ces indicateurs sont ventilés non seulement selon certaines variables démographiques et socioéconomiques de la population mais également selon les régions naturelles et les régions administratives du pays. Pour la première fois, ces indicateurs ont été distribués selon le niveau de vie du ménage. Ce qui permet de saisir les liens entre les différents indicateurs publiés et le niveau de pauvreté de la population. Ce rapport présente également quelques analyses de tendances des principaux indicateurs démographiques et sanitaires par rapport à leurs niveaux de 1999.

Les résultats obtenus indiquent une légère amélioration de la situation sanitaire de la population sur la période 1999-2005. Les comportements en matière de santé préventive, prénatale, postnatale et en matière de planification familiale ont enregistré une légère amélioration et la mortalité infantile a baissé de façon significative. Les résultats du test de VIH/sida indiquent une prévalence moindre que dans certains pays voisins. Cependant, en dépit de leur aspect encourageant, les résultats de l'EDSG-III montrent que des efforts restent encore à fournir pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment dans les domaine de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, de la lutte contre la malnutrition et des grandes endémies telles que le paludisme et le VIH/sida. Ces résultats interpellent tous les citoyens guinéens et les partenaires au développement.

Je saisis cette occasion pour remercier à la fois, les populations enquêtées dont la disponibilité a été un gage pour le succès de l'opération et l'ensemble des cadres qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de l'enquête.

Mes très sincères remerciements vont enfin à l'USAID, à l'UNFPA, à la Banque Mondiale, à travers le CNLS, à l'Unicef, au Gouvernement Guinéen pour leur contribution financière et au Bureau d'Études et ORC Macro pour la qualité de l'appui technique dans la réalisation de l'EDSG-III.

Ministère du Plan
Le Ministre
République de Guinée

Eugène CAMARA
Ministre du Plan

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III) est la troisième du genre. Il s'agit d'une enquête par sondage représentative au niveau national. Cette enquête a été exécutée par la Direction Nationale de la Statistique (DNS). Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Le projet EDSG-III a été exécuté grâce à l'appui financier de l'Agence des États-unis pour le Développement International (USAID), de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multi-sectoriel de Lutte contre le Sida, du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). En outre, l'EDSG-III a bénéficié de l'apport financier du Gouvernement guinéen et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de la logistique.

L'EDSG-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant, la pratique de l'excision et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. De nouveaux volets concernent le paludisme et les tests du VIH/sida ainsi que de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDSG-III permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992 et 1999.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de février à juin 2005, 6 282 ménages, 7 954 femmes âgées de 15-49 ans et 3 174 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès, parmi lesquels 3 875 femmes de 15-49 ans et 2 964 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH/sida. Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des 8 domaines d'étude que sont la ville de Conakry et les sept régions du pays : Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré. Les résultats de l'EDSG-III sont aussi représentatifs au niveau des régions naturelles.

L'enquête ménage a touché 37 582 personnes dont 52 % de femmes. La taille moyenne des ménages est de 6,1 personnes contre 6,6 à l'enquête précédente. Dans l'ensemble, 37 % des ménages comprennent entre 1 et 4 personnes. La proportion de ménages d'une seule personne représente 5 %. À l'opposé, 20 % des ménages comptent 9 personnes ou plus.

Un ménage Guinéen sur cinq dispose de l'électricité (20 %). Pour l'approvisionnement en eau de boisson, près de 13 % des ménages urbains et 50 % des ménages ruraux ne consomment pas de l'eau salubre.

L'EDSG-III s'est intéressée à la survie des parents des enfants de moins de 15 ans. Il en ressort que 69 % des enfants de moins de 15 ans vivent avec leurs deux parents biologiques. Dans l'ensemble, 13 % des enfants de moins de 15 ans ne vivent avec aucun des deux parents biologiques.

Les indices de parité du genre révèlent l'existence d'une certaine discrimination à l'égard des filles en ce qui concerne la fréquentation scolaire aux niveaux des enseignements primaire et secondaire. L'indice de parité de genre pour le niveau primaire est estimé à 0,83. Cependant, cette discrimination est nettement plus accentuée au niveau secondaire que primaire puisque cet indice est évalué à 0,55.

FÉCONDITÉ

Niveau de fécondité et tendance. Les données de l'EDSG-III montrent que la fécondité des femmes en Guinée en 2005 demeure élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnerait naissance en moyenne à 5,7 enfants à la fin de sa vie

féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 32 % des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant ou en sont à leur première grossesse au moment de l'enquête. La tendance de l'ISF ne montre aucun changement depuis le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) en 1983 : l'ISF était estimé à 5,8 par le RGPH (1983) ; à 5,7 par l'EDSG-I (1992) ; à 5,5 par l'EDSG-II (1999) ; et à 5,7 par l'enquête actuelle. Ceci indique que la fécondité n'a pas varié depuis 1983.

Fécondité différentielle. Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme du milieu urbain a un niveau de fécondité nettement plus faible (4,4) que celui qui prévaut dans les zones rurales (6,3). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon importante selon les régions, d'un minimum de 5,3 enfants à Conakry à un maximum de 7,4 à Kankan. Ce nombre moyen présente également des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes (3,3 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 6,2 chez celles sans niveau d'instruction) et le niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme : 4,2 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 6,5 pour celles des ménages les plus pauvres.

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance des méthodes contraceptives. Bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives (92 % en 2005 contre 72 % en 1999), et en particulier les méthodes modernes (92 % en 2005 contre 71 % en 1999), peu de femmes les utilisent.

Prévalence contraceptive. En effet, la prévalence contraceptive des femmes en union est seulement de 9 %, toutes méthodes confondues, et 6 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a augmenté légèrement au cours des quatorze dernières années : 2 % en 1992 à 6 % en 1999 et 9 % en 2005 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, la variation est presque constante entre les trois périodes (1 % en 1992, 4 % en 1999 et 6 % en 2005).

Besoins non satisfaits en planification familiale. Alors que le niveau d'utilisation de la contraception est encore faible chez les femmes en union (9 %), les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus de deux fois plus importants puisque 21 % en ont exprimé le besoin. Ces femmes auraient davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter les naissances (13 % contre 8 %). Si les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 30 % chez les femmes en union, c'est-à-dire trois fois plus élevée que ce qu'elle est actuellement.

NUPTIALITÉ

Parmi les femmes de 15-49 ans, 75 % étaient en union au moment de l'enquête. La proportion des femmes qui restent encore célibataires à 30-34 ans est de 2 % seulement. Ainsi, le mariage qui demeure le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation est largement répandu en Guinée. En outre, la moitié des femmes (53 %) sont en union polygame. L'entrée en union demeure précoce en Guinée : 24 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union à 15 ans et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 16,2 ans. En 1992 et 1999, l'âge médian à la première union étaient respectivement de 15,8 ans et 16,4 ans ; il n'y a donc pas eu d'évolution notable dans le calendrier de la primo nuptialité depuis les deux dernières enquêtes. Les premiers rapports sexuels se produisent toujours très tôt, puisque l'âge médian est de 16,0 ans chez les femmes.

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif ; leur âge médian à la première union étant de 26,2 ans. L'âge aux premiers rapports sexuels pour les hommes âgés de 25-59 ans est de 20,0 ans.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Soins prénatals et accouchement. En ce qui concerne les soins prénatals, on constate que pour la majorité (82 %) des naissances survenues dans les cinq années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale auprès de personnel formé et 66 % d'entre elles ont été protégées contre le tétanos néonatal, par au moins deux doses de

vaccin antitétanique. Environ une naissance sur trois (31 %) s'est déroulée dans un établissement sanitaire, contre 69 % à la maison. Par ailleurs, seulement 38 % des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres (15 %) et celles de Mamou (19 %) et Labé (20 %) sont celles dont l'accouchement a été le moins fréquemment assisté par du personnel formé.

Tendances des soins prénatals. Par rapport à l'enquête de 1999, on note une légère amélioration des proportions de femmes qui ont effectué des visites prénatales (71 % en 1999) et de celles protégées contre le tétanos néonatal (59 % en 1999). Cependant, la proportion de femmes assistées à l'accouchement n'a varié que très peu (35 % en 1999).

SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccination des enfants. Pour ce qui est de la vaccination des enfants, on constate que la majorité est vaccinée : 79 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 51 % les trois doses de DTCoq, 50 % celles de la Polio et 50 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, plus d'un enfant de 12-23 mois sur trois (37 %) a reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV). À l'inverse, seulement 14 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Comparativement à la situation qui prévalait en 1999, on note une légère amélioration de la couverture vaccinale (32 % d'enfants totalement vaccinés en 1999).

Maladies de l'enfance. En Guinée, les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Un peu moins d'un enfant sur dix (8 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et un tiers (34 %) des enfants ont eu la fièvre pendant cette période. S'agissant de la diarrhée, moins d'un enfant sur cinq (16 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 57 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale, et dans 17 % des cas, les enfants n'ont bénéficié d'aucun type de traitement.

Possession et utilisation des moustiquaires. L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Les données de l'enquête montrent que seulement un ménage sur quatre (27 %) possède au moins une moustiquaire. C'est à Kankan et à Boké que près de la moitié des ménages possède au moins une moustiquaire (46 %) contre seulement 6 % et 3 % respectivement à Labé et à Mamou. Dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans, seulement 12 % des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Une proportion quasiment identique de femmes et de femmes enceintes (13 %) a dormi sous une moustiquaire au cours de la nuit ayant précédé l'interview.

NUTRITION

Allaitement des petits enfants. La presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (96 %) ont été allaités. Bien que la majorité des enfants (74 %) soient allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance, dans 72 % des cas, ils ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. L'assistance lors de l'accouchement et partant, le lieu où celui-ci s'est déroulé, influence légèrement le début de l'allaitement.

Sevrage et aliments de complément. L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à 6 mois. À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. En Guinée, 11 % des enfants de moins de 6 mois consomment des aliments de complément. À l'opposé, seulement 41 % des enfants de 6-9 mois consomment des aliments solides ou semi-solides comme complément nutritionnel en plus du lait maternel.

Supplémentation en vitamine A. Plus de deux enfants sur trois (68 %) âgés de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamine A. Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence (82 % en milieu urbain contre 64 % en milieu rural). Au plan national, seulement 33 % des femmes ont reçu des suppléments en vitamine A deux mois après l'accouchement de leur dernier-né.

État nutritionnel des enfants. Les indices concernant l'état nutritionnel montrent que 35 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, dont 15 % sous sa forme sévère. En plus, 9 % des enfants souffrent de sous-nutrition aiguë, dont 2 % sous sa forme sévère. Enfin, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 26 % ; 7 % pour sa forme sévère.

MORTALITÉ DES ENFANTS

Niveau de mortalité. La mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (39 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 52 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 79 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 163 pour 1 000 naissances, soit environ un enfant sur six.

Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisée en 1999 (EDSG-II), le niveau de toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenus en 2005 est sensiblement le même : mortalité infantile de 91 pour mille à l'EDSG-III contre 98 pour mille en 1999, mortalité infanto-juvénile de 163 pour mille en 2005 contre 177 pour mille pour les cinq dernières années précédant l'EDSG-II.

MORTALITÉ MATERNELLE

Niveau de mortalité maternelle. La mortalité maternelle est très élevée en Guinée. Pour la période 1996-2005, le taux de mortalité maternelle est estimé à 980 décès pour 100 000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 16 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

EXCISION

Prévalence. L'excision est une pratique généralisée en Guinée ; la presque-totalité des femmes (96 %) l'ont subie. Une femme sur trois a été excisée dans la petite enfance. Il n'existe pratiquement aucune variation tant au niveau du milieu de résidence que celui de la région ou du niveau d'instruction. Seulement 10 % des femmes ont été excisées par du personnel médical formé (médecin, infirmière ou sage-femme).

Perspectives. La majeure partie des femmes (69 %) approuve la continuation de l'excision et un peu moins d'une femme sur cinq (19 %) souhaite son abandon. La reconnaissance sociale (64 %) et la nécessité religieuse (32 %) sont les principales raisons évoquées par les enquêtées pour la continuation de l'excision.

SIDA ET AUTRES IST

Connaissance du sida. Le VIH/sida est connu par pratiquement toute la population (97 % des femmes et 99 % des hommes). Cependant, bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 68 % d'entre elles ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms lors des rapport sexuels et en limitant des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté. Chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée (79 %).

Rapports à hauts risques et utilisation du condom. Un des objectifs essentiels du Comité National de Lutte contre le Sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSG-III montre que 16 % des femmes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 54 %. Un quart des femmes (25 %) et deux hommes sur cinq (40 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

Infection sexuellement transmissible (IST). Une femme sur trois (32 %) et moins d'un homme sur dix (8 %) ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'une IST au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 69 % des femmes et 81 % d'hommes ont recherché un conseil ou un traitement.

PRÉVALENCE DU VIH

Taux de couverture. Les résultats de l'EDSG-III indiquent que plus de 9 personnes sur 10 ont consenti à donner quelques gouttes de leur sang pour effectuer le test du VIH/sida. Le taux de

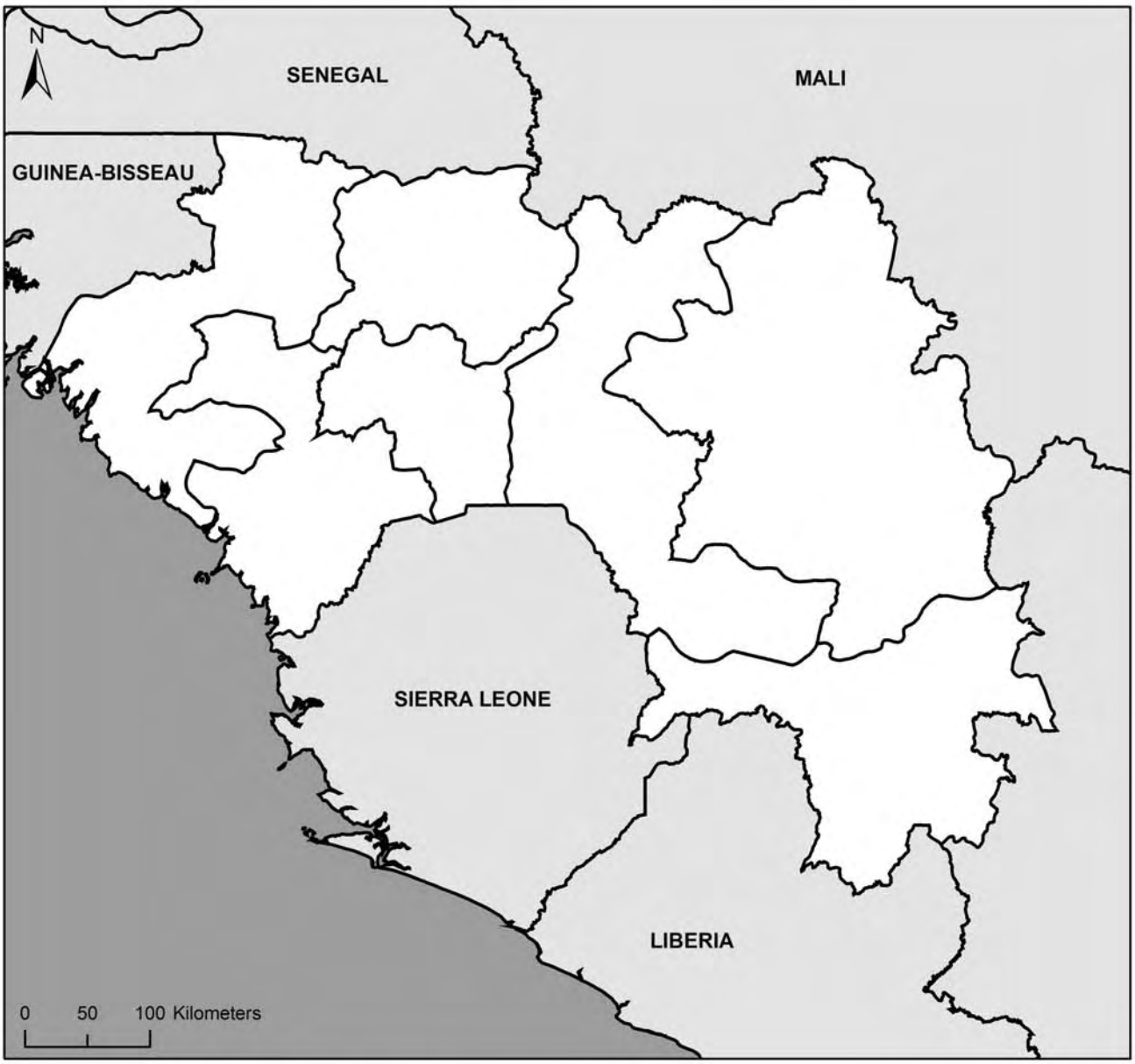
couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (93 %) que chez les hommes (88 %). Les taux d'acceptation chez les femmes et les hommes du milieu rural sont nettement plus élevés que chez ceux du milieu urbain. Dans l'ensemble, 94 % des personnes dans les zones rurales ont accepté contre 84 % chez celles des villes. Le taux de couverture du test du VIH/sida est plus élevé à N'Zérékoré et à Faranah où 98 % des enquêtés ont été testés et moins élevé à Conakry où 73 % des enquêtés ont été testés. D'une manière générale, à l'exception de Kindia, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes, comparé à celui des hommes.

Prévalence selon le sexe et l'âge. Les résultats montrent que 1,5 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs au VIH/sida. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 1,9 % contre 0,9 %. Il s'en dégage un ratio d'infection entre les hommes et les femmes de 2,1, ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 210 femmes infectées. La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : en effet, d'un minimum de 0,8 % dans le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % à 40-44 ans et 45-49 ans.

Prévalence selon le milieu de résidence. La prévalence du VIH/sida en milieu urbain, pour l'ensemble de la population, est plus élevée qu'en milieu rural (2,4 % contre 1,0 %). Les résultats de l'EDSG-III montrent que Conakry (2,1 %), Labé (1,8 %), N'Zérékoré (1,7 %) et Faranah (1,6 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. A l'opposé, Mamou (0,7 %) et Kindia (0,9 %) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles.

Indicateurs du Millénaire, EDSG-III Guinée 2005			
Objectif	Indicateur	Valeur	
1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	Masculin : 26,7 % Féminin : 24,9 %	Ensemble : 25,8 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous	Taux net de scolarisation dans le primaire[1]	Masculin : 46,6 % Féminin : 40,8 %	Ensemble : 43,8 %
	Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième[1]	Masculin : 33,8 % Féminin : 32,0 %	Ensemble : 33,0 %
	Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans[2]	Masculin : 55,5 % Féminin : 22,1 %	Ensemble : 31,7 %
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire	Primaire : 0,83 Secondaire : 0,55	
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes[2]		0,40
	Pourcentage de salariées dans le secteur non agricole qui sont femmes[3]		31,4 %
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		163 pour 1 000
	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)		91 pour 1 000
	Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	Masculin : 51,6 % Féminin : 48,8 %	Ensemble : 50,2 %
5. Améliorer la santé maternelle	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		980 pour 100 000
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié		38,0 %
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs (une méthode moderne, femmes 15-49 en union)		21,7 %
	Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (population âgée de 15 à 24) [4]	Masculin : 37,2 % Féminin : 26,0 %	
	Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida [5]	Masculin : 22,8 % Féminin : 16,9 %	
	Taux d'utilisation de la contraception (une méthode moderne, femmes 15-49 actuellement en union)		5,7 %
	Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non-orphelins âgées de 10 à 14 ans		0,7
7. Assurer un environnement durable	Proportion de la population utilisant des combustibles solides [6]	Urbain : 98,5 % Rural : 99,8 %	Ensemble : 99,4 %
	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure[7], zones urbaines et rurales	Urbain : 84,9 % Rural : 48,4 %	Ensemble : 59,2 %
	Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement[8], zones urbaines et rurales	Urbain : 94,3 % Rural : 59,9 %	Ensemble : 70,1 %

[1] Non compris les enfants dont le statut des parents est manquant.
[2] Correspond aux enquêtés qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière.
[3] L'emploi salarié comprend les enquêtées qui ont été payés en argent ou en argent et en nature.
[4] On entend par rapports sexuels à hauts risques, les rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant au cours des 12 mois précédant l'enquête.
[5] Sont considérés comme ayant une bonne connaissance générale, les femmes et les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. En Guinée, les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par les piqûres de moustiques et le fait de partager les repas avec une personne infectée.
[6] Charbon de bois, bois à brûler ou sciure de bois.
[7] Eau de robinet, forage ou puits protégés.
[8] Chasse d'eau, fosse/latrines non couvertes, fosse/latrines couvertes ou fosse/latrines ventilée améliorées.


N
SENEGAL
MALI
GUINEA-BISSEAU
SIERRA LEONE
LIBERIA
0 50 100 Kilometers

CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE 1

Mamadou Badian DIALLO

Ce chapitre est consacré à la présentation de certaines caractéristiques de la Guinée et de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III) réalisée dans le pays. Il fournit au lecteur des informations sur le contexte qui prévalait au moment de la réalisation de l'enquête ainsi que sur les procédures techniques de mise en œuvre de l'opération.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Situation géographique

La République de Guinée est un pays côtier situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Équateur et le Tropique du Cancer (7° 30' et 12° 30' de latitude Nord et 8° et 15° de longitude Ouest). Elle est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Léone et le Libéria et couvre une superficie de 245 857 km^2.

La Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et homogènes du point de vue géo écologique. Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations.

La Basse Guinée ou Guinée Maritime constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières. Située dans la partie ouest du pays, elle est large de 150 km et s'étale le long de l'Océan Atlantique sur environ 300 km de côtes. Elle couvre près de 44 000 km^2. Son climat est influencé par la mousson, alizé maritime qui apporte d'abondantes précipitations sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1 800 mm, atteignant quelques fois 3 000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année. La région est arrosée par de nombreux cours d'eau issus des versants occidentaux des massifs foutaniens. Ces cours d'eau irriguent de larges plaines propices à la culture du riz et offrent d'importantes potentialités énergétiques en amont. Le sous-sol est riche en gisements de bauxite exploités par des sociétés industrielles telles que la Compagnie RUSAL à Fria, la Compagnie des Bauxites de Guinée (CBG) à Boké et la Compagnie des Bauxites de Kindia (CBK). À cause de l'abondance des précipitations, la Basse Guinée est le domaine par excellence des cultures vivrières et des cultures de rentes telles que la banane, l'ananas et le palmier à huile. La proximité de l'Océan Atlantique favorise la pêche artisanale et l'aménagement de grands ports commerciaux et miniers (Conakry et Kamsar), et de nombreux débarcadères tout au long de la côte. Les énormes atouts de développement dont dispose cette région sont cependant très peu exploités.

La Moyenne Guinée ou Fouta Djallon est une région de plateaux et de montagnes dont le point culminant est le mont Loura à Mali (1 538 m). Ce massif est entaillé de vallées et de plaines et de dépressions intérieures. Les sols fortement dégradés sont progressivement remplacés par des bowé, ce qui rétrécit l'étendue des terres agricoles. Du fait que de nombreux cours d'eau y prennent leur source, cette région est appelée « le château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ». Le climat tropical y est modifié en microclimat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturages, d'agrumes et de cultures potagères. De nos jours, la dégradation du milieu a poussé les éleveurs à étendre

la transhumance jusqu'en Basse Guinée (Boké, Boffa et Forécariah), alors qu'au départ elle était pratiquée entre les hauts plateaux en saison pluvieuse et dans les dépressions en saison sèche. À cause de son relief montagneux et de l'ampleur de la dégradation de son écosystème, la Moyenne Guinée est la région la plus pauvre du point de vue agricole.

La Haute Guinée fait partie d'une unité géographique sur le plan morphologique et climatique très étendue. C'est une région de savanes et de plateaux. Le Niger et ses affluents y ont entaillé des plaines humides en terrasses très favorables à la riziculture inondée. Du point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1 200 et 1 800 mm par an. La saison sèche est plus longue (7 à 8 mois) et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année. Les maxima dépassent parfois 40° C pendant les mois de mars et avril. La végétation est jalonnée par de minces galeries forestières. Malgré l'existence de vastes plaines fluviales favorables à la culture du riz, la Haute Guinée n'a pas une agriculture prospère à cause des épisodes fréquents de sécheresse. Elle est, par contre, une zone privilégiée de pêche fluviale et favorable à l'élevage. L'exploitation artisanale de l'or et du diamant est une activité traditionnelle des populations de cette région. Mais depuis quelques années, la Société Aurifère de Guinée (SAG) et la Société Minière de Dinguiraye (SMD) effectuent l'exploitation industrielle de l'or et du diamant.

La Guinée Forestière doit son nom à la forêt humide qui couvrait la majeure partie de son territoire. Cette forêt a été progressivement détruite au fil des temps et on ne la retrouve plus que sous forme d'îlots sur les sommets montagneux (Nimba, Ziama) et le long des cours d'eau. Le relief de la Guinée Forestière est entièrement dominé par la dorsale guinéenne sur laquelle se juxtaposent des massifs élevés aux versants souvent abrupts dont le point culminant est le mont Nimba à Lola (1 752 m), des plateaux, des plaines de piedmont, des bas-fonds et des vallées inondables. Son climat est de type subéquatorial avec des précipitations abondantes et quasi régulières tout au long de l'année (environ 8 à 9 mois). La pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 800 et 2 300 mm. La température est douce tout le long de l'année et oscille autour de 25° C. La forêt dense et humide favorise la formation et la conservation des sols relativement épais, mais très sensibles à l'érosion à cause du relief. Cette région est le domaine des cultures vivrières et des cultures industrielles (café, thé, cacao, palmier à huile, hévéa etc). La Guinée Forestière est une zone privilégiée de l'exploitation du bois. L'exploitation des riches gisements de fer du mont Nimba est en cours de négociation. Le projet prévoit la construction du chemin de fer (transguinéen) qui reliera la Préfecture de Lola au port de Benty (Forécariah).

1.1.2 Organisation politico administrative

La Guinée est une ancienne colonie française qui a été occupée à partir du 1875. Placée sous un système « d'Administration Directe » pendant plus de soixante années de colonisation, elle a été la première colonie française de l'Afrique Occidentale à accéder à l'indépendance le 2 Octobre 1958. Son évolution après l'indépendance est caractérisée par deux périodes distinctes.

La première période qui s'étale de 1958 à 1984, est caractérisée par un régime dominé par un système de parti unique d'inspiration socialiste qui dirigeait l'État et régulait l'ensemble de la vie économique, sociale et culturelle.

La deuxième période va de 1984 à nos jours. En effet, le 3 Avril 1984, le Comité Militaire de Redressement National (CMRN) prend le pouvoir et instaure la deuxième République. Au cours de la période transitoire (1984-1993), les nouvelles autorités ont opéré des réformes politiques, économiques et financières pour traduire dans les faits l'option libérale et asseoir les bases d'un État de droit respectueux des droits de l'homme et des libertés individuelles. Ainsi en décembre 1990, le pays s'est doté d'une Loi fondamentale qui établit un régime présidentiel et reconnaît la séparation des pouvoirs.

Le multipartisme est instauré avec 47 partis agréés au début. Le pays a été doté également d'une Cour Suprême et d'un Conseil National de la Communication en 1992, d'une Assemblée Nationale en 1995 et d'un Conseil Économique et Social en 1997. La première élection présidentielle multipartite a été organisée en décembre 1993. Elle a donné naissance à la troisième République qui œuvre depuis à la consolidation des acquis démocratiques et à la poursuite des réformes économiques et financières en vue de créer un environnement socio-économique plus favorable au développement rapide du pays. Le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République qui est élu au suffrage universel direct pour un mandat de sept ans renouvelable[1]. L'Assemblée Nationale est composée de 114 députés dont la majorité appartient au parti au pouvoir (Parti de l'Unité et du Progrès).

Sur le plan administratif, la Guinée fonctionne sur la base d'un système décentralisé. En effet, le pays est divisé en sept régions administratives auxquelles s'ajoute la Ville de Conakry (Capitale) qui jouit d'un statut particulier de collectivité décentralisée. Ces régions sont, par ordre alphabétique : Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré. Chaque région administrative est constituée de Préfectures dont le nombre est variable. La Préfecture est le deuxième niveau de découpage. Elle est subdivisée en commune (chef lieu de préfecture) et sous-préfectures (collectivités rurales). Au total, il existe 33 préfectures, 38 communes (dont 5 à Conakry) et 303 sous-préfectures. Les communes sont découpées en quartiers tandis que les sous-préfectures sont divisées en districts.

La langue officielle est le français, mais plusieurs langues locales sont parlées dans le pays dont les principales sont : le sosso, le poular, le maninka, le kissi, le loma et le kpèlè.

1.1.3 Aperçu socio-économique

La nature a doté la Guinée d'importantes potentialités agricoles et minières qui constituent des atouts majeurs pour son développement économique et social. La pluviométrie, le climat et la végétation sont propices à l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le sous-sol est riche en bauxite, or, diamant, etc. Malgré ces atouts, la Guinée demeure un pays très pauvre. En effet, jusqu'en 1984, la politique économique était axée essentiellement sur l'industrialisation et la modernisation du monde rural. Les stratégies de développement de ces deux secteurs, basées sur un renforcement considérable du secteur public (nationalisation et création des entreprises d'État) et la forte protection tarifaire se sont révélées coûteuses et inefficaces. Seul le secteur minier a connu une évolution positive grâce aux exportations de bauxite et d'alumine. Le pays s'est retrouvé dans une situation de crise marquée par un PIB par habitant en baisse constante, une dette extérieure, presque exclusivement publique, élevée, une balance commerciale structurellement déficitaire, en particulier, du fait des importations de produits agricoles sans cesse croissantes et du maintien d'un taux de change irréaliste et enfin une administration pléthorique et inefficace.

À partir de 1986, la Guinée s'est engagée dans un processus de transition d'une économie planifiée vers une économie de marché pour traduire l'option libérale prise en 1984. D'importantes reformes économiques et financières ont été menées pour réduire les déséquilibres internes et externes avec le soutien des partenaires au développement, notamment la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International. Ces reformes ont permis de stabiliser les agrégats macroéconomiques et de répondre à une partie de la demande sociale, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé. La performance économique acquise s'est traduite par :

- un taux de croissance annuel moyen de 4,6 % entre 1990 et 1999 ;

[1] C'est à la suite de la révision constitutionnelle de 2002 que la durée du mandat présidentiel qui était de 5 ans a été fixée à 7 ans et le mandat qui était renouvelable une seule fois a été illimité.

- un taux d'inflation maîtrisé (1,9 % en 1997) ;
- le taux brut de scolarisation a atteint 61 % en 2001 contre 28 % en 1988 ;
- le taux de couverture vaccinale a été estimé à 32 % en 1999 contre 29 % en 1992 ;
- le quotient de mortalité infantile a été réduit de 136 ‰ à 98 ‰ entre 1992 et 1999 ; et
- la proportion des ménages qui ont accès à l'eau potable est passée de 51 % en 1995 à 62 % en 2002.

Mais cette évolution positive de l'économie guinéenne a été fortement perturbée durant la période 2000-2005 par la chute du prix de la bauxite sur le marché international, le renchérissement des cours des produits pétroliers, l'insécurité au niveau des frontières et le poids de centaines de milliers de réfugiés libériens, sierra léonais et ivoiriens. Il faut noter aussi qu'en septembre 2000, la Guinée a subi des attaques rebelles répétées le long de ses frontières avec la Sierra Léone et le Libéria qui ont occasionné un déplacement massif des populations à l'intérieur du pays, des pertes en vie humaines et la destruction d'infrastructures économiques et sociales ainsi que d'actifs productifs. Le manque à gagner, en termes de concours financiers extérieurs, intervenu à la suite de la suspension de la coopération avec les principaux bailleurs de fonds que sont la Banque Mondiale, le FMI, l'Union Européenne, la Banque Africaine de Développement en 2003 est venu aggraver une situation économique qui était déjà fragile.

L'impact de toutes ces perturbations fut dommageable pour l'économie avec pour conséquence le ralentissement de la croissance (2 %), notamment dans le secteur primaire qui a enregistré une croissance négative (-2,3 % contre 5,7 % en 1999) et la relance de l'inflation dont le taux a dépassé 30 % en 2005. Par ailleurs, malgré les efforts consentis pour satisfaire la demande sociale qui est sans cesse croissante, la Guinée connaît, de nos jours, de sérieux problèmes de développement humain. En effet, elle vient d'être classée par le PNUD, 156e sur les 177 pays membres des Nations Unies, avec un indice de développement humain de 0,466.

Pour faire face aux défis économiques qui l'interpellent, le Gouvernement, s'est engagé en 2000 dans le processus d'élaboration d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui a été adopté en janvier 2002. Les objectifs assignés à la stratégie de réduction de la pauvreté sont en parfaite harmonie avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que la Guinée s'est également engagée à atteindre. La DSRP vise principalement la réduction significative de la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté de 40 % en 2002 à 30 % en 2010. Mais un tel objectif est difficilement atteignable dans le contexte actuel de développement de la Guinée. Toutefois, parallèlement à la révision du DSRP qui est en cours pour adapter les stratégies de développement aux réalités du moment, le gouvernement a pris d'importantes décisions entrant dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance économique et politique et pour renouer rapidement avec les Institutions de Breton Wood et les autres bailleurs de fonds.

1.1.4 Milieu humain et démographie

La population guinéenne actuelle résulte d'un profond brassage entre d'une part les premiers occupants qualifiés d'autochtones que sont les Bagas, Nalous, Landoumas, Mikiforés, Mandendjis (en Basse Guinée) ; les Bassaris, Koniaguis, Badiarankés (en Moyenne Guinée) ; les Kissis, Guerzés, Tomas Konos et Manos (en Guinée Forestière) et d'autre part les migrants Mandingues venus du Soudan entre les XI ème et XII ème siècles et les Peulhs venus du Macina ou du Fouta Toro aux XII ème et XVII ème siècles. Une cohésion solide règne entre ces groupes ethniques.

Depuis 1983, date du premier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH – 1983), le Gouvernement a contribué de manière significative à l'amélioration de la connaissance de la situation de la population par la réalisation de nombreuses opérations de collecte de données

démographiques et socioéconomiques avec l'appui technique et financier des partenaires au développement. Les opérations plus importantes sont les suivantes :

- les recensements généraux de la population et de l'habitat de 1983 et 1996 ;
- les recensements administratifs de la population de 1990, 1992 et 1994 ;
- les recensements agricoles de 1988 et 2000 ;
- l'Enquête Sur les Informations Prioritaires auprès des ménages (ESIP) de 1991 ;
- l'Enquête Intégrale Budget Consommation (EIBC) de 1994 ;
- l'enquête sur la migration et l'urbanisation en Guinée (1993) ;
- les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1992, 1999 et 2005 ;
- les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) de 1996 et 2003 ;
- l'Enquête Intégrée de Base pour l'Évaluation de la Pauvreté (EIBEP) de 2002/2003 ; et
- l'enquête sur le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) de 2002.

Dans le souci d'actualiser les données disponibles, le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat prévu en 2007 est en cours de préparation.

Les statistiques de l'état civil ne sont pas exploitées à cause du sous-enregistrement qui caractérise le système. Toutefois depuis quelques années, l'Unicef et l'ONG Plan International s'investissent pour remédier à cette situation par le biais de campagnes de sensibilisation menées dans le pays. Le gouvernement, a, pour sa part, mis en place en 2003 un comité interministériel de promotion de l'état civil dans le cadre d'une initiative sous régionale appuyée par les Nations Unies.

En ce qui concerne les mouvements migratoires (internes et internationaux), très peu d'informations sont disponibles en dehors des résultats de l'enquête sur la migration et l'urbanisation en Guinée réalisée en 1993. Cependant, le pays a connu d'intenses mouvements de population ces dernières années. Sur le plan intérieur, l'exode en direction des zones minières et des centres urbains, particulièrement Conakry, s'est intensifié. Il faut également noter que les attaques rebelles de septembre 2000 le long des frontières avec le Libéria et la Sierra Léone ont occasionné des déplacements importants de population vers l'intérieur du pays. Quant à la migration internationale, elle s'est aussi accrue. Ce qui retient l'attention à ce niveau, c'est surtout l'afflux de milliers de réfugiés sierra léonais, libériens et ivoiriens d'une part et d'autre part le retour massif de Guinéens qui résidaient dans les pays voisins où des conflits armés ont éclaté.

La politique du gouvernement en matière de collecte de données démographiques vise la connaissance des niveaux et des déterminants de la fécondité, de la mortalité, des migrations ainsi que les facteurs socioéconomiques qui influencent le bien-être de la population. Cette politique tient compte des spécificités régionales et des besoins des différents utilisateurs de données (administration, institutions internationales, secteur privé, ONG). Par ailleurs, elle se fixe comme autre objectif la formation des ressources humaines de haut niveau et la dynamisation de la recherche sur les questions de population et de développement.

La Direction Nationale de la Statistique du Ministère du Plan est le principal artisan dans le domaine de la production des statistiques démographiques. Elle est appuyée dans cette activité par plusieurs départements sectoriels (Éducation, Santé, Agriculture, Fonction Publique) et par des ONG/Associations, etc.

Les sources d'informations démographiques les plus fiables restent les recensements généraux de la population réalisés en 1983 et 1996 et les enquêtes démographiques et santé de 1992 et 1999 (tableau 1.1).

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	RGPH 1983	EDSG-I 1992	RGPH 1996	EDSG-II 1999
Population totale (millions)	4,66	--	7,16	--
Taux Brut de Natalité (pour mille)	45	41	40	37
Indice Synthétique de fécondité	5,8	5,7	5,6	5,5
Taux Brut de Mortalité (pour mille)	18	--	14,2	--
Taux de mortalité infantile (pour mille)	146	136	121	98
Espérance de vie (e_o, en années)	45	--	54	--

Sources :
Recensement Général de la Population et de l'Habitat, RGPH 1983
Enquête Démographique et de Santé, EDSG-I 1992
Recensement Général de la Population et de l'Habitat, RGPH 1996
Enquête Démographique et de Santé, EDSG-II 1999

Selon les résultats du dernier RGPH réalisé en 1996, la population guinéenne est très inégalement répartie sur le territoire national. La densité moyenne de peuplement est de 29 habitants par kilomètre carré. Cette population est constituée majoritairement de femmes (51 %) et elle réside principalement en milieu rural (70 %). De plus, la population guinéenne est jeune : les personnes âgées de 0-14 ans représentent 45,5 % de la population totale.

Par ailleurs, le RGPH de 1996 a révélé que la population guinéenne a augmenté rapidement au cours de la période 1983-1996, avec un taux d'accroissement annuel moyen estimé à 3,1 %. Cette croissance rapide est imputable à la baisse de la mortalité et à une fécondité relativement constante mais dont le niveau demeure élevé. À ce rythme de croissance, la population doublera en 22 ans. En d'autres termes, si ce rythme de croissance se maintenait, la Guinée comptera environ 14 millions d'habitants en 2018.

1.1.5 Politique de population

La Guinée était pro nataliste au cours des vingt premières années de son indépendance. Ce choix était consécutif à l'option socialiste du pays. Mais à partir de 1980, le gouvernement a changé d'attitude, après s'être aperçu qu'il n'était pas possible de dissocier la dimension population des questions de développement. C'est ainsi que les travaux d'un Groupe Interministériel d'Experts Nationaux en matière de Population (GIENP), créé en 1991, ont débouché sur l'élaboration et l'adoption en 1992, d'une déclaration de politique nationale de population.

La politique de population de la Guinée prend en compte les corrélations nécessaires entre les variables démographiques et les facteurs sociaux, économiques et culturels. Elle repose sur la reconnaissance des droits des individus, des couples et des groupes sociaux définis et garantis par la Loi Fondamentale. Elle a pour objectif fondamental la valorisation des ressources humaines à travers des actions visant à réaliser un équilibre entre la population et les ressources disponibles.

Cet objectif fondamental est traduit en quatorze objectifs spécifiques qui sont les suivants :

1- Intégrer les variables démographiques aux programmes socioéconomiques ;

2- Porter le taux de natalité à un niveau soutenable par les familles et la société ;

3- Réduire la mortalité ;

4- Maîtriser les migrations et le processus d'urbanisation ;

5- Améliorer le niveau nutritionnel des populations ;

6- Développer l'éducation des différentes couches de la population ;

7- Améliorer la qualification de la main d'œuvre, les niveaux de l'emploi et du revenu des populations et en assurer une répartition équitable ;

8- Améliorer l'habitat ;

9- Protéger et sauvegarder l'environnement ;

10- Assurer l'intégration des femmes et des jeunes au processus de développement ;

11- Protéger les groupes vulnérables : les enfants, les jeunes, les personnes du troisième âge et les handicapés ;

12- Améliorer la connaissance des problèmes de population ;

13- Assurer une large sensibilisation des différentes couches sociales aux problèmes et politiques de population ;

14- Promouvoir un développement équilibré des régions en rapport avec leur contexte démographique.

Les orientations générales de mise en œuvre de l'ensemble de ces objectifs ont été également définies. Leur exécution s'appuie sur des stratégies opérationnelles élaborées pour chaque secteur et pour chaque région. L'exercice a débouché sur l'élaboration d'un Programme National d'Actions en matière de population (PNA) dans lequel est défini l'ensemble des actions appropriées et réalistes à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés. Le deuxième PNA couvrant la période 2005-2009 vient d'être élaboré par le Gouvernement en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (l'UNFPA). La coordination de la mise en œuvre de la politique de population est assurée par la Commission Nationale de Population et des Ressources Humaines (CNPRH) qui est représentée au niveau de chaque région et de chaque préfecture. Le Secrétariat Permanent de la CNPRH est domicilié au ministère du Plan.

1.1.6 Politique de santé

La politique sanitaire de la Guinée a évolué dans le temps mais ses principes de base et ses orientations fondamentales n'ont pas changé.

Avant 1996, les objectifs de la politique sanitaire était axés sur l'accès des populations aux services de santé, le développement des soins de santé adaptés aux besoins du pays, notamment des mères et des enfants (cibles prioritaires des actions sanitaires), l'amélioration de la disponibilité et de la gestion des services, l'intégration et la continuité des soins, l'amélioration de la capacité institutionnelle du ministère de la Santé.

Réaffirmant les soins de santé primaires comme pierre angulaire du développement sanitaire, les orientations exigeaient la prise en compte des programmes nationaux de développement économique du pays, la collaboration intersectorielle, la participation communautaire, la formation et l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Un bilan rapide et partiel dressé en 1995 par le ministère et les résultats de la première revue des dépenses publiques dans le secteur montrèrent les principales forces et faiblesses du système de santé à l'époque.

La politique sanitaire fut alors adaptée aux réalités du moment en introduisant quelques nouvelles stratégies et en précisant davantage d'autres. Ainsi, la notion de participation communautaire fut mieux clarifiée, les volets de planification et de gestion courante furent introduits dans le développement des ressources humaines par la formation. De même, l'approche de décentralisation a été renforcée et des programmes prioritaires ont été sélectionnés. Cette nouvelle politique insiste davantage sur l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des ressources et la qualité des services sans abandonner les efforts portant sur leur disponibilité et accessibilité. Ainsi, avec l'appui des partenaires, notamment la Banque Mondiale, l'approche du cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) est introduite. Toutefois, le processus en vue de la mise en œuvre de cette approche fut très hâté et, de ce fait, les résultats attendus ne purent être obtenus.

Pour combler cette insuffisance, le forum national de la santé, organisé en mai 1997, recommanda l'élaboration du plan national de développement sanitaire (PNDS). En effet, dans son processus comme dans son contenu, le PNDS ne diffère en rien du cadre des dépenses à moyen terme :

- analyse de situation pour identification des principaux défis à relever,
- définition des priorités et des stratégies à mettre en œuvre, et
- élaboration d'un plan d'action à moyen terme (cinq ans) déterminant les activités à réaliser, les moyens physiques, humains et financiers à mobiliser à cet effet.

En application de cette recommandation, ce travail à caractère participatif est engagé aussitôt après le forum. Il culmine, appuyé par tous les partenaires au développement, avec la révision et l'amendement de la politique sectorielle de santé en 2001, l'élaboration et l'adoption du plan stratégique (horizon 2015) en 2002 et du plan quinquennal (2005-2009) en 2004.

Comme dit plus haut, la nouvelle politique de santé n'a pas changé les orientations stratégiques mais celles-ci ont été clarifiées et précisées davantage.

Ainsi, pour la première fois, une vision de la Guinée sur le plan sanitaire, à l'horizon 2015, a été retenue : une société dans laquelle chaque personne jouit d'une santé lui permettant de mener une vie socialement et économiquement utile. Cette vision implique :

- l'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité et une synergie des secteurs public et privé (associatif, lucratif et communautaire) ;
- Une plus grande responsabilisation communautaire pour un meilleur partenariat des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ;
- Un personnel de santé compétent, motivé et mieux distribué pour des prestations de services de qualité ;
- Des facilités d'acquisition des médicaments, vaccins et consommables pour une disponibilité assurée et un approvisionnement adéquat des structures sanitaires ;
- Un système de partage du risque maladie fonctionnel pour la réduction du poids financier catastrophique de la santé sur les pauvres ;
- Un cadre de travail transparent, stimulant la créativité ; et

- Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et des usagers et appuyé par une collaboration étroite de tous.

De plus, les principes d'équité, d'efficacité et d'efficience, de consolidation des acquis, de qualité des prestations, de satisfaction des usagers, de partenariat (avec les communautés, entre public et privé), etc. ont été réaffirmés.

Les orientations stipulent que le développement sanitaire sera fondé sur les cinq axes stratégiques suivants : i) la lutte intégrée contre la maladie, ii) le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion, iii) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services, iv) le développement des ressources humaines et v) la promotion de la santé.

Les objectifs à atteindre sont la réduction de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité dues aux principales maladies, de manière à contribuer à la réduction de la pauvreté dans le pays. Pour cela, les programmes prioritaires sont les suivants : i) le programme de soins de santé primaires (PEV/SSP/ME), ii) le programme de lutte contre les IST et le VIH/sida, iii) le programme de lutte contre le paludisme, iv) le programme de lutte contre la tuberculose, v) le programme de santé de la reproduction et vi) le programme de lutte contre les urgences, épidémies et catastrophes.

Si les mesures préconisées sont mises en œuvre efficacement, elles contribueront à réduire la pauvreté car elles permettront d'apporter les soins promotionnels, préventifs et curatifs essentiels à l'ensemble de la population où qu'elle soit sur le territoire national. Les populations productrices pourront ainsi mieux s'occuper de leurs activités économiques.

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Organisation de l'EDSG-III

La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III) fait partie du Programme International des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) de ORC Macro, Calverton, Maryland, U.S.A). Elle a été réalisée par la Direction Nationale de la Statistique (DNS) du Ministère du Plan en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et le Comité National de Lutte contre le sida (CNLS), avec l'assistance technique de ORC Macro. L'EDSG-III a été réalisée grâce à l'appui financier de l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale par le biais du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, et l'Unicef. Le gouvernement guinéen a contribué au projet par un apport financier, la mise à disposition de cadres techniques et la logistique.

Plusieurs services techniques du Ministère de la Santé Publique, dont le Laboratoire National de Référence (LNR), les CHU de Donka et d'Ignace DEEN, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, la Division Santé de la Reproduction, l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), le Centre National de Transfusion Sanguine, le Programme National de Lutte contre les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), la Section « Alimentation et Nutrition » et le Programme National de Prise en Charge des IST et VIH/sida ont apporté leur expertise à la réalisation de cette opération.

1.2.2 Objectifs de l'EDSG-III

La troisième Enquête Démographique et de Santé de la Guinée (EDSG-III) réalisée à partir d'un échantillon représentatif de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans vise à atteindre les principaux objectifs suivants :

- recueillir des données à l'échelle nationale qui permettent de calculer des taux démographiques essentiels, plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité

infantile, infanto-juvénile et maternelle et d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et la tendance de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;

- mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes par méthode et les préférences en matière de fécondité ;

- recueillir des données sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre et/ou de convulsions chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement ;

- recueillir des données sur la prévention et sur le traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation de moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;

- recueillir des données sur les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement, et dans la moitié des ménages de l'enquête prendre les mesures anthropométriques pour évaluer l'état nutritionnel des femmes et des enfants, et réaliser un test d'anémie auprès des enfants de moins de cinq ans, des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans ;

- recueillir des données sur la connaissance et les attitudes des femmes et des hommes au sujet des IST et du VIH/sida et évaluer les modifications récentes de comportement du point de vue de l'utilisation du condom ;

- effectuer des prélèvements de sang dans la moitié des ménages de l'enquête pour le dépistage anonyme du VIH/sida auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans afin d'estimer la prévalence du VIH dans la population adulte d'âge reproductif ; et

- recueillir des données sur la pratique de l'excision.

Les informations collectées au cours de l'EDSG-III permettront la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992 et de 1999. Ces données faciliteront aussi le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, ceux concernant la santé maternelle et infantile et le bien-être familial. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans les opérations précédentes et dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables avec les périodes antérieures et au niveau international.

1.2.3 Questionnaires

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

- le questionnaire ménage ;

- le questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ; et

- le questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

Ces questionnaires ont été basés sur les modèles développés dans le cadre du programme international DHS, et ont été adaptés aux spécificités de la Guinée et aux besoins des utilisateurs. Ils étaient disponibles en versions française et dans les principales langues nationales du pays. Ces versions ont également été testées et améliorées au cours de l'enquête pilote et de la formation des enquêtrices et enquêteurs avant leur utilisation pour l'enquête principale. Les questionnaires comprenaient pour la

première fois un module sur le paludisme et un module sur le VIH/sida. Ces modules ont permis d'obtenir les informations nécessaires au calcul des indicateurs de suivi et évaluation des programmes et projets mis en œuvre dans ces domaines.

Questionnaire ménage

Ce questionnaire permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et la survie des parents. Par ailleurs, dans un ménage sur deux, le questionnaire ménage a permis aussi d'enregistrer les mesures anthropométriques (le poids et la taille) de toutes les femmes de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans ; de même, au moyen du questionnaire ménage, on a mesuré le niveau d'hémoglobine des enfants de moins de 5 ans, des femmes et des hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Ce même prélèvement a servi pour le test de VIH/sida. Il faut noter que le consentement informé des enquêtés était requis pour les tests d'hémoglobine et du VIH/sida chez les femmes et chez les hommes. Enfin, par le biais du questionnaire ménage, on a également collecté certaines caractéristiques des logements qui ont été utilisées pour évaluer les conditions socio économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui ont été enquêtés individuellement.

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

En outre, le questionnaire comprend, en page de garde, la localisation du ménage (nom de la localité, nom du chef de ménage, numéro de la grappe, numéro du ménage, région et milieu de résidence), le nombre de visites effectuées par l'agent enquêteur, le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

Questionnaire individuel femme

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

- Caractéristiques sociodémographiques : cette section est consacrée aux informations concernant le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, l'exposition aux médias, la nationalité, la religion, l'ethnie et la principale langue parlée dans le ménage.

- Reproduction : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.

- Planification familiale : cette section a pour but de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives disponibles dans le pays, ainsi que sur leurs sources d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non utilisation de la contraception.

- Santé des enfants : cette section concerne les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Elle est composée de deux sous sections :

  Grossesse, soins postnatals et allaitement : cette première sous-section est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. La deuxième sous-section concerne l'allaitement et les questions posées portent sur la fréquence, la durée et le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels.

  Vaccination et santé des enfants : cette sous-section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) ; de plus, cette sous-section comporte des questions sur les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la diarrhée et la fièvre ainsi que sur le traitement des enfants malades de moins de cinq ans; les résultats à ces question permettent d'estimer la prévalence de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête.

- Mariage et activité sexuelle : cette section est consacrée aux données sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, les différents partenaires sexuels, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.

- Préférences en matière de fécondité : cette section a pour but de recueillir des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et l'opinion concernant la taille de la famille.

- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme : dans cette partie, les questions qui ont été posées ont pour but de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes. De plus, des questions spécifiques ont été posées pour évaluer le statut de la femme portant principalement sur le niveau de contrôle des femmes dans le ménage et sur leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. On a également demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains des rôles que la société leur confère.

- Sida et autres IST : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence du VIH/sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles, ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida.

- Excision : dans cette section, on a collecté des informations sur la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles, ainsi que sur leur attitude vis-à-vis de cette pratique.

- Mortalité maternelle : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.

Questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme, qui est une forme allégée du questionnaire individuel femme ne comporte que sept sections. Il permet de collecter des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, la reproduction, la contraception, le mariage et l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, le VIH/sida et les autres IST et l'excision.

1.2.4 Échantillonnage

Un échantillon national de 7 500 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 (constitués des 7 régions administratives et de Conakry) pour lesquels on obtient une estimation pour tous les indicateurs clés. Il faut préciser que les résultats de l'EDSG-III sont représentatifs aussi pour les quatre régions naturelles.

L'échantillon a été sélectionné à deux degrés. Au premier degré, on a sélectionné 297 Unités Primaires de Sondage (UPS) à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établie lors du deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1996. Ces ZD ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Au second degré, un échantillon de ménages a été sélectionné dans ces ZD sur la base de la liste de ménages établie au cours de l'opération de dénombrement des ménages dans chaque zone. Les ménages ont été sélectionnés avec une probabilité inverse de façon à ce que l'échantillon soit auto pondéré à l'intérieur de chaque domaine d'étude.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (environ 8 000). De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon d'environ 4 000 hommes de 15-59 ans devait également être enquêté au cours de l'EDSG-III. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

Des 297 grappes sélectionnées dans le cadre de l'EDSG-III, seules deux n'ont pu être enquêtées, l'une est située dans la Préfecture de Mali à cause d'un problème d'inaccessibilité et l'autre se trouvait dans un camp militaire à Conakry. Au total, 6 480 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 6 333 ont été identifiés et étaient présents au moment de l'enquête. Parmi ces 6 333 ménages, 6 282 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,2 %, comme l'indique le tableau 1.2.

À l'intérieur des 6 282 ménages enquêtés, 8 183 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 7 954 d'entre elles, l'enquête a pu être menée avec succès. Le taux de réponse s'établit donc à 97,2 % pour les interviews auprès des femmes.

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux. Sur les 3 240 ménages sélectionnés, 3 157 ont été identifiés parmi lesquels, 3 126 ont été enquêtes avec succès soit un taux de réponse 99 %. Au total, 3 360 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi eux, 3 174 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 94,5 % comme on peut le constater au tableau 1.2.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence				
Enquête	Conakry	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
			FEMMES		
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	792	1 008	1 800	4 680	6 480
Ménages trouvés	762	989	1 751	4 582	6 333
Ménages enquêtés	736	982	1 718	4 564	6 282
Taux de réponse des ménages	96,6	99,3	98,1	99,6	99,2
Enquête individuelle femme					
Femmes éligibles	1 032	1 447	2 479	5 704	8 183
Femmes enquêtées	941	1 414	2 355	5 599	7 954
Taux de réponse	91,2	97,7	95,0	98,2	97,2
			HOMMES		
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	396	504	900	2 340	3 240
Ménages trouvés	379	496	875	2 282	3 157
Ménages enquêtés	362	491	853	2 273	3 126
Taux de réponse des ménages	95,5	99,0	97,5	99,6	99,0
Enquête individuelle homme					
Hommes éligibles	612	655	1 267	2 093	3 360
Hommes enquêtés	519	628	1 147	2 027	3 174
Taux de réponse	84,8	95,9	90,5	96,8	94,5

1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH

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

Test d'hémoglobine

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

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins de six mois ou de moins d'un an et très

maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl pour les enfants, les hommes et les femmes non enceintes, et inférieur à 9 g/dl pour les femmes enceintes), le laborantin lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès des services de santé.

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 effectués chez tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH/sida est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique de ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique de la Guinée a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique à l'EDSG-III. Les informations concernant ce protocole, la méthode de prélèvement sanguin et l'algorithme des tests de laboratoire figurent au chapitre 16 sur la prévalence du VIH.

1.2.6 Personnel de l'EDSG-III

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs de l'EDSG-III, un comité technique a été mis en place sous l'autorité de la Direction Nationale de la Statistique. Ce comité technique était composé du Directeur National, du Directeur Adjoint et du Directeur Technique du Projet, du Chef de la Division Santé de la Reproduction, du Responsable du Laboratoire National de Référence, d'un représentant du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, d'un représentant du Secrétariat Permanent en charge de la mise en œuvre de la SRP et des représentants de l'USAID, de l'UNFPA et de l'Unicef. Ce comité technique, assisté d'un consultant médical pour le test du VIH/sida et d'une équipe de 6 experts de ORC Macro, a été complété par 4 éditeurs chargés des travaux informatiques et 1 secrétaire.

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

Pour la collecte des données, 70 agents (40 enquêtrices, 10 enquêteurs, 10 laborantins et 10 chefs d'équipes) ont été retenus à l'issue d'une formation.

Au niveau de l'exploitation, 8 agents de saisie et 4 agents de vérification avaient été recrutés et affectés à la Division Informatique de la DNS qui a assuré le traitement des données de l'enquête.

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

1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSG-III

Cartographie

Pour les opérations de mise à jour de la cartographie et de dénombrement des ménages dans les zones sélectionnées pour l'enquête, 20 agents ont été recrutés pour former 10 équipes de deux personnes chacune. Ces agents ont été formés en une semaine et ils ont commencé le travail dans la ville de Conakry

où chaque équipe a dénombré une grappe avant d'être affectée dans une région. Les travaux se sont déroulés du 12 octobre au 12 novembre 2004. Ils consistaient spécifiquement à repérer les coordonnées géographiques des grappes avec un Global Positioning System (GPS), déterminer avec exactitude les limites des grappes, établir leur plan de situation et faire leur croquis, indiquer les positions relatives de chaque structure occupée par les ménages et dresser la liste de ces ménages.

Enquête pilote

Le pré-test s'est déroulé du 17 au 26 novembre 2004. Pour son exécution, 10 enquêtrices et 5 enquêteurs ont été retenus pour suivre une formation de 25 jours. Les travaux de terrain qui ont duré 10 jours, ont été réalisés dans quatre zones de dénombrement ne faisant pas partie de l'échantillon principal : deux situées dans la Commune de Matoto à Conakry pour le milieu urbain, et deux autres choisies dans la Sous-Préfecture de Khorira (Dubréka), représentant le milieu rural.

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

Formation et enquête principale

La formation a duré quatre semaines sur la période allant du 20 décembre 2004 au 17 janvier 2005 : trois semaines de formation théorique et une semaine de pratique de terrain dans les zones non sélectionnées pour l'enquête principale à Conakry. La formation consistait, d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'interview et d'enregistrement des informations et, d'autre part, en des exercices sur la façon de remplir les questionnaires. La formation a été essentiellement dispensée en français et, par la suite, des exercices d'interview en langues nationales ont été organisés sur la base de l'expérience du pré-test. En outre, différents spécialistes dans les domaines de la santé de la reproduction, la vaccination, la nutrition, la protection sociale et le VIH/sida ont donné aux enquêtrices des informations complémentaires dans leurs domaines de compétence. Par ailleurs, la pratique des mesures anthropométriques s'est déroulée à l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant.

Cette formation a été suivie par environ 100 personnes présélectionnées par la Direction Nationale de la Statistique. Un test d'évaluation effectué à la fin de la formation a permis de retenir 60 agents de terrain (40 enquêtrices, 10 enquêteurs et 10 chefs d'équipe). Également, 10 laborantins ont été recrutés pour effectuer les prélèvements sanguins sur le terrain, après leur formation organisée au Laboratoire National de Référence au même moment que la formation des enquêtrices et des enquêteurs. Ces agents de terrain étaient repartis en 10 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, de quatre enquêtrices, d'un enquêteur et d'un laborantin. Trois cadres, choisis parmi le personnel de l'encadrement technique du projet ont joué le rôle de coordonnateurs des travaux sur le terrain.

- Les chefs d'équipe, au nombre de 10, ont été sélectionnés parmi les personnes qui ont suivi la formation principale et qui présentaient les meilleures aptitudes de compréhension des questionnaires.

- Les 40 enquêtrices et les 10 enquêteurs ont été sélectionnés après la formation selon leurs résultats aux différents tests d'aptitude.

- Les laborantins (10 dont 4 de sexe féminin) ont été sélectionnés au cours de la formation sur les techniques de prélèvement, conservation et de transport du sang.

Les coordonnateurs et les chefs d'équipes ont suivi une formation supplémentaire de trois jours pour leur permettre d'assumer efficacement leurs rôles.

La collecte des données a démarré le 1er février 2005 par la couverture des 45 grappes de Conakry par l'ensemble des équipes. Chacune des équipes constituées a couvert au moins quatre grappes de l'échantillon dans la ville de Conakry ; ce qui a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes avant qu'elles ne soient déployées dans leurs zones de travail respectives à l'intérieur du pays. La collecte s'est achevée en fin juin 2005.

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

Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté environ deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain. Les questionnaires étaient envoyés régulièrement du terrain à la DNS à Conakry où des agents de bureau étaient chargés de leur vérification. Ils étaient ensuite transmis à l'atelier de saisie. Les données ont été saisies en utilisant le logiciel Census and Survey Processing (CSPro), développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le Programme DHS, et le Serpro S.A. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient répercutées aux équipes sur le terrain, au jour le jour quand cela était possible et lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées en août 2005, suite à une mission d'un expert informaticien de ORC Macro venu pour la vérification finale.

Analyse

Les travaux d'analyse ont été réalisés en collaboration avec ORC Macro. Sur les seize chapitres du rapport principal, quatorze ont été rédigés par les cadres nationaux, deux par les experts de ORC Macro. Un Comité de lecture a été constitué et chargé de lire les différents chapitres rédigés par les cadres nationaux. La prise en compte des observations faites par ce comité a permis d'obtenir la version du rapport principal qui a été finalisée au siège de ORC Macro par deux cadres de la DNS, un cadre du ministère de la Santé et deux de ORC Macro.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 2

Fatoumata DANFACA

Le questionnaire ménage de l'EDSG-III a permis de collecter des informations sur les ménages et les logements, et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour l'interview individuelle. Ce chapitre est consacré à l'analyse des résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages tels que la structure par âge et sexe, le taux de fréquentation scolaire et le niveau d'instruction. Dans ce chapitre, sont également présentés les caractéristiques des logements ainsi que les biens durables possédés par les ménages. L'objectif de ce chapitre est donc de présenter un profil des ménages et un aperçu de l'environnement socioéconomique dans lequel vivent les hommes, les femmes et les enfants ciblés par l'enquête. Une telle présentation est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socioéconomiques et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population et de ses conditions de vie.

Avant d'analyser les résultats concernant les caractéristiques des ménages, il est important de rappeler que l'échantillon de l'EDSG-III couvre les 7 régions administratives et la ville de Conakry. Chacune de ces régions, à l'exception de Conakry qui est essentiellement urbaine, a été subdivisée en milieu urbain et en milieu rural.

2.1 POPULATION DES MÉNAGES

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

2.1.1 Structure par sexe et âge de la population

Le tableau 2.1 présente la répartition par âge et sexe de la population des ménages enquêtés. L'enquête ménage a touché 37 582 personnes dont 17 990 hommes (soit 48 %) et 19 593 femmes (52 %) ; le rapport de masculinité s'établit donc à 92 hommes pour 100 femmes. Cette sous-représentation des hommes dans la population avait déjà été notée lors de la précédente enquête qui avait établi le rapport de masculinité à 96 hommes pour 100 femmes. Entre l'EDSG-II et l'EDSG-III, l'écart s'est donc creusé au détriment des hommes. C'est en milieu rural que cet écart s'est le plus accentué passant de 94 hommes pour 100 femmes en 1999 à 89 hommes pour 100 femmes à l'enquête actuelle. En milieu urbain, on constate un quasi-équilibre entre les sexes (99 hommes pour 100 femmes). L'ampleur du flux migratoire du milieu rural vers les centres urbains explique en grande partie cette situation.

La pyramide des âges de la population présente une allure régulière, caractéristique des pays à forte fécondité et forte mortalité : une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés (graphique 2.1). On constate en outre qu'entre 20 et 59 ans, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes, conséquence de la migration.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et résidence

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Ensemble		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5	13,7	12,3	13,0	18,8	16,2	17,4	17,3	15,1	16,1
5-9	15,6	15,4	15,5	19,7	16,9	18,2	18,4	16,5	17,4
10-14	15,2	16,2	15,7	16,2	13,1	14,6	15,9	14,0	14,9
15-19	12,7	12,2	12,4	7,4	7,5	7,4	9,0	8,8	8,9
20-24	10,3	8,4	9,4	3,7	5,3	4,5	5,7	6,2	5,9
25-29	5,9	7,0	6,4	3,7	6,6	5,2	4,4	6,7	5,6
30-34	4,5	6,4	5,5	3,5	5,9	4,8	3,8	6,0	5,0
35-39	4,6	5,4	5,0	4,4	6,6	5,5	4,4	6,2	5,4
40-44	4,2	4,0	4,1	3,8	4,6	4,2	3,9	4,4	4,2
45-49	3,5	3,5	3,5	3,7	4,5	4,1	3,6	4,2	3,9
50-54	2,8	3,2	3,0	3,3	3,6	3,5	3,2	3,5	3,3
55-59	2,1	1,8	2,0	2,5	2,9	2,7	2,4	2,6	2,5
60-64	1,9	1,7	1,8	2,4	2,5	2,5	2,3	2,3	2,3
65-69	1,4	0,9	1,2	2,3	1,7	2,0	2,0	1,5	1,7
70-74	0,6	0,9	0,7	1,9	1,2	1,5	1,5	1,1	1,3
75-79	0,4	0,5	0,4	1,2	0,5	0,8	1,0	0,5	0,7
80 +	0,4	0,4	0,4	1,3	0,6	0,9	1,0	0,5	0,8
NSP/ND	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	5 472	5 533	11 004	12 518	14 060	26 578	17 990	19 593	37 582

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population

2.1.2 Taille et composition des ménages

Le tableau 2.2 présente la répartition des ménages par sexe du chef de ménage et taille du ménage selon le milieu de résidence. Ce tableau montre que, dans l'ensemble, 83 % des ménages guinéens ont, à leur tête, un homme. On constate peu de variation en fonction du milieu de résidence. La proportion de ménages dirigés par une femme est légèrement plus élevée en milieu urbain (19 %) qu'en milieu rural (16 %). Par rapport a l'enquête précédente, la proportion de femme chef de ménage est passée de 13 % a 17 %. Cette augmentation est plus nette en milieu rural où, en 1999, seulement 11 % des ménages étaient dirigés par une femme contre 16 % en 2005. Ce phénomène s'expliquerait, en grande partie, par l'exode rural principalement masculin.

En ce qui concerne la taille du ménage, on constate qu'un ménage guinéen compte, en moyenne, 6,1 personnes. Dans l'enquête précédente, cette taille était de 6,6. Dans l'ensemble, 37 % des ménages comprennent entre 1 et 4 personnes. Les ménages ne comprenant qu'une seule personne sont peu fréquents (5 %). À l'opposé, 20 % des ménages comptent 9 personnes ou plus.

Tableau 2.2 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Sexe du chef de ménage			
Masculin	81,2	84,2	83,3
Féminin	18,8	15,8	16,7
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de résidents habituels			
1	8,7	4,1	5,4
2	7,8	6,8	7,1
3	9,9	11,7	11,1
4	10,4	14,3	13,2
5	12,2	13,8	13,3
6	12,3	12,7	12,6
7	8,7	10,2	9,8
8	7,4	7,5	7,5
9 ou plus	22,6	19,1	20,1
Total	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne	6,3	6,0	6,1
Effectif de ménages	1 788	4 494	6 282

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

2.2 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Dans le cadre de l'enquête ménage, on a collecté, pour chaque membre du ménage âgé de 6 ans ou plus, des informations sur le niveau d'instruction atteint ainsi que sur la dernière classe achevée. Le niveau d'instruction est un élément important qui contribue à l'amélioration des conditions de vie du ménage car il peut affecter le comportement procréateur, l'utilisation de la contraception, le comportement en matière de santé, le niveau de scolarisation des autres membres du ménage ainsi que les habitudes en matière d'hygiène et de nutrition. L'EDSG-III a distingué 3 niveaux d'instruction : le primaire, le secondaire et le supérieur. Les écoles professionnelles ont été assimilées au niveau secondaire. En Guinée, l'âge officiel d'entrée à l'école est fixé à 7 ans mais de plus en plus les enfants sont admis à l'école avant cet âge. Les études primaires et secondaires durent respectivement six et sept ans. Celles supérieures varient de quatre à six ans. Les résultats de l'enquête sont présentés aux tableaux 2.3.1 pour les femmes et 2.3.2 pour les hommes.

Tableau 2.3.1 Niveau d'instruction de la population des ménages – femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) des femmes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
6-9	64,0	35,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 746
10-14	45,6	49,7	0,4	3,9	0,0	0,0	100,0	2 739
15-19	53,1	23,1	1,8	21,5	0,1	0,1	100,0	1 722
20-24	73,9	9,1	1,1	14,1	0,8	0,7	100,0	1 205
25-29	84,6	7,9	1,2	4,2	1,0	0,7	100,0	1 309
30-34	82,1	9,2	1,5	5,4	0,7	0,7	100,0	1 180
35-39	87,2	6,1	0,6	5,5	0,3	0,2	100,0	1 221
40-44	86,3	5,1	0,8	6,0	0,9	0,7	100,0	869
45-49	88,5	4,8	0,7	2,7	0,7	2,0	100,0	828
50-54	92,5	2,8	0,5	1,9	0,7	0,9	100,0	683
55-59	94,5	1,4	0,0	1,8	0,9	0,7	100,0	509
60-64	97,4	1,0	0,3	0,4	0,3	0,2	100,0	446
65 ou plus	99,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	100,0	697
Milieu de résidence								
Urbain	49,2	31,1	1,6	15,1	1,2	1,2	100,0	4 727
Rural	81,8	15,5	0,4	1,9	0,0	0,1	100,0	11 434
Région administrative								
Boké	74,6	19,7	0,3	4,5	0,1	0,2	100,0	1 882
Conakry	42,8	32,4	2,4	18,0	1,8	2,0	100,0	2 200
Faranah	74,1	19,8	0,5	4,1	0,5	0,2	100,0	1 291
Kankan	83,0	13,6	0,5	2,3	0,1	0,0	100,0	1 970
Kindia	77,1	18,2	0,6	3,8	0,0	0,3	100,0	2 223
Labé	80,6	14,7	0,7	3,3	0,2	0,1	100,0	1 911
Mamou	82,5	13,7	0,3	2,7	0,0	0,1	100,0	1 217
N'Zérékoré	71,7	22,5	0,4	4,9	0,2	0,1	100,0	3 464
Région naturelle								
Basse Guinée	75,1	19,7	0,4	4,2	0,1	0,3	100,0	3 603
Moyenne Guinée	81,4	14,1	0,5	3,2	0,1	0,1	100,0	3 631
Haute Guinée	82,4	14,0	0,4	2,3	0,1	0,1	100,0	2 719
Guinée Forestière	70,8	23,0	0,5	5,1	0,3	0,1	100,0	4 007
Conakry	42,8	32,4	2,4	18,0	1,8	2,0	100,0	2 200
Ensemble	72,3	20,0	0,7	5,8	0,4	0,4	100,0	16 160

Dans l'ensemble, on constate que 55 % des hommes et une proportion très élevée de femmes (72 %) n'ont aucun niveau d'instruction. À titre de comparaison, ces proportions étaient respectivement de 60 % et 76 % à l'enquête de 1999. On observe des écarts importants entre les milieux de résidence quel que soit le sexe. En milieu rural, les proportions d'hommes et de femmes sans niveau d'instruction sont plus élevées (respectivement 67 % et 82 %) qu'en milieu urbain (respectivement 29 % et 49 %). Dans les régions, on constate également des disparités : quel que soit le sexe, ce sont les régions de Kankan (respectivement, 73 % et 83 %), Mamou (66 % et 83 %) et Labé (65 % et 81 %) qui détiennent les proportions les plus élevées d'hommes et de femmes sans aucun niveau d'instruction. Par rapport à

l'enquête de 1999, les résultats montrent que les proportions de femmes (respectivement 76 % et 72 %) et d'hommes (60 % et 55 %) sans niveau d'instruction ont diminué.

En outre, les résultats montrent que 18 % des hommes et seulement 7 % des femmes ont achevé au moins le niveau primaire. Pour les femmes, il apparaît donc que l'accès à l'instruction reste beaucoup plus limité que pour les hommes. Seulement 1 % des femmes contre 4 % des hommes ont atteint un niveau secondaire complet ou supérieur.

Tableau 2.3.2 Niveau d'instruction de la population des ménages – hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) des hommes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	Total	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
6-9	59,6	39,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 851
10-14	36,8	59,0	0,5	3,5	0,1	0,0	100,0	2 859
15-19	32,7	27,4	1,9	37,7	0,1	0,0	100,0	1 623
20-24	36,3	11,7	2,0	45,1	3,0	1,8	100,0	1 028
25-29	57,0	11,1	1,5	20,2	4,8	5,2	100,0	790
30-34	62,5	15,0	1,6	12,9	2,2	5,9	100,0	690
35-39	64,1	11,1	1,8	16,0	2,0	4,8	100,0	800
40-44	63,4	10,2	2,3	15,0	3,5	5,3	100,0	708
45-49	66,9	10,0	1,2	11,9	1,3	8,3	100,0	652
50-54	67,1	7,1	1,5	8,9	4,0	11,1	100,0	568
55-59	75,6	7,3	1,6	6,3	3,4	5,6	100,0	425
60-64	88,9	2,7	0,9	1,7	1,2	4,6	100,0	407
65 ou plus	94,9	2,3	0,5	0,9	0,6	0,5	100,0	1 004
Milieu de résidence								
Urbain	29,2	33,2	1,9	26,1	3,1	6,3	100,0	4 594
Rural	67,4	24,3	0,7	6,4	0,5	0,5	100,0	9 825
Région administrative								
Boké	63,3	23,2	0,8	10,3	0,6	1,5	100,0	1 591
Conakry	26,4	31,9	2,7	26,5	4,3	7,7	100,0	2 354
Faranah	56,8	27,2	0,7	12,4	0,6	1,7	100,0	1 131
Kankan	72,7	18,4	0,7	6,4	0,5	1,2	100,0	1 847
Kindia	60,3	29,9	0,5	7,8	0,5	0,9	100,0	2 003
Labé	64,7	24,9	1,2	7,1	0,7	0,9	100,0	1 398
Mamou	65,9	24,6	0,9	7,2	0,3	0,6	100,0	971
N'Zérékoré	51,1	30,7	0,6	14,7	1,1	1,8	100,0	3 125
Région naturelle								
Basse Guinée	60,3	28,2	0,5	9,1	0,6	1,0	100,0	3 178
Moyenne Guinée	66,1	23,6	1,2	7,1	0,5	1,0	100,0	2 784
Haute Guinée	71,5	19,4	0,6	6,5	0,5	1,2	100,0	2 495
Guinée Forestière	49,8	31,1	0,6	15,4	1,1	1,9	100,0	3 607
Conakry	26,4	31,9	2,7	26,5	4,3	7,7	100,0	2 354
Ensemble	55,2	27,1	1,1	12,7	1,3	2,4	100,0	14 419

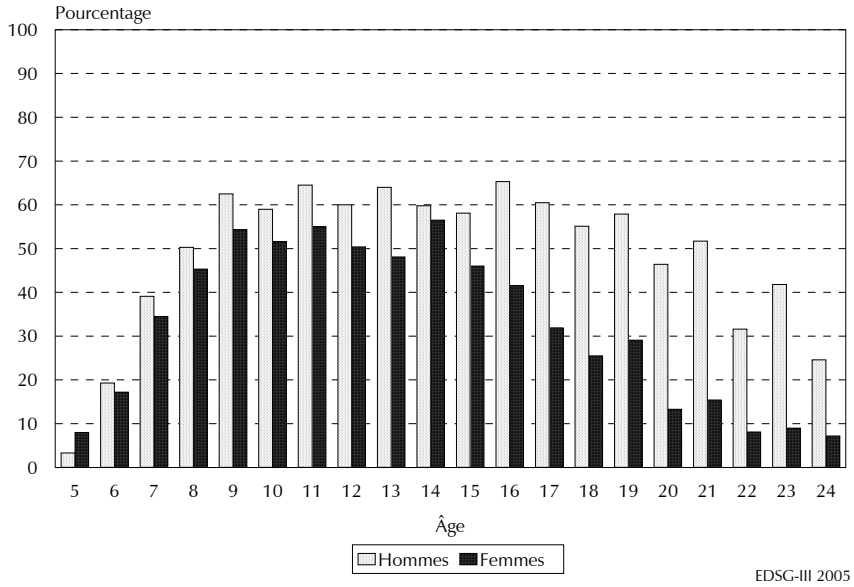
Les résultats par groupe d'âges permettent de constater une amélioration du niveau d'instruction chez les hommes comme chez les femmes même si, chez ces dernières, le niveau reste inférieur à celui observé pour les hommes et même si l'augmentation des proportions de scolarisées se fait moins rapidement que celle constatée chez les hommes. En effet, chez les femmes, la proportion de celles sans niveau d'instruction est passée de 99 % parmi celles de 65 ans et plus à 46 % parmi celles de 10-14 ans. Chez les hommes, ces proportions sont passées de 95 % à 37 % dans les mêmes groupes d'âges.

Le principal indicateur du niveau d'accès de la population au système éducatif est le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d'aller à l'école. Au cours de l'EDSG-III, des questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 6 à 24 ans. Afin d'avoir une indication sur l'accès actuel de la population à la scolarisation, on a calculé des taux de fréquentation scolaire (graphique 2.2).

Le tableau 2.4 présente les taux net et brut de fréquentation scolaire[1], par niveau d'instruction, par sexe, et selon le milieu et la région de résidence.

Graphique 2.2 **Taux de fréquentation scolaire par âge**

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



Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le primaire est de 44 %, ce qui signifie que moins de la moitié de la population de 6-11 ans fréquente l'école primaire. Ce taux est légèrement plus élevé chez les garçons que chez les filles (47 % contre 41 %). En outre, il présente des écarts selon le milieu de résidence : c'est en milieu rural qu'il est le plus faible : 34 % contre 70 % pour le milieu urbain. Dans les régions administratives, on constate que c'est à Kankan (29 %), Mamou (35 %) et Labé (37 %) qu'ils sont les plus faibles. Le taux le plus élevé est enregistré dans la région de Conakry (77 %).

[1] Les définitions de ces indicateurs figurent au bas du tableau 2.4.

Tableau 2.4 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNFS) et taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) de la population (de droit) des ménages, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Taux net de scolarisation[1]			Taux brut de scolarisation[2]			Indice de parité de genre[3]
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	
NIVEAU PRIMAIRE							
Milieu de résidence							
Urbain	74,1	66,5	70,3	120,0	107,4	113,7	0,90
Rural	36,8	31,1	34,1	63,7	49,6	56,9	0,78
Région administrative							
Boké	43,4	35,1	39,1	66,4	60,3	63,3	0,91
Conakry	80,8	73,8	77,4	124,1	113,7	119,1	0,92
Faranah	39,0	37,6	38,3	75,0	60,4	67,8	0,81
Kankan	30,2	28,0	29,2	47,4	43,5	45,6	0,92
Kindia	51,5	40,2	46,0	90,0	60,5	75,6	0,67
Labé	39,7	33,0	36,5	59,9	51,2	55,7	0,86
Mamou	38,0	32,7	35,4	73,9	55,2	64,9	0,75
N'Zérékoré	46,9	42,2	44,5	86,9	71,3	79,0	0,82
Ensemble	46,6	40,8	43,8	78,5	65,4	72,1	0,83
NIVEAU SECONDAIRE							
Milieu de résidence							
Urbain	38,2	28,5	33,3	71,5	42,7	57,0	0,60
Rural	10,1	4,9	7,5	16,4	6,5	11,5	0,39
Région administrative							
Boké	22,9	9,8	16,0	32,4	13,6	22,4	0,42
Conakry	38,8	33,0	35,8	76,2	49,3	62,3	0,65
Faranah	20,4	10,4	15,4	36,6	14,8	25,7	0,40
Kankan	12,5	6,6	9,6	19,0	9,8	14,4	0,51
Kindia	12,4	9,1	10,9	20,7	14,6	17,9	0,70
Labé	17,6	10,7	14,2	21,9	15,6	18,8	0,71
Mamou	14,0	7,5	10,9	26,2	10,6	18,7	0,41
N'Zérékoré	17,6	10,9	14,2	37,9	14,5	26,0	0,38
Ensemble	20,1	13,5	16,8	35,9	19,6	27,8	0,55

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

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

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

Pour le niveau secondaire qui concerne la population âgée de 12-18 ans, le taux net de fréquentation scolaire s'établit à 17 %. On constate un taux net de scolarisation plus élevé chez les garçons (20 %) que chez les filles (14 %). Comme pour le niveau primaire, le taux net au niveau secondaire est beaucoup plus faible en milieu rural (8 %) qu'en milieu urbain (33 %). Au niveau des régions administratives, les résultats montrent que ce sont celles de Kankan (10 %), Kindia (11 %) et Mamou (11 %) qui enregistrent les taux les plus faibles. À l'opposé, le taux le plus élevé est encore enregistré dans la région de Conakry (36 %).

Le taux brut pour le niveau de l'enseignement primaire est de 72 % et de 28 % pour le niveau secondaire ; cela signifie qu'au niveau primaire, un nombre important d'enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge officiel du niveau de fréquentation scolaire fréquentent ce niveau. Quel que soit le niveau d'études, ce taux est plus élevé chez les garçons que chez les filles (79 % contre 65 % au niveau primaire ; 36 % contre 20 % au niveau secondaire). De plus, on constate les mêmes variations que celles observées pour le taux net.

Le tableau 2.4 présente également l'indice de parité de genre qui est le rapport entre le taux brut de fréquentation scolaire des femmes et celui des hommes. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart entre les taux de fréquentation scolaire entre les sexes est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale. En Guinée, l'indice de parité de genre pour le niveau primaire est estimé à 0,83, ce qui révèle l'existence d'une certaine discrimination à l'égard des filles. L'importance de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre. C'est dans les régions administratives, de Kindia (0,67) et Mamou (0,75) que cet indice de parité pour le niveau primaire est le plus faible.

Cette discrimination est nettement plus accentuée au niveau secondaire (0,55). L'indice pour le niveau secondaire est aussi plus faible en milieu rural (0,39) qu'en milieu urbain (0,60). En outre, dans les régions de Boké, Kankan, Mamou, N'Zérékoré et Faranah, la discrimination des filles par rapport aux garçons est relativement plus élevée.

La discrimination observée à l'égard des filles résulterait de la combinaison de plusieurs facteurs. En effet, certains ménages, pour des raisons d'éloignement de l'école, de coûts liés à la scolarisation (tenue, fournitures, nourriture) ou de besoin d'aide dans les travaux ménagers, préfèrent garder les filles à la maison. Les garçons sont donc envoyés ou maintenus dans le système scolaire au détriment des filles. En outre, les abandons consécutifs aux grossesses non désirées ou aux mariages précoces des filles pourraient aussi contribuer à expliquer cette situation.

2.3 CONDITIONS DE VIE

Au cours de l'enquête ménage, on s'est intéressé à certaines caractéristiques du logement à savoir la disponibilité de l'électricité, l'approvisionnement en eau de boisson, les matériaux de revêtement du sol et le type de toilettes. On a également recueilli des informations sur la possession d'un certain nombre d'équipements modernes (radio, télévision, réfrigérateur, bicyclette, motocyclette, véhicule). Ces informations qui servent d'indicateurs de la situation socioéconomique des ménages, ont également une influence déterminante sur l'état de santé des membres du ménage. Les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux 2.5 et 2.6.

2.3.1 Caractéristiques des logements

Dans l'ensemble, très peu de ménages disposent de l'électricité (20 %). Par rapport à 1999, on note cependant une amélioration puisque la proportion est passée de 16 % à 20 %. Malgré les efforts accomplis, on constate toujours des disparités entre milieux de résidence. En effet, en milieu rural, moins de 3 % des ménages disposent de l'électricité contre 64 % en milieu urbain.

Tableau 2.5 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique des logements	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Électricité			
Oui	63,8	2,8	20,2
Non	35,5	96,9	79,4
ND	0,7	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Source d'eau pour boire			
Eau du robinet dans le logement	15,4	0,5	4,7
Eau du robinet dans la cour/concession	12,0	0,7	3,9
Eau du robinet ailleurs	40,6	2,1	13,0
Puits ouvert dans le logement	2,8	2,4	2,5
Puits ouvert dans la cour	1,8	1,3	1,4
Puits ouvert ailleurs	4,8	8,1	7,2
Puits protégé dans le logement	3,8	1,5	2,2
Puits protégé dans la cour/concession	0,7	0,6	0,7
Puits protégé ailleurs	4,6	4,9	4,8
Forage	10,1	39,3	31,0
Source aménagée	1,1	1,8	1,6
Source non aménagée	0,7	12,7	9,3
Fleuve/rivière	1,3	23,2	17,0
Mare, lac	0,2	0,4	0,3
Barrage	0,0	0,2	0,2
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0
Autre	0,1	0,0	0,0
ND	0,1	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau			
Moins de 15 minutes (%)	80,5	55,2	62,4
Temps médian pour s'approvisionner en eau	4,2	9,8	9,4
Type de toilettes			
Chasse d'eau	7,0	0,4	2,3
Fosse/latrines non couvertes	37,7	43,6	41,9
Fosse/latrines couvertes	49,8	12,8	23,3
Fosse/latrines ventilée améliorées	3,1	1,5	2,0
Pas de toilette, nature	2,2	41,5	30,3
ND	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Type de sol			
Terre, sable	9,3	74,6	56,0
Bois/autres végétaux	0,0	0,8	0,5
Ciment	80,6	23,8	39,9
Carrelage	9,4	0,4	3,0
Autre fini	0,4	0,2	0,3
ND	0,3	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 788	4 494	6 282

Les principales sources d'approvisionnement en eau des ménages guinéens sont dans l'ordre : les forages (31 %), les robinets (22 %) et les fleuves/rivières (17 %). Près d'un ménage sur dix (9 %) s'approvisionne à partir de sources non aménagées et 7 % utilisent les puits ouverts situés ailleurs que dans le logement et dans la cour.

La source d'approvisionnement en eau varie fortement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, on dispose plus fréquemment de l'eau au robinet (41 % ailleurs, 15 % dans le logement, 12 % dans la cour ou concession). Par contre, en milieu rural, 39 % des ménages utilisent de l'eau de forages, 23 % de l'eau des fleuves/rivières et 13 % de l'eau de sources non aménagées.

Globalement, ces résultats montrent qu'en Guinée près de 12 % des ménages urbains et 49 % des ménages ruraux ne consomment pas d'eau potable[2] et sont donc exposés à toutes les maladies liées à l'eau. On note également au tableau 2.5 que 62 % des ménages mettent moins de 15 minutes pour s'approvisionner en eau. Cette proportion est plus faible en milieu rural (55 %) qu'en milieu urbain (81 %).

Concernant le type de toilettes, les résultats montrent que, dans l'ensemble, près d'un ménage sur trois (30 %) ne dispose pas du tout de toilettes. Ceux qui utilisent des installations sommaires (fosses/latrines non couvertes) représentent 42 %. Un peu plus d'un ménage sur quatre (27%) dispose de toilettes « adéquates » (25 % avec fosses/latrines couvertes ou ventilées améliorées et 2 % de toilettes avec chasse d'eau). Les résultats selon les milieux de résidence font apparaître des écarts très nets : 44 % des ménages ruraux ne disposent que de latrines sommaires et 41 % ne disposent pas de toilettes du tout, alors qu'en milieu urbain 50 % des ménages ont des latrines couvertes et 7 % des toilettes avec chasse d'eau.

Le type de matériau de revêtement du sol est souvent utilisé comme un indicateur des conditions matérielles de vie du ménage. Les résultats de l'EDSG-III mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logement en Guinée. Plus de la moitié des ménages (56 %) vivent dans des logements dont le sol est en terre ou sable, ce qui favorise la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. Par ailleurs, 40 % des logements ont un sol en ciment et seulement 3 % en carreaux. Des différences importantes apparaissent selon le milieu de résidence. Si en milieu urbain la majorité des logements ont un sol recouvert de ciment (81 %), en milieu rural le sol des trois-quarts des logements (75 %) est en terre, sable ou bois.

Tableau 2.6 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence		
Bien durable	Urbain	Rural	Ensemble
Radio	76,0	59,0	63,8
Télévision	36,5	1,1	11,2
Téléphone	20,4	0,2	6,0
Réfrigérateur	24,8	0,6	7,5
Réchaud/cuisinière à gaz	9,6	0,2	2,9
Bicyclette	14,1	29,3	25,0
Mobylette/motocyclette	13,9	6,5	8,6
Voiture/camion	12,1	0,8	4,0
Aucun de ce qui précède	16,3	34,0	28,9
Effectif de ménages	1 788	4 494	6 282

2.3.2 Biens durables possédés par les ménages

Le niveau de vie des ménages est évalué par la possession de certains biens durables. Les résultats présentés au tableau 2.6 indiquent que dans l'ensemble, la radio (64 %) est le bien le plus fréquemment possédé par les ménages, cela quel que soit le milieu de résidence La proportion de ménages possédant une radio est plus élevée en milieu urbain (76 %) qu'en milieu rural (59 %). En outre, au niveau national, seuls 11 % des ménages possèdent une télévision, cette proportion variant de seulement 1 % en milieu rural à 36 % en milieu urbain. Les biens d'équipement dont le fonctionnement requiert de l'électricité, sont quasiment absents en milieu rural. Ainsi, 36 % des ménages possèdent une télévision en milieu urbain contre seulement 1 % en milieu rural. De même, la proportion de ménages disposant de réfrigérateur est de 25 % en milieu urbain contre moins de 1 % en zone rurale.

[2] L'eau potable correspond aux modalités : *eau du robinet dans le logement, eau de robinet dans la cour/concession , eau de robinet ailleurs, puits protégés dans le logement , puits protégés dans la cour/concession , puits protégés ailleurs* et *forage.*

En ce qui concerne les moyens de déplacement, on constate qu'un ménage sur quatre possède une bicyclette (29 % en milieu rural contre 14 % en milieu urbain). À l'opposé, la mobylette, la motocyclette, la voiture et le camion sont des moyens de transport plus fréquemment possédés par les ménages du milieu urbain.

Enfin il faut noter que 29 % des ménages ne possèdent aucun de ces biens (34 % en milieu rural et 16 % en milieu urbain).

2.3.3 Bien-être économique des ménages

Afin de mesurer le bien être économique des ménages, un indice a été construit a partir des données sur les biens des ménages et en utilisant l'analyse en composante principale. Les informations sur les biens des ménages proviennent des réponses aux questions relatives à la possession par les ménages de certains biens durables (télévision, radio, voiture, etc.) et celles concernant certaines caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, type d'approvisionnement en eau de boisson, type de toilettes, matériau de revêtement du sol, nombre de pièces utilisées pour dormir, type de combustible pour la cuisine, etc.). Cet indice est construit de la manière suivante :

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

La répartition de la population par quintile de bien-être est présentée au tableau 2.7 ci-dessous.

Les données montrent que les ménages les plus riches (un sur cinq) sont quasiment concentrés en milieu urbain et, en particulier, à Conakry : en effet, 66 % des ménages du milieu urbain et 96 % des ménages de Conakry sont classés dans le quintile le plus riche. Dans les régions de Kindia et Boké, les proportions de ménages appartenant à ce quintile sont respectivement de 13 % et 11 %. Dans l'ensemble, ce sont les ménages du second quintile qui sont, proportionnellement, les plus nombreux (23 %) ; ils constituent plus du tiers des ménages de Boké. Les ménages les plus pauvres représentent 19 % ; ils sont proportionnellement plus nombreux dans la région de N'Zérékoré (36 %).

Tableau 2.7 Quintiles de bien-être économique

Répartition (en %) des ménages par quintile de bien-être économique selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Quintile de bien-être économique					Total	Effectif
	Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche		
Milieu de résidence							
Urbain	0,9	1,6	4,7	27,2	65,7	100,0	1 788
Rural	26,4	30,8	25,6	16,1	1,1	100,0	4 494
Région administrative							
Boké	19,6	34,6	20,3	15,0	10,5	100,0	699
Conakry	0,0	0,0	0,1	3,4	96,4	100,0	901
Faranah	20,5	30,6	19,4	24,8	4,6	100,0	521
Kankan	13,5	29,5	30,7	23,8	2,6	100,0	748
Kindia	14,8	27,9	23,7	20,5	13,1	100,0	837
Labé	23,1	28,8	22,1	21,9	4,1	100,0	772
Mamou	19,1	28,5	22,8	24,5	5,0	100,0	537
N'Zérékoré	35,7	14,4	21,0	23,1	5,7	100,0	1 267
Ensemble	19,1	22,5	19,6	19,2	19,5	100,0	6 282

2.4 SITUATION DES ORPHELINS

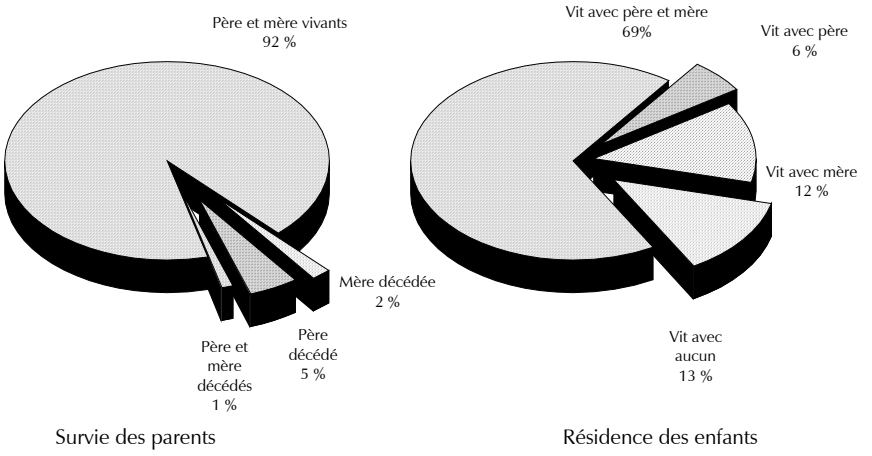
Le tableau 2.8 et le graphique 2.3 présente la répartition des enfants de moins de 15 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents. Dans l'ensemble, on constate que 69 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. Dans 12 % des cas, les enfants vivent seulement avec leur mère biologique, que le père soit en vie ou décédé, et dans 6 % des cas, ils vivent seulement avec leur père, que la mère soit en vie ou non. On constate également que 13 % des enfants ne vivent avec aucun des deux parents biologiques, que ceux-ci soient en vie ou décédés. La proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue avec l'âge des enfants passant de 82 % chez les enfants de moins de 2 ans à 61 % chez ceux de 10-14 ans. On ne note pas de différence significative selon le sexe de l'enfant. Par contre, la proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques est plus élevée en milieu rural (71 %) qu'en milieu urbain (61 %). C'est dans les régions de Labé (52 %) et Conakry (60 %) que l'on rencontre les plus faibles proportions d'enfants vivant avec leurs deux parents.

Tableau 2.8 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population d'enfants (de droit) de moins de 15 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Vivant avec ses deux parents	Vivant avec la mère seulement		Vivant avec le père seulement		Ne vit avec aucun des deux parents				Information sur père/mère non déclarée	Total	Effectif d'enfants de moins de 15 ans
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés			
Âge												
<2	81,9	15,3	1,7	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	2 548
2-4	75,8	10,6	2,0	2,9	0,4	6,6	0,5	0,5	0,6	0,1	100,0	3 511
5-9	66,0	7,5	3,0	6,3	1,1	12,8	0,7	1,4	0,9	0,3	100,0	6 583
10-14	60,6	6,0	5,1	5,8	2,2	13,9	1,0	2,2	2,0	1,2	100,0	5 602
Sexe												
Masculin	69,2	8,6	3,4	5,1	1,3	8,8	0,5	1,5	1,0	0,4	100,0	9 313
Féminin	67,6	8,8	3,0	4,2	1,0	11,7	0,8	1,0	1,1	0,7	100,0	8 930
Milieu de résidence												
Urbain	60,6	10,8	4,2	4,5	0,8	13,6	0,8	1,7	1,9	1,1	100,0	4 888
Rural	71,4	7,9	2,9	4,7	1,3	9,0	0,6	1,1	0,8	0,4	100,0	13 355
Région administrative												
Boké	76,1	5,2	1,9	2,7	1,0	9,6	0,4	1,6	1,0	0,5	100,0	2 119
Conakry	59,6	9,1	5,2	4,4	1,0	12,9	1,1	1,7	3,2	1,8	100,0	2 229
Faranah	72,8	6,5	3,0	5,1	0,6	9,2	1,0	0,9	0,6	0,2	100,0	1 544
Kankan	77,7	4,1	2,6	5,9	1,2	6,6	0,3	0,8	0,4	0,3	100,0	2 619
Kindia	73,0	5,0	2,4	4,6	1,5	11,3	0,5	0,8	0,9	0,1	100,0	2 532
Labé	52,1	18,4	5,2	4,2	1,4	13,2	1,3	1,7	1,6	1,0	100,0	2 036
Mamou	68,4	9,4	2,0	3,0	0,6	14,0	0,7	1,0	0,5	0,6	100,0	1 229
N'Zérékoré	67,1	11,5	3,3	5,7	1,2	8,3	0,4	1,6	0,6	0,2	100,0	3 936
Région naturelle												
Basse Guinée	74,5	4,7	1,9	3,8	1,4	11,2	0,5	1,0	0,8	0,3	100,0	4 080
Moyenne Guinée	60,5	13,9	4,0	3,7	1,1	12,3	1,0	1,5	1,3	0,8	100,0	3 835
Haute Guinée	77,0	4,5	2,4	5,7	1,1	7,3	0,5	0,8	0,4	0,3	100,0	3 527
Guinée Forestière	67,4	11,0	3,5	5,6	1,1	8,4	0,5	1,5	0,6	0,2	100,0	4 572
Conakry	59,6	9,1	5,2	4,4	1,0	12,9	1,1	1,7	3,2	1,8	100,0	2 229
Ensemble	68,5	8,7	3,2	4,7	1,1	10,2	0,7	1,3	1,1	0,6	100,0	18 243

Graphique 2.3 Survie des parents des enfants de moins de 15 ans et résidence des enfants avec les parents



Le tableau 2.9 présente le pourcentage d'enfants de 10-14 ans orphelins ou non, selon qu'ils fréquentent ou non l'école. Il semble qu'en Guinée, la situation familiale affecte la fréquentation scolaire des enfants. En effet, quand les deux parents sont en vie et que l'enfant vit avec au moins l'un des deux parents, 57 % vont à l'école. Quand les enfants ne vivent avec aucun des deux parents alors que ceux-ci sont en vie, la proportion de scolarisés est légèrement plus faible (53 %). Par contre, quand les deux parents sont décédés, seulement 42 % fréquentent l'école. Le décès du père semble avoir un peu plus de conséquences que celui de la mère en termes de scolarité puisque quand seule la mère est décédée, 61 % des enfants continuent d'aller à l'école contre 57 % lorsque seul le père est décédé.

Tableau 2.9 Scolarisation des enfants de 10-14 ans orphelins ou non et selon la résidence avec les parents

Pourcentage d'enfants (de droit) de 10-14 ans orphelins et non orphelins fréquentant actuellement l'école, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Les deux parents en vie, vivant avec au moins un parent		Les deux parents en vie, ne vivant avec aucun parent		Seule la mère est décédée		Seul le père est décédé		Les deux parents sont décédés		Mère, père ou les deux sont décédés	
Caractéristique sociodémographique	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif	% à l'école	Effectif
Sexe												
Masculin	62,0	2 087	56,0	358	64,0	89	61,0	246	(47,0)	54	59,0	389
Féminin	52,0	1 967	49,9	419	58,3	89	52,5	166	37,3	60	51,2	315
Milieu de résidence												
Urbain	85,8	1 127	64,8	310	(89,5)	48	75,9	151	(49,5)	58	72,5	257
Rural	46,1	2 927	45,0	467	50,6	131	46,5	261	33,8	56	46,1	447
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	41,2	837	38,9	67	(33,6)	33	26,8	56	*	10	27,8	99
Second	36,6	796	27,5	120	(56,2)	35	32,4	74	*	12	39,6	121
Moyen	50,4	862	47,8	142	(53,3)	39	60,1	85	*	22	54,0	145
Quatrième	71,2	858	63,5	227	(70,5)	35	68,5	118	*	21	65,6	174
Le plus riche	90,5	702	63,4	220	(90,1)	36	82,6	79	(53,4)	49	75,5	164
Ensemble	57,1	4 054	52,9	777	61,0	178	57,3	412	41,8	114	55,7	704

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

3

M'Balou BERETE

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Il permet de mieux comprendre et d'expliquer les comportements de la population vis-à-vis de la contraception, des IST, du VIH/sida et de connaître les préférences en matière de fécondité. Tout comme le questionnaire ménage, les questionnaires individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des enquêtés. Dans ce chapitre sont également analysés les résultats sur l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport. De plus, les réponses à des questions spécifiques, ayant pour objet d'évaluer le niveau de contrôle qu'exercent les femmes dans leur ménage et le pouvoir de décision concernant l'utilisation de leurs revenus, y sont analysées. Enfin, au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains comportements des hommes vis-à-vis des femmes.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

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

Les résultats présentés dans le tableau 3.1 montrent que les répartitions des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges quinquennaux sont à peu près les mêmes que celles observées en 1999 (EDSG-II). Ces distributions présentent une allure assez régulière, les proportions de chaque groupe d'âges diminuant au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés.

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes éligibles de l'échantillon. Dans le cadre de l'EDSG-III, ont été considérés comme étant en union, toutes les femmes et tous les hommes mariés, légalement ou non, ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle (tableau 3.2). Selon cette définition, on constate que près d'une femme sur cinq (17 %) était célibataire au moment de l'enquête, plus des trois quarts (79 %) étaient mariées ou vivaient en union consensuelle, et 4 % étaient en rupture d'union (divorcées, séparées ou veuves). Chez les hommes, plus du tiers étaient célibataires (37 %) et plus d'un homme sur deux était marié (59 %). La proportion d'hommes en rupture d'union est identique à celle des femmes (4 %).

Tableau 3.1 Répartition par âge des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon le groupe d'âges, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes			Hommes		
Groupe d'âges	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
15-19	20,7	1 648	1 632	20,9	664	680
20-24	14,5	1 152	1 136	15,2	482	444
25-29	15,8	1 259	1 240	9,8	311	306
30-34	14,1	1 119	1 114	9,7	307	297
35-39	14,7	1 170	1 194	11,4	362	362
40-44	10,3	821	825	9,5	301	297
45-49	9,9	785	813	8,9	281	297
50-54	na	na	na	8,6	272	278
55-59	na	na	na	6,1	194	213
Ensemble 15-49 ans	100,0	7 954	7 954	85,3	2 709	2 683
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	100,0	3 174	3 174

na = Non applicable

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que la majorité des enquêtés vivaient, au moment de l'enquête, en milieu rural (69 % des femmes et 61 % des hommes) à l'image de la répartition de la population totale dont les deux tiers résident en milieu rural. Les données par région administrative ne font pas apparaître d'écarts significatifs entre les proportions de femmes et d'hommes enquêteés au sein d'une même région. On note toutefois qu'à Conakry la proportion d'hommes est supérieure à celles des femmes (respectivement 21 % et 15 %) tandis qu'à Labé les femmes prédominent (10 % et 7 %).

En ce qui concerne la répartition par région naturelle, les résultats montrent que la Guinée Forestière a les proportions les plus élevées d'hommes et de femmes (respectivement, 27 % et 25 %). La moyenne Guinée se caractérise par un écart plus élevé entre proportions de femmes et d'hommes (20 % contre 16 %), probablement conséquence de l'exode rural.

En ce qui concerne la religion, la majorité des enquêtés se sont déclarés de confession musulmane (85 % des femmes et 84 % des hommes). La religion chrétienne vient en seconde position (11 % des femmes et 11 % des hommes). Ensuite vient l'animisme avec 2 % des femmes et 4 % des hommes. Par ailleurs, la proportion de personnes sans religion est plus élevée chez les femmes (3 %) que chez les hommes (1 %).

Quant à la répartition de la population selon l'ethnie, elle rend compte de la diversité culturelle de la Guinée. Les enquêtés se repartissent comme suit : Peulhs (36 % des femmes et 34 % des hommes), Malinkés (26 % des femmes et 28 % des hommes), Soussous (20 % des femmes et 20 % des hommes), les ethnies de la Guinée Forestière (Guerzés, Kissis, Tomas) représentent 17 % des femmes et 18 % des hommes ; les autres groupes ethniques et les étrangers sont faiblement représentés (1 % pour chaque sexe).

Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans enquêtés selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Célibataire	16,5	1 311	1 298	36,6	1 161	1 156
En union	79,1	6 292	6 327	59,2	1 879	1 883
Divorcé, séparé, veuf	4,4	351	329	4,2	134	135
Milieu de résidence						
Urbain	31,1	2 472	2 355	38,6	1 226	1 147
Rural	68,9	5 482	5 599	61,4	1 948	2 027
Région administrative						
Boké	11,8	941	1 037	10,7	340	377
Conakry	15,0	1 192	941	21,3	677	519
Faranah	7,8	619	971	6,9	219	359
Kankan	11,7	935	1 018	11,3	358	406
Kindia	14,5	1 155	1 154	12,9	409	435
Labé	10,3	817	857	7,1	224	256
Mamou	6,8	544	826	6,5	205	321
N'Zérékoré	22,0	1 752	1 150	23,3	741	501
Région naturelle						
Basse Guinée	23,2	1 847	1 872	20,7	657	694
Moyenne Guinée	20,2	1 610	2 002	16,4	521	695
Haute Guinée	16,2	1 285	1 591	15,1	478	611
Guinée Forestière	25,4	2 020	1 548	26,5	840	655
Conakry	15,0	1 192	941	21,3	677	519
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	77,5	6 162	6 228	51,2	1 625	1 671
Primaire	11,4	909	864	16,7	529	512
Secondaire	10,5	837	816	27,6	877	854
Supérieur	0,6	46	46	4,5	143	137
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	20,6	1 640	1 617	17,5	556	563
Second	19,0	1 508	1 607	16,8	535	576
Moyen	19,3	1 535	1 556	17,8	563	582
Quatrième	20,0	1 594	1 667	19,1	606	649
Le plus riche	21,1	1 677	1 507	28,8	914	804
Religion						
Musulmane	84,8	6 742	6 962	84,0	2 668	2 737
Chrétienne	10,7	854	708	11,3	357	317
Animiste	2,0	160	130	3,6	115	97
Sans religion	2,5	197	154	1,1	34	23
Ethnie						
Soussou	20,1	1 602	1 495	19,6	622	590
Peulh	35,6	2 834	3 201	33,8	1 073	1 188
Malinké	26,2	2 080	2 092	28,0	887	895
Kissi	5,2	412	398	6,0	189	181
Toma	4,4	350	260	4,1	129	97
Guerzé	7,4	587	432	7,8	247	195
Autre/étranger	1,1	89	76	0,8	27	28
Total	100,0	7 954	7 954	100,0	3 174	3 174

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il soit achevé ou non.

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent les données selon le niveau d'instruction atteint par les enquêtés. On constate que la proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction formelle est nettement plus élevée que celle des hommes (78 % contre 51 %). Quelque soit le niveau d'instruction, on constate que la proportion d'hommes est toujours nettement supérieure à celle des femmes : au niveau primaire les proportions sont de 17 % chez les hommes contre 11 % chez les femmes. En outre, 28 % des hommes ont atteint le niveau secondaire contre à peine 11 % des femmes et au niveau supérieur, la proportion est cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5 % contre 1 %).

Cependant, on constate que, quel que soit le sexe, le niveau d'instruction s'améliore des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes. En effet, chez les femmes, la proportion de celles sans instruction passe de 89 % parmi celles de 45-49 ans à 54 % parmi celles de 15-19 ans. La proportion de femmes ayant un niveau d'instruction primaire passe de 6 % parmi celles de 45-49 ans à 24 % chez celles de 15-19 ans. Pour le secondaire, les proportions correspondantes sont de 4 % et 22 %. On note une tendance similaire chez les hommes : les proportions de ceux sans niveau d'instruction passent de 66 % à 45-49 ans à 28 % chez ceux de 15-19 ans. Dans le même temps, les proportions de ceux ayant atteint le niveau primaire passent de 13 % chez les hommes de 45-49 ans à 28 % chez ceux de 15-19 ans. Au niveau du secondaire, les proportions d'hommes varient de 13 % parmi ceux âgés de 45-49 ans à 44 % parmi ceux de 15-19 ans. Malgré cette amélioration, ces résultats montrent qu'il existe toujours des écarts importants entre le niveau d'instruction des hommes et celui des femmes, surtout en ce qui concerne l'accès à l'enseignement secondaire et supérieur.

On constate par ailleurs que le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. En effet, les proportions d'hommes et de femmes instruits sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural : en zone urbaine, seulement 54 % des femmes et 24 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction contre, respectivement, 88 % et 68 % en milieu rural. Il faut noter cependant que chez les hommes, pour le niveau primaire, on ne constate quasiment pas d'écart entre les deux milieux de résidence (17 % contre 16 % en milieu urbain). Par contre, en zone rurale, les femmes sont pratiquement deux fois moins nombreuses à avoir atteint le niveau primaire que les hommes (9 % contre 17 %) alors qu'en urbain, elles sont légèrement plus nombreuses (18 % contre 16 %). Par contre, pour les autres niveaux, l'écart se creuse quel que soit le milieu : les proportions d'hommes qui ont atteint les niveaux secondaire et supérieur sont bien plus élevées que celles observées pour les femmes.

Les résultats selon les régions administratives mettent aussi en évidence de fortes disparités. Les proportions de femmes sans aucun niveau d'instruction sont particulièrement élevées dans les régions de Kankan et Mamou (90 % chacune). La région de N'Zérékoré occupe une position intermédiaire (77 %) tandis que Conakry se caractérise par la proportion la plus faible de femmes sans niveau d'instruction (47 %). Chez les hommes, c'est également, à Kankan (71 %) que la proportion de ceux sans niveau d'instruction est la plus élevée ; viennent les régions de Labé (70 %) et Kindia (68 %). La zone de Conakry et la région de N'Zérékoré enregistrent les proportions les plus faibles (respectivement 23 % et 46 %).

Par ailleurs, les résultats montrent qu'il y a une relation positive entre le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, quel que soit le sexe, on constate que les proportions d'hommes et de femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction diminuent de façon importante. Il faut noter, toutefois, que même dans le quintile le plus riche, 48 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 23 % des hommes ; de même, dans ce quintile, la proportion d'hommes ayant atteint le niveau supérieur est quatre fois plus élevée que celle des femmes.

Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques - femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans enquêtées en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Niveau d'instruction				Total	Effectif de femmes
	Aucune instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur		
Groupe d'âges						
15-19	53,5	24,4	22,1	0,1	100,0	1 648
20-24	74,2	10,4	14,7	0,7	100,0	1 152
25-29	84,8	9,3	5,4	0,6	100,0	1 259
30-34	82,8	9,7	6,7	0,8	100,0	1 119
35-39	87,9	5,8	6,1	0,2	100,0	1 170
40-44	85,9	6,1	7,3	0,7	100,0	821
45-49	88,9	5,6	3,8	1,6	100,0	785
Milieu de résidence						
Urbain	53,9	17,7	26,7	1,7	100,0	2 472
Rural	88,1	8,6	3,2	0,1	100,0	5 482
Région administrative						
Boké	82,0	10,2	7,5	0,3	100,0	941
Conakry	46,5	20,0	30,8	2,8	100,0	1 192
Faranah	80,1	11,5	8,3	0,1	100,0	619
Kankan	89,7	6,5	3,7	0,1	100,0	935
Kindia	84,1	8,9	6,5	0,5	100,0	1 155
Labé	85,9	7,3	6,5	0,2	100,0	817
Mamou	89,8	5,4	4,7	0,1	100,0	544
N'Zérékoré	76,6	14,3	9,1	0,0	100,0	1 752
Région naturelle						
Basse Guinée	82,6	9,9	7,0	0,4	100,0	1 847
Moyenne Guinée	87,4	6,5	5,9	0,2	100,0	1 610
Haute Guinée	89,5	6,5	3,9	0,1	100,0	1 285
Guinée Forestière	75,5	14,8	9,6	0,0	100,0	2 020
Conakry	46,5	20,0	30,8	2,8	100,0	1 192
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	92,2	6,7	1,1	0,0	100,0	1 640
Second	91,9	6,9	1,2	0,0	100,0	1 508
Moyen	86,3	10,2	3,5	0,0	100,0	1 535
Quatrième	71,6	13,8	14,4	0,2	100,0	1 594
Le plus riche	47,6	19,0	30,9	2,5	100,0	1 677
Ensemble	77,5	11,4	10,5	0,6	100,0	7 954

Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction par caractéristiques sociodémographiques - hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans enquêtés en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Niveau d'instruction				Total	Effectif d'hommes
	Aucune instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur		
Groupe d'âges						
15-19	28,0	28,4	43,5	0,0	100,0	664
20-24	34,2	12,8	51,3	1,6	100,0	482
25-29	55,5	13,4	25,4	5,6	100,0	311
30-34	60,3	19,7	14,7	5,3	100,0	307
35-39	63,5	12,5	19,6	4,3	100,0	362
40-44	59,6	15,1	20,0	5,3	100,0	301
45-49	66,2	13,4	12,8	7,5	100,0	281
50-54	67,5	8,1	10,4	13,9	100,0	272
55-59	71,0	12,9	10,5	5,6	100,0	194
Milieu de résidence						
Urbain	23,9	15,8	50,3	10,0	100,0	1 226
Rural	68,4	17,2	13,3	1,1	100,0	1 948
Région administrative						
Boké	59,4	16,4	21,6	2,7	100,0	340
Conakry	23,1	15,6	49,8	11,5	100,0	677
Faranah	48,1	18,6	29,1	4,2	100,0	219
Kankan	70,5	10,8	15,8	2,8	100,0	358
Kindia	68,2	15,3	15,6	0,8	100,0	409
Labé	70,0	11,8	14,2	4,0	100,0	224
Mamou	64,4	14,5	20,3	0,8	100,0	205
N'Zérékoré	46,0	22,8	28,1	3,1	100,0	741
Région naturelle						
Basse Guinée	63,3	16,6	18,8	1,3	100,0	657
Moyenne Guinée	68,0	12,5	16,8	2,7	100,0	521
Haute Guinée	68,7	12,0	16,6	2,7	100,0	478
Guinée Forestière	44,1	22,8	29,7	3,5	100,0	840
Conakry	23,1	15,6	49,8	11,5	100,0	677
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	76,0	16,7	7,3	0,0	100,0	556
Second	72,4	17,7	9,4	0,5	100,0	535
Moyen	61,9	16,4	20,1	1,6	100,0	563
Quatrième	41,9	19,3	35,0	3,9	100,0	606
Le plus riche	23,3	14,4	50,4	11,8	100,0	914
Ensemble	51,2	16,7	27,6	4,5	100,0	3 174

3.3 ALPHABÉTISATION

Au cours de l'enquête, on a demandé aux personnes qui n'avaient aucun niveau d'instruction et à celles qui avaient déclaré avoir atteint le niveau primaire de lire une phrase rédigée en français ou dans l'une des langues nationales. Trois modalités de réponse ont été retenues : « peut lire toute la phrase », « peut lire une partie de la phrase » ou « ne peut pas lire du tout ». Les enquêtés ayant atteint le niveau secondaire ou plus ont été considérés d'office comme étant alphabétisés. Les résultats sont présentés aux tableaux 3.4.1 pour les femmes et 3.4.2 pour les hommes, ainsi qu'au graphique 3.1.

Tableau 3.4.1 Alphabétisation – femmes

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	École secondaire ou plus	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire une phrase entière	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire une partie de phrase	Pas d'instruction ou école primaire: Ne peut pas lire du tout	Total[1]	Effectif de femmes	Pourcentage alpha-bétisées[2]
Groupe d'âges							
15-19	22,2	4,0	9,9	63,4	100,0	1 648	36,0
20-24	15,4	0,6	3,3	80,5	100,0	1 152	19,3
25-29	5,9	0,6	2,5	90,4	100,0	1 259	9,1
30-34	7,5	0,4	2,3	89,6	100,0	1 119	10,2
35-39	6,2	0,4	1,4	91,9	100,0	1 170	8,0
40-44	8,0	0,4	2,3	88,8	100,0	821	10,7
45-49	5,5	0,0	1,7	92,6	100,0	785	7,2
Milieu de résidence							
Urbain	28,4	1,9	7,2	61,9	100,0	2 472	37,5
Rural	3,3	0,8	2,3	93,3	100,0	5 482	6,5
Région administrative							
Boké	7,8	0,8	4,1	87,1	100,0	941	12,7
Conakry	33,6	2,1	7,0	56,6	100,0	1 192	42,6
Faranah	8,4	0,8	3,2	87,4	100,0	619	12,4
Kankan	3,8	0,7	2,5	93,0	100,0	935	7,0
Kindia	7,0	1,0	4,0	88,0	100,0	1 155	12,0
Labé	6,7	0,7	3,9	88,3	100,0	817	11,4
Mamou	4,8	1,8	1,7	91,6	100,0	544	8,3
N'Zérékoré	9,1	1,2	3,0	85,9	100,0	1 752	13,4
Région naturelle							
Basse Guinée	7,4	1,0	4,3	87,2	100,0	1 847	12,7
Moyenne Guinée	6,1	1,0	2,9	89,7	100,0	1 610	10,1
Haute Guinée	4,0	0,9	2,2	92,8	100,0	1 285	7,1
Guinée Forestière	9,7	1,1	3,3	85,2	100,0	2 020	14,1
Conakry	33,6	2,1	7,0	56,6	100,0	1 192	42,6
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	1,1	0,3	1,3	96,9	100,0	1 640	2,7
Second	1,2	0,5	2,2	95,6	100,0	1 508	3,9
Moyen	3,5	1,0	2,5	92,7	100,0	1 535	7,0
Quatrième	14,6	2,0	5,2	78,0	100,0	1 594	21,9
Le plus riche	33,4	1,9	7,7	56,5	100,0	1 677	43,0
Ensemble	11,1	1,2	3,8	83,5	100,0	7 954	16,1

[1] Y compris les non déterminés
[2] Correspond aux femmes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase

Tableau 3.4.2 Alphabétisation – hommes

Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	École secondaire ou plus	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire une phrase entière	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire une partie de phrase	Pas d'instruction ou école primaire: Ne peut pas lire du tout	Total[1]	Effectif d'hommes	Pourcentage alpha-bétisés[2]
Groupe d'âges							
15-19	43,5	10,8	11,2	33,4	100,0	664	65,6
20-24	52,9	2,4	6,0	37,2	100,0	482	61,4
25-29	31,0	2,0	7,6	58,3	100,0	311	40,7
30-34	20,0	3,8	11,4	64,1	100,0	307	35,2
35-39	24,0	3,3	5,3	66,0	100,0	362	32,6
40-44	25,3	1,6	6,8	64,1	100,0	301	33,7
45-49	20,4	2,9	5,1	70,0	100,0	281	28,3
50-54	24,4	2,6	4,0	68,3	100,0	272	30,9
55-59	16,1	6,3	4,1	71,1	100,0	194	26,4
Milieu de résidence							
Urbain	60,3	5,5	7,5	25,2	100,0	1 226	73,3
Rural	14,4	4,0	7,3	73,0	100,0	1 948	25,8
Région administrative							
Boké	24,3	2,8	6,6	59,6	100,0	340	33,6
Conakry	61,3	4,6	8,3	24,6	100,0	677	74,3
Faranah	33,3	4,9	4,0	56,3	100,0	219	42,2
Kankan	18,7	1,5	6,2	73,4	100,0	358	26,3
Kindia	16,4	1,2	8,9	73,5	100,0	409	26,5
Labé	18,2	1,0	8,1	72,4	100,0	224	27,3
Mamou	21,1	6,4	7,2	64,5	100,0	205	34,8
N'Zérékoré	31,2	9,2	7,5	51,4	100,0	741	47,9
Région naturelle							
Basse Guinée	20,1	2,2	8,5	67,0	100,0	657	30,8
Moyenne Guinée	19,5	3,0	6,9	68,5	100,0	521	29,4
Haute Guinée	19,3	1,5	5,9	73,0	100,0	478	26,7
Guinée Forestière	33,2	9,2	7,0	49,8	100,0	840	49,3
Conakry	61,3	4,6	8,3	24,6	100,0	677	74,3
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	7,3	4,0	7,3	80,2	100,0	556	18,6
Second	9,9	3,6	6,7	78,6	100,0	535	20,2
Moyen	21,7	4,3	5,9	66,5	100,0	563	31,8
Quatrième	38,8	6,5	8,3	44,8	100,0	606	53,6
Le plus riche	62,2	4,4	8,3	24,0	100,0	914	74,9
Ensemble	32,1	4,6	7,4	54,6	100,0	3 174	44,1

[1] Y compris les non déterminés

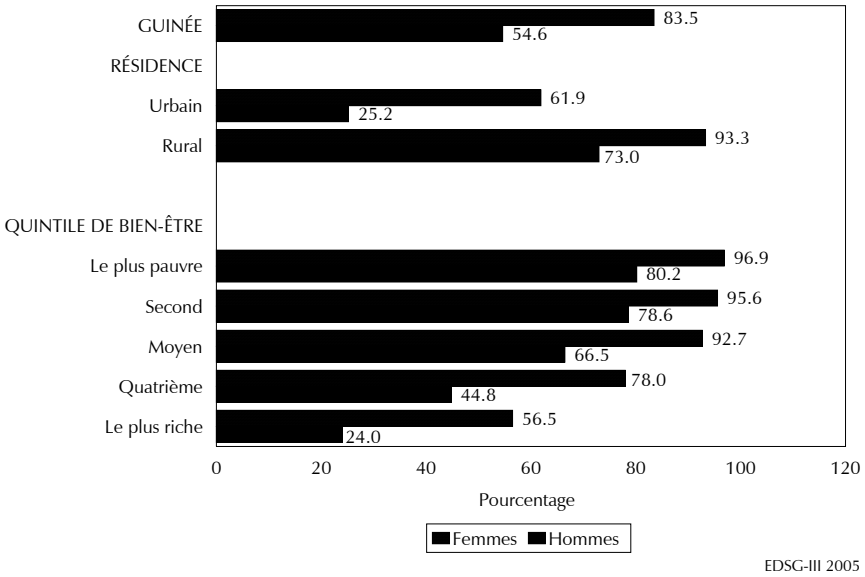
[2] Correspond aux hommes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase

Dans l'ensemble, on constate qu'en Guinée, le niveau d'alphabétisation demeure encore faible : seulement 16 % des femmes et 44 % des hommes sont alphabétisés.

En comparant les niveaux d'instruction et d'alphabétisation, on note des proportions plus élevées de personnes non alphabétisées que de personnes non instruites quel que soit le sexe. En effet, les tableaux 3.3.1 et 3.4.1 indiquent que chez les femmes, 84 % ne savent pas lire du tout contre 78 % de femmes n'ayant jamais fréquente l'école. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement 55 % et 51 % (tableaux 3.3.2 et 3.4.2). Les écarts révèlent qu'une partie non négligeable de la population n'a pas fréquenté suffisamment l'école pour savoir lire et écrire ou bien qu'après avoir quitté l'école, elle a oublié ce qu'elle avait appris et est redevenue analphabète (phénomène de la désalphabétisation fonctionnelle).

Les proportions de femmes et d'hommes analphabètes varient sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 62 % des femmes et 25 % des hommes sont analphabètes contre respectivement 93 % et 73 % en milieu rural. Les écarts entre quintiles de bien-être économique sont également importants. Dans le quintile le plus riche, 57 % des femmes et 24 % des hommes ne sont pas alphabétisés tandis que dans le quintile le plus pauvre, ces proportions sont respectivement de 97 % et 80 %.

Graphique 3.1 **Proportion d'analphabètes parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans**



3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

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

Tableau 3.5.1 Exposition aux médias – femmes

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	7,1	25,3	46,6	4,4	45,0	1 648
20-24	7,8	25,3	47,1	5,0	45,5	1 152
25-29	3,3	20,1	44,3	2,8	50,6	1 259
30-34	3,6	18,6	42,3	2,8	53,2	1 119
35-39	1,7	12,1	40,6	1,2	55,6	1 170
40-44	3,1	13,4	38,5	2,1	57,0	821
45-49	3,5	9,1	40,6	2,1	56,7	785
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,1	11,1	38,1	0,0	57,9	6 162
Primaire	2,7	32,3	52,3	1,5	38,5	909
Secondaire ou plus	37,7	58,5	71,1	25,9	16,0	883
Milieu de résidence						
Urbain	12,7	53,2	60,3	9,2	24,8	2 472
Rural	0,9	3,3	35,8	0,3	62,9	5 482
Région administrative						
Boké	2,8	12,9	61,5	1,8	36,2	941
Conakry	17,8	77,9	62,5	14,2	14,2	1 192
Faranah	2,2	5,4	20,7	0,8	77,3	619
Kankan	1,6	6,4	44,3	0,6	53,2	935
Kindia	3,1	13,0	51,0	2,4	47,3	1 155
Labé	2,0	5,3	50,8	0,6	47,4	817
Mamou	1,1	6,1	35,6	0,2	62,4	544
N'Zérékoré	2,0	7,0	22,2	0,8	74,4	1 752
Région naturelle						
Basse Guinée	3,1	14,1	56,6	2,3	41,3	1 847
Moyenne Guinée	1,7	5,4	45,4	0,4	52,8	1 610
Haute Guinée	1,4	5,8	37,5	0,5	60,5	1 285
Guinée Forestière	2,3	7,1	22,2	0,9	74,3	2 020
Conakry	17,8	77,9	62,5	14,2	14,2	1 192
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,3	1,3	23,8	0,0	75,3	1 640
Second	0,2	2,0	40,4	0,0	58,8	1 508
Moyen	0,8	2,6	38,8	0,1	60,2	1 535
Quatrième	3,9	12,9	47,4	1,4	48,4	1 594
Le plus riche	16,6	71,5	65,7	13,0	14,5	1 677
Ensemble	4,5	18,8	43,4	3,1	51,1	7 954

Tableau 3.5.2 Exposition aux médias – hommes

Pourcentage d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	7,1	38,2	54,9	5,3	33,7	664
20-24	17,3	50,6	76,6	12,2	15,7	482
25-29	11,5	36,9	72,8	10,9	20,5	311
30-34	8,8	29,2	81,2	8,1	15,3	307
35-39	7,8	25,4	79,7	5,5	17,0	362
40-44	12,2	26,8	81,4	9,2	16,1	301
45-49	5,0	20,9	79,0	3,8	19,2	281
50-54	13,1	18,6	75,4	8,7	23,4	272
55-59	9,1	21,0	79,5	6,9	19,7	194
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,4	14,6	69,3	0,1	28,2	1 625
Primaire	2,2	30,8	66,6	1,5	24,2	529
Secondaire ou plus	30,1	61,2	83,0	23,3	8,8	1 020
Milieu de résidence						
Urbain	23,1	73,0	81,8	19,2	6,6	1 226
Rural	2,1	6,6	67,8	0,6	30,5	1 948
Région administrative						
Boké	6,4	21,8	81,7	3,7	15,5	340
Conakry	30,1	85,0	81,5	25,9	5,0	677
Faranah	7,6	18,6	59,2	4,5	36,7	219
Kankan	2,9	19,5	69,0	2,2	27,2	358
Kindia	3,9	17,5	79,9	1,9	17,0	409
Labé	5,5	15,7	77,5	3,1	20,5	224
Mamou	1,2	17,8	67,2	1,2	29,7	205
N'Zérékoré	5,6	16,2	64,8	3,4	31,7	741
Région naturelle						
Basse Guinée	4,0	20,1	82,0	2,1	14,9	657
Moyenne Guinée	5,0	16,5	72,4	3,0	25,1	521
Haute Guinée	3,2	16,9	64,1	2,0	32,2	478
Guinée Forestière	6,3	17,9	65,5	3,9	30,8	840
Conakry	30,1	85,0	81,5	25,9	5,0	677
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,9	3,0	56,9	0,0	41,8	556
Second	1,7	4,9	69,1	0,1	28,9	535
Moyen	2,6	7,8	72,8	1,1	25,4	563
Quatrième	7,3	31,7	78,9	4,6	15,9	606
Le plus riche	27,5	81,5	82,1	23,3	5,4	914
Ensemble	10,2	32,3	73,3	7,8	21,3	3 174

On constate qu'une femme sur deux (51 %) et un homme sur cinq (21 %) ne sont exposés à aucun média. Cependant, par rapport à l'EDSG-II, on note une nette amélioration car, ces proportions étaient respectivement de 62 % et 41 %. De tous les médias, la radio[1] est celui qui est le plus écouté : un peu plus de deux femmes sur cinq (43 %) et près des trois quarts des hommes (73 %) ont déclaré l'écouter, au moins une fois par semaine. La télévision[2] vient en seconde position : elle est regardée au moins une fois par semaine par près d'une femme sur cinq (19 %) et par trois hommes sur dix (32 %). On note également que les hommes ont déclaré plus fréquemment que les femmes qu'ils lisaient des journaux : seulement 5 % des femmes contre 10 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés à la fois aux trois médias sont très faibles : seulement 3 % des femmes et 8 % des hommes.

Les résultats selon l'âge montrent que les proportions de femmes qui ne sont exposées à aucun média diminuent des générations anciennes aux plus récentes passant de 57 % à 45-49 ans à 45 % à 15-19 ans. Par contre, chez les hommes, on constate que la tendance avec l'âge est moins régulière que chez les femmes. Ainsi, à 15-19 ans, un tiers des jeunes hommes, contre 19 % à 45-49 ans, ont déclaré n'avoir été exposés à aucun média.

Selon le milieu de résidence, les résultats font apparaître des différences significatives. Les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont proportionnellement plus nombreuses en milieu rural (63 %) qu'en milieu urbain (25 %). Il est aussi fréquent en milieu rural que les femmes n'aient pas accès aux médias même si ceux-ci existent dans le ménage. Cependant, chez les hommes, les résultats mettent aussi en évidence des écarts, la proportion de ceux qui ne sont exposés à aucun média variant de 31 % en rural à 7 % en urbain.

En outre, le niveau d'instruction semble influencer de manière significative le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 26 % des femmes et 23 % des hommes contre seulement 2 % des femmes et 2 % des hommes ayant le niveau d'instruction primaire. Par ailleurs, les résultats montrent que 58 % des femmes sans niveau d'instruction ne sont exposées à aucun média contre 16 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Ces proportions sont respectivement de 28 % et 9 % chez les hommes.

De même que pour le niveau d'instruction, on note une relation positive entre le niveau de bien-être du ménage et l'exposition aux médias. On constate que ce sont les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 13 % des femmes et 23 % des hommes contre 0 % des hommes et des femmes des ménages les plus pauvres.

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

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

[1] 64 % des ménages en Guinée possèdent un poste radio (voir tableau 2.6).
[2] 11 %, un poste de télévision (voir tableau 2.6).

Tableau 3.6 Emploi

Répartition (en %) des femmes et des hommes selon qu'ils ont, ou non, un emploi et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes					Hommes				
	A travaillé dans les 12 mois précédant l'enquête		N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête			A travaillé dans les 12 mois précédant l'enquête		N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête		
Caractéristique sociodémographique	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement		Total	Effectif de femmes	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement		Total	Effectif d'hommes
Groupe d'âges										
15-19	55,0	2,5	42,5	100,0	1 648	31,5	2,5	65,9	100,0	664
20-24	74,0	2,4	23,6	100,0	1 152	55,6	3,0	41,5	100,0	482
25-29	83,8	3,3	12,8	100,0	1 259	85,9	3,4	10,2	100,0	311
30-34	87,9	3,2	9,0	100,0	1 119	92,7	2,0	5,4	100,0	307
35-39	87,1	3,5	9,4	100,0	1 170	96,9	1,6	1,5	100,0	362
40-44	89,9	2,8	7,3	100,0	821	98,3	0,3	1,4	100,0	301
45-49	88,3	3,4	8,3	100,0	785	93,1	1,9	4,9	100,0	281
50-54	na	na	na	na	na	95,1	1,3	3,4	100,0	272
55-59	na	na	na	na	na	91,6	1,1	7,3	100,0	194
État matrimonial										
Célibataire	51,2	2,9	45,8	100,0	1 311	43,8	3,0	53,0	100,0	1 161
En union	84,0	2,9	13,1	100,0	6 292	93,8	1,5	4,7	100,0	1 879
Divorcé séparé, veuf	82,7	4,1	13,2	100,0	351	76,8	1,4	21,8	100,0	134
Nombre d'enfants vivants										
0	55,9	2,9	41,1	100,0	1 866	69,4	3,0	27,4	100,0	833
1-2	80,7	3,2	16,1	100,0	2 317	76,2	1,4	22,3	100,0	1 015
3-4	87,2	3,0	9,8	100,0	2 000	74,9	2,5	22,5	100,0	801
5 ou plus	89,8	2,8	7,4	100,0	1 771	80,4	1,1	18,5	100,0	525
Milieu de résidence										
Urbain	67,7	2,0	30,3	100,0	2 472	58,2	3,3	38,3	100,0	1 226
Rural	83,4	3,4	13,1	100,0	5 482	85,2	1,3	13,5	100,0	1 948
Région administrative										
Boké	81,2	3,0	15,8	100,0	941	79,3	1,6	19,1	100,0	340
Conakry	63,1	3,1	33,8	100,0	1 192	58,6	5,3	35,9	100,0	677
Faranah	85,1	0,9	14,0	100,0	619	77,6	1,7	20,7	100,0	219
Kankan	87,9	1,1	11,0	100,0	935	85,3	1,3	13,3	100,0	358
Kindia	83,5	1,5	15,0	100,0	1 155	79,5	0,5	20,1	100,0	409
Labé	64,0	12,5	23,4	100,0	817	79,7	0,4	19,9	100,0	224
Mamou	62,4	5,2	32,4	100,0	544	73,4	1,9	24,3	100,0	205
N'Zérékoré	88,9	0,5	10,6	100,0	1 752	77,9	1,2	20,9	100,0	741
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	83,6	3,2	13,2	100,0	6 162	93,6	1,4	4,9	100,0	1 625
Primaire	70,3	2,5	27,2	100,0	909	67,2	2,2	30,6	100,0	529
Secondaire ou plus	51,6	1,9	46,4	100,0	883	48,7	3,0	48,0	100,0	1 020
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	90,2	5,4	4,4	100,0	1 640	91,1	1,3	7,6	100,0	556
Second	81,6	3,1	15,2	100,0	1 508	87,2	1,0	11,7	100,0	535
Moyen	83,2	2,6	14,3	100,0	1 535	85,1	1,2	13,7	100,0	563
Quatrième	76,1	1,3	22,6	100,0	1 594	63,4	1,7	34,9	100,0	606
Le plus riche	62,5	2,5	35,0	100,0	1 677	58,8	4,0	37,1	100,0	914
Ensemble	78,5	3,0	18,5	100,0	7 954	74,8	2,1	23,1	100,0	3 174

na = Non applicable

Dans l'ensemble, un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) ne travaillait pas au moment de l'enquête ; parmi elles, une faible proportion (3 %) ne travaillait pas au moment de l'enquête mais avait eu une activité au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, plus des trois quarts des femmes (79 %) exerçaient une activité. On note que le pourcentage de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant de 55 % à 15-19 ans à 88 % à 45-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent que ce sont les femmes en union (84 %) et celles en rupture d'union (83 %) qui étaient proportionnellement les plus nombreuses à exercer une activité au moment de l'enquête contre 51 % des célibataires. Le nombre d'enfants influence également l'activité économique de la femme. Plus le nombre d'enfants augmente, plus la proportion de femmes exerçant une activité augmente : de 56 % quand les femmes n'ont pas d'enfant, la proportion passe à 90 % quand elles en ont 5 ou plus.

Les données selon le milieu de résidence montrent que c'est en milieu rural que la proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée (83 % contre 68 % en milieu urbain). Dans les régions administratives, la proportion de femmes ayant une activité varie d'un minimum de 62 % à Mamou à un maximum de 89 % à N'Zérékoré. Selon le niveau d'instruction, on constate que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (70 %) étaient proportionnellement plus nombreuses à exercer une activité que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (52 %).

Les résultats concernant les hommes montrent que 75 % exerçaient une activité quelconque au moment de l'enquête. Comme chez les femmes, le pourcentage d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant de 32 % à 15-19 ans à 98 % à 40-44 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent que les hommes en union et ceux en rupture d'union étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler au moment de l'enquête (respectivement, 94 % et 77 %). Par rapport au milieu de résidence, c'est en milieu rural que la proportion d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée : 85 % contre 58 % en milieu urbain. Concernant le niveau d'instruction, on constate que les hommes sans niveau d'instruction (94 %) étaient, proportionnellement, plus nombreux à exercer une activité que ceux ayant un niveau primaire (67 %) et que ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (49 %). Enfin, on observe que dans les ménages les plus pauvres, la proportion d'hommes qui travaillaient est plus élevée que dans les ménages les plus riches (91 % contre 59 %).

Le tableau 3.7.1 présente les résultats selon le type d'occupation des femmes. Plus d'une femme sur deux (55 %), parmi celles qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête travaillait dans le secteur agricole. En outre, 35 % étaient occupées dans le secteur des ventes et services et dans 6 % des cas, les femmes ont déclaré effectuer un travail manuel qualifié. Seulement 2 % exerçaient une activité technique ou administrative et 2 % un travail manuel non qualifié. Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion de femmes ayant déclaré une activité agricole est bien sûr plus élevée en milieu rural (73 %) qu'en milieu urbain (5 %). Du point de vue de la région administrative, c'est seulement dans la zone de Conakry que l'on constate une proportion élevée de femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 derniers mois dans le secteur des ventes et services (70 %). Dans les autres régions, la majorité des femmes en activité travaillent dans l'agriculture. Cette proportion varie de 58 % à Kindia, Boké et Kankan à 73 % à Mamou. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent aussi que 62 % des femmes sans instruction travaillent dans l'agriculture et parmi celles de niveau secondaire ou plus, cette proportion est de 9 %.

Tableau 3.7.1 Occupation des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant, ou ayant eu un emploi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Professionnelle/ technicienne/ administrative	Employée	Ventes et services	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Agri-culture	ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15-19	0,2	0,0	38,2	12,5	2,1	44,2	2,8	100,0	948
20-24	0,3	0,0	37,9	11,1	1,7	48,6	0,4	100,0	880
25-29	1,8	0,1	34,0	6,7	2,1	55,1	0,3	100,0	1 097
30-34	2,2	0,4	37,3	3,7	1,9	54,4	0,1	100,0	1 019
35-39	0,9	0,2	32,5	2,5	2,2	61,2	0,5	100,0	1 060
40-44	2,6	0,2	34,9	2,0	1,9	58,4	0,0	100,0	761
45-49	3,0	0,1	28,7	1,1	1,2	65,6	0,4	100,0	720
État matrimonial									
Célibataire	0,7	0,0	47,6	19,0	1,5	27,6	3,6	100,0	711
En union	1,5	0,2	32,7	3,8	1,9	59,6	0,3	100,0	5 469
Divorcée, séparée, veuve	3,8	0,0	45,7	11,2	1,9	37,5	0,0	100,0	305
Nombre d'enfants vivants									
0	1,0	0,2	40,7	15,6	1,8	38,4	2,4	100,0	1 098
1-2	2,1	0,1	33,4	6,0	1,6	56,3	0,5	100,0	1 943
3-4	1,2	0,2	34,5	3,5	2,2	58,1	0,3	100,0	1 804
5+	1,5	0,0	33,3	1,6	1,9	61,5	0,2	100,0	1 639
Milieu de résidence									
Urbain	4,5	0,3	71,1	14,1	3,0	5,1	1,7	100,0	1 724
Rural	0,4	0,1	21,8	2,8	1,5	73,2	0,3	100,0	4 761
Région administrative									
Boké	0,9	0,0	37,4	2,9	0,9	57,5	0,4	100,0	793
Conakry	5,9	0,6	69,9	15,3	5,4	0,6	2,2	100,0	789
Faranah	1,3	0,1	34,0	4,2	0,2	59,0	1,2	100,0	532
Kankan	0,6	0,1	27,7	4,6	7,7	58,2	0,9	100,0	831
Kindia	0,5	0,1	39,9	1,6	0,0	57,6	0,3	100,0	981
Labé	0,9	0,0	19,9	9,2	0,0	69,4	0,6	100,0	626
Mamou	0,9	0,0	21,7	3,3	0,1	73,3	0,6	100,0	368
N'Zérékoré	1,1	0,1	26,2	5,5	0,4	66,7	0,0	100,0	1 565
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	0,2	0,0	31,6	4,1	1,8	62,1	0,2	100,0	5 350
Primaire	1,5	0,1	47,9	15,8	2,1	31,1	1,5	100,0	661
Secondaire ou plus	16,0	1,7	54,5	11,0	2,7	9,2	4,7	100,0	473
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,1	0,0	6,2	1,1	0,4	92,1	0,0	100,0	1 568
Second	0,4	0,0	22,4	1,9	1,0	74,2	0,1	100,0	1 278
Moyen	0,5	0,0	29,1	3,7	3,1	63,2	0,5	100,0	1 316
Quatrième	1,4	0,1	59,4	9,6	1,5	26,8	1,1	100,0	1 233
Le plus riche	6,1	0,7	70,4	15,3	4,0	1,5	1,9	100,0	1 089
Ensemble	1,5	0,1	34,9	5,8	1,9	55,1	0,7	100,0	6 485

C'est également dans l'agriculture que la majorité des hommes en activité ont déclaré travailler (57 %) ; en outre, plus d'un homme sur dix (11 %) exerce une activité dans les ventes et services (tableau 3.7.2). On note également que selon l'âge, les proportions d'hommes exerçant un travail manuel non qualifié tendent à baisser au fur et à mesure que l'âge augmente.

Tableau 3.7.2 Occupation des hommes

Répartition (en %) des hommes ayant, ou ayant eu un emploi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Professionnel/ technicien/ administratif	Employé	Ventes et services	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Agriculture	ND	Total	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15-19	1,7	0,5	11,3	16,0	2,9	63,2	4,4	100,0	226
20-24	8,0	0,2	14,0	30,0	2,8	43,3	1,6	100,0	282
25-29	9,3	0,0	15,5	21,7	1,0	50,5	1,9	100,0	277
30-34	6,3	0,0	13,7	22,8	0,8	53,4	2,9	100,0	290
35-39	8,0	0,4	10,5	21,3	1,6	57,4	0,9	100,0	357
40-44	9,5	0,0	10,0	21,6	2,0	55,5	1,4	100,0	297
45-49	8,1	1,3	9,1	14,3	1,3	65,2	0,6	100,0	268
50-54	15,5	0,3	6,1	12,5	1,1	62,8	1,8	100,0	262
55-59	11,6	0,0	5,8	11,0	1,3	68,0	2,2	100,0	180
État matrimonial									
Célibataire	6,0	0,3	14,8	23,3	2,1	50,3	3,1	100,0	543
En union	9,2	0,3	9,6	17,7	1,4	60,3	1,6	100,0	1 791
Divorcé, séparé, veuf	13,6	0,0	12,6	33,4	3,0	36,8	0,6	100,0	105
Milieu de résidence									
Urbain	21,2	1,0	24,4	38,1	4,1	7,0	4,3	100,0	754
Rural	3,0	0,0	4,8	11,3	0,6	79,4	0,8	100,0	1 685
Région administrative									
Boké	6,1	0,0	7,9	15,9	0,7	68,2	1,3	100,0	275
Conakry	23,8	1,2	22,0	41,6	6,1	1,4	4,0	100,0	433
Faranah	6,0	1,2	6,7	14,6	0,0	70,1	1,5	100,0	174
Kankan	4,9	0,0	7,8	15,9	1,9	67,8	1,8	100,0	310
Kindia	3,1	0,0	6,2	12,6	0,0	76,6	1,5	100,0	327
Labé	6,0	0,0	14,4	20,2	0,6	58,3	0,5	100,0	180
Mamou	3,3	0,4	13,4	18,1	0,8	61,9	2,1	100,0	155
N'Zérékoré	6,8	0,0	7,8	12,7	0,6	70,7	1,4	100,0	586
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	1,2	0,1	8,7	16,0	1,4	71,6	1,1	100,0	1 544
Primaire	3,3	0,4	12,2	28,0	1,8	52,9	1,5	100,0	367
Secondaire ou plus	34,0	0,8	16,4	24,5	2,3	17,4	4,5	100,0	528
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	1,3	0,0	1,8	7,2	0,0	89,4	0,3	100,0	513
Second	0,8	0,0	3,8	11,6	0,2	82,9	0,5	100,0	471
Moyen	5,4	0,3	6,2	13,5	0,7	72,8	1,1	100,0	486
Quatrième	8,7	0,2	19,0	25,1	1,4	42,8	2,7	100,0	394
Le plus riche	24,3	1,0	23,3	38,7	5,2	3,2	4,4	100,0	574
Ensemble	8,6	0,3	10,9	19,6	1,6	57,0	1,9	100,0	2 439

Selon le milieu de résidence, on constate, comme on pouvait s'y attendre, que la proportion d'hommes ayant une activité agricole est plus élevée en milieu rural (79 %) qu'en milieu urbain (7 %). Par contre, en milieu urbain, la proportion d'hommes travaillant dans le commerce (ventes et services) est nettement supérieure à celle observée en milieu rural (24 % contre 5 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 72 % des hommes sans aucun niveau d'instruction travaillent dans l'agriculture et parmi ceux de niveau secondaire ou plus, 34 % occupent un emploi de cadre. Les résultats montrent également que la proportion des hommes qui sont occupés dans les ventes et services augmente significativement avec le bien-être du ménage. Elle passe d'un minimum de 2 % chez les hommes vivant dans les ménages les plus pauvres à un maximum de 23 % chez ceux des ménages les plus riches. La tendance s'inverse pour ceux qui ont une activité agricole : dans les ménages les plus pauvres, 89 % sont occupés dans l'agriculture contre seulement 3 % dans les ménages les plus riches.

Le tableau 3.8 présente la répartition des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête par type de revenus, type d'employeur et en fonction de la régularité de l'emploi. Dans l'ensemble, on constate que 45 % des femmes ont été payées en argent seulement, 29 % en argent et en nature, 14 % en nature seulement et 12 % n'ont pas été payées. Parmi les femmes qui travaillent dans l'agriculture, seulement 15 % ont été payées en argent seulement contre 83 % parmi celles qui ne travaillent pas dans l'agriculture. Par contre, la proportion des femmes ayant travaillé sans rémunération est quasiment identique que la femme ait travaillé ou non dans l'agriculture

De plus, parmi les femmes qui travaillent dans l'agriculture, 82 % sont à leur compte contre 89 % parmi celles qui ne travaillent pas dans l'agriculture. Dans le secteur agricole, on constate que la proportion de femmes ayant déclaré travailler pour un membre de la famille est plus élevée que parmi celles qui travaillent dans les autres secteurs (16 % contre 6 %). Enfin, les résultats montrent que parmi les femmes qui travaillent dans le secteur agricole, 84 % effectuent un travail saisonnier contre 9 % parmi celles du secteur non agricole.

Tableau 3.8 Type d'emploi

Répartition (en %) des femmes ayant, ou ayant eu un emploi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenus, type d'employeur et régularité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non agricole), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique de l'emploi	Travail dans l'agriculture	Ne travaille pas dans l'agriculture	Ensemble
Type de revenu			
Argent seulement	15,4	82,6	45,2
Argent et en nature	48,7	4,4	28,8
En nature seulement	23,9	0,7	13,5
Sans rémunération	11,9	12,3	12,4
Total	100,0	100,0	100,0
Type d'employeur			
Travaille pour un membre de la famille	16,3	5,5	11,5
Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	1,6	5,4	3,3
Travaille à son propre compte	82,1	88,9	85,1
Total	100,0	100,0	100,0
Régularité du travail			
Annuel	11,9	59,5	33,2
Saisonnier	84,1	9,0	50,5
Occasionnel	3,8	30,9	15,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	3 571	2 870	6 485

Note : Le total comprend les femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante.

Le tableau 3.9 présente les proportions de femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 derniers mois par type d'employeur selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Plus des quatre cinquième des femmes (85 %) ont déclaré travailler à leur propre compte. Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge, passant de 66 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans à 90 % parmi celles de 40-44 ans. On ne constate pas d'écarts importants en fonction du milieu de résidence et du niveau d'instruction.

Tableau 3.9 Type d'employeur

Répartition (en %) des femmes, ayant ou ayant eu un emploi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'employeur, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Type d'employeur: Travaille pour un membre de la famille	Travaille pour quelqu'un d'autre que la famille	Travaille à son propre compte	Total[1]	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	23,0	11,3	65,6	100,0	948
20-24	11,1	4,3	84,6	100,0	880
25-29	9,2	2,0	88,5	100,0	1 097
30-34	8,8	1,8	89,5	100,0	1 019
35-39	9,4	0,8	89,6	100,0	1 060
40-44	8,4	1,1	90,3	100,0	761
45-49	10,3	1,8	87,9	100,0	720
Milieu de résidence					
Urbain	5,9	6,1	87,7	100,0	1 724
Rural	13,5	2,3	84,2	100,0	4 761
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	11,7	2,5	85,8	100,0	5 350
Primaire	11,3	7,5	81,2	100,0	661
Secondaire ou plus	9,9	6,7	83,4	100,0	473
Ensemble	11,5	3,3	85,1	100,0	6 485

[1] Y compris les non déterminés

3.6 STATUT DE LA FEMME

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

3.6.1 Revenu et contribution aux dépenses du ménage

Le tableau 3.10 présente, d'une part la répartition des femmes qui travaillent selon la personne qui décide de l'utilisation de leur revenu, et d'autre part la répartition des femmes qui travaillent selon la part des dépenses du ménage qui sont couvertes par leurs revenus. En Guinée, un peu plus de sept femmes sur dix (71 %) décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Cette proportion augmente avec l'âge : de 60 % chez les femmes de 15-19 ans, la proportion passe à 75 % chez celles de 45-49 ans. C'est parmi les femmes en rupture d'union (94 %), celles du milieu urbain (84 %) et les plus instruites (84 %) que la proportion de femmes qui disposent le plus fréquemment « d'autonomie financière » est la plus élevée. À l'opposé, les célibataires (68 %), les femmes du milieu rural (66 %), celles n'ayant aucun niveau d'instruction (70 %), sont celles qui décident le moins fréquemment de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Dans 20 % des cas, les femmes ont déclaré décider conjointement avec quelqu'un

d'autre. Il s'agit essentiellement des femmes en union (22 %), de celles du milieu rural (25 %), et des femmes sans niveau d'instruction (22 %). Enfin dans 9 % des cas, c'est une autre personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme ; cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes de 15-19 ans (21 %), chez les célibataires (23 %) et chez celles ayant un niveau primaire (11 %).

En ce qui concerne la contribution des femmes aux dépenses du ménage, les données collectées au cours de l'EDSG-III révèlent que dans plus d'un dixième des cas (16 %), l'enquêtée ne contribue en aucune manière aux dépenses du ménage: il s'agit principalement des jeunes de 15-19 ans (38 %) et des célibataires (59 %). Seulement 8 % des femmes qui gagnent de l'argent affectent la totalité de leur revenu aux dépenses du ménage. Les femmes qui prennent en charge toutes les dépenses du ménage avec leur revenu sont surtout celles qui sont âgées de 35 ans ou plus, celles qui sont en rupture d'union (27 %). La répartition selon le niveau d'instruction des femmes ne met pas en évidence d'écarts importants. Par ailleurs, on note aussi que deux femmes sur cinq (41 %) couvrent au moins la moitié des dépenses du ménage avec leur revenu.

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

Répartition (en %) des femmes travaillant, ou ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et qui gagnent de l'argent en fonction de la personne qui décide de son utilisation et de la proportion dépensée pour les charges du ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Décision de l'utilisation des revenus				Proportion des dépenses du ménage couvertes par les gains					
Caractéristique sociodémographique	Enquêtée toute seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Autre personne décide seule	Total[1]	Pratiquement aucune	Moins de la moitié	Au moins la moitié	Toutes	Total[1]	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	60,1	19,1	20,7	100,0	38,0	33,3	22,9	5,5	100,0	598
20-24	70,9	21,6	6,8	100,0	21,9	37,6	33,7	5,9	100,0	646
25-29	72,1	20,1	7,6	100,0	15,3	37,0	40,9	6,5	100,0	847
30-34	72,0	21,1	6,9	100,0	13,1	33,3	45,0	8,2	100,0	817
35-39	72,0	20,9	6,9	100,0	10,4	34,2	44,8	10,2	100,0	813
40-44	76,5	15,9	7,4	100,0	8,5	31,3	49,6	10,4	100,0	558
45-49	74,6	19,8	5,3	100,0	7,4	26,6	52,1	13,7	100,0	521
État matrimonial										
Célibataire	68,0	8,9	22,8	100,0	56,8	25,0	12,6	5,2	100,0	408
En union	70,2	22,0	7,6	100,0	12,3	35,7	43,9	7,7	100,0	4 159
Divorcée, séparée, veuve	94,2	2,9	2,3	100,0	14,6	13,8	44,8	26,8	100,0	234
Milieu de résidence										
Urbain	83,9	8,9	6,9	100,0	22,5	34,9	33,0	9,5	100,0	1 428
Rural	65,8	24,6	9,3	100,0	13,4	33,2	44,8	8,0	100,0	3 373
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	69,7	21,6	8,5	100,0	13,8	34,0	43,4	8,3	100,0	3 941
Primaire	73,7	15,1	10,9	100,0	25,1	34,0	32,1	8,7	100,0	490
Secondaire ou plus	83,8	9,2	6,7	100,0	29,3	30,2	31,2	9,3	100,0	371
Ensemble	71,2	20,0	8,6	100,0	16,2	33,7	41,3	8,4	100,0	4 801

[1] Y compris les non déterminés.

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

Tableau 3.11 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes qui gagnent de l'argent pour leur travail ou qui en ont gagné au cours des 12 derniers mois en fonction de la personne qui décide de son utilisation et en fonction de l'état matrimonial, selon la proportion dépensée pour les charges du ménage, EDSG-III Guinée 2005

Contribution aux dépenses du ménage	En union							Pas en union[1]				
	Elle-même	Avec conjoint/ partenaire	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint/ partenaire seul	Quelqu'un d'autre seul	Total[2]	Effectif	Elle-même	Avec quelqu'un d'autre	Quelqu'un d'autre seul	Total[2]	Effectif
Pratiquement aucune	82,8	10,2	1,2	4,9	1,0	100,0	510	78,7	8,8	12,5	100,0	266
Moins de la moitié	79,8	13,9	0,0	5,8	0,3	100,0	1 485	74,2	8,9	16,9	100,0	134
Au moins la moitié	61,1	30,3	0,3	8,0	0,3	100,0	1 825	77,4	3,4	18,3	100,0	156
Toutes	60,2	25,5	0,3	13,2	0,5	100,0	322	80,7	2,8	16,6	100,0	84
Ensemble[2]	70,2	21,7	0,3	7,2	0,4	100,0	4 159	77,6	6,7	15,3	100,0	642

[1] Femmes célibataires, divorcées, séparées ou veuves
[2] Y compris les non déterminés

Les résultats montrent que parmi les femmes actuellement en union qui n'affectent pratiquement rien de ce qu'elles gagnent aux dépenses du ménage, plus des quatre cinquièmes (83 %) décident seules de l'utilisation de leurs revenus, le mari ou partenaire n'intervenant que dans 10 % des cas. Parmi celles qui consacrent la totalité de leurs gains pour couvrir les dépenses du ménage, pratiquement les trois cinquièmes (60 %) d'entre elles prennent aussi seules la décision d'utiliser leur argent. Parmi celles qui consacrent moins de la moitié de leurs gains pour couvrir les dépenses du ménage, pratiquement les quatre cinquièmes (80 %) d'entre elles prennent aussi seules la décision d'utiliser leur argent. Il semble donc qu'en Guinée la contribution aux dépenses du ménage par la femme en union qui travaille dépend essentiellement de sa propre décision.

Concernant les femmes qui ne sont pas en union, on remarque dans l'ensemble que près de huit femmes sur dix (78%) décident seules de l'utilisation de leurs revenus. Parmi celles qui consacrent la totalité de leurs gains pour couvrir les dépenses du ménage, plus des quatre cinquièmes d'entre elles prennent seules la décision d'utiliser leur argent (81 %) une autre personne n'intervenant que dans 3 % des cas.

3.6.2 Prise de décision dans le ménage

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

Le tableau 3.12 présente les résultats de la participation des femmes eu union dans la prise de décision en fonction du type de décision. On constate que c'est dans la préparation quotidienne des repas que les femmes ont le plus fréquemment le dernier mot (52 %). Par contre, quand il s'agit de leurs propres soins de santé, seulement 16 % décident en dernier ressort et dans 51 % des cas, c'est le conjoint seul qui décide. C'est en ce qui concerne la décision sur les achats importants du ménage que la proportion de femmes qui ont le dernier mot est la plus faible (13 %). Dans près de la moitié des cas, c'est le conjoint qui a le dernier mot (48 %).

Tableau 3.12 Participation des femmes dans la prise de décision

Répartition (en %) des femmes en union en fonction de la personne qui a le dernier mot concernant certaines prises de décision, selon l'état matrimonial et le type de décision, EDSG-III Guinée 2005

Type de décision	Enquêtée elle-même	Avec son conjoint	Avec quelqu'un d'autre	Conjoint seul	Quelqu'un d'autre seul	Aucune décision prise	Total
Propres soins de santé	16,4	28,1	0,5	50,6	4,3	0,2	100,0
Achats importants pour le ménage	12,8	32,3	1,9	47,7	5,1	0,2	100,0
Achats quotidiens pour le ménage	18,3	34,9	2,0	39,7	4,8	0,2	100,0
Visites à la famille ou aux proches	15,2	38,2	0,7	41,1	4,6	0,2	100,0
Préparation quotidienne des repas	51,6	17,0	2,6	23,1	5,4	0,2	100,0

Dans l'ensemble, près d'un tiers des femmes (30 %), qu'elle soit en union ou pas, a déclaré avoir décidé en dernier ressort, seule ou avec quelqu'un d'autre, pour toutes les décisions citées et, à l'opposé, 28 % n'ont eu le dernier mot dans aucune décision (tableau 3.13). Les femmes en rupture d'union sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir eu le dernier mot (60 % contre 33 % parmi celles en union et 5 % pour les célibataires) dans toutes les décisions citées. Par contre, les deux tiers des jeunes filles de 15-19 ans (66 %), plus des quatre cinquièmes des célibataires (81 %), plus de la moitié des femmes de niveau secondaire ou plus (51 %), près de la moitié des femmes de niveau primaire (46 %) et la moitié des femmes qui ne travaillent pas (50 %) ont déclaré n'avoir eu le dernier mot dans aucune des décisions citées. Les femmes qui exercent un travail rémunéré sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu le dernier mot dans toutes les décisions (38 %) que celles qui travaillent sans être payées (24 %) et que celles qui ne travaillent pas (12 %). Concernant les résultats en fonction du type de décision, on constate que plus des trois cinquièmes (61 %) des femmes ont déclaré avoir eu le dernier mot, soit seule, soit en commun avec quelqu'un d'autre, pour la préparation du repas quotidien. À l'opposé, quand il s'agit des achats importants du ménage et des soins de santé, les proportions sont plus faibles (respectivement 42 % et 41 %). En outre, un peu moins de la moitié (48 %) des femmes enquêtées décident des achats quotidiens et dans moins d'un cas sur deux (48 %), elles décident des visites qu'elles effectuent à la famille et à leurs amis.

Tableau 3.13 Participation des femmes dans la prise de décision selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir eu le dernier mot, seule ou en commun avec quelqu'un, pour certaines prises de décision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Décide seule ou en commun avec quelqu'un de : Propres soins de santé	Achats importants pour le ménage	Achats quotidiens pour le ménage	Visites à la famille ou aux proches	Préparation quotidienne des repas	Toutes les décisions citées	Aucune des décisions citées	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	17,8	15,6	17,1	19,8	23,0	10,1	66,3	1 648
20-24	34,6	32,6	40,7	40,1	54,9	23,9	33,1	1 152
25-29	39,7	41,4	50,1	50,6	67,4	27,5	20,3	1 259
30-34	49,0	50,7	60,2	57,0	73,0	36,9	16,4	1 119
35-39	50,3	54,2	59,3	58,6	75,3	37,8	13,0	1 170
40-44	56,3	57,9	67,1	65,0	78,8	43,9	11,9	821
45-49	60,3	60,4	66,9	67,8	81,5	45,3	9,8	785
État matrimonial								
Célibataire	12,9	8,0	8,6	12,2	9,2	5,1	80,8	1 311
En union	44,9	47,0	55,2	54,0	71,2	33,1	17,8	6 292
Divorcée, séparée, veuve	75,6	68,6	69,1	72,7	69,1	60,1	18,0	351
Milieu de résidence								
Urbain	38,4	36,4	43,3	43,2	51,5	24,6	36,2	2 472
Rural	42,2	43,9	50,3	50,1	65,1	31,9	24,5	5 482
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	44,0	45,4	52,4	51,4	67,1	32,7	22,3	6 162
Primaire	31,5	30,0	35,8	36,8	42,6	20,9	46,0	909
Secondaire ou plus	30,1	26,8	30,7	35,3	36,2	17,9	50,9	883
Emploi								
Ne travaille pas actuellement	20,5	18,6	24,0	28,5	40,8	12,4	49,9	1 692
Travail payé	52,0	51,4	58,4	56,7	68,9	38,0	18,7	4 668
Travail non payé	30,3	36,8	43,2	42,9	59,0	23,8	32,8	1 575
Ensemble[1]	41,0	41,6	48,1	48,0	60,9	29,7	28,2	7 954

[1] Y compris 20 femmes dont l'information sur le statut d'emploi est manquante

3.6.3 Opinion des femmes sur la violence conjugale

Au cours de l'EDSG-III, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il était justifié qu'un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 3.14 présente les résultats selon différentes caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Une proportion élevée de femmes (86 %) pensent que pour, au moins, une des raisons citées un homme a le droit de battre sa femme ou partenaire. C'est parmi les femmes du milieu rural (87 %), celles en union (88 %) et en rupture d'union (83 %) et parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction (87 %), que cette proportion est la plus élevée. À l'opposé, parmi les femmes célibataires (76 %) et celles qui ont un niveau primaire et secondaire ou plus (respectivement 78 % et 80 %), cette proportion est un peu plus faible.

Par ailleurs, le tableau 3.14 présente les résultats selon les différentes raisons citées. On constate que c'est dans le cas où la femme sort sans avertir son mari que la proportion de femmes qui pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme est la plus élevée (72 %), en particulier les femmes en union (74 %), les femmes du milieu rural (74 %) et les femmes sans niveau d'instruction (74 %). Dans plus des deux tiers des cas (70 %), les femmes approuvent ce comportement du mari/ partenaire quand la femme

néglige les enfants. C'est encore parmi les femmes en union (72 %), celles ayant un enfant ou plus (72 %), celles du milieu rural (72 %) et les femmes sans niveau d'instruction (72 %) que cette proportion est la plus élevée. En outre, plus de la moitié (58 %) des femmes pensent qu'un tel comportement est justifié quand la femme discute l'opinion de son mari/partenaire. Plus des trois cinquièmes des femmes enquêtées (62 %) approuvent ce comportement quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. C'est parmi les femmes ayant trois enfants et plus (au moins 68 %), les femmes en union (66 %), celles du milieu rural (66 %) et les femmes sans niveau d'instruction (66 %) que la proportion est la plus élevée. Enfin, pour 35 % des femmes, il est justifié qu'un homme batte sa femme ou partenaire quand celle-ci brûle la nourriture ; ce sont les femmes en union, celles du milieu rural et celles sans niveau d'instruction qui se sont déclarées le plus fréquemment en accord avec cette opinion (respectivement, 37 %, 39 % et 37 %).

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

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, un mari batte sa femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Pense qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme quand :						
Caractéristique sociodémographique	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-19	30,6	49,4	67,2	64,9	48,8	78,9	1 648
20-24	33,2	56,2	71,0	71,5	58,9	86,3	1 152
25-29	36,4	61,6	76,1	72,2	65,2	89,5	1 259
30-34	33,6	59,2	71,7	69,7	64,5	86,4	1 119
35-39	35,6	61,9	74,8	72,1	68,8	88,7	1 170
40-44	39,1	60,1	74,6	72,0	67,2	86,2	821
45-49	40,5	60,5	75,0	71,5	67,1	85,8	785
État matrimonial							
Célibataire	28,6	44,4	65,0	63,6	42,6	76,0	1 311
En union	36,7	60,8	74,2	71,6	66,0	87,8	6 292
Divorcée, séparée, veuve	26,5	52,6	68,2	68,3	56,9	82,6	351
Nombre d'enfants vivants							
0	29,7	48,2	67,8	63,7	49,1	79,6	1 866
1-2	34,5	57,4	72,4	71,0	60,5	85,8	2 317
3-4	37,4	63,4	74,7	73,1	68,4	88,9	2 000
5+	38,1	61,8	74,8	72,3	69,2	87,8	1 771
Milieu de résidence							
Urbain	25,2	47,1	70,2	66,3	51,5	83,4	2 472
Rural	39,3	62,5	73,5	71,8	66,3	86,6	5 482
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	37,3	61,0	74,3	71,7	66,2	87,4	6 162
Primaire	27,8	48,9	66,7	64,8	47,4	78,2	909
Secondaire ou plus	25,8	43,8	65,2	64,3	44,8	80,4	883
Ensemble	34,9	57,7	72,4	70,1	61,7	85,6	7 954

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

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

Pratiquement plus d'un quart (28 %) des femmes pensent qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, cela quelle que soit la raison citée. C'est parmi les femmes célibataires (31 %), les femmes en rupture d'union (30 %), celles ayant un niveau secondaire ou plus (35 %), celles qui exercent un travail non payé (34 %), que l'on observe les proportions les plus élevées. Selon les raisons spécifiques, les résultats montrent que c'est dans le cas où elle sait que son mari a une IST (73 %) ou quand la femme vient d'accoucher (71 %) que les proportions de femmes qui approuvent qu'une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari sont les plus élevées. De plus, 48 % estiment qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son époux/partenaire quand elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur. Dans un peu moins de la moitié des cas (43 %), ce comportement est considéré comme étant acceptable quand la femme sait que son mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes. Par contre, pour près de 15 % des femmes, aucune raison ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Il s'agit de 23 % des jeunes filles de 15-19 ans, de plus du quart des femmes célibataires (26 %) et des femmes qui ne travaillent pas actuellement (21 %).

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

Pourcentage de femmes qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Pense qu'il est justifié de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :						
Caractéristique sociodémographique	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatigué ou n'est pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-19	67,4	41,9	63,4	48,5	29,4	22,5	1 648
20-24	75,5	44,9	74,1	48,0	29,5	12,4	1 152
25-29	77,1	44,5	74,6	49,0	28,8	10,3	1 259
30-34	74,4	40,6	71,5	48,9	27,6	13,4	1 119
35-39	74,4	41,4	72,2	47,7	26,4	12,5	1 170
40-44	70,1	41,7	69,2	46,4	26,3	15,0	821
45-49	75,3	44,8	72,7	48,8	29,3	12,1	785
État matrimonial							
Célibataire	65,0	42,8	60,0	47,2	30,8	25,9	1 311
En union	74,4	42,7	72,5	48,3	27,7	12,3	6 292
Divorcée, séparée, veuve	81,0	43,2	77,9	51,3	29,9	11,8	351
Milieu de résidence							
Urbain	73,4	44,0	69,0	48,6	28,7	14,6	2 472
Rural	73,1	42,2	71,4	48,1	28,1	14,5	5 482
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	72,9	41,1	71,4	47,1	27,0	14,2	6 162
Primaire	72,2	45,4	65,8	50,6	30,5	17,5	909
Secondaire ou plus	76,0	51,8	70,4	53,5	35,3	14,1	883
Emploi							
Ne travaille pas actuellement	64,9	43,4	62,4	45,5	27,4	21,2	1 692
Travail payé	78,2	39,5	73,8	48,2	26,7	10,8	4 668
Travail non payé	67,2	51,5	70,2	51,2	33,9	18,5	1 575
Ensemble[1]	73,2	42,7	70,7	48,2	28,3	14,6	7 954

[1] Y compris 20 femmes dont l'information sur le statut d'emploi est manquante

FÉCONDITÉ 4

Abdoulaye DIALLO

L'étude des niveaux, des tendances et des différentiels de la fécondité demeure un objectif majeur du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé. La collecte continue de données sur la fécondité par la méthode de l'historique des naissances et par d'autres approches a été déterminante pour mettre en évidence le rôle que joue la fécondité dans la croissance démographique en Guinée.

Ce chapitre présente l'analyse des données sur la fécondité collectées au cours de l'EDSG-III. Les résultats obtenus ont permis d'estimer le niveau de la fécondité, d'en dégager ses tendances et de mettre en évidence les différentiels de la fécondité selon certaines caractéristiques. Il présente en outre les résultats sur l'âge à la première maternité, la prévalence des grossesses improductives et l'intervalle intergénésique. L'analyse des résultats de la fécondité des adolescentes complète ce chapitre.

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

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

- du **sous-enregistrement des naissances**, en particulier l'omission d'enfants qui vivent ailleurs, de ceux qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;

- de **l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge**, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ; et

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

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

Dans le cas de l'EDSG-III, les tests de cohérence ont montré que le sous-enregistrement des naissances et l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge ne sont pas suffisamment importants pour affecter de façon significative les niveaux de fécondité actuels.

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

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

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	104	187	154
20-24	171	277	240
25-29	195	269	247
30-34	201	235	226
35-39	118	185	169
40-44	61	94	85
45-49	31	17	20
ISF	4,4	6,3	5,7
TGFG	146	216	194
TBN	31,8	40,8	38,4

Note : Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges. ISF : Indice Synthétique de Fécondité des femmes de 15-49 ans, exprimé pour une femme.
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale (naissances divisées par le nombre de femmes de 15-44 ans), pour 1 000 femmes.
TBN : Taux Brut de Natalité pour 1 000 individus.

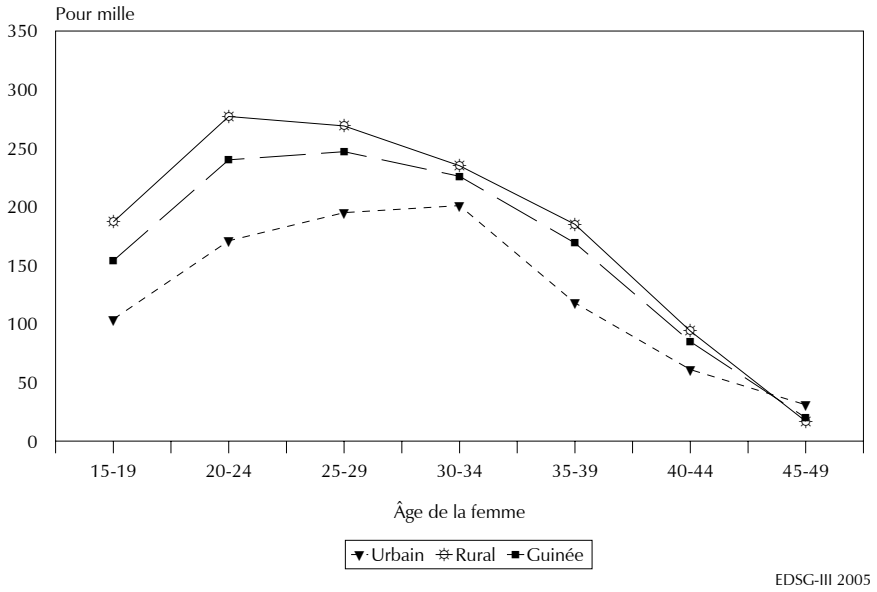
Le tableau 4.1 indique qu'au niveau national, les taux de fécondité générale par groupe d'âges suivent le schéma classique observé dans les pays à forte fécondité. Ce schéma se caractérise par une fécondité précoce élevée (154 ‰ à 15-19 ans) qui augmente très rapidement pour atteindre le maximum à 25-29 ans (247 ‰) avant de décroître très rapidement et de façon significative. La fécondité des femmes en Guinée reste élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne, 5,7 enfants.

Par rapport aux résultats des EDSG de 1992 (5,7 enfants par femme) et de 1999 (5,5 enfants par femme), on note que la fécondité n'a presque pas varié. La légère baisse de 0,2 enfant constatée en 1999 pourrait être imputable à des fluctuations d'échantillonnage ou à des erreurs de collecte.

Les données du tableau 4.1 mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. Les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles qui vivent en milieu rural. L'ISF, estimé à 5,7 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 4,4 enfants en milieu urbain à 6,3 enfants en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, une femme du milieu rural aurait, en moyenne, en fin de vie féconde, pratiquement deux enfants de plus qu'une femme du milieu urbain.

Cette différence de niveau de fécondité s'observe à tous les âges (graphique 4.1). La fécondité des femmes du milieu rural débute plus précocement : 187 ‰ à 15-19 ans contre 104 ‰ en milieu urbain. À 20-24 ans, 1 000 femmes urbaines ont, en moyenne, 171 naissances contre 277 naissances pour les femmes du milieu rural. En zone rurale, les femmes réalisent le maximum de leur fécondité à 20-24 ans, alors que chez les femmes du milieu urbain, ce maximum se situe à 30-34 ans.

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



Au tableau 4.1 figure également le Taux Brut de Natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, qui est estimé à 38 ‰ pour l'ensemble du pays, et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre moyen de naissances vivantes dans une population de femmes en âge de procréer, estimé ici à 194 ‰. Ces deux indicateurs varient aussi suivant le milieu de résidence. Ainsi, avec un TGFG de 216 ‰ en milieu rural, 1 000 femmes de ce milieu donnent naissance annuellement en moyenne, à 70 enfants de plus que leurs consoeurs du milieu urbain. De même, le Taux Brut de Natalité en milieu rural (41 ‰) est supérieur de 9 points à celui du milieu urbain (32 ‰)

L'ISF présente des variations importantes selon le niveau d'instruction des femmes (tableau 4.2). Dans les pays à faible prévalence contraceptive, on constate en général que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ont une fécondité légèrement plus élevée que celles sans niveau d'instruction, mais qu'ensuite la fécondité baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction. Cette situation qui avait été observée lors de l'EDSG-I de 1992 ne l'a pas été en 1999 et en 2005. En effet, avec un ISF de 6,2 enfants, une femme sans niveau d'instruction a, en moyenne, 1,1 enfant de plus que celle qui a un niveau d'instruction primaire (5,1) et 2,9 enfants de plus, en moyenne, que celle qui a, au moins, un niveau d'instruction secondaire (3,3).

D'autre part, au niveau des régions administratives, on remarque que le niveau de l'ISF varie considérablement, passant de 7,3 enfants par femme à Kankan à 4,1 enfants par femme à Conakry. En moyenne, les femmes de Kankan ont au moins un enfant de plus que celles des autres régions.

Tableau 4.2 Fécondité selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Indice Synthétique de Fécondité[1]	Pourcentage de femmes actuellement enceintes[1]	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Urbain	4,4	7,3	5,7
Rural	6,3	10,6	6,6
Région administrative			
Boké	5,5	10,3	6,0
Conakry	4,1	7,8	5,3
Faranah	6,3	12,7	6,3
Kankan	7,3	13,0	7,4
Kindia	5,9	8,0	6,8
Labé	5,6	8,2	6,1
Mamou	5,6	8,4	6,2
N'Zérékoré	5,8	9,5	6,5
Région naturelle			
Basse Guinée	5,8	8,6	6,6
Moyenne Guinée	5,6	9,0	6,0
Haute Guinée	7,0	13,1	7,2
Guinée Forestière	5,9	9,8	6,4
Conakry	4,1	7,8	5,3
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	6,2	10,5	6,5
Primaire	5,1	7,1	6,3
Secondaire ou plus	3,3	5,6	4,9
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	6,5	11,0	6,4
Second	6,5	10,1	6,7
Moyen	6,2	10,7	6,7
Quatrième	5,5	8,9	6,5
Le plus riche	4,2	7,3	5,3
Ensemble	5,7	9,6	6,4

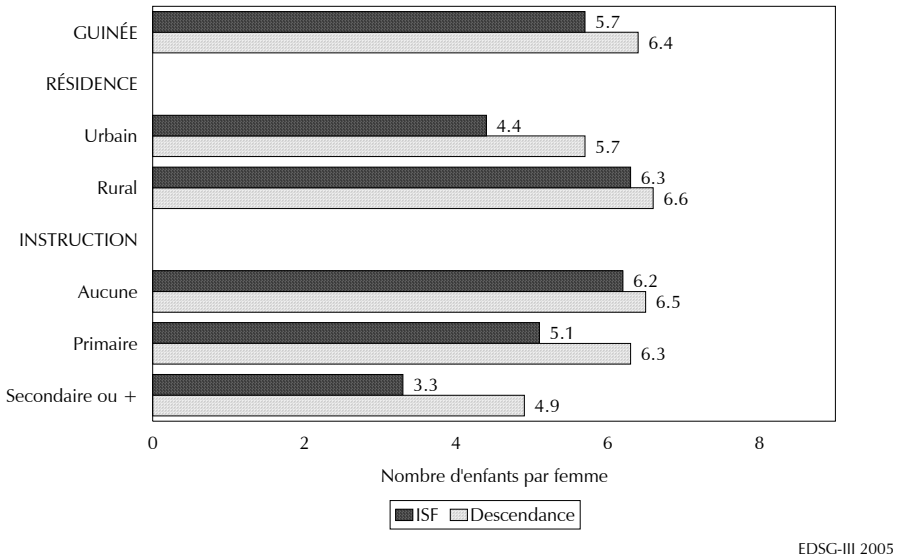
[1] Pour les femmes âgées de 15-49 ans.

Au tableau 4.2, figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans ; ce nombre est assimilable à la descendance finale. À l'inverse de l'ISF (qui mesure la fécondité actuelle ou récente des femmes de 15-49 ans), ce nombre moyen est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, si l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. En Guinée, cette descendance estimée, dans l'ensemble, à 6,4 enfants est supérieure à l'ISF (5,7) et traduit donc une tendance à la baisse de la fécondité. La différence entre ces deux indicateurs est passée de 0,8 enfant à l'EDSG-I à 1,0 enfant lors de l'EDSG-II. Toutefois, les

résultats de l'EDSG-III ne confirment pas la poursuite de cette baisse, la différence étant de 0,7 enfant. L'augmentation de cet écart entre les deux précédentes enquêtes pourrait s'expliquer par une fluctuation d'échantillonnage ou par des erreurs de collecte.

Par ailleurs, on note qu'en milieu urbain, l'ISF est inférieur à la descendance finale de 1,3 enfant tandis qu'en milieu rural, cet écart est de 0,3 (graphique 4.2). On constate également des écarts lorsqu'on considère le niveau d'instruction, la région naturelle, la région administrative et le niveau de bien-être économique. La comparaison avec les différences observées en 1992 et 1999, montre que la fécondité a tendance à baisser en milieu rural et semble, d'une manière générale, se maintenir en milieu urbain. Quel que soit le niveau d'instruction de la femme, la descendance finale est supérieure à l'ISF, en particulier pour celles qui ont atteint, au moins, le niveau primaire. La même remarque avait été faite lors de l'enquête de 1999.

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



Le constat de la tendance à la baisse de la fécondité, doit être nuancé. Dans certaines catégories de la population (les femmes urbaines, les femmes instruites et celles de Conakry), la fécondité aurait amorcé une baisse, alors que dans d'autres catégories de la population (les femmes rurales, celles sans instruction et des autres régions) la fécondité serait restée quasiment stable, ou n'aurait que légèrement diminué.

Le tableau 4.2 présente également la proportion de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne se savent pas enceintes n'ont pas déclaré leur état. En outre, même si les femmes se savent ou se croient enceintes, selon leur âge, leur milieu de résidence, leur culture et/ou leurs croyances, elles déclarent plus ou moins facilement cet état, ce qui peut entraîner certaines sous-estimations. Au niveau national, on constate qu'environ une femme sur dix (9,6 %) s'est déclarée enceinte et cette proportion varie de la même façon que l'ISF, passant d'un minimum de 8 % à Conakry à 13 % dans les régions administratives de Kankan et Faranah. Ce niveau élevé de fécondité pourrait s'expliquer par une longue durée d'exposition au risque de grossesse sans recours à la contraception.

4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Deux types d'opérations de collecte de données démographiques d'envergure nationale ont déjà été réalisés en Guinée : les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat et les Enquêtes Démographiques et de Santé. Les recensements de 1983 et 1996 ont permis de recueillir des informations sur le mouvement naturel de la population et ont permis d'estimer le niveau de fécondité du moment grâce à des questions concernant les naissances survenues au cours des douze mois ayant précédé la collecte. De manière générale, cette méthode sous-estime le niveau de la fécondité. Par contre, l'autre type d'opération de collecte de données démographiques, qui utilise une méthode de collecte plus appropriée (basée sur l'histoire génésique des femmes), fournit des résultats plus fiables. Au tableau 4.3 figurent les taux de fécondité par groupe d'âges selon les trois enquêtes. Le graphique 4.3 permet de comparer les résultats obtenus par les trois EDS et de retracer, en quelque sorte, les tendances passées de la fécondité à partir des EDS de 1992, de 1999 et de 2005.

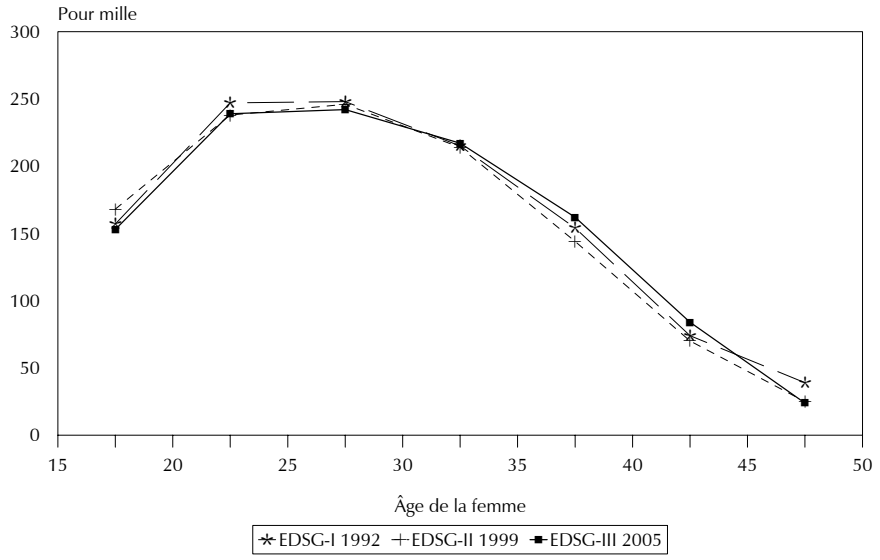
Tableau 4.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon l'EDSG-I (1992), l'EDSG-II (1999), et l'EDSG-III (2005)

Groupe d'âges	EDSG-I 1992	EDSG-II 1999	EDSG-III 2005
15-19	157	168	153
20-24	247	238	239
25-29	248	246	242
30-34	215	214	217
35-39	154	144	162
40-44	74	70	84
45-49	39	25	24
ISF 15-49 ans	5,7	5,5	5,7

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges exprimé pour 1 000 femmes.

Graphique 4.3 **Taux de fécondité par âge selon l'EDSG-I 1992, l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005**



On note en premier lieu que les trois courbes des taux de fécondité par âge présentent une allure similaire : elles augmentent de la même manière à partir de 15-19 ans, accusent ensuite un pallier entre 20-29 ans et décroissent régulièrement jusqu'à 45-49 ans. Soulignons qu'à 45-49 ans, on observe un très léger ralentissement de la baisse, manifestation d'une fécondité tardive élevée.

Les données collectées lors de l'EDSG-III permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité par groupes d'âges des femmes, par période quinquennale avant l'enquête (tableau 4.4 et graphique 4.4). Les taux de fécondité montrent globalement une tendance à la baisse de la période la plus ancienne (15-19 ans avant l'enquête) jusqu'à la période la plus récente, cela quel que soit le groupe d'âges. En effet, le taux de fécondité serait passé de 173 ‰ à 153 ‰ pour le groupe d'âges 15-19 ans, de 276 ‰ à 239 ‰ pour le groupe 20-24 ans et de 292 ‰ à 242 ‰ pour celui de 25-29 ans.

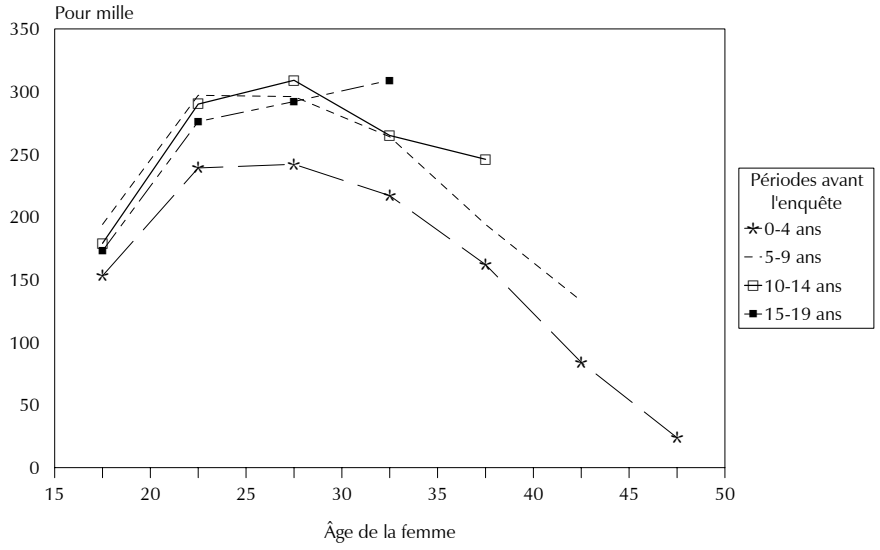
Tableau 4.4 Tendance de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre d'années avant l'enquête			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	153	194	179	173
20-24	239	297	290	276
25-29	242	296	309	292
30-34	217	264	265	[309]
35-39	162	194	[246]	-
40-44	84	[133]	-	-
45-49	[24]	-	-	-

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

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



EDSG-III 2005

4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

À partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie, on a calculé les parités moyennes par groupe d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union (tableau 4.5.1).

4.3.1 *Parité et stérilité primaire des femmes*

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de 0,3 enfant en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 1,4 enfants à 20-24 ans et à 6,6 enfants à 45-49 ans, en fin de vie féconde.

Tableau 4.5.1 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants encore en vie
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	74,4	21,9	3,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 648	0,30	0,27
20-24	25,9	28,1	27,4	14,4	3,5	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 152	1,44	1,24
25-29	6,9	11,3	22,7	25,7	20,8	8,7	2,1	1,4	0,3	0,1	0,0	100,0	1 259	2,86	2,36
30-34	4,0	5,6	10,4	14,0	22,3	20,0	13,5	6,9	2,0	0,8	0,4	100,0	1 119	4,15	3,36
35-39	2,1	4,0	4,6	8,1	13,4	15,2	20,3	16,2	10,2	4,3	1,7	100,0	1 170	5,40	4,20
40-44	2,9	2,4	4,0	6,6	7,8	11,3	14,5	17,6	14,2	10,5	8,1	100,0	821	6,22	4,66
45-49	2,3	2,3	5,2	6,4	6,8	10,0	12,1	13,2	16,9	11,6	13,2	100,0	785	6,55	4,62
Ensemble	21,7	12,2	11,2	10,7	10,4	8,7	7,9	6,7	5,0	3,0	2,5	100,0	7 954	3,39	2,64
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	43,2	47,7	7,4	1,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	587	0,68	0,60
20-24	13,4	29,0	33,9	18,3	4,4	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	888	1,74	1,51
25-29	5,1	10,0	23,3	26,4	22,0	9,1	2,2	1,5	0,3	0,1	0,0	100,0	1 175	2,96	2,44
30-34	3,6	5,1	9,8	13,8	22,8	20,4	14,0	7,3	2,1	0,8	0,3	100,0	1 062	4,22	3,42
35-39	1,9	3,6	4,4	8,0	13,5	14,7	20,6	16,4	10,6	4,5	1,7	100,0	1 113	5,46	4,24
40-44	2,3	2,1	3,8	7,0	6,8	11,8	14,2	17,7	14,3	11,2	8,7	100,0	752	6,33	4,71
45-49	2,3	2,4	4,5	5,7	6,3	9,9	12,0	13,8	17,1	12,5	13,5	100,0	717	6,66	4,67
Ensemble	8,4	12,4	13,2	12,9	12,5	10,4	9,5	8,1	5,9	3,7	2,9	100,0	6 292	4,05	3,15

Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce élevée puisque 26 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant. En outre, 19 % des femmes de 20-24 ans ont déjà mis au monde 3 enfants ou plus. Enfin, à 45-49 ans, 13 % des femmes ont donné naissance à, au moins 10 enfants.

Les résultats concernant les femmes en union diffèrent de ceux relatifs à l'ensemble des femmes. En effet, à 15-19 ans, on constate que plus de la moitié des femmes en union (57 %) ont déjà eu, au moins, un enfant contre seulement 26 % pour l'ensemble des femmes. De plus, dans ce groupe d'âges, 9 % des femmes en union ont déjà eu, au moins, deux enfants contre 4 % pour l'ensemble des femmes. À 20-24 ans, groupe d'âges dans lequel la proportion des femmes non mariées est déjà faible (20 %, voir chapitre 6, Nuptialité), l'écart entre la proportion des femmes en union ayant déjà eu, au moins, un enfant (87 %) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (74 %) demeure important. Cependant arrivée en fin de vie féconde (45-49 ans), une femme en union a eu, en moyenne, 6,7 enfants contre 6,6 pour l'ensemble des femmes.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique et, en particulier en Guinée où la population reste encore pro nataliste (voir chapitre 7, Préférences en Matière de Fécondité). Par conséquent, la parité zéro des femmes en union et âgées de 35-49 ans permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. En Guinée, seulement 2 % des femmes en union et âgées de 35-49 ans (âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable) n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Par rapport aux deux précédentes enquêtes, le niveau de la stérilité semble être resté stable.

4.3.2 Parité des hommes

Comme pour les femmes, on a recueilli des informations sur la fécondité totale des hommes, en leur posant une série de questions sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant ailleurs et ceux vivant avec leur père, ceux qui sont encore en vie de ceux qui sont décédés. À partir du nombre total d'enfants que les hommes ont eus au cours de leur vie, on a calculé les nombres moyens d'enfants par groupe d'âges, pour l'ensemble des hommes actuellement en union (tableau 4.5.2).

Tableau 4.5.2 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes

Répartition (en %) de tous les hommes et de ceux actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des hommes, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants encore en vie
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TOUS LES HOMMES															
15-19	98,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	664	0,01	0,01
20-24	84,5	11,8	3,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	482	0,20	0,17
25-29	53,4	24,5	11,6	4,5	3,5	1,2	0,8	0,0	0,4	0,0	0,0	100,0	311	0,90	0,72
30-34	20,9	17,8	23,3	17,3	10,8	4,8	2,2	1,7	0,7	0,2	0,3	100,0	307	2,19	1,78
35-39	9,0	9,3	12,1	15,5	19,3	13,7	6,7	6,4	4,4	2,0	1,5	100,0	362	3,82	3,07
40-44	3,7	3,1	6,8	9,3	12,8	14,8	11,2	11,9	8,7	5,9	11,8	100,0	301	5,84	4,68
45-49	1,8	2,0	2,5	8,6	10,0	12,3	12,1	10,2	8,2	9,8	22,4	100,0	281	7,18	5,61
50-54	0,9	2,1	4,6	3,4	6,1	7,9	7,2	13,3	9,1	5,7	39,8	100,0	272	8,91	6,65
55-59	0,3	0,2	2,9	0,3	2,6	5,5	8,9	9,0	13,7	9,2	47,5	100,0	194	10,07	7,36
Ensemble	42,4	7,9	6,7	5,9	6,4	5,7	4,3	4,6	3,8	2,7	9,6	100,0	3 174	3,34	2,58
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18	*	*
20-24	49,8	34,2	13,4	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	93	0,69	0,58
25-29	23,6	34,7	21,7	8,9	6,3	2,4	1,6	0,0	0,8	0,0	0,0	100,0	157	1,58	1,27
30-34	12,7	17,2	24,9	20,3	13,0	5,8	2,6	2,1	0,8	0,3	0,4	100,0	256	2,51	2,05
35-39	5,1	8,7	11,4	16,4	20,5	14,9	7,3	7,0	4,8	2,2	1,6	100,0	333	4,08	3,27
40-44	2,5	3,3	6,9	9,1	12,1	14,8	11,7	12,5	8,6	6,2	12,3	100,0	287	5,96	4,79
45-49	1,6	1,5	2,6	8,8	10,3	12,1	11,8	10,5	8,2	9,5	23,0	100,0	274	7,24	5,68
50-54	0,3	2,1	4,1	3,4	6,2	8,0	7,3	13,4	9,2	5,8	40,2	100,0	268	9,01	6,72
55-59	0,3	0,2	2,9	0,3	2,6	5,5	9,0	8,7	13,8	9,3	47,2	100,0	191	10,08	7,40
Ensemble	8,6	9,6	10,2	9,8	10,4	9,4	7,3	7,8	6,3	4,5	16,1	100,0	1 879	5,51	4,27

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Les résultats présentés dans ce tableau mettent en évidence une augmentation régulière et rapide du nombre moyen d'enfants nés vivants : ainsi, de 0,2 enfant en moyenne à 20-24 ans, ce nombre atteint 2,2 enfants à 30-34 ans et 5,8 enfants à 40-44 ans et, à 55 ans un homme a eu, en moyenne 10,1 enfants. Jusqu'à 34 ans, les résultats concernant les hommes en union sont différents de ceux relatifs à l'ensemble des hommes. Au-delà de cet âge, les résultats des deux catégories tendent à se rapprocher.

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

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Il est admis (Locoh, 1984) que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leur risque de décéder. Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

On constate que 4 % des naissances sont survenues à moins de 18 mois après la naissance précédente et que 8 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné. Au total donc, dans 12 % des cas, l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans. Néanmoins, une importante proportion de naissances (32 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et plus de la moitié des enfants (56 %) sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est légèrement supérieure à trois ans (38 mois). Autrement dit, la moitié des naissances interviennent 38 mois après la naissance précédente.

Par rapport à l'âge des femmes, on remarque que l'intervalle intergénésique augmente régulièrement des jeunes femmes (médiane de 36,3 mois à 20-29 ans) à celles plus âgées (médiane de 39,4 mois à 40-49 ans). On constate, par ailleurs, que parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, 22 % des naissances sont précédées par un intervalle de moins de deux ans ; cependant, cela ne reflète pas leur comportement réel car les naissances de rang 1, qui constituent l'essentiel de leur fécondité, ne peuvent être prises en compte dans le calcul.

L'analyse des données du tableau 4.6 montre que le rang de naissance n'a pas d'incidence sur l'écart entre les naissances. En effet, 11 % des naissances de rang 2-3 et 14 % des naissances de rang supérieur à 6 ont eu lieu dans les 2 années ayant suivi la naissance précédente. Ces proportions ont nettement baissé entre 1992 et 2005. Par ailleurs, on ne constate pas de différence significative en fonction du sexe. Par contre, la survie de l'enfant précédent constitue un facteur important de différenciation. En effet, lorsque l'enfant précédent est décédé, dans la moitié des cas, il est suivi d'une autre naissance dans les 30,2 mois. Par contre, lorsque l'enfant précédent survit, cet écart est de 38,6 mois, soit environ 8 mois plus tard. Ainsi, les naissances qui suivent les enfants décédés se produisent beaucoup plus tôt que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 31 % des naissances ont eu lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent lorsque ce dernier était décédé contre 7 % lorsqu'il était encore en vie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le désir des parents de remplacer assez rapidement l'enfant décédé.

Par ailleurs, les résultats montrent que c'est en milieu rural que l'intervalle médian entre naissances est le plus faible (37,2 mois). L'écart entre le milieu rural et le milieu urbain est de 1,7 mois. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, on constate que l'intervalle intergénésique médian des femmes sans niveau d'instruction (37,5 mois) est inférieur à celui des femmes ayant un niveau primaire (38,3 mois). En outre, le fait d'avoir, au moins, un niveau d'instruction secondaire réduit cet intervalle médian de 0,7 mois (37,6 mois) par rapport aux femmes du niveau primaire.

Tableau 4.6 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Intervalle intergénésique en mois					Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Âge de la mère								
15-19	9,6	12,5	46,9	24,2	6,8	100,0	73	30,2
20-29	3,9	8,5	36,2	30,0	21,4	100,0	2 078	36,3
30-39	3,6	6,8	30,1	29,2	30,4	100,0	2 402	38,5
40-49	4,4	7,3	27,1	26,7	34,5	100,0	702	39,4
Rang de naissance								
2-3	3,8	7,0	32,5	30,1	26,7	100,0	1 963	37,7
4-6	3,6	7,1	31,5	29,4	28,4	100,0	2 146	37,9
7+	4,5	9,7	33,8	26,9	25,1	100,0	1 146	36,4
Sexe de la naissance précédente								
Masculin	3,7	8,3	32,9	28,9	26,3	100,0	2 687	37,2
Féminin	4,1	6,9	31,8	29,4	27,8	100,0	2 567	37,8
État de survie de la naissance précédente								
En vie	1,8	5,4	32,0	31,5	29,3	100,0	4 280	38,6
Décédée	13,0	17,5	33,8	18,8	17,0	100,0	975	30,2
Milieu de résidence								
Urbain	3,7	7,4	29,5	24,9	34,5	100,0	1 095	38,9
Rural	3,9	7,7	33,1	30,2	25,1	100,0	4 160	37,2
Région administrative								
Boké	1,5	7,8	36,3	30,0	24,4	100,0	616	37,0
Conakry	4,8	8,4	26,9	19,7	40,1	100,0	468	40,4
Faranah	5,8	8,6	27,9	28,8	29,0	100,0	437	37,9
Kankan	4,0	10,2	39,0	26,2	20,5	100,0	821	34,9
Kindia	3,6	6,5	28,9	34,4	26,7	100,0	794	38,5
Labé	3,7	3,5	26,9	33,6	32,3	100,0	525	39,6
Mamou	2,1	4,6	25,4	38,5	29,4	100,0	363	39,2
N'Zérékoré	4,8	8,5	36,1	26,2	24,4	100,0	1 230	36,2
Région naturelle								
Basse Guinée	2,9	6,8	31,4	32,8	26,1	100,0	1 242	38,3
Moyenne Guinée	2,7	4,8	28,1	34,7	29,7	100,0	1 055	38,9
Haute Guinée	4,0	9,9	36,5	26,8	22,8	100,0	1 065	35,9
Guinée Forestière	5,2	8,4	35,0	26,6	24,8	100,0	1 423	36,4
Conakry	4,8	8,4	26,9	19,7	40,1	100,0	468	40,4
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	4,0	7,7	32,3	29,6	26,4	100,0	4 692	37,5
Primaire	3,5	7,2	30,3	28,8	30,2	100,0	374	38,3
Secondaire ou plus	2,2	6,9	36,8	16,5	37,6	100,0	189	37,6
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	4,3	8,4	33,8	30,0	23,5	100,0	1 335	36,7
Second	4,6	7,3	32,9	30,7	24,5	100,0	1 132	37,3
Moyen	3,7	7,3	34,5	29,1	25,3	100,0	1 124	37,1
Quatrième	2,1	7,2	30,4	30,1	30,2	100,0	963	38,7
Le plus riche	4,5	7,7	28,1	23,4	36,3	100,0	700	39,6
Ensemble	3,9	7,6	32,3	29,1	27,1	100,0	5 254	37,5

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

Par rapport au bien-être économique du ménage, on constate que la moitié des enfants des ménages du quintile le plus riche naissent 39,6 mois après leur aîné, soit environ 2,9 mois plus tard que les enfants des ménages du quintile le plus pauvre. Toutefois, la proportion des naissances qui surviennent à moins de 2 ans de la naissance précédente est très peu différente d'une catégorie de ménage à une autre.

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

La descendance finale est généralement influencée par l'âge auquel les femmes ont eu leur première naissance, en particulier lorsque l'utilisation de la contraception est faible. Plus l'âge à la première naissance est précoce, plus la probabilité qu'une femme ait de nombreux enfants est élevée, mais un âge trop précoce peut aussi avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère et constituer un facteur de risque de mortalité des enfants. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDSG-III Guinée 2005

Âge actuel	Pourcentage qui ont eu une première naissance avant d'atteindre l'âge :					Pourcentage de femmes sans naissance vivante	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	5,4	na	na	na	na	74,4	1 648	a
20-24	8,7	44,1	66,0	na	na	25,9	1 152	18,6
25-29	8,2	39,9	62,5	80,0	90,6	6,9	1 259	18,8
30-34	7,9	42,5	61,1	77,3	88,4	4,0	1 119	18,7
35-39	6,5	39,9	58,2	74,6	88,7	2,1	1 170	19,1
40-44	6,6	35,9	58,6	73,9	86,0	2,9	821	19,2
45-49	9,2	33,1	50,9	66,5	81,9	2,3	785	19,9

na = Non applicable.
a = Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Les résultats montrent que dans l'ensemble, les femmes ont eu leur premier enfant à l'âge de 19 ans. Parmi les femmes de 20-24 ans, 26 % étaient encore sans enfant au moment de l'enquête mais 44 % avaient eu leur premier enfant avant d'atteindre 18 ans et 66 % avant 20 ans. L'âge médian à la première naissance n'a pratiquement pas subi de modification d'une génération à l'autre (d'un minimum de 18,6 ans à un maximum de 19,9 ans) et aucune tendance ne permet de conclure à un rajeunissement ou à un vieillissement de cet âge médian à la première naissance.

Le tableau 4.8 présente l'âge médian à la première naissance en fonction de différentes caractéristiques socioéconomiques. Les résultats indiquent que l'âge médian à la première naissance s'établit à 19,1 ans pour les femmes de 25-49 ans ; il est légèrement supérieur à celui observé à l'EDSG-II (18,8 ans) pour les femmes du même groupe d'âges. D'après l'EDSG-I, la première naissance intervenait légèrement plus tôt puisque l'âge médian était alors estimé à 18,7 ans. Si l'on compare cet âge médian à la première naissance à l'âge médian à la première union (16,2 ans), on constate qu'il existe un intervalle de 2,9 ans entre le début de l'union et la venue du premier enfant. Cet écart a diminué entre les premières enquêtes, passant de 2,4 ans à l'EDSG-I à 1,9 ans lors de l'EDSG-II pour se creuser et atteindre un maximum de 2,9 ans à l'EDSG-III.

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans par âge actuel, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel						Âge
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Milieu de résidence							
Urbain	a	19,7	19,3	19,6	19,8	19,8	19,6
Rural	17,7	18,6	18,5	18,9	18,9	19,9	18,9
Région administrative							
Boké	17,9	18,3	18,2	19,8	19,3	20,7	19,2
Conakry	a	20,3	19,6	20,2	20,0	18,8	19,9
Faranah	17,5	18,9	18,5	20,1	20,6	21,7	19,9
Kankan	17,6	18,5	18,4	19,4	19,2	20,1	18,8
Kindia	18,6	18,6	18,5	19,4	19,3	20,1	19,0
Labé	19,1	19,1	19,3	19,7	18,8	19,7	19,3
Mamou	18,7	18,4	18,0	18,0	18,0	18,9	18,2
N'Zérékoré	17,7	18,8	18,8	17,9	18,8	19,1	18,6
Région naturelle							
Basse Guinée	18,5	18,5	18,4	19,5	19,3	20,4	19,1
Moyenne Guinée	18,6	18,7	18,6	19,3	18,6	19,6	18,9
Haute Guinée	17,5	18,5	18,6	19,6	19,6	20,5	19,2
Guinée Forestière	17,8	18,9	18,6	18,1	18,8	19,5	18,7
Conakry	a	20,3	19,6	20,2	20,0	18,8	19,9
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	17,9	18,7	18,6	19,0	19,0	19,9	19,0
Primaire	19,2	19,4	17,9	18,8	18,8	17,9	18,6
Secondaire ou plus	a	21,9	21,4	20,3	20,5	22,1	20,9
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	17,6	18,3	18,7	18,8	18,7	19,7	18,8
Second	17,5	18,3	18,4	18,3	19,5	20,5	18,8
Moyen	17,7	18,9	18,3	19,2	18,7	19,8	18,9
Quatrième	18,6	18,9	18,8	19,5	19,1	20,0	19,2
Le plus riche	a	20,2	19,3	19,8	19,8	19,3	19,7
Ensemble	18,6	18,8	18,7	19,1	19,2	19,9	19,1

a = Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

L'âge médian à la première naissance présente des variations assez importantes selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, la venue d'un premier enfant intervient plus tôt chez les femmes en milieu rural (18,9 ans) que chez celles du milieu urbain (19,6 ans). Hormis Conakry et Faranah (19,9 ans dans chaque cas), l'âge médian à la première naissance varie d'un minimum de 18,2 ans dans la région de Mamou à un maximum de 19,3 ans dans la région de Labé.

Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes tend à influencer leur âge médian à la première naissance : les femmes sans niveau d'instruction (19,0 ans) et celles ayant un niveau d'instruction primaire (18,6 ans) se distinguent par un âge médian à la première naissance plus précoce que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (20,9 ans). Contrairement à ce qui avait été observé lors de l'EDSG-I, on note que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ont leur première naissance plus tôt que celles qui n'ont aucune instruction. À l'EDSG-II, l'effet du niveau d'instruction sur la primo fécondité était perceptible dès que la femme avait au moins un niveau d'instruction primaire. De plus, la

comparaison des résultats de l'EDSG-III à ceux de l'EDSG-II, montre que l'âge médian à la première naissance des femmes sans niveau d'instruction a augmenté d'une demi année ; il a diminué pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ou secondaire et plus.

Les résultats selon le niveau de bien-être économique du ménage montrent que l'arrivée de la première naissance parmi les femmes des ménages du quintile le plus riche intervient plus tardivement (19,7 ans) et se produit 0,9 ans après celle des femmes des ménages du quintile le plus pauvre (18,8 ans).

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

La fécondité des adolescentes (jeunes femmes de 15-19 ans), de par sa contribution à la fécondité générale, occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction. Le Gouvernement Guinéen, conscient de cette contribution et du rôle de la fécondité des adolescentes dans la transition démographique, a mis en œuvre, avec l'appui des partenaires (notamment l'UNFPA), une Politique Nationale en Santé de la Reproduction[1]. Cette politique comporte entre autres, un important volet sur la santé des adolescents. Il est important d'examiner la fécondité des adolescentes pour des raisons diverses. Premièrement, les enfants nés de mère très jeune courent des risques élevés de morbidité et de mortalité. Deuxièmement, les mères adolescentes sont plus exposées aux complications durant la grossesse et moins aptes à les gérer, ce qui leur fait courir des risques accrus d'interruption de grossesse pratiquée dans des conditions dangereuses, de complications pendant l'accouchement et des risques plus élevés de décéder de causes maternelles. Troisièmement, l'entrée précoce des adolescentes dans la vie reproductive réduit considérablement leurs opportunités scolaires et donc la possibilité d'accéder à des professions qualifiées.

Tableau 4.9 Grossesse et fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui sont : Mères	Enceintes d'un premier enfant	Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif de femmes
Âge				
15	3,3	1,9	5,3	378
16	14,9	7,1	22,0	352
17	26,1	7,3	33,4	329
18	41,4	9,6	51,1	376
19	53,7	5,1	58,8	213
Milieu de résidence				
Urbain	16,8	4,1	20,9	650
Rural	31,3	7,7	38,9	998
Région administrative				
Boké	24,6	5,6	30,3	189
Conakry	15,8	4,7	20,6	291
Faranah	35,1	8,0	43,1	127
Kankan	40,6	9,7	50,3	180
Kindia	21,7	1,8	23,6	221
Labé	17,8	3,2	21,0	148
Mamou	25,9	7,2	33,2	101
N'Zérékoré	28,2	9,0	37,2	391
Région naturelle				
Basse Guinée	22,0	3,3	25,2	364
Moyenne Guinée	22,8	5,0	27,8	296
Haute Guinée	40,0	9,6	49,7	249
Guinée Forestière	28,5	8,6	37,2	448
Conakry	15,8	4,7	20,6	291
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	34,9	7,9	42,8	881
Primaire	16,7	4,5	21,2	402
Secondaire ou plus	12,7	4,4	17,1	365
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	32,0	6,9	38,9	261
Second	36,7	8,8	45,5	282
Moyen	29,6	7,0	36,6	301
Quatrième	20,4	5,5	25,8	387
Le plus riche	15,9	4,3	20,2	417
Ensemble	25,6	6,3	31,8	1 648

La fécondité des adolescentes est un phénomène important en Guinée puisque les adolescentes, qui représentent 21 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer, contribuent pour 14 % à la fécondité totale des femmes.

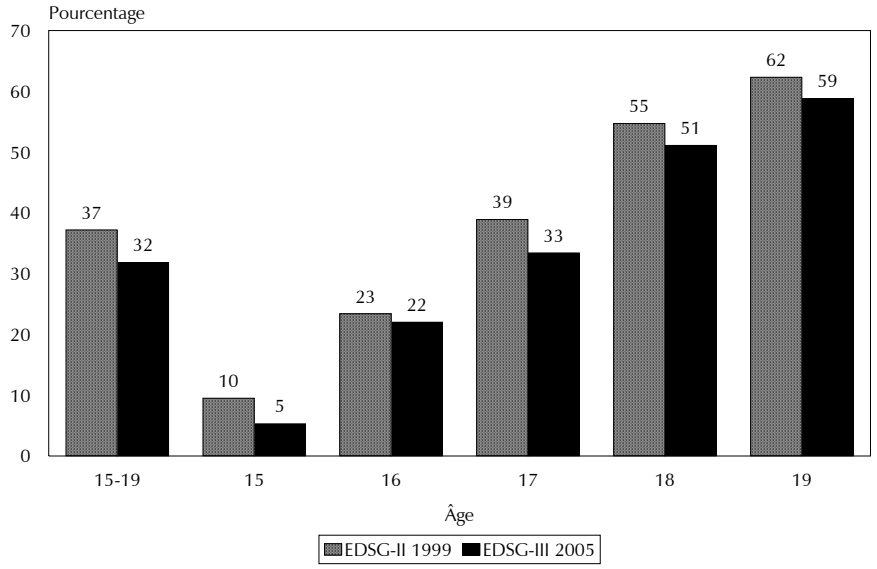
[1] La déclaration de la politique Nationale de la Santé de la Reproduction a été adoptée en février 2001.

Le tableau 4.9 et le graphique 4.5 présentent les proportions par âge détaillé entre 15 et 19 ans, des adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, on constate que près d'une jeune femme de 15-19 ans sur trois (32 %) a déjà commencé sa vie féconde : 26 % sont déjà mères et 6 % sont enceintes pour la première fois. À l'âge de 15 ans, 5 % des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge (graphique 4.5) : à 17 ans, 33 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois et, à 19 ans, cette proportion concerne près de trois femmes sur cinq (59 %) dont la grande majorité (54 %) a déjà, au moins, un enfant.

En tenant compte du niveau de bien-être économique, on constate que les adolescentes ayant commencé leur vie féconde sont proportionnellement plus nombreuses dans les ménages du quintile le plus pauvre (39 %) que dans ceux du quintile le plus riche (20 %).

Par rapport à l'EDSG-II, on constate une certaine baisse de la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde. Cette baisse est plus nette chez celles de 15 ans parmi lesquelles la proportion de mères ou de filles enceintes a diminué de moitie (passant 10 % à 5 %).

Graphique 4.5 **Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde selon l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005**



PLANIFICATION FAMILIALE 5

Mamadou Chérif BAH

Comme dans la plupart des pays africains, la population de la Guinée se caractérise par un comportement pro nataliste qui se traduit par une faible utilisation des méthodes contraceptives ayant pour conséquence une fécondité élevée. Cependant, on considère à l'heure actuelle que le développement socioéconomique d'un pays et le bien-être de sa population passent par une diminution du niveau de sa fécondité. La Guinée a donc adopté en 1989, une politique de population dans laquelle les préoccupations du gouvernement sur ces problèmes sont clairement posées. On peut également mentionner l'élaboration et l'adoption en 2001 d'une politique de santé de la reproduction. En outre, il faut signaler qu'en plus des actions du gouvernement, plusieurs acteurs interviennent dans la mise en oeuvre de cette politique (UNFPA, USAID, KFW, Banque Mondiale) à travers des ONG parmi lesquelles on peut citer l'AGBEF, PSI/OSFAM et MSH.

Dans les domaines de la planification familiale et de la santé de la reproduction, plusieurs enquêtes ont été réalisées telles que :

- l'enquête CAP en matière de procréation réalisée à Conakry en 1987,
- l'enquête sur la prévalence contraceptive en zones urbaines et rurales de Guinée en 1995,
- l'enquête sur la médecine traditionnelle en 1989,
- l'EDS Guinée de 1992
- l'enquête sur la sexualité des adolescents,
- l'EDS Guinée de 1999,
- l'enquête CAP sur la planification familiale et la survie de l'enfant de 2004.

Des études sur la mortalité maternelle, l'acceptation de la planification familiale, les IST/SIDA, l'utilisation de préservatifs et la vaccination etc. ont été également réalisées.

Les données collectées par l'EDSG-III s'ajoutent donc à une gamme variée d'informations qui permettront d'effectuer des études comparatives et de mesurer les progrès accomplis en matière de planification familiale et de santé de la reproduction en Guinée.

Comme dans les deux précédentes enquêtes, les données collectées par l'EDSG-III concernant la PF portent sur :

- la connaissance et la pratique de la contraception,
- la connaissance de la période féconde,
- les sources d'approvisionnement des méthodes contraceptives,
- l'utilisation future de la contraception,
- les sources d'information sur la contraception, et
- les opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

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

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou le Dispositif Intra Utérin (DIU), les injections, les implants, les condoms masculin et féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) qui pour la première fois a été classée dans cette catégorie ;
- les méthodes traditionnelles, comprenant la continence périodique et le retrait ; et
- les méthodes dites populaires, comme les herbes, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Lors de l'EDSG-III, les enquêtrices notaient d'abord la (ou les) méthode(s) spontanément citée(s) par l'enquêtée. Ensuite, dans le cas où l'enquêtée n'avait pas cité l'ensemble des méthodes contenues dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève description des méthodes non citées et enregistrer si oui ou non l'interviewée en avait entendu parler. On considère qu'une femme connaît une méthode contraceptive si elle la cite spontanément ou si elle déclare la connaître après description.

Les résultats concernant la connaissance des méthodes contraceptives sont présentés aux tableaux 5.1.1 pour les femmes et 5.1.2 pour les hommes. Ils montrent que la presque totalité des femmes et des hommes (92 % et 96 %) connaissent, au moins, une méthode quelconque. En outre, les proportions de femmes et d'hommes connaissant une méthode moderne sont elles aussi très élevées (92 % et 95 %). Ce sont les méthodes traditionnelles qui sont les moins fréquemment connues (33 % chez les femmes et 61 % chez les hommes). On note que le niveau de connaissance des femmes est, quelque soit le type de méthodes, légèrement inférieur à celui des hommes ; le nombre moyen de méthodes connues par les hommes est de 5,1 contre 3,8 pour les femmes. C'est dans la connaissance des méthodes traditionnelles que l'on constate l'écart le plus important (33 % pour les femmes contre 61 % pour les hommes). Par ailleurs, les résultats ne mettent en évidence aucun écart de connaissance entre l'ensemble des femmes et les femmes en union, cela quelque soit le type de méthode. Le nombre moyen de méthodes connues par l'ensemble des femmes s'établit à 3,8 contre 3,9 pour les seules femmes en union. Les résultats selon les méthodes montrent que les méthodes les plus fréquemment connues des femmes en union sont la pilule (82 %), le condom masculin (79 %), et les injections (78 %). À l'opposé, peu de femmes ont déclaré connaître les implants (2 %), le diaphragme (3 %) les mousses/gelées (3 %), la pilule du lendemain (4 %) et la stérilisation masculine (4 %). Chez les hommes, il semble que le niveau de connaissance des hommes en union soit un peu plus élevé que celui de l'ensemble des hommes. En moyenne, les hommes en union connaissent 5,7 méthodes contre 5,1 pour l'ensemble des hommes. Parmi les hommes en union, les méthodes les plus fréquemment connues sont le condom masculin (94 %), les injections (73 % et la pilule (72 %). De plus, chez les femmes comme chez les hommes, c'est parmi ceux et celles qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs que l'on constate le niveau de connaissance le plus élevé : dans cette catégorie, les femmes connaissent, en moyenne, 4,4 méthodes et chez les hommes, ce nombre moyen est de 5,5.

Tableau 5.1.1 Connaissance des méthodes contraceptives - femmes

Pourcentage de femmes, de femmes actuellement en union, de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et de femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, selon les méthodes, EDSG-III Guinée 2005

Méthode contraceptive	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels		Femmes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement active[1]	Non active sexuellement	
Une méthode quelconque	92,1	92,9	98,6	94,1	81,9
Une méthode moderne	91,8	92,6	98,6	93,5	81,6
Stérilisation féminine	36,7	39,0	38,4	32,8	19,5
Stérilisation masculine	4,2	4,2	4,7	4,3	3,4
Pilule	79,9	82,4	89,2	81,0	54,5
DIU	12,4	12,2	17,9	14,9	9,6
Injections	75,5	78,0	87,8	76,6	48,9
Implants	2,4	2,3	3,0	3,4	2,5
Condom masculin	79,8	79,0	95,8	86,0	75,3
Condom féminin	5,5	5,0	8,1	7,5	7,3
Diaphragme	2,7	2,5	1,7	5,0	3,2
Mousse /gelée	2,5	2,5	4,0	3,9	1,3
MAMA	25,5	29,1	15,1	20,2	4,2
Pilule du lendemain	3,9	3,5	8,1	5,9	3,8
Une méthode traditionnelle	33,2	35,1	44,7	32,2	14,0
Continence périodique	18,4	18,4	32,1	23,0	9,9
Retrait	11,5	11,8	20,0	12,8	4,5
Méthode populaire	14,4	16,0	10,5	10,2	5,2
Nombre moyen de méthodes connues	3,8	3,9	4,4	3,9	2,5
Effectif	7 954	6 292	283	639	741

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

Par rapport aux deux précédentes enquêtes, on note une amélioration importante du niveau général de la connaissance contraceptive. En effet, en 1992, seulement 27 % des femmes en union avaient déclaré connaître une méthode contraceptive quelconque et 27 % une méthode moderne. En 1999, ces proportions étaient de 70 % pour une méthode quelconque et de 69 % pour une méthode moderne. En 2005, la quasi-totalité des femmes en union ont déclaré connaître une méthode contraceptive. Cette amélioration du niveau de connaissance, bien que touchant toutes les méthodes, est particulièrement importante en ce qui concerne la connaissance du condom masculin : en 1992, 14 % des femmes en union avaient déclaré connaître le condom, en 1999, cette proportion était de 55 % et elle est de 79 % à l'enquête actuelle. Les proportions de femmes ayant déclaré connaître la pilule sont passées de 23 % en 1992 à 63 % en 1999 et à 82 % en 2005. Pour les injections, elles sont respectivement de 17 %, 55 % et 78 %. Par contre pour certaines méthodes, l'amélioration du niveau de connaissance est un peu moins importante : pour la stérilisation féminine, les proportions sont passées de 13 % en 1992 à 33 % en 1999 et à 39 % en 2005. C'est aussi le cas de la stérilisation masculine dont la connaissance entre 1992 et 2005 n'a enregistré qu'une faible amélioration (de 3 % en 1992, à 4 % en 1999 et à 4 % en 2005).

Tableau 5.1.2 Connaissance des méthodes contraceptives - hommes

Pourcentage d'hommes, d'hommes actuellement en union, d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs et d'hommes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, selon les méthodes, EDSG-III Guinée 2005

Méthode contraceptive	Tous les hommes	Hommes actuellement en union	Hommes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels		Hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement actif[1]	Non actif sexuellement	
Une méthode quelconque	95,7	97,3	98,6	97,9	82,9
Une méthode moderne	95,4	96,8	98,6	97,8	82,9
Stérilisation féminine	48,6	54,8	51,4	45,2	20,7
Stérilisation masculine	20,3	23,6	24,6	17,5	4,3
Pilule	66,3	71,7	69,9	67,6	35,8
DIU	18,8	22,8	20,2	14,2	4,3
Injections	65,2	73,0	65,7	62,2	31,3
Implants	8,2	10,5	7,7	5,1	2,1
Condom masculin	92,8	93,5	97,7	96,4	79,6
Condom féminin	25,3	27,3	34,2	26,8	5,6
Diaphragme	8,9	9,8	11,8	9,1	1,4
Mousse /gelée	13,9	15,3	16,1	15,7	3,3
MAMA	35,0	48,1	24,3	17,3	6,7
Pilule du lendemain	14,8	15,8	19,0	16,6	3,9
Une méthode traditionnelle	61,1	69,0	69,2	61,8	15,0
Continence périodique	49,2	57,9	49,0	47,2	10,3
Retrait	46,7	50,8	59,9	49,9	10,1
Nombre moyen de méthodes connues	5,1	5,7	5,5	4,9	2,2
Effectif	3 174	1 879	370	534	394

[1] Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.

Le tableau 5.2 présente les pourcentages de femmes et d'hommes en union, qui connaissent au moins une méthode quelconque ou une méthode moderne de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants ; quelles que soient les caractéristiques, les niveaux de connaissance sont élevés. Cependant, on peut remarquer qu'en fonction de l'âge, les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent une méthode augmentent jusqu'à 30 ans puis, diminuent à partir de 35 ans pour atteindre 89 % chez les femmes de 45-49 ans et 93 % chez les hommes de 50-54 ans.

En outre, on constate, même si les écarts ne sont pas très importants, que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent un peu plus fréquemment que ceux du milieu rural les méthodes contraceptives (97 % contre 91 % pour les femmes et 99 % contre 96 % pour les hommes).

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes			Hommes		
Caractéristique sociodémographique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	92,2	92,1	587	*	*	18
20-24	94,4	94,3	888	100,0	100,0	93
25-29	95,0	94,8	1 175	99,5	99,4	157
30-34	93,8	93,3	1 062	99,0	98,7	256
35-39	91,7	91,3	1 113	98,8	98,8	333
40-44	92,6	92,3	752	97,4	97,0	287
45-49	88,6	88,2	717	97,6	97,4	274
50-54	na	na	na	92,7	91,7	268
55-59	na	na	na	94,3	92,5	191
Milieu de résidence						
Urbain	97,1	97,1	1 642	99,4	99,3	570
Rural	91,4	91,0	4 650	96,3	95,7	1 309
Région administrative						
Boké	95,8	95,6	771	99,1	98,7	219
Conakry	96,3	96,3	823	99,0	98,8	344
Faranah	94,7	93,3	512	98,3	97,2	141
Kankan	98,1	97,7	830	99,6	99,6	245
Kindia	86,8	86,8	948	95,1	95,1	249
Labé	80,0	80,0	638	84,2	82,5	133
Mamou	90,1	90,0	460	95,4	92,5	117
N'Zérékoré	96,5	96,1	1 309	99,0	99,0	431
Région naturelle						
Basse Guinée	91,4	91,3	1 506	96,7	96,7	406
Moyenne Guinée	84,7	84,6	1 311	91,3	89,2	312
Haute Guinée	98,0	97,1	1 135	99,0	98,5	332
Guinée Forestière	95,6	95,2	1 517	99,1	99,1	485
Conakry	96,3	96,3	823	99,0	98,8	344
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	91,9	91,6	5 369	96,4	95,7	1 258
Primaire	97,1	97,1	506	98,8	98,2	114
Secondaire ou plus	99,5	99,5	417	99,4	99,4	475
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	87,0	86,7	1 423	95,0	94,3	408
Second	91,9	91,3	1 304	97,0	96,2	359
Moyen	94,0	93,4	1 284	97,3	96,8	382
Quatrième	95,7	95,7	1 146	97,7	97,6	293
Le plus riche	97,3	97,2	1 134	99,2	99,1	436
Ensemble	92,9	92,6	6 292	97,3	96,8	1 879

[1] Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injections, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse ou gelée, méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et la pilule du lendemain.
na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Dans les régions administratives, les résultats font apparaître un faible niveau de connaissance dans celle de Labé (80 % des femmes et 84 % des hommes). À l'opposé, dans les régions administratives de Kankan, et de N'Zérékoré, 98 % et 97 % des femmes connaissent une méthode ; chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 100 % et 99 %. De même, en fonction des régions naturelles, on constate que c'est en Moyenne Guinée que les femmes et les hommes connaissent le moins fréquemment les méthodes contraceptives.

Le niveau d'instruction influence le niveau de connaissance des méthodes contraceptives. La quasi-totalité des femmes instruites connaissent une méthode contre 92 % parmi celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. On observe la même tendance chez les hommes avec cependant des écarts moins importants entre les niveaux d'instruction.

5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDSG-III a collecté des données qui permettent d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle, c'est-à-dire au moment de l'enquête. Aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêtrice a ensuite demandé s'ils l'avaient déjà utilisée à un moment donné, ceci afin de mesurer le niveau de la contraception à un moment quelconque de leur vie.

5.2.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Le tableau 5.3 présente les pourcentages de femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment donné. Plus d'une femme sur cinq (22 %) ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie.

C'est parmi les femmes non en union mais sexuellement actives que ce niveau d'utilisation est le plus élevé (53 %). Pour les femmes en union, la proportion est de 23 % et pour l'ensemble des femmes 22 %. Le taux d'utilisation élevé de la contraception par les femmes non en union mais sexuellement actives est dû à un recours fréquent aux méthodes modernes (47 %), essentiellement au condom masculin (37 %) et à la pilule (14 %). En outre, les résultats montrent que, quelle que soit la catégorie de femmes, les méthodes modernes ont été plus fréquemment utilisées que les méthodes traditionnelles. En particulier, on note chez les femmes en union que la MAMA (7 %), le condom masculin (4 %), la pilule (5 %) et les injections (4 %) ont été les méthodes modernes qui ont été les plus fréquemment utilisées ; à l'opposé, le DIU, la stérilisation féminine, et les mousses n'ont pratiquement pas été utilisés. Au niveau des méthodes traditionnelles, c'est essentiellement la continence périodique (3 %) et dans une moindre mesure le retrait (1 %) qui ont été les plus utilisés.

Comme on pouvait s'y attendre, l'utilisation à un moment donné des méthodes contraceptives varie avec l'âge. C'est dans le groupe d'âges 20-24 ans que cette pratique est la plus élevée (20 % pour les femmes en union). Les proportions d'utilisatrices à un moment quelconque diminuent ensuite pour atteindre le niveau le plus faible (14 %) à 45-49 ans.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes, de femmes actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, EDSG-III Guinée 2005

			Méthode moderne											Méthode traditionnelle			
Groupe d'âges	Une méthode quel-conque	Une méthode moderne	Stérili-sation féminine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom masculin	Condom féminin	Mousse ou gelée	MAMA	Pilule du lende-main	Une méthode trad-itionnelle	Cont-inence périod-ique	Retrait	Autres	Effectif de femmes
TOUTES LES FEMMES																	
15-19	16,0	11,5	0,0	2,3	0,0	0,7	0,0	8,5	0,1	0,0	1,6	0,1	7,0	2,5	1,2	3,5	1 648
20-24	26,7	20,0	0,0	5,5	0,3	3,0	0,0	10,3	0,1	0,0	6,1	0,1	11,1	4,8	2,1	6,0	1 152
25-29	25,8	20,2	0,0	5,5	0,1	3,3	0,1	6,6	0,0	0,1	8,6	0,5	9,2	3,9	1,4	5,1	1 259
30-34	25,3	20,2	0,4	6,6	0,1	5,2	0,1	3,8	0,0	0,0	7,4	0,4	8,6	3,4	1,0	5,4	1 119
35-39	22,4	16,5	0,3	5,9	0,3	4,8	0,0	2,0	0,1	0,2	7,2	0,2	8,5	2,5	0,7	5,5	1 170
40-44	22,5	16,8	0,6	5,9	0,5	5,9	0,0	1,3	0,0	0,2	6,7	0,1	8,8	3,5	0,6	5,1	821
45-49	20,1	14,4	0,2	5,3	0,5	4,4	0,1	1,5	0,0	0,1	6,5	0,3	7,6	2,3	0,8	4,8	785
Ensemble	22,4	16,9	0,2	5,1	0,2	3,6	0,0	5,4	0,0	0,1	6,0	0,2	8,6	3,3	1,2	4,9	7 954
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																	
15-19	16,7	11,9	0,0	2,8	0,0	0,4	0,0	6,2	0,0	0,0	3,9	0,1	7,5	2,1	0,6	5,0	587
20-24	23,9	16,7	0,0	4,7	0,3	2,1	0,0	5,8	0,0	0,0	7,6	0,1	9,8	3,1	1,4	6,1	888
25-29	24,1	18,3	0,0	4,5	0,1	2,9	0,1	4,8	0,0	0,1	9,2	0,4	9,0	3,4	1,0	5,3	1 175
30-34	25,1	19,9	0,4	6,5	0,1	5,0	0,1	3,5	0,0	0,0	7,6	0,4	8,3	3,0	1,0	5,2	1 062
35-39	22,4	16,3	0,3	5,6	0,3	4,7	0,0	1,4	0,1	0,2	7,6	0,2	8,7	2,5	0,8	5,6	1 113
40-44	22,5	16,5	0,7	5,3	0,6	5,6	0,0	1,3	0,0	0,2	7,0	0,1	9,1	3,6	0,7	5,4	752
45-49	19,5	14,0	0,1	5,0	0,3	4,5	0,0	1,5	0,0	0,0	6,3	0,4	7,2	2,1	0,9	4,6	717
Ensemble	22,5	16,7	0,2	5,1	0,2	3,7	0,0	3,5	0,0	0,1	7,3	0,3	8,6	2,9	0,9	5,4	6 292
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]																	
15-19	44,9	37,2	0,0	7,6	0,0	4,2	0,0	30,7	0,6	0,0	0,0	0,9	19,5	8,9	8,0	3,7	148
20-24	70,0	63,2	0,0	19,8	0,0	7,9	0,0	56,8	0,0	0,0	0,0	1,2	26,3	17,7	7,1	6,3	70
25 ou plus	54,8	53,0	0,0	24,1	0,0	11,0	0,0	31,2	0,0	0,0	0,7	2,7	20,7	17,9	7,1	5,4	64
Ensemble	53,3	47,2	0,0	14,4	0,0	6,6	0,0	37,3	0,3	0,0	0,2	1,4	21,4	13,1	7,6	4,7	283

[1] Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête
MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

5.2.2 Utilisation actuelle de la contraception

Le tableau 5.4 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Les résultats indiquent que parmi les femmes de 15-49 ans 11 % utilisaient une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, 7 % une méthode moderne et 4 % une méthode traditionnelle. La prévalence contraceptive des femmes en union n'est guère différente de celles de l'ensemble des femmes. Le graphique 5.1 montre qu'au moment de l'enquête, 9 % utilisaient une méthode quelconque, 6 % une méthode moderne et 3 % une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont la MAMA (2 %) et la pilule (2 %).

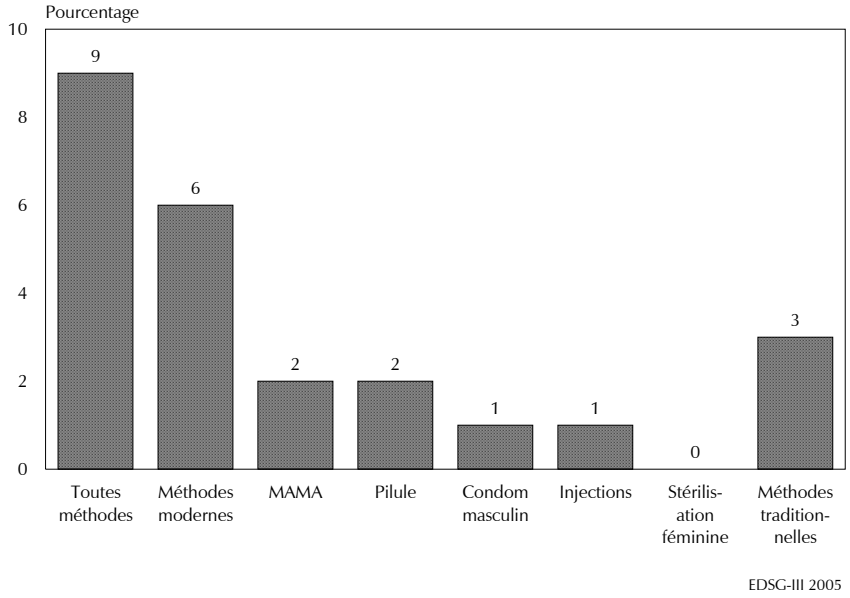
Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le groupe d'âges, EDSG-III Guinée 2005

			Méthode moderne							Méthode traditionnelle					
Groupe d'âges	Une méthode quel-conque	Une méthode mod-erne	Stérilis-ation féminine	Pilule	DIU	Inject-ions	Condom masculin	MAMA	Une méthode tradit-ionnelle	Conti-nence pério-dique	Retrait	Autres	N'utilise pas actuelle-ment	Total	Effectif de femmes
TOUTES LES FEMMES															
15-19	11,6	7,4	0,0	0,9	0,0	0,5	5,4	0,6	4,2	1,3	0,5	2,4	88,4	100,0	1 648
20-24	14,2	9,1	0,0	1,4	0,1	1,4	4,5	1,7	5,1	1,6	0,0	3,5	85,8	100,0	1 152
25-29	11,4	7,8	0,0	1,4	0,1	0,9	2,6	2,8	3,6	0,8	0,1	2,8	88,6	100,0	1 259
30-34	9,4	6,2	0,4	2,3	0,0	1,2	0,9	1,5	3,2	0,7	0,1	2,4	90,6	100,0	1 119
35-39	9,5	6,0	0,3	1,3	0,1	1,4	1,1	1,9	3,5	1,0	0,0	2,5	90,5	100,0	1 170
40-44	8,7	6,0	0,6	2,6	0,2	1,4	0,2	1,0	2,7	1,0	0,1	1,6	91,3	100,0	821
45-49	5,6	3,7	0,2	2,0	0,1	1,0	0,2	0,1	1,9	1,1	0,0	0,8	94,4	100,0	785
Ensemble	10,5	6,8	0,2	1,6	0,1	1,1	2,5	1,4	3,6	1,1	0,1	2,4	89,5	100,0	7 954
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	8,8	5,0	0,0	1,2	0,0	0,1	2,5	1,2	3,8	1,0	0,0	2,8	91,2	100,0	587
20-24	10,7	6,2	0,0	1,1	0,1	0,5	2,2	2,2	4,5	1,1	0,0	3,4	89,3	100,0	888
25-29	10,3	6,5	0,0	1,2	0,1	0,7	1,5	3,0	3,8	0,8	0,1	2,9	89,7	100,0	1 175
30-34	9,2	5,9	0,4	2,2	0,0	1,2	0,7	1,5	3,2	0,8	0,1	2,4	90,8	100,0	1 062
35-39	9,1	5,5	0,3	1,3	0,1	1,4	0,5	2,0	3,6	1,0	0,0	2,6	90,9	100,0	1 113
40-44	9,1	6,2	0,7	2,6	0,2	1,5	0,1	1,1	2,9	1,1	0,1	1,7	90,9	100,0	752
45-49	5,3	3,6	0,1	1,9	0,1	1,1	0,2	0,1	1,7	1,0	0,0	0,7	94,7	100,0	717
Ensemble	9,1	5,7	0,2	1,6	0,1	1,0	1,1	1,7	3,4	1,0	0,0	2,4	90,9	100,0	6 292
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]															
15-19	42,6	31,1	0,0	2,5	0,0	2,6	26,0	0,0	11,5	4,8	4,5	2,3	57,4	100,0	148
20-24	56,0	45,3	0,0	8,4	0,0	7,0	30,0	0,0	10,7	8,5	0,0	2,2	44,0	100,0	70
25 ou plus	40,9	38,7	0,0	10,7	0,0	2,2	25,8	0,0	2,3	0,0	0,0	2,3	59,1	100,0	64
Ensemble	45,5	36,3	0,0	5,8	0,0	3,6	26,9	0,0	9,2	4,6	2,4	2,3	54,5	100,0	283

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
[1] Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête
MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

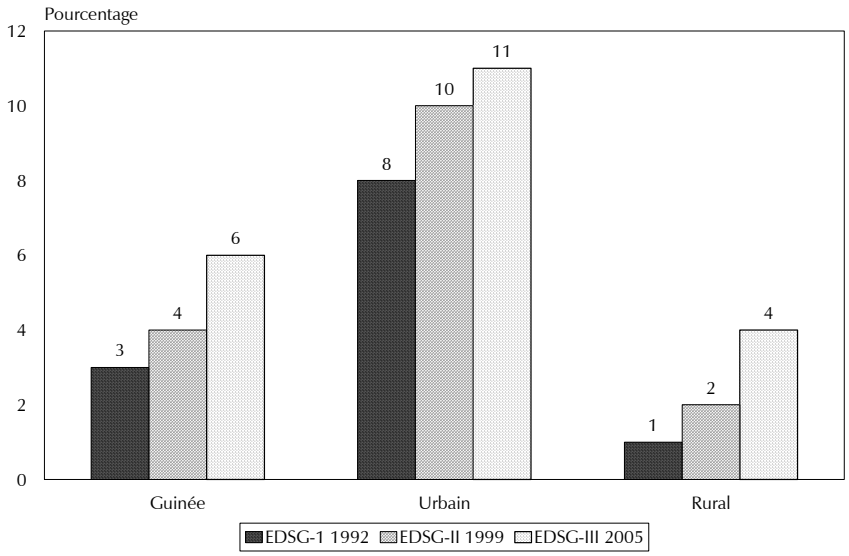
Graphique 5.1 **Prévalence contraceptive parmi les femmes en union**



Les femmes non en union et sexuellement actives sont celles qui se caractérisent par la prévalence contraceptive la plus élevée : 46 % ont déclaré utiliser au moment de l'enquête une méthode contraceptive ; dans ce groupe de femmes, 36 % utilisaient une méthode moderne dont 27 % le condom masculin. Les résultats selon l'âge montrent que, quelle que soit la catégorie de femmes, c'est dans le groupe d'âges 20-24 ans que la prévalence est la plus élevée. À partir de 35 ans, les proportions d'utilisatrices de la contraception diminuent.

La comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes fait apparaître une augmentation importante de la prévalence contraceptive moderne en Guinée puisque la proportion de femmes en union utilisant une méthode est passée de 1 % en 1992, à 4 % en 1999 et à 6 % en 2005 (Graphique 5.2).

Graphique 5.2 **Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union 1992, 1999 et 2005**



Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Les résultats sont présentés au tableau 5.5. On constate, en premier lieu que la prévalence contraceptive, pour une méthode quelconque, est plus de deux fois plus élevée en milieu urbain (15 %) qu'en milieu rural (7 %) alors que la prévalence des méthodes modernes est pratiquement trois fois plus élevée en milieu urbain (11 %) qu'en milieu rural (4 %).

Dans les régions administratives, on note des écarts importants : c'est à Faranah (19 %), Conakry (18 %) et Kankan (14 %) que les proportions de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives sont les plus élevées ; à l'opposé, dans les régions de Labé et Mamou, ces proportions ne sont que de, respectivement 1 % et 3 %. Cependant, lorsqu'on considère le type de méthode, on s'aperçoit que la prévalence élevée à Faranah est essentiellement due à l'utilisation de méthodes traditionnelles (13 %) plus précisément à d'autres méthodes (12 %). Par contre, dans la région de Kankan, on constate un niveau élevé d'utilisation de la contraception moderne (7 %), en grande partie la MAMA (3 %) et les injections (2 %). C'est à Conakry que la prévalence de la contraception moderne est la plus élevée (14 %).

D'autre part, la prévalence contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction. En effet, 25 % des femmes de niveau secondaire ou plus utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque contre 13 % de celles de niveau primaire et 8 % de celles sans aucune instruction.

En outre, 7 % des femmes de niveau secondaire ou plus utilisent une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique. Parmi les femmes sans niveau d'instruction, seulement 8 % utilisaient au moment de l'enquête une méthode quelconque et 4 % une méthode moderne.

On constate enfin que l'utilisation de la contraception moderne est plus importante chez les femmes nullipares (8 %) que chez celles qui ont déjà des enfants. La prévalence augmente avec le nombre d'enfants, passant de 4 % pour celles qui ont un à deux enfants à 6 % parmi celles qui ont cinq enfants et plus. Remarquons que les nullipares se distinguent surtout par l'utilisation du condom (4 %) et de la pilule (3 %), celles ayant des enfants ayant plus fréquemment recours à la MAMA et à une méthode traditionnelle.

Les résultats selon le niveau de bien-être économique font apparaître des écarts assez importants. En effet, l'utilisation d'une méthode contraceptive quelconque chez les femmes des ménages du quintile le plus riche (17 %) est nettement plus élevée que celle des femmes du quintile le plus pauvre (5 %). En ce qui concerne la prévalence moderne, l'écart est encore plus important (13 % contre 3 %).

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

			Méthode moderne							Méthode traditionnelle					
Caractéristique sociodémographique	Une méthode quel-conque	Une méthode moderne	Stérili-sation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom masculin	MAMA	Une méthode trad-itionnelle	Conti-nence pério-dique	Retrait	Autres	N'utilise pas actuelle-ment	Total	Effectif de femmes
Nombre d'enfants vivants															
0	9,1	7,7	0,2	2,7	0,3	0,2	4,3	0,0	1,4	1,0	0,0	0,4	90,9	100,0	638
1-2	7,5	3,8	0,1	0,6	0,0	0,4	1,1	1,4	3,7	1,0	0,0	2,8	92,5	100,0	2 067
3-4	10,1	6,4	0,1	1,9	0,1	1,2	0,6	2,4	3,7	0,7	0,1	2,8	89,9	100,0	1 904
5+	9,9	6,4	0,4	2,1	0,1	1,6	0,2	2,0	3,6	1,2	0,0	2,4	90,1	100,0	1 682
Milieu de résidence															
Urbain	14,9	11,4	0,5	3,9	0,2	2,1	3,2	1,5	3,5	2,1	0,0	1,4	85,1	100,0	1 642
Rural	7,0	3,7	0,1	0,8	0,0	0,6	0,3	1,8	3,4	0,5	0,0	2,8	93,0	100,0	4 650
Région administrative															
Boké	5,3	4,4	0,0	0,5	0,1	0,6	0,9	2,3	0,9	0,4	0,0	0,5	94,7	100,0	771
Conakry	18,1	13,9	0,7	4,5	0,3	1,2	4,3	3,0	4,2	3,1	0,0	1,1	81,9	100,0	823
Faranah	18,6	5,7	0,3	2,3	0,2	1,7	0,6	0,7	12,9	0,8	0,0	12,1	81,4	100,0	512
Kankan	13,8	7,2	0,3	1,1	0,0	1,9	1,1	2,8	6,6	0,3	0,2	6,2	86,2	100,0	830
Kindia	6,0	4,1	0,1	1,3	0,2	1,2	0,0	1,2	2,0	0,5	0,0	1,5	94,0	100,0	948
Labé	1,3	1,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	98,7	100,0	638
Mamou	2,6	2,4	0,1	1,3	0,0	0,4	0,6	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	97,4	100,0	460
N'Zérékoré	7,3	4,8	0,2	1,5	0,0	0,5	0,6	2,0	2,4	1,6	0,0	0,9	92,7	100,0	1 309
Région naturelle															
Basse Guinée	6,1	4,5	0,1	1,0	0,2	1,0	0,4	1,9	1,6	0,4	0,0	1,2	93,9	100,0	1 506
Moyenne Guinée	2,0	1,7	0,0	0,8	0,0	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	98,0	100,0	1 311
Haute Guinée	17,1	6,7	0,3	1,0	0,0	2,0	0,9	2,4	10,5	0,4	0,1	10,0	82,9	100,0	1 135
Guinée Forestière	7,3	5,0	0,2	1,9	0,1	0,6	0,7	1,7	2,3	1,5	0,0	0,7	92,7	100,0	1 517
Conakry	18,1	13,9	0,7	4,5	0,3	1,2	4,3	3,0	4,2	3,1	0,0	1,1	81,9	100,0	823
Niveau d'instruction															
Aucune instruction	7,5	4,3	0,2	1,1	0,1	0,8	0,4	1,8	3,1	0,6	0,1	2,5	92,5	100,0	5 369
Primaire	13,3	9,3	0,0	3,8	0,2	1,0	2,3	2,1	4,0	1,0	0,0	3,0	86,7	100,0	506
Secondaire ou plus	25,1	18,4	0,8	5,9	0,6	3,1	7,6	0,4	6,8	5,8	0,0	0,9	74,9	100,0	417
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	5,3	2,7	0,0	0,5	0,0	0,5	0,2	1,5	2,6	1,0	0,0	1,6	94,7	100,0	1 423
Second	6,2	3,0	0,1	0,3	0,0	0,7	0,2	1,6	3,2	0,2	0,0	3,0	93,8	100,0	1 304
Moyen	7,6	4,3	0,2	1,4	0,0	0,6	0,4	1,7	3,4	0,2	0,1	3,0	92,4	100,0	1 284
Quatrième	10,9	7,0	0,3	2,2	0,1	1,6	1,3	1,5	3,9	0,7	0,1	3,1	89,1	100,0	1 146
Le plus riche	17,1	12,7	0,5	4,2	0,5	1,7	3,6	2,2	4,3	2,9	0,1	1,4	82,9	100,0	1 134
Ensemble	9,1	5,7	0,2	1,6	0,1	1,0	1,1	1,7	3,4	1,0	0,0	2,4	90,9	100,0	6 292

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

5.3 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents : retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacer les naissances si la contraception débute à des parités faibles ou encore limiter la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le tableau 5.6 présente la répartition des femmes par groupes d'âges selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois.

Sur l'ensemble des femmes utilisatrices, plus du cinquième (23 %) ont déclaré avoir utilisé pour la première fois une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas d'enfants, c'est-à-dire pour retarder une première naissance, 59 % ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3 enfants) et enfin 17 % ont commencé à des parités élevées (4 enfants et plus). On note que plus de quatre femmes sur dix (44 %) ont commencé à utiliser une méthode de contraception après la naissance d'un seul enfant.

La proportion des femmes ayant utilisé la contraception alors qu'elles étaient nullipares augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes. Elle passe ainsi de 1 % parmi les femmes de 45-49 ans à 40 % parmi celles de 20-24 ans et à 72 % parmi celles de 15-19 ans. Ceci peut être interprété comme le signe d'une tendance à retarder la venue d'une première naissance dans les générations récentes.

Tableau 5.6 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception selon l'âge actuel, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enfants vivants à la première utilisation					Total[1]	Effectif
	0	1	2	3	4+		
15-19	71,9	26,5	0,5	0,0	0,0	100,0	263
20-24	39,6	52,7	5,8	1,7	0,0	100,0	307
25-29	16,5	53,6	12,9	8,6	7,3	100,0	325
30-34	11,0	41,5	14,5	10,7	20,6	100,0	283
35-39	4,4	43,3	8,2	10,7	32,6	100,0	262
40-44	4,2	40,8	7,8	7,3	39,4	100,0	185
45-49	1,4	48,5	3,8	8,1	37,1	100,0	158
Ensemble	23,4	44,3	8,1	6,6	16,8	100,0	1 783

[1] Y compris les non déterminés

5.4 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Les analyses précédentes, qu'elles concernent l'utilisation actuelle ou à un moment quelconque, ont montré que la continence périodique est une méthode fréquemment utilisée par certaines femmes, en particulier par les femmes en union. Or, l'efficacité de cette méthode dépend de la connaissance exacte de la période féconde au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et si oui, à quel moment du cycle se situait cette période.

Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette question, les réponses ont été regroupées en trois grandes catégories :

- connaissance : « milieu du cycle »
- connaissance douteuse : « juste avant le début des règles », « juste après les règles », ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après la fin » et du « juste avant le début », elles peuvent correspondre à la période féconde ;
- méconnaissance : « pendant les règles », « pas de période spécifique », « ne sait pas ».

Tableau 5.7 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) des femmes qui utilisent la continence périodique, des femmes qui n'utilisent pas la continence périodique et de l'ensemble des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDSG-III Guinée 2005

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes
Connaissance			
Au milieu du cycle	42,8	17,4	17,7
Connaissance douteuse			
Juste avant le début des règles	0,9	2,4	2,4
Juste après la fin des règles	41,3	27,2	27,3
Ne connaît pas			
Pendant ses règles	3,6	1,7	1,7
Pas de moment spécifique	5,5	17,2	17,1
Ne sait pas	5,9	33,8	33,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	88	7 866	7 954

Les résultats présentés au tableau 5.7 indiquent que plus de la moitié des femmes (52 %) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période ; près de trois femmes sur dix (30 %) en ont une connaissance douteuse et seulement 18 % des femmes ont une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte. Si on se limite aux seules femmes ayant déjà utilisé la continence périodique comme méthode de contraception, et qui donc doivent connaître leur cycle pour utiliser efficacement cette méthode, on constate que leur connaissance de la période de fécondabilité est nettement meilleure (43 %). Cependant, dans 42 % des cas, ces femmes utilisatrices de la continence périodique n'en ont qu'une connaissance vague et, surtout environ une utilisatrice sur dix (15 %) est incapable de situer cette période. Il ressort de ces données, que pour que la méthode qui est utilisée amplement par les femmes soit également pratiquée efficacement, un effort réel d'éducation, surtout axé sur la bonne connaissance du cycle menstruel, s'avère indispensable. Cette stratégie permettra de combler quelque peu les échecs assez fréquents de cette méthode et constituer au besoin une solution palliative pour un grand nombre de femmes qui n'ont pas encore accès aux méthodes modernes.

5.5 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'identifier l'endroit où elles avaient obtenu leur méthode. Les résultats à ces questions sont présentés au tableau 5.8.

Pour obtenir les méthodes modernes de contraception, un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont déclaré s'être adressées au secteur médical public. Près d'une femme sur cinq (19 %) s'est s'adressée au secteur médical privé et près de 44 % auprès de sources non médicales. Dans le secteur public, ce sont surtout vers les centres de santé que les femmes sont allées pour obtenir leur méthode (19 %). Dans le secteur privé, c'est dans les pharmacies que les femmes se sont procuré les méthodes (15 %). En ce qui concerne les sources non médicales, on constate que les boutiques jouent un rôle important (12 %) ainsi que d'autres sources non précisées (25 %).

Le choix de la structure varie très peu lorsqu'il s'agit de rechercher une méthode moderne. En effet, les femmes s'orientent majoritairement vers le secteur public pour se procurer une méthode moderne. Ainsi, 85 % des femmes qui utilisent les injections et 42 % de celles qui utilisent la pilule s'adressent au secteur public, essentiellement les centres de santé, pour se procurer ces méthodes. Par contre le condom masculin est obtenu dans 19 % des cas auprès du secteur privé (essentiellement les pharmacies 16 %) et, dans 72 % des cas auprès d'autres sources, dont 20 % dans les boutiques.

Tableau 5.8 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes, EDSG-III Guinée 2005

Source d'approvisionnement	Pilule	Injections	Condom masculin	Ensemble[1]
Secteur public	41,9	84,7	7,4	35,8
Hôpital gouvernemental	13,1	21,8	2,2	12,2
Centre de santé gouvernemental	22,8	51,6	3,3	18,7
Poste de santé	4,8	8,1	0,0	3,0
Clinique de planification familiale	1,2	3,3	0,5	1,2
Agent de terrain	0,0	0,0	1,4	0,6
Secteur médical privé	26,8	8,5	19,0	19,3
Hôpital ou clinique privée	1,9	1,7	0,0	1,4
Pharmacie	21,9	4,8	16,4	15,0
Médecin privé/Centre médical privé	1,9	0,0	1,8	1,8
Cabinet de soins	0,0	1,2	0,0	0,2
Agent de terrain privé	1,2	0,8	0,8	0,9
Autre source	19,8	1,6	27,4	18,8
Boutique	8,6	1,6	19,8	12,0
Kiosque	0,0	0,0	2,2	1,0
Tablier	11,2	0,0	5,4	5,8
Autre	11,2	3,5	44,9	25,0
ND/Manquant	0,3	1,7	1,4	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	129	84	199	433

[1] Y compris 6 utilisatrices de DIU et 14 femmes stérilisées

5.6 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

5.6.1 Intention d'utiliser la contraception à l'avenir

On a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.9 fournit la distribution des femmes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur.

Près du tiers des femmes en union (32 %) qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête ont déclaré avoir l'intention de le faire dans l'avenir. Par contre, plus de la moitié (59 %) ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode dans le futur et dans 10 % des cas, les femmes étaient indécises (graphique 5.3). Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate qu'un peu plus d'une femme sur dix parmi les nullipares (13 %) a déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode de planification familiale. Parmi les femmes ayant un enfant, cette proportion est de 33 % et parmi celles en ayant quatre ou plus, elle est de 36 %. Il faut ajouter que la grande majorité des femmes nullipares (72 %) n'a pas du tout l'intention d'utiliser la contraception.

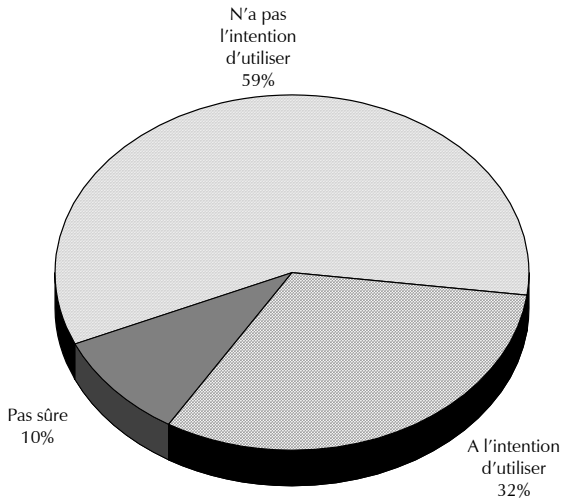
Tableau 5.9 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, EDSG-III Guinée 2005

	Nombre d'enfants vivants[1]					
Intention	0	1	2	3	4+	Ensemble
A l'intention d'utiliser	12,5	32,7	25,6	34,0	35,9	31,5
Pas sûre	15,4	11,9	10,4	10,9	7,0	9,6
N'a pas l'intention d'utiliser	72,1	55,2	63,8	54,9	56,9	58,6
Total[2]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	431	920	994	955	2 419	5 719

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Y compris les non déterminés

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



EDSG-III 2005

5.6.2 Raison de non utilisation de la contraception

Aux femmes non utilisatrices de la contraception ayant déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle en était la raison. Les données du tableau 5.10 indiquent que, plus de la moitié des femmes (54 %) ont cité des raisons relatives à la fécondité, essentiellement le désir d'avoir d'autres enfants (35 %) et, dans une moindre mesure, des rapports sexuels peu fréquents ou même l'absence de rapports sexuels (4 %). En outre, pour près du tiers des femmes (31 %), l'opposition à l'utilisation de méthodes contraceptives explique cette décision, que l'opposition vienne du conjoint (3 %), d'elle-même (15 %) ou d'interdits religieux (13 %). Les raisons relatives à la méthode ont été citées par 11 % des femmes, essentiellement la peur des effets secondaires (5 %) et dans 4 % des cas, les femmes ont cité les problèmes de santé. Enfin, pour 4 % des femmes, la décision de ne pas utiliser la contraception est liée au manque de connaissance : 2 % ont déclaré ne pas connaître un endroit où se procurer une méthode et 2 % ne connaissent aucune méthode.

Tableau 5.10 Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, EDSG-III Guinée 2005

	Répartition
Raisons relatives à la fécondité	53,6
Rapports sexuels peu fréquents/pas de rapports	3,5
Ménopause/hystérectomie	2,8
Sous-féconde/stérilité	12,3
Veut autant d'enfants que possible	35,0
Opposition à l'utilisation	30,8
Enquêtée opposée	15,2
Mari/conjoint opposé	3,0
Autres personnes opposées	0,1
Interdits religieux	12,5
Manque de connaissance	4,2
Ne connaît aucune méthode	2,4
Ne connaît aucune source	1,8
Raisons relatives à la méthode	10,5
Problèmes de santé	4,3
Peur des effets secondaires	5,0
Difficulté d'accès/trop éloignée	0,0
Trop chère	0,2
Inconvénients à l'utilisation	0,6
Interfère avec le processus normal du corps	0,4
Autre	0,0
NSP/Manquant	0,8
Total	100,0
Effectif	3 352

5.6.3 Méthode future préférée

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Tableau 5.11 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la méthode préférée, EDSG-III Guinée 2005

Méthode	Répartition
Stérilisation féminine	0,7
Pilule	31,7
DIU	1,2
Injections	47,8
Implants	0,1
Condom	2,2
MAMA	0,8
Continence périodique	1,3
Autres	2,4
Pas sûre	11,5
ND	0,2
Total	100,0
Effectif	1 804

Il ressort des données du tableau 5.11 que les méthodes modernes ont été les méthodes les plus fréquemment citées, en particulier les injections (48 %) et la pilule (32 %). À l'opposé, la stérilisation féminine n'a été citée que dans moins d'un pour cent des cas. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique a été citée par 1 % des femmes.

5.7 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'information constitue un moyen indispensable pour sensibiliser la population à la planification familiale ; elle constitue aussi un support important pour vulgariser et développer la pratique contraceptive. Dans cette optique, on a demandé à l'ensemble des femmes et des hommes si elles/ils avaient entendu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision ou s'ils avaient lu un message dans un journal ou un magazine durant le mois ayant précédé l'enquête (tableaux 5.12.1 et 5.12.2).

Les données révèlent que durant le mois précédant l'enquête, plus d'un enquêté sur deux (51 % chez les femmes et 55 % chez les hommes) n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision, ni lu de message dans les journaux et magazines. À l'opposé, plus de quatre enquêtés sur dix (48 % chez les femmes et 44 % chez les hommes) ont déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio au cours du mois précédant l'enquête.

Chez les hommes comme chez les femmes, on constate d'importantes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques. En premier lieu, les résultats montrent que les femmes du milieu urbain et les femmes les plus instruites sont celles qui sont les plus exposées aux médias. À l'opposé, en milieu rural et parmi les femmes sans instruction, plus de la moitié des femmes (56 % et 54 % respectivement) n'ont eu accès à aucun des trois médias.

Dans les régions, on constate que plus de la moitie des femmes ont écouté un message sur la PF à la radio, à l'exception de celles de Labé (43 %), Faranah (41 %) et N'Zérékoré (28 %). En ce qui concerne les autres médias (télévision, journaux/magazine), on constate que les femmes de Conakry y sont nettement plus exposées (52 % pour la télévision et 11 % pour les journaux/magazines). En outre, la proportion de femmes qui ne sont exposées à aucun média est plus importante dans la région de N'Zérékoré (71 %) contre 36 % à Kindia.

Par ailleurs, le niveau d'instruction et le fait de vivre dans un ménage du quintile le plus riche favorisent le contact avec les moyens de diffusion des messages : dans le quintile le plus riche, 37 % des femmes n'ont été exposées à aucun média ; parmi les femmes les plus instruites, cette proportion est de 29 % ; dans les ménages du quintile le plus pauvre et parmi les femmes sans niveau d'instruction, ces proportions sont, respectivement, de 70 % et 54 %.

Les résultats concernant les hommes montrent qu'ils sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à n'avoir été exposés à aucun média (55 % contre 51 %). Cependant, comme chez les femmes, ce sont ceux qui sont les plus instruits, ceux du milieu urbain et ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche qui ont eu le plus fréquemment accès à l'information (tableau 5.12.2). Au niveau des régions, on constate, comme pour les femmes, que ce sont les hommes de Kindia qui ont le plus entendu un message sur la planification familiale à la radio (63 %). À l'opposé, 84 % de ceux de N'Zérékoré, n'ont eu accès à aucun média au cours des derniers mois qui ont précédé l'enquête. Les messages sur la planification familiale semblent donc ne pas atteindre l'ensemble de la population cible.

Tableau 5.12.1 Exposition aux messages sur la planification familiale : femmes

Pourcentage de femmes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun des trois médias	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-19	41,6	15,8	4,8	56,1	1 648
20-24	48,7	17,3	5,6	49,2	1 152
25-29	53,2	15,7	2,6	44,8	1 259
30-34	49,8	15,2	3,5	48,0	1 119
35-39	47,8	9,8	1,5	51,1	1 170
40-44	46,4	11,5	2,1	52,8	821
45-49	47,9	8,4	2,4	51,0	785
Milieu de résidence					
Urbain	56,7	38,5	9,6	37,9	2 472
Rural	43,6	2,8	0,6	56,3	5 482
Région administrative					
Boké	53,5	8,4	1,3	45,9	941
Conakry	52,2	51,5	11,4	38,1	1 192
Faranah	41,2	4,0	2,2	58,1	619
Kankan	58,3	7,9	1,8	41,3	935
Kindia	64,5	16,2	4,2	35,5	1 155
Labé	43,0	2,4	0,9	57,0	817
Mamou	50,4	9,9	1,1	49,6	544
N'Zérékoré	28,3	2,9	1,6	71,2	1 752
Région naturelle					
Basse Guinée	63,0	14,1	3,2	36,7	1 847
Moyenne Guinée	44,1	4,9	1,0	55,8	1 610
Haute Guinée	55,1	6,4	1,5	44,4	1 285
Guinée Forestière	29,1	3,4	1,9	70,4	2 020
Conakry	52,2	51,5	11,4	38,1	1 192
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	44,9	7,4	0,4	54,2	6 162
Primaire	48,7	25,0	2,7	47,4	909
Secondaire ou plus	66,0	47,6	24,9	28,7	883
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	29,8	0,4	0,1	70,2	1 640
Second	48,6	1,5	0,1	51,4	1 508
Moyen	49,5	3,9	0,6	50,3	1 535
Quatrième	54,9	13,9	3,8	44,1	1 594
Le plus riche	55,7	47,2	11,7	37,1	1 677
Ensemble	47,7	13,9	3,4	50,6	7 954

Tableau 5.12.2 Exposition aux messages sur la planification familiale : hommes

Pourcentage d'hommes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun des trois médias	Effectif d'hommes
Groupe d'âges					
15-19	26,6	13,1	7,0	71,1	664
20-24	43,7	27,1	17,5	53,8	482
25-29	47,6	25,4	11,8	51,3	311
30-34	45,4	18,2	8,4	53,3	307
35-39	49,1	15,1	7,2	50,7	362
40-44	52,0	18,6	12,4	47,3	301
45-49	54,2	14,7	7,6	44,9	281
50-54	48,7	16,6	15,5	49,2	272
55-59	46,7	15,3	7,5	53,3	194
Milieu de résidence					
Urbain	53,8	41,3	23,5	42,8	1 226
Rural	37,2	3,8	2,4	62,6	1 948
Région administrative					
Boké	58,1	20,2	9,5	40,0	340
Conakry	59,0	54,4	31,6	36,3	677
Faranah	58,4	17,5	13,0	40,6	219
Kankan	48,6	7,3	4,2	51,4	358
Kindia	63,3	9,0	2,1	36,5	409
Labé	25,2	5,0	3,1	74,5	224
Mamou	26,2	8,0	3,2	73,1	205
N'Zérékoré	15,5	1,8	3,1	83,9	741
Région naturelle					
Basse Guinée	62,5	14,7	4,4	36,9	657
Moyenne Guinée	29,9	7,0	4,9	69,1	521
Haute Guinée	53,3	8,8	5,9	46,6	478
Guinée Forestière	19,3	4,3	4,5	80,0	840
Conakry	59,0	54,4	31,6	36,3	677
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	37,0	6,8	0,7	62,3	1 791
Primaire	35,5	15,9	3,7	63,3	208
Secondaire ou plus	56,0	36,8	27,8	41,2	1 127
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	27,1	1,9	1,1	72,9	584
Second	43,1	2,8	2,1	56,6	523
Moyen	40,8	5,4	2,9	58,9	545
Quatrième	42,7	13,4	7,1	56,2	605
Le plus riche	56,6	48,4	28,1	39,3	916
Ensemble	43,6	18,3	10,5	54,9	3 174

5.7.1 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale

Le tableau 5.13 présente les résultats concernant le contact des non utilisatrices de la contraception avec les agents de la planification familiale. On constate que dans 89 % des cas, les femmes ont déclaré ne pas avoir discuté de planification familiale avec un agent ou dans un établissement sanitaire au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion est très élevée quelle que soit la caractéristique sociodémographique et on ne constate pas de variations importantes.

Tableau 5.13 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des prestataires de planification familiale

Pourcentage des non utilisatrices de la contraception qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été contactées par un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale (PF), pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire et qui ont parlé de planification familiale, et pourcentage qui ont visité un établissement sanitaire mais qui n'ont pas parlé de planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ont discuté de la PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais qui n'ont pas discuté de PF	N'a pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-19	4,8	3,3	20,0	93,5	1 457
20-24	8,7	6,6	31,4	88,4	988
25-29	9,9	7,3	31,6	86,2	1 115
30-34	7,8	7,5	32,7	87,7	1 014
35-39	8,8	8,0	27,4	87,3	1 059
40-44	7,3	5,7	28,3	89,9	749
45-49	6,5	5,2	20,0	91,2	741
Milieu de résidence					
Urbain	7,6	7,4	37,2	88,1	2 048
Rural	7,6	5,6	23,1	89,7	5 074
Région administrative					
Boké	7,2	1,8	9,1	91,7	885
Conakry	5,1	7,0	45,1	89,9	956
Faranah	15,5	9,7	29,6	80,7	498
Kankan	12,9	8,5	26,1	83,8	802
Kindia	3,2	1,6	19,6	95,4	1 066
Labé	4,3	1,7	23,1	94,9	803
Mamou	1,3	1,5	24,5	97,5	531
N'Zérékoré	10,9	12,7	34,3	83,3	1 581
Région naturelle					
Basse Guinée	5,4	1,6	14,4	93,4	1 711
Moyenne Guinée	3,0	1,7	22,8	96,0	1 574
Haute Guinée	10,7	6,8	27,7	86,6	1 063
Guinée Forestière	13,1	13,4	33,3	80,8	1 818
Conakry	5,1	7,0	45,1	89,9	956
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	7,2	5,8	26,3	89,8	5 684
Primaire	9,6	8,3	29,9	86,6	793
Secondaire ou plus	8,5	6,9	31,3	87,9	645
Ensemble	7,6	6,1	27,2	89,3	7 122

On relève aussi que seulement 8 % des femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives ont reçu la visite d'un agent de terrain et ont discuté de planification familiale. Dans les régions de Faranah (16 %), Kankan (13 %) et N'Zérékoré (11 %), ces proportions sont plus élevées que la moyenne nationale. À l'opposé, dans celle de Mamou, la proportion est insignifiante (1 %). En outre, 6 % des femmes se sont rendues dans un établissement sanitaire et y ont discuté de planification familiale. La région de N'Zérékoré en compte la plus grande proportion (13 %). Enfin, dans plus d'un quart des cas (27 %) les femmes se sont rendues dans un centre de santé mais n'y ont pas discuté de planification familiale. Cette proportion est relativement élevée à Conakry (45 %) et à N'Zérékoré 34 %).

5.8 OPINIONS ET ATTITUDES DES COUPLES FACE À LA PLANIFICATION FAMILIALE

5.8.1 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

La discussion de la planification familiale avec le conjoint peut être un élément décisif pour la pratique de la contraception. L'enquête s'est intéressée à cette question car l'époux peut influencer grandement la décision de sa femme.

Il ressort des résultats présentés au tableau 5.14 qu'au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, 82 % des femmes en union et connaissant une méthode contraceptive n'avaient jamais discuté de planification familiale avec leur conjoint. Un peu moins d'une femme sur cinq (18 %) a déclaré avoir abordé le sujet avec son conjoint : 10 % en avaient discuté une ou deux fois seulement tandis que 8 % en avaient parlé souvent (au moins trois fois) au cours des douze derniers mois avant l'enquête.

Tableau 5.14 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Répartition (en %) des femmes actuellement en union et connaissant une méthode contraceptive, en fonction du nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale (PF) avec leur conjoint au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre de fois que la femme a discuté de la PF avec son mari : Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	Total[1]	Effectif
15-19	81,5	11,8	6,2	100,0	541
20-24	80,6	10,3	8,7	100,0	838
25-29	80,2	11,1	8,2	100,0	1 116
30-34	80,7	10,8	7,9	100,0	996
35-39	81,7	10,0	7,8	100,0	1 020
40-44	82,1	11,4	5,7	100,0	696
45-49	86,1	6,5	6,9	100,0	635
Ensemble	81,6	10,3	7,5	100,0	5 842

[1] Y compris les non déterminés

Selon l'âge, on constate que les proportions varient très peu. Cependant, globalement, il semble que les femmes les plus âgées ont moins fréquemment abordé ce sujet avec leur époux que les plus jeunes : à 40-44 ans, 6 % des femmes ont discuté au moins trois fois de ce sujet avec leur époux contre 9 % à 20-24 ans.

5.8.2 Opinion des couples face à la planification familiale

Lors de l'EDSG-III, on a demandé aux femmes actuellement en union qui connaissaient une méthode de planification familiale, selon qu'elles approuvaient ou non la planification familiale, leur perception de l'opinion de leur conjoint en matière de planification familiale. Le tableau 5.15 indique que 44 % des femmes actuellement en union estiment que leurs maris ont la même opinion qu'elles en ce qui concerne la planification familiale (17 % approuvent ensemble et 27 % désapprouvent ensemble). Dans 10 % des cas, les enquêtées sont indécises. La proportion de couples dans lesquels les deux conjoints approuvent la planification familiale varie selon l'âge de la femme. Elle est plus faible parmi les couples où la femme est âgée (14 % pour ceux dont l'âge de la femme est de 40-44 ans et 11 % pour ceux où elle a 45-49 ans contre 18 % à 25-29 ans). De même, cette proportion est plus faible en milieu rural (14 %) qu'en urbain (25 %) et parmi les couples sans niveau d'instruction (13 %) par rapport à ceux ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (48 %). Selon les régions de résidence, on peut noter que la proportion de couples qui approuvent la planification familiale est plus faible dans les régions de Labé (6 %) et Kindia (8 %) que dans les autres régions. Rappelons que ces deux régions sont également des régions de faible prévalence contraceptive. Hormis Conakry (27 %), c'est N'Zérékoré (25 %) et Kankan (22 %) qui comptent les proportions les plus élevées de couples qui approuvent l'utilisation de méthodes contraceptives.

Tableau 5.15 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale (PF), en fonction du fait qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et en fonction de leur perception de l'opinion de leur conjoint concernant la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Enquêtée approuve la planification familiale			Enquêtée désapprouve la planification familiale					
Caractéristique sociodémographique	Mari approuve	Mari dés-approuve	Opinion du mari non connue, ND	Mari approuve	Mari dés-approuve	Opinion du mari non connue, ND	Enquêtée pas sûre	Total[1]	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15-19	19,3	11,6	23,9	0,7	21,0	12,5	11,1	100,0	541
20-24	17,2	13,3	24,3	0,3	23,0	12,2	9,7	100,0	838
25-29	18,0	14,9	19,0	1,3	26,6	10,0	10,2	100,0	1 116
30-34	19,0	14,5	20,7	1,0	24,5	10,6	9,7	100,0	996
35-39	16,7	14,5	19,8	1,0	26,4	12,9	8,6	100,0	1 020
40-44	14,2	15,4	16,0	1,2	30,9	13,3	9,0	100,0	696
45-49	11,2	10,7	15,8	1,3	36,6	16,5	7,8	100,0	635
Milieu de résidence									
Urbain	24,9	13,1	19,7	1,5	20,4	9,4	10,9	100,0	1 594
Rural	13,7	14,1	20,0	0,8	29,2	13,3	8,9	100,0	4 248
Région administrative									
Boké	9,3	18,1	26,3	1,0	13,9	11,3	20,2	100,0	739
Conakry	26,7	10,3	16,9	2,6	21,1	7,9	14,3	100,0	792
Faranah	16,2	10,7	19,2	0,9	29,2	15,9	7,9	100,0	485
Kankan	21,8	17,7	17,9	0,3	30,5	8,8	3,1	100,0	815
Kindia	7,5	12,8	26,7	0,5	30,5	18,2	3,8	100,0	823
Labé	6,1	7,9	8,5	0,4	52,8	17,9	6,4	100,0	510
Mamou	8,0	5,8	23,5	0,8	28,3	19,6	14,0	100,0	415
N'Zérékoré	25,1	17,8	18,9	1,0	21,1	7,7	8,3	100,0	1 263
Région naturelle									
Basse Guinée	8,3	14,8	26,9	0,6	23,1	15,7	10,5	100,0	1 377
Moyenne Guinée	7,2	9,0	16,6	0,7	38,1	17,1	11,3	100,0	1 110
Haute Guinée	18,7	15,4	16,5	0,4	33,0	12,7	3,3	100,0	1 112
Guinée Forestière	25,2	17,3	20,2	1,1	20,0	7,3	9,0	100,0	1 451
Conakry	26,7	10,3	16,9	2,6	21,1	7,9	14,3	100,0	792
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	13,2	14,4	20,0	0,8	28,6	13,1	10,0	100,0	4 937
Primaire	26,7	12,0	21,8	1,4	21,2	10,0	6,8	100,0	491
Secondaire ou plus	47,5	9,0	17,6	2,6	11,9	5,1	6,4	100,0	415
Ensemble	16,8	13,8	19,9	1,0	26,8	12,2	9,5	100,0	5 842

[1] Y compris les informations manquantes

Les couples dont les avis sont divergents représentent 15 %. Dans 14 % des cas, les femmes approuvent la pratique contraceptive alors que leur conjoint la désapprouve et dans 1 %, c'est l'inverse. Ce résultat met en relief le rôle de l'homme dans la décision de pratiquer la contraception, car il montre que lorsque les hommes sont favorables à la pratique contraceptive, les femmes le sont aussi, alors que l'inverse n'est pas toujours vérifié. Selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme, les variations de la proportion des couples dont les avis diffèrent sur la pratique contraceptive sont très faibles. Enfin, dans près de 32 % des cas, la femme ignore l'opinion de son conjoint, ce qui témoigne de l'insuffisance de dialogue au sein du couple.

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE 6

Ibrahima DIALLO

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

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Le mariage ou plus généralement l'union constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation en Guinée. Chez les femmes, le caractère quasi universel de l'union fait du célibat définitif un phénomène marginal. L'union constitue ainsi un des événements les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse. Dans le cadre de l'EDSG-III, le terme union s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui vivent maritalement avec un/une partenaire, que l'union soit légale ou non, formelle ou non. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers, que les unions de fait. Les femmes qui n'ont jamais contracté de mariage, c'est-à-dire celles qui ne sont ni en union, ni veuves, ni séparées ou divorcées, constituent le groupe des célibataires.

Le tableau 6.1 présente la répartition des femmes et des hommes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. Près de quatre femmes sur cinq (79 %) étaient en union au moment de l'enquête : 75 % étaient mariées et 4 % vivaient en union consensuelle. Le célibat concernait 17 % des femmes, soit moins d'une femme sur cinq. De plus, la proportion de femmes en rupture d'union est négligeable (4 % dont 2 % de veuves).

On constate une stabilité de la structure de l'état matrimonial des femmes en Guinée entre l'EDS de 1999 et celle de 2005. La proportion de femmes célibataires a légèrement augmenté au détriment de celles qui ont déclaré être mariées. Ainsi, entre les deux périodes, la proportion de célibataires est passée de 14 % à près de 17 % et, inversement, celle des mariées ou en union est passée de 82 % à 79 %.

Les résultats présentés au tableau 6.1 montrent que les proportions de femmes célibataires diminuent considérablement avec l'âge, passant de 62 % à 15-19 ans à 3 % à 25-29 ans et à moins de 2 % à 30-34 ans. À 35-39 ans, la proportion de femmes encore célibataires est presque nulle. L'union est donc un phénomène quasi général chez les femmes en Guinée.

Cependant, les femmes semblent entrer en union de plus en plus tardivement. En effet, on constate qu'en 1992, parmi les femmes de 15-19 ans, 51 % étaient encore célibataires ; en 1999, cette proportion était de 54 % et en 2005, 62 %, des femmes sont toujours célibataires à 15-19 ans (graphique 6.1).

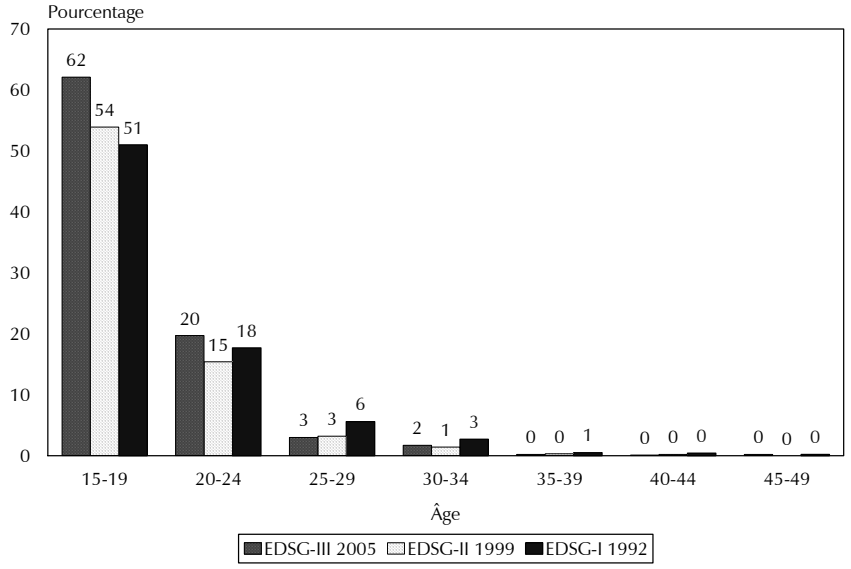
Chez les hommes, on constate que 59 % d'entre eux étaient mariés ou en union au moment de l'enquête. Les célibataires représentaient un peu plus du tiers (37 %) et 4 % étaient en rupture d'union. On compte plus de deux fois plus de célibataires chez les hommes que chez les femmes (respectivement 37 % et 17 %).

Tableau 6.1 État matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	État matrimonial						Total	Effectif
	Célibataire	Marié	Vivant ensemble	Divorcé	Séparé	Veuf		
				FEMMES				
15-19	62,1	29,5	6,1	0,6	1,5	0,2	100,0	1 648
20-24	19,7	70,8	6,2	0,5	2,7	0,0	100,0	1 152
25-29	3,0	88,6	4,7	0,8	1,9	1,0	100,0	1 259
30-34	1,7	92,8	2,1	1,2	0,5	1,8	100,0	1 119
35-39	0,2	93,3	1,8	0,8	2,0	2,0	100,0	1 170
40-44	0,1	89,6	2,0	1,2	1,9	5,3	100,0	821
45-49	0,2	89,5	1,8	1,1	0,5	6,9	100,0	785
Ensemble	16,5	75,3	3,8	0,8	1,6	2,0	100,0	7 954
				HOMMES				
15-19	95,1	0,4	2,3	0,0	2,2	0,0	100,0	664
20-24	72,3	9,7	9,6	0,0	8,4	0,0	100,0	482
25-29	43,8	45,5	5,2	0,7	4,9	0,0	100,0	311
30-34	9,3	77,4	6,0	2,2	4,8	0,2	100,0	307
35-39	3,3	87,4	4,6	1,0	3,3	0,5	100,0	362
40-44	1,3	93,5	2,0	1,6	0,8	0,8	100,0	301
45-49	0,0	96,7	0,7	1,1	0,8	0,7	100,0	281
50-54	0,0	98,0	0,9	0,9	0,0	0,3	100,0	272
55-59	0,0	98,3	0,5	1,2	0,0	0,0	100,0	194
Ensemble	36,6	55,3	3,9	0,8	3,2	0,2	100,0	3 174

Graphique 6.1 Proportion de femmes célibataires par âge selon différentes sources, 1992-2005



Tout comme chez les femmes, la proportion des hommes célibataires diminue avec l'âge mais de façon moins rapide. À 15-19 ans, plus de neuf hommes sur dix (95 %) sont célibataires et plus de quatre sur dix (44 %) le sont encore à 25-29 ans, alors que chez les femmes, la proportion correspondante était de 3 %. À partir de 30 ans, le célibat masculin devient beaucoup moins fréquent, la proportion passant de 9 % à 30-34 ans à 3 % à 35-39 ans et à partir de 45 ans, il n y a pratiquement plus de célibataires.

6.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivaient en union monogame de celles qui vivaient en union polygame, ces dernières étant celles dont le mari ou conjoint a plusieurs épouses. Le tableau 6.2 présente la répartition des femmes en union selon le nombre de co-épouses et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En Guinée, la polygamie est une pratique assez répandue puisqu'elle concerne plus de la moitié des femmes en union (53 %). On constate, en outre, que ce type de mariage est fréquent parmi les jeunes femmes. Ainsi, même à 15-19 ans, une femme sur trois (33 %) vit dans un ménage polygame et la proportion de femmes ayant, au moins, une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge, passant de 53 % à 30-34 ans à 64 % à 35-39 ans et atteignant 70 % à 45-49 ans.

La polygamie est plus fréquente en milieu rural que dans les centres urbains (respectivement, 56 % et 44 %). Du point de vue des régions, les résultats montrent que la polygamie est davantage pratiquée en Moyenne Guinée (61 %) et, dans une moindre mesure, en Basse Guinée (60 %). C'est dans celles de Guinée Forestière et de Conakry que ces proportions sont les plus faibles (respectivement, 45 % et 42 %). Les résultats selon les régions administratives montrent que ce sont dans celles de Labé (63 %) et de Mamou (61 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de femmes en union polygame. Par contre, à N'Zérékoré et à Conakry, ces proportions ne sont que de respectivement, 44 % et 42 %.

Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau d'instruction influence ce type d'union : les proportions de femmes en union polygame varient d'un maximum de 56 % chez celles qui n'ont pas de niveau d'instruction à 39 % chez celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à un minimum de 33 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Les résultats ne montrent pas de différences particulières selon l'indice de bien-être économique du ménage. Seuls les ménages les plus riches se différencient avec une proportion de femmes polygames nettement inférieure à celle des ménages des autres quintiles (41 % contre 56 % pour le plus pauvre et 57 % pour le quintile moyen).

Le tableau 6.2 présente également les résultats concernant les hommes. Le taux de polygamie qui est le rapport des hommes en union polygame à l'ensemble des hommes mariés, est de 37 %. Parmi les hommes en union, 30 % ont déclaré avoir deux épouses et 7 % au moins trois épouses. De façon générale, la proportion d'hommes polygames augmente avec l'âge, passant de 15 % à 15-19 ans à 17 % à 30-34 ans et à environ 50 % à partir de 45 ans. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des différences entre le milieu rural (40 %) et le milieu urbain (29 %). En ce qui concerne les régions, on constate que la proportion d'hommes vivant en union polygame est plus élevée à Boké (49 %) et à Mamou (49 %) qu'à N'Zérékoré (29 %) et qu'à Conakry (27 %).

Par ailleurs, du point de vue du niveau d'instruction, on constate chez les hommes, un écart entre les hommes sans instruction et ceux ayant acquis un certain niveau d'instruction, primaire ou au-delà (42 % contre 28 % pour le primaire et 27 % pour le secondaire ou plus).

Selon le niveau de vie du ménage, on constate que la proportion d'hommes vivant en union polygame diminue au fur et à mesure que l'indice de bien-être s'élève : d'un maximum de 43 % parmi les plus pauvres, la proportion passe à 27 % parmi les plus riches.

Tableau 6.2 Nombre de co-épouses et d'épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par nombre de co-épouses et répartition (en %) des hommes actuellement en union par nombre d'épouses, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	0	1	2+	Total	Effectif	1	2	3+	Total	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	67,2	0,6	32,2	100,0	587	*	*	*	*	18
20-24	61,7	1,2	36,8	100,0	888	84,7	10,1	5,2	100,0	93
25-29	54,3	1,3	44,4	100,0	1 175	88,0	12,0	0,0	100,0	157
30-34	46,6	1,2	52,1	100,0	1 062	82,6	16,2	1,1	100,0	256
35-39	36,1	0,7	63,1	100,0	1 113	68,2	30,0	1,8	100,0	333
40-44	35,0	0,9	63,8	100,0	752	59,3	35,7	5,1	100,0	287
45-49	29,6	1,4	69,0	100,0	717	50,6	38,6	10,8	100,0	274
50-54	na	na	na	na	na	49,4	36,7	13,9	100,0	268
55-59	na	na	na	na	na	40,9	38,3	20,7	100,0	191
Milieu de résidence										
Urbain	55,8	0,9	43,1	100,0	1 642	71,1	24,2	4,7	100,0	570
Rural	43,8	1,1	55,0	100,0	4 650	59,9	31,8	8,3	100,0	1 309
Région administrative										
Boké	41,5	1,3	56,9	100,0	771	51,3	38,3	10,4	100,0	219
Conakry	58,4	1,5	39,9	100,0	823	73,3	22,1	4,6	100,0	344
Faranah	50,1	0,5	49,2	100,0	512	64,4	29,3	6,3	100,0	141
Kankan	43,3	0,7	55,7	100,0	830	55,6	37,9	6,5	100,0	245
Kindia	40,8	0,5	58,7	100,0	948	62,1	29,0	8,9	100,0	249
Labé	36,4	3,1	60,3	100,0	638	58,8	29,0	12,3	100,0	133
Mamou	39,5	1,4	59,1	100,0	460	50,9	38,7	10,4	100,0	117
N'Zérékoré	56,2	0,3	43,6	100,0	1 309	70,9	24,1	5,0	100,0	431
Région naturelle										
Basse Guinée	40,0	0,7	59,2	100,0	1 506	57,8	32,4	9,8	100,0	406
Moyenne Guinée	39,5	2,3	58,0	100,0	1 311	54,5	34,7	10,7	100,0	312
Haute Guinée	45,4	0,5	53,9	100,0	1 135	58,6	35,1	6,2	100,0	332
Guinée Forestière	55,1	0,4	44,4	100,0	1 517	69,6	25,0	5,3	100,0	485
Conakry	58,4	1,5	39,9	100,0	823	73,3	22,1	4,6	100,0	344
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	44,1	1,0	54,8	100,0	5 369	58,0	34,0	8,0	100,0	1 203
Primaire	60,9	0,9	37,9	100,0	506	71,9	23,2	4,8	100,0	262
Secondaire ou plus	66,7	1,6	31,7	100,0	417	73,3	20,2	6,5	100,0	415
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	43,8	1,1	55,0	100,0	1 423	57,1	35,0	7,9	100,0	394
Second	47,5	0,6	51,8	100,0	1 304	63,5	29,7	6,8	100,0	365
Moyen	42,8	1,6	55,6	100,0	1 284	60,2	30,6	9,2	100,0	383
Quatrième	43,3	0,8	55,7	100,0	1 146	60,8	31,8	7,4	100,0	294
Le plus riche	58,4	1,2	40,1	100,0	1 134	73,0	21,7	5,3	100,0	442
Ensemble	46,9	1,1	51,9	100,0	6 292	63,3	29,5	7,2	100,0	1 879

na = Non applicable
* Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

Compte tenu de la relation étroite existant entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Le tableau 6.3 présente les proportions de femmes et d'hommes déjà en union à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel.

L'âge d'entrée en union des femmes en Guinée est assez précoce : environ une femme de 25-49 ans sur quatre, au moment de l'enquête, était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans, alors que la loi AN 54 du 14 avril 1962 fixe l'âge au mariage à 17 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons.

Parmi les femmes de 25-49 ans, la proportion de celles déjà en union avant 18 ans atteint 73 % et plus de neuf femmes sur dix (95 %) l'étaient avant 25 ans. L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 16,2 ans. On relève un léger recul de l'âge d'entrée en union des générations les plus anciennes aux plus récentes. En effet, l'âge médian à la première union chez les femmes les plus âgées (45-49 ans) est de 16,1 ans, alors qu'il est de 16,9 ans pour celles des générations les plus récentes (âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête). De plus, la proportion des femmes qui entrent en union avant l'âge de 18 ans diminue des générations les plus anciennes à celles plus récentes : elle est de 73 % pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans et de 63 % pour celles de 20-24 ans. Entre 1999 et 2005, l'âge médian à la première union n'a pratiquement pas changé (16,4 ans à l'EDSG-II et 16,1 ans à l'EDSG-III).

Par contre, on note une diminution sensible des mariages très précoces puisque 27 % des femmes de 45-49 ans étaient déjà mariées à 15 ans exacts, contre 20 % des femmes de 20-24 ans et seulement 12 % des femmes de 15-19 ans à l'enquête.

Tableau 6.3 Âge à la première union

Pourcentage de femmes qui étaient déjà en union avant d'atteindre les âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage d'hommes qui étaient déjà en union avant d'atteindre les âges exacts 20, 22, 25, 28 et 30 ans et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, EDSG-III Guinée 2005

FEMMES

Groupe d'âges	Pourcentage en première union avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage jamais en union	Effectif de femmes	Âge médian à la 1ère union
	15	18	20	22	25			
15-19	12,2	na	na	na	na	62,1	1 648	a
20-24	19,8	63,1	74,8	na	na	19,7	1 152	16,9
25-29	23,3	65,5	82,3	88,8	95,0	3,0	1 259	16,5
30-34	24,3	74,8	86,4	91,1	94,4	1,7	1 119	16,1
35-39	25,8	77,4	88,8	94,2	96,2	0,2	1 170	15,9
40-44	21,3	72,9	86,1	91,9	95,2	0,1	821	16,3
45-49	27,3	72,7	84,1	89,4	93,0	0,2	785	16,1
20-49	23,5	70,8	83,6	na	na	4,6	6 306	16,3
25-49	24,4	72,5	85,6	91,1	94,9	1,2	5 154	16,2

HOMMES

Groupe d'âges	Pourcentage en première union avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage jamais en union	Effectif d'hommes	Âge médian à la 1ère union
	20	22	25	28	30			
15-19	na	na	na	na	na	95,1	664	a
20-24	18,3	na	na	na	na	72,3	482	a
25-29	10,5	22,3	42,7	na	na	43,8	311	a
30-34	17,9	27,5	54,6	73,7	84,5	9,3	307	24,6
35-39	15,4	21,9	41,0	65,1	75,4	3,3	362	26,1
40-44	14,7	24,9	41,3	64,0	71,8	1,3	301	25,9
45-49	7,2	15,0	35,3	55,6	71,5	0,0	281	27,1
50-54	7,0	18,1	34,6	55,6	68,1	0,0	272	27,2
55-59	9,1	15,5	34,1	49,4	61,3	0,0	194	28,1
30-59	12,3	21,0	40,8	61,6	73,0	2,6	1 717	26,2

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

En ce qui concerne les hommes, on constate qu'ils entrent en première union à un âge beaucoup plus tardif que les femmes : leur âge médian est de 26,2 ans, soit 10 ans plus tard que les femmes. Parmi les hommes de 30-59 ans, seulement 12 % étaient déjà en union à 20 ans. On ne constate pas de modification importante de cet âge d'entrée en union selon les groupes d'âges, l'âge médian se situant autour de 27 ans quelle que soit la génération.

Le milieu de résidence influence nettement le calendrier de la primo-nuptialité des femmes en Guinée (tableau 6.4 et graphique 6.2) ; les femmes du milieu rural entrant relativement plus tôt en union que celles du milieu urbain (15,9 ans contre 17,1 ans). Selon les régions, on note que l'âge médian d'entrée en première union varie de 15,3 ans chez les femmes de Mamou à 16,5 ans chez celles de N'Zérékoré et le maximum est enregistré à Conakry avec 17,9 ans. En ce qui concerne les régions naturelles, on constate que les femmes de la Moyenne Guinée (15,5 ans) entrent plus précocement en union que celles des autres régions. Par ailleurs, le niveau d'instruction influence l'âge d'entrée en première union des femmes : plus elles sont instruites, plus elles entrent en union à un âge tardif (16,0 ans chez les femmes sans niveau instruction, 17,0 ans chez celles de niveau primaire et 19,1 ans chez celles ayant un niveau instruction secondaire ou plus).

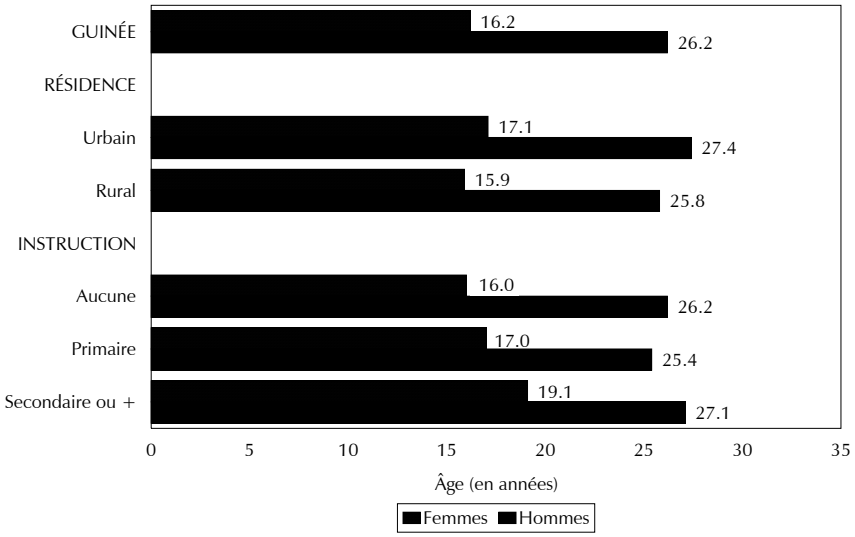
Tableau 6.4 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, et âge médian à la première union des hommes de 30-59 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel des femmes						Femmes de 25-49 ans	Hommes de 30-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Urbain	18,7	18,1	16,9	16,7	17,5	16,7	17,1	27,4
Rural	16,1	16,1	15,9	15,8	16,0	16,0	15,9	25,8
Région administrative								
Boké	16,4	15,8	15,7	15,8	16,2	16,0	15,8	26,1
Conakry	18,3	18,6	17,4	17,4	18,2	17,2	17,9	26,7
Faranah	16,4	15,9	15,6	15,8	15,7	15,7	15,7	25,5
Kankan	16,4	16,0	16,4	16,2	16,1	16,1	16,2	27,0
Kindia	16,7	16,3	16,3	16,4	16,8	16,3	16,4	26,8
Labé	16,6	15,8	15,7	15,4	15,7	15,6	15,6	25,7
Mamou	16,5	15,9	15,3	15,0	15,4	15,0	15,3	25,8
N'Zérékoré	16,7	17,2	16,3	16,1	16,6	16,7	16,5	25,8
Région naturelle								
Basse Guinée	16,7	16,3	16,2	16,1	16,6	16,2	16,3	26,6
Moyenne Guinée	16,3	15,7	15,5	15,3	15,6	15,5	15,5	25,7
Haute Guinée	16,3	15,9	15,9	16,0	16,0	15,9	16,0	26,8
Guinée Forestière	16,7	16,9	16,2	16,1	16,3	16,5	16,4	25,6
Conakry	18,3	18,6	17,4	17,4	18,2	17,2	17,9	26,7
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	16,3	16,2	15,9	15,8	16,1	16,0	16,0	26,2
Primaire	18,1	18,3	16,3	16,8	16,7	16,7	17,0	25,4
Secondaire ou plus	a	20,4	19,1	18,9	18,3	19,8	19,1	27,1
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	16,0	15,9	15,6	15,6	15,6	15,5	15,6	25,8
Second	15,9	16,0	15,9	15,5	16,0	15,7	15,8	25,4
Moyen	16,2	16,0	16,2	16,0	16,4	16,5	16,2	25,7
Quatrième	17,5	16,8	16,3	16,5	16,6	16,7	16,6	26,9
Le plus riche	18,5	18,4	17,1	17,3	17,8	16,9	17,6	27,4
Ensemble	16,9	16,5	16,1	15,9	16,3	16,1	16,2	26,2

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

Graphique 6.2 **Âge médian à la première union des femmes et des hommes**



Note : Femmes de 25-49 ans ; hommes de 30-59 ans

EDSG-III 2005

En outre, les femmes des ménages les plus riches entrent en union plus tard que les autres (17,6 ans contre 15,6 ans pour les plus pauvres).

En ce qui concerne l'âge médian des hommes de 30-59 ans à la première union, les résultats montrent, comme pour les femmes, un léger écart selon le milieu de résidence. En effet, les hommes du milieu rural entrent en union 1,6 an plus tôt que ceux des centres urbains. Selon les régions, l'âge médian passe d'un minimum de 25,5 ans à Faranah à 26,8 ans à Kindia et 27,0 ans à Kankan. Concernant le niveau d'instruction, on constate que, comme chez les femmes, plus il est élevé, plus l'âge médian à la première union est élevé. Les hommes sans niveau d'instruction entrent en union à 26,2 ans contre 25,4 ans pour ceux de niveau primaire et 27,1 ans pour ceux ayant un niveau d'instruction équivalent ou supérieur au secondaire.

Pour ce qui est du niveau de bien-être économique du ménage, on constate que chez les hommes aussi, ceux vivant dans les ménages les plus riches entrent plus tardivement en union (âge médian 27,4 ans) que ceux des ménages les plus pauvres (âge médian 25,8 ans).

6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, les rapports sexuels n'ayant pas forcément lieu dans le cadre exclusif de l'union. Pour cette raison, on a demandé aux personnes enquêtées, l'âge auquel elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au tableau 6.5 figurent les proportions des femmes et des hommes ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'âge actuel.

Tableau 6.5 Âge aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Pourcentage ayant eu les premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1ers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
FEMMES								
15-19	19,7	na	na	na	na	40,1	1 648	a
20-24	25,2	69,7	82,8	na	na	6,4	1 152	16,4
25-29	26,9	71,5	85,9	89,9	92,2	0,4	1 259	16,0
30-34	25,5	75,1	85,6	89,0	90,0	0,1	1 119	15,9
35-39	28,3	77,0	86,5	89,9	91,7	0,0	1 170	15,8
40-44	23,5	75,8	85,9	89,6	90,9	0,0	821	16,1
45-49	27,7	73,6	84,1	87,7	88,9	0,0	785	16,0
20-49	26,2	73,7	85,2	88,8	90,1	1,3	6 306	16,0
25-49	26,5	74,6	85,7	89,3	90,9	0,1	5 154	16,0
HOMMES								
15-19	17,9	na	na	na	na	48,6	664	a
20-24	16,0	54,4	79,8	na	na	11,7	482	17,7
25-29	10,0	38,7	65,7	84,0	92,6	2,9	311	18,6
30-34	10,5	38,1	59,7	76,5	87,9	1,3	307	18,9
35-39	6,4	32,3	53,5	72,6	85,8	0,5	362	19,6
40-44	5,2	24,4	52,4	72,8	85,3	0,0	301	19,9
45-49	3,6	19,9	39,7	62,7	77,5	0,0	281	20,6
50-54	1,8	14,6	32,1	56,3	69,3	0,0	272	21,2
55-59	4,0	16,3	31,7	47,5	68,2	0,0	194	22,3
20-49	8,0	32,6	55,1	na	na	2,8	2 510	19,5
25-59	6,1	27,4	49,3	69,0	82,0	0,7	228	20,0

na = Non applicable
a = Non calculé parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre le début du groupe d'âges.

Avant d'atteindre 15 ans, 26 % des femmes de 20-49 ans avaient déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion est de 85 % avant d'atteindre 20 ans et de 90 % avant d'atteindre 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes âgées de 20-49 ans est estimé à 16,0 ans. Cet âge ne diffère pas beaucoup de l'âge d'entrée en première union (16,3 ans) ; ce qui semble indiquer que les premiers rapports sexuels ont lieu le plus souvent au moment de l'entrée en première union. Par ailleurs, des générations les plus anciennes aux plus récentes, on ne dénote pas de modification significative de l'âge aux premiers rapports sexuels : l'âge médian étant de 16,0 ans pour les femmes des générations les plus anciennes (45-49 ans) et de 16,4 ans pour celles des générations les plus récentes (20-24 ans).

Entre l'EDSG-II de 1999 et l'EDSG-III de 2005, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans n'a pas varié puisqu'il s'établit à 16,0 ans aux deux dates. Il faut remarquer également qu'à tous les groupes d'âges actuels, les proportions des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels (tableau 6.5) sont légèrement plus élevées que celles des femmes déjà en union au même âge (tableau 6.3).

Chez les hommes âgés de 25-49 ans, on constate qu'en atteignant 18 ans, 27 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels ; à l'âge de 22 ans, cette proportion est de 69 % et à 25 ans, plus de huit hommes sur dix (82 %) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels. L'âge médian des hommes de 25-59 ans aux premiers rapports sexuels est estimé à 20,0 ans. Alors que les résultats concernant les femmes ne mettent en évidence aucune modification de cet âge aux premiers rapports sexuels, il semble que chez les hommes, cet âge se soit très légèrement modifié dans le sens d'un rajeunissement ; de 22,3 ans dans les générations les plus anciennes à 17,7 ans dans les plus récentes. Les hommes ont leurs premiers rapports sexuels bien avant leur entrée en première union : en moyenne 6,2 ans, alors que chez les femmes, il n'y a pratiquement pas d'écart.

Le tableau 6.6 présente l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques pour les femmes et pour les hommes. Selon le milieu de résidence, on constate que, chez les femmes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels varie de 15,8 ans en milieu rural à 16,7 ans dans les centres urbains (graphique 6.3). Dans les régions administratives, il varie d'un minimum de 15,4 ans dans celle de Mamou et de 15,5 ans dans celle de Kankan à un maximum de 16,3 ans dans celle de Kindia et de 16,4 ans dans celle de N'Zérékoré.

Tableau 6.6 Âge médian aux premiers rapports sexuels

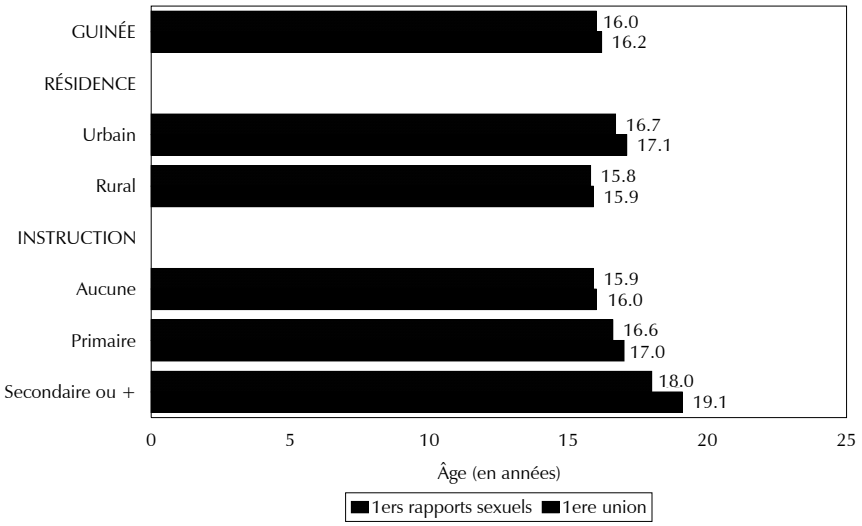
Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, et âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes de 25-59 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel des femmes						Femmes de 25-49 ans	Hommes de 25-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Urbain	17,3	16,7	16,8	16,5	16,9	16,7	16,7	20,1
Rural	15,9	15,9	15,7	15,7	16,0	15,9	15,8	20,0
Région administrative								
Boké	16,0	15,6	15,7	15,6	15,9	15,6	15,7	19,1
Conakry	17,7	16,9	17,3	17,2	17,8	17,6	17,3	20,2
Faranah	16,1	15,8	15,6	15,8	15,6	15,7	15,7	20,0
Kankan	15,2	15,4	15,5	15,4	15,8	15,8	15,5	20,2
Kindia	16,5	16,3	16,3	16,1	16,4	16,5	16,3	19,8
Labé	16,9	15,8	15,6	15,5	15,8	15,6	15,6	21,6
Mamou	16,4	16,0	15,4	15,1	15,5	15,2	15,4	22,5
N'Zérékoré	16,1	16,6	16,1	16,2	16,6	16,5	16,4	19,2
Région naturelle								
Basse Guinée	16,5	16,1	16,2	15,9	16,3	16,1	16,1	19,6
Moyenne Guinée	16,2	15,7	15,4	15,3	15,7	15,5	15,5	21,0
Haute Guinée	15,4	15,5	15,5	15,5	15,8	15,8	15,6	20,2
Guinée Forestière	16,1	16,5	16,0	16,2	16,3	16,3	16,3	19,2
Conakry	17,7	16,9	17,3	17,2	17,8	17,6	17,3	20,2
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	16,0	15,9	15,8	15,7	16,0	15,9	15,9	20,2
Primaire	16,7	17,2	16,0	16,9	16,2	16,6	16,6	19,4
Secondaire ou plus	18,4	18,1	18,4	17,5	17,8	18,1	18,0	19,7
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	15,7	15,7	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	19,9
Second	15,7	15,8	15,7	15,4	15,8	15,6	15,6	20,2
Moyen	15,9	15,7	16,0	15,8	16,3	16,3	15,9	19,9
Quatrième	16,5	16,5	16,3	16,3	16,3	16,7	16,4	20,1
Le plus riche	17,6	16,8	17,0	17,0	17,4	17,0	17,0	20,1
Ensemble	16,4	16,0	15,9	15,8	16,1	16,0	16,0	20,0

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que, comme pour l'entrée en première union, plus les femmes ont un niveau d'instruction élevé, plus l'âge aux premiers rapports sexuels est tardif : de 15,9 ans pour les femmes sans niveau instruction, cet âge médian passe à 16,6 ans pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et à 18,0 ans pour celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Par ailleurs, le niveau de bien-être économique du ménage influence l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge médian augmentant du quintile le plus pauvre (15,6 ans) au plus riche (17,0 ans). En d'autres termes, les femmes des ménages les plus riches ont leurs premiers rapports sexuels 1,4 ans plus tard que celles des ménages les plus pauvres.

Graphique 6.3 **Âge médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels**



Note : Femmes de 25-49 ans

EDSG-III 2005

Il faut noter que l'écart entre l'âge médian d'entrée en première union et l'âge médian aux premiers rapports sexuels est négligeable quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée. C'est parmi les femmes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus que l'on constate l'écart le plus important (environ 1 an).

Chez les hommes, les résultats ne font également pas apparaître de différences importantes au niveau de l'âge médian aux premiers rapports sexuels du point de vue du milieu de résidence et du niveau d'instruction. Il convient seulement de noter que selon la région administrative, Mamou (22,5 ans) et Labé (21,6 ans) enregistrent les âges médians les plus élevés alors qu'à l'opposé, les régions de Boké (19,1 ans) et N'Zérékoré (19,2 ans) se caractérisent par les âges médians les plus précoces. Du point de vue du niveau d'instruction, on ne constate pas, chez les hommes de façon aussi nette que chez les femmes, une tendance au vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève. Les hommes sans niveau instruction ont leurs premiers rapports sexuels à 20,2 ans contre 19,4 ans pour ceux ayant un niveau d'instruction primaire et 19,7 ans pour ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. Quel que soit le quintile de bien être économique, les hommes ont à peu près leurs premiers rapports sexuels au même âge (autour de 20 ans).

6.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels est un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse, en particulier dans les sociétés où la prévalence de la contraception moderne reste faible, comme c'est le cas en Guinée. Le tableau 6.7.1 présente les résultats sur l'activité sexuelle des femmes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête. Deux femmes sur cinq (40 %) étaient considérées comme étant sexuellement actives au moment de l'enquête, car elles ont déclaré avoir eu, au moins une fois, des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête. Dans 28 % des cas, les femmes avaient eu leurs derniers rapports sexuels au cours de la dernière année et pour 17 % d'entre elles, les rapports sexuels avaient eu lieu il y a une année ou plus. À l'opposé, près d'une femme sur dix (9 %) n'avait jamais eu de rapports sexuels.

Tableau 6.7.1 Activité sexuelle récente - femmes

Répartition (en %) des femmes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Temps écoulé depuis les derniers rapports sexuels: Durant les quatre dernières semaines	Durant la dernière année[1]	Une ou plusieurs années	ND	N'a jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-19	26,9	22,6	7,3	3,1	40,1	100,0	1 648
20-24	35,5	32,9	19,4	5,8	6,4	100,0	1 152
25-29	39,9	33,0	19,4	7,4	0,4	100,0	1 259
30-34	44,2	28,9	19,7	7,0	0,1	100,0	1 119
35-39	45,1	27,2	20,2	7,5	0,0	100,0	1 170
40-44	51,6	24,8	19,8	3,8	0,0	100,0	821
45-49	51,2	25,2	21,7	2,0	0,0	100,0	785
État matrimonial							
Célibataire	17,6	19,3	4,8	1,8	56,4	100,0	1 311
En union	46,4	29,3	18,2	6,1	0,0	100,0	6 292
Divorcée, séparée, veuve	14,2	32,5	48,1	4,9	0,3	100,0	351
Durée du mariage des femmes mariées une seule fois[2]							
0-4 ans	47,9	30,8	15,5	5,7	0,0	100,0	956
5-9 ans	35,5	35,1	21,1	8,3	0,0	100,0	914
10-14 ans	43,7	29,1	20,3	6,9	0,0	100,0	944
15-19 ans	45,4	28,3	18,4	7,9	0,0	100,0	786
20-24 ans	45,0	29,6	18,4	7,0	0,0	100,0	794
25 ans et +	54,2	24,9	18,4	2,5	0,0	100,0	775
Mariée plus d'une fois	52,7	26,8	15,9	4,6	0,0	100,0	1 124
Milieu de résidence							
Urbain	39,9	26,5	14,3	4,0	15,2	100,0	2 472
Rural	40,4	28,3	18,7	5,9	6,7	100,0	5 482
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	41,6	28,4	19,3	5,8	5,0	100,0	6 162
Primaire	35,3	24,5	12,5	4,4	23,2	100,0	909
Secondaire ou plus	36,2	27,0	8,6	2,9	25,3	100,0	883
Méthode contraceptive actuelle							
Pilule	69,5	23,3	5,0	2,2	0,0	100,0	129
Condom	58,6	37,9	2,5	1,0	0,0	100,0	199
Continence périodique	56,9	32,2	8,8	2,0	0,0	100,0	88
Autre méthode	30,3	32,9	27,1	6,5	3,2	100,0	416
Aucune méthode	39,6	27,2	17,5	5,5	10,2	100,0	7 122
Ensemble	40,2	27,8	17,3	5,3	9,3	100,0	7 954

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

L'activité sexuelle des femmes au moment de l'enquête augmente avec l'âge. Les proportions passent d'un minimum de 27 % à 15-19 ans à un maximum de 52 % à 40-44 ans. En ce qui concerne l'état matrimonial, il semble que l'activité sexuelle soit relativement moins fréquente chez les femmes célibataires (18 %) que chez les autres femmes. C'est chez les femmes en union que l'activité sexuelle récente est la plus fréquente (46 % contre 14 % pour les femmes en rupture d'union). La durée de l'union semble influencer légèrement l'activité sexuelle. Ainsi, parmi les femmes n'ayant été en union qu'une seule fois, la proportion de celles sexuellement actives varie de 36 % chez celles dont la durée de l'union se situe entre 5 et 9 ans à 45 % chez celles en union depuis 15-20 ans et à 54 % chez celles en union depuis 25 ans ou plus.

Les proportions de femmes qui sont considérées sexuellement actives ne varient pas en fonction du milieu de résidence. Selon le niveau d'instruction, on constate que 42 % des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction se sont déclarées sexuellement actives contre 35 % de celles qui ont un niveau primaire et 36 % de celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. En outre, il semble que l'activité sexuelle soit influencée par la pratique contraceptive puisque 70 % des femmes utilisant la pilule, 59 % de celles qui ont recours au condom se sont déclarées sexuellement actives contre 40 % de celles qui n'utilisent aucune méthode.

Le tableau 6.7.2 présente la répartition des hommes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate tout d'abord qu'un homme sur deux (51 %) s'est déclaré sexuellement actif au moment de l'enquête ; dans 26 % des cas, les hommes avaient eu leurs derniers rapports sexuels durant la dernière année et pour 11 % d'entre eux, les derniers rapports sexuels avaient eu lieu il y une ou plusieurs années. À l'opposé, un peu plus d'un homme sur dix (12 %) n'avait pas encore eu de rapports sexuels au moment de l'enquête. Du point de vue de l'âge, les résultats montrent que la proportion d'hommes sexuellement actifs au moment de l'enquête augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 19 % parmi les 15-19 ans à 54 % pour les 25-29 ans et à plus de 70 % à partir de 50 ans.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on constate que l'activité sexuelle des hommes célibataires au cours du mois précédant l'enquête est plus élevée que celle des femmes (29 % contre 18 %). Comme chez les femmes, c'est chez les hommes mariés (66 %) que l'activité sexuelle récente est la plus fréquente. Le milieu de résidence a une certaine influence sur l'activité sexuelle récente des hommes : 54 % en milieu rural et 46 % dans les villes. Le niveau d'instruction influence également l'activité sexuelle des hommes : 57 % chez les hommes sans aucune instruction contre 43 % pour ceux de niveau primaire et 46 % pour ceux du niveau secondaire ou plus.

Tableau 6.7.2 Activité sexuelle récente - hommes

Répartition (en %) des hommes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Temps écoulé depuis les derniers rapports sexuels: Durant les quatre dernières semaines	Durant la dernière année[1]	Une ou plusieurs années	N'a jamais eu de rapports sexuels	Total[2]	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	19,1	23,0	8,8	48,6	100,0	664
20-24	40,3	38,3	9,7	11,7	100,0	482
25-29	54,2	30,3	12,6	2,9	100,0	311
30-34	51,2	35,0	12,6	1,3	100,0	307
35-39	66,9	20,7	11,9	0,5	100,0	362
40-44	66,1	21,7	12,2	0,0	100,0	301
45-49	67,7	19,7	12,3	0,0	100,0	281
50-54	71,9	17,8	10,3	0,0	100,0	272
55-59	72,4	18,9	8,7	0,0	100,0	194
État matrimonial						
Célibataire	28,5	28,0	9,8	33,6	100,0	1 161
En union	66,3	23,5	10,1	0,1	100,0	1 879
Divorcé, séparé, veuf	28,1	40,6	28,8	1,3	100,0	134
Milieu de résidence						
Urbain	45,5	29,6	11,0	13,5	100,0	1 226
Rural	54,2	23,4	10,6	11,7	100,0	1 948
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	56,6	23,5	10,9	8,9	100,0	1 625
Primaire	43,2	25,9	10,7	20,2	100,0	529
Secondaire ou plus	45,6	29,4	10,6	14,1	100,0	1 020
Ensemble	50,9	25,8	10,8	12,4	100,0	3 174

[1] Non compris les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.
[2] Y compris les non déterminés

6.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

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

Les données du tableau 6.8 se rapportent aux naissances des 3 dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée ou en abstinence post-partum et donc non susceptibles d'être exposées au risque de grossesse. La distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants d'une table de mortalité. Le tableau comporte également les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non susceptibilité.

En Guinée, 42 % de femmes ayant accouché au cours des trois années précédant l'enquête sont en aménorrhée post-partum. Un peu plus de sept femmes sur dix (84 %) restent en aménorrhée jusqu'à 5 mois, sept femmes sur dix (70 %) le sont encore à 9 mois et 13 % à 23 mois. Au-delà de 24 mois, la proportion de femmes dont le retour de l'ovulation ne s'est pas encore produit, varie entre 1 % et 9 %. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est estimée à 13,0 mois et sa valeur moyenne se situe à 14,0 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement exclusif qui agissent sur le retour de l'ovulation (Voir Chapitre 10, Nutrition), expliqueraient, en partie, ces durées relativement longues, et qui n'ont presque pas varié depuis 1999.

Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance et durée médiane et moyenne, EDSG-III Guinée 2005

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances pour lesquelles la mère est : En aménorrhée	En abstinence	En insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	94,7	96,5	98,5	268
2-3	90,0	95,0	97,8	259
4-5	84,1	90,2	95,3	265
6-7	75,7	83,8	93,3	250
8-9	70,3	83,5	90,3	192
10-11	55,1	83,3	88,3	201
12-13	52,0	84,4	87,9	302
14-15	47,9	82,1	85,5	227
16-17	32,0	72,6	76,8	171
18-19	28,6	69,3	71,9	159
20-21	15,7	55,2	57,0	151
22-23	12,5	41,9	44,3	210
24-25	9,3	38,0	39,8	267
26-27	6,8	30,4	32,0	201
28-29	3,4	17,7	17,9	165
30-31	2,1	20,6	20,6	137
32-33	3,2	10,9	13,2	174
34-35	1,3	8,1	8,5	258
Ensemble	41,9	61,9	65,1	3 857
Médiane	13,0	21,3	21,7	na
Moyenne	14,0	21,5	22,6	na

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

L'abstinence post-partum sur une longue période est une pratique ancienne et courante en Guinée. Plus de huit femmes sur dix (82 %) n'avaient pas encore repris leurs rapports sexuels 15 mois après la naissance de leur dernier enfant. La durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 21,3 mois et sa valeur moyenne à 21,5 mois. Par rapport à la dernière enquête, on note un léger raccourcissement des durées moyenne et médiane de l'abstinence post-partum (respectivement, 21,8 mois et 22,5 mois en 1999). L'augmentation de la prévalence contraceptive pourrait expliquer cette légère diminution de la durée médiane d'abstinence. Toutefois, ceci mériterait d'être exploré en profondeur lors d'analyses ultérieures.

Pour 65 % des naissances survenues au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, les mères sont en insusceptibilité post-partum. Cette période d'insusceptibilité dure en moyenne 22,6 mois. Pour la moitié des naissances (50 %), les mères ne sont pas susceptibles de tomber enceinte pendant 21,7 mois.

Le tableau 6.9 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non susceptibilité selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes. On constate que ces durées varient avec l'âge de la femme. Bien entendu, la durée de non susceptibilité est totalement dépendante de la durée de l'aménorrhée et de l'abstinence. Les durées sont plus longues pour les femmes de 30 ans ou plus (14,9 mois pour l'aménorrhée, 22,0 mois pour l'abstinence et 22,4 mois pour la non susceptibilité) que pour celles de moins de 30 ans (respectivement 11,9 mois, 20,5 mois et 20,8 mois). Selon le milieu de résidence, on constate que la durée de l'aménorrhée est plus longue dans les zones rurales (14,8 mois) que dans les centres urbains (9,2 mois). Par contre, il n y a pas de différence entre les deux milieux en ce qui concerne les durée médiane d'abstinence post-partum et d'insusceptibilité.

Tableau 6.9 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
15-29	11,9	20,5	20,8	2 080
30-49	14,9	22,0	22,4	1 777
Milieu de résidence				
Urbain	9,2	21,4	21,6	888
Rural	14,8	21,2	21,7	2 969
Région administrative				
Boké	13,0	21,7	21,7	438
Conakry	8,0	21,4	21,6	414
Faranah	12,1	24,6	24,8	329
Kankan	13,6	13,7	18,2	608
Kindia	13,9	21,9	22,3	544
Labé	13,4	23,4	23,4	381
Mamou	11,7	26,9	26,9	258
N'Zérékoré	15,0	20,8	21,4	886
Région naturelle				
Basse Guinée	14,1	21,8	22,1	862
Moyenne Guinée	12,3	23,8	23,8	759
Haute Guinée	13,8	17,2	18,9	792
Guinée Forestière	14,8	21,4	21,8	1 030
Conakry	8,0	21,4	21,6	414
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	14,3	21,2	21,6	3 325
Primaire	11,4	20,9	21,3	334
Secondaire ou plus	9,0	22,0	22,0	199
Ensemble	13,0	21,3	21,7	3 857

Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel.

Par rapport aux régions, on constate que la durée médiane de l'aménorrhée post-partum varie d'un minimum de 8,0 mois à Conakry, et 11,7 mois à Mamou à un maximum de 15,0 mois à N'Zérékoré. Le niveau d'instruction influence également la longueur de l'aménorrhée : de 14,3 mois chez les femmes sans niveau instruction, cette durée s'établit à 11,4 mois chez celles de niveau primaire et à seulement 9,0 mois pour celles ayant un niveau secondaire ou plus.

La durée médiane de l'abstinence, quant à elle, varie d'un minimum de 13,7 mois dans la région administrative de Kankan à un maximum de 26,9 mois à Mamou. En outre, l'abstinence post-partum ne varie presque pas en fonction du niveau d'instruction : de 21,2 mois pour les femmes sans niveau d'instruction à 22,0 mois pour celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus.

Comme pour l'abstinence, la durée médiane de non susceptibilité post-partum est plus courte dans la région de Kankan (18,2 mois) que dans les autres régions, notamment celles de Labé (23,4 mois), Faranah (24,8 mois) et surtout Mamou (26,9 mois).

6.7 MÉNOPAUSE

Le tableau 6.10 présente la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30-49 ans. Il indique la proportion de femmes en ménopause, c'est-à-dire la proportion des femmes actuellement en union qui ne sont ni, enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

On constate que 10 % des femmes de 30-49 ans étaient en ménopause au moment de l'enquête. Cette proportion augmente légèrement avec l'âge jusqu'à 42-43 ans et plus rapidement par la suite. De moins de 1 % à 30-34 ans, la proportion passe à 7 % à 42-43 ans pour atteindre 32 % à 46-47 ans et plus de la moitié (57 %) à 48-49 ans. On peut constater qu'aux âges où généralement les femmes sont encore fécondes, une proportion non négligeable s'est néanmoins déclarée en ménopause : 6 % à 40-41 ans, 7 % à 42-43 ans et 24 % à 44-45 ans.

Tableau 6.10 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 ans en ménopause selon l'âge, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes en ménopause[1]	Effectif de femmes
30-34	0,9	1 119
35-39	2,0	1 170
40-41	5,7	444
42-43	7,4	309
44-45	23,8	325
46-47	31,9	227
48-49	57,2	301
Ensemble	10,4	3 895

[1] Pourcentage de femmes qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête.

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 7

Noah BARTLETT

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

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

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

7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

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

Au cours de l'EDSG-III, une série de questions a été posée aux femmes et aux hommes pour obtenir des informations sur les attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants. Les résultats sont présentés au tableau 7.1 et au graphique 7.1 selon le nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle) au moment de l'enquête. Plus d'une femme sur cinq (22 %) a répondu qu'elle ne désirait plus d'enfants alors qu'à l'opposé, plus de sept femmes sur dix (71 %) ont déclaré en vouloir davantage. On peut noter que, parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles désiraient avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, une proportion importante (32 %) souhaite espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Au total donc, 54 % des femmes – celles ne voulant plus d'enfants (22 %) plus celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans (32 %) – peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale. En ce qui concerne le désir d'espacer pour une période d'au moins deux ans, on constate que les niveaux sont très proches de ceux enregistrés lors de l'EDSG-I de 1992 (33 %) et de l'EDSG-II de 1999 (31 %). Par contre, la proportion de femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants a notablement augmenté, passant de 14 % en 1992, à 21 % en 1999 et à 22 % en 2005.

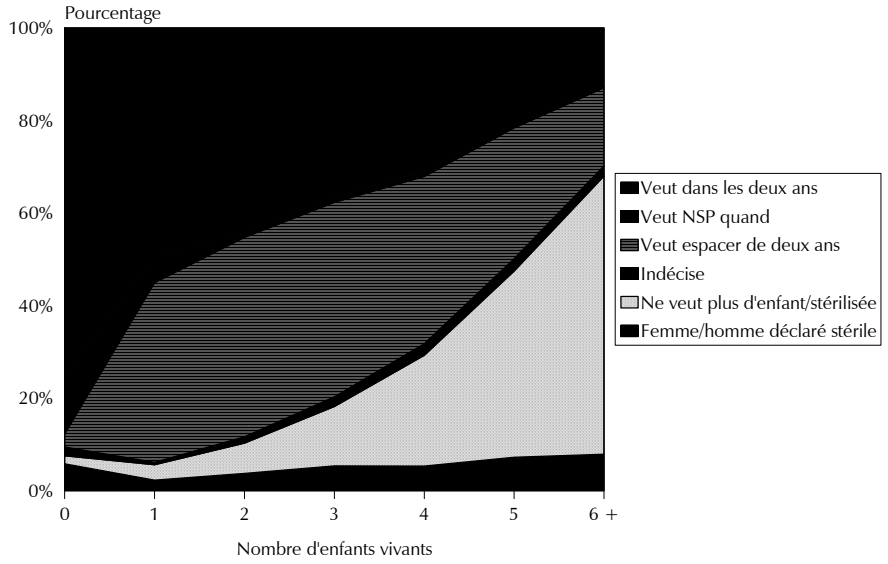
Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSG-III Guinée 2005

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
				FEMMES				
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	74,8	49,2	44,1	36,0	30,8	20,7	12,5	36,1
Veut un autre plus tard[3]	2,8	38,8	42,8	41,6	35,9	28,1	16,7	31,9
Veut un autre, NSP quand	12,6	5,8	0,9	1,3	1,1	0,8	0,3	2,6
Indécise	1,9	0,5	1,4	2,1	2,5	2,7	2,2	1,9
Ne veut plus d'enfant	1,7	3,3	6,5	12,7	23,8	40,0	59,5	21,7
Stérilisée	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2
S'est déclarée stérile	5,8	2,3	3,7	5,3	5,3	7,2	7,8	5,2
Total[4]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	489	996	1 073	1 042	908	791	992	6 292
				HOMMES				
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	57,3	50,2	57,0	49,0	54,7	54,6	49,9	52,5
Veut un autre plus tard[3]	13,6	40,6	36,1	40,2	33,9	28,5	27,2	31,2
Veut un autre, NSP quand	21,1	6,3	3,2	4,0	3,8	4,8	3,5	5,8
Indécis	0,8	0,0	2,3	1,7	2,1	2,1	3,6	2,1
Ne veut plus d'enfant	6,7	0,6	0,5	4,8	5,2	8,0	13,3	6,8
S'est déclaré stérile	0,4	0,6	0,3	0,0	0,4	1,7	1,9	0,9
Total[4]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	183	231	244	238	224	201	557	1 879

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Veut une autre naissance dans les deux ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus
[4] Y compris les non déterminés

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



EDSG-III 2005

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants augmente considérablement avec le nombre d'enfants vivants : elle passe de 2 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 24 % chez celles qui en ont 4 et elle atteint 60 % chez les femmes qui ont au moins 6 enfants vivants. Ces femmes ne désirant plus d'enfants ont, en principe, atteint leur descendance souhaitée. Elles devraient, par conséquent, utiliser une méthode contraceptive pour éviter les grossesses non désirées. Par ailleurs, on observe que 90 % des femmes sans enfant souhaiteraient avoir un enfant et de plus, la majorité de ces femmes (75 %) le souhaiteraient dans les deux années à venir. Chez les femmes ayant un enfant, le désir d'en avoir un autre est identique à celui des femmes sans enfant, sauf que parmi ces femmes, 39 % souhaiteraient attendre au moins deux ans avant d'avoir le prochain enfant. À titre de comparaison, cette proportion n'est que de 3 % chez les femmes n'ayant aucun enfant. Au fur et à mesure que le nombre d'enfants vivants augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent avoir des enfants supplémentaires passe de 94 % chez celles ayant un seul enfant à 79 % chez celles en ayant déjà 3 pour atteindre 50 % chez les femmes ayant 5 enfants.

La proportion de femmes en union ne désirant plus avoir d'enfants a été retenue comme un élément explicatif pour étudier les besoins en matière de contraception. Le tableau 7.2 fournit les proportions de femmes et d'hommes en union qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées), selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Environ une femme sur cinq (22 %) estime qu'elle a atteint la taille désirée de sa famille et ne désire donc plus avoir d'enfants. Chez les hommes, cette proportion est de seulement 7 %.

Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	0	1	2	3	4	5	6+		
Milieu de résidence									
Urbain	2,0	8,0	6,9	13,3	28,7	43,8	65,6	22,5	13,1
Rural	2,0	1,5	6,6	12,8	22,2	39,5	58,2	21,7	4,1
Région administrative									
Boké	4,0	4,7	7,0	13,1	22,6	29,3	46,2	19,3	5,8
Conakry	1,9	12,0	8,9	17,2	31,7	51,4	67,8	22,6	14,1
Faranah	0,0	1,7	7,1	12,7	29,1	45,0	60,5	22,6	3,1
Kankan	0,0	1,3	5,2	8,9	12,1	36,0	56,9	20,1	2,7
Kindia	0,0	0,6	3,6	12,0	24,8	41,5	53,4	21,5	2,0
Labé	1,1	3,3	9,2	10,8	21,8	42,6	53,2	21,8	8,4
Mamou	4,6	0,0	5,0	10,6	20,8	32,7	58,5	20,0	3,7
N'Zérékoré	3,9	0,8	7,4	15,1	26,6	44,7	77,5	25,1	8,3
Région naturelle									
Basse Guinée	0,6	1,8	5,6	11,7	23,5	36,2	49,8	20,6	3,6
Moyenne Guinée	3,7	2,8	6,6	11,9	22,2	38,5	55,5	20,9	5,9
Haute Guinée	0,0	1,0	4,6	9,1	12,5	35,1	54,9	18,8	2,6
Guinée Forestière	3,5	1,2	8,1	15,4	30,8	46,9	78,1	26,2	7,9
Conakry	1,9	12,0	8,9	17,2	31,7	51,4	67,8	22,6	14,1
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	1,8	2,3	6,0	12,6	22,6	39,2	59,1	21,9	3,7
Primaire	1,0	5,2	10,2	15,3	31,0	52,2	63,9	23,8	7,4
Secondaire ou plus	3,6	8,5	11,0	14,3	33,8	44,6	66,3	19,7	14,9
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	1,0	1,9	5,9	14,4	20,1	40,5	59,2	21,5	3,7
Second	1,6	1,1	6,3	11,5	25,2	38,2	54,0	20,5	2,7
Moyen	3,9	2,2	7,3	13,3	21,1	35,2	60,5	22,9	5,7
Quatrième	0,9	1,1	6,6	8,7	24,3	42,6	62,9	23,4	8,3
Le plus riche	2,1	9,6	7,6	16,1	30,0	50,2	64,9	21,6	13,2
Ensemble	2,0	3,5	6,7	12,9	23,9	40,5	59,8	21,9	6,8

Note : Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.
[1] Y compris la grossesse actuelle

Chez les femmes, les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques ne font pas apparaître de différence significative. Par contre, chez les hommes, on constate certains écarts, la proportion de ceux ne désirant plus d'enfants variant de 13 % en milieu urbain à 4 % en milieu rural, de 15 % parmi les plus instruits à 4 % parmi ceux sans instruction et de 13 % parmi ceux du quintile le plus riche à 4 % parmi ceux du plus pauvre.

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes en union non utilisatrices de méthodes contraceptives qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles désirent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale[1]. Les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception, constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 7.3 présente, pour les femmes actuellement en union, les estimations des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Parmi les femmes en union, alors que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception reste relativement faible (9 %, voir chapitre 5, Planification Familiale), on constate que la proportion de celles qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 21 %. Parmi celles-ci, la majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter (13 % contre 8 %). Si les femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement une méthode contraceptive, leur prévalence contraceptive pourrait atteindre 30 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif essentiel l'espacement des naissances (19 % contre 11 % pour la limitation). Actuellement en Guinée, seulement 30 % de la demande potentielle en planification familiale pour les femmes en union est satisfaite.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Quand on considère l'âge, on constate que c'est dans les groupes d'âges 35-44 ans (24 %) que les pourcentages de femmes ayant des besoins non satisfaits sont les plus élevés. On peut noter que jusqu'à 30-34 ans, les besoins en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 40 ans, les femmes ont beaucoup plus de besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats montrent que les proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits sont très proches en milieu rural (21 %) et en milieu urbain (22 %). La demande potentielle totale varie, quant à elle, de 28 % en milieu rural à 37 % en milieu urbain. Quelque soit le milieu de résidence, les besoins pour l'espacement sont toujours plus importants que les besoins pour la limitation des naissances.

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

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale[1] pour :			Besoins en planification familiale satisfaits (utilisation actuelle)[2] pour :			Demande potentielle totale en planification familiale[3] pour :			Pourcent. de demande satisfait	Effectif de femmes
	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble		
Groupe d'âges											
15-19	19,2	0,9	20,2	7,1	1,7	8,8	26,4	2,6	29,0	30,4	587
20-24	20,0	0,8	20,8	9,0	1,7	10,7	28,9	2,5	31,5	34,0	888
25-29	17,4	2,7	20,1	9,1	1,2	10,3	26,5	3,9	30,4	33,9	1 175
30-34	15,7	6,1	21,8	6,3	2,8	9,2	22,0	9,0	31,0	29,6	1 062
35-39	10,7	12,8	23,5	4,8	4,3	9,1	15,5	17,2	32,6	27,9	1 113
40-44	4,8	19,6	24,3	2,2	6,8	9,1	7,0	26,4	33,4	27,2	752
45-49	1,4	15,6	17,0	1,2	4,0	5,3	2,7	19,6	22,3	23,7	717
Milieu de résidence											
Urbain	14,5	7,7	22,2	8,7	6,2	14,9	23,2	13,8	37,1	40,2	1 642
Rural	12,7	8,3	20,9	5,0	2,1	7,0	17,6	10,4	28,0	25,2	4 650
Région administrative											
Boké	10,1	7,3	17,4	3,7	1,6	5,3	13,8	9,0	22,7	23,3	771
Conakry	14,4	8,7	23,1	10,3	7,8	18,1	24,7	16,6	41,2	44,0	823
Faranah	11,0	9,2	20,2	14,2	4,4	18,6	25,2	13,6	38,7	47,9	512
Kankan	13,1	7,2	20,3	11,0	2,8	13,8	24,1	10,0	34,1	40,4	830
Kindia	13,9	6,9	20,8	3,8	2,2	6,0	17,8	9,1	26,8	22,5	948
Labé	10,6	9,0	19,6	1,0	0,3	1,3	11,6	9,3	20,9	6,2	638
Mamou	13,2	7,3	20,5	1,3	1,3	2,6	14,5	8,6	23,1	11,3	460
N'Zérékoré	15,6	9,1	24,7	3,7	3,6	7,3	19,3	12,7	32,0	22,8	1 309
Région naturelle											
Basse Guinée	12,8	7,0	19,8	4,1	2,1	6,1	16,9	9,0	25,9	23,7	1 506
Moyenne Guinée	11,1	8,2	19,3	1,2	0,8	2,0	12,3	8,9	21,3	9,3	1 311
Haute Guinée	11,7	7,3	18,9	14,0	3,1	17,1	25,7	10,3	36,0	47,5	1 135
Guinée Forestière	15,7	9,5	25,1	3,5	3,8	7,3	19,1	13,3	32,4	22,5	1 517
Conakry	14,4	8,7	23,1	10,3	7,8	18,1	24,7	16,6	41,2	44,0	823
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	12,2	8,0	20,2	4,9	2,5	7,5	17,1	10,5	27,6	27,0	5 294
Primaire	15,2	10,1	25,3	8,1	4,5	12,6	23,3	14,6	37,9	33,2	581
Secondaire ou plus	22,2	6,9	29,1	15,7	9,4	25,1	37,9	16,3	54,2	46,4	417
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	11,3	7,5	18,8	3,3	2,0	5,3	14,6	9,6	24,1	22,0	1 423
Second	11,9	8,2	20,1	4,6	1,5	6,2	16,6	9,7	26,3	23,6	1 304
Moyen	14,3	8,7	23,0	5,5	2,2	7,6	19,7	10,9	30,6	25,0	1 284
Quatrième	13,8	8,5	22,3	7,4	3,5	10,9	21,2	12,0	33,2	32,8	1 146
Le plus riche	14,9	7,8	22,7	9,9	7,2	17,1	24,8	14,9	39,7	42,9	1 134
Ensemble	13,1	8,1	21,2	5,9	3,2	9,1	19,1	11,3	30,3	30,0	6 292

[1] Les *besoins non satisfaits pour espacer* concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les *besoins non satisfaits pour espacer*, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les *besoins non satisfaits pour limiter* concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

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

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

Quand on considère les régions, la proportion de femmes en union dont les besoins en matière de planification familiale sont non satisfaits varie d'un minimum de 17 % à Boké, à un maximum de 25 % à N'Zérékoré. C'est dans les régions de Labé (21 %), de Boké (23 %) et de Mamou (23 %) que l'on a enregistré la demande potentielle totale la plus faible par rapport à la moyenne nationale (30 %). Ces régions sont également celles dans lesquelles la pratique contraceptive est la moins fréquente. Dans toutes les régions, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont davantage axés sur l'espacement des naissances que sur la limitation.

S'agissant du niveau d'instruction et du niveau de bien-être économique du ménage, on ne constate pas de différence significative en ce qui concerne les besoins non satisfaits. Mais par contre, les résultats concernant la demande potentielle totale en planification familiale font apparaître des disparités. En effet, les proportions de demande potentielle totale passent de 54 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire à 38 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à seulement 28 % chez celles sans niveau d'instruction. De même, l'écart entre les femmes des ménages les plus pauvres (24 %) et celles des ménages les plus riches (40 %) est important. Cette situation découle d'une insuffisance des besoins satisfaits pour les femmes sans niveau d'instruction et pour celles des ménages les plus pauvres. Il s'ensuit une forte disparité du taux de satisfaction de la demande potentielle totale.

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

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

- Aux femmes et aux hommes sans enfant vivant, la question était : *« Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »*

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

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

Les résultats à ces questions sont présentés au tableau 7.4 et au graphique 7.2. On constate tout d'abord que 11 % des femmes et 8 % des hommes n'ont pas pu fournir de réponses numériques et ont donné, à la place, des réponses approximatives telles que « Ce que Dieu me donne », « Je ne sais pas », ou « N'importe quel nombre ». La proportion d'enquêtés ayant donné ce type de réponse croît avec le nombre d'enfants vivants. Elle passe de 8 % pour les femmes sans enfant à 13 % pour les femmes qui en ont 6 ou plus ; chez les hommes, cette proportion varie de 5 % parmi ceux sans enfant à 18 % pour ceux en ayant au moins 6. Le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes s'établit à 5,6 et pour les seules femmes en union, il est de 5,9 enfants. Chez les hommes, le nombre idéal d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : pour l'ensemble des hommes et pour les hommes en union, le nombre idéal moyen d'enfants est respectivement, de 7,4 et de 8,8 enfants. Cela semblerait montrer qu'en Guinée, on aspire toujours à une famille nombreuse.

Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes et des hommes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes et pour celles/ceux actuellement en union, selon le nombre d'enfants vivants, EDSG-III Guinée 2005

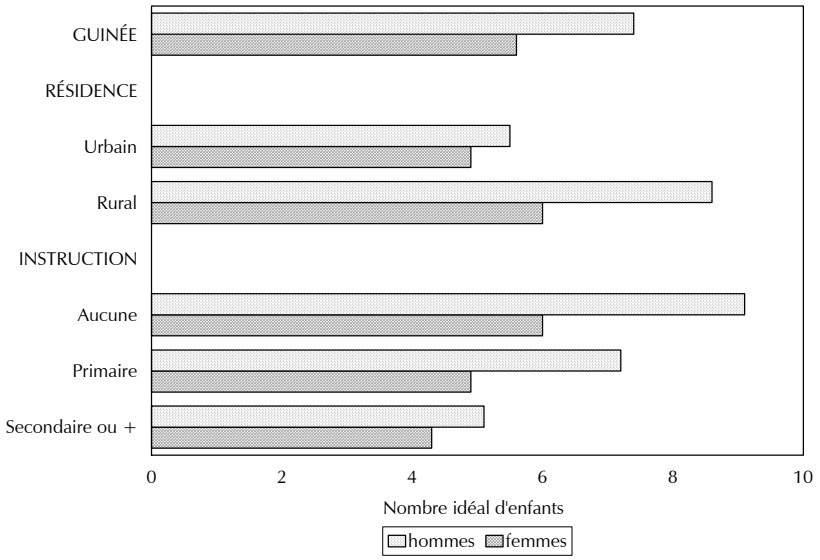
Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
FEMMES								
0	2,8	0,3	0,3	0,4	0,8	0,9	0,8	1,0
1	0,6	0,5	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3
2	5,1	3,6	1,9	0,9	0,4	1,6	1,0	2,4
3	12,3	11,0	5,9	3,5	2,4	1,4	1,7	6,3
4	28,0	25,3	21,5	18,2	13,9	10,7	11,9	19,7
5	20,3	19,2	19,6	21,3	16,4	14,0	10,3	17,7
6 ou plus	22,8	30,3	39,7	46,7	54,4	57,1	61,4	42,1
Réponse non numérique	8,0	9,7	10,8	9,0	11,4	14,1	12,8	10,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 694	1 207	1 134	1 097	951	828	1 044	7 954
Nombre idéal moyen[2] d'enfants pour :								
Ensemble des femmes	4,6	5,2	5,5	5,8	6,1	6,4	6,8	5,6
Effectif	1 558	1 090	1 011	998	842	711	910	7 120
Femmes actuellement en union	5,1	5,4	5,6	5,9	6,1	6,4	6,8	5,9
Effectif	431	895	955	950	804	677	868	5 579
HOMMES								
0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0
1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
2	4,2	3,7	0,2	2,8	2,6	2,3	1,1	2,9
3	12,9	11,5	5,8	6,6	3,6	3,5	1,6	8,4
4	20,0	19,3	19,4	8,9	10,5	4,8	5,2	14,7
5	22,1	12,6	14,7	14,8	8,7	4,4	4,4	14,8
6 ou plus	33,4	47,8	52,9	60,0	64,1	73,7	69,7	49,6
Réponse non numérique	4,5	5,1	7,0	6,9	10,5	11,4	17,9	8,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 377	299	262	245	228	201	562	3 174
Nombre idéal moyen[2] d'enfants pour :								
Ensemble des hommes	5,6	6,6	7,2	7,8	8,8	9,7	11,5	7,4
Effectif	1 316	284	244	228	204	179	461	2 915
Hommes actuellement en union	5,9	7,1	7,3	7,8	8,8	9,7	11,5	8,8
Effectif	172	218	228	222	200	179	457	1 674

[1] Y compris la grossesse actuelle pour les femmes.
[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non numériques.

Ce nombre idéal d'enfants chez les femmes actuellement en union est supérieur à l'ISF (5,7). Ceci confirme une fois de plus l'attachement des familles à une descendance nombreuse. Comparativement à la situation de 1999, on constate que les hommes actuellement en union désirent une famille de taille un peu plus élevée (8,8 en 2005 contre 8,5 en 1999). Par contre chez les femmes, cette aspiration est demeurée constante (5,9 en 2005 et en 1999). En examinant la distribution des tailles idéales déclarées, il apparaît que pour plus de deux femmes sur cinq (42 %), le nombre idéal est de 6 enfants ou plus.

De façon générale, on constate une relation positive entre la taille actuelle de la famille et la taille idéale qui passe de 5,1 enfants pour les femmes en union sans enfant à 6,8 enfants pour celles qui ont 6 enfants ou plus. Chez les hommes en union, cette taille idéale de la famille varie, respectivement de 5,6 à 11,5 enfants.

Graphique 7.2 **Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes**



EDSG-III 2005

Le tableau 7.5 présente le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes selon l'âge actuel et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. De prime abord, on note que les générations les plus jeunes ont déclaré un nombre idéal d'enfants moins élevé que les générations les plus âgées : en effet, ce nombre passe d'un minimum de 4,8 enfants chez les femmes de 15-19 ans, à 5,9 chez celles de 30-34 ans et atteint un maximum de 6,5 enfants chez les femmes de 45-49 ans. Ces résultats sembleraient indiquer un désir de limiter les naissances chez les jeunes et pourraient laisser présager une baisse de la fécondité à moyen ou à long terme.

Pour l'ensemble des femmes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage. Les femmes du milieu rural ont pour idéal une famille nettement plus nombreuse (6,0) que celles du milieu urbain (4,9). En outre, les résultats montrent que plus le niveau d'instruction est élevé, plus le nombre idéal moyen d'enfants est faible : de 6,0 enfants chez les femmes sans niveau d'instruction, il passe à 4,9 enfants chez celles ayant le niveau d'instruction primaire et à 4,3 enfants chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Tout comme l'instruction, l'amélioration du bien-être économique du ménage s'accompagne d'une tendance favorable à une descendance moins nombreuse. La différence entre le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes des ménages les plus pauvres (6,0) et celui des femmes des ménages les plus riches (4,7) est de plus d'un enfant.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques sociodémographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes, par âge (pour les femmes) et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge actuel des femmes							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence									
Urbain	4,2	4,5	5,0	5,2	5,7	5,7	5,8	4,9	5,5
Rural	5,1	5,4	5,9	6,2	6,4	6,5	6,7	6,0	8,6
Région administrative									
Boké	4,7	4,9	5,6	6,0	6,2	6,2	6,4	5,6	8,4
Conakry	3,9	4,2	4,7	4,8	5,2	5,2	5,3	4,6	4,7
Faranah	5,0	5,1	5,7	5,7	6,0	6,0	6,0	5,5	6,8
Kankan	5,4	5,9	6,4	6,9	7,0	7,1	7,6	6,5	10,1
Kindia	4,9	5,3	6,1	6,2	6,2	6,2	6,7	5,9	9,4
Labé	5,1	5,5	5,9	6,0	6,0	5,9	7,4	5,9	7,7
Mamou	5,1	5,0	6,0	6,2	6,7	7,2	7,3	6,1	8,0
N'Zérékoré	4,8	5,0	5,3	5,8	6,4	6,4	5,9	5,5	7,0
Région naturelle									
Basse Guinée	4,8	5,1	5,9	6,1	6,2	6,3	6,6	5,8	9,0
Moyenne Guinée	5,1	5,2	5,9	6,0	6,2	6,3	7,2	5,9	8,0
Haute Guinée	5,4	5,8	6,3	6,8	6,8	7,1	7,4	6,4	9,6
Guinée Forestière	4,7	4,9	5,3	5,7	6,3	6,2	5,8	5,4	6,9
Conakry	3,9	4,2	4,7	4,8	5,2	5,2	5,3	4,6	4,7
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	5,3	5,4	5,8	6,0	6,4	6,4	6,6	6,0	9,1
Primaire	4,3	4,3	5,0	5,6	5,6	5,9	6,4	4,9	7,2
Secondaire ou plus	4,1	4,0	3,9	4,6	5,3	5,1	5,2	4,3	5,1
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	5,4	5,3	6,1	6,2	6,4	6,4	6,6	6,0	9,0
Second	5,4	5,4	6,0	6,2	6,8	6,6	6,8	6,1	8,8
Moyen	4,8	5,4	5,8	6,1	6,2	6,4	6,7	5,8	8,6
Quatrième	4,7	5,0	5,4	5,9	6,3	6,3	6,4	5,6	7,0
Le plus riche	4,0	4,3	4,9	5,0	5,3	5,4	5,4	4,7	5,3
Ensemble	4,8	5,0	5,6	5,9	6,2	6,3	6,5	5,6	7,4

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

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

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

Il apparaît au tableau 7.6 que plus de 9 naissances sur dix (96 %) étaient désirées. La grande majorité de ces naissances (86 %) se sont produites au moment voulu et dans 10 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées représentent environ 4 %. La grande majorité des naissances sont souhaitées et arrivent au moment voulu, quel que soit le rang de naissance. Cependant, il semble que les naissances des rangs 2 et 3 soient mieux planifiées que celles des rangs 1 et 4 ou plus.

Par rapport à l'âge de la mère, les résultats montrent que les naissances les mieux planifiées se sont produites chez les femmes ayant eu leurs enfants entre 20 et 34 ans (tableau 7.6) : plus de 86 % des naissances sont survenues au moment voulu et moins de 3 % étaient non désirées. À l'inverse, c'est chez les femmes ayant eu les enfants avant 20 ans et chez celles les ayant eus à des âges avancés (40-49 ans) que les naissances semblent être les moins bien planifiées. Parmi les femmes ayant eu une naissance avant 20 ans, un peu plus d'une femme sur six (15 %) aurait souhaité qu'elle se produisit plus tard. Par ailleurs, c'est chez les femmes les plus âgées (20 % à 40-44 ans et 22 % à 45-49 ans) que l'on observe les proportions les plus élevées de naissances non désirées.

Tableau 7.6 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par planification de la fécondité, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDSG-III Guinée 2005

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Planification des naissances				
	Voulues à ce moment	Voulues plus tard	N'en voulait plus	Total[1]	Effectif de naissances
Rang de naissance					
1	81,6	16,1	1,7	100,0	1 244
2	92,6	6,2	0,5	100,0	1 145
3	91,6	7,4	0,5	100,0	1 075
4+	82,8	10,7	6,0	100,0	3 667
Âge à la naissance					
<20	82,5	14,8	1,7	100,0	1 270
20-24	89,0	9,8	0,6	100,0	1 551
25-29	88,5	9,7	1,4	100,0	1 694
30-34	86,2	10,6	2,7	100,0	1 340
35-39	82,6	8,0	9,2	100,0	874
40-44	73,3	6,3	19,8	100,0	348
45-49	66,6	7,2	21,5	100,0	54
Ensemble	85,5	10,4	3,5	100,0	7 131

[1] Y compris les non déterminés

Le tableau 7.7 présente une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF) pour les cinq années ayant précédé l'enquête. Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. Il en découle que si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes en Guinée serait de 5,1 enfants au lieu de 5,7 enfants.

En fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes, on constate que L'ISFD varie de la même façon que l'ISF. C'est chez les femmes du milieu rural (6,3), chez celles de la région de Kankan (7,3) ainsi que chez les femmes sans niveau d'instruction (6,2) qu'il est le plus élevé. En outre, l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF et les écarts entre les deux indicateurs ne varient pas significativement. Tout au plus, peut-on remarquer que c'est chez les femmes de Kindia que l'on observe les écarts les plus importants (0,9 enfants).

Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les cinq années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité
Milieu de résidence		
Urbain	3,9	4,4
Rural	5,7	6,3
Région administrative		
Boké	5,0	5,5
Conakry	3,5	4,1
Faranah	5,6	6,3
Kankan	6,6	7,3
Kindia	5,0	5,9
Labé	5,3	5,6
Mamou	5,3	5,6
N'Zérékoré	5,2	5,8
Région naturelle		
Basse Guinée	5,0	5,8
Moyenne Guinée	5,3	5,6
Haute Guinée	6,4	7,0
Guinée Forestière	5,2	5,9
Conakry	3,5	4,1
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	5,6	6,2
Primaire	4,3	5,1
Secondaire ou plus	2,9	3,3
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	5,8	6,5
Second	5,7	6,5
Moyen	5,5	6,2
Quatrième	4,8	5,5
Le plus riche	3,5	4,2
Ensemble	5,1	5,7

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

SANTÉ DE LA REPRODUCTION 8

Mamadou Dian BAH

Au cours de l'EDSG-III, des informations sur la santé des mères ont été collectées. Ces informations concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement ainsi que les principaux problèmes auxquels se sont heurtées les femmes quand elles ont eu besoin de soins médicaux. Les résultats, présentés dans ce chapitre permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé de la reproduction. En outre, en les comparant aux résultats des enquêtes précédentes, ils permettent l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé.

8.1 SOINS PRÉNATALS

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

Le tableau 8.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté par la mère durant la grossesse et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDSG-III, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été retenue.

On relève que parmi ces femmes, plus de huit sur dix (82 %) se sont rendues en consultations prénatales, dispensées par du personnel formé. Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (69 %) et, dans une proportion beaucoup plus faible, elles ont été fournies par des médecins (13 %). Par contre, dans plus d'un cas sur six (17 %), les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Cette proportion élevée de femmes ayant reçu des soins prénatals au cours de la grossesse n'en cache pas moins des disparités (graphique 8.1). En effet, en milieu rural, cette proportion n'est que de 78 % contre 96 % en urbain. De même, selon le niveau d'instruction, on note des écarts importants : environ 80 % des femmes sans instruction ont effectué un suivi prénatal contre 98 % de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les résultats mettent aussi en évidence de grandes disparités selon les régions : Conakry enregistre la proportion la plus élevée (98 %) à l'opposé de Mamou où seulement 62 % des femmes ont effectué une visite prénatale. On constate également que la proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales diminue avec le rang de naissance de l'enfant : d'un maximum de 88 % pour le rang 1, la proportion baisse pour atteindre 77 % pour le rang 6 et plus. Enfin, on constate que la proportion de femmes ayant bénéficié de soins prénatals est nettement associée au niveau de richesse du ménage dans lequel elles vivent : d'un minimum de 68 % pour les femmes des ménages les plus pauvres, cette proportion passe à 99 % pour les femmes des ménages les plus riches.

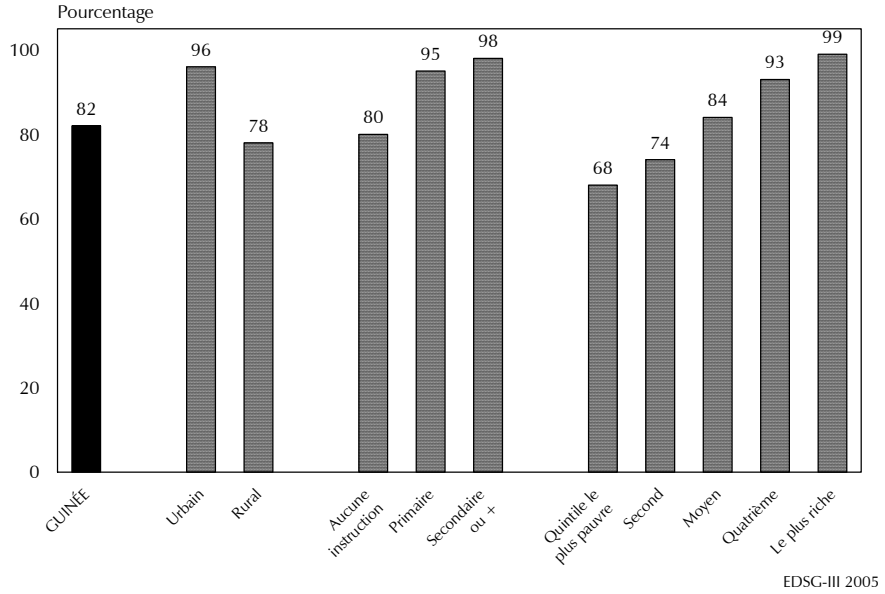
Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de personne consultée durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ auxiliaire	Ensemble du personnel formé	Accouch-euse tradi-tionnelle/ autre	Personne	Total[1]	Effectif de femmes
Âge à la naissance							
<20	14,4	72,1	86,5	0,7	12,8	100,0	795
20-34	13,3	68,9	82,1	1,2	16,4	100,0	2 768
35-49	11,8	66,5	78,3	1,2	20,3	100,0	885
Rang de naissance							
1	15,2	73,2	88,4	0,4	11,1	100,0	748
2-3	14,8	68,6	83,5	1,1	15,2	100,0	1 318
4-5	13,3	68,7	82,0	1,5	16,2	100,0	1 089
6+	10,2	67,1	77,3	1,3	21,2	100,0	1 292
Milieu de résidence							
Urbain	26,5	69,4	96,0	0,4	3,5	100,0	1 075
Rural	8,9	68,8	77,7	1,4	20,6	100,0	3 372
Région administrative							
Boké	20,2	61,2	81,4	0,3	18,0	100,0	506
Conakry	36,4	61,9	98,2	0,2	1,3	100,0	494
Faranah	4,6	77,8	82,4	1,2	16,1	100,0	387
Kankan	11,9	69,8	81,7	2,4	15,8	100,0	631
Kindia	10,0	69,3	79,3	0,9	19,6	100,0	648
Labé	10,2	65,0	75,3	0,1	24,4	100,0	444
Mamou	17,8	43,8	61,6	0,0	37,3	100,0	308
N'Zérékoré	4,5	81,4	85,9	2,1	12,0	100,0	1 028
Région naturelle							
Basse Guinée	13,9	68,5	82,4	0,6	16,7	100,0	1 017
Moyenne Guinée	14,1	54,7	68,8	0,2	30,5	100,0	890
Haute Guinée	9,8	69,5	79,3	1,8	18,7	100,0	857
Guinée Forestière	4,6	82,6	87,3	2,1	10,6	100,0	1 190
Conakry	36,4	61,9	98,2	0,2	1,3	100,0	494
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	10,8	69,0	79,8	1,2	18,8	100,0	3 804
Primaire	23,2	72,1	95,3	0,4	4,0	100,0	400
Secondaire ou plus	34,3	63,2	97,5	1,0	1,2	100,0	243
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	4,0	63,7	67,7	1,6	30,5	100,0	1 038
Second	9,9	64,4	74,3	1,7	23,8	100,0	933
Moyen	9,7	74,4	84,1	1,2	14,3	100,0	925
Quatrième	16,2	76,4	92,6	0,6	6,4	100,0	831
Le plus riche	31,5	66,9	98,5	0,1	1,2	100,0	720
Ensemble	13,2	69,0	82,1	1,1	16,5	100,0	4 447

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.
[1] Y compris les non déterminés.

Graphique 8.1 Soins prénatals par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques



Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate une nette amélioration de la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal. En effet, entre l'EDSG-I de 1992 et l'EDSG-III de 2005, la proportion de femmes ayant effectué une visite prénatale est passée de 58 % à 82 %.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Pour près de la moitié des naissances (49 %), les mères ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées. Pour près du quart des naissances (24 %), elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite.

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans près de 34 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite, par milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

Visites prénatales	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Nombre de visites prénatales			
Aucune	3,5	20,7	16,5
1	2,7	6,3	5,5
2-3	19,5	25,7	24,2
4+	65,7	43,4	48,8
NSP/ND	8,6	3,9	5,0
Total	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1ère visite prénatale			
Aucun soin prénatal	3,5	20,7	16,5
<4	46,0	29,9	33,8
4-5	32,6	29,3	30,1
6-7	14,9	16,9	16,4
8+	2,3	2,5	2,4
NSP/ND	0,7	0,7	0,7
Total	100,0	100,0	100,0
No. médian de mois de grossesse à la première visite	4,1	4,6	4,5
Effectif de femmes	1 075	3 372	4 447

64 % des cas, la visite prénatale a eu lieu à moins de six mois de grossesse et, dans 19 % des cas, elle a eu lieu assez tard, à partir de 6 mois de grossesse et 2 % des femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer une visite prénatale. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 4,5, ce nombre étant plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (4,6 mois contre 4,1), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain.

8.1.1 Composants des soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examens effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDSG-III a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et si elles avaient été protégées contre le paludisme par la prise d'antipaludéens. Ces résultats sont présentés au tableau 8.3 selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On constate, en premier lieu, que seulement 27 % des femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes sont assez faibles ; néanmoins, on constate que les femmes ont été plus fréquemment informées en milieu urbain (35 %) qu'en milieu rural (24 %). En outre, la proportion de femmes ayant été informées augmente avec le niveau de vie du ménage, variant de 22 % dans les ménages les plus pauvres à 34 % dans les ménages les plus riches. De même, ces informations ont été plus fréquemment communiquées aux femmes instruites (38 % pour le niveau primaire et 36 % pour le niveau secondaire ou plus) qu'aux femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (25 %).

En ce qui concerne les différents examens effectués au cours de ces visites prénatales, on constate que la mesure du poids, le contrôle de la tension artérielle et la mesure de la taille sont, de loin, les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé (respectivement 88 %, 87 % et 84 %), suivis des prélèvements d'urine (60 %) et de sang (43 %). Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques montrent que, globalement, les femmes du milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et celles vivant dans les ménages les plus pauvres sont celles qui ont le moins fréquemment bénéficié de ces examens au cours des visites prénatales.

En outre, trois-quarts des femmes (75 %) ont reçu des suppléments de fer, que ce soit sous forme de comprimés ou de sirop pendant leur grossesse et une proportion un peu plus faible (70 %) a pris des antipaludéens. Ce sont les femmes qui ont le moins fréquemment bénéficié de soins prénatals qui ont aussi le moins fréquemment reçu les compléments nutritionnels sous forme de fer ainsi qu'une protection contre le paludisme par des antipaludéens.

Tableau 8.3 Composants des visites prénatales

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont bénéficié de certains examens au cours des soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage de celles qui ont reçu des compléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et pourcentage de celles qui ont pris des médicaments antipaludéens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals									
Caractéristique sociodémographique	Informée des signes de compli-cations de grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif	A reçu du fer en com-primés ou en sirop	A reçu des médi-caments antipalu-déens	Effectif de femmes
Âge à la naissance										
<20	23,8	87,6	81,8	84,7	60,3	43,2	693	78,1	71,4	795
20-34	27,1	88,3	84,4	87,5	62,0	45,4	2 307	74,9	70,4	2 768
35-49	28,7	88,5	85,5	87,8	52,4	32,4	703	72,5	67,2	885
Rang de naissance										
1	25,0	90,2	84,5	87,1	65,5	49,0	665	81,0	74,8	748
2-3	27,6	88,0	84,0	86,4	61,5	44,7	1 115	75,8	71,2	1 318
4-5	26,8	88,1	84,9	88,8	62,2	45,2	909	75,7	70,9	1 089
6+	27,1	87,3	83,2	86,1	52,3	33,5	1 015	70,1	65,1	1 292
Milieu de résidence										
Urbain	35,0	97,8	96,6	96,3	94,3	80,3	1 036	87,8	86,3	1 075
Rural	23,6	84,5	79,3	83,4	46,5	27,8	2 668	70,9	64,7	3 372
Région administrative										
Boké	31,9	89,6	86,5	84,8	59,9	42,2	413	73,8	60,2	506
Conakry	31,9	97,6	96,3	96,8	96,8	87,7	487	87,0	89,9	494
Faranah	30,0	94,5	93,4	93,7	54,4	36,4	324	79,3	70,7	387
Kankan	19,4	78,6	76,4	74,9	29,1	21,3	531	72,7	75,4	631
Kindia	10,6	90,9	90,5	94,1	74,8	28,2	520	76,3	72,2	648
Labé	28,4	91,9	88,6	85,3	46,4	40,1	335	69,9	59,7	444
Mamou	21,6	89,4	77,3	84,7	45,5	43,9	190	54,2	48,6	308
N'Zérékoré	34,7	82,7	73,8	84,5	59,6	41,8	905	77,2	70,9	1 028
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	24,7	86,7	82,8	85,6	55,3	37,7	3 080	72,7	67,2	3 804
Primaire	38,2	95,8	88,0	93,1	79,9	61,5	383	86,9	84,4	400
Secondaire ou plus	35,7	96,0	94,2	96,1	87,3	73,8	240	91,1	89,4	243
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	22,2	80,4	75,1	81,9	40,9	25,0	720	61,3	55,3	1 038
Second	20,4	84,8	80,6	82,3	43,6	22,6	710	67,7	61,0	933
Moyen	25,5	85,6	80,0	83,9	50,4	30,7	789	76,6	70,9	925
Quatrième	31,4	92,6	89,0	90,4	68,8	50,6	774	86,4	79,5	831
Le plus riche	34,3	97,6	96,0	96,6	96,2	84,5	710	88,9	90,4	720
Ensemble	26,8	88,2	84,1	87,0	59,9	42,5	3 703	75,0	69,9	4 447

8.1.2 Vaccination antitétanique

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

Les données du tableau 8.4 montrent que 76 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Celles qui ont reçu deux doses ou plus de vaccin (66 %) sont, elles et leurs nouveaux-nés, complètement protégés ; celles n'ayant reçu qu'une dose (10 %) le sont aussi si elles avaient été vaccinées précédemment.

Le niveau de la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal s'est, lui aussi, nettement amélioré : la proportion de femmes ayant reçu au moins une dose de vaccin antitétanique est passée de 48 % en 1992, à 68 % en 1999 et à 76 % en 2005.

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre d'injections antitétaniques reçues durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Aucune	Une injection	Deux injections ou plus	Ne sait pas/ND	Total	Effectif de femmes
Âge à la naissance						
<20	20,4	9,4	69,2	1,0	100,0	795
20-34	23,6	9,6	65,9	0,8	100,0	2 768
35-49	26,0	11,2	61,8	1,0	100,0	885
Rang de naissance						
1	16,2	9,0	73,4	1,4	100,0	748
2-3	23,1	9,8	65,9	1,2	100,0	1 318
4-5	22,7	9,0	67,8	0,6	100,0	1 089
6+	28,9	11,3	59,3	0,6	100,0	1 292
Milieu de résidence						
Urbain	6,2	8,4	83,7	1,8	100,0	1 075
Rural	29,0	10,4	60,0	0,6	100,0	3 372
Région administrative						
Boké	25,8	9,3	63,3	1,6	100,0	506
Conakry	3,4	10,4	84,1	2,1	100,0	494
Faranah	19,5	9,3	70,8	0,4	100,0	387
Kankan	28,2	13,6	57,8	0,3	100,0	631
Kindia	23,2	12,2	64,2	0,3	100,0	648
Labé	30,6	8,3	59,9	1,2	100,0	444
Mamou	40,6	5,0	53,1	1,3	100,0	308
N'Zérékoré	22,7	8,6	68,1	0,6	100,0	1 028
Région naturelle						
Basse Guinée	21,2	11,4	66,8	0,6	100,0	1 017
Moyenne Guinée	36,6	7,0	54,8	1,6	100,0	890
Haute Guinée	28,9	11,8	59,1	0,3	100,0	857
Guinée Forestière	20,1	9,2	70,0	0,7	100,0	1 190
Conakry	3,4	10,4	84,1	2,1	100,0	494
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	26,4	10,4	62,4	0,8	100,0	3 804
Primaire	8,5	7,2	83,3	1,1	100,0	400
Secondaire ou plus	3,7	6,3	87,5	2,4	100,0	243
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	40,6	6,8	52,3	0,3	100,0	1 038
Second	32,9	11,3	55,2	0,5	100,0	933
Moyen	22,6	11,7	64,8	1,0	100,0	925
Quatrième	10,3	10,7	77,8	1,2	100,0	831
Le plus riche	3,1	9,3	85,8	1,8	100,0	720
Ensemble	23,5	9,9	65,7	0,9	100,0	4 447

Les résultats font apparaître des disparités en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la mère. Ce sont les mères les plus jeunes qui ont la couverture vaccinale antitétanique la plus élevée: pour 79 % des naissances issues de femmes de moins de vingt ans, la mère a reçu au moins une dose de vaccin pendant sa grossesse contre 73 % pour les naissances issues de mère âgée de 35 ans ou plus. De même, les femmes dont c'est la première grossesse sont légèrement mieux protégées que les autres : 82 % contre 71 % pour les femmes qui ont 6 enfants ou plus.

En outre, des différences importantes apparaissent selon le milieu de résidence, les femmes du milieu urbain ayant reçu beaucoup plus fréquemment que celles du milieu rural la vaccination antitétanique (92 % contre 70 %) ; les résultats selon la région mettent également en évidence des écarts : la couverture vaccinale varie d'un minimum de 58 % à Mamou à un maximum de 95 % à Conakry. De plus, le niveau d'instruction de la femme influence le niveau de cette couverture vaccinale puisque, parmi celles sans instruction, 73 % ont été vaccinées contre la quasi-totalité de celles qui sont instruites. Enfin, on constate que ce sont les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche qui sont les plus fréquemment vaccinées contre le tétanos néonatal (95 % contre 59 % pour celles du quintile le plus pauvre).

8.2 ACCOUCHEMENT

8.2.1 Lieu d'accouchement

Le tableau 8.5 indique que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 69 % se sont déroulées à la maison et 31 % dans un établissement de santé, essentiellement un établissement du secteur public (29 %). Les naissances qui surviennent le plus fréquemment à la maison sont celles de Labé (84 %) et Mamou (83 %), celles du milieu rural (78 %), celles issues des femmes sans niveau d'instruction (73 %), celles issues des femmes n'ayant reçu aucun soin prénatal (98 %) et celles des ménages les plus pauvres (88 %). À l'opposé, pour plus de la moitié des naissances du milieu urbain, les femmes ont accouché dans un établissement de santé du secteur public (58 %), et seulement 6 % dans un établissement privé. Il en est de même des naissances issues des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (66 % dans un établissement public et 8 % dans un établissement privé) et des naissances issues des femmes vivant dans les ménages les plus riches (61 % dans le secteur public et 9 % dans le secteur privé).

Par ailleurs, le lieu d'accouchement varie légèrement avec l'âge de la mère : plus celle-ci est âgée, plus elle a tendance à accoucher fréquemment à la maison (64 % pour les moins de 20 ans et 74 % pour les 35 ans ou plus). De même, le rang de naissance semble jouer un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement. Dans 40 % des cas, les naissances de rang 1 ont eu lieu dans un établissement sanitaire contre 32 % de celles de rang 2-3 et 23 % pour le rang 6 ou plus.

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

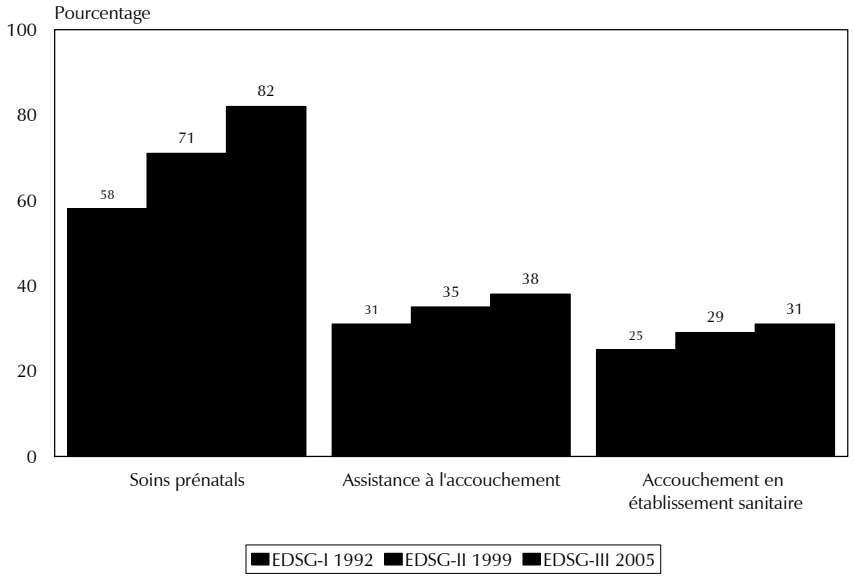
Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Établissement de santé		Maison	Total[1]	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé			
Âge à la naissance					
<20	33,8	1,8	63,9	100,0	1 140
20-34	29,1	1,6	68,8	100,0	4 128
35-49	25,2	0,8	73,5	100,0	1 103
Rang de naissance					
1	37,6	2,5	59,3	100,0	1 098
2-3	30,8	1,5	67,2	100,0	1 981
4-5	28,8	1,6	69,2	100,0	1 547
6+	22,7	0,7	76,0	100,0	1 744
Soins prénatals[2]					
Aucun	1,6	0,1	98,3	100,0	734
1-3	23,8	0,8	75,3	100,0	1 319
4+	42,7	2,6	54,7	100,0	2 170
NSP/ND	37,7	5,0	55,2	100,0	224
Milieu de résidence					
Urbain	58,3	5,8	35,5	100,0	1 438
Rural	20,8	0,2	78,4	100,0	4 932
Région administrative					
Boké	23,9	1,1	74,1	100,0	743
Conakry	59,8	10,2	29,2	100,0	641
Faranah	23,1	0,0	76,8	100,0	539
Kankan	31,8	0,1	67,6	100,0	970
Kindia	27,0	0,7	71,5	100,0	948
Labé	15,1	0,4	84,0	100,0	621
Mamou	15,0	0,6	83,3	100,0	424
N'Zérékoré	30,9	0,6	68,5	100,0	1 485
Région naturelle					
Basse Guinée	27,8	1,0	70,6	100,0	1 487
Moyenne Guinée	14,3	0,5	84,3	100,0	1 249
Haute Guinée	28,3	0,1	71,1	100,0	1 269
Guinée Forestière	30,8	0,5	68,7	100,0	1 724
Conakry	59,8	10,2	29,2	100,0	641
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	25,5	1,0	72,9	100,0	5 546
Primaire	48,1	3,2	48,7	100,0	524
Secondaire	65,9	7,6	26,3	100,0	300
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	11,5	0,0	87,9	100,0	1 563
Second	16,5	0,1	83,0	100,0	1 376
Moyen	26,9	0,3	72,3	100,0	1 323
Quatrième	45,3	0,6	53,7	100,0	1 164
Le plus riche	61,0	8,7	29,8	100,0	943
Ensemble	29,3	1,5	68,7	100,0	6 370

[1] Y compris les non déterminés
[2] Pour les visites prénatales, les données concerne uniquement les naissances d'enfants derniers-nés de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Le graphique 8.2 montre que depuis la première enquête, on ne note pas une augmentation très importante de la proportion de femmes qui ont accouché dans un établissement sanitaire (25 % en 1992, 29 % en 1999 et 31 % en 2005).

Graphique 8.2 **Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement, 1992-2005**



8.2.2 Assistance lors de l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que seulement 38 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes, des infirmières ou des aides-soignantes (33 %) ; dans seulement 5 % des cas, les médecins ont assisté les accouchements. À l'opposé, on relève que dans 29 % des cas, la naissance s'est déroulée avec l'assistance de parents et d'amis et que, dans 24 % des cas, c'est une accoucheuse traditionnelle qui a assisté l'accouchement. Il faut souligner que 9 % des femmes ont accouché sans aucune assistance et que dans 2 % des cas, il fallu effectuer une césarienne.

L'examen des données par caractéristiques sociodémographiques de la mère (graphique 8.3) met en évidence le même type de variations que celles observées à propos des soins prénatals et du lieu d'accouchement. Les naissances qui ont été les plus fréquemment assistées par du personnel formé sont celles issues des mères de moins de 20 ans (45 %), celles de rang 1 (50 %) et celles issues des mères résidant en milieu urbain (81 %). Il faut également signaler que la proportion de naissances assistées par du personnel formé augmente avec le niveau d'instruction de la mère, allant de 33 % pour les femmes sans niveau d'instruction à 67 % pour celles ayant un niveau primaire et à 84 % pour les plus instruites. Les résultats selon les régions font apparaître des écarts : ce sont les femmes de Labé (80 %) et Mamou (81 %) qui ont le plus fréquemment accouché sans l'assistance de personnel formé. Rappelons que c'est également dans ces régions que la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal est la plus faible. Le statut socio-économique du ménage influence la qualité de l'assistance à l'accouchement. Dans les ménages du quintile le plus pauvre, 15 % seulement des femmes ont accouché avec l'assistance de personnel formé ; dans les ménages du quintile le plus riche, 87 % ont accouché avec l'assistance de personnel formé dont 17 % avec l'aide d'un médecin.

Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

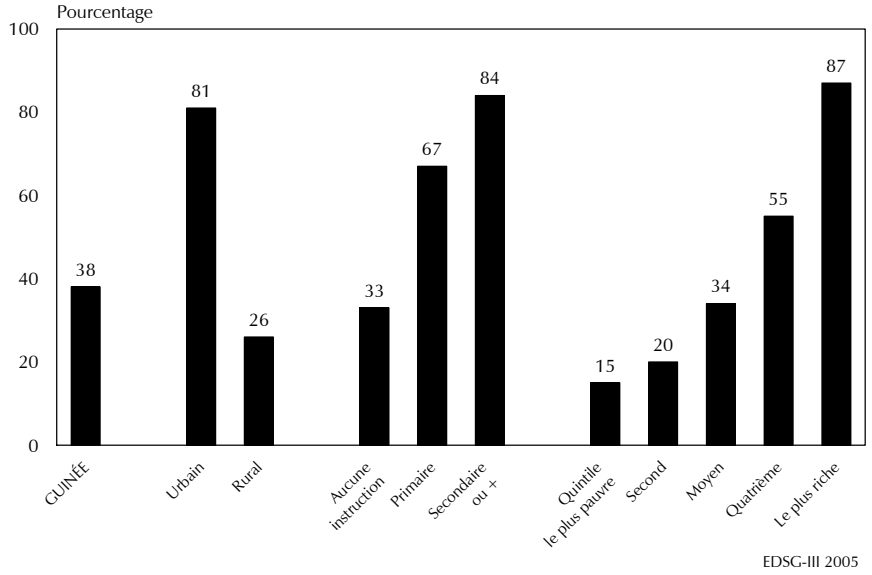
Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière, sage femme, sage femme auxiliaire	Ensemble du personnel formé	Accouch-euse tradition-nelle	Parent, autre	Personne	Total[1]	Pour-centage accouché par césarienne	Effectif de naissances
Âge à la naissance									
<20	5,5	39,3	44,9	22,9	28,1	3,8	100,0	2,3	1 140
20-34	4,6	33,7	38,3	23,7	28,4	9,0	100,0	1,8	4 128
35-49	4,2	25,8	30,0	24,2	30,1	14,9	100,0	1,1	1 103
Rang de naissance									
1	6,3	43,3	49,6	19,7	26,8	3,2	100,0	3,3	1 098
2-3	5,5	35,2	40,7	23,2	29,6	6,2	100,0	2,1	1 981
4-5	3,8	33,1	36,9	23,6	27,8	10,8	100,0	1,0	1 547
6+	3,5	25,2	28,7	26,7	29,3	14,5	100,0	1,0	1 744
Milieu de résidence									
Urbain	12,8	67,8	80,7	5,8	9,8	3,3	100,0	4,6	1 438
Rural	2,3	23,3	25,6	28,9	34,1	10,8	100,0	0,9	4 932
Région administrative									
Boké	4,7	21,5	26,2	21,5	39,6	11,5	100,0	2,0	743
Conakry	19,8	70,0	89,8	3,4	4,2	1,9	100,0	8,1	641
Faranah	2,2	30,4	32,6	22,7	42,2	2,4	100,0	0,8	539
Kankan	4,3	34,9	39,2	30,1	23,3	6,8	100,0	1,0	970
Kindia	2,1	27,7	29,7	24,8	37,5	7,0	100,0	0,9	948
Labé	2,6	17,5	20,2	2,8	47,8	28,3	100,0	1,9	621
Mamou	4,7	13,9	18,7	3,7	49,0	27,5	100,0	1,1	424
N'Zérékoré	1,8	39,3	41,1	43,3	12,8	2,9	100,0	0,4	1 485
Région naturelle									
Basse Guinée	3,2	27,1	30,3	25,3	36,2	7,3	100,0	1,4	1 487
Moyenne Guinée	3,4	15,0	18,5	4,1	49,3	26,9	100,0	1,4	1 249
Haute Guinée	3,6	30,9	34,5	24,5	34,5	5,9	100,0	0,9	1 269
Guinée Forestière	1,9	40,2	42,2	43,2	11,8	2,7	100,0	0,5	1 724
Conakry	19,8	70,0	89,8	3,4	4,2	1,9	100,0	8,1	641
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	3,4	29,4	32,8	25,1	31,6	9,9	100,0	1,1	5 546
Primaire	8,8	58,0	66,8	19,0	9,8	4,4	100,0	3,4	524
Secondaire	19,9	64,2	84,1	5,8	7,3	2,5	100,0	11,2	300
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,6	13,9	14,5	32,0	38,7	14,2	100,0	0,4	1 563
Second	2,5	17,5	20,0	28,5	40,7	10,3	100,0	0,5	1 376
Moyen	2,2	32,0	34,2	29,3	26,9	9,0	100,0	1,1	1 323
Quatrième	5,9	49,4	55,2	15,9	21,2	6,8	100,0	1,9	1 164
Le plus riche	16,6	70,8	87,4	4,2	6,0	1,8	100,0	6,5	943
Ensemble	4,7	33,4	38,0	23,6	28,6	9,1	100,0	1,7	6 370

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

[1] Y compris les non déterminés

Graphique 8.3 **Assistance à l'accouchement par du personnel formé selon certaines caractéristiques sociodémographiques**



En comparant les résultats de l'EDSG-III à ceux des EDSG de 1992 et 1999, on constate qu'au niveau national, les proportions de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé sont passées de 31 % à 35 puis à 38 % (graphique 8.2).

Dans moins de 2 % des cas, les naissances se sont déroulées par césarienne. Le recours à cette intervention, bien que très faible, est plus fréquent en milieu urbain (5 %) qu'en milieu rural (moins d'un pour cent). Comme on pouvait s'y attendre, la nécessité d'une césarienne est plus fréquente pour les naissances de premier rang (3 %) que pour les naissances de rang élevé. En dehors de Conakry, peu de naissances ont eu lieu par césarienne dans les autres régions (2 % au plus). Le recours à la césarienne est plus fréquent parmi les femmes les plus instruites (11 %) et parmi celles du quintile le plus riche (7 %).

8.3 SOINS POSTNATALS

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

Le tableau 8.7 présente la distribution des femmes n'ayant pas accouché dans un établissement sanitaire selon qu'elles ont eu ou non des soins postnatals. Un peu plus de trois femmes sur dix (31 %) ont accouché dans un établissement sanitaire et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui de l'enfant ont fait l'objet d'un examen avant qu'elle ne quitte l'établissement ; parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, sept sur dix n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal (70 %). Seulement 13 % de ces femmes sont allées en consultation relativement tôt, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.

Les pourcentages de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu de soins postnatals varient très peu en fonction de l'âge de la mère, passant de 70 % à moins de 20 ans à 74 % à 35-39 ans. L'écart reste important selon le rang de naissance : de 67 % pour le rang 1, la proportion passe à 74 % pour le rang 6 ou plus. Ces proportions sont très différentes selon le milieu et la région de résidence : elles sont plus élevées en milieu rural (74 %) qu'en milieu urbain (46 %). C'est dans la région de Mamou (91 %) que l'on observe la proportion la plus élevée de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu des soins postnatals ; à Conakry, cette proportion n'est que de 38 %. De même, on constate que le niveau d'instruction de la mère influence le suivi postnatal puisque plus de sept mères sans instruction sur dix (72 %) n'en ont pas bénéficié contre 58 % parmi celles qui ont un niveau primaire et 37 % parmi celles qui ont un niveau secondaire ou plus.

Tableau 8.7 Soins postnatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui s'est déroulée en dehors d'un établissement sanitaire, en fonction du moment où les soins postnatals ont été effectués pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Temps écoulé avant le premier examen postnatal				Aucune visite postnatale	Total[1]	Effectif de femmes
	0-2 jours après accouche-ment	3-6 jours après accouche-ment	7-41 jours après accouche-ment	NSP/ND			
Âge à la naissance							
<20	12,5	4,5	13,0	0,3	69,6	100,0	503
20-34	12,8	2,4	15,1	0,5	69,2	100,0	1 886
35-49	12,3	2,3	11,8	0,1	73,5	100,0	643
Rang de naissance							
1	15,5	4,4	12,9	0,7	66,5	100,0	425
2-3	12,4	2,5	16,1	0,6	68,4	100,0	893
4-5	13,3	2,4	14,6	0,4	69,4	100,0	745
6+	11,2	2,4	12,3	0,1	74,0	100,0	969
Milieu de résidence							
Urbain	36,2	2,9	14,5	0,9	45,5	100,0	383
Rural	9,3	2,7	14,0	0,3	73,7	100,0	2 649
Région administrative							
Boké	5,7	0,9	18,5	0,0	75,0	100,0	370
Conakry	47,4	1,6	10,4	2,2	38,4	100,0	152
Faranah	12,5	3,6	20,6	0,4	62,9	100,0	289
Kankan	11,7	2,5	9,6	0,5	75,6	100,0	426
Kindia	12,1	3,9	13,6	0,3	70,1	100,0	469
Labé	8,5	0,7	16,1	0,5	74,1	100,0	381
Mamou	5,4	0,1	3,8	0,0	90,7	100,0	257
N'Zérékoré	14,8	4,9	15,5	0,3	64,5	100,0	686
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	11,5	2,3	14,1	0,4	71,8	100,0	2 774
Primaire	20,1	5,9	15,1	0,9	58,0	100,0	191
Secondaire ou plus	39,6	12,5	10,7	0,0	37,2	100,0	66
Ensemble	12,7	2,7	14,1	0,4	70,2	100,0	3 032

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

8.4 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires pour arriver à changer favorablement la situation sanitaire dans le pays. Ainsi, au cours de l'enquête, on a cherché à connaître les types de problèmes auxquels ont été confrontées les femmes quand elles ont eu besoin de soins de santé.

Les résultats sont présentés au tableau 8.8. On constate que dans 73 % des cas, les femmes ont déclaré que le manque d'argent nécessaire pour le traitement était le principal obstacle. L'importance de ce problème augmente sensiblement avec la parité. De plus, les femmes en rupture d'union (79 %) ont signalé plus fréquemment ce problème que celles en union (74 %) et que les célibataires (70 %). Le manque d'argent a davantage affecté les femmes du milieu rural (79 %) que celles du milieu urbain (61 %). De même, les femmes de la région de N'Zérékoré (88 %) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles de Conakry (59 %). En outre, ce problème a plus souvent concerné les femmes sans instruction (76 %) que celles de niveau secondaire ou plus (57 %).

Par ailleurs, les femmes ont également cité dans 55 % des cas la distance à parcourir pour atteindre le service de santé et dans 51 % des cas, l'obligation de prendre un moyen de transport pour s'y rendre. Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents dans le milieu rural que dans le milieu urbain et ils sont d'autant plus fréquents que le niveau d'instruction est faible ou que la femme vit dans un ménage pauvre. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et celles du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés, donc les moins bien équipés en biens et services.

Globalement, plus de huit femmes sur dix (82 %) ont déclaré avoir, au moins, un des problèmes évoqués ; ce sont les femmes du milieu rural (87 %), celles sans instruction (87 %), celles vivant dans des ménages les plus pauvres (93 %) et celles exerçant un travail non payé (86 %) qui ont le plus fréquemment rencontré un de ces problèmes pour accéder aux soins de santé.

Tableau 8.8 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir des problèmes pour accéder aux soins de santé quand elles sont malades par type de problème, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Problèmes pour l'accès aux soins								
Caractéristique sociodémographique	Savoir où aller	Avoir la permission d'y aller	Avoir l'argent pour le traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir aller seule	Crainte que le prestataire ne soit pas une femme	N'importe lequel des problèmes cités	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15-19	24,2	21,9	71,9	53,4	51,1	35,5	21,5	81,9	1 648
20-29	18,8	13,6	70,5	54,1	48,9	21,0	13,8	79,2	2 411
30-39	19,2	12,3	74,9	55,2	51,2	21,8	14,0	82,8	2 290
40-49	19,1	11,0	76,3	57,8	54,1	21,0	14,3	83,8	1 606
État matrimonial									
Célibataire	22,9	22,7	70,2	49,6	48,4	37,9	22,7	79,5	1 311
En union	19,9	13,1	73,6	56,3	51,8	21,7	14,3	82,0	6 292
Divorcée, séparée, veuve	12,5	7,6	78,9	52,6	48,9	18,4	11,2	84,7	351
Nombre d'enfants vivants									
0	22,6	21,9	67,8	50,3	48,0	34,2	20,9	78,6	1 866
1-2	19,3	13,4	73,4	56,8	51,9	21,9	14,3	81,5	2 317
3-4	20,0	11,9	74,8	56,8	52,8	21,4	14,0	82,9	2 000
5+	18,4	10,7	77,0	55,6	51,3	20,0	13,2	83,9	1 771
Situation par rapport à l'emploi actuel									
Ne travaille pas	17,8	18,9	65,5	47,4	44,5	27,5	16,7	76,8	1 469
Travail payé	18,4	11,8	74,3	55,0	50,8	22,0	12,0	81,6	4 801
Travail non payé	26,8	17,9	77,1	61,9	57,7	27,7	24,6	86,3	1 678
Milieu de résidence									
Urbain	11,8	12,1	60,5	33,1	34,4	17,7	9,7	70,3	2 472
Rural	23,8	15,4	79,0	64,9	58,6	27,2	18,2	86,9	5 482
Région administrative									
Boké	22,9	16,0	69,8	50,7	44,4	21,6	18,8	79,7	941
Conakry	15,8	14,3	58,5	33,7	42,7	19,7	11,0	73,8	1 192
Faranah	8,1	7,2	74,8	48,7	38,8	9,1	1,5	79,4	619
Kankan	22,1	7,5	54,2	29,0	25,1	10,5	11,4	68,2	935
Kindia	24,4	19,1	77,5	71,5	72,9	41,9	20,9	81,8	1 155
Labé	20,9	18,4	82,4	78,2	80,4	29,6	27,4	93,7	817
Mamou	17,9	17,0	72,5	57,3	45,1	31,7	21,0	81,1	544
N'Zérékoré	22,0	14,2	87,9	65,5	52,4	24,9	13,4	90,9	1 752
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	21,4	14,3	76,1	59,0	53,7	24,5	16,2	84,1	6 162
Primaire	19,5	17,7	69,6	48,0	48,2	27,0	15,8	78,4	909
Secondaire ou plus	11,2	11,6	57,1	34,2	35,5	19,7	10,6	68,6	883
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	27,9	16,7	87,6	76,1	68,0	30,8	21,5	93,0	1 640
Second	24,9	13,5	78,7	64,8	59,8	25,9	18,6	87,1	1 508
Moyen	23,1	17,2	75,4	58,8	51,4	25,5	16,0	84,3	1 535
Quatrième	11,8	10,3	66,6	42,6	38,2	19,6	12,0	73,3	1 594
Le plus riche	13,2	14,3	58,8	34,0	38,6	19,5	9,9	71,4	1 677
Ensemble	20,1	14,4	73,3	55,0	51,1	24,2	15,6	81,7	7 954

SANTÉ DE L'ENFANT 9

Mamadou Dian Bah

Au cours de l'enquête EDSG-III, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, les informations pouvant permettre une évaluation de la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an. Les données collectées permettent également d'évaluer la prévalence des principales maladies des enfants (IRA, fièvre et diarrhée) ainsi que la proportion d'enfants malades qui ont reçu un traitement. Ce chapitre présente les résultats relatifs à ces aspects de la santé de l'enfant.

9.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

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

Les résultats sont présentés au tableau 9.1. D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 41 % des cas, plus d'un enfant sur deux (53 %) n'ayant pas été pesé à la naissance et pour 6 % des enfants le poids n'ayant pas été déclaré. Parmi les enfants dont on connaît le poids, 10 % (soit 4 % par rapport à 41 %) étaient de faible poids à la naissance, c'est-à-dire qu'ils pesaient moins de 2,5 kg. Les proportions d'enfants dont le poids à la naissance a été estimé comme étant normal (2,5 kg ou plus) varient selon les différentes caractéristiques. Elles baissent au fur et à mesure que l'âge de la mère augmente (40 % chez les moins de 20 ans, 37 % chez celles de 20-34 ans et 33 % chez celles de 35-49 ans). En outre, plus le rang de naissance est élevé, plus la proportion est faible (43 % chez les primipares et 31 % chez celles qui ont 6 enfants ou plus). Selon le milieu de résidence, on constate que les enfants qui ont un poids normal sont proportionnellement plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural (69 % contre 27 %). Dans les régions, Conakry se démarque avec 77 % contre 18 % à Labé et 17 % à Mamou. Par ailleurs, plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus la proportion d'enfants naissant avec un poids normal est élevée. Il en est de même pour le niveau de bien-être économique du ménage. Globalement, la tendance est identique pour la situation des enfants dont le poids à la naissance est insuffisant (moins de 2,5 kg). Cependant, contrairement à ce à quoi on s'attendait, on relève une proportion plus importante d'enfants de faible poids en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (3 %), à Conakry que dans les autre régions (8 % contre moins de 1 % à Mamou) et dans les ménages du quintile le plus riche que dans ceux du plus pauvre (8 % contre 2 % dans les ménages les plus pauvres).

À la question très subjective : « Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? », les mères ont répondu dans 83 % des cas que l'enfant était moyen ou plus gros que la moyenne. Dans 10 % des cas, elles ont déclaré qu'il était plus petit que la moyenne et, enfin dans 5 % des cas, qu'il était très petit. Ce sont les femmes qui avaient entre 35-49 ans à la naissance de leur enfant (6 %), celles de Labé (7 %), Boké (6 %) et Kankan (6 %) et, curieusement, celles ayant un niveau secondaire ou plus (7 %) qui ont déclaré le plus fréquemment que leur enfant était très petit à la naissance. Cette variable ne semble pas être influencée par les caractéristiques sociodémographique de la mère.

Tableau 9.1 Caractéristiques de l'accouchement

Pourcentage des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par répartition (en %) du poids de l'enfant à la naissance et la taille de l'enfant à la naissance selon l'estimation par la mère, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III, Guinée 2005

	Poids de l'enfant					Taille de l'enfant à la naissance					
Caractéristique sociodémographique	Non pesé	Moins de 2,5 kg	2,5 kg ou plus	NSP/ ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/ ND	Total	Effectif
Âge de la mère à la naissance de l'enfant											
<20	48,8	5,2	39,9	6,1	100,0	5,0	10,3	82,5	2,2	100,0	1 140
20-34	53,6	3,9	36,5	6,1	100,0	4,4	9,7	83,9	1,9	100,0	4 128
35-49	57,0	4,2	33,2	5,7	100,0	5,8	9,7	82,2	2,3	100,0	1 103
Rang de naissance											
1	44,2	5,6	43,2	7,0	100,0	5,2	11,6	81,0	2,2	100,0	1 098
2-3	51,1	4,2	38,1	6,5	100,0	4,5	8,3	85,6	1,6	100,0	1 981
4-5	55,2	3,4	36,1	5,3	100,0	3,9	9,3	84,8	2,0	100,0	1 547
6+	59,7	3,9	30,8	5,5	100,0	5,5	11,0	81,1	2,4	100,0	1 744
Milieu de résidence											
Urbain	15,7	7,9	69,0	7,4	100,0	5,0	10,1	83,4	1,5	100,0	1 438
Rural	64,3	3,1	27,0	5,6	100,0	4,7	9,8	83,3	2,2	100,0	4 932
Région administrative											
Boké	61,7	4,3	31,4	2,6	100,0	6,4	13,4	73,2	7,0	100,0	743
Conakry	8,5	7,7	77,2	6,6	100,0	4,9	10,5	82,9	1,7	100,0	641
Faranah	54,9	3,6	33,7	7,8	100,0	4,3	5,8	88,1	1,8	100,0	539
Kankan	55,5	3,7	34,9	6,0	100,0	6,0	14,9	77,8	1,3	100,0	970
Kindia	50,6	4,5	38,7	6,3	100,0	2,5	12,1	83,7	1,7	100,0	948
Labé	71,6	3,6	17,6	7,2	100,0	6,9	9,0	83,3	0,8	100,0	621
Mamou	78,6	0,6	17,1	3,8	100,0	3,0	5,0	90,8	1,2	100,0	424
N'Zérékoré	53,3	4,2	35,6	6,9	100,0	4,4	6,3	88,2	1,1	100,0	1 485
Région naturelle											
Basse Guinée	53,5	4,4	37,6	4,5	100,0	4,0	12,9	79,9	3,2	100,0	1 487
Moyenne Guinée	73,7	2,7	17,8	5,8	100,0	5,4	7,9	84,3	2,5	100,0	1 249
Haute Guinée	58,0	3,4	33,3	5,4	100,0	5,6	12,4	81,0	1,0	100,0	1 269
Guinée Forestière	51,5	4,3	36,4	7,8	100,0	4,4	6,5	87,6	1,5	100,0	1 724
Conakry	8,5	7,7	77,2	6,6	100,0	4,9	10,5	82,9	1,7	100,0	641
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	57,6	4,0	32,1	6,3	100,0	4,7	10,4	82,7	2,1	100,0	5 546
Primaire	32,9	5,8	57,6	3,7	100,0	4,0	6,0	89,2	0,8	100,0	524
Secondaire	9,5	4,2	81,7	4,6	100,0	6,7	5,9	85,2	2,2	100,0	300
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	76,7	2,0	16,6	4,7	100,0	4,0	10,1	83,9	2,0	100,0	1 563
Second	69,9	2,9	23,1	4,1	100,0	5,5	11,6	80,1	2,9	100,0	1 376
Moyen	53,7	4,1	35,4	6,8	100,0	4,5	9,7	83,3	2,5	100,0	1 323
Quatrième	36,2	5,7	49,1	9,0	100,0	5,4	6,9	86,5	1,3	100,0	1 164
Le plus riche	10,7	8,0	75,0	6,2	100,0	4,6	10,8	83,5	1,1	100,0	943
Ensemble	53,3	4,2	36,5	6,0	100,0	4,8	9,8	83,4	2,0	100,0	6 370

9.2 VACCINATION DES ENFANTS

Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche), en injection. À ceux-ci s'ajoute, depuis quelques années, le vaccin contre la fièvre jaune, en dose unique. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. Le tableau 9.2 présente les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, devraient être correctement et complètement vaccinés.

Tableau 9.2 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, EDSG-III Guinée 2005

Source d'information	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio[1] 0	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucune vaccination	Fièvre jaune	Effectif d'enfants
Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête													
Carnet de vaccination	52,2	50,8	46,3	40,3	49,0	51,8	47,4	40,8	34,1	31,6	0,3	26,8	599
Déclaration de la mère	27,2	26,5	20,7	10,9	11,4	31,2	22,3	9,4	16,1	5,6	13,4	12,4	520
Les deux sources	79,4	77,2	67,1	51,1	60,5	83,0	69,7	50,1	50,2	37,2	13,7	39,2	1 118
Vacciné avant l'âge de 12 mois[3]	79,4	76,8	65,6	48,9	60,5	82,6	67,8	48,2	43,1	31,9	13,8	33,1	1 118

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).
[3] Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccinations reçues durant la première année est supposée être la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

L'analyse de ces données révèle que 32 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les informations tirées du carnet de vaccination. Quand on y ajoute les renseignements fournis par la mère, ce pourcentage dépasse légèrement 37 %.

D'après le carnet de vaccination, on constate que 52 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG ; de plus, si l'on se base sur les seules déclarations de la mère, 27 % ont reçu cette vaccination. Au total donc, 79 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG (donné en principe à la naissance) au moment de l'enquête et la même proportion 79 % avait reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTCoq est également très importante (77 %), mais la couverture vaccinale diminue légèrement avec le nombre de doses : de 77 % pour la première dose, la proportion passe à 67 % pour la deuxième dose et à seulement 51 % pour les trois doses. Le taux de déperdition[1] pour ce vaccin entre la première et la deuxième dose est de 13 % ; entre la première et la troisième dose, il est de 33 %.

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

Toujours selon les deux sources, on constate que plus de 37 % des enfants de 12-23 mois avaient reçu tous les vaccins du PEV[2] au moment de l'enquête. La couverture vaccinale varie selon la dose : 83 % ont reçu la première dose de polio (polio 1) mais cette proportion diminue ensuite avec les doses et seulement la moitié des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses de polio (50 %). Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de polio est donc de 40 %. Le vaccin contre la polio étant administré en même temps que celui du DTCoq, on s'attend à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. Ce qui est le cas (respectivement, 48 % contre 49 %). En outre, seulement la moitié des enfants (50 %) sont vaccinés contre la rougeole. Les résultats montrent aussi que 39 % des enfants ont reçu la vaccination antiamarile.

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 32 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois. À l'inverse, 14 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

Le tableau 9.3 et le graphique 9.1 présentent également la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne la vaccination complète, on constate que la proportion de filles vaccinées est très proche de celle des garçons (36 % contre 39 %). La couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : de 38 % pour le rang 1, elle passe à 33 % pour le rang 6 ou plus. Selon le milieu de résidence, on constate que la couverture vaccinale est plus élevée en milieu urbain (40 %) qu'en milieu rural (36 %). La couverture complète varie également selon la région : c'est à Kindia qu'elle est la plus élevée (43 %) et, à l'opposé, c'est à Labé (26 %) qu'elle est la plus faible. En outre, la proportion d'enfants complètement vaccinés augmente avec le niveau d'instruction de la mère : elle varie de 36 % parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 51 % pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Il en est de même pour le niveau de vie des ménages : le taux de couverture vaccinale augmente avec le niveau économique du ménage de l'enfant allant de 29 % chez les ménages les plus pauvres à 45 % chez les plus riches.

[2] Il s'agit du BCG, de la rougeole, des trois doses de polio et des trois doses de DTCoq.

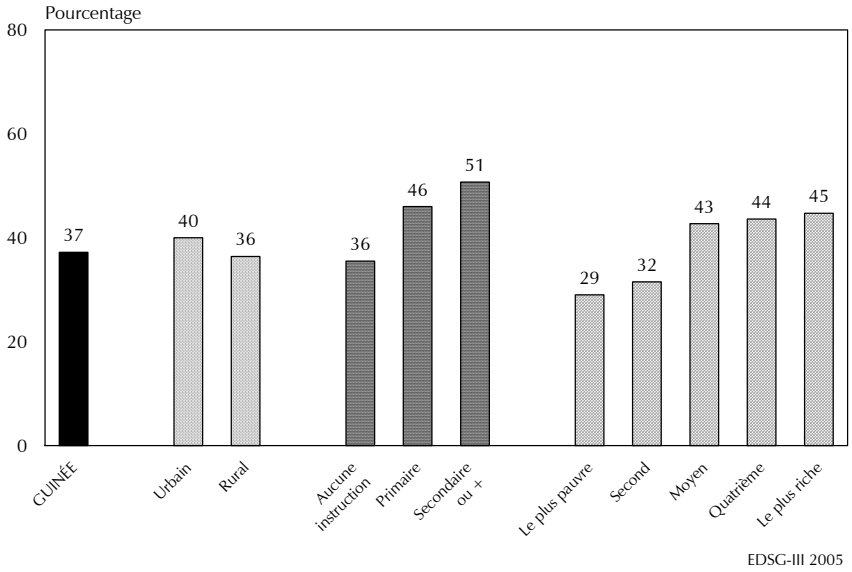
Tableau 9.3 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins déterminés (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio[1] 0	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Tous[2] les vaccins	Aucune vaccination	Fièvre jaune	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
Sexe														
Masculin	80,0	78,4	67,5	51,9	63,2	84,2	70,6	50,8	51,6	38,5	12,9	39,4	53,4	562
Féminin	78,9	76,0	66,6	50,4	57,7	81,9	68,8	49,5	48,8	35,9	14,4	39,0	53,6	557
Rang de naissance														
1	79,1	79,5	70,8	56,3	62,4	82,0	66,9	52,0	54,0	38,4	15,8	42,0	52,2	186
2-3	81,1	79,1	69,6	53,1	64,4	84,8	71,9	52,6	52,6	40,4	12,7	41,5	56,4	364
4-5	80,0	77,7	65,4	51,7	61,5	83,2	72,0	49,9	46,8	36,7	13,3	39,8	55,1	291
6+	76,8	72,7	63,1	44,6	52,9	81,3	66,2	45,9	48,1	32,9	13,9	33,7	48,9	277
Milieu de résidence														
Urbain	89,9	87,1	77,6	58,6	81,9	89,9	75,2	56,5	54,8	40,3	7,1	45,3	67,4	247
Rural	76,5	74,4	64,1	49,0	54,4	81,1	68,1	48,3	48,9	36,4	15,6	37,5	49,6	871
Région administrative														
Boké	80,5	75,5	66,4	41,8	55,2	80,3	68,8	42,9	52,8	32,3	16,3	48,3	44,7	130
Conakry	89,0	83,8	70,2	49,6	82,2	90,5	70,0	47,1	49,5	40,0	7,1	37,2	65,7	115
Faranah	81,7	78,1	68,7	51,3	60,5	88,0	72,0	50,4	53,3	40,8	7,0	37,6	55,0	95
Kankan	76,7	73,6	65,7	54,4	54,5	83,1	73,1	56,0	47,6	40,5	12,9	34,3	54,2	165
Kindia	78,0	76,7	66,6	56,3	66,2	84,3	72,8	58,6	49,3	43,3	15,2	40,7	60,6	152
Labé	71,0	66,3	53,5	46,4	47,2	73,9	63,4	49,1	31,8	26,2	20,2	25,9	37,5	108
Mamou	72,0	70,5	63,7	54,3	59,8	72,7	62,1	40,7	50,9	32,2	20,5	38,5	47,7	74
N'Zérékoré	81,9	83,5	72,8	52,3	59,7	85,0	69,8	49,5	57,3	37,6	12,7	43,7	55,6	280
Région naturelle														
Basse Guinée	80,6	79,3	68,7	51,4	64,3	85,1	72,8	53,5	52,3	39,3	13,6	44,8	56,5	251
Moyenne Guinée	70,8	65,5	56,3	47,5	49,8	71,6	61,9	44,0	39,5	28,8	22,1	32,2	39,6	213
Haute Guinée	75,7	71,4	64,0	51,6	53,2	83,4	72,4	53,3	46,3	39,9	12,1	35,4	52,5	215
Guinée Forestière	83,3	84,9	73,8	53,5	61,6	86,0	70,4	50,6	58,5	38,5	11,6	42,7	56,8	324
Conakry	89,0	83,8	70,2	49,6	82,2	90,5	70,0	47,1	49,5	40,0	7,1	37,2	65,7	115
Niveau d'instruction de la mère														
Aucune instruction	77,2	75,1	65,0	49,1	57,9	81,7	68,1	48,2	47,7	35,5	15,1	36,9	52,3	961
Primaire	91,9	88,4	76,5	59,2	73,1	89,9	75,8	53,6	64,7	46,0	6,2	55,0	58,8	97
Secondaire ou plus	95,3	93,3	84,2	71,0	80,2	93,7	84,6	75,3	67,6	50,7	3,8	50,3	64,2	60
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	68,6	67,5	53,7	38,2	42,8	77,5	61,4	39,3	42,0	29,0	19,9	33,5	40,3	282
Second	72,9	70,4	60,6	45,3	49,5	78,7	66,0	44,4	44,3	31,5	17,8	32,9	48,1	246
Moyen	82,8	80,8	72,5	55,8	62,8	83,8	70,9	53,0	55,7	42,7	11,5	41,7	55,0	215
Quatrième	88,7	86,3	77,8	62,7	76,2	87,2	78,7	62,8	57,0	43,6	9,4	45,6	63,0	202
Le plus riche	91,4	87,9	79,1	61,0	83,4	92,4	76,2	57,7	57,2	44,7	5,3	46,9	69,7	173
Ensemble	79,4	77,2	67,1	51,1	60,5	83,0	69,7	50,1	50,2	37,2	13,7	39,2	53,5	1 118

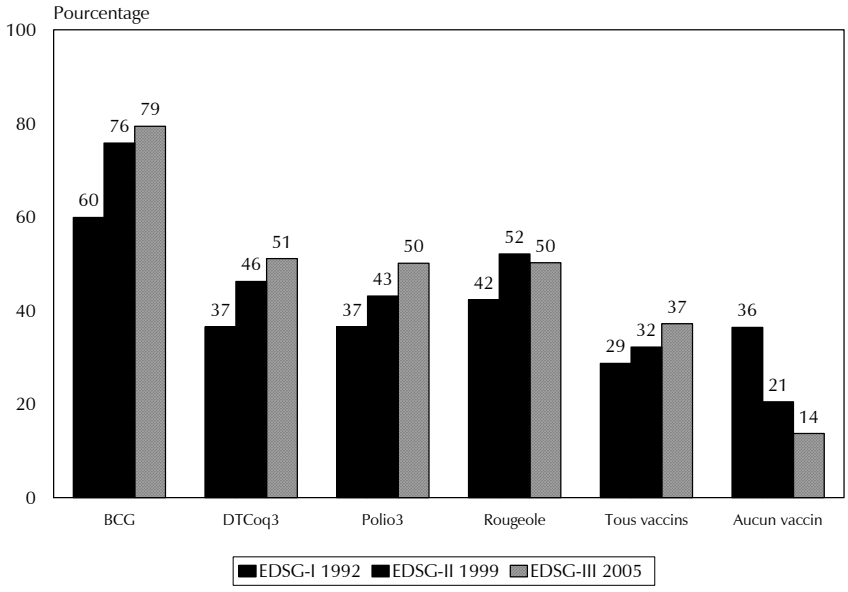
[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Graphique 9.1 **Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques**



Un moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des deux enquêtes précédentes (graphique 9.2). On constate que depuis 1992, date de la première EDS, la couverture vaccinale continue de s'améliorer. La proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cible du PEV qui était 29 % en 1992 atteint 37 % en 2005. À l'inverse, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination continue de chuter de façon importante, passant de 36 % à 21 % entre 1992 et 1999, pour atteindre aujourd'hui 14 %.

Graphique 9.2 **Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon trois sources, 1992-2005**



9.3 MALADIES DES ENFANTS

9.3.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide. Par ailleurs, la fièvre peut être un symptôme important de nombreuses maladies. Au cours de l'EDSG-III, on a donc demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA et ayant eu de la fièvre, on a cherché à connaître le pourcentage de ceux qui avaient été conduits en consultation et l'endroit où cette consultation avait eu lieu ainsi que les traitements éventuels qui avaient été donnés.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'un peu moins d'un sur dix (8 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide (tableau 9.4). C'est chez les enfants de 6-11 mois (12 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes (graphique 9.3). On ne note qu'une légère différence entre les pourcentages de garçons et de filles ayant souffert de toux (respectivement, 9 % et 7 %). En outre, la prévalence des IRA est légèrement plus élevée en milieu rural (8 %) qu'en milieu urbain (7 %).

Du point de vue régional, c'est à Labé (11 %), Conakry (10 %) et N'Zérékoré (9 %) que la prévalence des IRA est la plus élevée. Selon le niveau d'instruction des mères, on constate que les prévalences varient très peu : c'est parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire qu'elle est la plus élevée (13 %). Entre les enfants dont la mère n'a pas d'instruction et ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus, il n'y a quasiment pas d'écart. Par ailleurs, en ce qui concerne la fièvre, on constate que plus du tiers des enfants (34 %) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. C'est parmi les enfants de 6-23 mois que la prévalence a été la plus élevée : en moyenne 44 % des enfants ont eu de la fièvre. De même, parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire (40 %), parmi ceux vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (38 %) et surtout parmi ceux de la région de N'Zérékoré (45 %), la prévalence est plus élevée que la moyenne nationale (34 %).

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, ou ayant eu de la fièvre, seulement 35 % ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil. Les enfants de 36-47 mois et de 12-23 mois sont ceux qui ont été conduits le plus fréquemment dans un établissement sanitaire (respectivement, 39 % et 36 %). En outre, il semble que les garçons soient plus fréquemment conduits en consultation que les filles (37 % contre 32 %).

La fréquentation des établissements sanitaires est beaucoup plus importante en milieu urbain (50 %) qu'en milieu rural (31 %), cela du fait d'une plus grande disponibilité des infrastructures sanitaires et d'une plus grande accessibilité en ville qu'en milieu rural. Du point de vue régional, on remarque que les enfants de Conakry sont ceux qui ont été les plus fréquemment conduits dans des établissements sanitaires (46 %). On constate, par ailleurs, que ce sont les enfants des femmes les plus instruites qui sont les plus fréquemment menés en consultation : 61 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus contre 51 % de ceux dont la mère a un niveau primaire ou est alphabétisée et seulement 31 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction. En outre, les enfants des ménages les plus riches ont plus fréquemment reçu un traitement quand ils étaient malades que ceux des autres ménages (51 % contre 32 % pour le quintile moyen et 25 % pour le quintile le plus pauvre).

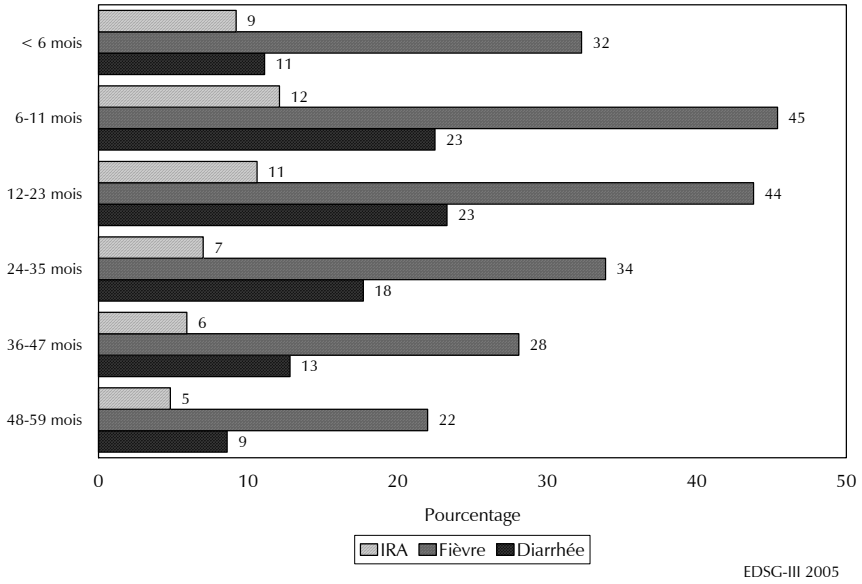
Tableau 9.4 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage de ceux ayant eu des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants avec des symptômes d'IRA	Pourcentage d'enfants avec de la fièvre	Effectif d'enfants	% pour lesquels on a recherché un traitement	Effectif d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA et/ou de la fièvre
Âge en mois					
<6	9,2	32,3	775	28,3	268
6-11	12,1	45,4	617	33,5	289
12-23	10,6	43,8	1 118	36,3	503
24-35	7,0	33,9	1 108	34,7	391
36-47	5,9	28,1	958	39,3	275
48-59	4,8	22,0	1 70	33,3	245
Sexe					
Masculin	8,6	34,1	2 882	37,1	1 021
Féminin	7,4	33,2	2 765	31,7	950
Milieu de résidence					
Urbain	7,3	28,8	1 304	49,9	399
Rural	8,2	35,1	4 343	30,6	1 572
Région administrative					
Boké	8,3	36,9	661	34,6	248
Conakry	9,8	28,0	600	45,9	186
Faranah	6,0	28,4	481	33,8	139
Kankan	8,0	26,5	837	19,8	240
Kindia	6,1	31,5	835	37,7	268
Labé	10,6	32,6	568	24,4	195
Mamou	2,5	26,0	369	26,9	97
N'Zérékoré	9,3	45,4	1 296	40,1	597
Région naturelle					
Basse Guinée	6,2	32,9	1 322	38,5	442
Moyenne Guinée	8,4	31,7	1 111	24,8	367
Haute Guinée	6,9	27,3	1 115	20,3	324
Guinée Forestière	9,3	42,8	1 499	41,2	652
Conakry	9,8	28,0	600	45,9	186
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	7,6	33,1	4 899	31,0	1 677
Primaire	12,6	40,1	469	51,4	199
Secondaire ou plus	7,4	32,4	280	60,9	95
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	9,6	38,0	1 357	24,8	530
Second	7,7	34,0	1 223	31,1	429
Moyen	7,4	33,1	1 176	31,6	398
Quatrième	7,1	32,8	1 024	44,2	350
Le plus riche	7,7	28,4	867	51,2	265
Ensemble	8,0	33,7	5 647	34,5	1 971

[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.
IRA = Infection Respiratoire Aiguë

Graphique 9.3 **Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée selon l'âge**



Traitement de la fièvre

Le tableau 9.5 présente le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, par type de médicaments antipaludéens utilisés pour le traitement et selon le milieu de résidence. Il ressort de ce tableau que la majorité des enfants (62 %) n'ont reçu aucun médicament antipaludéen. Seulement 27 % ont été soignés à l'aide de la chloroquine et 1 % ont été traités avec du Fansidar. Le recours à la chloroquine est plus fréquent en milieu urbain (33 %) qu'en milieu rural où seulement 26 % des enfants ont pris cet antipaludéen.

Tableau 9.5 Médicaments donnés pour traiter la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par résidence, selon le type de médicaments donnés, EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence				
Type de médicament	Conakry	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Antipaludéen					
Fansidar	0,7	0,5	0,6	0,9	0,8
Chloroquine	29,5	36,5	33,4	25,6	27,2
Aucun médicament antipaludéen	68,9	81,0	75,6	58,1	61,6
NSP/ND	1,9	0,2	1,0	1,4	1,3
Aucun remède	16,8	12,7	14,5	26,4	24,1
Effectif d'enfants	168	208	376	1 526	1 902

9.3.2 Diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDSG-III, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient le SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé cela et/ou une solution d'eau sucrée et salée.

De l'examen des données du tableau 9.6, il ressort que 16 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de la diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-23 mois (en moyenne, 23 % comme le montre le graphique 9.3). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

On constate des variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est très proche de celle des filles (17 % contre 15 %). Du point de vue du milieu de résidence, on ne constate pas de différence significative entre les enfants vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural (respectivement, 15 % et 16 %). En ce qui concerne les régions, les résultats montrent que c'est N'Zérékoré (22 %) et Conakry (20 %) qui présentent les plus forts taux de prévalence de la diarrhée, tout comme pour les IRA.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, on s'attend généralement à ce que la prévalence de la diarrhée chez les enfants diminue avec l'augmentation du

Tableau 9.6 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Diarrhée au cours des deux semaines avant l'enquête	Effectif d'enfants
Âge en mois		
<6	11,1	775
6-11	22,5	617
12-23	23,3	1 118
24-35	17,7	1 108
36-47	12,8	958
48-59	8,6	1 070
Sexe		
Masculin	17,2	2 882
Féminin	14,5	2 765
Milieu de résidence		
Urbain	15,4	1 304
Rural	16,0	4 343
Région administrative		
Boké	17,0	661
Conakry	20,0	600
Faranah	13,5	481
Kankan	10,9	837
Kindia	13,8	835
Labé	13,2	568
Mamou	10,6	369
N'Zérékoré	21,6	1 296
Région naturelle		
Basse Guinée	14,8	1 322
Moyenne Guinée	13,1	1 111
Haute Guinée	11,3	1 115
Guinée Forestière	20,6	1 499
Conakry	20,0	600
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune instruction	15,9	4 899
Primaire	19,4	469
Secondaire ou plus	10,2	280
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	18,1	1 357
Second	14,1	1 223
Moyen	15,9	1 176
Quatrième	13,9	1 024
Le plus riche	17,4	867
Ensemble	15,9	5 647

niveau d'instruction de la mère. Or on constate en Guinée que c'est parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire que la prévalence de la diarrhée est la plus élevée (19 %) ; parmi ceux dont la mère est sans instruction, la prévalence est de 16 % et c'est parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus que la prévalence est la plus faible (10 %). Cette prévalence semble ne pas être influencée par le niveau économique du ménage dans lequel vit la mère.

Connaissance des sachets de SRO

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années ayant précédé l'enquête, 89 % ont déclaré connaître le sel de réhydratation par voie orale ou SRO (tableau 9.7). Le niveau de connaissance des sachets de SRO est élevé quelle que soit la caractéristique sociodémographique des mères. Cependant, il faut souligner que cette connaissance est relativement plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (87 % contre 96 %). En outre, on constate que c'est dans les régions de forte prévalence de la diarrhée que sont Conakry et N'Zérékoré que la connaissance du SRO est la plus répandue (respectivement, 94 % et 99 %). Par ailleurs, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus en ont une meilleure connaissance que les autres : 97 % contre 94 % des femmes de niveau primaire et 88 % de celles sans instruction. Selon l'indice de bien-être des ménages, on constate que la connaissance du SRO par les femmes passe de 82 % dans les ménages les plus pauvres à 96 % dans les plus riches.

Traitement de la diarrhée

Le tableau 9.8 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, seulement 27 % ont été conduits dans un établissement sanitaire au cours de leur maladie ; parmi ceux de moins de 6 mois, cette proportion est de seulement 12 % alors qu'à l'opposé, parmi ceux de 12-23 mois, elle atteint 35 %. Par ailleurs, les enfants de Conakry ont été menés en consultation en proportion plus importante (45 %) que ceux des autres régions, notamment Kankan (12 %). Les enfants du milieu urbain (43 %) ont consulté plus que ceux du milieu rural (22 %). Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants dont la mère est sans instruction ont été proportionnellement moins nombreux à avoir été conduits en consultation : 26 % contre 36 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire.

Tableau 9.7 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Effectif
Group d'âges		
15-19	86,0	413
20-24	91,4	811
25-29	88,0	1 019
30-34	89,2	853
35-49	88,7	1 351
Milieu de résidence		
Urbain	95,9	1 075
Rural	86,6	3 372
Région administrative		
Boké	90,9	506
Conakry	93,8	494
Faranah	78,8	387
Kankan	96,3	631
Kindia	86,8	648
Labé	71,2	444
Mamou	72,0	308
N'Zérékoré	98,7	1 028
Région naturelle		
Basse Guinée	90,1	1 017
Moyenne Guinée	72,4	890
Haute Guinée	89,7	857
Guinée Forestière	97,5	1 190
Conakry	93,8	494
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	87,8	3 804
Primaire	94,2	400
Secondaire ou plus	97,1	243
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	82,2	1 038
Second	84,9	933
Moyen	90,7	925
Quatrième	93,8	831
Le plus riche	95,6	720
Ensemble	88,9	4 447

SRO = Sels de réhydratation orale

Tableau 9.8 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

		Thérapie de Réhydratation Orale (TRO)					Autres traitements				
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec diarrhée pour lesquels la mère a consulté[1]	Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Apport en liquides augmenté	SRO, solution maison, ou apport en liquides augmenté	Comprimés ou sirop	Injection/ perfusion	Remède maison/ autre	Aucun traitement	Effectif d'enfants
Âge en mois											
<6	12,1	14,7	7,4	19,2	20,6	34,5	24,5	0,0	27,7	29,0	86
6-11	31,6	29,0	6,9	33,0	32,4	54,4	36,9	0,0	20,0	22,3	139
12-23	34,5	42,1	7,7	44,4	35,9	62,2	37,3	0,7	17,9	14,7	260
24-35	20,9	26,9	6,2	30,5	38,5	56,3	40,1	1,5	20,4	14,4	197
36-47	26,7	40,5	10,0	44,7	33,5	65,3	39,6	2,9	18,2	17,0	123
48-59	25,5	34,7	4,9	38,7	23,3	54,9	38,1	0,0	32,6	11,7	92
Sexe											
Masculin	27,7	33,0	7,8	36,9	31,9	56,8	41,5	0,9	20,1	16,7	495
Féminin	25,9	33,3	6,6	36,3	34,0	56,6	31,5	1,0	22,7	17,8	402
Milieu de résidence											
Urbain	42,9	52,0	14,6	58,3	32,5	67,5	46,0	3,7	17,3	13,1	200
Rural	22,3	27,7	5,2	30,4	32,9	53,6	34,4	0,1	22,4	18,4	697
Région administrative											
Boké	23,0	18,4	15,6	31,0	19,6	45,0	30,9	0,0	29,6	24,1	112
Conakry	45,0	59,7	16,2	65,6	40,1	74,5	47,3	6,2	14,9	11,6	120
Faranah	26,5	33,4	8,1	34,5	27,7	53,2	41,3	0,0	10,9	25,0	65
Kankan	11,8	31,0	6,8	33,2	33,8	60,6	42,1	0,0	16,9	17,8	91
Kindia	32,0	36,7	6,3	41,5	33,9	57,8	37,5	0,9	22,3	10,8	115
Labé	17,3	22,2	7,3	23,8	43,2	53,5	25,2	0,0	27,1	22,9	75
Mamou	15,1	11,7	1,8	13,5	24,9	37,1	17,3	0,0	20,7	42,3	39
N'Zérékoré	27,9	32,8	1,2	32,8	33,8	56,5	38,1	0,0	22,6	12,4	280
Région naturelle											
Basse Guinée	29,8	30,2	10,0	38,8	26,6	53,0	35,7	0,5	27,5	13,9	196
Moyenne Guinée	15,8	17,2	7,9	20,3	35,1	46,7	23,1	0,0	22,9	31,6	146
Haute Guinée	13,0	29,1	5,9	30,6	29,8	55,0	38,5	0,0	13,6	23,7	126
Guinée Forestière	28,9	33,9	2,4	34,1	34,2	57,6	39,8	0,0	22,1	12,1	309
Conakry	45,0	59,7	16,2	65,6	40,1	74,5	47,3	6,2	14,9	11,6	120
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	25,7	31,3	7,1	34,9	33,2	56,5	36,0	0,9	22,5	16,9	778
Primaire	36,3	42,0	7,3	44,2	31,0	57,0	47,3	1,1	11,8	16,1	91
Secondaire	(30,8)	(54,5)	(11,1)	(59,3)	(28,2)	(61,2)	(32,3)	3,0	(18,6)	(28,3)	28
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	16,0	18,2	5,8	22,3	32,5	47,0	34,5	0,4	31,0	16,2	245
Second	21,0	21,6	6,8	25,9	31,3	50,7	38,0	0,0	25,2	18,0	173
Moyen	24,2	32,6	4,9	34,2	36,2	57,5	29,7	0,0	18,7	22,2	187
Quatrième	35,7	45,9	4,3	47,2	26,5	62,9	36,4	0,0	10,6	17,9	142
Le plus riche	46,5	59,3	15,9	65,1	36,9	72,6	49,6	5,0	14,1	11,0	151
Ensemble	26,9	33,1	7,3	36,6	32,8	56,7	37,0	0,9	21,3	17,2	897

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des sels de réhydratation orale (SRO), des solutions maison recommandées, ou l'augmentation de la quantité de liquides.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Bien qu'une forte proportion (89 %) de femmes qui ont eu une naissance dans les cinq ans ayant précédé l'enquête aient déclaré connaître le SRO, on constate qu'une proportion élevée d'enfants qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation ni d'autre traitement (17 %). Seulement 33 % ont reçu des sachets de SRO, 7 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison et, globalement, 57 % ont reçu l'une et/ou l'autre forme de TRO. Ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique leur connaissance de la TRO, ce qui s'explique probablement par des raisons d'accessibilité des centres de santé et de disponibilité des traitements. Ce sont plus particulièrement les enfants âgés de 36-47 mois (65 %), ceux résidant en milieu urbain (68 %) et, enfin, ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (73 %) qui ont reçu le plus fréquemment une TRO au cours de la diarrhée. En ce qui concerne les régions, on constate que c'est à Conakry que la TRO a été le plus fréquemment utilisée (75 %), par contre, dans celle de Mamou, cette proportion n'est que de 37 %.

Par ailleurs, pendant les épisodes de diarrhée, certains enfants ont reçu divers types de traitement, donnés seuls ou en plus de la réhydratation orale. Les traitements administrés sont principalement des comprimés ou du sirop (37 %) et des remèdes traditionnels (21 %).

Tableau 9.9 Alimentation pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon les quantités de liquides et d'aliments données comparées aux rations habituelles, EDSG-III Guinée 2005

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquide donnée	
Comme d'habitude	22,9
Plus que d'habitude	32,8
Un peu moins	19,1
Beaucoup moins	20,7
Rien	3,5
NSP/ND	1,0
Total	100,0
Quantité de nourriture donnée	
Comme d'habitude	29,8
Plus que d'habitude	7,2
Un peu moins	33,9
Beaucoup moins	14,6
Rien	8,7
Ne mange pas encore	5,4
NSP/ND	0,4
Total	100,0
Effectif d'enfants	897

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Au tableau 9.9, on constate que 33 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude lorsqu'ils étaient malades, 23 % ont reçu la même quantité et en revanche, 40 % en ont reçu moins ou beaucoup moins. En ce qui concerne les aliments, on constate que dans 7 % des cas, les rations alimentaires ont été augmentées, dans 30 % des cas, elles n'ont pas changé et pour 34 % des enfants, elles ont été diminuées ; dans 15 % des cas, l'alimentation a même été très réduite, voire complètement stoppée (9 %). Ces résultats indiquent qu'une forte proportion de femmes ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu'elles leur font donc courir des risques accrus de maladie et de décès.

ALLAITEMENT MATERNEL ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

10

Oumar DIALLO

En Guinée, la malnutrition constitue un problème de santé publique. Elle affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Elle résulte d'une alimentation inadéquate, de pratiques alimentaires inappropriées[1] et de maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans des conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective déficientes. Au cours de l'EDSG-III, des informations détaillées relatives à l'alimentation et à la situation nutritionnelle des enfants nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête ont été collectées. En outre, des données sur l'état nutritionnel des femmes en âge de procréation ont également été recueillies.

Ce chapitre est donc consacré à l'analyse des résultats concernant l'alimentation des enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête, leur état nutritionnel et celui des femmes. Il s'articule autour de trois parties : la première est consacrée aux pratiques de l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément ; la deuxième traite des carences en micronutriments (iode, vitamine A) et de la prévalence de l'anémie et enfin, la troisième porte sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes évalué à partir des mesures anthropométriques (poids et taille).

10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Tous les spécialistes en nutrition des enfants et les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont unanimes pour reconnaître que le lait maternel est l'aliment le plus complet pour l'alimentation de l'enfant pendant les six premiers mois qui suivent sa naissance et qu'il est difficile de lui trouver un substitut. En effet, le lait maternel est stérile et permet la transmission des anticorps de la mère à l'enfant, ce qui limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies de l'enfant, notamment au cours des six premiers mois de sa vie. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte à son tour, la morbidité et la mortalité des enfants. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement maternel prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénésique, ce qui influe sur le niveau de fécondité et donc sur l'état de santé des mères et des enfants (voir chapitre 6, Nuptialité et Exposition au Risque de Grossesse).

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement maternel dans la nutrition des nourrissons, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, combien de temps après la naissance l'enfant avait été mis au sein pour la première fois, pendant combien de temps elle l'avait allaité et à quelle fréquence. On leur a également demandé à quel âge les aliments de complément avaient été introduits, le type de ces aliments et la fréquence à laquelle ils ont été donnés aux enfants. Enfin, on a demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

10.1.1 Début de l'allaitement maternel

Le tableau 10.1 présente plusieurs informations : les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq dernières années et qui ont été allaités, les pourcentages de ceux qui ont été allaités dans l'heure ou le jour qui a suivi la naissance et les pourcentages de ceux qui ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. On constate que l'allaitement est une pratique largement répandue en Guinée puisque la

[1] Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de l'introduction de ces aliments dans leur alimentation.

presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités (96 %). Par rapport à l'enquête de 1999, on note une légère amélioration puisqu'à cette date, la proportion d'enfants allaités était de 92 %. De plus, quelle que soit la caractéristique de la mère, on constate que pratiquement tous les enfants sont allaités. Tout au plus, peut-on remarquer que dans la région de Conakry et parmi les enfants vivant dans les ménages les plus riches, la proportion d'enfants allaités est un peu plus faible (respectivement, 93 % et 94 %). Bien que l'allaitement soit une pratique courante, on constate que seulement 40 % des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance. Dans près de trois quarts des cas, les enfants ont été mis au sein pour la première fois le jour qui a suivi leur naissance (74 %). Par rapport à l'enquête précédente, on note une augmentation de ces proportions puisqu'en 1999, 26 % des enfants avaient été mis au sein dans l'heure qui suivait la naissance et 56 % vingt quatre heures après leur naissance. Sur le plan nutritionnel, retarder la mise au sein de l'enfant peut avoir des conséquences néfastes pour sa santé. En effet, c'est lors du premier allaitement, dans les 24 heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum riche en vitamine A et qui contient les anticorps de la mère, essentiels pour sa protection. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit généralement, en substitut, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes. Les résultats du tableau montrent également que, parmi les enfants allaités, 72 % ont reçu divers aliments avant le début de l'allaitement. Cette pratique est particulièrement répandue dans les régions administratives de Mamou et de Labé puisque 90 % des enfants ont été alimentés avant d'être allaités. Cette proportion est également plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (74 % contre 64 %).

Les proportions d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance varient de manière sensible en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère. Il semble que la pratique d'allaiter l'enfant immédiatement après sa naissance soit un peu plus fréquemment suivie par les mères vivant en milieu urbain (46 % contre 39 % en rural), par celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (45 % contre 40 % pour les autres) et par celles vivant dans les ménages les plus riches (46 % contre 37 % pour celles vivant dans un ménage du second quintile). On constate également que l'assistance à l'accouchement et le lieu où celui-ci s'est déroulé semblent influencer le moment auquel a débuté l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé, 45 % des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance contre 37 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle et 29 % quand la mère n'a bénéficié d'aucune assistance. De même, 45 % des enfants nés dans un centre de santé ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance ; quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 38 %.

Les variations observées dans les régions administratives en ce qui concerne la mise au sein de l'enfant dans l'heure suivant la naissance sont importantes. Dans la région de Mamou, seulement 15 % des enfants ont été allaités immédiatement après leur naissance ; dans celle de Conakry, cette proportion est de 50 % et c'est dans la région de Faranah qu'elle est la plus élevée (54 %).

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités, et parmi ceux qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage allaité au sein	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure suivant la naissance	Pourcentage allaité dans le jour suivant la naissance[1]	Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement[2]	Effectif d'enfants allaités
Sexe						
Masculin	95,2	3 294	40,4	75,3	72,1	3 136
Féminin	97,0	3 075	40,0	73,5	72,2	2 982
Milieu de résidence						
Urbain	94,7	1 438	46,1	80,7	64,3	1 362
Rural	96,4	4 932	38,5	72,6	74,4	4 755
Région administrative						
Boké	96,8	743	38,3	62,1	80,3	720
Conakry	92,5	641	50,4	81,0	66,3	593
Faranah	94,4	539	54,0	78,2	65,6	509
Kankan	95,7	970	46,8	64,6	63,8	928
Kindia	96,4	948	37,3	74,4	63,9	914
Labé	94,6	621	39,6	62,5	89,6	588
Mamou	97,5	424	14,8	62,6	90,2	413
N'Zérékoré	97,9	1 485	37,3	91,0	71,1	1 453
Région naturelle						
Basse Guinée	96,6	1 487	36,7	69,7	69,8	1 435
Moyenne Guinée	96,0	1 249	31,9	62,7	88,3	1 199
Haute Guinée	96,0	1 269	50,4	67,3	63,0	1 219
Guinée Forestière	97,0	1 724	38,1	89,7	71,3	1 671
Conakry	92,5	641	50,4	81,0	66,3	593
Niveau d'instruction de la mère						
Aucune instruction	96,3	5 546	39,9	73,4	73,3	5 340
Primaire	94,9	524	40,4	79,8	67,8	497
Secondaire ou plus	93,7	300	45,0	83,7	57,2	281
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de la santé	95,5	2 422	45,3	79,7	61,3	2 312
Accoucheuse traditionnelle	96,4	1 506	37,4	77,9	77,5	1 452
Autre	96,4	1 823	39,9	68,9	77,9	1 757
Personne	96,2	579	28,5	63,8	88,3	557
Lieu d'accouchement						
Centre de santé	95,1	1 960	44,9	80,3	61,2	1 865
À domicile	96,4	4 378	38,4	72,3	77,4	4 222
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	96,9	1 563	39,8	77,1	80,0	1 515
Second	96,4	1 376	36,6	67,4	76,1	1 326
Moyen	96,1	1 323	38,9	72,7	72,7	1 272
Quatrième	96,2	1 164	41,6	76,2	63,3	1 119
Le plus riche	93,8	943	46,4	80,4	63,2	885
Ensemble	96,0	6 370	40,2	74,4	72,1	6 118

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq ans ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête. Y compris 40 cas non déclarés pour l'assistance à l'accouchement et 31 cas pour le lieu d'accouchement.

[1] Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

[2] Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des trois premiers jours avant que la mère ne commence à allaiter de manière régulière.

10.1.2 Allaitement exclusif et introduction de l'alimentation de complément

De la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, le lait maternel seul suffit pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. À cet effet, l'OMS et l'Unicef recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à 6 mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Par contre, à partir de 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. Il est alors fortement recommandé que l'allaitement au sein soit complété par l'introduction d'aliments appropriés pour satisfaire les besoins alimentaires indispensables à sa croissance.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides), il avait reçu au cours des dernières 24 heures (le jour et la nuit ayant précédé l'enquête). Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des 5 années qui ont précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'aux enfants derniers-nés, âgés de moins de 3 ans.

On constate au tableau 10.2 et au graphique 10.1 que la pratique de l'allaitement exclusif est peu fréquente en Guinée puisqu'à moins de 2 mois, seulement 42 % des enfants sont nourris exclusivement avec le lait maternel. Dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent que le nourrisson reçoive autre chose que le lait maternel : à 0-1 mois, 45 % des enfants reçoivent de l'eau seulement en plus du lait maternel, 5 % reçoivent d'autres types de laits et 6 % reçoivent déjà des aliments de complément. Ces proportions sont respectivement de 62 %, 6 % et 7 % dès l'âge de 2-3 mois. En d'autres termes, la grande majorité des jeunes enfants de moins de 6 mois (73 %) ne sont pas allaités comme le recommandent l'OMS et l'Unicef[2].

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car il est le plus souvent associé à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Les résultats présentés au tableau 10.2 montrent qu'en Guinée, la proportion de mères qui utilisent le biberon est faible : 4 % pour l'ensemble des enfants âgés de moins de 6 mois et 5 % pour ceux âgés de 6-9 mois.

[2] OMS et UNICEF (1990). OMS (1994).

Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

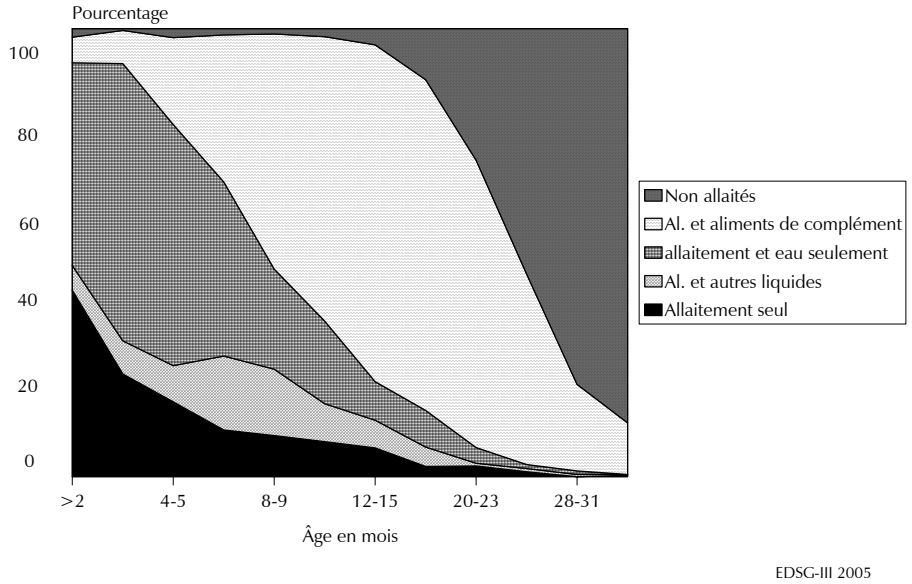
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSG-III Guinée 2005

			Allaitement au sein et alimentation							
Âge en mois	Pas allaité au sein	Exclusivement allaité au sein	Eau seulement	Liquides à base d'eau/jus	Autre lait	Aliments de complément	Total	Effectif d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon[1]	Effectif d'enfants
<2	1,9	41,6	45,2	0,4	5,1	5,7	100,0	251	2,3	258
2-3	0,4	22,9	61,8	1,1	6,3	7,4	100,0	242	4,5	251
4-5	2,0	16,7	53,8	1,3	6,8	19,4	100,0	258	4,4	266
6-7	1,4	10,4	38,8	2,4	14,1	32,8	100,0	234	7,4	245
8-9	1,2	9,2	22,4	1,2	13,6	52,5	100,0	180	2,5	186
10-11	1,8	7,8	18,4	1,9	6,6	63,5	100,0	181	5,2	185
12-15	3,6	6,4	8,6	1,6	4,6	75,1	100,0	489	2,2	506
16-19	11,4	2,3	8,2	0,7	3,6	73,8	100,0	291	3,3	300
20-23	29,4	2,4	3,5	0,0	0,6	64,2	100,0	288	1,4	313
24-27	54,8	1,1	0,9	0,2	0,5	42,5	100,0	383	3,9	445
28-31	79,3	0,0	0,8	0,5	0,0	19,3	100,0	236	3,4	291
32-35	88,0	0,3	0,0	0,2	0,0	11,5	100,0	246	2,9	373
<6	1,5	27,0	53,5	0,9	6,1	11,0	100,0	751	3,7	775
6-9	1,3	9,9	31,7	1,9	13,9	41,4	100,0	414	5,3	432

Note : Le statut de l'allaitement fait référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément. Les catégories « pas allaité au sein », « exclusivement allaité au sein », « allaités et eau seulement », « allaités et liquides à base d'eau/jus », « allaités et autre lait » et « allaités et aliments de complément » sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages atteint 100 %. Ainsi les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « liquides à base d'eau/jus » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

[1] Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



EDSG-III 2005

10.1.3 Durée et fréquence de l'allaitement maternel

Le tableau 10.3 présente la durée médiane de l'allaitement selon le type d'allaitement pour les enfants nés au cours des 3 années ayant précédé l'enquête. La durée médiane de l'allaitement maternel est estimée à 22,4 mois pour l'ensemble du pays, durée identique à celle observée lors de l'EDSG-II de 1999. Des durées plus courtes sont observées en ce qui concerne l'allaitement exclusif (0,6 mois) ou l'allaitement prédominant (6,4 mois). Le graphique 10.2 fournit les durées médianes d'allaitement pour certains pays d'Afrique de l'Ouest, calculées selon le même procédé.

Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement et eau) des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête et vivant avec leur mère, pourcentage d'enfants allaités de moins de six mois vivant avec leur mère et qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitements (de jour et de nuit), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

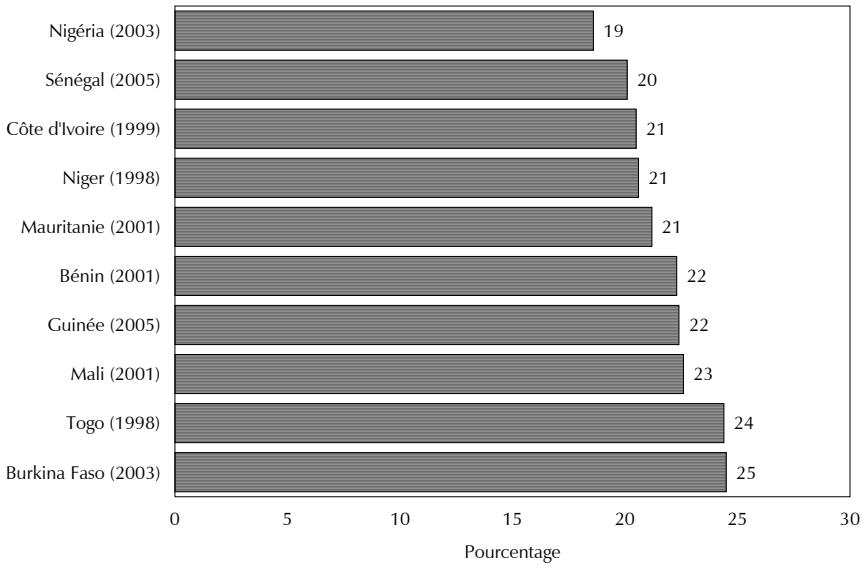
	Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois)				Enfants de moins de six mois allaités au sein			
Caractéristique sociodémographique	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein pré-dominant	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité 6 fois ou plus dans les dernières 24 heures	Nombre moyen de repas par jour	Nombre moyen de repas par nuit	Effectif d'enfants
Sexe								
Masculin	22,1	0,7	6,7	2 045	96,4	7,3	4,4	377
Féminin	22,7	0,5	6,1	1 918	96,8	7,3	4,1	373
Milieu de résidence								
Urbain	22,0	0,7	5,7	914	94,7	6,9	4,3	144
Rural	22,5	0,6	6,6	3 049	97,0	7,4	4,2	605
Niveau d'instruction de la mère								
Aucune instruction	22,6	0,6	6,6	3 422	97,0	7,3	4,2	652
Primaire	21,6	0,5	5,3	341	93,5	6,7	4,3	67
Secondaire ou plus	21,2	0,7	6,7	200	(93,2)	(7,1)	(3,7)	30
Ensemble	22,4	0,6	6,4	3 962	96,6	7,3	4,2	749
Moyenne	22,7	3,1	8,2	na	na	na	na	na

Note : Les durées moyennes et médianes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.
na = Non applicable
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

On constate peu d'écart selon les caractéristiques sociodémographiques. Par rapport au sexe, les écarts observés sont peu significatifs : 22,1 mois pour le sexe masculin contre 22,7 mois pour le sexe féminin. Il en est de même au niveau du milieu de résidence : 22,5 mois pour le milieu rural et 22,0 mois pour le milieu urbain.

La durée médiane d'allaitement maternel diminue légèrement avec le niveau d'instruction de la mère : elle passe de 22,6 mois pour les enfants de mère sans niveau d'instruction à 21,6 mois pour les enfants de mère ayant un niveau d'instruction primaire et 21,2 mois pour ceux dont la mère possède un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 10.2 **Durée médiane de l'allaitement dans certains pays d'Afrique de l'Ouest**



En outre, le tableau 10.3 montre que 97 % des enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités au sein l'ont été 6 fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. La fréquence quotidienne des allaitements est plus élevée pendant le jour que pendant la nuit (respectivement, 7,3 et 4,2 fois, en moyenne).

10.1.4 Type d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments administrés aux enfants derniers-nés de moins de trois ans, sont présentées au tableau 10.4. Comme on l'a mentionné précédemment, l'introduction d'aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation des enfants est recommandée à partir de l'âge de 6 mois. Il est important de noter que plusieurs types d'aliments pouvant être donnés à la fois, la somme des pourcentages peut dépasser 100 %. De plus, l'analyse sera limitée aux seuls résultats concernant les enfants ayant été allaités à cause de la faiblesse des effectifs de jeunes enfants non allaités.

On constate qu'en Guinée l'introduction précoce de liquides, autres que le lait maternel, et d'aliments solides ou semi-solides a lieu bien avant 6 mois. En effet, à 2-3 mois, près d'un enfant sur cinq (19 %) ont déjà reçu de la nourriture solide ou semi-solide et 5 % des aliments à base de céréales ; à 4-5 mois, ces proportions sont, respectivement, de 38 % et 16 %. Par contre, à 6-7 mois, âges auxquels le lait maternel seul ne suffit plus, seulement un peu plus de la moitié des enfants (52 %) reçoivent une alimentation solide ou semi-solide et, par conséquent, près d'un enfant de ce groupe d'âges sur deux n'est pas nourri de manière adéquate. En outre, seulement, 6 % sont nourris avec de la viande/volaille/poisson et 9 % avec des aliments riches en vitamine A. Dans seulement 11 % des cas, on a donné aux enfants d'autres laits, des fromages ou des yaourts. La faible consommation de ces aliments peut être attribuée, en partie, à des croyances et à des habitudes culturelles. Ce n'est qu'à partir de 12 mois que la quasi-totalité des enfants reçoivent une nourriture solide ou semi-solide (90 %).

Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu certains aliments déterminés le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction du fait qu'ils sont, ou non, allaités, selon l'âge en mois, EDSG-III Guinée 2005

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes	Nourriture à base de racines, de tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquillages/œufs	Nourriture à base d'huile/ graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en vitamine A	Nourriture solide ou semi solide quelconque	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS AU SEIN												
<2	2,6	3,5	2,3	5,3	3,3	0,0	0,5	1,3	3,0	2,5	18,3	246
2-3	3,1	5,5	3,8	5,2	4,3	1,1	0,9	2,5	2,1	3,1	18,6	241
4-5	9,3	3,4	3,2	15,5	5,8	4,2	0,0	3,0	3,2	3,1	37,5	253
6-7	19,7	11,0	8,3	26,0	13,4	4,5	2,1	6,0	5,4	8,9	51,5	231
8-9	22,0	12,3	16,6	47,7	17,9	5,2	0,7	13,3	14,9	13,6	71,2	178
10-11	17,6	9,8	13,8	55,5	25,9	12,0	1,2	17,1	20,9	16,9	83,1	178
12-15	12,9	8,6	21,3	73,0	32,6	17,2	7,6	29,5	31,9	23,3	89,9	471
16-19	20,8	11,7	26,2	75,2	41,1	16,1	5,1	32,1	33,6	31,8	95,0	258
20-23	7,9	11,6	24,5	83,0	47,1	19,0	5,7	37,1	34,3	34,8	95,9	203
24-35	13,3	10,2	21,4	89,0	45,6	25,3	11,7	33,3	33,8	34,9	96,7	251
<6	5,1	4,1	3,1	8,7	4,5	1,8	0,4	2,3	2,8	2,9	25,0	740
6-9	20,7	11,6	11,9	35,5	15,4	4,8	1,5	9,2	9,5	10,9	60,1	408
ENFANTS NON ALLAITÉS AU SEIN												
16-19	(16,9)	(18,4)	(59,8)	(86,6)	(74,2)	(48,9)	(28,0)	(50,3)	(60,0)	(59,7)	(96,2)	33
20-23	11,1	19,9	23,9	83,5	54,7	29,1	9,7	33,9	45,0	40,7	95,2	85
24-35	7,4	18,3	33,9	90,5	53,0	27,1	13,4	38,1	43,4	40,6	97,9	614

Note : Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (le jour et la nuit ayant précédé l'enquête). Les aliments riches en vitamine A comprennent : les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, et les papayes.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS

Les carences en micronutriments comme la vitamine A, l'iode, le fer, le calcium et le zinc sont à l'origine de manifestations diverses pouvant revêtir plusieurs formes et qui apparaissent souvent simultanément. Par exemple, les carences en vitamine A peuvent entraîner la cécité crépusculaire, celles de l'iode, le goitre et le crétinisme et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, notamment l'affaiblissement du système immunitaire.

10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation d'iode peut entraîner des troubles souvent graves et parfois irréversibles (avortements spontanés, mortalités périnatale et infantile, accouchements prématurés, anomalies congénitales, retard de croissance, difficultés d'apprentissage, crétinisme et goitre, ce dernier étant le signe le plus visible). L'apport alimentaire insuffisant en iode est généralement dû à la pauvreté en iode du sol d'où les aliments ont été extraits. En Guinée, la stratégie de lutte consiste en la promotion de la consommation de sel iodé et l'obligation de l'iodation du sel de cuisine consommé sur le territoire national à 100 parties par million (ppm).

Au cours de la collecte des données, les enquêteurs ont testé le sel de cuisine dans chaque ménage visité pour savoir s'il s'agissait ou non de sel iodé. Il convient de noter que le sel a été testé dans 92 % des

ménages, et que 6 % des ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête. C'est dans la région de Conakry que la proportion de ménages dans lesquels le test a eu lieu est la plus faible (78 %) et c'est également dans cette région que la proportion de ménages dans lesquels le sel n'a pas été testé est la plus élevée (18 %).

Le tableau 10.5 montre que dans la moitié des ménages (51 %) le sel testé était iodé. Les résultats en fonction du milieu de résidence montrent que la proportion de ménages disposant de sel iodé est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (56 % contre 49 %). Par région naturelle, il y a également de fortes disparités puisqu'en Haute Guinée, seulement 38 % des ménages disposaient de sel iodé au moment de l'enquête alors qu'en Basse Guinée, cette proportion est de 68 %. Dans les régions administratives, les écarts sont tout aussi importants, la proportion de ménages disposant de sel iodé variant d'un minimum de 27 % à Faranah à un maximum de 74 % à Boké. Par contre, la consommation de sel iodé ne semble pas liée au niveau de vie du ménage puisqu'on ne constate pratiquement pas d'écart entre les différents quintiles, ce qui laisse supposer que la consommation de sel iodé est liée à sa disponibilité sur le marché.

Tableau 10.5 Sel iodé dans le ménage

Répartition (en %) des ménages disposant de sel iodé, pourcentage de ménages dont le sel a été testé pour la présence d'iode et pourcentage de ménages ne disposant pas de sel, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Sel iodé dans le ménage		Total	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages testés	Pourcentage de ménages sans sel	Effectif de ménages
	Sel iodé	Sel non iodé					
Milieu de résidence							
Urbain	56,2	43,8	100,0	1 514	84,7	12,6	1 788
Rural	48,9	51,1	100,0	4 256	94,7	3,7	4 494
Région administrative							
Boké	73,9	26,1	100,0	650	93,0	4,5	699
Conakry	50,8	49,2	100,0	705	78,2	18,4	901
Faranah	27,2	72,8	100,0	484	92,9	5,8	521
Kankan	43,9	56,1	100,0	719	96,1	3,8	748
Kindia	58,1	41,9	100,0	798	95,4	3,3	837
Labé	32,2	67,8	100,0	714	92,4	5,2	772
Mamou	50,9	49,1	100,0	512	95,5	2,9	537
N'Zérékoré	58,1	41,9	100,0	1 188	93,8	4,4	1 267
Région naturelle							
Basse Guinée	68,1	31,9	100,0	1 263	95,2	3,4	1 326
Moyenne Guinée	40,7	59,3	100,0	1 411	92,9	4,6	1 518
Haute Guinée	37,8	62,2	100,0	1 016	95,8	3,8	1 060
Guinée Forestière	54,8	45,2	100,0	1 376	93,2	5,0	1 476
Conakry	50,8	49,2	100,0	705	78,2	18,4	901
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	51,6	48,4	100,0	1 152	95,8	2,1	1 203
Second	50,5	49,5	100,0	1 328	94,0	4,5	1 413
Moyen	50,1	49,9	100,0	1 173	95,2	3,9	1 232
Quatrième	50,3	49,7	100,0	1 105	91,5	6,5	1 208
Le plus riche	51,6	48,4	100,0	1 012	82,5	14,7	1 226
Ensemble	50,8	49,2	100,0	5 770	91,9	6,3	6 282

10.2.2 Consommation de micronutriments chez les enfants

La carence en vitamine A, ou avitaminose A, est la principale cause de cécité évitable en Afrique. Elle accroît le risque de mortalité et de morbidité. En effet, une carence en vitamine A même modérée altère le système immunitaire et réduit la résistance aux infections. La vitamine A est indispensable à la croissance, à la vue et au maintien des cellules épithéliales. Les groupes vulnérables à la carence en vitamine A sont constitués des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et de celles qui allaitent. L'UNICEF, l'OMS et l'IVACG (International Vitamin A Consultative Group) recommandent à tous les pays qui ont une mortalité infanto juvénile supérieure à 70 ‰, la supplémentation systématique en capsules de vitamine A suivant un protocole défini : 2 méga doses de vitamines A administrées à intervalles de 4 à 6 mois chez les enfants de 6 à 59 mois. Un taux de couverture de 80 % au moins est nécessaire pour éliminer virtuellement la carence en vitamine A dans les populations où la prévalence est importante**.** En Guinée, les stratégies mises en place contre les carences en micronutriments en général et la vitamine A en particulier sont entre autres **:**

- la supplémentation en capsules de vitamine A dans les Centres de Santé et lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) ;
- l'enrichissement des aliments en vitamine A ;
- la promotion de la consommation de produits riches en vitamine A ; et
- la promotion de la culture des aliments riches en vitamine A.

Depuis 1999, la Guinée organise régulièrement des campagnes de distribution de vitamine A chez les enfants de 6-59 mois dont certaines sont couplées avec les Journées Nationales de Vaccination.

Le tableau 10.6 présente le pourcentage d'enfants, derniers-nés âgés de moins de 3 ans, qui ont consommés des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête[3]. Il présente aussi le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu au moins une dose de vitamine A en capsule au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Plus des deux tiers des enfants de moins de cinq ans ont reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête (68 %). Cette proportion varie selon les caractéristiques sociodémographiques. En fonction de l'âge, on constate que ce sont les enfants de 12-23 mois qui ont été, proportionnellement, les plus nombreux à en avoir reçu (71 %) et à l'opposé, ce sont ceux de 10-11 mois qui en ont reçu le moins fréquemment (59 %). Entre les enfants allaités et ceux qui ne le sont pas, l'écart est très faible (respectivement, 67 % contre 69 %). Par contre, en ce qui concerne le milieu de résidence, les disparités sont frappantes : en milieu urbain, 82 % des enfants ont bénéficié d'un complément de vitamine A ; en milieu rural, cette proportion n'est que de (64 %). Du point de vue des régions administratives, on note également des écarts : dans les régions de Faranah (79 %), Conakry (79 %), Kindia (78 %) et N'Zérékoré (74 %), au moins les trois-quarts des enfants ont reçu cet apport nutritionnel contre seulement 38 % dans celle de Mamou. Par ailleurs, le fait que la mère soit instruite semble avoir une incidence sur la supplémentation en vitamine A. En effet, 87 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction, au moins secondaire et 84 % de ceux dont la mère a un niveau primaire ont reçu des suppléments de vitamine A contre seulement 66 % de ceux dont la mère n'a pas d'instruction. De même, les proportions d'enfants ayant reçu des capsules de vitamine A augmentent des ménages les plus pauvres aux plus riches, passant de 57 % à 83 %.

[3] La liste des aliments considérés comme riches en vitamine A figure en note du tableau 10.6.

Tableau 10.6 Consommation de micronutriments

Pourcentage de derniers-nés, âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans un ménage disposant de sel iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A[1]	Effectif d'enfants	A consommé des compléments de vitamine A	Effectif d'enfants	Pourcentage vivant dans un ménage disposant de sel iodé	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois						
<6	3,1	751	na	na	51,9	738
6-9	11,1	414	65,7	432	52,1	401
10-11	17,1	181	59,0	185	54,8	182
12-23	30,3	1 068	70,7	1 118	52,9	1 084
24-35	39,0	865	69,2	1 108	51,5	1 051
36-47	na	na	67,0	958	51,3	926
48-59	na	na	68,1	1 070	53,1	1 018
Sexe						
Masculin	21,3	1 663	68,2	2 492	51,4	2 748
Féminin	25,2	1 615	68,1	2 380	53,1	2 652
Allaitement						
Allaité au sein	17,8	2 509	66,6	1 860	52,5	2 509
Non allaité au sein	41,5	754	69,4	2 957	52,3	2 838
Milieu de résidence						
Urbain	22,0	760	81,8	1 153	60,4	1 191
Rural	23,6	2 518	64,0	3 719	50,0	4 209
Région administrative						
Boké	37,5	370	58,5	576	76,0	640
Conakry	16,2	363	79,4	536	54,0	526
Faranah	32,3	291	78,8	423	29,8	461
Kankan	24,6	495	65,3	718	44,1	823
Kindia	26,0	465	78,0	718	56,4	807
Labé	16,5	329	54,9	479	33,2	533
Mamou	8,7	217	38,4	320	52,0	351
N'Zérékoré	20,5	748	73,5	1 102	58,6	1 257
Niveau d'instruction de la mère						
Aucune instruction	23,2	2 817	65,6	4 224	52,2	4 697
Primaire	20,9	286	83,7	397	54,6	441
Secondaire ou plus	26,6	175	87,0	250	48,8	262
Âge de la mère à la naissance						
<20	24,1	598	67,0	879	51,8	946
20-24	22,0	666	69,4	1 091	50,2	1 196
25-29	24,3	808	68,1	1 174	53,2	1 304
30-34	22,3	612	66,1	928	54,8	1 031
35-49	23,2	595	70,4	800	51,4	923
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	22,4	770	57,0	1 153	52,6	1 308
Second	23,9	720	61,7	1 051	51,9	1 191
Moyen	25,0	688	68,5	1 011	49,2	1 136
Quatrième	23,3	588	77,2	878	53,7	984
Le plus riche	20,8	512	82,9	777	54,9	781
Ensemble	23,2	3 278	68,2	4 871	52,3	5 399

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.
[1] Y compris les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, les papayes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.
na = Non applicable

Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A. Seulement, un peu plus du cinquième des enfants de moins de cinq ans (23 %) ont consommé ce type d'aliments au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les enfants qui ne sont pas allaités (42 %), parmi ceux de 24-35 mois (39 %) et parmi ceux des régions administratives de Boké (38 %) et de Faranah (32 %). À l'opposé, dans celle de Mamou, cette proportion n'est que de 9 %. On constate également que les filles ont reçu plus fréquemment que les garçons ce type d'aliments (25 % contre 21 %). De même, les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été plus fréquemment nourris avec des fruits et légumes riches en vitamine A que les autres (27 % contre 21 % quand la mère a un niveau primaire).

Par ailleurs, plus d'un enfant sur deux (52 %) âgé de moins de cinq ans vit dans un ménage disposant de sel correctement iodé. Cette proportion est de 60 % en milieu urbain contre 50 % en milieu rural. Les enfants de Faranah, Labé et Kankan sont plus susceptibles de courir des risques de carence en iode car ils sont proportionnellement les moins nombreux à vivre dans un ménage disposant de sel correctement iodé (respectivement, 30 %, 33 % et 44 %).

10.2.3 Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. À cette question, seulement, 33 % des mères ont déclaré avoir reçu effectivement de la vitamine A (tableau 10.7).

On note des écarts importants en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. En milieu urbain (51 %), parmi les femmes les plus instruites (51 %) et parmi celles vivant dans les ménages du quintile le plus riche (53 %), au moins la moitié ont reçu ce type de supplément après leur accouchement. À l'opposé, seulement 31 % des femmes sans instruction, 20 % de celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre et 27 % de celles du milieu rural ont reçu ce type de compléments nutritionnels. Les résultats selon les régions administratives mettent également en évidence des disparités: ce sont les femmes des régions de Conakry (52 %) et Kindia (42 %) qui en ont le plus fréquemment bénéficié ; à l'opposé, dans la région de Mamou, seulement 15 % ont reçu cet apport nutritionnel.

La première manifestation clinique de la carence en vitamine A est la cécité crépusculaire qui touche particulièrement les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si, pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au lever du jour.

Les résultats du tableau 10.7 indiquent que près d'une femme sur cinq (18 %), ayant eu un enfant au cours des 5 dernières années, a déclaré que, pendant sa grossesse, elle avait eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit et/ou au lever du jour. Cependant, certaines femmes ont déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, semble-t-il, d'autres problèmes oculaires qui ne sont pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. On a donc calculé une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire en éliminant les femmes ayant déclaré avoir eu d'autres problèmes oculaires. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi « ajustée » est estimée à 3 %. On note que cette prévalence est particulièrement élevée dans la région administrative de N'Zérékoré (7 %).

Tableau 10.7 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop pendant un nombre déterminé de jours et pourcentage de celles vivant dans un ménage disposant de sel iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	A reçu vitamine A post-partum[1]	Cécité nocturne déclarée	Cécité nocturne ajustée[2]	Compléments de fer au cours de la grossesse (en nombre de jours)					Effectif de femmes	Femmes vivant dans un ménage disposant de sel iodé	Effectif de femmes
				Aucun jour	<60	60-89	90+	NSP/ ND			
Âge de la mère à la naissance											
<20	31,7	17,5	2,5	21,6	23,0	12,6	33,4	9,4	795	50,0	727
20-24	34,7	19,1	3,2	23,0	21,1	13,7	32,2	9,9	888	46,0	832
25-29	34,9	16,4	2,9	25,4	22,7	11,6	32,0	8,2	1 025	49,8	948
30-34	32,2	15,6	2,5	25,2	19,2	13,1	33,2	9,3	855	51,2	794
35-49	30,0	20,4	3,1	27,1	20,4	11,0	32,2	9,2	885	50,5	834
Milieu de résidence											
Urbain	50,9	13,2	2,0	11,5	18,3	13,0	41,9	15,3	1 075	53,8	931
Rural	27,0	19,2	3,1	28,7	22,3	12,2	29,6	7,2	3 372	48,2	3 204
Région administrative											
Boké	41,1	20,8	2,1	25,6	22,6	9,3	37,2	5,4	506	72,1	476
Conakry	51,9	12,5	2,2	11,6	19,3	10,8	33,5	24,7	494	43,8	392
Faranah	29,1	14,7	0,3	20,3	18,0	12,4	34,7	14,6	387	28,3	363
Kankan	30,4	18,2	2,7	27,2	23,2	13,0	30,6	6,0	631	41,8	605
Kindia	41,5	19,2	1,2	22,9	12,3	14,4	44,7	5,8	648	57,0	622
Labé	26,1	18,7	2,0	29,9	18,8	11,7	31,3	8,2	444	33,4	406
Mamou	15,0	7,9	0,4	45,7	21,3	3,2	9,3	20,6	308	50,4	294
N'Zérékoré	25,1	21,3	6,6	22,7	28,5	16,1	30,2	2,6	1 028	55,0	975
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	30,7	17,9	2,8	26,9	21,0	12,0	31,2	8,9	3 804	49,5	3 569
Primaire	41,6	19,2	2,7	12,5	23,8	13,4	40,6	9,6	400	50,2	355
Secondaire ou plus	50,5	12,8	3,7	7,9	21,5	15,9	41,5	13,3	243	47,3	210
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	19,9	22,1	4,1	38,6	22,8	10,3	23,2	5,2	1 038	49,2	985
Second	28,7	18,1	2,1	32,0	21,6	11,5	29,4	5,5	933	50,1	892
Moyen	29,6	18,5	3,1	23,1	24,0	14,8	30,2	7,8	925	49,1	877
Quatrième	39,7	15,1	2,6	12,8	19,2	13,7	43,6	10,6	831	51,9	772
Le plus riche	52,8	13,2	1,9	10,0	17,8	11,9	40,6	19,7	720	46,6	608
Ensemble	32,8	17,8	2,8	24,6	21,3	12,4	32,6	9,2	4 447	49,5	4 135

Note : Pour les femmes ayant eu plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.
[1] Au cours des deux premiers mois après l'accouchement.
[2] Femmes ayant déclaré souffrir de cécité nocturne mais qui ont déclaré ne pas avoir de difficulté pour y voir pendant le jour.

Le tableau 10.7 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer au cours de la grossesse. Dans l'ensemble, un quart des femmes (25 %) n'ont pas pris de fer pendant la grossesse. À l'opposé, 21 % en ont pris pendant une durée inférieure à deux mois, 12 % pendant une durée comprise entre 2 mois et moins de 3 mois et 33 % pendant trois mois ou plus. C'est parmi les femmes les plus instruites (42 %), parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (41 %), parmi celles du milieu urbain (42 %) et parmi celles de la région administrative de Kindia (45 %) que les proportions de celles qui ont reçu des compléments de fer pendant leur grossesse sont les plus élevées. Il faut souligner que dans la région administrative de Mamou, cette proportion est extrêmement faible

(9 %). Notons enfin qu'une femme sur deux vivait dans un ménage disposant de sel iodé (50 %) et que cette proportion varie d'un maximum de 72 % dans la province administrative de Boké à un minimum de 28 % dans celle de Faranah.

10.3 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE

L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et une diminution de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. C'est la carence en micronutriments la plus répandue à travers le monde. Elle est principalement due à un manque de fer dans l'organisme qui est un élément constitutif essentiel des globules rouges du sang. Cependant, dans les zones à forte endémicité d'infections parasitaires comme la Guinée (voir chapitre 11, Paludisme), le paludisme et les autres parasitoses contribuent à la prévalence élevée de l'anémie.

La carence en fer a de nombreuses conséquences particulièrement chez les enfants et chez les femmes. Chez les enfants, elle accroît les risques de retard de développement moteur et de coordination, de difficultés scolaires et la diminution de l'activité physique. Chez les femmes, l'anémie peut entraîner la diminution de la résistance, la fatigue et particulièrement pour la femme enceinte, l'augmentation du risque de mortalité et de morbidité maternelle et fœtale ainsi que le risque d'avoir un enfant de faible poids à la naissance.

Au cours de la collecte des données, on a relevé, dans un ménage sur deux, les mesures du poids et de la taille des femmes et des enfants et on a également prélevé du sang capillaire pour le dosage de l'hémoglobine. Le prélèvement a été réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire a été prélevé au moyen d'une piqûre au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (Tenderlette) ; b) on laissait tomber une goutte de sang sur une microcuvette que l'on introduisait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), qui en moins d'une minute a donné la valeur du taux d'hémoglobine en grammes par décilitre de sang (g/dl) ; et c) cette valeur a été enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée selon trois niveaux suivant la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant un taux inférieur à 7,0 g/dl sont considérés comme ayant une anémie sévère ; ceux ayant un taux compris entre 7,0 et 9,9 g/dl présentent une anémie modérée ; les enfants et les femmes enceintes ayant un taux compris entre 10,0 et 10,9 g/dl et les femmes non enceintes ayant un taux entre 10,0 et 11,9 g/dl ont une anémie légère.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang. On assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1998). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. En Guinée, comme une frange de la population vit dans des régions de hautes altitudes, il s'est avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine en fonction de l'altitude.

10.3.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Les résultats du tableau 10.8 indiquent que, dans l'ensemble, près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (77 %) sont atteints d'anémie ; près de la moitié des enfants souffrent d'anémie modérée (47 %) ; environ un sur cinq est atteint de la forme légère (23 %) et 7 % sont gravement anémiés. Par rapport à l'âge de l'enfant, les résultats montrent que la prévalence de l'anémie est très élevée entre 6 et 35 mois (au moins 80 %). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. En outre,

entre 6-9 mois, 15 % des enfants sont sévèrement anémiés ; entre 12-23 mois, cette proportion est de 12 %.

Les résultats mettent en évidence des niveaux d'anémie particulièrement élevés parmi les enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (80 %) et parmi ceux des régions de Faranah (85 %) et N'Zérékoré (87 %). Dans ces régions, on note également des proportions relativement élevées d'enfants souffrant d'anémie sous la forme sévère (respectivement, 9 % et 12 %). En outre, on constate que la prévalence de l'anémie est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (78 % contre 73 %) ; elle est également plus élevée parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction ou un niveau primaire que parmi ceux dont la mère a un niveau au moins secondaire (78 % et 76 % contre 73 %).

Tableau 10.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Anémiée	Niveau d'anémie: Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modéré (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (inférieur à de 7,0 g/dl)	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois					
6-9	81,7	23,8	43,4	14,5	213
10-11	79,7	20,2	51,3	8,2	98
12-23	85,9	17,3	57,0	11,6	562
24-35	81,2	24,7	51,1	5,4	560
36-47	72,4	25,7	43,2	3,5	535
48-59	62,9	27,4	33,0	2,5	631
Sexe					
Masculin	76,2	24,4	44,9	6,9	1 313
Féminin	75,7	23,0	46,7	6,1	1 286
Milieu de résidence					
Urbain	72,0	25,9	42,8	3,3	610
Rural	77,1	23,0	46,6	7,5	1 989
Région administrative					
Boké	68,9	24,4	40,5	3,9	290
Conakry	67,9	21,9	44,5	1,5	246
Faranah	84,0	22,4	52,9	8,7	247
Kankan	79,1	27,4	45,6	6,1	415
Kindia	70,7	23,1	42,5	5,0	385
Labé	61,7	24,5	34,1	3,1	237
Mamou	76,0	26,2	44,9	4,9	180
N'Zérékoré	86,1	21,4	52,9	11,8	599
Niveau d'instruction de la mère[1]					
Aucune instruction	77,3	23,9	46,5	7,0	2 089
Primaire	75,2	21,0	49,0	5,3	196
Secondaire ou plus	72,5	20,8	47,1	4,6	95
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	79,8	23,1	50,5	6,2	622
Second	78,6	24,7	45,6	8,3	522
Moyen	74,8	22,3	43,8	8,7	563
Quatrième	73,6	23,4	44,2	6,0	486
Le plus riche	70,8	25,6	43,1	2,0	406
Ensemble	75,9	23,7	45,7	6,5	2 599

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC (1998).
[1] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.
g/dl = grammes par décilitre

10.3.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 10.9 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de la moitié des femmes (53 %) sont anémiées ; plus d'un tiers (35 %) souffrent d'anémie sous une forme légère, 15 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. Cette prévalence varie selon l'âge et c'est à 20-34 ans qu'elle est la plus élevée (en moyenne 55 %). Les femmes de 15-24 ans et celles de 45-49 ans sont celles chez qui la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée (4 % dans chaque groupe d'âges). Par ailleurs, plus des deux tiers des femmes enceintes sont anémiées (69 %). La prévalence parmi les femmes qui allaitent est légèrement supérieure à la moyenne nationale (55 %). On constate que la prévalence de l'anémie de la femme augmente régulièrement au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente : de 50 % quand la femme n'a pas d'enfant, la prévalence passe à 55 % quand elle en a, au moins, 6.

La prévalence de l'anémie varie également en fonction des autres variables. Elle est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (55 % contre 49 %). Au niveau des régions, les proportions de femmes anémiées varient de 63 % à Kankan et 59 % à N'Zérékoré (59 %) à un minimum de 46 % dans celle de Kindia et de 48 % dans celle de Conakry Le niveau d'instruction n'a une réelle incidence qu'à partir du secondaire : la prévalence est de 54 % parmi les femmes qui sont sans niveau d'instruction et parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire contre 48 % pour celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire. Le niveau de vie du ménage influence le niveau de la prévalence de l'anémie, celle-ci passant de 57 % parmi les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres à 50 % parmi celles appartenant aux ménages les plus riches.

Tableau 10.9 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Anémiée	Niveau d'anémie			Effectif de femmes
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
Groupe d'âges[1]					
15-19	50,9	29,4	19,7	1,8	814
20-24	56,5	36,8	17,3	2,4	571
25-29	54,4	36,4	17,1	1,0	623
30-34	55,6	38,2	16,4	1,1	545
35-39	52,7	36,6	14,6	1,5	578
40-44	55,6	39,4	15,0	1,1	385
45-49	47,1	33,7	12,2	1,2	373
Enfants nés vivants[2]					
Aucun enfant	49,9	31,6	16,6	1,7	840
1	52,6	32,4	18,0	2,2	463
2-3	54,8	35,9	17,5	1,4	861
4-5	53,9	38,1	15,0	0,9	759
6+	54,9	37,3	16,0	1,5	964
État de la femme[2]					
Enceinte	69,4	27,3	38,9	3,2	387
Allaite au sein	55,1	37,8	15,8	1,4	1 250
Ni l'un, ni l'autre	49,6	35,3	13,1	1,2	2 251
Milieu de résidence					
Urbain	49,3	34,2	13,8	1,4	1 175
Rural	55,1	35,8	17,7	1,6	2 712
Région administrative					
Boké	48,1	33,1	13,2	1,9	475
Conakry	54,1	35,4	17,2	1,5	541
Faranah	57,2	38,6	17,5	1,0	307
Kankan	63,2	41,5	19,9	1,8	460
Kindia	45,6	31,5	12,8	1,3	560
Labé	42,0	29,1	12,6	0,3	376
Mamou	52,8	32,0	19,4	1,4	267
N'Zérékoré	58,9	38,1	18,9	2,0	901
Niveau d'instruction[1]					
Aucune instruction	53,9	35,6	16,8	1,5	3 016
Primaire	54,1	34,9	17,5	1,7	457
Secondaire ou plus	48,2	33,3	13,6	1,3	414
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	57,3	37,2	18,8	1,3	825
Second	55,6	36,5	17,1	2,1	708
Moyen	55,2	34,8	18,8	1,6	760
Quatrième	48,4	34,3	13,1	1,0	794
Le plus riche	50,2	33,8	15,0	1,5	801
Ensemble	53,3	35,3	16,5	1,5	3 888

Note : Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC (1998). Les femmes avec un taux d'hémoglobine <7,0 grammes par décilitre (g/dl) ont une anémie sévère, celles avec un taux de 7,0-9,9 g/dl ont une anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0-10,9 g/dl et les femmes non enceintes avec un taux de 10,0-11,9 g/dl ont une anémie légère.

[1] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information provient du questionnaire ménage.

[2] Non compris les femmes qui n'ont pas été enquêtées.

10.4 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

10.4.1 Méthodologie

L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans figure parmi les objectifs de l'EDSG-III. L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder.

L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mensurations prises au cours de l'enquête (taille et poids). Le poids et la taille permettent de calculer trois indices : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de la collecte des données, tous les enfants de moins de cinq ans présents dans la moitié des ménages à enquêter devaient être pesés et mesurés. Les données ont ainsi pu être collectées pour 3 191 enfants répondant aux critères définis. Parmi ces enfants, 405 (soit environ 13 %) ont été exclus de l'échantillon d'analyse pour les raisons suivantes :

- La taille ou le poids ne sont pas connus (4 %). Il s'agit d'enfants absents pendant l'enquête ou d'enfants malades ou présentant des infirmités ou des cas de refus ;

- La taille ou le poids sont improbables, c'est à dire que les mensurations sont erronées par rapport aux critères de référence internationale (4 %). Il pourrait s'agir d'erreurs de report ou d'erreurs de mesures, assez délicates à relever chez les jeunes enfants ; et

- L'âge est manquant ou est incomplet (4 %). L'âge est une variable essentielle au niveau de l'analyse des données nutritionnelles.

L'analyse ne portera donc que sur 2 786 enfants, âgés de moins de 5 ans, soit 87 % des enfants éligibles.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de 5 ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance à peu près similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence.

Les différents indices anthropométriques qui ont été évalués à partir des mesures de la taille et du poids sont les suivants :

- La malnutrition chronique (ou retard de croissance) quand la taille-pour-âge se situe à moins -2 écarts type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition chronique sévère ;
- La malnutrition aiguë (ou maigreur ou encore émaciation) quand le poids-pour-taille se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition aiguë sévère ;

- L'insuffisance pondérale quand le poids-pour-âge se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera d'insuffisance pondérale sévère.

Le tableau 10.10 présente les proportions d'enfants souffrant de malnutrition en fonction des trois indices anthropométriques selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Parmi les 2 786 enfants pour lesquels les données sur l'état nutritionnel ont été analysées, 2 637 vivaient dans le même ménage que leur mère. Seules les mères de 2 637 de ces enfants ont été enquêtées. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a été analysé selon l'intervalle intergénésique et le niveau d'instruction de la mère à partir du questionnaire individuel femme.

Tableau 10.10 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Taille-pour-âge			Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Moyenne du score d'écart type	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Moyenne du score d'écart type	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Moyenne du score d'écart type	Effectif d'enfants
Âge en mois										
<6	0,0	4,5	0,3	1,0	5,7	0,1	0,3	2,4	0,5	351
6-9	5,0	16,0	-0,5	2,6	20,6	-0,6	7,7	21,4	-0,9	213
10-11	5,3	15,1	-0,6	2,2	12,9	-0,5	4,7	22,3	-1,0	95
12-23	16,8	39,9	-1,6	4,2	17,8	-0,7	11,9	35,5	-1,5	534
24-35	20,8	44,9	-1,7	1,5	8,7	-0,6	10,8	35,2	-1,5	548
36-47	19,5	42,4	-1,7	1,2	4,8	-0,3	5,9	25,5	-1,2	484
48-59	20,1	43,0	-1,7	0,3	3,6	-0,3	4,6	24,8	-1,3	562
Sexe										
Masculin	15,6	36,3	-1,4	1,8	10,0	-0,4	7,9	26,7	-1,2	1 417
Féminin	15,0	33,3	-1,2	1,7	8,8	-0,4	6,4	24,9	-1,0	1 369
Intervalle intergénésique en mois[2]										
Première naissance	15,0	33,4	-1,4	0,6	8,5	-0,4	4,9	25,7	-1,1	416
<24	20,9	35,5	-1,4	1,8	11,6	-0,4	11,0	29,3	-1,2	235
24-47	16,2	37,4	-1,4	1,8	9,2	-0,4	7,3	26,2	-1,1	1 374
48+	10,5	29,7	-1,0	2,6	11,2	-0,5	7,4	24,0	-1,0	613
Taille à la naissance[2]										
Très petit	20,4	51,4	-1,8	6,4	18,6	-0,9	19,3	45,6	-1,7	115
Petit	21,7	44,2	-1,7	0,4	10,2	-0,6	7,2	34,2	-1,5	267
Moyen ou très gros	14,0	32,8	-1,2	1,7	9,2	-0,4	6,6	23,8	-1,0	2 207
Milieu de résidence										
Urbain	7,5	22,6	-0,8	1,5	8,7	-0,4	4,0	18,4	-0,8	627
Rural	17,6	38,4	-1,5	1,9	9,6	-0,4	8,0	28,0	-1,2	2 159
Région administrative										
Boké	9,9	26,7	-1,0	0,6	5,8	-0,4	2,1	18,7	-0,9	295
Conakry	6,8	21,0	-0,6	2,2	8,7	-0,3	4,9	21,3	-0,6	241
Faranah	13,4	31,1	-1,3	2,3	12,8	-0,7	7,1	27,8	-1,3	253
Kankan	22,3	43,1	-1,7	1,3	10,4	-0,4	7,9	30,1	-1,3	476
Kindia	11,2	34,5	-1,2	0,8	8,0	-0,4	7,0	25,2	-1,0	419
Labé	12,7	34,6	-1,2	3,1	11,6	-0,5	7,5	27,6	-1,1	254
Mamou	13,4	31,7	-1,3	1,2	3,6	-0,2	4,1	20,9	-1,0	179
N'Zérékoré	20,6	40,0	-1,6	2,6	10,8	-0,4	10,4	27,9	-1,3	670
Région naturelle										
Basse Guinée	10,5	30,8	-1,1	0,8	7,4	-0,4	5,3	22,9	-1,0	640
Moyenne Guinée	12,8	33,7	-1,2	2,0	7,8	-0,4	5,4	24,1	-1,0	506
Haute Guinée	20,2	40,2	-1,6	1,9	11,4	-0,5	8,0	29,9	-1,3	627
Guinée Forestière	19,6	38,8	-1,5	2,2	10,7	-0,4	9,8	27,5	-1,3	772
Conakry	6,8	21,0	-0,6	2,2	8,7	-0,3	4,9	21,3	-0,6	241
Niveau d'instruction de la mère[3]										
Aucune instruction	15,8	35,9	-1,4	1,7	9,7	-0,4	7,1	26,6	-1,2	2 354
Primaire	11,0	29,1	-0,9	2,7	10,0	-0,3	9,3	22,7	-0,8	203
Secondaire ou plus	10,3	18,9	-0,8	4,1	11,7	-0,4	10,1	19,1	-0,8	103
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	18,1	41,3	-1,5	2,5	10,5	-0,4	9,6	28,8	-1,2	699
Second	17,1	38,6	-1,5	1,5	9,2	-0,5	7,8	29,5	-1,3	567
Moyen	17,6	37,2	-1,5	1,5	8,5	-0,4	7,6	26,8	-1,2	605
Quatrième	12,1	29,3	-1,1	2,1	10,6	-0,4	5,5	21,5	-1,0	509
Le plus riche	8,6	21,8	-0,7	1,1	7,8	-0,3	3,3	19,8	0,7	407
Ensemble	15,3	34,8	-1,3	1,8	9,4	-0,4	7,1	25,8	-1,1	2 786

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.

[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence.

[2] Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

[3] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

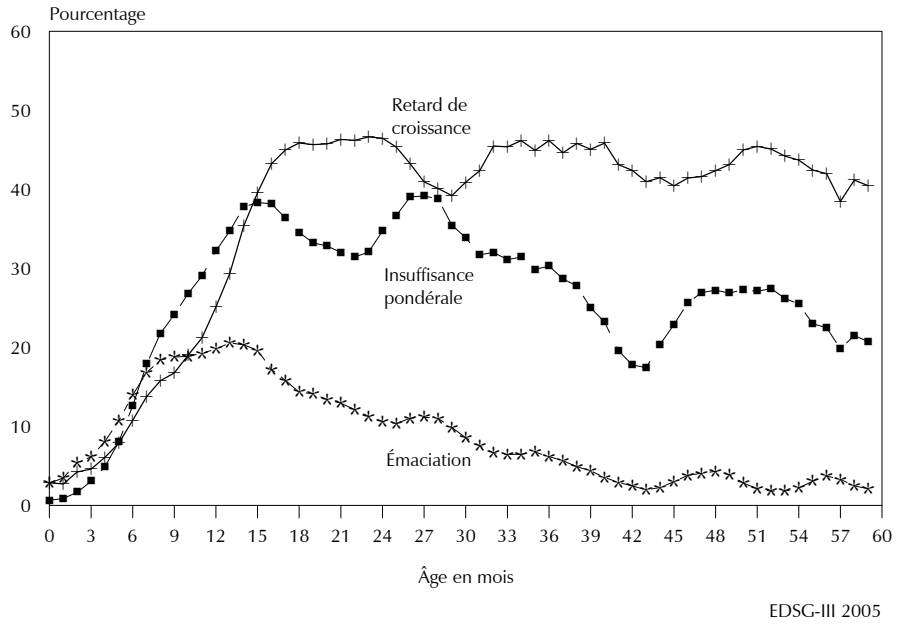
10.4.2 Retard de croissance

La malnutrition protéino énergétique chronique ou malnutrition chronique se traduit par une taille trop petite pour l'âge et traduit un retard de croissance. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, « …il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance » (Delpeuch, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape pratiquement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et d'une manière générale, du niveau de développement socioéconomique d'une population. L'enfant qui a une taille trop petite pour son âge peut, cependant, avoir un poids correspondant à sa taille du moment. C'est pour cette raison que la malnutrition chronique n'est pas toujours visible dans une population. Ainsi un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut avoir la taille d'un autre enfant de deux ans bien nourri. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et il ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants ont été mesurés.

Les résultats du tableau 10.10 montrent que plus d'un tiers des enfants guinéens de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (35 %). Parmi ces enfants, 15 % sont atteints de malnutrition chronique sévère. Ces proportions sont beaucoup plus élevées par rapport à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à moins 2 écarts-type et 0,1 % à moins 3 écarts-type.

La malnutrition chronique (modérée ou sévère) croît avec l'âge. En effet, la prévalence du retard de croissance est de 5 % parmi les enfants de moins de 6 mois qui correspond à la période pendant laquelle l'enfant bénéficie des bienfaits de l'allaitement maternel (graphique 10.3). Elle atteint 16 % entre 6-9 mois, soit plus du triple de celle enregistrée avant 6 mois. Ce qui dénote l'inadéquation de l'introduction des aliments de complément. À partir de 12 mois, la prévalence enregistrée se situe au-dessus de la moyenne nationale et atteint 40 % à 12-23 mois et 45 % à 24-35 mois. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, comme on l'a mentionné précédemment, le retard de croissance staturale n'est plus rattrapable à partir du deuxième anniversaire de l'enfant.

Graphique 10.3 **État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans**



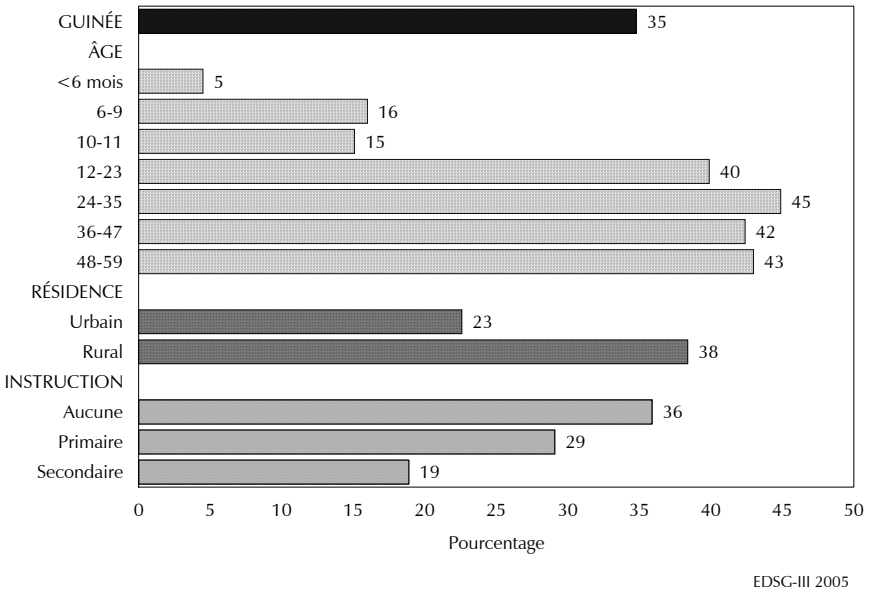
Avant 6 mois, les enfants ne sont pas touchés par la malnutrition chronique sévère. Par contre, à 6-9 mois, 5 % des enfants sont concernés et la prévalence augmente jusqu'à l'âge de 24-35 mois où elle touche 21 % des enfants.

Sous sa forme modérée, le retard de croissance touche un peu plus fréquemment les garçons que les filles (36 % contre 33 %). L'intervalle intergénésique semble avoir une influence sur la prévalence de la malnutrition chronique : malgré des variations irrégulières, on constate que c'est quand les naissances sont espacée de 48 mois ou plus que la prévalence est la plus faible (30 %). Il en est de même pour la malnutrition chronique sous la forme sévère. La taille de l'enfant à la naissance joue également un rôle important puisque 51 % des enfants de très petite taille accusent un retard de croissance contre 44 % quand l'enfant est petit et 33 % quand l'enfant est moyen ou gros.

Selon le milieu de résidence, on constate au tableau 10.11 et au graphique 10.4 que les enfants vivant en milieu rural sont plus touchés par le retard de croissance que ceux vivant en milieu urbain (38 % contre 23 %). L'écart est encore plus net en ce qui concerne la malnutrition chronique sévère : 8 % en milieu urbain contre 18 % en milieu rural. Du point de vue régional, on constate que ce sont les enfants de la Haute Guinée (40 %) et de la Guinée Forestière (39 %) qui sont les plus touchées par le retard de croissance. La situation est également préoccupante dans les régions administratives de Kankan (43 %) et N'Zérékoré (40 %). On peut expliquer le niveau élevé de la prévalence de la malnutrition chronique en Guinée Forestière par la situation d'insécurité qui a caractérisé cette région à partir de septembre 2000. De plus, cette région continue d'abriter une forte concentration de réfugiés en provenance de pays frontaliers (Libéria, Sierra Léone et tout récemment de Côte d'Ivoire). La Haute Guinée continue également d'abriter des personnes déplacées à la suite des attaques rebelles de 2000.

Le niveau d'instruction de la mère semble être un déterminant important de l'état nutritionnel des enfants. En effet, les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont ceux qui sont les plus affectés par le retard de croissance : 36 % contre 19 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. S'agissant de la forme sévère, le même constat s'impose : 16 % pour les enfants dont la mère est sans niveau d'instruction contre 10 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 10.4 **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance**



Le niveau de vie du ménage semble avoir une forte incidence sur la prévalence de la malnutrition chronique car comme on l'a souligné plus haut, cette forme de malnutrition est le reflet non seulement de la situation sanitaire passée de l'enfant, des pratiques alimentaires mais aussi de l'environnement socio-économique dans lequel évolue l'enfant. Ce qui se reflète au niveau des résultats de l'enquête : la prévalence de retard de croissance est de 41 % pour les enfants issus de ménages très pauvres contre 22 % pour ceux appartenant aux ménages les plus riches.

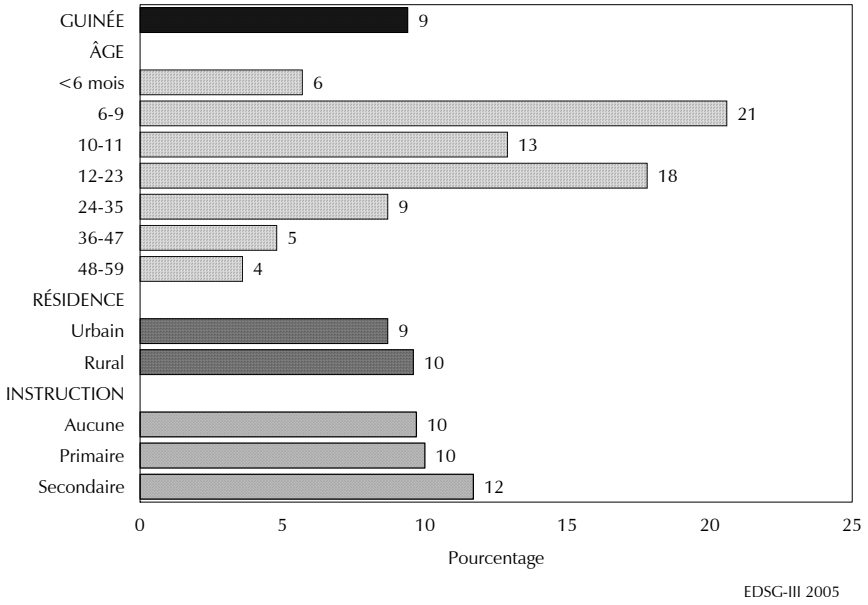
10.4.3 Émaciation

Au tableau 10.10 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle au moment de l'enquête. Il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'il s'agisse des maladies (rougeole, diarrhée, etc.) ou des déficits alimentaires (sécheresse, périodes de soudure), sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période récente ayant précédé l'observation ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié.

En Guinée, 9 % d'enfants de moins de cinq ans sont atteints de malnutrition aiguë modérée et environ 2 % en sont affectés sous la forme sévère. Ces proportions sont, en partie, les résultats de pratiques inappropriées d'alimentation et de nutrition des enfants. La proportion d'enfants atteints d'émaciation sous la forme modérée est environ quatre fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %) ; quant à la forme sévère, la proportion est dix huit fois plus élevée (0,1 %). Par rapport à 1999, le niveau de la malnutrition chronique modérée n'a pas changé ; par contre, sous la forme sévère, on note une légère diminution (1,8 contre 2,1 en 1999).

Les enfants âgés de 6-23 mois sont ceux qui souffrent le plus fréquemment de malnutrition aiguë, en particulier ceux du groupe d'âges 6-9 mois (21 % sous la forme modérée et 3 % sous la forme sévère). (graphique 10.5) À partir de 24 mois, les proportions diminuent avec l'âge pour ne plus concerner que 4 % des enfants entre 48-59 mois pour la forme modérée. Les enfants de plus de 6 mois qui sont toujours allaités et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément en quantité et/ou en qualité suffisantes pour couvrir leurs besoins nutritionnels sont ceux qui courent des risques importants d'être émaciés. Par ailleurs, ces groupes d'âges correspondent également au stade de développement où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 9, Santé de l'Enfant). Le fait qu'après le 2ème anniversaire, les proportions d'enfants émaciés diminuent, n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle peut être aussi la conséquence d'une forte mortalité des enfants les plus atteints, les moins touchés ayant survécu après leur 2ème anniversaire. En outre, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition aiguë modérée est deux fois plus élevée chez les enfants de très petite taille à la naissance que chez ceux qui étaient gros ou moyens (19 % contre 9 %) ; sous la forme sévère, les proportions sont de 2 % pour les enfants moyens ou gros contre 6 % pour ceux de très petite taille.

Graphique 10.5 **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés**



Aucune différence importante n'est perceptible selon le sexe de l'enfant, le rang de naissance ou encore l'intervalle intergénésique. De même, la proportion d'enfants émaciés est quasiment identique en milieu urbain et en milieu rural (9 % contre 10 %). En ce qui concerne les régions, les résultats font apparaître une prévalence un peu plus élevée de la malnutrition aiguë modérée dans les régions de Faranah (13 %), de Labé (12 %), de N'Zérékoré (11 %) et Kankan (10 %). Avec 4 %, c'est la région de Mamou qui se caractérise par la prévalence la plus faible de l'émaciation modérée.

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère ne mettent pas en évidence d'écarts importants. Il en est de même de ceux selon le quintile de bien-être ; tout au plus, peut-on souligner que les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont un peu plus fréquemment émaciés que ceux des ménages les plus riches (11 % contre 8 %).

10.4.4 Insuffisance pondérale

Le tableau 10.10 présente enfin l'état nutritionnel des enfants évalué au moyen de l'indice poids-pour-âge. C'est un indicateur habituellement utilisé pour le suivi des programmes nutritionnels et il est un des indicateurs utilisés pour le suivi de l'objectif N°1 des OMD (réduire la pauvreté et la faim). L'indice poids-pour-âge permet de connaître de façon assez acceptable, la prévalence de la malnutrition, toutes formes confondues. C'est donc un indice combiné (puisqu'un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur ou par le retard de croissance) qui traduit une insuffisance pondérale chez les enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) de celles récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre les comparaisons avec les résultats des études ou de suivi de la croissance des enfants.

Plus d'un quart des enfants guinéens âgés de moins de cinq ans souffre d'insuffisance pondérale (26 %). Parmi ces enfants, 7 % sont atteints d'insuffisance pondérale sévère. Une fois encore, la situation reste préoccupante, puisque ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %).

L'insuffisance pondérale augmente régulièrement avec l'âge de l'enfant. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition qui se rencontre déjà chez les nourrissons (2 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher plus d'un cinquième des enfants de 6-9 mois (21 %) et 22 % d'entre eux à 10-11 mois. Entre 24 et 35 mois, un peu plus du tiers des enfants présentent une insuffisance pondérale modérée. À partir du quatrième anniversaire, la prévalence se stabilise autour de 25 %. La même observation est valable pour la forme sévère : elle atteint son maximum (12 %) à 12-23 mois. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants selon le sexe (27 % pour les garçons contre 25 % pour les filles).

S'agissant du milieu de résidence, les résultats montrent que les enfants du milieu rural sont proportionnellement plus touchés que ceux du milieu urbain (28 % contre 18 %).

Au niveau régional, ce sont les enfants de la Haute Guinée (30 %) et de la Guinée Forestière (28 %) qui sont les plus touchés par cette forme de malnutrition. Dans les régions administratives de Kankan (30 %), Faranah (28 %), Labé (28 %) et N'Zérékoré (28 %), on note également une prévalence élevée. C'est dans cette dernière région que les enfants sont les plus atteints d'insuffisance pondérale sévère (10 %).

Le niveau d'instruction de la mère semble avoir une influence déterminante sur le niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée : 27 % pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 23 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 19 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. En outre, l'insuffisance pondérale modérée semble être plus élevée chez les enfants des ménages pauvres.

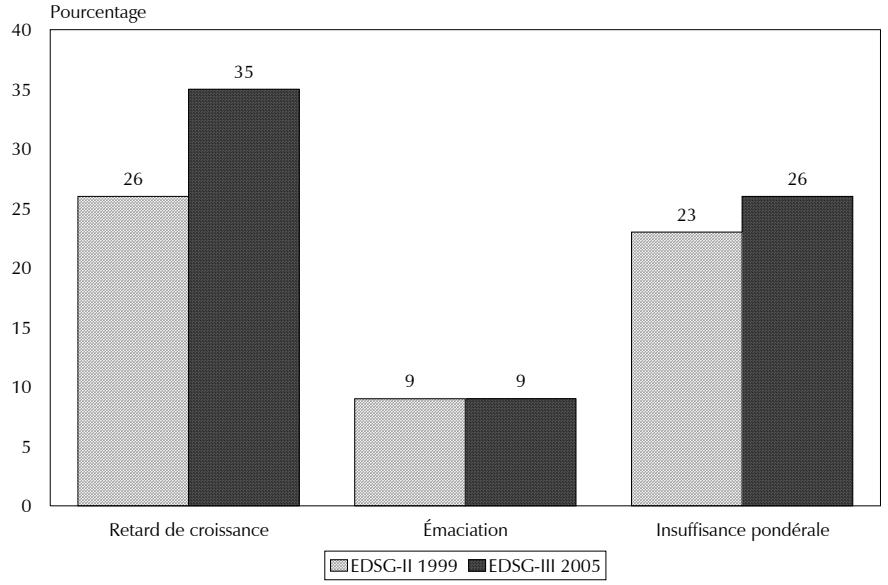
10.4.5 Tendance de la malnutrition

Les informations recueillies lors de la précédente enquête permettent de retracer l'évolution de la situation nutritionnelle depuis 1999, l'enquête de 1992 n'ayant pas collecté de données sur la nutrition. Le suivi de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans sera donc centré sur la comparaison des données des enquêtes de 1999 et de 2005. Le graphique 10.6 montre une détérioration de la situation nutritionnelle sur la période 1999-2005.

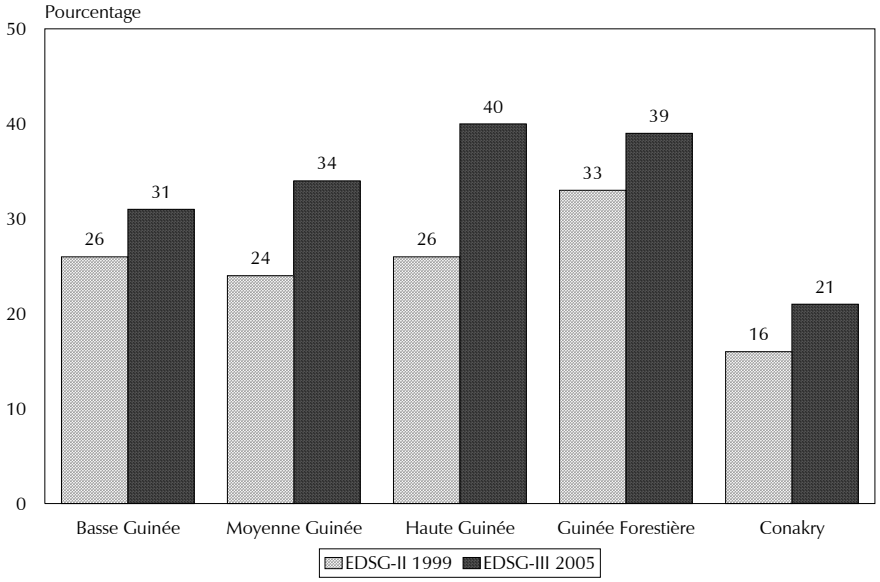
Le pourcentage d'enfants atteints de malnutrition chronique est passé de 26 % en 1999 à 35 % en 2005, soit une hausse de 35 % en 6 ans. Toutes les régions naturelles sont touchées par la hausse de la prévalence de la malnutrition chronique sur la période : en Haute Guinée, l'augmentation est de 53 % ; en Moyenne Guinée, elle est de 43 %, dans celle de Conakry, elle est de 32 %, en Basse Guinée, on note une augmentation de 19 % et en Guinée Forestière de 17 % (graphique 10.7). En ce qui concerne la malnutrition aiguë, elle est demeurée stationnaire autour de 9 % et l'insuffisance pondérale s'est aggravée, passant de 23 % en 1999 à 26 % en 2005, soit une hausse de 13 % sur la période.

La situation d'insécurité qu'a connue le pays à partir de 2000, suivie de déplacements massifs de population à travers le pays et la détérioration du cadre macroéconomique à partir de 2003 pourraient, entre autres, expliquer cette dégradation.

Graphique 10.6 **Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005**



Graphique 10.7 **Tendances du retard de croissance, selon la région naturelle**



10.5 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle puisqu'il a une influence importante sur l'évolution et l'issue des grossesses. Il joue également un rôle important sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné, à la fois, par les apports alimentaires, leur état de santé et le temps écoulé depuis le dernier accouchement. Il existe donc une relation étroite entre d'une part, les niveaux de fécondité et de mortalité et d'autre part, l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à haut risque.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socioéconomique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petite taille sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

Dans le cadre de l'EDSG-III, on a relevé le poids et la taille de toutes les femmes de 15-49 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon. S'agissant du poids, les femmes enceintes ainsi que celles ayant donné naissance à un enfant, le mois de l'interview ou le mois ayant précédé l'interview ont été exclus de l'échantillon.

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'indice de masse corporelle (IMC) ou

encore indice de quételet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille[4]. Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme ayant un déficit énergétique chronique et courent donc des risques en termes de santé (mortalité et morbidité) et en termes de disfonctionnement physiologique et de capacité de travail physique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids.

Le tableau 10.11 révèle que la valeur moyenne de l'IMC est de 21,8. On constate que 73 % des femmes présentent un indice de masse corporelle normal. Cependant dans 13 % des cas, les femmes se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et présentent, de ce fait, un déficit énergétique chronique ; environ 10 % sont atteintes de malnutrition chronique sous une forme légère, 3 % sous une forme modérée ou sévère. La prévalence de la déficience énergétique chronique est particulièrement élevée parmi les jeunes filles de 15-19 ans (19 %), parmi les femmes des régions de Labé (27 %) et de Moyenne Guinée (22 %).

En outre, il ressort du tableau 10.11 que 14 % des femmes ont un indice de masse corporel élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des femmes présentant une surcharge pondérale. Cette prévalence varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Selon l'âge, le surpoids touche plus fréquemment les femmes âgées que les jeunes : 6 % des jeunes de 15 à 19 ans ont un IMC supérieur ou égal à 25 contre 18 % chez les femmes de 30-34 ans et plus de 21 % pour les femmes âgées de 40 ans ou plus. L'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) commence à être plus fréquente à partir de 30 ans. Par rapport au milieu de résidence, les résultats montrent que le problème de surpoids est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural. En urbain, 26 % des femmes présentent une surcharge pondérale contre 9 % en rural ; l'obésité touche 19 % des femmes urbaines contre seulement 8 % de celles du milieu rural. Selon les régions, c'est parmi les femmes de Conakry (30 %) que le problème de surpoids se pose avec le plus d'acuité. De même, les proportions de femmes accusant un surpoids sont plus élevées parmi les femmes les plus instruites (21 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (29 %) que parmi les autres femmes.

[4] L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2).

Tableau 10.11 État nutritionnel des femmes par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes de 15-49 ans dont la taille est inférieure à 145 centimètres, et Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Taille		Indice de Masse Corporelle[1] (kg/m²)								
				Normal	Maigre			Gros/obèse			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif de femmes	Moyenne de l'IMC	18,5-24,9 (normal)	<18,5 (maigre)	17,0-18,4 (maigreur légère)	<17,0 (maigreur modérée ou sévère)	≥25,0 (gros ou obèse)	25,0-29,9 (gros)	≥30,0 (obèse)	Effectif de femmes
Groupe d'âges											
15-19	1,6	824	20,8	74,8	18,7	13,8	4,9	6,4	6,1	0,4	730
20-24	1,7	589	21,2	78,0	14,8	10,9	4,0	7,1	6,0	1,1	490
25-29	1,2	634	22,2	76,1	7,0	5,7	1,3	16,9	14,2	2,7	521
30-34	1,3	559	22,3	70,9	10,9	8,0	2,9	18,2	12,7	5,5	466
35-39	1,2	590	22,0	70,1	14,4	10,7	3,8	15,5	12,2	3,2	515
40-44	0,7	385	22,4	68,0	10,5	8,6	2,0	21,4	17,0	4,5	357
45-49	0,4	379	22,2	65,7	12,6	9,4	3,3	21,7	15,5	6,2	373
Milieu de résidence											
Urbain	1,0	1 195	22,9	62,4	11,4	8,4	3,0	26,2	19,3	6,9	1 093
Rural	1,4	2 765	21,2	77,3	14,0	10,6	3,4	8,7	7,5	1,2	2 358
Région administrative											
Boké	1,4	479	22,1	73,5	11,9	9,9	1,9	14,7	11,9	2,8	417
Conakry	0,9	555	23,2	57,5	12,2	8,6	3,6	30,3	21,9	8,4	508
Faranah	0,8	311	21,1	75,5	15,1	11,1	4,0	9,4	8,7	0,6	270
Kankan	1,2	478	21,2	75,6	14,8	11,4	3,5	9,6	7,4	2,1	400
Kindia	1,4	566	21,7	74,7	12,4	9,1	3,3	12,9	11,2	1,7	497
Labé	1,3	394	20,3	67,7	27,0	19,0	8,0	5,4	4,9	0,4	350
Mamou	1,4	272	21,4	72,1	16,6	11,8	4,8	11,3	8,2	3,1	236
N'Zérékoré	1,3	905	21,9	80,3	6,3	5,4	0,9	13,4	10,5	2,9	772
Région naturelle											
Basse Guinée	1,3	913	21,9	74,4	11,7	9,2	2,5	13,8	11,6	2,2	803
Moyenne Guinée	1,5	798	20,9	69,9	21,6	15,4	6,2	8,5	7,0	1,5	697
Haute Guinée	1,0	657	21,1	74,5	16,2	12,2	4,0	9,3	7,5	1,7	555
Guinée Forestière	1,3	1 037	21,9	80,3	6,6	5,6	1,1	13,0	10,5	2,5	887
Conakry	0,9	555	23,2	57,5	12,2	8,6	3,6	30,3	21,9	8,4	508
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	1,3	3 086	21,6	74,0	13,3	9,9	3,4	12,7	10,2	2,5	2 644
Primaire	1,6	456	22,2	68,4	13,4	11,2	2,3	18,1	12,5	5,7	411
Secondaire ou plus	0,7	418	22,4	66,9	12,6	8,8	3,8	20,5	17,0	3,5	395
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	1,9	841	21,1	80,1	12,6	9,3	3,3	7,3	6,5	0,8	716
Second	1,4	724	21,1	77,8	14,7	11,5	3,2	7,5	6,7	0,8	617
Moyen	0,9	777	21,3	77,0	14,1	10,6	3,5	8,9	7,4	1,5	662
Quatrième	1,4	805	22,0	69,7	13,5	9,9	3,6	16,8	12,9	3,9	707
Le plus riche	0,6	814	23,1	59,7	11,5	8,5	2,9	28,8	21,5	7,3	748
Ensemble	1,2	3 960	21,8	72,5	13,2	9,9	3,3	14,3	11,3	3,0	3 451

[1] Non compris les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les deux derniers mois.

PALUDISME 11

Ibrahima Diallo

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. Elle constitue un risque majeur pour plus de deux milliards d'êtres humains. L'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale fournit 85 % à 90 % des cas de paludisme (200 à 280 millions de cas dont 90 % dus à *plasmodium falciparum*). Les enfants de moins de cinq ans, payent le plus lourd tribut à cette maladie. Selon l'OMS, le paludisme tue entre 1,1 et 2,7 millions de personnes dans le monde chaque année, dont environ un million d'enfants de moins de cinq ans résidant en Afrique subsaharienne. En plus des pertes en vies humaines, le paludisme coûte cher en dépenses de santé publique.

En Guinée, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables de la population, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les statistiques sanitaires indiquent qu'en 2002 le taux de prévalence au niveau national était de 18 % pour l'ensemble de la population et de 21 % chez les femmes enceintes.

Les efforts entrepris sur le plan international, sont relayés au niveau national par un fort engagement de l'État. En 2002, un Plan Stratégique quinquennal 2002-2006 qui s'inscrit dans le cadre de l'Initiative « faire reculer le paludisme » a été élaboré et le Programme National de Lutte contre le Paludisme a été restructuré en vue de le rendre plus opérationnel et plus efficace.

La plus grande difficulté à laquelle se heurte aujourd'hui la lutte contre le paludisme est la résistance des parasites aux antipaludiques les plus usuels et les moins onéreux. Cette situation a conduit le Gouvernement à réviser sa politique thérapeutique en optant en janvier 2005 pour l'association Artesunate-Amodiaquine ; malheureusement le coût de ce traitement n'est pas encore à la portée du Guinéen moyen.

La troisième Enquête Démographique et de Santé a été une occasion de collecter des données concernant essentiellement l'utilisation des moyens de prévention contre cette maladie. Les résultats sont présentés dans ce chapitre.

11.1 SITUATION DU PALUDISME ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN GUINÉE

La distribution géographique de la transmission du paludisme en Guinée montre que la maladie est endémique pendant toute l'année sur une bonne partie du territoire, c'est-à-dire que la durée de transmission est estimée à 7-12 mois. Quand la saison de transmission dure si longtemps, la prévalence de la maladie et le risque de la contracter restent élevés. Cependant, les régions montagneuses de la Moyenne Guinée et les savanes de la Haute Guinée ne sont pas concernées par cette longue durée de transmission du paludisme.

La lutte contre le paludisme constitue une priorité dans la politique sectorielle de santé gouvernementale. De ce fait, le financement des interventions en matière de lutte contre le paludisme a été retenu dans le cadre de l'initiative PPTE. Pour faire face au lourd fardeau du paludisme, le Gouvernement a élaboré un plan stratégique national basé sur un consensus national de tous les partenaires impliqués, à savoir : le secteur privé, les agences de coopération bilatérale et multilatérale et

les ONG, et cela, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce plan définit les orientations stratégiques suivantes :

- le renforcement de la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ;

- la prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte par la sulfadoxine pyriméthamine (SP);

- la promotion de la lutte contre le paludisme par des actions de soutien, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement ;

- la surveillance épidémiologique par l'intégration du paludisme dans le système de surveillance intégré des maladies transmissibles, la création d'une banque de données, la création des sites sentinelles pour la surveillance de l'efficacité des antipaludiques, de la résistance des parasites aux insecticides, des épidémies et la réalisation d'autres enquêtes ciblées ;

- le processus gestionnaire par l'élaboration des plans d'action de lutte contre le paludisme réalistes à tous les niveaux, la supervision, le suivi et évaluation des activités ;

- la formation et la recherche opérationnelle ;

- le développement du partenariat pour la lutte contre le paludisme par le renforcement du partenariat avec la communauté, entre formations sanitaires publiques et privées, de la collaboration intersectorielle, de la collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales et les opérateurs privés, et avec les partenaires extérieurs ; et

- le renforcement des capacités institutionnelles par la décentralisation, la coordination, l'intégration, l'appui à la planification opérationnelle, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la mobilisation des ressources, l'amélioration de la gestion et la bonne gouvernance.

11.2 PRÉVENTION DU PALUDISME

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a défini les normes et standards des moustiquaires et des insecticides. La promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides s'effectue par le biais de campagnes périodiques pour susciter la demande, avec l'aide de plusieurs partenaires. En ce qui concerne les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), le Gouvernement s'est engagé à promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées auprès de ces populations. Cette opération a débuté en 2002 pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. D'autres partenaires tels que l'Unicef, PSI-Guinée et Plan Guinée assurent la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée en appui au programme gouvernemental.

11.2.1 Disponibilité de moustiquaires

La protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide constitue l'une des stratégies gouvernementales majeures de lutte contre le paludisme. Au cours de l'enquête, on a donc demandé à chaque ménage s'il possédait des moustiquaires utilisées pour dormir, le nombre de moustiquaires et depuis combien de temps il possédait ces moustiquaires. En outre, on leur a demandé si les moustiquaires avaient été imprégnées d'insecticide et, si oui, combien de temps s'était écoulé depuis que cette opération avait été effectuée pour la dernière fois.

Les résultats, présentés au tableau 11.1 et au graphique 11.1, montrent qu'en Guinée, un peu plus d'un ménage sur quatre (27 %) possède, au moins, une moustiquaire. La possession d'au moins une moustiquaire ne varie pas selon le milieu de résidence (28 % en milieu urbain contre 27 % en milieu rural). Par contre, selon les régions administratives, on note de grandes disparités. Ainsi, dans les régions de Boké et de Kankan, on constate que près d'un ménage sur deux (46 %) dispose d'au moins une moustiquaire alors que dans les régions de Labé et de Mamou, ces proportions ne sont que de respectivement 6 % et 3 %. Ces écarts entre les régions pourraient s'expliquer d'une part par la prévalence différentielle du paludisme sur l'ensemble du territoire et d'autre part par l'intervention des programmes spécifiques dans certaines zones.

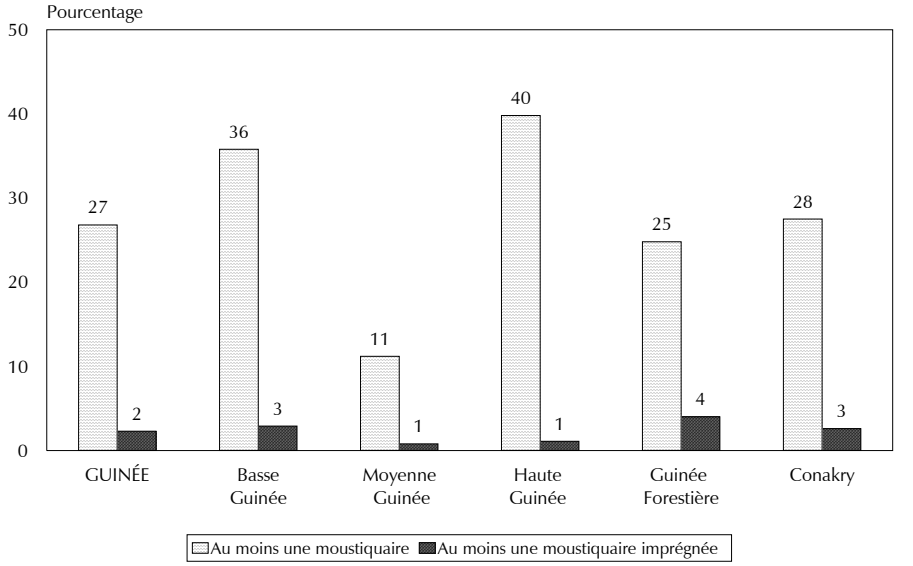
Tableau 11.1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire, pourcentage de ceux en possédant plus d'une, nombre moyen de moustiquaires par ménage, pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée et pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Moustiquaire		Moustiquaire qui a été imprégnée		Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)[1]		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire	Effectif de ménages
Milieu de résidence							
Urbain	27,5	11,5	2,9	1,1	1,0	0,4	1 788
Rural	26,5	11,5	2,1	0,4	0,3	0,1	4 494
Région administrative							
Boké	45,6	28,9	1,3	0,5	0,4	0,1	699
Conakry	27,5	10,2	2,6	0,8	1,5	0,6	901
Faranah	30,6	11,1	7,0	2,0	0,5	0,1	521
Kankan	46,3	21,8	1,0	0,3	0,3	0,0	748
Kindia	31,1	13,2	4,1	0,5	0,2	0,1	837
Labé	6,2	1,8	0,6	0,1	0,2	0,1	772
Mamou	3,4	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	537
N'Zérékoré	22,3	6,2	2,1	0,7	0,6	0,1	1 267
Région naturelle							
Basse Guinée	35,8	19,0	2,9	0,5	0,2	0,1	1 326
Moyenne Guinée	11,2	5,1	0,8	0,2	0,2	0,1	1 518
Haute Guinée	39,8	18,0	1,1	0,4	0,2	0,0	1 060
Guinée Forestière	24,8	7,4	4,0	1,1	0,7	0,2	1 476
Conakry	27,5	10,2	2,6	0,8	1,5	0,6	901
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	18,4	6,1	1,2	0,0	0,1	0,0	1 203
Second	27,5	12,7	1,5	0,3	0,2	0,0	1 413
Moyen	30,3	13,4	1,9	0,4	0,4	0,2	1 232
Quatrième	29,7	13,2	3,9	1,4	0,5	0,2	1 208
Le plus riche	27,6	11,6	3,2	1,0	1,3	0,5	1 226
Ensemble	26,8	11,5	2,3	0,6	0,5	0,2	6 282

[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est soit une moustiquaire imprégnée à vie permanente, soit une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois.

Graphique 11.1 **Possession de moustiquaires par les ménages**



EDSG-III 2005

La prévalence différentielle sur l'ensemble du territoire

Comme le montre la carte relative au faciès épidémiologique du paludisme en Guinée, la transmission du paludisme n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire. À l'exception des régions de la Moyenne Guinée, régions de haute altitude, dans lesquelles les moustiques sont peu présents, les autres régions telles que la Basse Guinée (zone côtière) et la Haute Guinée, ainsi que celles de la Guinée Forestière (zone de forêt) constituent des zones à transmission pérenne. Cela explique les proportions assez élevées de ménages possédant des moustiquaires dans ces régions (40 % en Haute Guinée et 36 % en Basse Guinée contre 11 % en Moyenne Guinée).

L'intervention de programmes spécifiques tels que le Programme National de Lutte contre le Paludisme a établi, depuis plusieurs années, des centres d'imprégnation de moustiquaires et organisé de grandes campagnes de sensibilisation par l'intermédiaire des médias sur l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII). Plusieurs unités d'imprégnation communautaires des moustiquaires ont été crées et des unités d'imprégnation des moustiquaires ont été installées à travers le pays avec l'appui du programme national et l'assistance de deux ONG : l'Association Guinéenne pour l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme » (AGUIFREP) et l'Association Guinéenne de Lutte contre le Paludisme (AGUILPA). Les partenaires au développement interviennent aussi dans le cadre de la promotion, à prix modéré, des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA).

En outre, le niveau économique des ménages est certainement un facteur explicatif important des variations de la couverture en moustiquaires observées dans les différentes régions puisque les résultats montrent que la disponibilité d'au moins une moustiquaire dans les ménages varie de 28 % parmi les ménages les plus riches à seulement 18 % parmi les plus pauvres.

Le Tableau 11.1 présente également la proportion de ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire imprégnée, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été traitée à un moment quelconque, et la proportion de ceux qui possèdent une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide, c'est-à-dire soit une moustiquaire imprégnée à vie, soit une moustiquaire obtenue imprégnée il y a moins de 12 mois ou enfin

une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois. Pour les moustiquaires imprégnées à un moment quelconque, les résultats indiquent que seulement 2 % des ménages ont déclaré en posséder une. Cette proportion reste faible, quel que soit le milieu de résidence, la région ou le niveau de vie du ménage. Cependant, il faut souligner que dans les régions administratives de Faranah (7 %), Kindia (4 %) et dans les ménages les plus riches (3 %), cette proportion est supérieure à la moyenne nationale.

Par ailleurs, la possession d'une MII par les ménages est très rare (0,5 %). Ce sont surtout les ménages de Conakry (1,5 %) et les ménages les plus riches (1,3 %) qui en possèdent au moins une.

11.2.2 Utilisation des moustiquaires

Aux ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats sont présentés dans les tableaux 11.2 et 11.3 les pour deux groupes de population particulièrement vulnérables : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Le tableau 11.2 et le graphique 11.2 présentent la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction de la catégorie de moustiquaire et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate d'une manière générale, qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (12 %). L'utilisation de la moustiquaire diminue au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente : de 13 % à moins de 12 mois, la proportion passe à 9 % à 48-59 mois. Pour ce qui est du milieu de résidence, on constate un léger écart entre le milieu rural (11 %) et les zones urbaines (16 %). Dans les régions administratives, on constate que Boké se distingue des autres régions avec une proportion plus élevée d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire (21 %). À l'opposé, dans les régions de la Moyenne Guinée (Labé et Mamou), cette proportion n'est que 2 %, ce qui s'explique par le risque de transmission plus faible qu'ailleurs.

Par ailleurs, selon le niveau de vie du ménage, les résultats montrent que la proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire augmente de manière significative des plus pauvres aux plus riches : elle passe de 6 % chez les enfants des ménages les plus pauvres à 18 % chez ceux des ménages les plus riches.

La proportion d'enfants de moins de cinq ayant dormi sous une moustiquaire traitée ou une MII est très faible (respectivement, 1 % et 0,3 %). Pour ce qui est des moustiquaires traitées, on constate que les régions administratives de Faranah (5 %) et de Kindia (3 %) sont pratiquement les seules où les proportions sont supérieures à la moyenne nationale. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide quant à elles sont plus fréquemment utilisées par les ménages du milieu urbain, en particulier à Conakry, et par les ménages les plus riches.

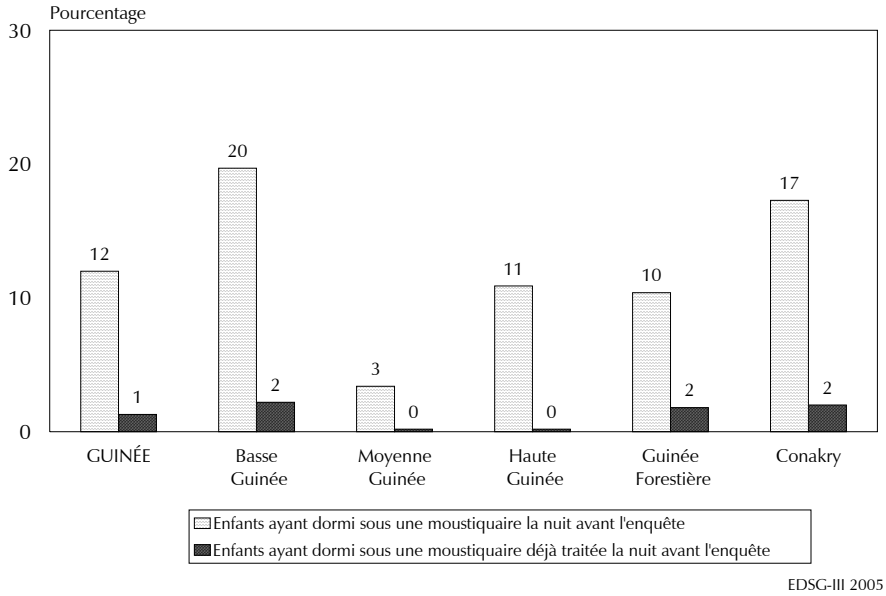
Tableau 11.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Pourcentage d'enfants (de fait) de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire (traitée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête et pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire déjà traitée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[1]	Effectif d'enfants de moins de 5 ans
Âge en mois				
< 12	12,6	1,2	0,4	1 418
12-23	12,3	2,0	0,2	1 121
24-35	13,4	1,6	0,4	1 077
36-47	12,2	0,9	0,2	915
48-59	9,2	0,6	0,1	999
Sexe				
Masculin	12,4	1,6	0,2	2 842
Féminin	11,6	1,0	0,3	2 687
Milieu de résidence				
Urbain	15,7	1,5	0,9	1 237
Rural	11,0	1,2	0,1	4 292
Région administrative				
Boké	21,3	0,3	0,0	633
Conakry	17,3	2,0	1,6	547
Faranah	14,8	4,5	0,5	481
Kankan	11,3	0,3	0,0	852
Kindia	16,7	3,3	0,1	830
Labé	2,2	0,1	0,1	549
Mamou	2,0	0,6	0,0	359
N'Zérékoré	8,6	0,4	0,1	1 278
Région naturelle				
Basse Guinée	19,7	2,2	0,1	1 296
Moyenne Guinée	3,4	0,2	0,0	1 075
Haute Guinée	10,9	0,2	0,0	1 129
Guinée Forestière	10,4	1,8	0,2	1 482
Conakry	17,3	2,0	1,6	547
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	5,6	0,7	0,0	1 329
Second	12,6	1,0	0,1	1 215
Moyen	12,6	1,4	0,0	1 163
Quatrième	14,4	2,0	0,4	1 006
Le plus riche	17,7	1,7	1,1	817
Ensemble	12,0	1,3	0,3	5 529

[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est soit, une moustiquaire imprégnée à vie permanente, soit une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois.

Graphique 11.2 **Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans**



Le tableau 11.3 présente les mêmes résultats pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et pour les femmes enceintes selon la catégorie de moustiquaire utilisée. On constate que 13 % des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion est légèrement plus faible en milieu rural (12 %) qu'en milieu urbain (14 %). Les résultats selon le niveau de vie du ménage font apparaître des écarts importants. En effet, l'utilisation de moustiquaires est beaucoup plus répandue chez les femmes des ménages aisés (17 % contre 14 % chez celles des ménages très pauvres). En outre, de même que chez les enfants, les résultats montrent que la proportion de femmes de Moyenne Guinée qui ont dormi sous une moustiquaire est beaucoup plus faible (3 %) qu'ailleurs (21 % en Basse Guinée). En ce qui concerne la proportion de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée, on constate, comme pour les enfants, qu'elle est très faible (1 %), et cela, quelle que soit la caractéristique sociodémographique. Cependant, dans les régions caractérisées par une transmission pérenne, cette proportion est un peu plus élevée (2 % en Basse Guinée et en Guinée Forestière). L'utilisation de la MII par les femmes est aussi extrêmement faible (0,2 %). C'est là l'un des défis majeurs que doit relever le Programme National de Lutte contre le Paludisme.

Tableau 11.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Pourcentage de toutes les femmes (de fait) et des femmes fait enceintes (de fait) âgées de 15-49 qui ont dormi sous une moustiquaire (traité ou non) et sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Ensemble des femmes				Femmes enceintes			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire traitée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[1]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire traitée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[1]	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Urbain	14,3	1,4	0,5	2 465	12,3	1,5	1,2	169
Rural	12,1	1,1	0,1	5 665	13,6	0,8	0,2	603
Région administrative								
Boké	22,5	0,4	0,1	953	27,8	0,0	0,0	97
Conakry	15,3	1,6	0,9	1 147	15,3	2,3	2,3	87
Faranah	15,3	3,7	0,2	640	14,1	3,8	0,0	77
Kankan	13,3	0,2	0,0	974	9,1	0,0	0,0	126
Kindia	18,2	2,5	0,2	1 202	25,5	2,5	1,3	90
Labé	2,0	0,1	0,0	840	0,9	0,0	0,0	69
Mamou	1,3	0,2	0,0	557	1,6	0,0	0,0	49
N'Zérékoré	9,8	0,9	0,1	1 818	8,9	0,0	0,0	176
Région naturelle								
Basse Guinée	21,3	1,8	0,2	1 902	30,9	1,4	0,7	155
Moyenne Guinée	3,2	0,1	0,0	1 649	2,3	0,0	0,0	150
Haute Guinée	12,4	0,3	0,0	1 336	9,0	0,3	0,0	173
Guinée Forestière	11,4	1,8	0,2	2 096	10,8	1,2	0,0	207
Conakry	15,3	1,6	0,9	1 147	15,3	2,3	2,3	87
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	12,4	1,1	0,2	6 350	11,8	0,6	0,4	626
Primaire	13,1	1,1	0,2	968	20,2	3,1	0,0	79
Secondaire ou plus	15,7	1,5	0,4	812	18,8	1,1	1,1	67
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,2	0,6	0,0	1 693	7,4	0,3	0,0	189
Second	13,7	0,9	0,1	1 558	17,8	0,7	0,7	157
Moyen	14,0	0,9	0,0	1 588	14,4	1,0	0,0	164
Quatrième	13,9	2,0	0,3	1 643	11,8	0,9	0,0	146
Le plus riche	16,5	1,6	0,7	1 647	17,2	2,2	1,8	117
Ensemble	12,8	1,2	0,2	8 130	13,3	0,9	0,4	772

[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est soit, une moustiquaire imprégnée à vie permanente, soit, une moustiquaire imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit, une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide il y a moins de 12 mois.

11.2.3 Chimioprévention chez la femme enceinte

En juillet 2005, la Guinée a adopté une nouvelle politique de chimioprévention pour les femmes enceintes. Cette chimioprévention est passée de la chloroquine en chimioprophylaxie hebdomadaire à la sulfadoxine pyriméthamine (SP) en traitement préventif intermittent (TPI) pour les femmes enceintes à partir de la seizième semaine de grossesse.

Lors de l'EDSG-III, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années plusieurs questions pour savoir si elles avaient pris des antipaludiques à titre préventif au cours de leur dernière grossesse et quel type d'antipaludiques elles avaient pris.

Au tableau 11.4 et au graphique 11.3, on relève que 70 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludiques à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. On note des écarts importants selon le milieu de résidence et les régions. En milieu urbain, près de neuf femmes sur dix (86 %) ont suivi un traitement préventif contre 65 % en milieu rural. Les résultats selon les régions administratives montrent que ce sont les régions de Labé (60 %) et de Mamou (49 %) qui détiennent les proportions les plus faibles de femmes ayant pris des antipaludiques à titre préventif pendant la dernière grossesse, résultats qui s'expliquent certainement, en grande partie, par la prévalence plus faible du paludisme dans ces régions. À l'opposé, dans la région de Kankan, trois femmes enceintes sur quatre ont pris des antipaludiques pour prévenir ou traiter le paludisme au cours de leur dernière grossesse. On remarque également que plus le niveau d'instruction est élevé, plus la proportion de femmes qui préviennent ou traitent le paludisme est élevée. De 67 % pour les femmes sans aucun niveau d'instruction, la proportion passe à 84 % pour les femmes du niveau primaire et à 89 % pour celles qui ont atteint ou dépassé le secondaire. En outre, cette proportion est de seulement 55 % pour les femmes des ménages les plus pauvres contre 90 % pour celles des ménages les plus riches.

Tableau 11.4 Utilisation de traitement préventif intermittent au cours de la grossesse

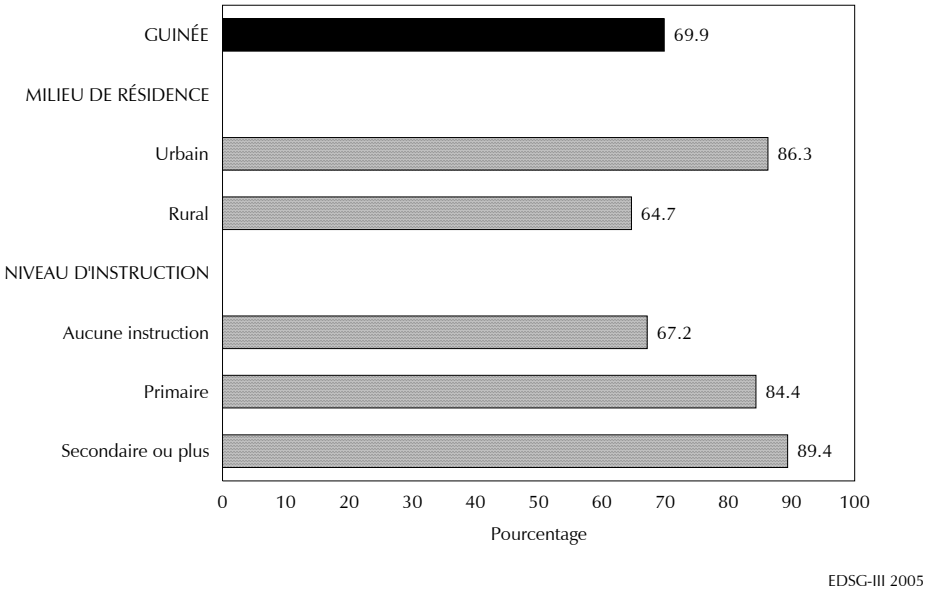
Pour la dernière naissance de moins de 5 ans précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels la mère a pris des médicaments antipaludéens pour la prévention lors de la grossesse et pourcentage des dernières naissances, pour lesquelless la mère a eu un traitement préventif intermittent lors des visites prénatales, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes enceintes ayant pris des antipaludéens préventifs au cours de la dernière grossesse	Pourcentage de femmes qui ont reçu un traitement préventif intermittent lors des visites prénatales[1]	Effectif des dernières naissances au cours des cinq années précédent l'enquête
Milieu de résidence			
Urbain	86,3	7,8	1 075
Rural	64,7	1,3	3 372
Région administrative			
Boké	60,2	1,3	506
Conakry	89,9	11,7	494
Faranah	70,7	1,8	387
Kankan	75,4	0,4	631
Kindia	72,2	6,1	648
Labé	59,7	1,7	444
Mamou	48,6	1,2	308
N'Zérékoré	70,9	0,3	1 028
Région naturelle			
Basse Guinée	70,8	4,3	1 017
Moyenne Guinée	52,6	1,5	890
Haute Guinée	73,2	0,3	857
Guinée Forestière	71,6	0,8	1 190
Conakry	89,9	11,7	494
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	67,2	2,5	3 804
Primaire	84,4	3,7	400
Secondaire ou plus	89,4	7,5	243
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	55,3	0,5	1 038
Second	61,0	1,2	933
Moyen	70,9	2,0	925
Quatrième	79,5	1,8	831
Le plus riche	90,4	10,7	720
Ensemble	69,9	2,9	4 447

[1] Un traitement préventif intermittent consiste à administrer au moins deux doses de SP/Fansidar au cours d'une consultation prénatale.

À la question concernant le type d'antipaludiques que les femmes avaient pris au cours de leur dernière grossesse, seulement 3 % d'entre elles ont déclaré avoir reçu un traitement intermittent/prophylaxie au cours des visites prénatales. Les femmes de Conakry (12 %), celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (8 %) et celles des ménages les plus riches (11 %) se distinguent nettement de celles des autres régions avec des proportions plus élevées.

Graphique11.3 **Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse**



De même, les femmes du milieu urbain (8 %) ont plus fréquemment bénéficié de ce type de traitement que celles du milieu rural (1 %). Au niveau des régions, seule Kindia (6 %) enregistre une proportion de femmes ayant subi un traitement intermittent/prophylaxie supérieure à la moyenne nationale. Du point de vue du niveau d'instruction, on constate que ce sont les femmes les plus instruites qui se caractérisent par la plus forte proportion (8 %) contre à peine 3 % pour celles qui n'ont aucune instruction. En outre, dans les ménages les plus riches, plus d'une femme enceinte sur dix (11 %) a reçu un traitement intermittent/prophylaxie pour traiter le paludisme alors que dans les ménages les plus pauvres la proportion est inférieure à 1 %.

D'autre part, parmi les femmes qui ont pris un médicament anti-paludique préventif durant la dernière grossesse qui s'est terminée par une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on constate que moins d'une sur dix (6 %) a pris du Fansidar (tableau 11.5).

Le Fansidar est plus fréquemment utilisé par les femmes du milieu urbain (12 %), par celles de la région administrative de Kindia (12 %) et de Conakry (18 %), par celles qui ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus (13 %) et par celles des ménages les plus riches (16 %).

Parmi celles qui ont pris du Fansidar, un peu plus d'une femme sur dix (12 %) en a pris une seule fois ; près d'une femme sur cinq (18 %) en a pris deux fois et 69 % en ont pris trois fois ou plus. C'est en milieu rural que l'on observe la plus forte proportion de femmes qui ont pris au moins trois doses de Fansidar (80 %) contre seulement 60 % pour les zones urbaines.

La politique nationale en matière de traitement préventif intermittent n'est que très peu suivie sur le terrain, ce qui impose des campagnes d'information du public, des ateliers de formation du personnel soignant et des supervisions effectives sur le terrain.

Tableau 11.5 Utilisation de Fansidar pour le traitement intermittent (TI)

Pour les mères qui ont pris un médicament antipaludéen pour la prévention durant la dernière grossesse se terminant par une naissance vivante les 5 années précédant l'enquête, pourcentage ayant pris le SP/Fansidar et le nombre de fois qu'il a été pris, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris du Fansidar	Effectif de mères ayant pris un médicament anti-paludéen	Parmi celles qui ont pris du Fansidar, pourcentage qui en ont pris			
			Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Effectif de mères ayant pris du Fansidar
Milieu de résidence						
Urbain	12,3	928	12,6	25,8	60,1	114
Rural	3,9	2 182	11,0	8,6	80,4	85
Région administrative						
Boké	5,1	305	*	*	*	15
Conakry	18,3	444	12,5	30,7	54,6	81
Faranah	3,8	274	*	*	*	10
Kankan	1,6	476	*	*	*	8
Kindia	11,7	468	4,3	3,7	92,1	55
Labé	5,8	265	*	*	*	15
Mamou	4,5	150	*	*	*	7
N'Zérékoré	1,1	729	*	*	*	8
Région naturelle						
Basse Guinée	9,4	720	6,0	4,1	89,9	68
Moyenne Guinée	5,2	468	(14,3)	(18,6)	(67,1)	24
Haute Guinée	1,2	627	*	*	*	8
Guinée Forestière	2,2	851	*	*	*	18
Conakry	18,3	444	12,5	30,7	54,6	81
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	5,8	2 554	11,3	20,7	66,8	147
Primaire	7,1	338	*	*	*	24
Secondaire ou plus	13,0	218	(13,2)	(10,4)	(76,4)	28
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	2,2	574	*	*	*	12
Second	4,8	569	(6,0)	(0,0)	(94,0)	28
Moyen	3,9	655	(10,7)	(20,7)	(68,6)	26
Quatrième	4,2	661	(22,2)	(10,3)	(67,6)	28
Le plus riche	16,3	651	12,5	25,3	60,5	106
Ensemble	6,4	3 110	11,9	18,4	68,8	200

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

11.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Au cours de l'EDSG-III, en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludique chez les femmes enceintes, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans le cas d'une réponse positive, une série de questions sur le traitement de la fièvre ont été posées : ces questions portaient sur le recours éventuel à des médicaments antipaludiques et sur le moment où le traitement a été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés aux tableaux 11.6 et 11.7.

On constate au tableau 11.6 que, parmi les enfants de moins de cinq ans, un peu plus d'un sur trois a eu de la fièvre et/ou des convulsions au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête (34 %). La prévalence de la fièvre est plus élevée parmi les enfants de 6-23 mois que parmi les autres. On constate également que dans la région de N'Zérékoré (45 %) et dans la Guinée forestière (43 %), les proportions d'enfants ayant eu de la fièvre sont plus élevées qu'ailleurs. Parmi l'ensemble des enfants ayant eu de la fièvre, 44 % ont été traités avec des antipaludiques et seulement 14 % d'entre eux ont pris des antipaludiques de manière précoce, c'est-à-dire soit le jour où la fièvre est apparue, soit le jour suivant.

Le traitement immédiat par des antipaludiques varie selon l'âge de l'enfant. Les proportions de ceux qui ont reçu des antipaludiques le même jour ou le jour suivant sont plus élevées chez les plus âgés que chez les plus jeunes (19 % parmi ceux âgés de 36-59 mois contre 10 % à 12-23 mois), bien que les enfants les plus âgés ne soient pas ceux qui ont souffert le plus fréquemment de la fièvre.

Bien que les résultats montrent que la prévalence de la fièvre est un peu plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (35 % contre 29 %), on constate que la proportion d'enfants ayant pris des antipaludiques est plus élevée en milieu urbain (52 %) qu'en milieu rural (42 %). Il en est de même pour l'administration précoce d'un traitement (22 % en urbain contre 12% en rural). Dans les régions caractérisées par une prévalence élevée de la fièvre, on constate que les proportions d'enfants traités de manière rapide sont assez faibles : 16 % à Kankan et à Kindia, 15 % à N'Zérékoré et moins de 10 % dans toutes les autres régions. Seule la région de Conakry compte près d'un tiers d'enfants (31 %) ayant été traités le même jour ou le jour suivant. Enfin, on remarque que les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et ceux des quatrième et cinquième quintiles sont ceux qui ont bénéficié le plus fréquemment d'un traitement antipaludique précoce.

Tableau 11.6 Prévalence et traitement précoce de la fièvre

Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédant l'enquête, et parmi ces enfants, pourcentage qui ont pris des antipaludéens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Enfants de moins de 5 ans		Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre/ convulsions	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen le même jour/jour suivant	Effectif d'enfants avec fièvre
Âge en mois					
< 6	32,3	775	34,2	10,3	250
6-11	45,4	617	42,9	13,4	280
12-23	43,8	1 118	45,5	10,2	490
24-35	33,9	1 108	44,7	14,8	376
36-47	28,1	958	48,9	19,3	270
48-59	22,0	1 070	41,7	18,7	236
Milieu de résidence					
Urbain	28,8	1 304	51,6	21,9	376
Rural	35,1	4 343	41,5	12,0	1 526
Région administrative					
Boké	36,9	661	36,4	6,5	244
Conakry	28,0	600	47,7	30,6	168
Faranah	28,4	481	40,2	8,8	137
Kankan	26,5	837	34,2	15,8	221
Kindia	31,5	835	48,6	15,8	263
Labé	32,6	568	34,0	5,8	185
Mamou	26,0	369	41,4	9,5	96
N'Zérékoré	45,4	1 296	50,4	15,2	589
Région naturelle					
Basse Guinée	32,9	1 322	45,8	12,6	435
Moyenne Guinée	31,7	1 111	34,0	6,3	352
Haute Guinée	27,3	1 115	35,0	13,4	305
Guinée Forestière	42,8	1 499	50,0	14,9	642
Conakry	28,0	600	47,7	30,6	168
Niveau d'instruction de la mère					
Aucune instruction	33,1	4 899	41,8	11,9	1 623
Primaire	40,1	469	50,2	20,3	188
Secondaire ou plus	32,4	280	59,4	36,8	91
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	38,0	1 357	35,1	7,7	515
Second	34,0	1 223	41,9	10,8	416
Moyen	33,1	1 176	41,3	15,2	389
Quatrième	32,8	1 024	54,9	16,4	336
Le plus riche	28,4	867	51,5	27,0	246
Ensemble	33,7	5 647	43,5	13,9	1 902

Le tableau 11.7 présente, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre, les proportions de ceux qui ont pris différents types d'antipaludiques et les proportions de ceux qui les ont pris rapidement après l'apparition de la fièvre.

On note que plus du quart des enfants ayant eu de la fièvre ont été traités à la chloroquine (27 %), et que 9 % ont commencé ce traitement le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. C'est dans les régions de N'Zérékoré (40 %), et de Mamou (35 %) que les proportions d'enfants traités à la chloroquine sont les plus élevées. Par contre, dans la région de Boké où la prévalence de la fièvre est aussi élevée, on constate que la quinine est le médicament le plus fréquemment administré (26 %), alors qu'au niveau national, la proportion est de seulement 16 %.

Le recours à la SP/Fansidar et à l'Amodiaquine est rare (moins de 1 % chacun). Seuls les enfants de Conakry (6 % pour l'Amodiaquine) et ceux dont les mères ont atteint le niveau secondaire sont traités à l'aide de ce médicament. Une fois de plus, on peut constater que l'ensemble des procédés concernant le traitement des cas de paludisme n'est que très peu observé par les ménages en Guinée. La chloroquine, bien que largement utilisée, est en voie de retrait de l'arsenal thérapeutique du praticien guinéen en raison de son inefficacité.

Tableau 11.7 Différents antipaludéens et prise précoce

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris certains antipaludéens le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Pourcentage des enfants qui ont pris :				Pourcentage qui ont pris des médicaments le même jour/jour suivant				Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre
Caractéristiques sociodémographiques	SP/ Fansidar	Chloro-quine	Amodia-quine	Quinine	SP/ Fansidar	Chloro-quine	Amodia-quine	Quinine	
Âge en mois									
< 6	0,0	19,3	0,0	15,8	0,0	6,5	0,0	4,2	250
6-11	0,3	22,5	2,0	18,3	0,0	8,3	2,0	3,1	280
12-23	0,7	28,4	0,6	16,8	0,2	6,8	0,0	3,5	490
24-35	1,1	28,1	0,8	16,2	0,3	9,9	0,0	4,6	376
36-47	2,5	30,9	0,4	16,7	1,7	10,2	0,4	7,5	270
48-59	0,0	32,7	0,6	9,6	0,0	12,9	0,6	5,9	236
Milieu de résidence									
Urbain	0,6	33,4	2,6	17,1	0,3	13,9	1,4	7,1	376
Rural	0,9	25,6	0,3	15,6	0,4	7,6	0,2	4,0	1 526
Région administrative									
Boké	1,0	10,8	0,3	25,9	0,0	2,7	0,0	3,8	244
Conakry	0,7	29,5	5,8	14,7	0,0	19,6	3,1	9,5	168
Faranah	0,6	24,2	0,0	16,4	0,0	4,6	0,0	4,2	137
Kankan	1,5	15,1	0,0	18,4	0,3	5,7	0,0	9,8	221
Kindia	0,3	24,8	0,0	23,4	0,0	7,1	0,0	8,7	263
Labé	1,1	23,0	0,0	12,4	0,5	5,3	0,0	0,6	185
Mamou	0,9	34,5	0,0	7,7	0,9	9,1	0,0	0,4	96
N'Zérékoré	0,7	39,7	0,6	10,1	0,7	12,2	0,5	1,8	589
Région naturelle									
Basse Guinée	0,6	19,3	0,0	26,7	0,0	5,4	0,0	7,2	435
Moyenne Guinée	1,0	23,6	0,2	11,0	0,5	5,8	0,0	0,6	352
Haute Guinée	1,1	15,7	0,0	18,8	0,2	5,1	0,0	8,1	305
Guinée Forestière	0,8	39,3	0,5	10,1	0,6	11,7	0,4	2,1	642
Conakry	0,7	29,5	5,8	14,7	0,0	19,6	3,1	9,5	168
Niveau d'instruction de la mère									
Aucune instruction	0,9	26,2	0,5	14,8	0,3	7,8	0,2	3,7	1 623
Primaire	0,0	31,0	0,0	22,5	0,0	11,0	0,0	10,0	188
Secondaire ou plus	1,4	36,5	5,7	20,8	1,4	22,8	4,6	9,5	91
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,5	21,3	0,1	13,7	0,3	5,1	0,0	2,4	515
Second	1,0	24,4	0,0	17,1	0,0	7,4	0,0	3,5	416
Moyen	0,2	27,1	0,8	13,9	0,0	9,3	0,7	5,2	389
Quatrième	1,3	36,2	0,4	18,6	0,8	10,1	0,0	5,7	336
Le plus riche	1,4	31,7	3,4	17,9	0,9	16,5	2,1	8,6	246
Ensemble	0,8	27,2	0,7	15,9	0,4	8,8	0,4	4,6	1 902

MORTALITÉ DES ENFANTS 12

Abdoulaye DIALLO

Un des principaux objectifs de l'EDSG-III est de collecter les informations à l'échelle nationale afin d'estimer les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité néonatale, de la mortalité post-néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile. Ces différentes informations sont très utiles pour l'élaboration des politiques de population et des programmes de santé. Les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile sont généralement influencés par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. Ils reflètent le niveau de pauvreté et les conditions de précarité dans lesquelles vivent les populations enquêtées. Pour toutes ces raisons, on considère que les taux de mortalité infantile sont les meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Après avoir présenté la méthodologie de la collecte et évalué la qualité des données, ce chapitre sera consacré à l'analyse du niveau et des tendances de la mortalité des enfants de moins d'un an et de ceux dont l'âge varie entre un et quatre ans révolus.

12.1 METHODOLOGIE ET QUALITE DES DONNEES

Les indicateurs de la mortalité présentés dans ce chapitre ont été estimés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Dans le questionnaire individuel femme, l'enquêtrice enregistre des informations globales sur toutes les naissances de la femme. Les questions permettaient de distinguer le nombre total de fils et filles qui vivent avec la femme de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Par la suite, et pour chacune des naissances, l'enquêtrice obtient des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

La qualité des estimations de la mortalité basées sur l'historique dépend de la complétude avec laquelle les naissances et les décès ont été déclarés et enregistrés. L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente, à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement.

La collecte des données se fait auprès de femmes de 15-49 ans; ceci ne permet pas d'obtenir des informations sur la survie ou le décès des enfants dont la mère est décédée au moment de l'interview. Dans le cas où ces enfants « orphelins de mère » seraient en nombre important, et ou leur mortalité serait différente de celle des enfants dont la mère survit, le niveau de mortalité estimé s'en trouverait biaisé.

En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives pour certaines périodes passées : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, aucune information n'est disponible sur les naissances issues des femmes âgées de 40-49 ans à cette période. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans à ce moment-là ne sont plus éligibles au moment de l'enquête. Par conséquent, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues de femmes de

40-49 ans, et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un important biais sur l'estimation de la mortalité des enfants pour la période étudiée.

Selon les résultats de l'enquête ménage, moins de 2 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages étaient orphelins de mère (tableau 2.8). Par ailleurs, au cours des cinq dernières années, les femmes de 40 ans ou plus n'ont contribué que pour 6 % à la fécondité totale. En conclusion, les biais évoqués précédemment devraient être minimes et négligeables.

La validité des données sur la mortalité des enfants peut être affectée par : le sous-enregistrement, le déplacement différentiel des dates des événements et l'imprécision des déclarations des enquêtées.

1. **Le sous-enregistrement des naissances et/ou des décès** peut provenir de la double omission de naissances et de décès ou de l'un des deux évènements. Les mères ont parfois tendance à omettre de déclarer des naissances et/ou des décès d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance. Ces cas d'omission peuvent induire une sous-estimation de la mortalité. De plus, du fait de problème de mémoire, l'effet de sous-enregistrement peut être d'autant plus significatif que la période de référence est éloignée de la date de l'enquête. Ainsi, plus ces omissions sont importantes, plus les niveaux estimés de la mortalité peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation du sous-enregistrement des décès de très jeunes enfants consiste à calculer la proportion des décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent, l'on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité des enfants : une proportion inférieure à 60 % indiquerait un sous-enregistrement important des décès très précoces. Dans le cas de l'EDSG-III, les proportions varient d'un minimum de 72 %, pour la période de 10-14 ans avant l'enquête, à un maximum de 75 % pour la période 0-4 ans avant l'enquête, ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement important des décès précoces. Le rapport de la mortalité néonatale à la mortalité infantile peut également être utilisé pour évaluer l'importance de la sous-déclaration des décès de jeunes enfants. Comme on peut le constater selon la période quinquennale considérée, les proportions se situent à un niveau acceptable, variant de 43 % à 55 %, et ne mettent pas en évidence de sous-enregistrement important des décès précoces.

2. **Les déplacements différentiels de dates de naissances des enfants,** selon qu'ils sont vivants ou décédés peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et par conséquent une surestimation de la mortalité de la période précédente (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête). Ces niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale, soit 2001-2005 pour la plus récente, et 1996-2000 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés par des transferts à l'intérieur d'un même intervalle de référence.

3. **L'imprécision des déclarations de l'âge au décès** et, en particulier, l'attraction de certains âges au décès[1] peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, en transformant une partie des décès d'enfants de moins d'un an en décès d'enfants plus âgés (12-59 mois). Par contre, l'âge au décès de certains enfants, pourtant compris entre le 12ème et le 23ème mois, a été enregistré en années (1 an), au lieu de mois. Même s'il est probable qu'une partie des décès ainsi enregistrés soit en réalité survenus entre 9 et 12 mois, leur effectif n'est pas assez important pour introduire un biais significatif ni dans l'estimation de la mortalité infantile, ni dans celle de la mortalité juvénile.

[1] Afin de minimiser l'attraction de certains âges (en particulier, un an), les enquêtrices ont enregistré (pour tous les enfants dont les informations étaient disponibles), en jours les décès de moins d'un mois, en mois les décès de moins de deux ans et en années les décès survenus à deux ans et plus.

Finalement, les limites méthodologiques décrites ci-dessus et les risques d'erreurs ou d'imprécision de collecte de données sur l'historique des naissances ne comportent qu'une très faible marge d'erreur dans l'estimation des indicateurs de la mortalité des enfants pour les périodes récentes (Sullivan et al. 1990). On n'a donc procédé à aucun ajustement des données et les résultats sur les tendances peuvent être considérés comme valables pour les quinze à vingt dernières années avant l'enquête.

12.2 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS

À partir des informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

Quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure, à la naissance, la probabilité de mourir avant d'atteindre un mois exact ;

Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact ;

Quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de mourir avant d'atteindre le premier anniversaire ;

Quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire ;

Quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

Le tableau 12.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés par périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1991 à 2005.

Tableau 12.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDSG-III Guinée 2005

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	39	52	91	79	163
5-9	69	57	126	97	211
10-14	62	65	127	128	239

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (39 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 52 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 79 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 163 ‰, soit un peu plus d'un enfant sur six.

Si l'on se réfère au schéma type des tables de mortalité, la mortalité néonatale devrait être largement supérieure à la mortalité post-néonatale et la mortalité infantile plus élevée que la mortalité juvénile. La structure par âge de la mortalité des enfants, pour les premiers (0-4 ans) et troisième (10-14 ans) groupes d'âge quinquennaux précédant l'enquête, ne semble pas suivre le schéma des tables types. Elle est plutôt caractérisée par une surmortalité aux périodes post-néonatale et juvénile. On observe en effet que le risque de mortalité néonatale est inférieur à la mortalité post-néonatale (39 ‰ contre 52 ‰) pour les cinq premières années avant l'enquête, et la mortalité infantile (127 ‰) est presque égale à la mortalité juvénile (128 ‰) pour la période de 10-14 ans ayant précédé l'enquête. Ces types de rapport entre d'une part la mortalité néonatale et post-néonatale, et la mortalité infantile et juvénile d'autre part, avaient déjà été observés lors de l'enquête réalisée en 1999 (EDSG-II). Par ailleurs, d'après les résultats des autres EDSG, la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne présentent, au moins, l'une des deux spécificités citées ci-dessus et plus du tiers présente les deux. Ce phénomène n'est pourtant observé ni dans les pays du Maghreb, ni dans les pays de l'Afrique Australe. Il est permis de penser que des facteurs socio-économiques, culturels et écologiques expliqueraient cette spécificité de la mortalité des enfants de l'Afrique Subsaharienne.

Les données du tableau 12.1 illustrées par le graphique 12.1 permettent de retracer l'évolution de la mortalité des enfants au cours des quinze dernières années (0-14 ans). Quel que soit l'indicateur considéré (${}_1q_0$, ${}_4q_1$, ${}_5q_0$), on constate que le niveau de la mortalité des enfants guinéens a connu une baisse au cours des 15 années ayant précédé l'enquête. En effet, entre 1998 et 2003 (années centrales des deux périodes quinquennales extrêmes), le quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$,) est passé de 127 ‰ à 91 ‰. Dans la même période, la probabilité, pour un enfant d'un an, de mourir avant de fêter son cinquième anniversaire (${}_4q_1$) aurait varié de 128 ‰ à 79 ‰, et le quotient de mortalité infanto-juvénile serait passé de 239 ‰ à 163 ‰.

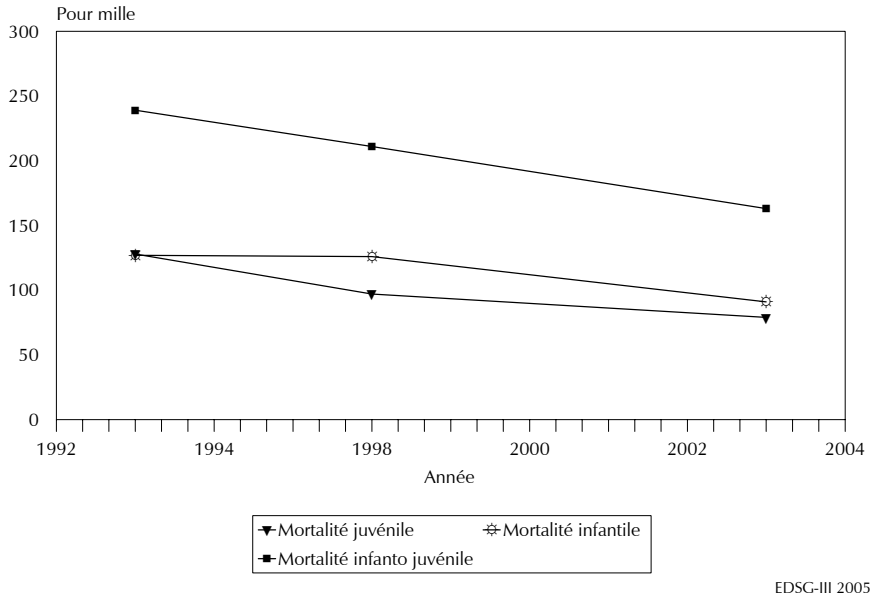
Par ailleurs, le graphique 12.2 permet de comparer les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile de l'EDSG-I et l'EDSG-II, à ceux de l'EDSG-III. On constate, pour la période récente, une quasi-stabilité du niveau de la mortalité infantile, mais aussi pour l'ensemble de la mortalité infanto-juvénile. En effet, par rapport aux résultats de la précédente enquête réalisée en 1999, le niveau de toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenu en 2005 est sensiblement le même : mortalité infantile de 91 ‰ à l'EDSG-III contre 98 ‰ en 1999 pour les cinq dernières années, mortalité infanto-juvénile de 163 ‰ les années 2001-2005 contre 177 ‰ pour les cinq années ayant précédé l'EDSG-II. La lecture du graphique 12.2 permet de faire les constats suivants :

- la mortalité infantile a connu une baisse entre 1992 et 1999. Cette baisse est moins prononcée entre 1999 et 2005 et son niveau demeure encore élevé comparé aux niveaux de certains pays limitrophes.

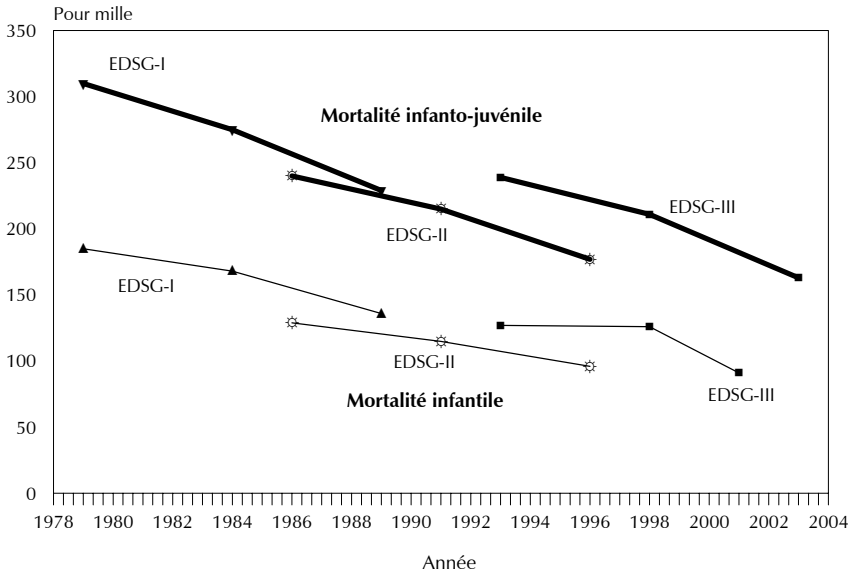
- la mortalité juvénile a connu une baisse légère, moins prononcée que la mortalité infantile de 1992 jusqu'en 1999 et le rythme est à peu près identique pour la période 1999-2005. L'évolution de la mortalité infanto-juvénile est la résultante de celles de ses composantes infantile et juvénile. Il s'ensuit donc une très légère baisse de la mortalité infanto-juvénile pour la période 1992 à 2005.

Cette faible baisse de la mortalité des enfants qui semble cohérente avec la situation sanitaire actuelle pourrait s'expliquer par la dégradation de l'environnement macroéconomique et financier et l'accroissement de la pauvreté depuis 2000.

Graphique 12.1 **Tendances de la mortalité infantile, juvénile et infanto juvénile**



Graphique 12.2 **Tendances de la mortalité infantile et infanto juvénile selon différentes sources, 1999-2005**



12.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau de la mortalité varie non seulement en fonction des caractéristiques de la mère mais aussi avec celles des enfants. Le tableau 12.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère pour les 10 années précédant l'enquête (1996-2005). La référence à une période de dix années utilisée ici est nécessaire pour disposer d'un

effectif d'évènements statistiquement suffisant pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. Ces écarts sont plus accentués au cours des périodes post-néonatale (entre 1 et 11 mois) et juvénile (entre 1 et 4 ans). D'une manière générale, la mortalité infantile est nettement moins élevée en milieu urbain (82 ‰) qu'en milieu rural (118 ‰). En outre, on peut noter que la mortalité post-néonatale des enfants du milieu rural (60 ‰) est plus d'une fois et demie supérieure à celle des enfants du milieu urbain (36 ‰). En ce qui concerne la mortalité néonatale, on constate que les différences sont moins importantes. De même, après le premier anniversaire, les résultats montrent qu'en milieu urbain, sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 56 décèdent avant le cinquième anniversaire. En milieu rural, 97 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Dans l'ensemble, on note que le niveau de la mortalité infanto-juvénile est plus faible en milieu urbain (133 ‰) qu'en milieu rural (204 ‰). Les différences de l'offre et des niveaux d'utilisation des services de santé expliqueraient ces différences de mortalité.

Tableau 12.2 Mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques

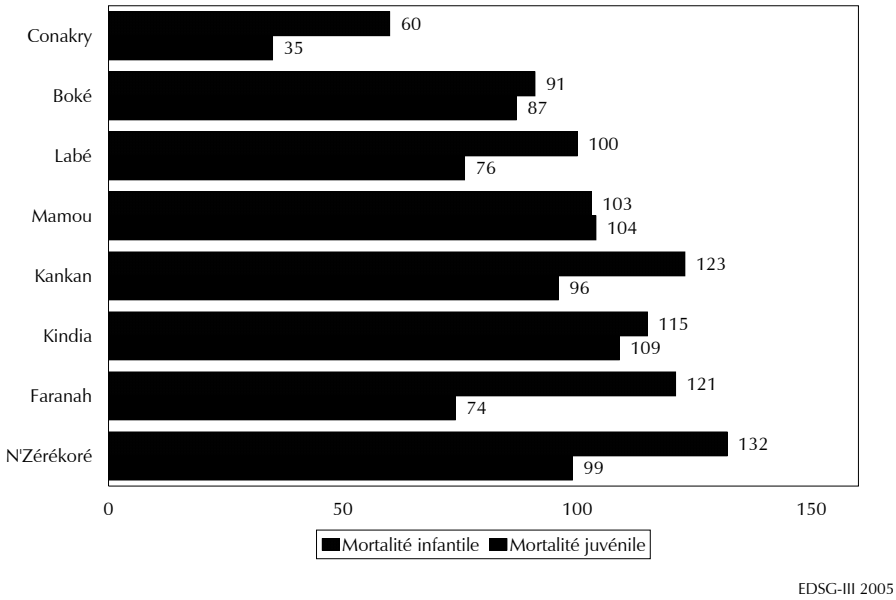
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	46	36	82	56	133
Rural	58	60	118	97	204
Région administrative					
Boké	46	45	91	87	170
Conakry	37	22	60	35	92
Faranah	72	49	121	74	185
Kankan	50	73	123	96	207
Kindia	61	54	115	109	211
Labé	49	52	100	76	168
Mamou	55	48	103	104	197
N'Zérékoré	63	69	132	99	218
Région naturelle					
Basse Guinée	57	48	105	97	192
Moyenne Guinée	49	52	101	92	183
Haute Guinée	53	65	118	91	199
Guinée Forestière	66	68	134	94	215
Conakry	37	22	60	35	92
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	56	57	113	92	194
Primaire	52	49	101	80	172
Secondaire ou plus	43	24	67	27	92
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	60	66	127	103	217
Second	61	62	122	104	214
Moyen	62	53	115	100	204
Quatrième	46	54	100	68	162
Le plus riche	38	30	68	48	113

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

L'analyse par région met en évidence de fortes disparités (graphique 12.3). En effet, la probabilité de mourir entre 0 et 5 ans varie de manière importante d'une région à l'autre. Le niveau de mortalité infantile varie d'un minimum de 60 ‰ à Conakry à un maximum de 132 ‰ à N'Zérékoré. En ce qui concerne la mortalité juvénile, son niveau varie encore plus, passant de 35 ‰ pour Conakry à 109 ‰ pour Kindia. La région de Mamou se distingue des autres régions par une mortalité juvénile légèrement supérieure à la mortalité infantile. Quant à la mortalité infanto-juvénile, on peut noter que globalement, c'est à Conakry (92 ‰) qu'elle est la plus faible et c'est dans les régions de Kankan (207 ‰), de Kindia (211 ‰) et de N'Zérékoré (218 ‰) qu'elle est la plus élevée.

Graphique 12.3 **Mortalité infantile et juvénile selon la région administrative**



Ces résultats montrent que plus on s'éloigne de Conakry, plus la probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans est élevée. La facilité d'accès aux structures de santé et la qualité des services offerts dans cette ville expliquent, en grande partie, les différences observées. Toutefois, d'autres facteurs purement culturels et comportementaux, jouent également un rôle important sur la survie de l'enfant. Par ailleurs, il est important de reconnaître que malgré ces disparités régionales, la mortalité des enfants a connu une baisse, partout en Guinée, entre 1992 et 2005 avec cependant des niveaux variables selon les régions.

L'influence du niveau d'instruction de la mère sur la mortalité des enfants est d'une importance non négligeable (tableau 12.2 et graphique 12.3). En effet, le niveau de mortalité des enfants de moins d'un an dont la mère n'a aucune instruction (113 ‰) est nettement supérieur à celui des enfants dont la mère a, au moins, atteint le niveau secondaire (67 ‰). L'écart entre la mortalité des enfants dont la mère est sans instruction et celle des enfants dont la mère n'a que le niveau primaire (113 ‰ contre 101 ‰) n'est pas aussi important. On observe le même écart en ce qui concerne la mortalité juvénile et infanto-juvénile.

Le tableau 12.3 illustré par le graphique 12.4 présente les quotients de mortalité pour la période de dix années précédant l'enquête selon certaines caractéristiques des enfants et certains comportements procréateurs des mères. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la plupart des populations, relativement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin. Les résultats montrent qu'à la naissance, sur 1 000 garçons, 200 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire contre 174 pour 1 000 filles. Il apparaît que c'est au cours du premier mois de vie que la surmortalité des enfants de sexe masculin est la plus élevée. Contrairement à l'EDSG-II, où l'on avait observé une surmortalité féminine au cours de la période post-néonatale, à l'EDSG-III, la mortalité masculine est, quelle que soit la composante de la mortalité, supérieure à la mortalité féminine.

Tableau 12.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

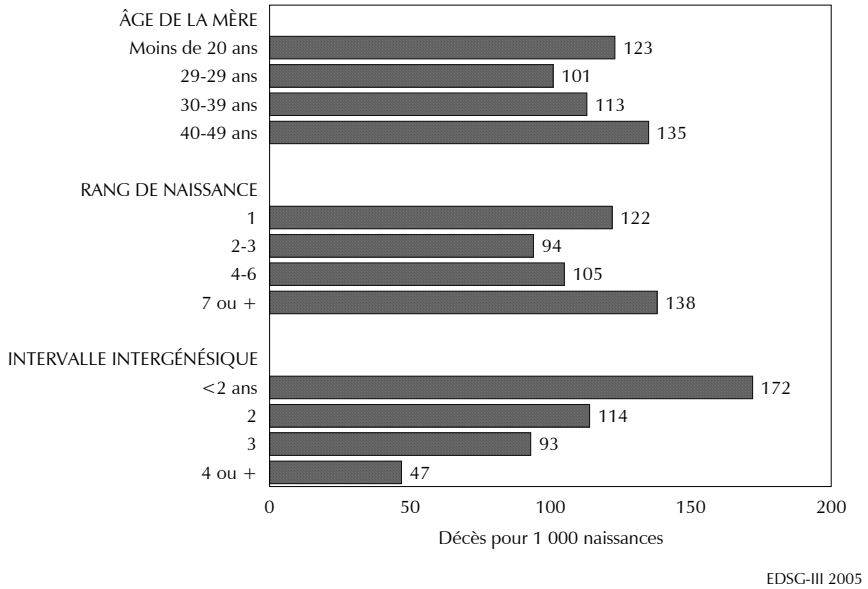
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	63	59	122	89	200
Féminin	46	51	97	86	174
Âge de la mère à la naissance					
<20	67	56	123	96	208
20-29	51	50	101	85	178
30-39	52	60	113	86	189
40-49	68	67	135	87	211
Rang de naissance					
1	72	50	122	90	201
2-3	45	49	94	83	169
4-6	50	55	105	88	184
7+	65	73	138	95	220
Intervalle avec la naissance précédente[2]					
<2 années	87	85	172	91	247
2 années	52	62	114	103	205
3 années	46	47	93	90	174
4+ années	22	26	47	49	94
Taille à la naissance[3]					
Petit ou très petit	71	49	120	-	-
Moyen ou gros	33	49	82	-	-

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale
[2] Non compris les naissances de rang 1
[3] Quotients pour la période de cinq ans avant l'enquête

D'autres caractéristiques décrivant le comportement procréateur (notamment l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et le temps écoulé entre la naissance de l'enfant précédent et celle de l'enfant présent) mettent en évidence les variations de la mortalité des enfants.

Graphique 12.4 **Mortalité infantile et caractéristiques des naissances**



Du point de vue de l'âge de la mère, les femmes qui accouchent très jeunes (avant vingt ans) et celles qui ont des enfants tardivement (après 40 ans), contribuent, de manière importante, à augmenter les risques de décès de leurs enfants. Durant leur première année de vie, les enfants de mères de moins de vingt ans ont une probabilité de décéder avant 1 an de 123 ‰ et le quotient de mortalité de ceux dont les mères sont âgées de 40 ans et plus est de 135 ‰, contre 101 ‰ chez les enfants dont les mères sont âgées de 20-29 ans. Il faut noter que les mêmes constats ont été observés lors des deux précédentes enquêtes (EDSG-I et EDSG-II).

Selon le rang de naissance, il apparaît que les premiers nés (122 ‰) et les naissances de rang supérieur à 6 (138 ‰) ont des risques de mortalité entre la naissance et le premier anniversaire plus élevés que les naissances de rangs intermédiaires. Par ailleurs, la durée de l'intervalle intergénésique apparaît également comme un facteur influençant les risques de mortalité chez les enfants. En effet, les intervalles très courts (moins de deux ans) sont associés à des niveaux de mortalité infantile très élevés. Ces types d'intervalle réduisent considérablement les possibilités de récupération des capacités physiologiques de la femme, exposant ainsi les enfants à une surmortalité. Une nette réduction des risques de mortalité infantile des enfants est observée lorsque la mère espace les naissances de deux, trois et de quatre ans ou plus. Par contre, le taux de mortalité juvénile est plus élevé lorsque l'espacement de naissances est de deux ans (103 ‰).

12.4 MORTALITÉ PÉRINATALE

Considérée comme un indicateur de la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement, la mortalité périnatale inclut la mortinatalité et la mortalité néonatale (ou parfois la seule mortalité néonatale précoce) (Pressat et al., 1985, p. 52). Selon Masuy Stroobant, l'idée de combiner la mortinatalité (tous les enfants mort-nés ou qui n'ont montré aucun signe de vie à la naissance) et la mortalité néonatale précoce (décès d'enfants de 0-6 jours) en un indice unique appelé la mortalité périnatale semble avoir son origine dans un article publié en 1948 dans *Population Studies* par Peller intitulé « Mortality : Past and Future ».

Le tableau 12.4 présente la mortalité périnatale pour la période de cinq ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques des mères. On constate que les risques de mortalité périnatale sont particulièrement élevés quand l'âge de la mère est inférieur à 20 ans (53 ‰ contre 40 ‰ à 20-29 ans).

Tableau 12.4 Mortalité périnatale

Nombre de mort-nés, de décès néonatals précoces, et taux de mortalité périnatale pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Effectif de mort-nés[1]	Effectif de décès néonatals précoces[2]	Taux de mortalité périnatale[3]	Effectif de grossesses de 7 mois ou plus
Âge de la mère à la naissance				
<20	24	37	53	1 164
20-29	38	79	40	2 959
30-39	30	62	46	1 998
40-49	6	11	49	347
Intervalle avec la grossesse précédente (en mois)				
Première grossesse	25	37	57	1 095
<15	2	13	93	161
15-26	13	48	57	1 079
27-38	14	48	33	1 907
39+	44	43	39	2 225
Milieu de résidence				
Urbain	36	39	51	1 474
Rural	62	150	43	4 993
Région administrative				
Boké	6	20	36	750
Conakry	16	17	50	657
Faranah	6	21	49	545
Kankan	16	34	51	985
Kindia	9	34	44	957
Labé	9	9	29	630
Mamou	7	11	42	430
N'Zérékoré	30	42	47	1 514
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	76	169	43	5 622
Primaire	11	14	48	535
Secondaire ou plus	11	7	56	311
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	16	40	35	1 580
Second	15	45	43	1 391
Moyen	19	41	44	1 342
Quatrième	23	38	52	1 187
Le plus riche	25	26	52	968
Ensemble	98	189	44	6 467

[1] Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits à 7 mois ou plus de grossesse.
[2] Les décès néonatals précoces sont des décès qui se sont produits à 0-6 jours parmi les enfants nés vivants.
[3] La somme du nombre de mort-nés et de décès néonatals divisée par le nombre de grossesses de 7 mois ou plus.

Il ressort également du tableau 12.4 que plus l'intervalle entre les grossesses est long, plus les taux de mortalité périnatale sont faibles : de 57 ‰ quand 15-26 mois séparent deux grossesses, le taux passe à 39 ‰ quand l'intervalle est de 39 mois et plus. Par contre, ce taux est de 93 ‰ lorsque l'intervalle entre les grossesses est inférieur à 15 mois.

Par ailleurs, on constate que la mortalité périnatale est légèrement plus élevée en urbain (51 ‰) qu'en rural (43 ‰). Selon les régions administratives on observe des disparités, le taux de mortinatalité variant de 51 ‰ à Kankan à 29 ‰ à Labé.

On constate que le taux de mortalité périnatale est un peu plus élevé parmi les femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire que parmi les autres (56 ‰ contre 48 ‰ pour celles ayant un niveau primaire et 43 ‰ pour celles sans instruction).

12.5 MORTALITÉ ET GROUPES À HAUTS RISQUES

De nombreuses études ont mis en évidence de fortes corrélations entre les risques de décéder des enfants et certains comportements procréateurs. Schématiquement, la probabilité de mourir dans la prime enfance est plus élevée si l'enfant est né de mère très jeune ou très âgée, s'il est né après un intervalle intergénésique court, ou si la mère a une parité élevée. Les femmes très jeunes pourraient avoir des grossesses et des accouchements difficiles du fait de leur immaturité physiologique. Les femmes âgées connaissent les problèmes liés à l'âge pendant la grossesse et l'accouchement.

Le tableau 12.5 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1, qui présentent un risque plus élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans) ;
- les naissances issues des mères appartenant à une autre catégorie à haut risque unique : âge de procréation précoce (moins de 18 ans), ou tardif (après 34 ans), intervalle intergénésique très court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 3) ;
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'intervalle intergénésique et le rang de naissance, selon l'âge et le rang, et selon ces trois caractéristiques ;
- et enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie de risque définie ci-dessus.

Il ressort du tableau 12.5 que 26 % des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 9 % se situent dans la catégorie à hauts risques inévitables ; 43 % sont à haut risque unique et 22 % sont à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants les comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le ratio de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque. Il est important de noter que la proportion de naissances se situant dans la catégorie sans risque n'a pas connu de modification importante depuis 1992 puisque à cette date cette proportion était estimée à 23 %.

Tableau 12.5 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDSG-III Guinée 2005

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années ayant précédé l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	
Dans aucune catégorie à haut risque	26,0	1,00	14,3[a]
Catégorie à haut risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	9,2	1,52	5,4
Catégorie à haut risque unique			
Âge des mères <18	9,2	1,73	2,4
Âge des mères >34	0,6	(0,71)	3,9
Intervalle intergénésique <24 mois	2,8	1,69	7,3
Rang de naissance >3	30,5	1,21	15,5
Sous-total	43,3	1,35	29,0
Catégorie à hauts risques multiples			
Âge <18 et intervalle intergénésique <24 mois[2]	0,4	(2,91)	0,9
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois	0,0	*	0,1
Âge >34 et rang de naissance >3	15,0	1,48	30,8
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	1,6	2,34	7,1
Intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	4,5	2,02	12,5
Sous total	21,6	1,70	51,3
Dans une catégorie à hauts risques	64,9	1,46	80,3
Total	100,0	na	100,0
Effectif de naissances	6 370	na	6 292

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés parmi les enfants appartenant à chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés parmi les enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques.

[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête : âge actuel inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, ou la dernière naissance était de rang 3 ou plus.

[2] Y compris la catégorie : âge < 18 ans et rang de grossesse > 3.

[a] Y compris les femmes stérilisées.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

na = Non applicable

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles ne surviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risque. En effet, un enfant de rang 1 et dont la mère a 18 ans ou plus (primipare âgée) court un risque de décéder 1,5 fois supérieur à la catégorie de référence.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque 1,35 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Il apparaît que la fécondité précoce ou tardive et les naissances très rapprochées apparaissent comme les principaux facteurs de haut risque : ces risques sont supérieurs de, respectivement, 73 %, 71 % et 69 % par rapport à la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés, puisque leur risque de décéder est 1,7 fois plus élevé que ceux de la catégorie de référence. Les enfants nés dans un intervalle intergénésique très court, de rang élevé, de mère très jeune ou très âgée courent un risque de décéder plus important de, respectivement, 2,9 et 2,3 fois par rapport à la catégorie de référence.

Par ailleurs, les enfants qui combinent un intervalle intergénésique très court et un rang de naissance élevé courent un risque deux fois plus important que ceux de la catégorie de référence. Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seul résultat la réduction du nombre de naissances chez la femme, mais aussi et surtout une amélioration considérable des chances de survie des enfants.

MORTALITÉ MATERNELLE 13

Mohamed AYAD

Le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles renseignent sur la santé des femmes, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

L'Enquête Démographique et de Santé menée en Guinée en 1992 (EDSG-I, 1992) a collecté pour la première fois des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant seulement la méthode indirecte des soeurs. Puis l'EDSG-II de 1999 a collecté pour la deuxième fois des données sur la mortalité maternelle, en utilisant les deux méthodes directe et indirecte des sœurs. Cette troisième enquête EDS de 2005 est la troisième du genre qui permet également de mesurer les niveaux de mortalité maternelle en utilisant les mêmes méthodes d'estimation que celles de l'EDSG-II de 1999.

Les estimations de la mortalité maternelle se font à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; si elle est décédée, on a posé des questions sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussel et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Étant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

13.1 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données de l'EDSG-III sur la mortalité maternelle est présenté en Annexe E (Section 10 du questionnaire individuel). Tout d'abord, on a enregistré le nombre total d'enfants que la mère de l'enquêtée avait eus, en distinguant les garçons des filles, ceux qui sont en vie, et ceux qui sont décédés. L'enquêtrice a ensuite reconstitué avec la femme interrogée, en quelque sorte, l'historique complet des naissances de sa mère (l'enquêtée non comprise), de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles, le nom, le sexe, et l'état de survie. Pour les frères et les sœurs qui sont encore en vie, on a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises sur l'âge au décès ne pourraient être obtenues, les enquêtrices insistaient auprès des femmes pour savoir si le frère ou la sœur était mort(e) avant l'âge de 12 ans.

Pour les sœurs décédées á l'âge de 12 ans ou plus, on a posé à la femme d'autres questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse est non ou ne sait pas, on a posé la question suivante :
- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. Tous ces décès sont considérés comme des décès maternels.

Cette nouvelle approche d'investigation empruntée à la Section de la reproduction, serait plus pertinente pour récupérer plus de frères et de sœurs, y compris les décès adultes, que l'approche utilisée dans l'EDSG-II. En effet dans la dernière EDSG de 1999, on s'était limité à poser deux questions générales, la première porte sur le nombre d'enfants que la mère a eues, y compris l'enquêtée, et la deuxième porte sur le nombre d'enfants que la mère a eues avant la naissance de l'enquêtée. Ensuite on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, en suivant la même méthodologie que dans l'EDSG-III. Cependant, si l'âge au décès n'était pas connu par la femme, on avait pas insisté pour savoir si le frère ou la sœur était mort(e) avant l'âge de 12 ans

13.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Que l'on utilise la méthode directe ou indirecte, l'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs L'estimation directe requiert, en plus de données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs – informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 13.1.

Tableau 13.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs

Effectif des frères et sœurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées, concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDSG-III Guinée 2005

Frères et sœurs selon différentes variables	Sœurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	19 958	100,0	21 346	100,0	41 304	100,0
Survivants	14 928	74,8	15 324	71,8	30 252	73,2
Décédés	5 023	25,2	6 013	28,2	11 036	26,7
ND/Manquant	8	0,0	8	0,0	16	0,0
Ensemble des survivants	14 928	100,0	15 324	100,0	30 252	100,0
Âge déclaré	14 860	99,5	15 242	99,5	30 102	99,5
ND/Manquant	67	0,5	83	0,5	150	0,5
Ensemble des décédés	5 023	100,0	6 013	100,0	11 036	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	4 937	98,3	5 893	98,0	10 830	98,1
Âge au décès manquant	38	0,8	46	0,8	84	0,8
Nombre d'années manquant	32	0,6	41	0,7	73	0,7
Âge et nombre d'années manquant	15	0,3	34	0,6	50	0,5

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la quasi-totalité des sœurs survivantes (99,5 %), et un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 98,1 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes[1]. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 13.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des

[1] L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et soeur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et sœurs « encadrants ». Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie[2]. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas de la Guinée, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à 1977, et celle des enquêtées[3] est de 1976, ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous-déclaration des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non, n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 13.2.

Tableau 13.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDSG-III Guinée 2005

Année de naissance	Répartition (en %)	
	Enquêtées	Frères/ Sœurs
Avant 1955	0,0	5,0
1955-59	7,4	5,5
1960-64	9,3	8,7
1965-69	13,4	11,2
1970-74	13,6	13,7
1975-79	17,2	14,1
1980-84	14,5	14,2
1985 ou plus tard	24,6	27,5
Total	100,0	100,0
Intervalle	1955-1990	1928-2004
Médiane	1976	1977
Effectif	7 954	41 151

Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
1955-59	5,6	116,1
1960-64	6,1	103,2
1965-69	6,2	106,9
1970-74	6,3	107,7
1975-79	6,2	106,8
1980-84	6,5	106,6
1985-90	6,2	106,0
Ensemble	6,2	107,0

Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 107 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. Dans le cas guinéen, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée : il se situe entre 103 et 108, à l'exception de la période 1955-1959 où il semble qu'il y ait une sous-estimation des naissances féminines (rapport de masculinité de 116). Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs, sauf pour la génération la plus vieille.

La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêtée) est de 6,2, ce qui est très proche de la parité finale passée des femmes en Guinée. L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée montre une taille variant entre 6,1 et 6,5 enfants. Pour la période la plus ancienne, la taille moyenne était de 5,6 enfants. Ainsi, la quasi-stabilité des tailles moyennes semble indiquer, comme les résultats précédents, qu'aucune omission importante de frères et sœurs n'a été commise par les enquêtrices.

[2] Le terme *fratrie* utilisé ici fait référence à l'ensemble des frères et sœurs de la femme enquêtée, issus de la même mère.

[3] On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1955 1990), celles des frères et sœurs portent sur 76 ans (1928 2004).

En ce qui concerne les estimations de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 10 années (c'est-à-dire 0-9 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 10 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

13.3 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Le nombre total de décès (313 frères et 324 sœurs) survenus aux âges 15-49 ans pour une période de cinq années (c'est à dire 0-4 ans avant l'enquête) sont peu importants pour une estimation fiable de la mortalité adulte. Il a alors été décidé de fournir des estimations de la mortalité masculine et féminine par âge pour une période de dix années avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des sœurs. Bien sûr, le choix de périodes plus longues, cumulant par conséquent plus d'évènements, sont possibles mais n'ont pas de portées pratiques pour les responsables des programmes. Devant ces contraintes, le choix de la période 0-9 ans semble donc être un juste milieu. Les données portant sur cette période sont présentées au tableau 13.3.

Tableau 13.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes et des hommes enquêtés, par sexe, pour la période 0-9 ans avant l'enquête (1996-2005) et taux des tables types de mortalité, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Période 1996-2005 (0-9 ans avant l'enquête)			Table type de mortalité des Nations Unies
	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)	
SEXE FÉMININ				
15-19	87	21 190	4,09	3,25
20-24	102	22 396	4,54	4,48
25-29	88	20 762	4,23	5,23
30-34	87	17 287	5,06	6,15
35-39	75	12 515	5,97	7,13
40-44	62	7 667	8,03	8,34
45-49	38	4 178	9,14	10,51
15-49	538	105 995	5,49[a]	
SEXE MASCULIN				
15-19	88	21 789	4,03	3,73
20-24	66	22 868	2,90	5,30
25-29	74	21 062	3,53	5,98
30-34	117	17 622	6,61	7,14
35-39	72	12 890	5,62	8,86
40-44	83	7 898	10,48	11,40
45-49	40	4 310	9,17	15,09
15-49	540	108 439	5,56[a]	

Note : Les taux des tables types proviennent du modèle de mortalité hypothétique des Nations Unies, modèle général, selon une valeur de ${}_5q_0$ pour la période de dix ans précédant l'EDSG-III, à savoir ${}_5q_0$ = 176 ‰ pour le sexe féminin et 201 ‰ pour le sexe masculin.
[a] Taux standardisés par âge

Les résultats de ce tableau font apparaître que les décès de frères et sœurs survenus aux âges 15-49 ans, pendant les dix années qui ont précédé l'enquête sont, comme rappelé plus haut, plus importants (540 hommes et 538 femmes) en comparaison avec la période de 0-4 ans. Le niveau de mortalité des adultes est relativement élevé : 5,49 ‰ pour l'ensemble des femmes entre 15 et 49 ans et 5,56 ‰ pour les hommes. Pour ce qui est de la mortalité adulte dans l'EDSG-II de 1999, elle était de 3,50 ‰ pour les femmes et de 3,90 ‰ pour les hommes. Il est évident qu'entre les deux enquêtes, la mortalité adulte a connu une augmentation : 57 % pour les femmes et 42 % pour les hommes. Cette augmentation pourrait s'expliquer, en grande partie, par l'amélioration de l'approche de collecte des données sur les décès adultes, comme nous l'avons observé dans plusieurs pays africains.

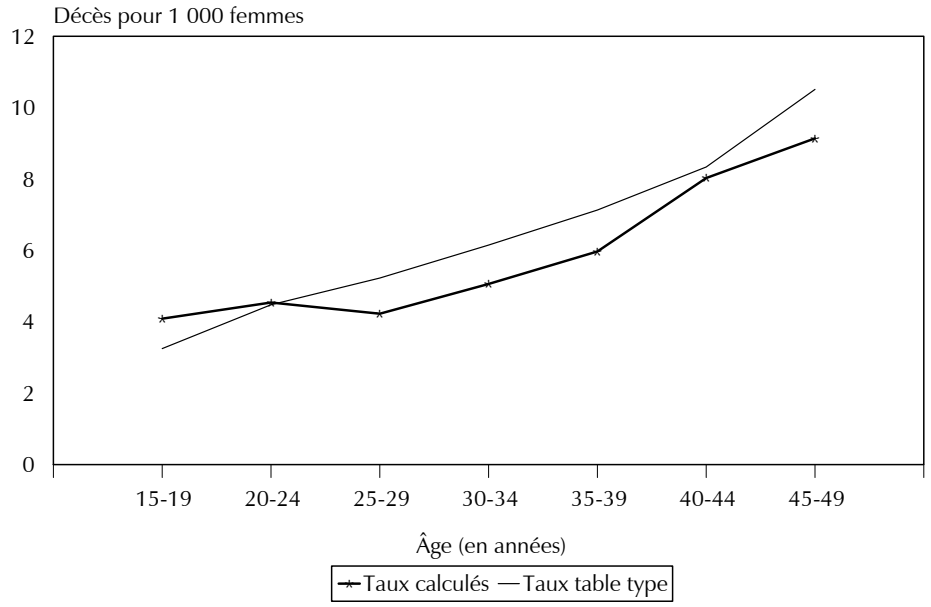
Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes de la mortalité puisque les données sur la mortalité des sœurs constituent la base des données pour la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données exactes sur la mortalité en Guinée, l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 13.3. Parmi les tables-types des Nations Unies, celles correspondant au Modèle Général ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du type de mortalité infantile et juvénile de la Guinée. Les taux ont été sélectionnés à un taux de mortalité infanto juvénile ${}_5q_0$ pour la période de 10 ans précédant l'enquête[4].

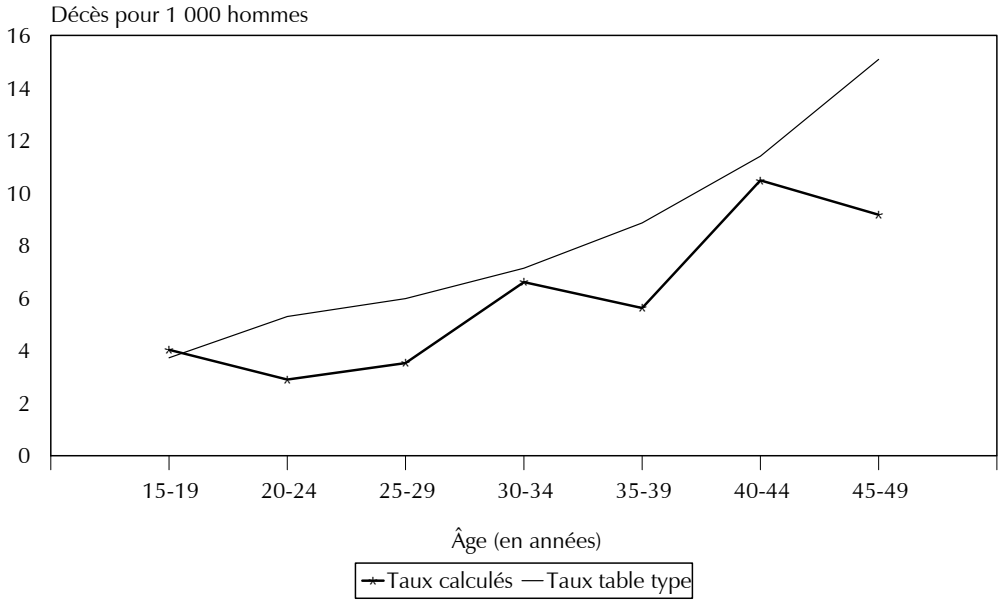
La validité des données collectées par le biais d'enquêtes rétrospectives peut être affectée par l'omission d'évènements et la mauvaise datation des évènements déclarés. Dans le cadre de cette enquête, les estimations sont probablement entachées d'erreurs d'observation et de déclarations, surtout pour les évènements les moins récents, bien qu'à l'évidence, on ne constate pas de problème majeur de ce type ; néanmoins, ceci nécessite une évaluation quelque peu plus poussée. L'évaluation par comparaison aux modèles de mortalité des Nations Unies tend à confirmer la qualité des données sur la survie des frères et sœurs, spécialement celles relatives aux femmes, et les estimations de mortalité basées sur ces données sont suffisamment plausibles pour qu'elles soient utilisées dans le but d'une estimation du taux de mortalité maternelle (graphiques 13.1 et 13.2).

[4] Les estimations de la probabilité de mourir entre la naissance et cinquième anniversaire (${}_5q_0$) sont de 174 ‰ pour le sexe féminin et de 200 ‰ pour le sexe masculin pour la période de dix ans précédant l'enquête (voir Chapitre 12).

Graphique 13.1 **Taux de mortalité féminine pour la période 0-9 ans avant l'enquête et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges**



Graphique 13.2 **Taux de mortalité masculine pour la période 0-9 ans avant l'enquête et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges**



13.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, est présentée au tableau 13.4. Le nombre de décès maternels est estimé à 193 pour la période de 0-9 ans avant l'enquête. La tendance des taux par cause maternelle par âge est très régulière ; elle augmente avec l'âge jusqu'à 35-39 ans, puis diminue aux âges les plus élevés. Étant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition est égale à 1,85 pour la période 1996-2005. Cette estimation est nettement plus élevée que celle trouvée lors de l'EDSG-II de 1999 (1,16 pour la période 1985-1999).

Tableau 13.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes et des hommes enquêtés pour la période 0-9 ans avant l'enquête (1996-2005), EDSG-III Guinée 2005

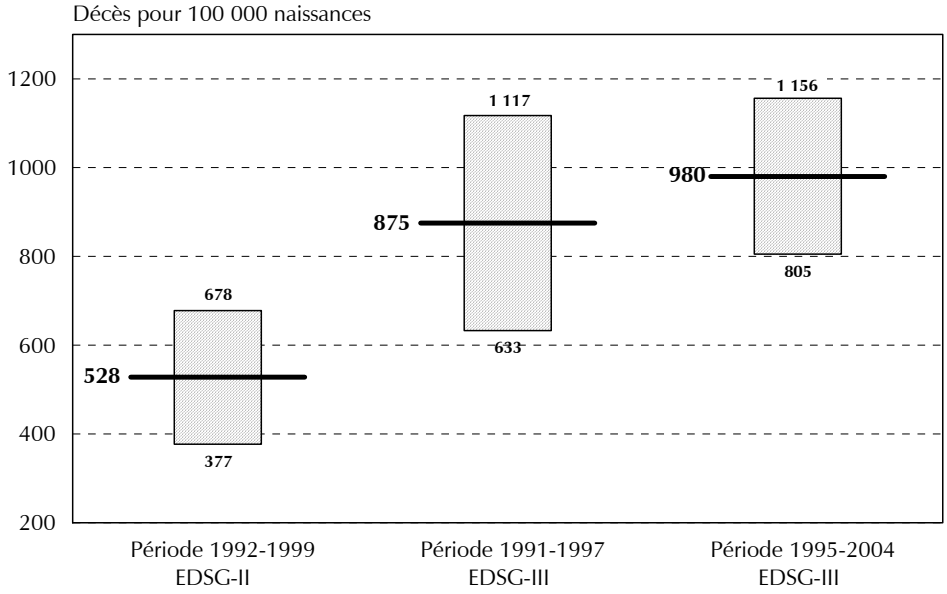
	Période 1996-2005 (0-9 ans avant l'enquête)			
Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels
15-19	28	21 190	1,31	0,32
20-24	37	22 396	1,67	0,37
25-29	34	20 762	1,64	0,39
30-34	36	17 287	2,07	0,41
35-39	34	12 515	2,71	0,45
40-44	18	7 667	2,31	0,29
45-49	6	4 178	1,53	0,17
15-49	193	105 995	1,85[a]	0,36
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰)[a]		189		
Taux de mortalité maternelle (TMM)[b]		980		
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)[c]		0,060		

[a] Taux standardisés par âge
[b] Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle)/TGFG.
[c] Par femme. Calculé à partir de la formule suivante :
$(1\text{-RDV}) = (1\text{-TMM}/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité. Pour la période 0-9 ans avant l'enquête, l'ISF est estimé à 6,2 enfants par femme.

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (tableau 13.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-9 ans avant l'enquête. Ce taux a connu une augmentation par rapport à celui estimé par l'EDSG-II de 1999. Il était de 528 pour la période de 1992-1999. Du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à ces indicateurs[5] (graphique 13.3), il faut être très prudent quant à l'interprétation des changements observés entre les deux derniers EDS. Cependant l'importance des écarts est telle que, très certainement, la mortalité maternelle a connu une augmentation au cours des dernières années, l'ampleur de cette augmentation ne pouvant néanmoins être estimée avec précision.

[5] En plus des erreurs de sondage, les estimations obtenues au cours d'une enquête sont également sujettes aux erreurs de mesure ou de collecte. Quand l'estimation est basée sur un très faible nombre d'observations, comme c'est le cas pour la mortalité maternelle (193 décès maternels à l'EDSG-III et 66 à l'EDSG-II), même très peu d'erreurs de collecte (omission ou mauvaise classification de quelques décès par exemple) peuvent provoquer une variation importante de l'estimation.

Graphique 13.3 Intervalle de confiance du taux de mortalité maternelle dans l'EDSG-II et l'EDSG-III



Les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 13.4), par groupe d'âges, pour la période 1996-2005 laissent apparaître une tendance régulière qui atteint son maximum à 35-39 ans où presque un décès sur deux (45 %) est dû à des causes maternelles. À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), plus de trois décès sur dix (36 %) seraient dus à des causes maternelles. Cette proportion n'a pas beaucoup changé par rapport à celle de l'EDSG-II de 1999 qui était de 33 %.

13.5 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les données sur la survie des sœurs peuvent aussi être utilisées pour estimer la mortalité maternelle par la méthode indirecte (Graham et al., 1989). Dans ce cas, les données sont agrégées par groupe d'âges de 5 ans des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les sœurs des enquêtées et sur le nombre de sœurs/unités d'exposition sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie pour cause de maternité. L'approche indirecte fournit aussi une estimation d'ensemble de la mortalité maternelle pour les sœurs de l'ensemble des enquêtées qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur des échantillons comme ceux des EDS, il est préférable d'utiliser une estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au tableau 13.5. Mis à part les groupes d'âges les plus jeunes pour lesquels très peu d'unités d'exposition ont été observées, les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, par groupe d'âges, varient de 0,045 à 0,067, sauf pour l'estimation concernant le groupe d'âge le plus jeune (15-19 ans) où le risque est le plus élevé. Il atteint 0,098. Dans la mesure où cette tendance est réelle, elle peut être interprétée, soit

comme une augmentation récente du risque de décéder pour cause maternelle, soit comme un enregistrement plus complet des événements récents par les enquêtées les plus jeunes. Quand on agrège les déclarations de toutes les enquêtées, le risque de décéder sur la durée de vie[6] (RDV) pour cause maternelle est égal à 0,060. Autrement dit, une femme en Guinée court un risque de 1 sur 17 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation. Ces valeurs peuvent être transformées en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, qui se rapporte à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1998, est de 847 ; elle est supérieure de 29 % à celle trouvée lors de l'EDSG-II de 1999, qui était de 659.

Tableau 13.5 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimation de la mortalité maternelle par la méthode indirecte, EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Nombre d'enquêtées	Nombre de sœurs de 15 ans ou plus	Nombre de sœurs décédées	Décès maternels ajustés	Facteurs d'ajustement pour l'exposition	Sœurs/ unité d'exposition au risque	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)
15-19	1 648	3 120[a]	96	32,7	0,107	334	0,098
20-24	1 152	2 181[a]	99	20,3	0,206	449	0,045
25-29	1 259	2 383[a]	122	53,4	0,343	817	0,065
30-34	1 119	2 236	179	75,0	0,503	1 125	0,067
35-39	1 170	2 328	228	86,1	0,664	1 546	0,056
40-44	821	1 583	181	61,6	0,802	1 269	0,049
45-49	785	1 345	222	74,0	0,900	1 210	0,061
Total	7 954	15 176	1 127	402,7	-	6 751	0,060

Taux de mortalité maternelle (TMM) par la méthode indirecte[b] = 847

[a] Obtenu en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de sœurs de 15 ans et plus par enquêtée, déclaré par les enquêtées de 30-49 ans.
[b] TMM = $(1 - [1-RDV]^{1/ISF}) \times (100\ 000)$, où l'ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 10-14 ans avant l'enquête, estimé à 7,2 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

13.6 DISCUSSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSG-III pour la période 1996-2005 est de 980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes; l'estimation indirecte du taux de mortalité maternelle est de 847, ce qui représente une moyenne couvrant une longue période avant l'enquête, centrée sur approximativement 12 années précédant l'enquête, soit 1992. Étant donné le degré d'erreurs de sondage associé à ces estimations de mortalité, ces deux taux peuvent être considérés comme très voisins. Globalement on peut estimer que le taux de mortalité maternelle se situerait entre 800 et 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes durant la décennie 1990, et le début de l'actuelle décennie 2000.

Il semble évident que, depuis la dernière enquête de 1999, il y a eu une augmentation de la mortalité adulte (59 % pour les femmes et 52 % pour les hommes) qui, à son tour, a affecté directement la mortalité maternelle. En revanche, la proportion de décès liés à la maternité a très peu changé entre les deux enquêtes : 33 % selon l'EDSG-II de 1999 et 36 % selon l'EDSG-III de 2005. Par conséquent, nous

[6] La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 13.5.

pouvons conclure que l'augmentation de la mortalité maternelle observée depuis 1999 est due essentiellement à une augmentation de la mortalité adulte. Qu'est-ce qui explique cette mortalité adulte en hausse ? Le sida pourrait-il être considéré comme une cause importante de décès adultes en Guinée ? Avec une prévalence de VIH de moins de 2 % pour l'ensemble de la population, il semble que l'effet du sida sur la mortalité adulte soit très faible, et qu'il y aurait d'autres facteurs qui auraient contribué à l'augmentation de la mortalité adulte, et qui méritent d'être approfondies, dont l'impact de la situation socio-économique en Guinée au cours des cinq dernières années. Enfin, il semblerait que la nouvelle approche de collecte dans l'EDSG-III ait contribué largement à enregistrer plus de décès adultes, et par conséquent à faire augmenter la mortalité maternelle, comme nous l'avons observé dans d'autres pays comme le Cameroun et le Tchad.

EXCISION 14

Marie-Anne DOUALAMOU

Tradition séculaire, l'excision est pratiquée essentiellement en Afrique. Si à l'heure actuelle, on pense situer avec certitude son origine géographique et historique—l'excision serait apparue en Égypte, il y a près de 3 000 ans—il est difficile d'en comprendre les motivations tant elles sont diverses. Celles-ci vont de la préservation de la virginité et du contrôle de la sexualité de la femme à certaines croyances, y compris religieuses, alors que l'excision est aussi bien pratiquée par les musulmans, que par les chrétiens et les animistes. Bien que les types d'excision varient en fonction des régions et de l'appartenance ethnique, on recense généralement trois formes d'excision : l'ablation du clitoris (clitoridectomie), l'ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres (excision)[1] et l'ablation du clitoris, des grandes et petites lèvres avec suture du sexe (infibulation). Les conséquences immédiates et à long terme de cette pratique sur la santé varient selon le type et la gravité de l'intervention. Malgré la mobilisation internationale pour tenter de mettre fin à cette pratique et les mesures répressives mises en place par certains pays africains, les statistiques actuelles ne laissent guère présager du déclin de cette pratique.

En Guinée, un groupe de volontaires a créé en 1984 la cellule de Coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la santé des Femmes et des Enfants (CPTAFE). Depuis sa création, cette organisation mène de nombreuses activités (production de vidéos, création de pièces de théâtres et organisation de plusieurs formations pour les matrones ainsi que des ateliers de sensibilisation des fonctionnaires et autres personnes concernées) pour lutter contre la pratique de l'excision dans notre pays. De même, elle a élaboré des messages destinés à être diffusés par la radio et par la télévision nationale.

Ces différentes actions ont permis de rompre le silence autour d'un sujet aussi sensible et tabou qu'est l'excision. Des exciseuses traditionnelles ont décidé volontairement de « déposer le couteau de l'excision » dans plusieurs préfectures du pays dont Kouroussa a été la première en 1999.

La volonté politique du gouvernement guinéen de lutter contre la pratique de l'excision s'est manifestée par l'adoption et la promulgation de la loi L/10/AN/2000 portant sur la Santé de la Reproduction qui protége l'intégrité physique de la femme. Cette loi prévoit également des dispositions pénales à l'encontre de tous ceux qui la transgressent.

De même, qu'au cours de la précédente EDS effectuée en 1999, les données collectées par l'EDSG-III permettent d'estimer la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées, de connaître les types d'excision pratiqués, ainsi que l'âge des femmes au moment de l'excision et le type de personne qui a procédé à l'excision. On a également demandé aux femmes si, parmi leurs filles, certaines avaient subi cette pratique pour déterminer dans quelle mesure elle se perpétuait d'une génération de femmes à l'autre. Dans le cas d'une réponse affirmative, des informations ont été collectées concernant la fille qui a été le plus récemment excisée. En outre, pour connaître l'opinion des femmes au sujet de l'excision, on leur a également posé des questions sur leur opinion concernant la poursuite ou l'arrêt de cette pratique, sur les complications au moment ou après l'excision des filles et sur les avantages pour une fille d'être excisée

[1] Bien que le terme *excision* corresponde à une forme d'ablation bien spécifique, dans la suite de ce chapitre, ce terme sera également utilisé pour désigner, de façon générique, les différentes formes que peut prendre cette intervention.

ou non. Aux hommes, on a posé une série de questions sur leur connaissance et leur opinion au sujet de l'excision. Les résultats de l'enquête sont présentés dans ce chapitre.

14.1 PRATIQUE DE L'EXCISION

14.1.1 Prévalence de l'excision

Les résultats présentés au tableau 14.1 montrent que la quasi-totalité des femmes et des hommes connaissent la pratique de l'excision. Quelle que soit la catégorie sociodémographique considérée, les proportions sont très élevées. En outre, les résultats montrent que 96 % des femmes ont déclaré avoir été excisées. Du point de vue l'ethnie, les femmes Guerzé ont déclaré le moins fréquemment avoir été excisées (68 %). La comparaison de ces résultats avec ceux de l'EDSG-II de 1999 ne fait pas apparaître une variation importante de la prévalence de l'excision entre 1999 et 2005 (99 % contre 96 %).

Le tableau 14.1 et le graphique 14.1 présente également les informations sur le type d'excision subi par les femmes enquêtées. On constate en Guinée que dans 86 % des cas, l'excision a consisté à enlever des parties de chairs. Un peu moins d'une femme sur dix (9 %) a déclaré avoir eu le vagin fermé et dans seulement 2 % des cas, on a pratiqué la forme d'excision la plus légère, à savoir une entaille sans enlever de chairs. Les proportions de femmes à qui on a enlevé des parties de chairs sont quasiment identiques quel que soit l'âge. Il semble que la pratique de l'excision sous sa forme la plus légère soit un peu plus fréquente dans les jeunes générations que dans les anciennes (moins d'un pour cent à 45-49 ans à environ 2 % à partir de 20-24 ans). Les résultats concernant le type d'excision consistant en la fermeture du vagin ne mettent pas en évidence de variations importantes entre générations.

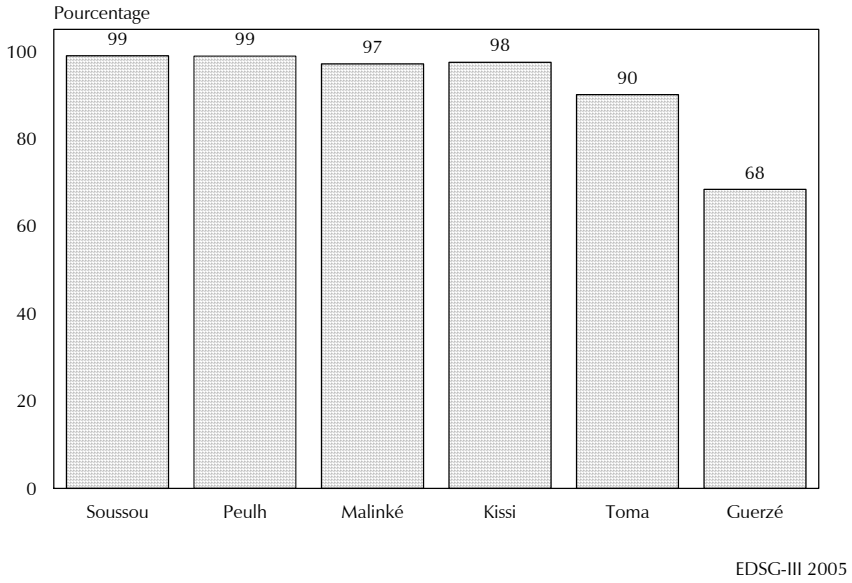
Tableau 14.1 Connaissance et pratique de l'excision

Proportion de femmes et d'hommes connaissant l'excision, proportion de femmes excisées, et répartition (en %) des femmes excisées par type d'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique socio-démographique	Proportion d'hommes connais-sent l'excision	Effectif d'hommes	Proportion de femmes connais-sant l'excision	Proportion de femmes excisées	Effectif de femmes	Type d'excision				Total	Effectif de femmes excisées
						Parties de chair enlevées	Entaille, pas de chair enlevée	Fermeture du vagin	Non déterminé/ NSP		
Groupe d'âges											
15-19	99,6	664	99,9	89,3	1 648	86,1	2,3	8,2	3,4	100,0	1 471
20-24	99,7	482	99,9	94,6	1 152	84,1	1,7	10,6	3,5	100,0	1 089
25-29	100,0	311	100,0	96,6	1 259	85,8	1,4	9,3	3,5	100,0	1 215
30-34	100,0	307	99,9	97,4	1 119	85,9	2,1	9,7	2,3	100,0	1 090
35-39	100,0	362	99,8	98,6	1 170	88,7	1,3	8,5	1,6	100,0	1 154
40-44	100,0	301	100,0	98,1	821	88,4	1,6	8,7	1,3	100,0	806
45-49	100,0	281	99,9	99,5	785	86,8	0,8	11,0	1,5	100,0	781
50-59	100,0	465	na	na	na	na	na	na	na	na	na
Milieu de résidence											
Urbain	99,9	1 226	100,0	93,9	2 472	82,7	2,4	9,8	5,1	100,0	2 322
Rural	99,8	1 948	99,9	96,4	5 482	88,1	1,3	9,1	1,5	100,0	5 285
Région administrative											
Boké	100,0	340	99,8	99,4	941	94,0	0,3	5,2	0,5	100,0	935
Conakry	99,8	677	100,0	94,2	1 192	77,3	3,6	10,9	8,2	100,0	1 122
Faranah	100,0	219	100,0	97,5	619	78,7	2,4	14,1	4,7	100,0	604
Kankan	99,6	358	99,7	98,8	935	93,2	0,2	3,1	3,5	100,0	923
Kindia	100,0	409	100,0	99,8	1 155	91,5	0,1	8,0	0,3	100,0	1 153
Labé	100,0	224	99,9	99,6	817	75,9	1,6	20,9	1,6	100,0	814
Mamou	100,0	205	99,8	99,7	544	88,3	7,7	3,4	0,6	100,0	542
N'Zérékoré	99,8	741	100,0	86,4	1 752	88,8	0,7	9,3	1,2	100,0	1 514
Région naturelle											
Basse Guinée	100,0	657	100,0	99,9	1 847	93,6	0,1	6,1	0,2	100,0	1 845
Moyenne Guinée	100,0	521	99,7	99,3	1 610	81,4	3,6	13,6	1,3	100,0	1 599
Haute Guinée	99,7	478	99,8	99,1	1 285	93,0	0,5	3,7	2,9	100,0	1 273
Guinée Forestière	99,8	840	100,0	87,5	2 020	84,6	1,2	11,8	2,5	100,0	1 767
Conakry	99,8	677	100,0	94,2	1 192	77,3	3,6	10,9	8,2	100,0	1 122
Niveau d'instruction											
Aucune	99,9	1 550	99,9	97,1	6 073	87,4	1,6	9,1	1,9	100,0	5 898
Primaire	99,8	601	100,0	91,7	999	84,9	1,2	10,1	3,8	100,0	916
Secondaire ou plus	99,8	880	100,0	89,9	883	80,9	2,5	10,2	6,3	100,0	793
Ethnie											
Soussou	99,8	622	100,0	99,0	1 602	90,3	0,5	7,2	2,0	100,0	1 585
Peulh	100,0	1 073	99,9	98,9	2 834	83,8	3,1	10,9	2,2	100,0	2 803
Malinké	99,8	887	99,9	97,1	2 080	88,3	0,8	7,6	3,3	100,0	2 020
Kissi	100,0	189	100,0	97,5	412	70,7	2,2	21,9	5,2	100,0	402
Toma	100,0	129	100,0	90,1	350	85,7	0,8	10,6	2,9	100,0	315
Guerzé	99,5	247	100,0	68,4	587	96,8	0,9	1,7	0,6	100,0	401
Autre/étranger	(100,0)	27	*	*	23	*	*	*	*	*	20
Religion											
Musulman	99,9	2 668	99,9	98,4	6 742	86,5	1,8	9,1	2,6	100,0	6 633
Chrétien	99,6	357	99,8	80,3	854	82,9	1,3	12,9	2,9	100,0	686
Animiste	100,0	115	100,0	87,6	160	94,8	0,0	5,2	0,0	100,0	140
Sans religion	*	34	99,6	74,7	197	92,4	1,4	4,2	2,0	100,0	147
Ensemble	99,9	3 174	99,9	95,6	7 954	86,4	1,7	9,3	2,6	100,0	7 607

na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Graphique 14.1 **Pratique de l'excision selon l'ethnie**



14.1.2 Âge des enquêtées à l'excision

Le tableau 14.2 et le graphique 14.2 présente les données sur l'âge des femmes à l'excision. On constate que dans environ un tiers des cas (34 %), les femmes n'ont pu donner un âge auquel elles ont été excisées et ont déclaré que cela s'était passé pendant la petite enfance. Globalement, plus de trois femmes sur dix (36 %) ont subi cette pratique avant 5 ans. Dans une proportion très voisine (32 %), les femmes ont déclaré avoir été excisées entre 5 et 9 ans et enfin pour 27 % des femmes, l'excision a eu lieu à un âge plus tardif, entre 10 et 14 ans. En outre, une minorité de femmes (3 %) ont été excisées à un âge relativement avancé (15 ans ou plus).

Tableau 14.2 Âge des enquêtées á l'excision

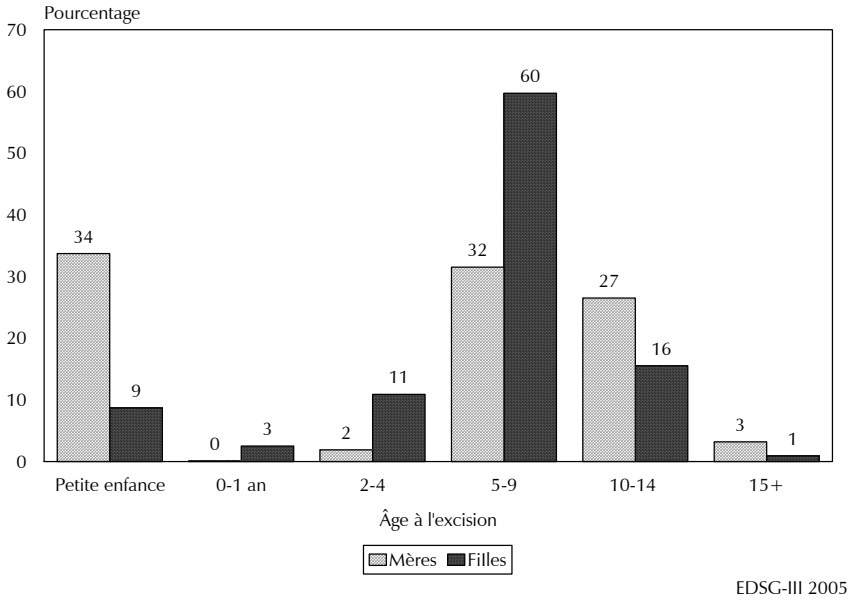
Répartition (en %) des femmes excisées par âge á l'excision, selon des caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Âge à l'excision[1]							Total	Effectif de femmes excisées
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+	NSP		
Groupe d'âges									
15-19	29,1	0,2	2,4	37,7	25,7	2,3	2,7	100,0	1 471
20-24	32,9	0,3	2,3	33,9	25,0	2,4	3,2	100,0	1 089
25-29	33,8	0,0	1,9	32,6	25,5	2,8	3,4	100,0	1 215
30-34	35,6	0,1	1,7	29,8	25,6	4,1	3,1	100,0	1 090
35-39	35,1	0,0	1,7	28,4	28,9	2,6	3,3	100,0	1 154
40-44	35,5	0,1	0,9	30,8	25,3	4,7	2,6	100,0	806
45-49	36,9	0,2	1,7	22,7	30,3	4,1	4,2	100,0	781
Milieu de résidence									
Urbain	33,2	0,2	1,3	29,3	30,0	2,2	3,8	100,0	2 322
Rural	33,9	0,1	2,1	32,5	24,9	3,6	2,9	100,0	5 285
Région administrative									
Boké	33,9	0,0	1,0	40,1	21,4	0,8	2,8	100,0	935
Conakry	36,2	0,3	2,0	25,9	27,4	2,1	6,0	100,0	1 122
Faranah	64,8	0,0	0,7	11,0	17,4	4,8	1,3	100,0	604
Kankan	51,6	0,5	4,2	24,4	18,6	0,6	0,3	100,0	923
Kindia	16,5	0,0	0,8	39,2	31,8	4,0	7,7	100,0	1 153
Labé	27,6	0,2	2,5	45,8	21,7	0,5	1,7	100,0	814
Mamou	42,9	0,0	0,8	36,3	15,9	0,0	4,1	100,0	542
N'Zérékoré	21,5	0,0	2,4	27,8	39,5	8,2	0,7	100,0	1 514
Région naturelle									
Basse Guinée	22,8	0,0	0,8	39,0	29,0	2,7	5,7	100,0	1 845
Moyenne Guinée	34,0	0,1	1,7	42,4	18,4	0,5	2,9	100,0	1 599
Haute Guinée	61,0	0,3	3,3	20,4	14,4	0,4	0,2	100,0	1 273
Guinée Forestière	23,5	0,0	2,1	25,6	39,1	8,6	1,1	100,0	1 767
Conakry	36,2	0,3	2,0	25,9	27,4	2,1	6,0	100,0	1 122
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	35,2	0,1	1,9	30,8	25,5	3,2	3,3	100,0	5 898
Primaire	31,0	0,1	1,4	33,0	28,6	3,1	2,8	100,0	916
Secondaire ou plus	26,0	0,3	2,1	35,4	31,1	2,6	2,6	100,0	793
Ethnie									
Soussou	24,7	0,0	0,7	32,4	33,4	3,3	5,4	100,0	1 585
Peuhl	34,7	0,1	1,7	40,5	18,5	0,7	3,8	100,0	2 803
Malinké	44,9	0,3	2,5	22,9	25,0	2,7	1,6	100,0	2 020
Kissi	32,1	0,0	0,7	16,0	45,2	5,0	1,1	100,0	402
Toma	23,1	0,0	2,5	24,1	38,6	9,2	2,5	100,0	315
Guerzé	14,9	0,0	5,5	30,1	34,3	14,7	0,6	100,0	401
Autre/étranger	*	*	*	*	*	*	*	*	20
Religion									
Musulman	35,2	0,1	1,7	32,2	24,9	2,3	3,5	100,0	6 633
Chrétien	26,3	0,0	3,1	23,7	39,3	6,3	1,4	100,0	686
Animiste	10,6	0,0	0,7	33,1	41,7	13,6	0,4	100,0	140
Sans religion	20,9	0,0	4,8	34,6	24,4	14,3	1,0	100,0	147
Ensemble	33,7	0,1	1,9	31,5	26,5	3,1	3,2	100,0	7 607

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

[1] L'âge à l'excision n'est pas déterminé pour les femmes pour lesquelles le type d'excision est inconnu.

Graphique 14.2 Âge à l'excision des mères et des filles



Les résultats selon l'âge montrent que les proportions de femmes excisées à un âge relativement tardif (10 ans et plus) diminuent des générations anciennes aux plus récentes, passant de 34 % à 45-49 ans à 27 % à 20-24 ans. À l'enquête précédente, 39 % des femmes avaient déclaré avoir été excisées à 10 ans et plus contre 30 % à l'enquête actuelle. De plus, parmi les jeunes femmes de 20-24 ans, on constate que la proportion ayant été excisée à 15 ans ou plus est pratiquement deux fois moins élevée que celle que l'on observe parmi les femmes de 45-49 ans (2 % contre 4 %). D'autre part, on constate que les proportions de femmes excisées dans la petite enfance diminuent des générations anciennes aux plus jeunes : de 37 % parmi les femmes de 45-49 ans, la proportion passe à 33 % à 20-24 ans. Seules les proportions de femmes excisées entre 5 et 9 ans sont plus élevées dans les jeunes générations que dans les anciennes : 23 % à 45-49 ans contre 34 % à 20-24 ans. Ces résultats semblent donc indiquer que l'excision se pratique de moins en moins tard et de plus en plus fréquemment entre 5 et 9 ans.

Par ailleurs, les résultats selon l'ethnie mettent en évidence certaines différences dans l'âge auquel on pratique l'excision. Chez les Peulh et les Malinké, environ les trois quarts des femmes ont subi cette pratique avant 10 ans. Dans les autres ethnies, il semble que l'on excise les filles à un âge plus tardif. Chez les Kissi, 45 % des femmes ont déclaré avoir été excisées entre 10 et 14 ans ; chez les Toma et les Guerzé, ces proportions sont respectivement de 39 % et 34 %. En outre, dans cette dernière ethnie, 15 % des femmes ont été excisées à 15 ans ou plus.

Dans les régions, on note également des écarts. Il semble que l'excision se pratique à un âge plus jeune chez les femmes de la Haute Guinée (65 % avant 5 ans) que chez les femmes des autres régions, en particulier dans la Basse Guinée et en Guinée Forestière où respectivement 32 % et 48 % des femmes ont été excisées après 10 ans.

14.1.3 Personne qui a procédé à l'excision

Le tableau 14.3 et le graphique 14.3 présente les résultats concernant la personne qui a procédé à l'excision. La grande majorité des femmes enquêtées (89 %) ont été excisées par des praticiennes traditionnelles, dont 87 % par des exciseuses. Dans seulement 10 % des cas, c'est un professionnel de la

santé (médecin, infirmier, sage-femme) qui a effectué cette intervention. Par rapport aux résultats de l'enquête précédente, on ne note aucun changement.

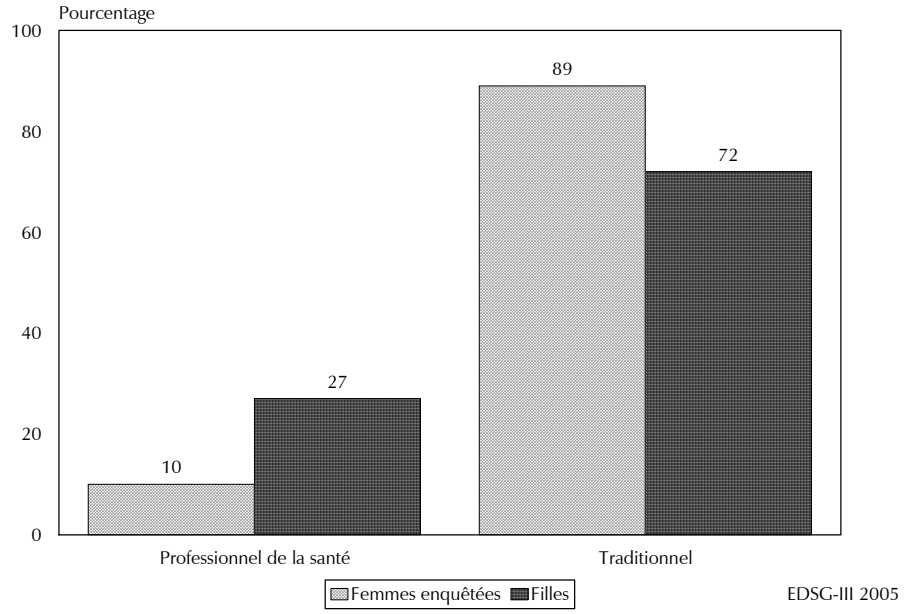
Cependant, on constate que le type de personnes ayant pratiqué l'excision diffère nettement selon le type d'excision pratiqué. Comme il fallait s'y attendre, l'excision, dans ses formes sévères, (parties de chair enlevées et fermeture du vagin) est beaucoup plus fréquemment pratiquée par les praticiennes traditionnelles (respectivement, 90 % et 89 %) que par les professionnels de la santé (respectivement, 9 % et 11 %). Quand l'excision a consisté en une entaille/pas de chair enlevée, dans 34 % des cas, c'est un professionnel de la santé, essentiellement des infirmières/sages femmes, qui a pratiqué l'intervention.

Tableau 14.3 Personne qui a procédé á l'excision

Répartition (en %) des femmes excisées selon la personne qui a pratiqué l'excision et selon le type d'excision, EDSG-III Guinée 2005

	Type d'excision				
Personne qui a pratiqué l'excision	Parties de chair enlevées	Entaille, pas de chair enlevée	Fermeture du vagin	Non déterminé/ NSP	Ensemble
Professionnel de la santé	9,0	34,4	10,5	25,4	10,0
Médecin	0,3	0,0	0,3	0,4	0,3
Infirmière/sage-femme	8,7	34,4	10,1	24,9	9,7
Traditionnel	89,7	64,0	88,7	71,0	88,7
Exciseuse traditionnelle	88,4	62,7	85,8	69,6	87,2
Accoucheuse traditionnelle	1,4	1,3	2,8	1,5	1,5
NSP	1,3	1,6	0,9	3,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes excisées	6 576	127	707	196	7 607

Graphique 14.3 **Personne qui a procédé à l'excision des femmes enquêtées et des filles**



Si l'on compare ces résultats à ceux de l'enquête précédente, on ne constate aucun changement l'excision étant toujours pratiquée, dans la quasi-totalité des cas, par une exciseuse traditionnelle. La proportion de femmes dont l'excision a été pratiquée par un professionnel de la santé n'a pratiquement pas variée entre 1999 et 2005 (9 % contre 10 %).

14.2 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Lors de l'interview, des questions ont également été posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour connaître leur situation par rapport à l'excision. Si plusieurs filles de la femme enquêtée avaient été excisées, les questions concernant le type d'excision, l'âge à l'excision et les complications portaient uniquement sur la fille qui avait été excisée le plus récemment. Comme certaines filles des femmes enquêtées étaient trop jeunes au moment de l'enquête pour avoir déjà été excisées, on a également demandé aux femmes dont la fille n'avait pas été excisée si elles avaient l'intention de la faire exciser. Les résultats présentés au tableau 14.4 montrent que 57 % des femmes ayant au moins une fille avaient déjà fait exciser leur fille ou l'une de leurs filles et 38 % ont déclaré qu'elles avaient l'intention de la (ou les) faire exciser. À l'opposé, seulement 3 % n'avaient pas l'intention de perpétuer cette pratique et dans 2 % des cas, les mères étaient indécises. Au total, 94 % des filles de femmes enquêtées sont ou seront excisées, soit une proportion pratiquement identique à celle observée pour les femmes enquêtées (96 %), ce qui ne laisse pas présager du déclin de la pratique de l'excision en Guinée dans un proche avenir.

Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques ne mettent en évidence aucun écart, la quasi-totalité des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisés. On peut cependant souligner, que parmi les femmes non excisées et parmi celles de niveau d'instruction au moins secondaire, respectivement 14 % et 17 % ont déclaré ne pas avoir l'intention de perpétuer la pratique.

Tableau 14.4 Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes ayant au moins une fille en vie selon qu'au moins une fille a été excisée et sinon selon qu'elles ont oui non l'intention de la/les faire exciser, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Au moins une fille excisée	A l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	N'a pas l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	NSP	Total[1]	Effectif de femmes ayant une/des fille(s) vivante(s)
Excision de la mère						
Excisée	57,9	36,8	2,9	2,3	100,0	4 842
Pas excisée	15,2	64,5	14,1	6,3	100,0	125
Groupe d'âges						
15-19	3,7	83,2	6,2	6,6	100,0	211
20-24	7,9	78,8	6,9	6,3	100,0	531
25-29	29,8	63,0	3,2	3,9	100,0	907
30-34	55,3	40,5	2,8	1,4	100,0	911
35-39	72,1	23,3	2,8	1,6	100,0	1 006
40-44	87,9	8,7	2,7	0,7	100,0	725
45-49	93,7	4,8	1,2	0,2	100,0	680
Milieu de résidence						
Urbain	59,2	29,6	7,2	4,1	100,0	1 251
Rural	56,0	40,2	1,9	1,8	100,0	3 721
Région administrative						
Boké	62,7	33,3	1,7	2,0	100,0	607
Conakry	59,2	27,5	9,4	3,9	100,0	567
Faranah	53,0	42,4	2,3	2,3	100,0	408
Kankan	60,1	33,2	4,0	2,5	100,0	663
Kindia	62,6	35,8	1,2	0,4	100,0	747
Labé	68,4	30,1	0,8	0,5	100,0	517
Mamou	71,1	25,0	1,6	2,1	100,0	354
N'Zérékoré	37,9	54,2	3,7	4,1	100,0	1 110
Région naturelle						
Basse Guinée	62,8	34,9	1,3	0,9	100,0	1 186
Moyenne Guinée	68,1	28,8	1,3	1,4	100,0	1 039
Haute Guinée	59,7	34,9	3,3	1,9	100,0	905
Guinée Forestière	38,8	53,2	3,7	4,3	100,0	1 276
Conakry	59,2	27,5	9,4	3,9	100,0	567
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	57,5	38,2	2,0	2,3	100,0	4 215
Primaire	52,5	38,6	5,8	3,1	100,0	471
Secondaire ou plus	54,3	25,0	17,4	3,3	100,0	286
Ethnie						
Soussou	57,4	38,2	2,6	1,8	100,0	990
Peuhl	66,2	29,6	2,0	2,0	100,0	1 777
Malinké	57,0	36,4	3,5	3,0	100,0	1 338
Kissi	44,3	51,2	1,5	3,0	100,0	252
Toma	42,7	47,0	5,4	4,9	100,0	215
Guerzé	24,4	65,0	8,7	1,9	100,0	346
Autre/étranger	*	*	*	*	*	15
Religion						
Musulman	60,8	34,1	2,7	2,4	100,0	4 258
Chrétien	34,9	53,3	8,5	3,1	100,0	478
Animiste	41,1	54,4	3,5	0,9	100,0	113
Sans religion	20,0	78,8	0,7	0,4	100,0	123
Ensemble	56,8	37,5	3,2	2,4	100,0	4 972

[1] Y compris les mères qui ne connaissent pas l'excision.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Au tableau 14.5 sont présentés les résultats concernant le type d'excision des filles. On ne constate aucune différence avec les résultats concernant les mères.

Tableau 14.5 Type d'excision des filles

Répartition (en %) des filles excisées le plus récemment par type d'excision, selon certains caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique des mères	Type d'excision de la fille				Total	Effectif de filles excisées le plus récemment[1]
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	Non déterminé/ NSP		
Type d'excision de la mère						
Parties de chair enlevées	91,3	1,8	5,4	1,5	100,0	2 445
Entaille, pas de chair enlevée	(76,4)	(7,0)	(4,4)	(12,2)	(100,0)	42
Fermeture du vagin	39,3	1,4	57,0	2,3	100,0	259
Non déterminé/NSP	55,3	8,7	15,2	20,8	100,0	78
Groupe d'âges						
15-19	*	*	*	*	*	8
20-24	(67,9)	(0,0)	(25,5)	(6,6)	(100,0)	42
25-29	79,5	5,1	12,4	2,9	100,0	271
30-34	86,1	2,1	8,9	2,9	100,0	504
35-39	87,6	1,8	8,5	2,1	100,0	725
40-44	86,9	1,9	9,3	1,8	100,0	637
45-49	84,7	1,2	12,9	1,3	100,0	638
Milieu de résidence						
Urbain	81,5	3,6	10,2	4,7	100,0	740
Rural	86,7	1,5	10,5	1,4	100,0	2 084
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	85,9	1,9	10,1	2,1	100,0	2 422
Primaire	87,6	1,0	9,7	1,8	100,0	247
Secondaire ou plus	73,0	6,0	15,6	5,3	100,0	155
Ensemble	85,3	2,0	10,4	2,2	100,0	2 825

[1] Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Le tableau 14.6 présente la répartition selon l'âge à l'excision des filles qui ont été le plus récemment excisées. On constate, à la différence des mères, que c'est entre 5-9 ans que la majorité des filles ont été excisées (60 %). Une proportion nettement plus faible que celle observée chez les mères a été excisée à 10 ans ou plus (16 % contre 30 %) et en outre, pour une proportion insignifiante (0,9 %), l'excision a été effectuée à 15 ans ou plus. Ces résultats semblent confirmer que, malgré le maintien de cette pratique dans les jeunes générations, on tend de moins en moins fréquemment à exciser les filles à un âge tardif.

Tableau 14.6 Âge des filles à l'excision

Répartition (en %) des filles excisées par âge à l'excision, selon les caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique des mères	Âge à l'excision des filles							Total	Effectif de filles excisées le plus récemment[1]
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+	NSP		
Groupe d'âges									
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	8
20-24	(8,3)	(25,4)	(28,9)	(30,9)	(0,0)	(0,0)	(6,6)	(100,0)	42
25-29	6,1	3,9	21,1	63,3	3,7	0,0	1,8	100,0	271
30-34	6,7	1,9	11,7	67,2	9,9	0,0	2,6	100,0	504
35-39	9,5	1,7	12,9	61,1	12,6	0,8	1,4	100,0	725
40-44	8,4	2,3	7,5	58,6	19,9	1,5	1,8	100,0	637
45-49	10,6	1,2	5,9	54,0	25,1	1,4	1,9	100,0	638
Milieu de résidence									
Ensemble urbain	8,6	1,7	10,2	61,0	15,5	0,7	2,3	100,0	740
Rural	8,7	2,7	11,1	59,2	15,5	0,9	1,9	100,0	2 084
Région administrative									
Boké	5,1	0,5	13,9	70,4	8,7	0,7	0,7	100,0	381
Conakry	9,0	1,5	12,7	59,8	13,7	0,0	3,4	100,0	336
Faranah	21,9	0,8	13,3	44,0	16,8	1,3	1,7	100,0	216
Kankan	16,2	11,5	19,7	41,9	9,0	0,2	1,5	100,0	398
Kindia	2,5	0,8	8,2	68,3	15,8	1,0	3,5	100,0	468
Labé	6,7	1,9	8,7	67,4	13,9	0,0	1,3	100,0	353
Mamou	9,8	0,2	3,0	72,1	11,2	0,0	3,7	100,0	251
N'Zérékoré	5,4	1,0	6,5	51,0	32,1	3,2	0,8	100,0	421
Région naturelle									
Basse Guinée	3,5	0,5	10,2	68,6	13,8	0,9	2,4	100,0	745
Moyenne Guinée	7,5	1,3	7,6	70,0	11,5	0,1	2,1	100,0	708
Haute Guinée	19,2	8,7	19,7	43,4	7,6	0,1	1,2	100,0	541
Guinée Forestière	6,3	0,9	5,7	49,0	33,5	3,2	1,3	100,0	495
Conakry	9,0	1,5	12,7	59,8	13,7	0,0	3,4	100,0	336
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	9,0	2,4	11,2	59,7	14,9	0,8	2,1	100,0	2 422
Primaire	7,9	3,5	7,4	56,9	20,4	2,2	1,8	100,0	247
Secondaire ou plus	4,8	2,5	11,3	62,8	17,2	0,0	1,4	100,0	155
Ethnie									
Soussou	3,7	0,5	9,3	64,0	19,1	1,2	2,2	100,0	569
Peuhl	7,2	0,8	9,6	69,8	10,4	0,1	2,1	100,0	1 176
Malinké	15,5	6,9	16,1	46,6	12,6	0,5	1,8	100,0	762
Kissi	11,7	0,0	5,0	37,6	38,0	2,5	5,3	100,0	112
Toma	4,8	0,0	1,6	45,5	43,9	4,2	0,0	100,0	92
Guerzé	0,9	0,0	11,6	52,7	26,9	8,0	0,0	100,0	84
Autre/étranger	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Religion									
Musulman	8,9	2,7	11,2	61,1	13,6	0,5	1,9	100,0	2 587
Chrétien	5,5	0,0	4,9	44,0	38,2	4,5	2,8	100,0	167
Animiste	(0,0)	(0,0)	(5,4)	(49,8)	(41,7)	(3,1)	(0,0)	(100,0)	46
Sans religion	*	*	*	*	*	*	*	*	25
Ensemble	8,7	2,5	10,9	59,7	15,5	0,9	2,0	100,0	2 825

[1] Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Par ailleurs, on constate quelques variations selon les caractéristiques sociodémographiques des mères. Du point de vue de la région administrative, on note que les filles de mères résidant à Kankan et à Faranah sont excisées beaucoup plus tôt (respectivement 47 % et 36 % avant 5 ans) que celles vivant dans d'autres régions comme Boké (20 %), ou Kindia (12 %). Il faut noter que, de même que pour les mères, c'est dans la région de N'Zérékoré que la proportion de filles excisées à un âge tardif est la plus élevée (35 %). Selon l'appartenance ethnique, on constate que quelle que soit l'ethnie, c'est entre 5 et 14 ans que la plupart des filles ont été le plus fréquemment excisées.

Les résultats du tableau 14.7 montrent que le recours à un professionnel de la santé pour procéder à l'excision est nettement plus élevé pour les filles que pour les mères (27 % contre 10 %), même si, dans près des trois quarts des cas, c'est toujours un praticien traditionnel qui effectue cette intervention (72 %). Cette tendance à la médicalisation de la pratique de l'excision est très nette quel que soit le type d'excision : dans 82 % des cas, c'est un professionnel de la santé qui a pratiqué l'entaille et, dans 25 % des cas (contre 11 % pour les mères), c'est aussi un professionnel de la santé qui a procédé à l'infibulation. Bien que le recours à un professionnel de la santé soit synonyme d'amélioration des conditions d'asepsie dans lesquelles est pratiquée l'excision, il n'en demeure pas moins que cette tendance va à contre courant de tous les efforts déployés pour enrayer cette pratique.

Tableau 14.7 Personne qui a procédé á l'excision des filles

Répartition (en %) des filles excisées selon la personne qui a pratiqué l'excision et selon le type d'excision, EDSG-III Guinée 2005

Personne qui a pratiqué l'excision	Type d'excision				Ensemble
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	Manquant/ NSP	
Professionnel de la santé	25,4	81,9	25,0	38,8	26,8
Médecin	0,7	0,0	0,6	1,5	0,7
Infirmière/sage-femme	24,5	75,9	23,4	36,0	25,7
Autre professionnel de la santé	0,2	6,0	1,0	1,3	0,5
Traditionnel	74,0	18,1	75,0	21,3	71,8
Exciseuse traditionnelle	71,4	13,2	73,0	21,3	69,3
Accoucheuse traditionnelle	2,6	4,9	2,0	0,0	2,5
NSP	0,6	0,0	0,0	39,9	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de filles excisées le plus récemment[1]	2 410	57	294	63	2 825

[1] Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.

14.2.1 Excision des filles et complications

À la question de savoir si leurs filles récemment excisées avaient souffert de complications pendant ou après l'excision, les mères ont répondu que dans 29 % des cas, des filles avaient eu, au moins, une complication et 13 % en avaient eu, au moins deux (tableau 14.8). L'analyse selon le type d'excision subie montre, comme il fallait s'y attendre, que les complications ont été plus fréquentes quand l'excision a été pratiquée dans sa forme sévère. En effet, quand il y a eu fermeture du vagin, 49 % des filles ont eu une complication contre 15 % quand c'est une entaille qui a été effectuée ; dans la majorité des cas, il s'est agi d'un saignement excessif (38 %) ; en outre, 37 % ont eu des difficultés à uriner ou une rétention d'urine et 9 % ont eu une enflure ou gonflement dans la zone génitale ; enfin, dans 8 % des cas, les mères ont déclaré la présence d'une infection dans la zone génitale ou un problème de cicatrisation.

Tableau 14.8 Excision des filles et complications

Pourcentage de filles excisées le plus récemment qui ont eu des complications au moment ou après l'excision d'après la déclaration de la mère, par type d'excision, EDSG-III Guinée 2005

	Type d'excision				
Complication	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	Manquant/ NSP	Ensemble
Saignement excessif	13,7	5,3	37,7	4,2	15,8
Difficultés à uriner, rétention d'urine	18,0	10,6	37,1	10,0	19,6
Enflure ou gonflement dans la zone génitale	2,1	1,3	9,1	2,7	2,8
Infection dans zone génitale/blessure pas cicatrisée correctement	6,0	0,0	8,4	8,2	6,2
Au moins une complication	27,5	14,6	49,3	14,2	29,2
Deux complications ou plus	10,6	1,3	31,8	9,4	12,6
Effectif de filles excisées le plus récemment[1]	2 410	57	294	63	2 825

[1] Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.

14.3 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

On a demandé aux femmes et aux hommes enquêtés, leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision, leurs avis sur les avantages et les inconvénients d'être excisée. D'après les résultats du tableau 14.9.1, on constate que seulement 10 % des femmes ont déclaré qu'il n y a aucun avantage pour une fille d'être excisée, cela quel que soit le type d'excision subie. Parmi les femmes du milieu urbain (18 %), parmi celles de Conakry (24 %) et de Faranah (13 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (32 %), cette proportion est nettement plus élevée. En outre, on constate que les deux avantages qui ont été les plus fréquemment cités sont la reconnaissance sociale (64 %) et la nécessité religieuse (32 %). Il faut noter également que pour 13 % des femmes, une meilleure hygiène constitue un avantage de l'excision.

Au tableau 14.9.2 sont présentées les proportions d'hommes ayant cité divers avantages de l'excision. On constate en premier lieu, qu'une proportion plus importante d'hommes (40 %) que de femmes (10 %) a déclaré qu'il n'y avait aucun avantage pour une fille à être excisée. Cette proportion varie de façon importante selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Ainsi l'opinion selon laquelle, il n'y a pas d'avantage a été surtout exprimée par les hommes vivant en milieu urbain (50 %), ceux du niveau secondaire ou plus (55 %) et ceux de la région de N'Zérékoré (61 %).

Par contre, pour 39 % des hommes, l'excision apporte à la femme une certaine reconnaissance sociale. En outre, pour un quart d'entre eux (25 %), l'excision est une nécessité religieuse et 12 % ont cité comme avantage la préservation de la virginité de la femme. Pour 8 % des hommes, l'excision apporte une meilleure hygiène à la femme et pour 7 %, la femme excisée à une meilleure chance de mariage.

Tableau 14.9.1 Avantages pour une fille d'être excisée : femmes

Pourcentage de femmes qui ont évoqué différents avantages pour une fille d'être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Avantages de l'excision								Effectif de femmes qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Recon-naissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préserva-tion de la virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
Type d'excision									
Parties de chair enlevées	9,6	13,1	64,1	4,8	5,8	3,2	33,0	3,5	6 954
Entaille, pas de chair enlevée	8,1	22,6	63,5	6,3	13,5	2,3	10,6	8,8	137
Fermeture du vagin	11,4	13,6	64,9	5,0	5,3	1,9	22,0	0,3	750
Non déterminé/NSP	13,8	11,4	48,0	13,5	20,5	1,8	27,6	7,5	107
Groupe d'âges									
15-19	15,5	10,7	54,8	4,7	5,6	2,7	27,0	7,1	1 646
20-24	12,6	12,7	61,3	4,0	7,4	4,1	28,7	3,3	1 151
25-29	9,6	13,2	62,3	5,5	5,5	3,2	35,1	1,9	1 258
30-34	6,7	14,1	69,3	6,6	6,6	3,0	32,3	2,3	1 119
35-39	5,7	14,3	67,6	5,7	6,9	2,7	34,4	2,7	1 168
40-44	8,8	14,5	69,2	4,2	4,9	2,8	30,2	1,3	821
45-49	5,8	15,9	70,9	3,6	5,9	3,0	34,8	1,9	784
Milieu de résidence									
Urbain	18,3	14,0	53,5	6,4	11,0	4,4	29,6	4,0	2 472
Rural	6,0	13,0	68,7	4,3	3,9	2,5	32,3	3,0	5 475
Région administrative									
Boké	6,6	31,7	53,9	4,6	2,4	12,8	67,2	1,4	939
Conakry	23,9	15,0	43,9	8,6	16,2	4,7	34,4	3,9	1 192
Faranah	13,2	18,3	73,5	4,6	5,2	0,3	17,2	2,2	619
Kankan	9,1	9,7	55,7	7,9	10,0	2,4	41,8	0,8	932
Kindia	4,7	12,3	71,3	2,9	3,0	0,4	31,1	0,6	1 155
Labé	5,3	4,2	55,2	1,8	1,7	2,0	44,6	0,4	816
Mamou	3,0	1,6	90,2	1,0	5,0	0,2	9,7	2,1	543
N'Zérékoré	8,9	10,9	75,0	5,4	4,0	1,3	10,7	9,2	1 752
Région naturelle									
Basse Guinée	5,4	21,4	64,4	3,8	2,8	5,7	45,7	1,0	1 847
Moyenne Guinée	4,7	5,4	67,3	1,7	2,8	2,3	35,1	1,0	1 606
Haute Guinée	8,9	11,2	61,5	6,7	9,2	1,8	37,3	0,8	1 282
Guinée Forestière	10,3	12,4	74,2	5,4	3,8	1,2	10,2	8,5	2 020
Conakry	23,9	15,0	43,9	8,6	16,2	4,7	34,4	3,9	1 192
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	5,9	14,0	67,8	5,1	5,5	2,9	34,0	2,7	6 066
Primaire	14,4	12,2	58,4	4,5	7,0	2,8	25,9	6,1	999
Secondaire ou plus	31,6	10,0	43,7	4,4	9,4	4,3	20,6	4,6	883
Ethnie									
Soussou	11,1	20,5	60,9	5,0	6,1	5,0	40,8	1,4	1 602
Peuhl	6,2	11,2	63,9	4,2	6,2	3,5	38,1	1,8	2 830
Malinké	13,0	10,3	61,2	6,3	6,9	1,9	31,1	1,7	2 078
Kissi	11,2	22,9	82,0	5,0	5,3	1,2	6,4	2,2	412
Toma	9,6	13,7	77,3	6,3	2,4	1,4	4,8	11,7	350
Guerzé	10,6	6,9	63,8	3,5	5,0	2,0	10,4	17,1	587
Autre/étranger	*	*	*	*	*	*	*	*	23
Religion									
Musulman	9,7	13,3	62,7	5,2	6,5	3,3	35,7	1,8	6 738
Chrétien	14,3	13,9	69,2	3,3	3,8	2,1	7,2	10,1	853
Animiste	0,8	7,1	93,5	9,9	4,8	0,0	19,1	4,8	160
Sans religion	3,2	14,1	59,4	0,7	5,7	2,6	4,1	25,9	197
Ensemble	9,8	13,3	63,9	5,0	6,1	3,1	31,5	3,3	7 947

Note : La somme des pourcentages peut dépasser 100 % car une femme peut citer plusieurs avantages.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau 14.9.2 Avantages pour une fille d'être excisée : hommes

Pourcentage d'hommes qui ont évoqué différents avantages pour une fille d'être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Avantages de l'excision								Effectif d'hommes qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Recon-naissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préserva-tion de la virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
Groupe d'âges									
15-19	43,9	3,7	36,1	6,8	7,0	1,3	22,5	2,8	662
20-24	48,3	5,7	31,5	6,9	15,6	2,5	16,8	1,8	481
25-29	48,4	6,7	31,1	5,2	13,1	2,6	22,7	3,0	311
30-34	42,3	6,6	39,4	6,3	13,7	0,9	22,6	2,2	307
35-39	34,2	8,7	42,5	8,7	16,5	1,1	26,0	2,5	362
40-44	37,8	8,5	41,4	8,2	12,6	1,1	27,8	2,4	301
45-49	28,7	13,5	50,4	8,0	12,4	0,0	30,6	2,7	281
50-59	31,0	14,2	46,1	8,4	11,2	1,8	32,3	1,1	465
Milieu de résidence									
Urbain	49,5	3,1	28,9	5,6	12,9	1,6	19,2	1,6	1 225
Rural	33,9	11,1	45,7	8,4	11,9	1,4	28,3	2,7	1 945
Région administrative									
Boké	52,2	11,5	28,6	1,9	6,4	2,0	26,8	0,5	340
Conakry	48,5	1,8	25,2	5,2	15,1	2,4	18,3	1,2	676
Faranah	40,4	1,9	32,0	1,7	4,3	0,8	25,5	3,8	219
Kankan	32,2	17,2	35,1	4,4	5,7	2,6	24,7	4,8	356
Kindia	10,0	12,4	62,5	21,1	30,6	1,4	48,9	1,4	409
Labé	20,1	14,9	43,1	7,3	4,5	1,0	70,7	2,8	224
Mamou	10,2	0,8	78,8	6,6	4,1	0,9	29,8	4,9	205
N'Zérékoré	60,8	7,0	35,9	7,3	12,4	0,4	0,8	2,0	740
Région naturelle									
Basse Guinée	26,5	12,4	49,5	13,3	20,6	1,3	40,3	1,0	657
Moyenne Guinée	21,2	8,3	54,9	6,7	5,7	1,6	47,3	3,3	521
Haute Guinée	33,3	13,6	30,2	4,1	4,9	2,3	28,7	4,8	477
Guinée Forestière	58,9	6,3	37,8	6,4	11,7	0,4	1,6	2,1	839
Conakry	48,5	1,8	25,2	5,2	15,1	2,4	18,3	1,2	676
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	28,4	11,2	47,4	9,1	12,2	1,7	33,3	2,1	1 548
Primaire	42,3	8,3	39,9	7,1	12,5	0,7	21,2	3,6	600
Secondaire ou plus	54,7	3,1	27,0	5,2	12,1	1,8	14,9	2,0	878
Ethnie									
Soussou	30,2	5,0	47,0	11,9	20,5	2,3	28,4	0,7	621
Peuhl	29,1	9,1	43,4	7,1	11,7	1,7	40,1	2,6	1 073
Malinké	51,2	10,4	26,9	3,5	6,7	1,3	19,3	2,6	886
Kissi	46,5	1,7	48,7	0,6	6,3	0,0	1,1	5,9	189
Toma	51,7	4,1	41,6	12,3	18,4	2,5	1,4	2,2	129
Guerzé	57,1	9,5	39,3	13,6	16,2	0,0	0,5	0,8	246
Autre/étranger	(64,0)	(6,6)	(16,4)	(0,0)	(7,8)	(0,0)	(5,9)	(2,2)	27
Religion									
Musulman	38,2	8,2	38,0	6,9	11,8	1,6	29,2	2,2	2 665
Chrétien	53,1	4,8	40,8	6,2	12,3	1,1	1,3	3,0	356
Animiste	39,6	14,7	56,5	22,9	27,6	1,4	1,2	0,0	115
Sans religion	*	*	*	*	*	*	*	*	34
Ensemble	39,9	8,0	39,2	7,3	12,3	1,5	24,8	2,3	3 170

Note : La somme des pourcentages peut dépasser 100 % car un homme peut citer plusieurs avantages.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Au tableau 14.10.1 figurent les proportions de femmes ayant cité divers avantages pour une fille à ne pas être excisée. Plus de la moitié des femmes (54 %) ont déclaré que le fait de ne pas être excisée n'apportait aucun avantage. Cette opinion est plus fréquente chez les femmes animistes (80 %) et les femmes ne pratiquant aucune religion (82 %). Cette proportion est aussi plus élevée en milieu rural (59 %) qu'en milieu urbain (43 %) et parmi les femmes sans instruction (57 %) par rapport aux plus instruites (35 %). Pour un quart des femmes, ne pas être excisée a pour avantage d'éviter la souffrance. De plus, 16 % ont déclaré que ne pas être excisée avait pour conséquence moins de problèmes de santé.

Le tableau 14.10.2 présente les proportions d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée. On constate que moins d'hommes (47 %) que de femmes (54 %) ont déclaré que le fait de ne pas être excisée ne comportait aucun avantage pour les filles. Comme chez les femmes, cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (52 % contre 38 %) et parmi ceux sans instruction que parmi ceux qui sont instruits (57 % contre 32 % pour ceux de niveau secondaire ou plus).

On constate que pour 37 % des hommes, l'avantage pour une femme à ne pas être excisée est la réduction des problèmes de santé. En outre, 27 % des hommes ont déclaré que le fait de ne pas exciser une fille permettait d'éviter la souffrance et 26 % ont cité le plus grand plaisir de la femme.

Les résultats montrent que comme à l'EDSG de 1999, la raison principale évoquée pour justifier la pratique de l'excision reste la reconnaissance sociale de l'excisée (64 % et 65 % en 2005).

Tableau 14.10.1 Avantages pour une fille de ne pas être excisée : femmes

Pourcentage de femmes qui ont évoqué différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Avantages de ne pas être excisée							Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problème de santé	Évite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion	Autre	
Type d'excision								
Parties de chair enlevées	55,1	15,5	24,2	10,5	6,6	12,1	0,4	6 954
Entaille, pas de chair enlevée	26,3	18,9	34,2	14,7	12,0	20,7	0,8	137
Fermeture du vagin	48,9	14,9	26,5	10,7	7,7	11,6	0,4	750
Non déterminé/NSP	46,1	23,1	25,5	14,1	10,0	13,8	1,1	107
Groupe d'âges								
15-19	53,5	17,7	27,7	9,4	6,1	9,6	0,5	1 646
20-24	50,6	18,5	26,3	13,0	8,8	10,2	0,6	1 151
25-29	55,6	14,8	22,4	10,4	6,5	12,4	0,3	1 258
30-34	53,2	13,1	25,3	11,3	7,2	14,3	0,4	1 119
35-39	54,6	15,4	23,8	9,3	6,7	13,2	0,2	1 168
40-44	55,4	16,0	22,3	11,2	6,6	13,2	0,2	821
45-49	55,6	11,6	21,6	10,2	6,5	14,9	0,9	784
Milieu de résidence								
Urbain	42,6	23,8	32,3	17,1	11,1	11,9	0,7	2 472
Rural	59,0	11,9	21,1	7,7	5,0	12,3	0,3	5 475
Région administrative								
Boké	34,5	24,7	34,3	16,9	8,2	30,0	0,2	939
Conakry	55,5	14,6	24,0	9,4	9,2	7,8	0,6	1 551
Faranah	60,9	9,1	26,6	4,4	7,0	2,0	0,3	619
Kankan	51,9	18,3	22,2	12,6	10,6	11,6	0,8	932
Kindia	57,9	9,8	24,7	6,0	2,2	14,3	0,0	1 155
Labé	53,5	15,3	12,2	2,1	1,8	21,9	0,0	816
Mamou	60,9	15,4	22,8	2,9	3,0	8,0	0,1	543
N'Zérékoré	68,5	7,6	20,9	12,6	7,4	1,1	0,6	1 752
Région naturelle								
Basse Guinée	48,0	16,8	30,2	10,7	4,9	19,9	0,1	1 847
Moyenne Guinée	54,5	15,1	17,1	4,0	2,6	18,7	0,0	1 606
Haute Guinée	58,7	14,3	22,0	9,6	7,9	8,5	0,7	1 282
Guinée Forestière	64,8	8,8	22,5	12,0	8,5	1,6	0,5	2 020
Conakry	38,8	27,3	32,4	18,2	12,0	13,5	1,0	1 192
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	56,9	12,0	22,1	8,5	5,4	13,2	0,4	6 066
Primaire	52,6	18,4	27,3	11,8	8,5	8,7	0,5	999
Secondaire ou plus	34,8	37,1	38,8	23,5	14,9	9,2	0,6	883
Ethnie								
Soussou	47,1	18,4	30,2	13,2	6,1	17,8	0,5	1 602
Peuhl	52,2	16,0	22,0	6,7	4,5	17,1	0,2	2 830
Malinké	54,9	17,4	25,3	12,3	8,6	8,2	0,5	2 078
Kissi	50,2	11,7	23,4	18,1	19,1	1,4	0,5	412
Toma	63,5	6,2	33,4	14,7	6,4	1,2	0,0	350
Guerzé	74,3	8,5	15,4	7,7	4,5	2,8	0,7	587
Autre/étranger	*	*	*	*	*	*	*	23
Religion								
Musulman	52,0	16,7	25,1	10,4	6,4	14,0	0,4	6 738
Chrétien	57,4	12,2	25,3	15,0	11,3	3,1	0,6	853
Animiste	80,4	2,8	17,9	1,3	2,1	0,9	0,0	160
Sans religion	81,8	1,3	9,5	7,4	7,6	0,3	2,1	197
Ensemble	53,9	15,6	24,6	10,6	6,9	12,2	0,4	7 947

Note : La somme des pourcentages peut dépasser 100 % car une femme peut citer plusieurs avantages.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Tableau 14.10.2 Avantages pour une fille de ne pas être excisée : hommes

Pourcentage d'hommes qui ont évoqué différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Avantages de ne pas être excisée							Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problème de santé	Évite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion	Autre	
Groupe d'âges								
15-19	54,0	27,2	23,3	15,3	8,8	2,7	2,3	662
20-24	38,3	42,0	32,2	31,5	17,7	8,0	0,5	481
25-29	36,9	43,8	31,3	31,5	20,4	4,7	0,8	311
30-34	45,2	42,4	32,0	29,6	19,5	5,0	1,0	307
35-39	42,7	37,7	25,1	30,7	14,3	2,8	1,4	362
40-44	47,2	37,5	27,0	26,4	16,0	2,3	0,5	301
45-49	51,2	36,8	23,9	21,7	14,7	3,9	1,4	281
50-59	51,3	37,3	23,9	27,0	12,6	2,2	1,1	465
Milieu de résidence								
Urbain	38,1	41,3	28,6	28,0	15,2	5,3	1,3	1 225
Rural	51,8	34,4	25,9	24,5	14,5	3,1	1,2	1 945
Région administrative								
Boké	56,4	39,8	25,2	10,9	5,9	1,7	0,2	340
Conakry	51,7	36,1	18,7	14,0	6,8	0,9	2,2	576
Faranah	48,4	41,6	12,6	13,7	2,8	0,3	2,3	219
Kankan	53,7	32,7	22,4	14,3	9,2	1,4	2,1	356
Kindia	51,2	27,6	9,0	26,8	21,4	0,8	2,9	409
Labé	53,1	33,5	30,4	11,5	7,5	4,2	0,2	224
Mamou	73,2	17,9	10,5	6,6	1,3	0,3	0,0	205
N'Zérékoré	30,5	49,0	49,9	52,6	28,4	9,4	0,6	740
Région naturelle								
Basse Guinée	52,7	32,9	15,8	20,2	15,4	0,8	1,9	657
Moyenne Guinée	62,1	27,7	20,8	10,1	5,0	2,7	0,1	521
Haute Guinée	55,9	30,8	21,3	13,0	6,9	1,0	2,4	477
Guinée Forestière	30,6	50,5	44,7	48,6	25,7	8,3	0,7	839
Conakry	41,4	36,1	24,6	24,2	13,5	4,7	1,3	676
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	56,6	28,7	22,1	20,7	13,7	3,2	0,9	1 548
Primaire	49,9	32,1	24,9	22,4	10,2	3,1	2,4	600
Secondaire ou plus	32,4	47,9	34,7	32,7	16,8	5,6	0,9	878
Ethnie								
Soussou	48,5	32,5	18,1	22,8	15,9	1,8	2,9	621
Peuhl	57,0	29,8	21,7	12,9	7,4	3,2	0,3	1 073
Malinké	39,3	42,5	32,9	32,3	19,8	5,2	1,5	886
Kissi	36,3	51,1	22,9	36,5	11,8	3,2	1,1	189
Toma	41,5	42,1	36,5	38,5	15,5	2,9	0,0	129
Guerzé	34,5	45,3	48,9	50,7	27,0	8,9	0,8	246
Autre/étranger	(23,1)	(54,4)	(28,5)	(38,8)	(19,7)	(6,5)	(3,0)	27
Religion								
Musulman	47,8	35,6	24,9	23,0	14,1	3,6	1,4	2 665
Chrétien	34,0	51,5	37,1	42,8	18,1	8,4	0,6	356
Animiste	47,7	32,5	46,5	39,2	21,8	0,0	0,0	115
Sans religion	*	*	*	*	*	*	*	34
Ensemble	46,5	37,0	27,0	25,8	14,7	4,0	1,2	3 170

Note : La somme des pourcentages peut dépasser 100 % car un homme peut citer plusieurs avantages.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Par ailleurs, on constate au tableau 14.11, que pour 51 % des femmes et 28 % des hommes interrogés, la pratique de l'excision est justifiée par la religion. En outre, 24 % des femmes et 17 % des hommes pensent que l'excision prévient les relations sexuelles avant le mariage.

Tableau 14.11 Croyance au sujet de l'excision

Pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent l'excision et qui sont d'accord avec différentes affirmations, par caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes, l'excision :			Hommes, l'excision :		
Caractéristique sociodémographique	C'est exigée par la religion	Prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif de femmes	C'est exigée par la religion	Prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif d'hommes
Statut de l'excision						
Excisée	52,7	24,5	7 607	na	na	na
Pas excisée	18,9	9,5	341	na	na	na
Groupe d'âges						
15-19	48,3	20,2	1 646	34,3	13,8	662
20-24	50,9	21,4	1 151	27,0	14,3	481
25-29	50,3	24,2	1 258	24,5	15,4	311
30-34	52,4	24,7	1 119	28,9	18,2	307
35-39	54,0	26,6	1 168	27,2	18,3	362
40-44	49,7	23,7	821	23,2	20,1	301
45-49	55,5	29,5	784	26,5	20,6	281
50-59	na	na	na	26,3	19,2	465
Milieu de résidence						
Urbain	47,2	22,9	2 472	26,1	13,5	1 225
Rural	53,1	24,3	5 475	29,2	19,2	1 945
Région administrative						
Boké	53,5	28,4	939	33,7	18,4	340
Conakry	52,7	25,3	1 192	29,0	16,8	676
Faranah	45,5	32,8	619	22,7	10,8	219
Kankan	57,6	17,9	932	41,2	11,6	356
Kindia	67,2	18,8	1 155	32,8	45,1	409
Labé	76,4	17,9	816	12,9	14,7	224
Mamou	60,4	24,9	543	36,5	6,7	205
N'Zérékoré	22,7	26,3	1 752	19,2	8,8	740
Région naturelle						
Basse Guinée	60,8	22,3	1 847	33,0	35,2	657
Moyenne Guinée	68,9	22,0	1 606	25,9	12,0	521
Haute Guinée	57,9	22,1	1 282	35,3	12,5	477
Guinée Forestière	23,4	27,1	2 020	20,2	8,4	839
Conakry	52,7	25,3	1 192	29,0	16,8	676
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	53,1	25,0	6 066	27,2	20,0	1 548
Primaire	47,0	21,3	999	32,3	17,7	600
Secondaire ou plus	43,1	19,0	883	27,4	11,6	878
Ethnie						
Soussou	58,9	23,6	1 602	35,5	31,3	621
Peuhl	63,8	24,3	2 830	25,9	16,4	1 073
Malinké	49,4	20,7	2 078	26,7	11,4	886
Kissi	13,9	41,9	412	13,0	11,0	189
Toma	21,1	23,8	350	25,8	9,5	129
Guerzé	21,3	20,9	587	35,4	12,0	246
Autre/étranger	*	*	23	(23,7)	(12,7)	27
Religion						
Musulman	57,5	23,6	6 738	28,6	17,8	2 665
Chrétien	14,8	25,5	853	9,3	9,7	356
Animiste	28,6	27,6	160	79,6	20,3	115
Sans religion	13,4	22,3	197	*	*	34
Ensemble	51,3	23,9	7 947	28,0	17,0	3 170

na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Le tableau 14.12.1 et le graphique 14.4 présente l'opinion des femmes concernant l'abandon ou le maintien de l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques. Moins d'une femme sur cinq (19 %) a déclaré que l'excision devait disparaître. Les écarts observés selon les caractéristiques sociodémographiques sont dans l'ensemble, assez faibles. Toutefois, on peut souligner que c'est parmi les femmes de niveau secondaire ou plus que l'on observe la plus forte proportion de femmes favorables à la disparition de cette pratique (48 %) et c'est parmi celles de Kindia qu'elle est la plus faible (9 %).

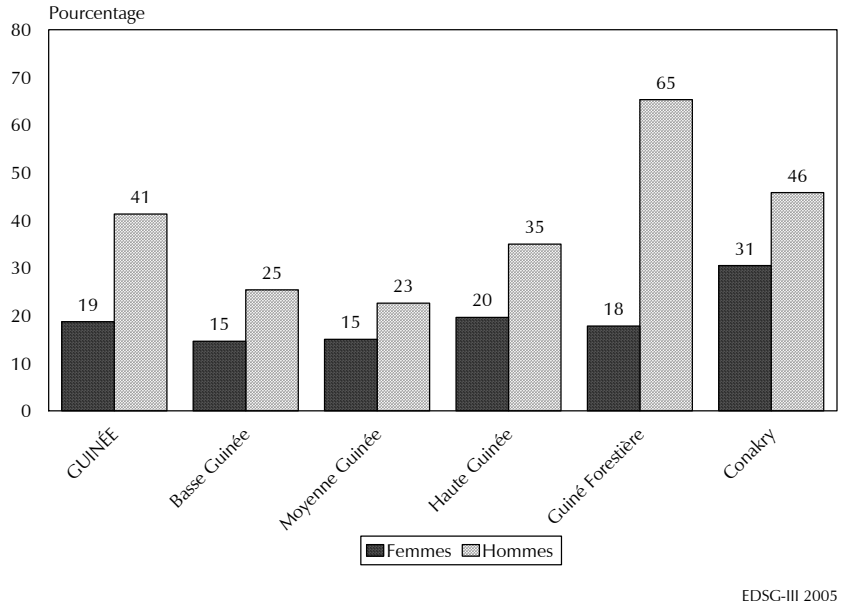
Tableau 14.12.1 Opinion par rapport á l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques : femmes

Répartition (en %) des femmes connaissant l'excision selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend	NSP	Total	Effectif de femmes connaissant l'excision
Groupe d'âges						
15-19	25,1	61,9	8,8	4,2	100,0	1 646
20-24	22,8	66,0	9,1	2,1	100,0	1 151
25-29	17,3	71,0	8,4	3,3	100,0	1 258
30-34	15,7	73,0	8,7	2,6	100,0	1 119
35-39	14,9	72,0	10,3	2,7	100,0	1 168
40-44	14,8	73,1	10,4	1,7	100,0	821
45-49	15,3	72,4	9,8	2,5	100,0	784
Milieu de résidence						
Urbain	29,8	53,8	11,5	4,8	100,0	2 472
Rural	13,6	76,1	8,2	2,0	100,0	5 475
Région administrative						
Boké	23,3	60,6	14,1	1,9	100,0	939
Conakry	30,5	48,9	12,3	8,4	100,0	1 192
Faranah	15,6	66,9	13,8	3,8	100,0	619
Kankan	22,0	73,4	3,8	0,8	100,0	932
Kindia	8,5	88,5	2,4	0,6	100,0	1 155
Labé	11,7	81,6	5,1	1,5	100,0	816
Mamou	18,0	57,8	19,6	4,6	100,0	543
N'Zérékoré	17,7	71,2	9,1	2,0	100,0	1 752
Région naturelle						
Basse Guinée	14,6	76,8	7,5	1,1	100,0	1 847
Moyenne Guinée	15,0	71,8	10,6	2,6	100,0	1 606
Haute Guinée	19,6	75,2	3,9	1,3	100,0	1 282
Guinée Forestière	17,8	68,4	11,4	2,4	100,0	2 020
Conakry	30,5	48,9	12,3	8,4	100,0	1 192
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	13,2	74,5	9,6	2,7	100,0	6 066
Primaire	26,3	60,4	9,9	3,5	100,0	999
Secondaire ou plus	47,7	42,9	6,3	3,1	100,0	883
Ethnie						
Soussou	18,1	70,8	8,3	2,8	100,0	1 602
Peuhl	15,3	70,5	10,6	3,6	100,0	2 830
Malinké	23,3	66,6	7,9	2,2	100,0	2 078
Kissi	13,9	67,2	15,0	3,9	100,0	412
Toma	13,9	70,8	12,5	2,8	100,0	350
Guerzé	24,4	70,3	4,3	1,0	100,0	587
Autre/étranger	*	*	*	*	*	23
Religion						
Musulman	18,4	69,3	9,3	3,0	100,0	6 738
Chrétien	25,9	60,9	10,5	2,7	100,0	853
Animiste	7,0	91,1	1,9	0,0	100,0	160
Sans religion	5,8	84,4	7,6	2,2	100,0	197
Ensemble	18,7	69,2	9,3	2,9	100,0	7 947

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Graphique 14.4 **Proportions de femmes et d'hommes favorables à la disparition de la pratique de l'excision selon la région**



Le tableau 14.12.2 présente les mêmes résultats concernant les hommes. On constate qu'une proportion plus élevée d'hommes que de femmes (41 % contre 19 %) se sont déclarés favorables à la disparition de l'excision. C'est parmi les hommes de l'ethnie Guerzé (64 %) et parmi ceux de la région administrative de N'Zérékoré (66 %) et ceux de la Guinée Forestière (65 %) que cette proportion est la plus élevée. De même, parmi les hommes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire, cette proportion est de 57 %. À l'opposé, dans la région de Mamou, seulement 14 % des hommes pensent que l'excision devrait disparaître.

Tableau 14.12.2 Opinion par rapport á l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques : hommes

Répartition (en %) d'hommes connaissant l'excision selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend	NSP	Total	Effectif d'hommes connaissant l'excision
Groupe d'âges						
15-19	37,3	55,5	1,9	5,4	100,0	662
20-24	51,0	43,8	3,8	1,5	100,0	481
25-29	48,7	47,9	2,0	1,4	100,0	311
30-34	41,9	50,7	5,3	2,0	100,0	307
35-39	39,2	56,7	2,9	1,1	100,0	362
40-44	41,4	54,3	3,4	1,0	100,0	301
45-49	35,6	59,3	3,8	1,4	100,0	281
50-59	36,8	58,2	2,8	2,2	100,0	465
Milieu de résidence						
Urbain	50,0	44,2	3,5	2,4	100,0	1 225
Rural	35,8	59,0	2,8	2,3	100,0	1 945
Région administrative						
Boké	37,8	57,0	2,7	2,5	100,0	340
Conakry	45,8	47,4	4,2	2,6	100,0	676
Faranah	44,9	52,2	2,3	0,6	100,0	219
Kankan	35,4	59,5	4,3	0,9	100,0	356
Kindia	17,0	78,0	3,9	1,1	100,0	409
Labé	26,1	72,5	1,1	0,3	100,0	224
Mamou	14,0	68,7	8,7	8,6	100,0	205
N'Zérékoré	66,2	30,4	0,5	2,8	100,0	740
Région naturelle						
Basse Guinée	25,4	69,4	3,2	2,0	100,0	657
Moyenne Guinée	22,6	69,2	4,6	3,5	100,0	521
Haute Guinée	35,0	60,4	3,7	0,9	100,0	477
Guinée Forestière	65,3	31,4	0,8	2,5	100,0	839
Conakry	45,8	47,4	4,2	2,6	100,0	676
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	29,8	63,9	3,8	2,4	100,0	1 548
Primaire	39,5	54,1	3,1	3,4	100,0	600
Secondaire ou plus	56,7	39,2	2,2	1,9	100,0	878
Ethnie						
Soussou	31,0	63,9	4,2	1,0	100,0	621
Peuhl	27,7	64,1	4,2	3,9	100,0	1 073
Malinké	53,7	42,8	2,0	1,5	100,0	886
Kissi	55,0	43,8	0,7	0,4	100,0	189
Toma	54,4	40,7	3,7	1,2	100,0	129
Guerzé	63,6	31,5	0,5	4,4	100,0	246
Autre/étranger	(52,8)	(42,0)	(5,2)	(0,0)	(100,0)	27
Religion						
Musulman	38,4	55,8	3,4	2,3	100,0	2 665
Chrétien	62,3	34,8	1,0	1,9	100,0	356
Animiste	46,9	52,0	1,1	0,0	100,0	115
Sans religion	*	*	*	*	*	34
Ensemble	41,3	53,3	3,1	2,3	100,0	3 170

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Par ailleurs, en plus de demander aux femmes si elles pensaient que la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître, on leur a posé la question suivante : *Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que la pratique de l'excision soit conservée ou, au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?* Une question similaire a été posée aux hommes aussi. Les réponses à ces questions, présentées au tableau 14.13, permettent de mesurer l'écart entre l'opinion des femmes et l'idée qu'elles se font de l'opinion des hommes et, de même, entre l'opinion des hommes et l'idée qu'ils se font de l'opinion des femmes.

Il apparaît que parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (69 %), la très grande majorité (51 %) pense que les hommes sont de même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (19 %), la quasi-majorité (11 %) pense aussi que les hommes sont également du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, on peut dire que les femmes ont une bonne connaissance de l'opinion des hommes en la matière.

Au niveau des hommes, on constate que parmi ceux qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (53 %), la grande majorité (48 %) pense que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les hommes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (41 %), la majorité (26 %) pense que les femmes ne sont pas du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables à son maintien et seulement 8 % pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables à la disparition de cette pratique ; Globalement, on constate que les hommes ont une moins bonne connaissance que les femmes de l'opinion du sexe opposé en la matière.

Tableau 14.13 Opinion des femmes et des hommes par rapport á l'excision

Répartition (en %) des femmes et des hommes connaissant l'excision, selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique et selon leur perception de l'opinion du sexe opposé, EDSG-III Guinée 2005

Opinion et perception	Femmes	Hommes
Enquêté(e) pense que la pratique de l'excision devrait être maintenue	69,2	53,3
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	50,6	47,9
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	1,9	1,0
Et ne connaît pas l'opinion du sexe opposé	16,8	4,3
Enquêté(e) pense que la pratique de l'excision devrait disparaître	18,7	41,3
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	1,2	25,5
Et pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	10,5	7,5
Et ne connaît pas l'opinion du sexe opposé	7,0	8,3
Pas sûr(e)	12,1	5,4
Total	100,0	100,0
Effectif	7 947	3 170

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

15

Mamadou Chérif BAH

Entre Janvier 1987 et Septembre 1998, 5 307 cas cumulés de VIH/sida avaient été notifiés dans nos structures sanitaires. De plus, les résultats de l'enquête sur la séroprévalence qui a été réalisée en 2001 par le Ministère de la Santé Publique par le biais du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) ont montré que le VIH/sida est en nette progression en Guinée. L'évolution est préoccupante et des actions urgentes doivent être entreprises dans les domaines de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des malades du VIH/sida. Des campagnes de sensibilisation sur les modes de transmission et les moyens de protection s'avèrent donc nécessaires pour ralentir voire inverser la tendance actuelle de l'évolution de la pandémie.

Comme dans la plupart des pays africains, la transmission du VIH/sida se fait essentiellement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes sexuellement actifs sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) menées à travers le pays par le CNLS, le PNPCSP et d'autres acteurs (PSI/Guinée, PRISM et SIDA transversal, PSS-GTZ, SIDA-III, SIDALERTE).

Des questions sur la connaissance, les attitudes et les pratiques portant sur les IST et le sida en particulier ainsi que des questions sur les comportements sexuels ont été posées lors de l'EDSG-III. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en cours, ainsi qu'à la mise en place de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida.

Les résultats concernent principalement les domaines suivants :

- La connaissance de l'existence du VIH/sida, des moyens de prévention, des modes de transmission ainsi que la connaissance et le rejet d'idées erronées sur la prévention de l'infection,
- La connaissance de la transmission mère-enfant,
- Les attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida,
- L'opinion des femmes et des hommes sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint,
- Les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation de condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque,
- L'âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels,
- Les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation de condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque par les jeunes de 15-24 ans,
- Les rapports sexuels pré maritaux parmi les jeunes de 15-24 ans et l'utilisation du condom, et
- La connaissance des signes et symptômes des IST.

15.1 CONNAISSANCE, OPINIONS ET ATTITUDES

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Pour cette raison, l'EDSG-III a collecté des informations qui ont permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans la population enquêtée.

Les informations présentées au tableau 15.1 montrent que la quasi-totalité des femmes (97 %) et des hommes (99 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Comparées aux données recueillies au cours de l'EDSG-II en 1999, on constate que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent l'existence du VIH/sida ont très légèrement augmenté, passant chez les femmes de 95 % à 97 %, et chez les hommes de 96 % à 99 %. À l'EDS de 1992, les proportions de femmes et d'hommes qui avaient entendu parler du VIH/sida étaient respectivement de 69 % et 90 %. On constate, en outre, que ce niveau de connaissance est homogène car quelle que soit la caractéristique sociodémographique, plus de neuf enquêtés sur dix ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida.

Tableau 15.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont entendu parlé du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Entendu parler du sida	Effectif de femmes	Entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	96,9	2 800	97,5	1 146
15-19	95,9	1 648	96,1	664
20-24	98,3	1 152	99,4	482
25-29	97,7	1 259	100,0	311
30-39	97,3	2 290	99,8	669
40-49	96,2	1 606	99,5	582
État matrimonial				
Célibataire	96,8	1 311	97,5	1 161
A eu des rapports sexuels	99,9	571	99,4	771
N'a jamais eu de rapports sexuels	94,4	740	93,7	389
En union	97,1	6 292	99,7	1 419
Divorcé/séparé/veuf	96,5	351	100,0	129
Milieu de résidence				
Urbain	99,2	2 472	99,9	1 096
Rural	96,0	5 482	98,1	1 612
Région administrative				
Boké	98,2	941	99,0	283
Conakry	98,9	1 192	99,8	612
Faranah	98,4	619	100,0	190
Kankan	99,4	935	98,7	308
Kindia	93,4	1 155	95,3	340
Labé	91,0	817	98,5	176
Mamou	92,9	544	96,0	151
N'Zérékoré	99,8	1 752	100,0	649
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	96,3	6 073	97,9	1 247
Primaire	98,4	999	99,1	539
Secondaire ou plus	100,0	883	99,9	923
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	94,3	1 640	98,0	446
Second	95,7	1 508	97,9	456
Moyen	97,4	1 535	98,6	464
Quatrième	98,4	1 594	98,7	518
Le plus riche	99,2	1 677	99,8	824
Ensemble	97,0	7 954	98,8	2 709

15.1.1 Connaissance des moyens de prévention et de transmission

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. Le tableau 15.2 indique qu'un peu plus de sept femmes sur dix (71 %) et une proportion plus élevée d'hommes (82 %) ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms. En outre, 88 % des femmes et 92 % des hommes ont cité la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté.

Tableau 15.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif de femmes	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'hommes
Groupe d'âges										
15-24	74,3	86,0	69,8	82,8	2 800	81,8	87,7	76,1	88,2	1 146
15-19	72,9	84,0	67,9	81,4	1 648	77,5	85,9	72,1	85,7	664
20-24	76,3	88,9	72,5	84,8	1 152	87,7	90,3	81,7	91,6	482
25-29	72,9	88,2	69,0	83,0	1 259	90,1	95,0	87,3	92,6	311
30-39	71,1	89,9	68,7	84,2	2 290	84,0	95,6	81,9	91,7	669
40-49	63,7	88,0	60,6	83,7	1 606	76,4	94,9	75,1	90,2	582
État matrimonial										
Célibataire	75,3	84,1	69,8	82,8	1 311	81,8	88,2	76,5	87,9	1 161
A eu de rapports sexuels	85,3	91,8	80,6	90,9	571	89,6	92,7	84,7	90,2	771
N'a jamais eu de rapports sexuels	67,6	78,1	61,6	76,4	740	66,2	79,4	60,3	83,4	389
En union	69,9	88,7	66,8	83,5	6 292	81,9	94,8	79,8	91,5	1 419
Divorcé/séparé/veuf	74,2	88,3	71,1	84,9	351	88,0	96,5	85,2	92,2	129
Milieu de résidence										
Urbain	78,0	87,2	72,3	83,7	2 472	86,9	90,6	81,0	87,9	1 096
Rural	67,8	88,2	65,3	83,3	5 482	78,9	93,1	77,0	91,4	1 612
Région administrative										
Boké	67,3	75,3	60,8	65,1	941	83,0	93,5	80,9	93,1	283
Conakry	74,6	82,0	66,4	80,4	1 192	81,9	86,0	73,6	82,9	612
Faranah	66,5	91,9	63,8	92,1	619	79,3	91,4	77,4	90,8	190
Kankan	81,0	93,7	78,1	91,9	935	82,1	91,9	79,7	93,0	308
Kindia	76,8	91,7	76,3	85,0	1 155	79,3	87,2	74,1	79,8	340
Labé	63,6	84,9	61,4	80,0	817	75,9	94,4	73,5	93,3	176
Mamou	54,0	82,1	50,2	68,6	544	82,5	94,0	81,5	89,4	151
N'Zérékoré	71,7	94,8	69,9	92,9	1 752	85,9	98,9	85,4	98,3	649
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	67,8	87,5	64,9	82,8	6 073	75,2	90,7	72,6	90,2	1 247
Primaire	75,1	87,9	70,1	84,9	999	80,8	92,0	77,1	90,6	539
Secondaire ou plus	88,3	90,8	82,2	86,4	883	92,2	93,9	87,7	89,4	923
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	61,9	87,8	60,4	82,4	1 640	74,6	92,8	73,3	92,8	446
Second	67,5	86,0	64,7	80,4	1 508	78,4	91,5	75,4	92,1	456
Moyen	71,6	88,7	68,0	84,5	1 535	80,7	93,9	78,7	92,4	464
Quatrième	76,4	91,8	73,7	87,7	1 594	87,9	95,3	86,1	92,6	518
Le plus riche	77,4	85,2	70,5	82,2	1 677	85,5	88,9	78,6	84,3	824
Ensemble	71,0	87,9	67,5	83,4	7 954	82,1	92,1	78,6	90,0	2 709

Globalement, 68 % des femmes et 79 % des hommes ont cité ces deux moyens de prévention. Chez les femmes, malgré des variations irrégulières en fonction de l'âge, on note que ce sont les plus âgés qui ont cité le moins fréquemment ces deux moyens de prévention (61 % à 40-49 ans contre 73 % à 20-24 ans). À Kankan (78 %), parmi celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (82 %) et, parmi celles des ménages du quatrième quintile (74 %), au moins les trois quarts des femmes enquêtées ont cité ces deux moyens de prévention. Par contre, cette proportion est plus faible parmi les femmes de la région de Mamou (50 %), parmi celles sans niveau d'instruction (65 %) et parmi celles du milieu rural (65 %). Signalons aussi que pour 83 % des femmes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/sida.

Chez les hommes, les écarts selon les caractéristiques sociodémographiques sont très faibles et les variations sont pratiquement identiques à celles constatées chez les femmes ; les hommes célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (60 %), ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (73%) et ceux des ménages les plus pauvres (73 %) sont ceux qui ont le moins fréquemment cité ces deux moyens de se protéger du VIH/sida. Dans les régions, les proportions varient d'un maximum de 85 % à N'Zérékoré à un minimum de 74 % à Labé et à Kindia. En outre, une proportion plus importante d'hommes que de femmes (90 % contre 83 %) a cité l'abstinence comme moyen de prévention du VIH/sida.

Les conceptions erronées sur l'infection par le VIH et le sida conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du virus. Les résultats sont présentés aux tableaux 15.3.1 et 15.3.2.

On constate au tableau 15.3.1 qu'un peu moins de la moitié des femmes (48 %) savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. En outre, 44 % savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques. Pour près des deux tiers des femmes (63 %), le sida ne se transmet pas par des moyens surnaturels, et dans un peu moins de la moitié des cas (47 %), les femmes ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du sida.

Globalement, moins d'une femme sur cinq (17 %) rejette les deux idées locales erronées les plus courantes sur la transmission, à savoir qu'on ne peut ni contracter le virus du sida par le fait de partager les repas avec une personne infectée, ni par des piqûres de moustiques sachant toutefois qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. L'avant-dernière colonne du tableau présente les proportions de femmes qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. En d'autres termes, elles savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté. En plus, elles rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. Une faible proportion des femmes (15 %) peut être considérée comme ayant une connaissance générale concernant les moyens de prévention et de transmission du VIH/sida.

Tableau 15.3.1 Idées erronées à propos du sida - femmes

Pourcentage de femmes qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui savent que : Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida	Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes[1] et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le sida	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida[2]	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-24	49,2	44,7	62,5	50,9	19,3	16,9	2 800
15-19	47,3	43,9	60,6	49,9	19,2	16,8	1 648
20-24	51,9	45,8	65,1	52,3	19,5	17,1	1 152
25-29	47,6	43,2	62,5	47,7	15,0	13,2	1 259
30-39	47,9	44,3	63,5	45,0	16,1	14,4	2 290
40-49	48,5	41,1	62,2	41,8	15,1	12,8	1 606
État matrimonial							
Célibataire	51,2	47,4	62,9	55,4	24,5	21,3	1 311
A eu de rapports sexuels	54,5	51,4	69,1	60,4	25,5	22,6	571
N'a jamais eu de rapports sexuels	48,7	44,3	58,1	51,5	23,7	20,4	740
En union	47,4	42,6	62,6	44,5	14,9	13,0	6 292
Divorcée/séparée/veuve	57,2	48,0	63,7	56,0	24,5	22,1	351
Milieu de résidence							
Urbain	58,5	51,2	69,2	61,4	26,2	22,7	2 472
Rural	43,9	40,2	59,8	40,2	12,7	11,2	5 482
Région administrative							
Boké	54,0	50,6	67,9	52,6	16,4	13,3	941
Conakry	56,5	49,4	69,7	65,9	27,8	23,2	1 192
Faranah	41,3	44,3	50,0	30,8	10,4	7,8	619
Kankan	34,4	56,4	80,2	44,9	10,6	9,2	935
Kindia	59,7	37,1	54,2	41,0	24,1	23,7	1 155
Labé	43,3	31,6	61,3	49,8	10,7	9,0	817
Mamou	33,2	35,4	56,7	44,1	11,3	9,2	544
N'Zérékoré	49,7	41,2	58,5	40,8	15,3	13,8	1 752
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	45,3	41,0	60,7	41,6	13,0	11,4	6 073
Primaire	49,3	44,0	62,0	52,6	18,7	15,6	999
Secondaire ou plus	69,3	61,4	77,5	76,2	41,4	37,3	883
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	42,2	34,4	56,9	33,9	9,6	8,1	1 640
Second	42,1	43,6	60,5	39,3	10,7	9,3	1 508
Moyen	44,6	42,8	59,9	44,7	15,3	13,7	1 535
Quatrième	52,1	46,2	65,0	49,3	18,2	16,5	1 594
Le plus riche	60,2	50,9	70,8	65,8	29,9	25,6	1 677
Ensemble	48,4	43,6	62,7	46,8	16,9	14,8	7 954

[1] Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par les piqûres de moustiques et le fait de partager les repas avec une personne infectée.
[2] Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Les proportions de femmes ayant une connaissance générale varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Tout d'abord, on constate que les femmes les plus jeunes possèdent plus fréquemment que les plus âgées ces informations correctes (17 % à 20-24 ans contre 13 % à 40-49 ans). On constate également des écarts en fonction du statut matrimonial des femmes puisque la proportion de femmes qui ont une connaissance complète varie d'un minimum de 13 % parmi celles en union à un maximum de 23 % parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels. Cette variation reflète les écarts selon l'âge puisque les célibataires sont généralement plus jeunes que les femmes en union et que celles en rupture d'union. Il faut ensuite souligner que ce niveau de connaissance complète est particulièrement faible parmi les femmes du milieu rural (11 %) alors qu'en zone urbaine, la proportion de femmes bien informées est de 23 %. C'est en fonction du niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage que les écarts sont les plus importants : en effet, la proportion de femmes ayant une connaissance complète varie de 11 % chez celles sans niveau d'instruction à 37 % chez celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire. En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, cette proportion de femmes possédant les informations correctes varie d'un minimum de 8 % dans les ménages les plus pauvres à un maximum de 26 % dans les ménages les plus riches. Enfin, dans les régions, on note qu'à Faranah, un peu moins d'une femme sur dix (8 %) est correctement informée alors que cette proportion est de 24 % à Kindia.

Les résultats concernant les hommes (tableau 15.3.2) montrent que globalement les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance complète du VIH/sida (20 % contre 15 %). De même, près de sept hommes sur dix (68 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida contre 48 % chez les femmes. Cependant, une proportion plus faible que celle des femmes (36 % contre 44 %) a déclaré que le sida ne pouvait pas être transmis par les moustiques. De même, les hommes sont un peu moins nombreux que les femmes à rejeter l'idée erronée selon laquelle le sida peut se transmettre par des moyens surnaturels (59 % contre 63 %). Enfin, 49 % d'hommes contre 47 % de femmes ont répondu qu'une personne ne pouvait pas être infectée en partageant les repas d'un sidéen.

Un homme sur cinq (20 %) a donc une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. Les hommes les mieux informés sont les jeunes de 20-24 ans (26 % contre 17 % à 40-49 ans), les hommes en rupture d'union (32 % contre 17 % chez ceux en union). En outre, on constate des écarts importants selon le niveau d'instruction, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage. Seulement 10 % de ceux sans niveau d'instruction ont une connaissance complète du VIH/sida contre 40 % de ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. En milieu rural, un peu plus d'un homme sur dix (14 %) peut être considéré comme ayant une connaissance complète du VIH/sida contre 30 % en milieu urbain. Selon le niveau de vie du ménage, cette proportion varie de 10 % parmi les ménages les plus pauvres à 31 % parmi les ménages les plus riches. Enfin, les régions de Boké et de Kankan détiennent les proportions les plus faibles d'hommes ayant une connaissance complète du sida (respectivement, 13 % et 17 %).

Par ailleurs au cours de l'enquête, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient si le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant et si le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant pouvait être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse.

Tableau 15.3.2 Idées erronées à propos du sida - hommes

Pourcentage d'hommes qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'hommes qui savent que : Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida	Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes[1] et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le sida	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida[2]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges							
15-24	64,4	38,4	56,4	53,4	25,3	22,8	1 146
15-19	57,9	34,8	51,5	49,1	21,8	20,2	664
20-24	73,3	43,3	63,1	59,2	30,1	26,4	482
25-29	74,4	36,0	62,4	48,6	24,6	22,6	311
30-39	74,4	34,3	61,5	44,7	21,3	18,3	669
40-49	66,1	32,6	61,2	46,2	19,4	16,5	582
État matrimonial							
Célibataire	64,0	38,6	54,9	52,2	26,3	23,5	1 161
A eu de rapports sexuels	71,6	43,4	58,6	57,7	30,3	27,0	771
N'a jamais eu de rapports sexuels	48,9	29,1	47,4	41,2	18,1	16,5	389
En union	71,2	33,1	61,2	45,2	19,1	16,7	1 419
Divorcé/séparé/veuf	77,1	41,7	80,0	65,0	35,6	31,6	129
Milieu de résidence							
Urbain	79,7	44,2	68,1	63,7	34,8	29,9	1 096
Rural	60,7	30,2	53,4	39,3	14,9	13,8	1 612
Région administrative							
Boké	76,6	24,0	51,6	40,6	14,8	13,2	283
Conakry	81,0	43,7	74,9	65,5	34,4	27,6	612
Faranah	75,3	27,6	74,1	56,3	19,5	18,4	190
Kankan	63,6	30,7	67,5	45,4	18,1	16,5	308
Kindia	67,4	30,9	48,6	37,9	21,2	18,7	340
Labé	66,5	41,1	79,2	64,2	31,1	27,3	176
Mamou	55,4	27,4	51,8	43,0	17,7	17,7	151
N'Zérékoré	57,2	41,6	42,0	40,3	19,0	18,4	649
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	59,4	25,0	51,7	33,6	11,3	9,5	1 247
Primaire	61,5	26,0	51,3	41,4	12,5	11,7	539
Secondaire ou plus	84,6	56,3	74,5	74,7	44,9	39,9	923
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	55,5	27,7	49,5	34,6	10,3	9,5	446
Second	62,2	24,8	51,7	35,0	12,0	11,6	456
Moyen	63,6	30,2	54,4	41,3	15,7	13,6	464
Quatrième	70,1	40,1	57,9	54,0	28,6	26,8	518
Le plus riche	80,4	46,9	72,7	66,2	36,4	30,6	824
Ensemble	68,4	35,9	59,4	49,1	23,0	20,3	2 709

[1] Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par les piqûres de moustiques et le fait de partager les repas avec une personne infectée.

[2] Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Les résultats présentés au tableau 15.4 indiquent que plus d'une femme sur deux (52 %) sait que le virus qui cause le sida peut être transmis par l'allaitement. Par contre, seulement 10 % des femmes savent que le risque de transmission du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse. Globalement on constate que seulement 8 % des femmes savent que le virus peut se transmettre à l'enfant pendant l'allaitement et que le risque de transmission maternelle peut être réduit si la mère prend certains médicaments durant la grossesse. Selon l'âge et l'état matrimonial, on ne note pas d'écarts importants. Par contre, on constate que la proportion de femmes qui possèdent ces informations est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (11 % contre 7 %). Parmi les femmes ayant un niveau au moins secondaire, cette proportion est plus de deux fois plus élevée que parmi celles sans instruction (16 % contre 7 %). Dans les ménages du quintile le plus riche, 14 % des femmes connaissent ces aspects de la transmission et de la prévention du VIH/sida contre à peine 4 % dans les ménages du quintile le plus pauvre. Enfin, la répartition selon les régions administratives montre que la proportion de femmes possédant ces informations varie de moins d'un pour cent à Faranah à 16 % à Boké.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à savoir que le virus du sida peut être transmis par l'allaitement (66 % contre 52 %). Ils sont aussi plus nombreux à savoir que le risque de transmission peut être réduit par la prise de certains médicaments durant la grossesse (16 % contre 10 %). Par conséquent, la proportion d'hommes connaissant ces moyens de prévention et de transmission est plus élevée que celle observée chez les femmes (13 % contre 8 %). Ce niveau de connaissance varie selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, parmi les hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (7 %), parmi ceux vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (7 %), parmi ceux des régions de Faranah (4 %) et N'Zérékoré (6 %), cette proportion est très faible.

Tableau 15.4 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement et que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes				Hommes			
Caractéristique sociodémographique	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux durant la grossesse	Effectif de femmes	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux durant la grossesse	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	48,2	9,4	7,7	2 800	62,1	15,0	12,0	1 146
15-19	44,7	8,0	6,7	1 648	60,3	13,2	11,4	664
20-24	53,2	11,3	9,2	1 152	64,7	17,5	12,9	482
25-29	50,4	8,7	7,0	1 259	67,0	17,6	13,5	311
30-39	54,9	10,1	8,0	2 290	70,5	14,9	12,6	669
40-49	53,6	10,5	8,9	1 606	69,4	18,4	15,4	582
État matrimonial								
Célibataire	46,2	9,2	7,1	1 311	62,6	16,2	13,0	1 161
A eu de rapports sexuels	56,2	8,1	5,2	571	67,0	20,3	15,9	771
N'a jamais eu de rapports sexuels	38,4	10,0	8,5	740	53,9	8,2	7,4	389
En union	52,3	9,8	8,1	6 292	70,0	15,7	13,0	1 419
Divorcé/séparé/veuf	57,6	10,6	8,3	351	59,4	18,2	13,4	129
Milieu de résidence								
Urbain	53,3	13,8	10,5	2 472	63,9	19,9	14,8	1 096
Rural	50,8	7,9	6,8	5 482	68,0	13,4	11,9	1 612
Région administrative								
Boké	38,3	18,4	16,0	941	71,6	22,9	20,9	283
Conakry	50,9	19,7	14,5	1 192	56,0	21,0	13,9	612
Faranah	29,6	1,1	0,5	619	69,1	3,9	3,7	190
Kankan	46,0	1,9	1,5	935	81,3	21,1	19,3	308
Kindia	64,6	11,3	10,5	1 155	62,0	23,7	20,6	340
Labé	46,0	11,8	10,1	817	78,9	14,8	10,9	176
Mamou	41,6	16,9	13,0	544	62,3	13,6	11,2	151
N'Zérékoré	66,9	1,1	1,0	1 752	65,7	6,4	5,7	649
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	49,2	8,1	6,8	6 073	65,0	12,5	11,3	1 247
Primaire	55,0	9,7	8,2	999	63,0	13,3	11,8	539
Secondaire ou plus	63,8	20,9	15,5	883	70,0	22,3	16,2	923
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	46,7	4,9	4,1	1 640	61,3	8,8	7,4	446
Second	44,0	7,6	6,6	1 508	70,7	15,1	13,5	456
Moyen	54,0	8,7	7,5	1 535	70,4	15,4	13,8	464
Quatrième	57,8	8,8	7,5	1 594	71,9	14,5	12,8	518
Le plus riche	54,9	18,1	13,7	1 677	60,8	21,8	15,7	824
Ensemble	51,6	9,7	7,9	7 954	66,3	16,0	13,1	2 709

15.1.2 Stigmatisation

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus. Au cours de l'EDSG-III, des questions ont été posées aux enquêtés pour savoir comment ils se comporteraient dans certaines circonstances face à des personnes ayant contracté la maladie. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida, s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/sida, s'ils pensaient qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer à travailler et enfin s'ils pensaient qu'il fallait garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida. Les résultats sont présentés, pour les femmes au tableau 15.5.1 et au tableau 15.5.2 pour les hommes.

On constate que très peu de femmes (2 %) feraient preuve de tolérance dans les quatre situations citées ci-dessus. Cette attitude de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida est légèrement plus répandue parmi les groupes de femmes dont la connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida est la plus élevée. En effet, c'est parmi les femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire que l'on constate la proportion la plus élevée (7 %) de femmes qui se comporteraient avec le plus de tolérance dans les quatre situations mentionnées. Parmi celles de Conakry (3 %), parmi celles du milieu urbain (3 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (3 %), cette proportion est également plus élevée que la moyenne nationale.

La proportion d'hommes qui se comporteraient avec tolérance dans les quatre situations est trois fois plus élevée que celle constatée chez les femmes (6 % contre 2 %). Les hommes étaient aussi, en proportion, environ une fois et demie plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida (20 % contre 15 %). Comme chez les femmes, on constate que les comportements tolérants à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida sont très influencés par le niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention du virus. En effet, les hommes les plus tolérants sont, comme, chez les femmes, ceux qui possèdent le plus fréquemment toutes les informations correctes sur le VIH/sida.

Tableau 15.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH - femmes

Pourcentage de femmes ayant entendu parler du sida exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui : Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent q'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH	Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
Groupe d'âges						
15-24	44,3	9,2	23,0	68,9	2,1	2 712
15-19	43,8	8,8	23,5	68,4	2,0	1 580
20-24	45,0	9,8	22,3	69,5	2,3	1 133
25-29	49,3	7,1	18,4	68,8	0,9	1 230
30-39	48,1	8,3	18,4	73,6	1,4	2 228
40-49	49,5	8,7	19,6	73,5	2,1	1 545
État matrimonial						
Célibataire	45,6	12,1	25,6	67,2	3,2	1 269
A eu des rapports sexuels	47,1	14,3	28,4	70,4	4,0	571
N'a jamais eu de rapports sexuels	44,4	10,3	23,3	64,6	2,5	698
En union	47,6	7,6	19,0	71,9	1,4	6 107
Divorcée/séparée/veuve	46,9	10,7	23,0	72,0	2,4	339
Milieu de résidence						
Urbain	55,1	13,5	26,7	62,0	2,9	2 453
Rural	43,5	6,2	17,2	75,5	1,2	5 263
Région administrative						
Boké	45,3	19,0	17,0	51,3	0,9	924
Conakry	61,3	14,9	29,5	50,0	3,2	1 179
Faranah	27,2	5,2	18,3	73,3	1,0	609
Kankan	39,3	4,5	25,6	68,4	0,4	929
Kindia	66,4	5,9	12,7	85,9	2,8	1 078
Labé	59,9	4,2	24,5	76,9	1,3	744
Mamou	47,6	5,9	17,8	79,3	1,5	505
N'Zérékoré	32,6	6,1	17,2	82,8	1,7	1 747
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	45,1	6,5	16,7	72,9	0,9	5 850
Primaire	48,0	9,3	23,1	68,0	1,9	982
Secondaire ou plus	60,3	21,0	40,6	63,2	6,8	883
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	38,8	6,1	17,5	76,6	1,0	1 546
Second	43,7	6,6	16,9	71,5	0,8	1 442
Moyen	44,6	5,5	16,8	77,1	1,1	1 496
Quatrième	48,0	9,5	21,2	75,9	2,4	1 568
Le plus riche	59,8	14,3	27,9	56,0	3,1	1 663
Ensemble	47,2	8,5	20,3	71,2	1,7	7 715

Tableau 15.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH - hommes

Pourcentage d'hommes ayant entendu parler du sida exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Pourcentage d'hommes qui :					
Caractéristique sociodémographique	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent q'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH	Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida
Groupe d'âges						
15-24	69,7	24,8	38,2	66,7	6,3	1 117
15-19	65,8	21,7	34,7	64,1	4,2	638
20-24	75,0	28,9	42,9	70,1	9,0	479
25-29	71,9	18,9	30,1	77,8	6,4	311
30-39	72,4	17,1	33,5	75,4	6,3	668
40-49	71,7	18,4	31,4	78,9	5,8	580
État matrimonial						
Célibataire	68,2	24,3	37,3	66,0	5,2	1 132
A eu des rapports sexuels	71,2	28,3	41,1	64,9	5,3	767
N'a jamais eu de rapports sexuels	61,9	15,9	29,3	68,4	5,1	365
En union	72,0	17,5	31,9	77,4	6,0	1 415
Divorcé/séparé/veuf	85,9	27,0	40,0	81,6	16,7	129
Milieu de résidence						
Urbain	75,3	30,3	46,1	66,7	10,3	1 095
Rural	68,2	14,3	26,7	77,0	3,3	1 581
Région administrative						
Boké	62,7	11,4	23,5	83,9	4,8	280
Conakry	72,2	24,5	43,5	69,9	11,2	611
Faranah	68,7	20,4	32,4	90,3	11,0	190
Kankan	47,7	14,1	21,3	74,4	4,6	304
Kindia	77,9	18,5	22,4	66,2	2,8	324
Labé	80,1	7,5	33,4	78,0	5,3	173
Mamou	39,2	11,3	21,6	89,4	3,9	145
N'Zérékoré	86,7	31,5	47,3	63,1	3,9	649
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	65,5	9,1	19,5	78,8	2,0	1 221
Primaire	67,3	14,5	29,6	73,7	2,7	534
Secondaire ou plus	80,7	40,0	57,5	64,3	13,7	921
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	65,1	10,4	23,7	80,1	2,2	438
Second	65,3	8,8	18,1	82,2	2,3	447
Moyen	69,6	16,3	29,8	76,3	5,4	458
Quatrième	75,6	28,5	42,4	65,9	5,7	511
Le plus riche	75,5	30,6	47,2	66,2	11,2	823
Ensemble	71,1	20,8	34,6	72,8	6,2	2 676

15.1.3 Opinions

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie. De plus étant donné que les femmes sont plus vulnérables au VIH/sida que les hommes, il est important de savoir si elles sont en mesure de refuser des rapports sexuels à risque avec leur mari/partenaire. Au cours de l'EDSG-III, on a donc demandé aux femmes si elles pensaient que dans le cas où une femme savait que son mari avait une IST, celle-ci pouvait, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui proposer l'utilisation d'un condom. On constate au tableau 15.6 qu'une majorité de femmes (80 %) pense qu'il est justifié qu'une femme adopte ce comportement sécuritaire quand elle sait que son mari/partenaire a une IST. Les trois quarts des femmes (73 %) ont déclaré que, dans cette situation, il était acceptable qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint et dans 58 % des cas, les femmes pensent qu'il faut proposer l'utilisation d'un condom à un conjoint qui a une IST.

Tableau 15.6 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit proposer l'utilisation du condom, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-24	70,7	62,6	79,4	2 800
15-19	67,4	60,5	75,7	1 648
20-24	75,5	65,6	84,8	1 152
25-29	77,1	59,4	83,8	1 259
30-39	74,4	56,5	80,9	2 290
40-49	72,6	50,3	77,2	1 606
État matrimonial				
Célibataire	65,0	62,8	75,2	1 311
A eu des rapports sexuels	80,2	78,2	89,6	571
N'a jamais eu de rapports sexuels	53,2	50,9	64,1	740
En union	74,4	56,2	80,5	6 292
Divorcée/séparée/veuve	81,0	69,3	90,0	351
Milieu de résidence				
Urbain	73,4	68,9	84,0	2 472
Rural	73,1	52,9	78,3	5 482
Région administrative				
Boké	63,6	51,0	73,1	941
Conakry	65,0	67,0	81,2	1 192
Faranah	66,5	49,3	72,0	619
Kankan	76,1	61,8	83,0	935
Kindia	80,7	65,1	82,4	1 155
Labé	66,9	45,3	74,2	817
Mamou	51,3	33,5	59,3	544
N'Zérékoré	89,4	64,9	92,0	1 752
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	72,9	53,2	78,4	6 073
Primaire	72,5	64,1	81,1	999
Secondaire ou plus	76,0	82,7	90,6	883
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	73,8	47,8	78,1	1 640
Second	69,3	51,0	74,5	1 508
Moyen	75,6	56,6	80,8	1 535
Quatrième	77,6	63,2	83,9	1 594
Le plus riche	69,7	69,9	82,9	1 677
Ensemble	73,2	57,9	80,1	7 954

Cette proportion élevée n'en cache pas moins des disparités. En fonction de l'âge, on note que ce sont celles de 20-29 ans qui sont les plus favorables à ces deux mesures (84 %). De même, on observe des écarts importants selon l'état matrimonial : 81 % des femmes en union et 90 % de celles en rupture d'union approuvent cette opinion contre seulement 75 % des célibataires. Les écarts sont importants en fonction du niveau d'instruction des femmes puisqu'on constate que 78 % des femmes sans niveau d'instruction pensent qu'il faut adopter une telle attitude contre 81 % parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire et 91 % parmi les plus instruites. Selon les régions, les résultats font apparaître une proportion très élevée de femmes favorables à cette attitude dans la région de N'Zérékoré (92 %) ; à l'opposé, dans celle de Mamou, cette proportion n'est que de 59 %. Dans les ménages les plus riches, la proportion de femmes s'étant déclaré favorables est de 83 % contre 78 % parmi celles des ménages les plus pauvres.

On a aussi demandé aux adultes s'ils pensaient que l'utilisation du condom devait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans. Il ressort du tableau 15.7 que la majorité des femmes (64 %) et des hommes (71 %) sont favorables à cette mesure. Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer qu'il est nécessaire d'enseigner l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans (71 % des femmes de 18-19 ans et 85 % des hommes de ce groupe d'âge contre respectivement 59 % et 58 % pour les femmes et les hommes âgés de 40-49 ans). Les femmes de 18-24 ans (83 %), celles du milieu urbain (69 %), celles ayant atteint un niveau secondaire ou plus (74 %) et celles vivant dans les régions de Conakry (72 %) et de Kankan (79 %) sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir déclaré qu'il serait utile d'enseigner aux jeunes de 12-14 ans l'utilisation du condom.

Tableau 15.7 Adultes qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans

Pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ayant entendu parler du sida qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Groupe d'âges				
18-19	71,2	578	84,9	247
20-24	68,1	1 133	80,9	479
25-29	63,4	1 230	75,5	311
30-39	63,2	2 228	68,5	668
40-49	58,9	1 545	58,2	580
État matrimonial				
Célibataire	66,7	525	79,5	751
En union	63,3	5 867	65,4	1 407
Divorcé/séparé/veuf	66,5	321	87,0	126
Milieu de résidence				
Urbain	68,7	2 052	77,2	923
Rural	61,6	4 661	67,2	1 362
Région administrative				
Boké	63,3	804	73,3	241
Conakry	72,3	1 003	78,7	538
Faranah	60,0	531	76,3	156
Kankan	78,5	822	54,6	262
Kindia	61,3	931	76,3	267
Labé	53,1	664	80,9	141
Mamou	49,3	444	73,7	114
N'Zérékoré	62,1	1 514	64,2	565
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	61,9	5 364	63,2	1 125
Primaire	68,1	680	71,3	395
Secondaire ou plus	74,2	669	83,0	764
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	59,8	1 393	64,7	385
Second	63,1	1 276	67,7	390
Moyen	60,6	1 303	67,5	399
Quatrième	65,7	1 325	72,8	401
Le plus riche	69,3	1 416	77,9	709
Ensemble	63,7	6 713	71,2	2 284

Chez les hommes, on constate que ceux qui sont le plus favorables à cette idée sont ceux qui sont en rupture d'union (87 %), ceux qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (83 %) et ceux de la région de Labé (81 %). Globalement, on constate que les hommes (71 %) sont plus favorables à cette mesure que les femmes (64 %) et, quel que soit le sexe, la proportion de personnes ayant cette attitude favorable augmente quand le niveau économique s'élève. Ainsi, on compte 69 % de femmes et 78 % d'hommes du quintile le plus riche contre respectivement 60 % et 65 % pour le quintile le plus pauvre.

15.2 POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire. Au cours de l'EDSG-III, on a demandé aux enquêtés si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient effectué un test du VIH/sida et s'ils avaient reçu les résultats. On constate au tableau 15.8 que la grande majorité des hommes (92 %) et une proportion encore plus élevée de femmes (94 %) n'ont jamais effectué de test. Seulement 2 % des femmes ont effectué un test et ont eu connaissance des résultats ; chez les hommes, cette proportion est plus élevée (6 %). Si on se limite aux 12 derniers mois, seulement 1 % des femmes et 3 % des hommes ont effectué un test et ont reçu les résultats.

Tableau 15.8 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH et pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio- démographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes							Hommes						
	A effectué un test							A effectué un test						
Caractéristique sociodémographique	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ ND	Total	A été testée et a reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ ND	Total	A été testé et a reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif
Groupe d'âges														
15-24	2,4	0,3	94,2	3,1	100,0	1,4	2 800	4,6	0,4	92,5	2,5	100,0	2,0	1 146
15-19	1,8	0,3	93,8	4,1	100,0	1,2	1 648	2,0	0,4	93,7	3,9	100,0	0,9	664
20-24	3,2	0,2	94,9	1,7	100,0	1,5	1 152	8,2	0,4	90,7	0,6	100,0	3,6	482
25-29	2,6	0,5	94,4	2,4	100,0	1,6	1 259	9,2	0,9	89,9	0,0	100,0	5,6	311
30-39	1,9	0,5	94,8	2,8	100,0	0,7	2 290	7,0	0,9	91,9	0,2	100,0	3,5	669
40-49	1,5	0,5	94,1	3,9	100,0	0,7	1 606	6,0	0,8	92,8	0,5	100,0	2,5	582
État matrimonial														
Célibataire	3,0	0,2	93,5	3,2	100,0	1,7	1 311	4,5	0,3	92,7	2,5	100,0	2,1	1 161
A eu des rapports sexuels	5,1	0,4	94,4	0,1	100,0	3,1	571	6,4	0,3	92,8	0,6	100,0	2,9	771
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,4	0,1	92,9	5,6	100,0	0,6	740	0,7	0,3	92,7	6,3	100,0	0,6	389
En union	1,8	0,4	94,8	3,0	100,0	0,8	6 292	6,5	1,0	92,2	0,3	100,0	3,4	1 419
Divorcé/séparé/veuf	4,6	1,0	90,9	3,5	100,0	3,9	351	14,3	0,6	85,0	0,0	100,0	3,7	129
Milieu de résidence														
Urbain	5,1	1,0	93,0	0,9	100,0	2,7	2 472	10,7	1,0	88,2	0,1	100,0	5,2	1 096
Rural	0,7	0,2	95,0	4,1	100,0	0,4	5 482	2,9	0,4	94,8	1,9	100,0	1,4	1 612
Région administrative														
Boké	1,9	0,3	95,7	2,1	100,0	0,8	941	7,8	1,2	90,1	1,0	100,0	3,8	283
Conakry	5,4	1,5	91,8	1,3	100,0	2,7	1 192	12,1	1,0	86,7	0,2	100,0	5,3	612
Faranah	0,4	0,0	97,9	1,6	100,0	0,0	619	4,6	0,4	95,0	0,0	100,0	0,8	190
Kankan	0,3	0,3	98,7	0,7	100,0	0,2	935	2,4	0,0	96,4	1,3	100,0	1,6	308
Kindia	1,4	0,0	92,0	6,6	100,0	0,6	1 155	3,2	0,0	92,1	4,7	100,0	1,0	340
Labé	2,0	0,4	88,5	9,0	100,0	1,3	817	0,3	0,0	98,2	1,5	100,0	0,0	176
Mamou	0,4	0,1	92,4	7,1	100,0	0,2	544	4,5	0,0	91,5	4,0	100,0	1,1	151
N'Zérékoré	2,5	0,4	96,8	0,2	100,0	1,5	1 752	5,0	1,3	93,7	0,0	100,0	3,6	649
Niveau d'instruction														
Aucune instruction	0,7	0,3	95,3	3,8	100,0	0,3	6 073	2,4	0,4	95,1	2,1	100,0	1,2	1 247
Primaire	3,8	0,5	93,9	1,8	100,0	2,5	999	4,3	0,5	94,3	0,9	100,0	2,6	539
Secondaire ou plus	9,9	1,0	89,1	0,0	100,0	5,0	883	11,9	1,1	86,9	0,1	100,0	5,3	923
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	0,2	0,2	93,7	5,8	100,0	0,0	1 640	2,3	0,3	95,5	2,0	100,0	1,2	446
Second	0,5	0,2	94,8	4,4	100,0	0,3	1 508	1,7	0,7	95,4	2,1	100,0	1,3	456
Moyen	0,8	0,1	96,5	2,6	100,0	0,3	1 535	3,5	0,5	94,6	1,4	100,0	1,2	464
Quatrième	2,8	0,5	95,1	1,6	100,0	1,6	1 594	6,0	0,2	92,6	1,3	100,0	3,1	518
Le plus riche	5,8	1,1	92,1	1,0	100,0	3,1	1 677	11,9	1,2	86,8	0,2	100,0	5,5	824
Ensemble	2,1	0,4	94,4	3,1	100,0	1,1	7 954	6,0	0,7	92,1	1,2	100,0	2,9	2 709

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on constate que c'est parmi les jeunes de 15-19 ans que la proportion de ceux qui ont déjà effectué un test du VIH/sida et reçu les résultats est la plus faible (2 % chez les femmes et 2 % chez les hommes). En milieu rural, 1 % des femmes et 3 % des hommes ont eu connaissance de leur statut sérologique. Ces proportions sont de loin inférieures à celles des centres urbains (5 % et 11 %) et de Conakry (5 % et 12 %). Dans les régions, ces proportions varient de 0,3 % à Kankan à 3 % à N'Zérékoré chez les femmes et de 0,3 % à Labé à 8 % à Boké chez les hommes. La probabilité d'effectuer un test et de connaître les résultats est très liée au niveau d'instruction et au niveau de vie du ménage puisque moins d'un pour cent des femmes sans niveau d'instruction et de celles des ménages les plus pauvres connaissent leur statut sérologique contre 10 % de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et 6 % de celles des ménages les plus riches. Chez les hommes, on constate ce même type de variation, 12 % des hommes les plus instruits contre 2 % de ceux sans niveau d'instruction ont déjà effectué un test et ont eu connaissance des résultats ; selon les niveaux de bien-être économique, on note que 12 % des hommes vivant dans un ménage du quintile le plus riche connaissent leur statut et que, dans les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 2 %.

En outre, on a posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête une série de questions pour savoir si, au cours d'une visite prénatale, elles avaient reçu des conseils concernant le VIH/sida, si elles avaient effectué volontairement[1] un test au cours d'une visite prénatale et enfin si elles avaient reçu ou non les résultats de ce test. Les résultats sont présentés au tableau 15.9. Une faible proportion de femmes (7 %) a déclaré avoir reçu des conseils sur le VIH/sida au cours d'une visite prénatale, c'est-à-dire qu'on leur a parlé de la transmission mère-enfant et de l'importance du test du VIH/sida. Dans 2 % des cas, les femmes ont effectué volontairement un test du VIH/sida et ont eu connaissance des résultats. Dans la région de Kindia, 16 % des femmes ont reçu des conseils contre seulement 2 % dans celle de Kankan et 3 % dans celle de Labé. En milieu urbain, cette proportion est deux fois plus élevée qu'en milieu rural (10 % contre 5 %). En fonction du niveau d'instruction, on constate également des écarts très importants : parmi les femmes les plus instruites, 12 % ont reçu des conseils au cours d'une consultation prénatale, 6 % ont effectué un test du VIH/sida et ont été informées des résultats ; par comparaison, parmi les femmes sans niveau d'instruction, ces proportions ne sont que de respectivement 6 % et 1 %.

[1] On leur a proposé le test et elles ont accepté d'effectuer le test.

Tableau 15.9 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH

Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont reçu des conseils, à qui on a proposé le test du VIH au cours des visites prénatales pour la naissance la plus récente, qui ont accepté de se faire tester et qui ont reçu les résultats du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	A reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale	A effectué volontairement un test du VIH au cours des visites prénatales		Pourcentage qui a reçu des conseils, a été testée et a reçu les résultats	Effectif de femmes qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Groupe d'âges					
15-24	6,0	2,2	0,5	1,0	847
15-19	6,8	1,4	0,7	1,1	328
20-24	5,5	2,7	0,4	0,9	519
25-29	5,7	1,2	0,4	0,8	620
30-39	7,2	0,9	0,5	0,2	940
40-49	7,3	2,0	0,7	1,6	208
Milieu de résidence					
Urbain	10,4	4,3	1,8	2,4	587
Rural	5,3	0,7	0,1	0,2	2 027
Région administrative					
Boké	6,3	2,1	0,3	0,5	299
Conakry	8,7	3,2	2,5	1,7	267
Faranah	5,5	0,6	0,0	0,6	210
Kankan	2,1	0,0	0,0	0,0	420
Kindia	16,3	1,8	0,0	1,5	379
Labé	2,8	3,0	0,2	1,2	256
Mamou	3,5	0,0	0,4	0,0	173
N'Zérékoré	5,3	1,5	0,7	0,3	609
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	5,8	0,8	0,5	0,3	2 216
Primaire	9,7	5,3	1,1	2,2	260
Secondaire ou plus	11,5	5,6	0,0	3,9	139
Ensemble	6,5	1,5	0,5	0,7	2 614

15.3 RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM

La multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque de contracter des IST et le VIH/sida, en particulier dans les groupes de population où l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes et aux femmes s'ils avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Dans le cas d'une réponse affirmative, on leur a demandé s'ils avaient eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et s'ils avaient eu des rapports sexuels à hauts risques définis ici comme étant des rapports sexuels avec des partenaires non maritaux et non cohabitants. En outre, on a demandé à ces enquêtés si, au cours de ces derniers rapports sexuels à haut risque ils avaient utilisé un condom. Les résultats à ces questions sont présentés au tableau 15.10.1 pour les femmes et 15.10.2 pour les hommes.

Tableau 15.10.1 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques - femmes

Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois			Femmes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois		Femmes ayant eu des rapports sexuels	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif de femmes	Nombre moyens de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-24	4,1	36,0	1 591	25,8	572	1,5	2 065
15-19	5,1	47,1	819	24,3	386	1,4	987
20-24	3,1	24,1	772	28,9	186	1,6	1 078
25-29	3,5	10,5	893	33,0	93	1,6	1 254
30-39	2,5	6,3	1 633	22,8	102	1,6	2 288
40-49	1,8	5,4	1 228	13,1	66	1,7	1 606
État matrimonial							
Célibataire	8,1	100,0	489	26,1	489	1,8	571
En union	2,3	4,8	4 692	26,4	225	1,5	6 292
Divorcée/séparée/veuve	8,9	72,9	163	19,6	119	2,2	350
Milieu de résidence							
Urbain	4,4	28,0	1 635	37,9	457	1,7	2 096
Rural	2,4	10,2	3 709	9,9	377	1,5	5 117
Région administrative							
Boké	2,3	12,1	644	10,9	78	1,6	855
Conakry	6,3	28,9	769	45,6	222	1,7	1 009
Faranah	3,2	12,6	382	34,2	48	1,4	569
Kankan	0,3	7,8	748	10,6	59	1,5	891
Kindia	1,7	8,8	766	40,0	67	1,4	1 029
Labé	1,0	3,9	432	21,8	17	1,3	706
Mamou	1,7	4,2	306	23,3	13	1,4	483
N'Zérékoré	4,7	25,5	1 296	13,5	330	1,9	1 671
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	2,1	9,4	4 184	11,8	391	1,5	5 775
Primaire	5,6	29,8	606	22,2	180	1,7	779
Secondaire ou plus	7,1	47,2	555	47,4	262	2,0	659
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	1,9	8,6	1 104	5,5	94	1,5	1 545
Second	1,4	7,3	1 009	13,0	74	1,5	1 413
Moyen	2,4	13,2	1 074	9,1	141	1,6	1 434
Quatrième	4,1	20,5	1 078	24,3	221	1,6	1 405
Le plus riche	5,2	28,1	1 079	42,5	303	1,7	1 415
Ensemble	3,0	15,6	5 345	25,2	834	1,6	7 213

Très peu de femmes sexuellement actives ont déclaré avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (3 %). Parmi les femmes de 15-19 ans (5 %), celles de Conakry (6 %), N'Zérékoré (5 %) et celles ayant un niveau secondaire ou plus (7 %), cette proportion est plus élevée que parmi les autres groupes de population. D'autre part, un peu plus d'une femme sur six (16 %) a déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Il va de soi que les rapports sexuels à haut risque sont plus fréquents chez les célibataires (100 %) et les femmes en rupture d'union (73 %) puisqu'ils impliquent des partenaires non maritaux et non cohabitants. Ces rapports sexuels sont plus fréquents chez les jeunes filles de 15-19 ans (47 %), chez les femmes du milieu urbain (28 %), chez celles vivant dans les ménages les plus riches (28 %) et enfin chez celles qui sont les plus instruites (47 %). Il convient de noter par ailleurs, que les femmes ont eu, en moyenne. 1,6 partenaire au cours de leur vie.

En outre, parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 25 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes instruites (47 %), celles vivant dans les ménages les plus riches (43 %) et parmi celles vivant dans la capitale Conakry (46 %), qui sont aussi celles qui ont eu le plus fréquemment des rapports à risques, que l'on constate les proportions les plus élevées d'utilisation du condom. Par contre, la proportion de femmes en union rompue qui ont déclaré avoir utilisé un condom est relativement faible (20 %) alors que cette catégorie de femmes se caractérise par une fréquence élevée de rapports sexuels à risque (73 %).

Chez les hommes, on constate qu'une proportion bien plus élevée que celle des femmes a déclaré avoir eu deux partenaires et plus au cours des 12 derniers mois (33 %). Cette proportion est relativement élevée chez les célibataires (36 %) ; par contre à la différence des femmes, chez les hommes en union, cette proportion est plus élevée (22 % contre 33 % pour ceux en union). Les hommes qui ont eu le plus fréquemment au moins 2 partenaires sont ceux du milieu rural (34 %), ceux des régions de Kindia (52 % et de Kankan (37 %), et ceux qui ont un niveau d'instruction primaire (36 %). En moyenne, les hommes ont eu 5 partenaires sur la durée de vie.

Plus de la moitié des hommes sexuellement actifs (54 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, soit une proportion trois fois plus importante que celle des femmes (16 %). Parmi les jeunes hommes de moins de 25 ans, les célibataires, et ceux en rupture d'union, cette proportion est bien évidemment très élevée. En milieu urbain, les deux tiers des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à risques (67 %) contre 45 % en milieu rural. De même, cette proportion est nettement plus élevée parmi les plus instruits que parmi les autres (75 % contre 38 % parmi ceux sans instruction). Enfin, on constate que la fréquence des rapports à risque est particulièrement élevée parmi les hommes des régions de Kindia (65 %) et de Conakry (63 %).

Parmi les hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, quatre sur dix (40 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les hommes âgés de 40-49 ans (50 %), ceux du niveau secondaire ou plus (49 %), ceux vivant dans les ménages du quintile le plus riche (54 %) et ceux des régions de Kindia (52 %) et de Conakry (53 %) sont proportionnellement les plus nombreux à avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques.

Tableau 15.10.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques - hommes

Parmi les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois			Hommes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois		Hommes ayant eu des rapports sexuels	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires les 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'hommes	Nombre moyens de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges							
15-24	33,4	94,8	659	37,2	625	3,9	767
15-19	31,6	99,8	279	34,0	279	3,1	341
20-24	34,7	91,2	379	39,7	346	4,6	426
25-29	36,3	60,7	263	44,2	160	4,8	302
30-39	32,9	35,4	582	38,3	206	5,6	663
40-49	32,0	17,3	510	49,7	88	5,9	582
État matrimonial							
Célibataire	36,3	99,9	655	38,0	655	4,1	771
En union	32,5	26,8	1 267	43,8	340	5,5	1 416
Divorcé/séparé/veuf	22,3	92,3	92	32,9	84	5,6	127
Milieu de résidence							
Urbain	31,9	67,3	805	49,0	542	4,9	930
Rural	34,1	44,5	1 208	29,8	537	5,1	1 385
Région administrative							
Boké	36,8	54,2	225	36,7	122	4,7	263
Conakry	25,1	62,9	437	52,8	275	4,8	519
Faranah	33,6	51,4	135	42,1	70	4,6	165
Kankan	37,4	30,2	244	27,1	74	4,0	262
Kindia	52,4	65,1	268	51,5	174	5,6	294
Labé	3,7	35,5	95	34,7	34	2,8	122
Mamou	18,1	50,9	100	40,5	51	4,0	110
N'Zérékoré	35,1	54,9	509	23,0	279	6,2	581
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	33,2	38,4	964	28,9	370	4,8	1 105
Primaire	35,5	55,1	376	34,1	207	4,9	431
Secondaire ou plus	32,1	74,5	674	49,4	502	5,3	779
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	31,9	39,8	336	24,9	134	5,0	394
Second	34,2	44,0	338	26,3	149	4,6	390
Moyen	32,6	44,5	372	27,5	166	5,2	412
Quatrième	37,1	64,0	371	40,0	237	5,0	421
Le plus riche	31,5	65,9	597	54,0	393	5,2	698
Ensemble	33,3	53,6	2 014	39,5	1 079	5,0	2 315

15.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Une IST non traitée est un facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. La lutte contre ces maladies s'est donc intensifiée depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida. Au cours de l'enquête, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà eu une IST et/ou des symptômes d'IST. Les résultats présentés au tableau 15.11 sont basés uniquement sur les déclarations des enquêtés et ne doivent donc pas être interprétés comme une mesure de la prévalence des IST.

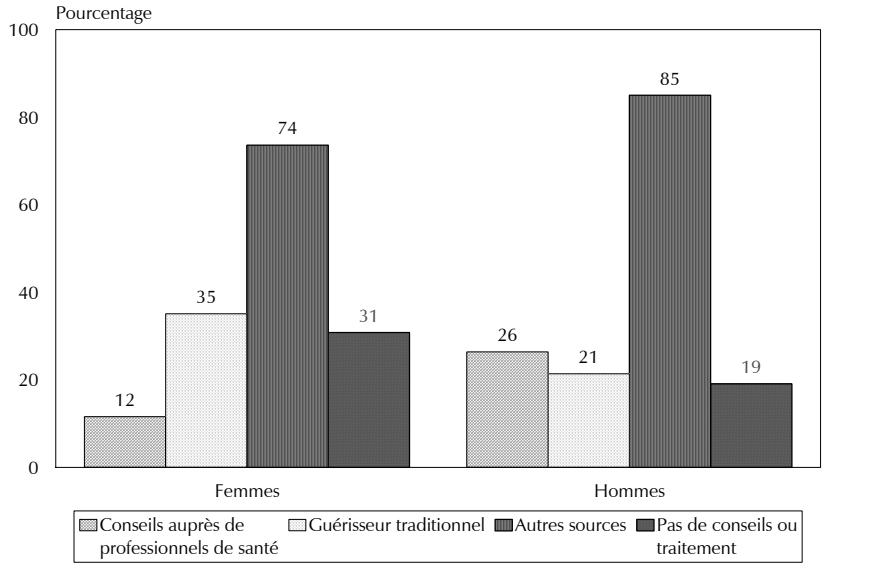
Tableau 15.11 Infection Sexuellement Transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés

Parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois :					Pourcentage de hommes ayant déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois :				
Caractéristique sociodémographique	Une IST	Des pertes vaginales anormales	Une plaie/ ulcère génital	Une IST/perte/ plaie/ ulcère	Effectif de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels	Une IST	Des écoule-ments du pénis	Une plaie/ ulcère génital	Une IST/perte/ plaie/ ulcère	Effectif d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels
Groupe d'âges										
15-24	11,2	32,0	6,9	35,0	2 065	5,8	8,4	1,6	9,9	767
15-19	11,1	31,7	7,3	35,4	987	3,1	6,0	1,2	7,1	341
20-24	11,2	32,4	6,5	34,7	1 078	7,9	10,3	1,9	12,2	426
25-29	14,4	33,5	7,0	35,8	1 254	5,7	7,2	1,7	8,9	302
30-39	12,7	28,2	6,3	31,2	2 288	7,1	6,6	1,3	8,7	663
40-49	9,7	21,6	5,1	24,2	1 606	3,3	2,9	1,4	4,6	582
État matrimonial										
Célibataire	9,0	34,7	7,7	36,9	571	5,3	7,3	1,6	8,8	771
En union	12,3	28,4	6,3	31,3	6 292	5,7	5,9	1,5	7,9	1 416
Divorcé/séparé/veuf	9,5	26,0	4,1	27,5	350	4,9	5,5	0,5	6,0	127
Milieu de résidence										
Urbain	14,9	32,4	5,1	34,2	2 096	6,6	7,5	2,4	10,3	930
Rural	10,7	27,3	6,8	30,4	5 117	4,8	5,6	0,8	6,6	1 385
Région administrative										
Boké	21,5	23,9	7,6	34,4	855	6,0	6,5	3,0	10,0	263
Conakry	15,4	33,1	4,7	34,3	1 009	6,9	8,7	3,0	12,3	519
Faranah	14,5	30,5	7,6	31,5	569	8,4	8,0	1,3	9,5	165
Kankan	5,7	37,4	8,8	44,0	891	1,8	2,2	1,3	3,7	262
Kindia	17,1	21,7	6,7	22,9	1 029	13,9	14,9	1,4	17,0	294
Labé	4,0	8,0	3,5	9,3	706	0,5	4,9	0,6	4,9	122
Mamou	2,8	8,8	1,8	9,0	483	0,0	0,0	0,6	0,6	110
N'Zérékoré	10,1	42,3	7,2	43,1	1 671	2,8	2,8	0,0	2,8	581
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	11,7	28,2	6,5	31,2	5 775	5,2	5,8	0,9	7,1	1 105
Primaire	11,7	31,1	6,0	32,6	779	6,5	6,7	1,1	8,5	431
Secondaire ou plus	13,8	31,2	5,4	33,0	659	5,4	6,9	2,5	9,4	779
Ensemble	11,9	28,8	6,3	31,5	7 213	5,5	6,3	1,5	8,1	2 315

Chez les femmes, un peu plus d'une femme sur dix (12 %) a déclaré avoir eu une IST. Cette proportion est deux fois plus faible chez les hommes (6 %). Dans 29 % des cas, les femmes ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et dans 6 % des cas, un ulcère génital. Globalement, près du tiers des femmes 32 % peuvent être considérées comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Chez les hommes, 6 % ont déclaré avoir eu un écoulement du pénis et 2 % un ulcère génital. Globalement, 8 % des hommes peuvent être considérés comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, on constate que c'est parmi les enquêtés qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que la prévalence « déclarée » d'IST et/ou de symptômes est la plus élevée : les plus jeunes, les célibataires, et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes, seulement 12 % se sont rendues dans une clinique/hôpital ou chez un professionnel de la santé pour être traitées (graphique 15.1). Chez les hommes, cette proportion et de 26 %. À l'opposé, 31 % des femmes et 19 % des hommes n'ont pris aucune mesure pour traiter leur IST.

Graphique 15.1 **Recherche de conseils et de traitement pour les IST**



EDSG-III 2005

15.5 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET COMPORTEMENTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risques dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Au cours de l'EDSG-III, il a donc paru important d'évaluer, dans cette population, non seulement la connaissance des moyens corrects de transmission et de prévention du VIH/sida mais aussi les types de comportements sexuels.

Le tableau 15.12 présente d'une part la répartition des jeunes selon la connaissance complète du VIH/sida et d'autre part selon leur connaissance d'un endroit où se procurer un condom. Les résultats montrent que 17 % des jeunes femmes ont une connaissance complète du VIH/sida et 43 % savent où se rendre pour se procurer des condoms ; chez les hommes, ces proportions sont plus élevées : respectivement, 23 % et 69 %.

Tableau 15.12 Connaissance par les jeunes des moyens de prévention du VIH et d'un endroit où se procurer des condoms

Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 ayant une connaissance complète du sida et qui connaissent au moins un endroit où se procurer des condoms, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes 15-24			Hommes 15-24		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida[1]	Connaît un endroit où se procurer des condoms	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance complète du sida[1]	Connaît un endroit où se procurer des condoms	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	16,8	43,8	1 648	20,2	61,4	664
15-17	15,8	40,4	1 059	16,3	54,5	417
18-19	18,4	49,9	589	26,6	73,1	247
20-24	17,1	42,8	1 152	26,4	80,3	482
20-22	16,8	43,4	803	25,5	80,0	334
23-24	17,7	41,6	349	28,3	81,0	148
État matrimonial						
Célibataire	20,7	49,0	1 250	22,2	67,4	980
A eu des rapports sexuels	21,1	66,8	516	25,5	86,3	606
N'a jamais eu de rapports sexuels	20,4	36,6	734	16,9	36,8	375
A déjà été marié	13,8	38,8	1 550	25,9	80,9	166
Milieu de résidence						
Urbain	23,5	60,9	1 095	29,1	81,5	575
Rural	12,6	32,1	1 705	16,4	57,1	571
Région administrative						
Boké	17,3	39,8	322	13,3	64,3	105
Conakry	23,8	55,7	525	24,4	75,2	306
Faranah	9,2	39,9	231	26,6	80,1	73
Kankan	9,8	41,2	310	18,5	56,9	99
Kindia	26,6	40,1	368	25,6	60,0	135
Labé	12,0	12,9	242	26,8	28,8	73
Mamou	12,0	24,0	155	22,3	56,2	79
N'Zérékoré	14,7	55,4	647	22,7	85,5	277
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	11,2	33,0	1 715	8,1	48,9	344
Primaire	13,9	47,9	542	11,2	63,4	258
Secondaire ou plus	37,9	71,6	543	37,5	85,1	544
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	9,5	31,6	456	8,4	49,6	134
Second	11,2	26,9	497	12,1	50,4	154
Moyen	12,9	37,7	490	14,3	64,8	164
Quatrième	18,3	50,3	607	32,9	79,5	284
Le plus riche	26,6	59,5	751	27,8	77,7	410
Ensemble 15-24	16,9	43,4	2 800	22,8	69,3	1 146

[1] Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

La connaissance d'un endroit où se procurer des condoms est très influencée par le niveau de connaissance complète du VIH/sida. En effet, c'est parmi les femmes les mieux informées sur les moyens de prévention et de transmission du VIH/sida que la connaissance d'un endroit où se procurer des condoms est aussi la plus élevée. On constate que les proportions sont plus élevées chez les jeunes de 18-19 ans (50 %), les célibataires qui ont eu des rapports sexuels (67 %), les femmes résidant en milieu urbain (61 %) et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (72 %).

En outre, on constate que c'est dans les régions où la proprotion de jeunes femmes qui ont une connaissance complète du sida est la plus élevée, à savoir, Conakry et N'Zérékoré, que la proportion des jeunes femmes qui connaissent un endroit où se procurer des condoms est aussi la plus élevée (56 % à Conakry et 55 % à N'Zérékoré). À l'opposé, à Labé, 13 % des femmes connaissent un tel endroit.

Chez les jeunes hommes, on constate également un lien très étroit entre le niveau de connaissance complète des moyens de prévention et de transmission du VIH/sida et la connaissance d'un endroit où se procurer des condoms. Parmi les 20-24 ans, ceux de Conakry et de N'Zérékoré, les plus instruits et ceux des ménages du quintile les plus riches, les quatre cinquièmes savent où aller pour obtenir des condoms.

La connaissance de l'âge aux premiers rapports sexuels est utile car elle permet d'adapter les programmes de prévention du VIH/sida afin de réduire l'exposition des jeunes aux rapports sexuels à risques. On constate que parmi les femmes de 15-24 ans, 22 % avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans (tableau 15.13). Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (25 % contre 17 %) et chez les femmes sans instruction que parmi celles qui sont instruites (26 % contre 19 % pour celles ayant un niveau primaire et 12 % pour celles ayant un niveau secondaire et plus). C'est parmi les jeunes femmes de 15-24 ans de la région de Kankan (40 %) et parmi celles en rupture d'union (32 %) que la proportion de celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans est la plus élevée.

Parmi les hommes de 15-24 ans, 17 % ont eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans. Contrairement aux femmes, on ne constate pas ici d'écart selon le milieu de résidence et, du point de vue de l'instruction, ce sont les hommes les plus instruits qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir eu leurs premiers rapports en atteignant 15 ans (18 % contre 16 % chez ceux sans niveau d'instruction).

Tableau 15.13 Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels en atteignant les âges exacts de 15 et 18 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes 15-24 qui ont déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :		Effectif de femmes de 15-24 ans	Pourcentage d'hommes 15-24 qui ont déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :		Effectif d'hommes de 15-24 ans
	15 ans	18 ans		15 ans	18 ans	
Groupe d'âges						
15-19	19,7	na	1 648	17,9	na	664
15-17	17,5	na	1 059	17,5	na	417
18-19	23,6	72,3	589	18,4	65,0	247
20-24	25,2	69,7	1 152	16,0	54,4	482
20-22	25,2	68,3	803	14,6	54,6	334
23-24	25,0	72,8	349	19,2	54,0	148
État matrimonial						
Célibataire	10,2	33,5	1 250	15,7	48,4	980
En union	31,4	83,2	1 474	30,8	70,0	111
Divorcé/séparé/veuf	31,7	81,3	76	13,4	56,1	55
Milieu de résidence						
Urbain	16,6	52,4	1 095	16,3	53,2	575
Rural	25,3	66,4	1 705	17,9	48,5	571
Région administrative						
Boké	28,4	60,6	322	33,5	71,5	105
Conakry	15,4	49,6	525	16,3	47,7	306
Faranah	19,8	65,2	231	27,3	54,3	73
Kankan	40,2	78,0	310	4,3	44,2	99
Kindia	10,5	55,3	368	10,2	52,7	135
Labé	16,7	42,8	242	10,4	20,8	73
Mamou	18,4	47,3	155	7,7	38,7	79
N'Zérékoré	25,3	73,8	647	21,4	58,5	277
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	26,2	68,7	1 715	15,6	46,7	344
Primaire	18,5	51,0	542	17,4	48,3	258
Secondaire ou plus	11,9	46,4	543	17,8	54,7	544
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	26,9	66,4	456	15,7	44,1	134
Second	29,3	66,7	497	20,3	47,1	154
Moyen	25,4	70,5	490	20,1	57,0	164
Quatrième	19,9	58,1	607	16,6	52,9	284
Le plus riche	13,4	49,9	751	15,4	50,6	410
Ensemble 15-24	21,9	na	2 800	17,1	na	1 146

na = Non applicable

Par ailleurs, le tableau 15.14 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels selon qu'ils ont ou non utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels. Seulement 9 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels. Cependant, parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (27 %), parmi celles vivant en milieu urbain (15 %) et parmi celles qui connaissent un endroit où se procurer un condom (14 %), cette proprotion est nettement plus élevée. On note également certains écarts selon l'âge : la fréquence d'utilisation du condom aux premiers rapports sexuels varie d'un maximum de 12 % parmi les jeunes femmes de 15-17 ans à un minimum de 6 % parmi celles de 23-24 ans.

Tableau 15.14 Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 qui ont utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels selon certaines, caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes		Hommes	
Caractéristique sociodémographique	A utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif de femmes ayant eu des rapports sexuels	A utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif d'hommes ayant eu des rapports sexuels
Groupe d'âges				
15-19	11,1	987	11,0	341
15-17	11,8	504	12,2	162
18-19	10,4	483	10,0	180
20-24	7,6	1 078	12,8	426
20-22	8,4	735	11,9	292
23-24	5,9	342	14,9	134
Connaît un endroit où se procurer des condoms				
Oui	13,8	946	13,4	654
Non	5,5	1 119	3,9	113
Milieu de résidence				
Urbain	14,7	722	18,2	414
Rural	6,4	1 342	4,8	354
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	5,5	1 418	5,7	213
Primaire	8,8	325	10,6	153
Secondaire ou plus	26,7	321	15,9	402
Ensemble 15-24	9,3	2 065	12,0	767

La proportion d'hommes ayant utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels est un peu plus élevée que celle des femmes (12 % contre 9 %). Comme chez les femmes, ce sont les plus instruits (16 %), ceux qui vivent en milieu urbain (18 %) et ceux qui connaissent un endroit ou l'on peut se procurer des condoms (13 %) qui ont déclaré le plus fréquemment avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels. En fonction de l'âge, on constate, à la différence des femmes, que l'utilisation d'un condom a été plus fréquente parmi ceux de 23-24 ans (15 %).

Le tableau 15.15 présente le pourcentage de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi eux, le pourcentage de ceux qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Un peu plus d'un tiers des jeunes femmes (36 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi elles, 26 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. On constate que la fréquence des rapports sexuels est plus élevée à 20-24 ans (53 %) que dans les autres groupes d'âges. Le milieu de résidence fait apparaître un léger écart (37 % en milieu urbain contre 34 % en milieu rural). Les résultats selon le niveau d'instruction ne mettent pas non plus en évidence des écarts importants, la proportion variant d'un minimum de 33 % parmi les femmes ayant un niveau primaire à un maximum de 38 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. Par ailleurs, c'est dans le groupe d'âges 20-22 ans que la fréquence d'utilisation du condom aux derniers rapports sexuels est la plus élevée (30 %). L'utilisation du condom a été aussi plus fréquente parmi les jeunes femmes du milieu urbain (36 % contre 14 % en rural) et parmi les plus instruites (46 % contre 15 % parmi celles sans instruction) que parmi les autres jeunes femmes.

Chez les hommes, on constate que la proportion de ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois est plus élevée que celle des femmes (53 % contre 36 %). La fréquence des rapports sexuels est plus élevée parmi ceux de 20-24 ans (75 %), parmi ceux du milieu urbain (57 %) et parmi les plus instruits (61 %). Environ un tiers des hommes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels : c'est parmi ceux de 18-19 ans (42 %), ceux du milieu urbain (42 %) et parmi les plus instruits (42 %) que l'utilisation du condom a été la plus fréquente.

Tableau 15.15 Jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ces derniers, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataires de 15-24 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	N'a jamais eu des rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges										
15-19	65,7	31,8	1 024	24,9	325	51,2	40,7	632	33,6	257
15-17	71,9	25,8	783	23,2	202	62,9	31,2	407	25,6	127
18-19	45,2	51,1	241	27,8	123	30,0	58,0	225	41,5	131
20-24	34,3	52,9	227	28,0	120	15,3	74,9	348	36,4	261
20-22	38,5	50,0	179	30,3	89	16,6	73,6	248	34,7	182
23-24	(18,5)	(63,5)	48	(21,3)	30	12,2	78,0	101	40,5	78
Milieu de résidence										
Urbain	58,5	37,0	646	35,8	239	33,7	56,5	474	41,9	268
Rural	61,6	34,0	604	14,0	206	42,9	49,4	506	27,7	250
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	59,7	35,8	512	15,3	183	45,3	47,3	289	25,8	137
Primaire	62,5	33,2	352	17,6	117	46,7	44,0	226	27,6	99
Secondaire ou plus	58,0	37,5	387	45,5	145	30,2	60,7	465	42,1	282
Ensemble 15-24	60,0	35,6	1 250	25,7	445	38,4	52,9	980	35,0	518

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

On constate au tableau 15.16 que plus du tiers des femmes (36 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 95 %. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la fréquence des rapports sexuels à risques est particulièrement élevée parmi les célibataires (100 %) puisque les partenaires sexuels des célibataires sont non cohabitants, c'est-à-dire à risques. En milieu urbain (56 %), à Conakry (52 %), et parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire (75 %), ces comportements sexuels à risques sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. À l'opposé, c'est parmi les femmes en union (9 %) que ces comportements sexuels à risques sont les moins fréquents.

Tableau 15.16 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois par les jeunes de 15-24 ans

Parmi les jeunes de 15-24 ans et sexuellement actifs, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes				Hommes			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé le condom dans des rapports à hauts risques	Effectif de femmes 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs les 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé le condom dans des rapports à hauts risques	Effectif d'hommes 15-24 ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges								
15-19	47,0	819	24,0	386	99,8	279	34,0	279
15-17	53,0	431	23,0	227	100,0	134	27,7	134
18-19	41,0	388	26,0	159	99,6	145	39,8	145
20-24	24,0	772	29,0	186	91,2	379	39,7	346
20-22	25,0	540	32,0	136	92,6	260	40,4	241
23-24	22,0	232	(21,0)	50	88,1	119	38,2	105
État matrimonial								
Célibataire	100,0	445	26,0	445	99,9	518	35,1	518
En union	9,0	1 104	28,0	96	68,2	100	53,9	68
Divorcé/séparé/veuf	(73,0)	42	(20,0)	31	(96,1)	40	(35,5)	39
Milieu de résidence								
Urbain	56,0	573	37,0	319	98,0	346	43,6	339
Rural	25,0	1 018	12,0	253	91,3	313	29,5	286
Région administrative								
Boké	31,0	194	10,0	59	95,0	73	41,4	69
Conakry	52,0	270	46,0	139	96,1	173	47,1	166
Faranah	26,0	122	37,0	31	91,7	42	46,2	38
Kankan	22,0	229	11,0	51	90,8	51	22,0	46
Kindia	28,0	182	46,0	52	98,6	82	50,7	81
Labé	11,0	77	*	8	(100,0)	21	(34,2)	21
Mamou	12,0	55	*	7	96,3	38	42,4	37
N'Zérékoré	49,0	462	14,0	224	92,8	180	20,3	167
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	22,0	1 061	13,0	238	89,4	187	27,5	167
Primaire	51,0	265	21,0	135	91,0	130	29,9	118
Secondaire ou plus	75,0	265	44,0	199	99,3	341	44,5	339
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	19,0	278	(8,0)	51	96,5	73	25,2	70
Second	18,0	286	(12,0)	51	89,0	82	31,9	73
Moyen	34,0	310	12,0	106	92,5	100	25,1	93
Quatrième	49,0	336	23,0	164	95,2	168	39,8	160
Le plus riche	53,0	381	44,0	200	97,1	236	45,6	230
Ensemble 15-24	36,0	1 591	26,0	572	94,8	659	37,2	625

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Parmi les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 26 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les jeunes filles du milieu urbain (37 %), celles de Conakry (46 %) et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (44 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (95 % contre 36 %). En outre, un peu plus d'un homme sur trois (37 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques qui ont aussi le plus fréquemment utilisé un condom.

Le fait pour une jeune femme d'avoir des rapports sexuels avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle et qui a donc plus de chances d'être infecté, augmente son risque de contracter le VIH/sida. En effet, le tableau 15.17 montre que parmi les femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels hors union au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, seulement 6 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé d'au moins 10 ans. Cette proportion augmente en fonction de l'âge de la femme, elle est de 5 % parmi les femmes de 15-17 ans et de 7 % parmi celles âgées de 18-19 ans. Entre les femmes célibataires et celles en union, l'écart est très important (13 % contre 1 %). En outre, la proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire âgé de 10 ans ou plus est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (10 % contre 4 %) ; elle est aussi plus élevée parmi les femmes ayant un niveau d'instruction primaire que parmi les autres (9 % contre 6 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus et 5 % parmi celles sans instruction). Enfin dans les régions, il semble que ce type de relation soit plus fréquent à Kankan (11 % contre 0 % Labé).

Tableau 15.17 Disparité d'âges entre partenaires sexuels

Parmi les femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels non maritaux au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant eu des rapport sexuels avec un homme plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu des rapports non maritaux avec un homme plus âgé qu'elle de 10 ans ou plus	Effectif de femmes 15-19 ayant eu des rapports non maritaux au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges		
15-17	4,6	431
18-19	7,4	388
État matrimonial		
Célibataire	12,6	325
En union	1,2	475
Divorcée/séparée/veuve	*	19
Milieu de résidence		
Urbain	9,7	285
Rural	3,9	534
Région administrative		
Boké	5,1	93
Conakry	8,1	123
Faranah	2,3	58
Kankan	10,8	120
Kindia	4,8	85
Labé	(0,0)	29
Mamou	(4,8)	28
N'Zérékoré	4,9	282
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	4,7	483
Primaire	9,0	174
Secondaire ou plus	6,3	161
Ensemble 15-19	5,9	819

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS 16

Dr Kaba KOUROUMA

Ce chapitre présente les informations sur le taux de couverture du test de dépistage du VIH parmi les hommes et les femmes éligibles, la prévalence du VIH chez les personnes enquêtées et les facteurs associés à l'infection au VIH. L'infection au VIH constitue selon, les données disponibles, un problème de santé publique en Guinée ayant un impact négatif sur le développement économique et social du pays. On dispose de peu de données sur l'impact économique du VIH/sida en Guinée. Cependant, une étude basée sur un modèle mis au point en 2000 par l'ONUSIDA et l'UNICEF, montre que, sur environ 650 000 étudiants du niveau primaire, 1 300 auraient perdu, en 1999, un enseignant à cause du SIDA (UNICEF). Le coût annuel de la mise à niveau des programmes VIH/sida pour l'ensemble du pays est estimé entre 25 millions et 36 millions de dollars (Banque Mondiale et ONUSIDA).

On dispose néanmoins de quelques données sur la prévalence de l'infection à VIH en Guinée depuis le milieu des années 1980. À Conakry, principale zone urbaine de Guinée, de 1 % à 2 % des femmes présentes en consultations prénatales entre 1986 et 1996 avaient un test positif pour le VIH-1 et/ou le VIH-2. En 1996, six sites hors de Conakry ont fourni un taux médian de 1,5 % parmi les femmes testées en consultations prénatales avec un résultat positif pour VIH-1 et/ou le VIH-2 (OMS/ONUSIDA, Juin 2000). En 1994, 37 % des professionnels(les) du sexe ayant pratiqué le test à Conakry avaient un résultat positif pour le VIH. En 1995, parmi les personnes en consultations pour une IST à Conakry, ce taux était de 5 %.

L'ONUSIDA estimait la séroprévalence du VIH en Guinée à 1,54 % en 1999 (ONUSIDA/OMS). La séroprévalence, estimée en 2001 à partir de l'enquête de sérosurveillance (ESSIDAGUI 2001) auprès des femmes en consultation prénatale est de 2,8 %. Entre ces deux estimations, en 1999, 52 000 personnes âgées de 15-49 ans étaient infectées par le VIH (ONUSIDA/OMS 2002). Le nombre cumulé de cas de sida serait passé de 8 en 1987 à plus de 55 000 en 1999, chiffres considérés comme sous-estimés du fait des difficultés rencontrées dans le système de notification des cas.

Face à cette situation, la riposte du Gouvernement guinéen a été prompte avec la création, dès 1986, d'un Comité de Lutte contre le sida et la mise en place, en 1987, du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). En 1998, la Politique Nationale de Lutte contre le sida fut élaborée (OMS/Guinée, juillet 2000). Il existe en Guinée des structures de haut niveau pour soutenir la riposte nationale, notamment des Comités/Commissions nationaux sur le sida, Comités interministériels, organes à l'échelon présidentiel, le Comité National de lutte Contre le Sida et les IST (CNLS) et le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP).

Les orientations de la lutte contre le sida sont consignées dans le Plan stratégique national de lutte contre le sida en Guinée. Le plan National d'intégration et de décentralisation des activités de lutte contre le VIH/sida/MST élaboré en 1997 concerne la prévention, les soins aux jeunes, la stigmatisation et la sécurité transfusionnelle (OMS/Guinée 2000). Ce plan vise essentiellement à réduire la propagation de l'épidémie par la prévention de nouvelles infections, la prise en charge d'un plus grand nombre de personnes infectées, rendue possible par la récente baisse des prix des médicaments, grâce à la promotion des génériques et la promotion de la recherche. Un accent particulier est mis sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion du dépistage volontaire et la promotion de l'utilisation du préservatif par les populations vulnérables. Les idées fortes de ce plan concernent la décentralisation des activités vers le district de santé avec la région administrative comme unité

opérationnelle, la multi sectorialité dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs privé, confessionnel et public, l'implication des communautés et associations dans la lutte contre le sida avec une approche participative et la solidarité nationale envers les personnes vivant avec le VIH/sida.

Une surveillance minutieuse des cas de VIH/sida permet de contrôler l'épidémie, de suivre les tendances et d'évaluer l'impact des interventions. En Guinée, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les estimations de la prévalence nationale du VIH sont obtenues principalement à partir d'un système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale, mis en place depuis 1989. Ces enquêtes n'ont pas été menées de façon régulière.

On a montré que, dans la plupart des pays, l'estimation de la prévalence du VIH à partir des données du seul système de surveillance sentinelle des services de consultation prénatale était assimilable à celle de l'ensemble de la population des hommes et des femmes adultes (UNAIDS et WHO, 2000). Ainsi, les données des sites sentinelles, provenant des femmes enceintes qui viennent en consultations prénatales, ont été, jusque là, la principale source d'informations sur la prévalence du VIH en Guinée. Néanmoins, les données provenant exclusivement des femmes enceintes présentent des limites pour estimer le taux d'infection au VIH dans la population générale adulte. Tout d'abord, ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes car un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas les services de consultation prénatale. De plus, étant donné qu'en Afrique subsaharienne, la transmission se fait essentiellement au cours de rapports hétérosexuels non protégés (UNAIDS/WHO, 1999), les femmes enceintes sont plus exposées à l'infection au VIH que les femmes qui se protègent du VIH et évitent la grossesse par l'utilisation de condoms ou que celles qui sont sexuellement moins actives. Par ailleurs, on a démontré dans une étude réalisée dans quatre villes en Afrique subsaharienne que les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes sont plus élevés que ceux des hommes (Buvé et al. 2001).

Bien que les informations provenant du système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale aient été très utiles pour suivre les tendances de l'infection au VIH en Guinée, l'intégration du test du VIH dans l'EDSG-III permet de mieux connaître l'ampleur de l'épidémie dans la population générale d'âges reproductifs et de mieux comprendre le profil de l'infection. L'EDSG-III est la première enquête qui intègre un test de dépistage du VIH liant les résultats aux principales caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus. Les données sur le VIH fournissent les informations nécessaires permettant de planifier la réponse nationale, d'évaluer l'impact du programme en cours et de mesurer le progrès du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida. La détermination de la prévalence du VIH dans la population et l'analyse des facteurs sociaux, biologiques et comportementaux associés à l'infection au VIH, offrent des nouvelles perspectives sur la connaissance de l'épidémie du VIH en Guinée. Ceci pourrait conduire à des interventions et des messages plus précis et ciblés. En outre, les résultats de l'EDSG-III permettront de réajuster les estimations de prévalence basées sur les données annuelles du système de surveillance sentinelle afin que les tendances de l'infection au VIH entre deux enquêtes soient mesurées avec une meilleure précision dans la population générale. Enfin, les données de l'EDSG-III, fournissant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, peuvent être utilisées pour mieux guider les programmes de prévention du VIH.

16.1 PROTOCOLE DE TEST DU VIH

La troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III) de 2005, réalisée dans le cadre du programme international Demographic and Health Surveys (DHS) est la première enquête à effectuer le test du VIH dans la population générale de Guinée. Le Ministère de la Santé Publique (MSP) et le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) sont les promoteurs de cette initiative qui a été soutenue par plusieurs partenaires au développement. L'objectif du test était d'estimer le taux de séroprévalence du VIH (VIH-1 et VIH-2) au niveau national, et au niveau de chacune des sept régions administratives et de la ville de Conakry.

Le protocole du test du VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS et approuvé par le Comité d'Éthique d'ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu n'est lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique de la Guinée a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDSG-III. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas et il ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de l'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, les personnes éligibles recevaient un coupon pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV) du pays.

Le test de dépistage du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme (un ménage sur deux), représentatif de l'ensemble du pays. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Au total, 4 189 femmes et 3 360 hommes ont été sélectionnés pour le test.

16.1.1 Collecte

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, 10 équipes ont été nécessaires qui comprenaient chacune un laborantin spécialement chargé des prélèvements. Ces laborantins avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests du VIH et de l'anémie. D'abord, pour chaque personne éligible, le technicien cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement et le caractère confidentiel et anonyme du test. Un coupon de référence lui était ensuite remis pour rechercher les conseils et test gratuits auprès d'un CDV. Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, le laborantin, en respectant toutes les précautions d'hygiène recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour l'anémie. Une étiquette contenant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le Questionnaire Ménage sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur une fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccateurs absorbants l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccateurs et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés secs à l'abri de la lumière et de l'humidité au Centre de santé le plus proche jusqu'à leur acheminement régulier au Laboratoire National de Référence (LNR) à Conakry pour être enregistrés et analysés.

16.1.2 Procédures de laboratoire

Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats étaient effectués par le Laboratoire National de Référence (LNR) à Conakry. Le LNR est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Concernant le contrôle de qualité externe, le LNR participe à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSAPPS). Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre, et était ensuite plongé dans 150 microlitres de solution PBS pour extraction et recomposition du sang entier. Ensuite le LNR a traité les prélèvements selon l'algorithme suivant, développé et validé par le laboratoire de virologie du Centre Pasteur (Mauclère et al., 1997; Ayouba et al., 2000) et conçu pour faire face à la grande diversité génétique du VIH en Guinée et de son impact sur le sérodiagnostic.

Dans cet algorithme (graphique 16.1), trois tests différents sont combinés dans le cadre du diagnostic sérologique du VIH au cours de l'EDSG-III (2005) : **ELISA1** (Vironostika), **ELISA2** (Enzygnost) et **Western Blot** (HIV BLOT).

Dépistage

- **ELISA1** : Vironostika HIV Uniform II Plus O (Biomerieux BV) Microelisa system. Il s'agit d'un test ELISA de type sandwich à une phase, de troisième génération, très sensible avec comme antigène des protéines recombinants et des peptides synthétiques détectant le VIH1 (Groupe M, N et O) et le VIH2.

- Tout échantillon présentant une densité optique (DO) inférieure à la valeur seuil (VS), est rendu négatif et tout échantillon ayant une densité optique supérieur ou égale à la valeur seuil (DO ≥ VS) est rendu positif.
- Les échantillons dépistés positifs au Vironostika sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (**ELISA2** : Enzygnost Anti-HIV1/2 Plus de Dade Behring AG).

Confirmation

- Ce deuxième test Enzygnost (test de compétition) est utilisé en deuxième intention car hautement spécifique du VIH1 et du VIH2. Les types d'antigène utilisés comme support dans ce test sont des protéines recombinantes. L'exploitation des résultats est effectuée automatiquement.

- Selon les critères du test Enzygnost les échantillons sont classés comme suit :

  - Échantillon < valeur seuil -10 % ≅ négatif
  - Échantillon > valeur seuil ≅ positif
  - Valeur seuil -10 % ≤ Échantillon ≤ valeur seuil ≅ douteux

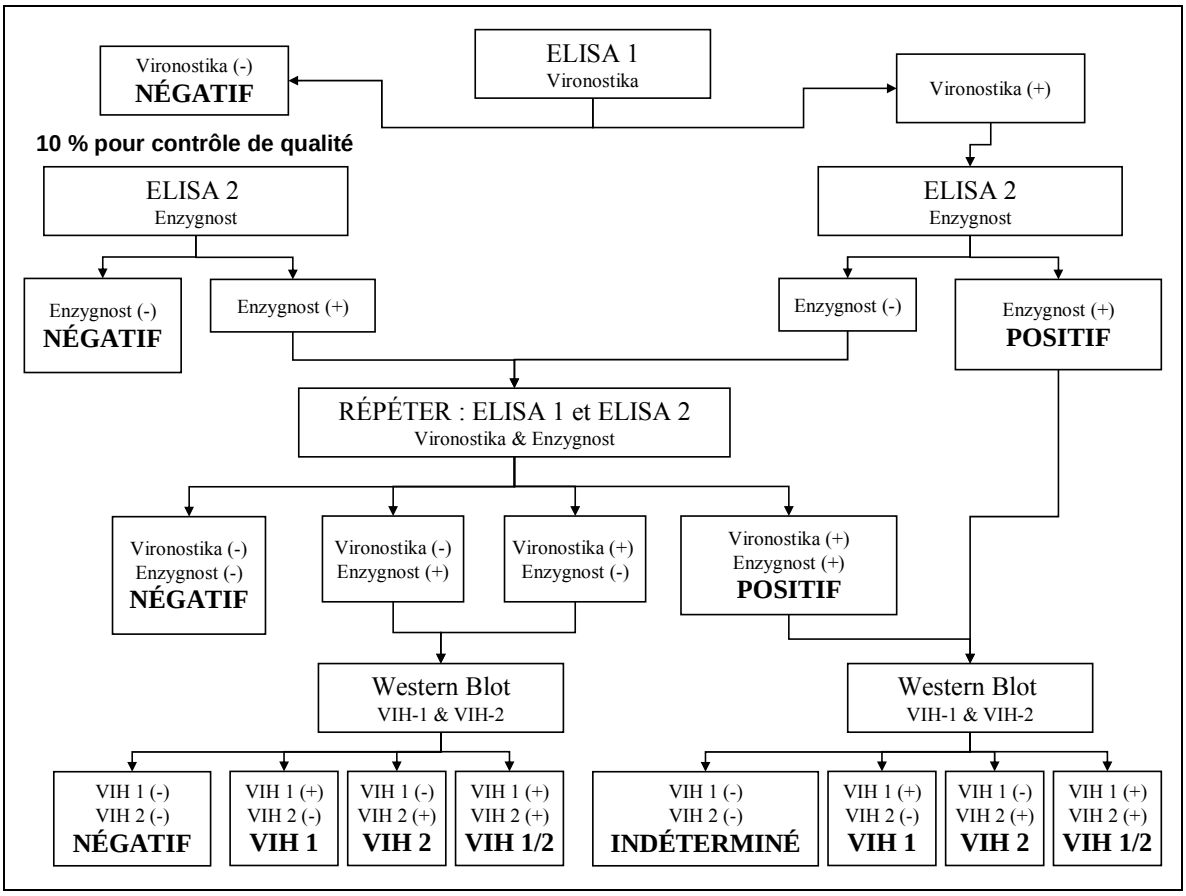
- Les échantillons se trouvant dans la zone grise ou supérieurs à cette zone grise doivent être re-testés. Si un échantillon, initialement douteux, donne des valeurs inférieures à la zone grise dans le re-test, il est considéré comme négatif selon les critères du test. Si les deux valeurs du re-test se trouvent de nouveau dans la zone grise ou supérieure à la zone grise, l'échantillon doit être considéré comme de nouveau positif.

- Tous les échantillons douteux ou réactifs à l'Enzygnost sont confirmés au **Western Blot** HIV BLOT 2.2 (Genelab Diagnostic) à base de viral lysate + synthetic peptide HIV1 et HIV2.

- Les échantillons négatifs au HIV BLOT 2.2 sont considérés comme définitivement négatifs. Les échantillons positifs au HIV BLOT 2.2 sont considérés comme définitivement positifs. Les échantillons positifs au Vironostika, positifs à Enzygnost et positifs après répétition de Vironostika et de Enzygnost mais négatifs au HIV BLOT 2.2 sont considérés comme indéterminés, selon le profil du Western Blot.

- 5 à 10 % des sérums négatifs subiront un contrôle de qualité externe à l'institut pasteur de Dakar

Graphique 16.1 **Algorithme de dépistage du VIH**
Laboratoire National de Référence de Guinée
EDSG-III



16.1.3 Traitement informatique et restitution des résultats

Un programme en CSPro, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, était fourni au LNR pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du LNR fournissaient à la DNS et à ORC Macro les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce que les responsables de l'enquête puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au LNR était identifié uniquement par un code barre, et seul ce code était saisi dans le fichier CSPro avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité du LNR jusqu'à la fin de l'enquête. Lorsque le fichier de données de l'EDSG-III (basé à la DNS) a été apuré et que les facteurs de pondération ont été calculés, un fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence et le code d'identification des enquêtés a été préparé et comparé au fichier du LNR pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Après cette vérification et avant de fusionner les fichiers de prévalence et ceux de l'enquête, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à garantir le caractère anonyme des données. Ces deux

fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les indicateurs présentés dans ce chapitre en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées.

Il convient de faire marquer que les tests n'ont révélé que deux cas de VIH-2 qui ne sont pas inclus dans l'analyse de la prévalence. Malgré la rareté de ce type de VIH, les stratégies de lutte devraient tenir compte de sa présence en Guinée.

16.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH

Le tableau 16.1 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans éligibles pour le test selon le milieu et la région de résidence. Dans l'ensemble, on constate que plus de 9 personnes sur 10 (91 %) ont fourni quelques gouttes de sang pour le test du VIH : 0,3 % étaient absentes au moment du test et 7 % ont refusé de fournir leur sang pour le test. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (93 %) que chez les hommes (88 %). En outre, on observe en milieu rural, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, un taux de couverture plus élevé qu'en milieu urbain : dans l'ensemble, en rural, 94 % des personnes ont été testées contre 84 % en milieu urbain. Au niveau des régions, les résultats montrent que c'est à N'Zérékoré que le taux de couverture est le plus élevé (98 %) et qu'à l'opposé, c'est à Conakry qu'il est le plus faible (73 %). En fonction du sexe des enquêtés, on constate que, d'une manière générale, à l'exception de la région de Kindia, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Dans les régions (y compris la ville de Conakry), le taux de participation varie chez les femmes d'un minimum de 79 % à Conakry à un maximum de 98 % à Faranah et N'Zérékoré. Chez les hommes, les taux de participation les plus élevés sont observés dans la région de N'Zérékoré (98 %) tandis que les taux les plus faibles concernent la ville de Conakry (68 %).

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, on distingue quatre catégories en fonction des raisons pour lesquelles le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué. Il s'agit de femmes et des hommes :

- qui ont refusé le test après lecture du consentement par l'enquêteur (12 % dans l'ensemble du milieu urbain et 4 % en milieu rural) ;

- qui ont été enquêtés, mais qui n'étaient pas présentes lors du passage du technicien pour effectuer le prélèvement de sang (0,2 % en milieu urbain et 0,1 % en milieu rural) ;

- qui n'étaient pas à la maison (après, au minimum, trois visites) ni au moment de l'interview, ni au moment du test et donc n'ont été ni enquêtées, ni testées (0,1 % en milieu urbain et 0,2 % en milieu rural) ; et

- dont le résultat du test a été classé « Autre ou manquant » et qui sont considérés comme « non testés » pour des raisons diverses : parce qu'ils/elles étaient incapables de donner leur consentement au test, parce qu'il y avait discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement de sang sur le papier filtre, parce qu'il y avait eu des difficultés techniques pour prélever le sang, parce que l'échantillon de sang n'était pas utilisable pour le test ou encore à cause d'une erreur de classification de la part de l'enquêteur (3 % en milieu urbain et 2 % en milieu rural).

Chez les femmes et les hommes, le refus est la raison la plus importante de non-participation au test du VIH. Les taux de refus sont plus élevés chez les femmes et les hommes du milieu urbain (9 % pour les femmes et 15 % pour les hommes) que chez ceux du milieu rural (3 % pour les femmes et 4 % pour les hommes).

Tableau 16.1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont été testés ou non, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence				Région								
	Conakry	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zéré-koré	Ensemble
Femmes													
Testées	79,2	94,8	88,2	94,4	94,1	79,2	98,4	94,4	89,0	92,2	95,2	98,2	92,5
Refus	16,1	4,4	9,4	3,0	5,0	16,1	1,4	4,1	2,1	6,4	3,2	1,7	5,0
Absentes pour le test	0,2	0,1	0,2	0,2	0,5	0,2	0,0	0,2	0,0	0,5	0,5	0,0	0,2
Enquêtées	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1
Non enquêtées	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1
Autre/manquant	4,5	0,7	2,3	2,3	0,4	4,5	0,2	1,3	8,9	0,9	1,2	0,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	553	748	1 301	2 888	558	553	496	538	574	437	434	599	4 189
Hommes													
Testés	68,1	91,0	80,0	93,1	89,1	68,1	96,5	89,0	90,3	91,9	92,9	97,9	88,2
Refus	22,7	8,1	15,2	4,4	9,5	22,7	2,7	9,1	2,7	6,9	5,6	2,0	8,5
Absents pour le test	0,8	0,2	0,5	0,3	0,7	0,8	0,0	0,0	0,2	0,4	0,6	0,0	0,4
Enquêtés	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
Non enquêtés	0,3	0,2	0,2	0,2	0,7	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,2
Autre/manquant	8,3	0,8	4,4	2,2	0,7	8,3	0,8	1,9	6,8	0,8	0,9	0,2	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	612	655	1 267	2 093	411	612	369	418	442	259	337	512	3 360
Ensemble (femmes et hommes)													
Testés	73,4	93,0	84,1	93,9	92,0	73,4	97,6	92,1	89,6	92,1	94,2	98,0	90,6
Refus	19,6	6,1	12,2	3,6	6,9	19,6	2,0	6,3	2,4	6,6	4,3	1,8	6,6
Absents pour le test	0,5	0,1	0,3	0,3	0,6	0,5	0,0	0,1	0,1	0,4	0,5	0,0	0,3
Enquêtés	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1
Non enquêtés	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,0	0,2
Autre/manquant	6,5	0,7	3,3	2,2	0,5	6,5	0,5	1,6	8,0	0,9	1,0	0,2	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 165	1 403	2 568	4 981	969	1 165	865	956	1 016	696	771	1 111	7 549

Le tableau 16.2 fournit les taux de couverture du test du VIH, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Le taux de couverture du test reste pratiquement constant aux différents âges.

On observe une diminution très légère des taux de participation avec l'augmentation du niveau d'instruction : de 92 % parmi les femmes sans instruction, le taux passe à 90 % parmi celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, ces taux sont respectivement de 88 % et de 84 %. En ce qui concerne l'indice de bien-être, on n'observe pas de variation importante du niveau de participation des hommes et des femmes vivant dans les ménages des quatre premiers quintiles. Chez les femmes, ils varient d'un maximum de 95 % à un minimum de 93 % ; chez les hommes, ils se situent entre 91 % et 94 %. Cependant, les résultats montrent un niveau de participation nettement plus faible chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages appartenant au quintile le plus riche : 84 % pour les femmes et 74 % pour les hommes contre un maximum de 94 % dans le quintile moyen, pour les femmes comme pour les hommes.

Tableau 16.2 Couverture du test du VIH selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont été testés ou non, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Testés		Refus		Absents		Autre/manquant		Total	Effectif non pondéré
	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés		
FEMMES										
Groupe d'âges										
15-19	91,8	0,7	3,1	1,0	0,2	0,1	2,2	0,8	100,0	871
20-24	91,0	0,5	4,2	1,8	0,2	0,3	1,8	0,3	100,0	622
25-29	93,3	0,3	3,4	1,2	0,0	0,0	1,2	0,6	100,0	671
30-34	91,9	0,0	4,7	1,7	0,2	0,0	1,3	0,2	100,0	593
35-39	92,3	0,6	2,9	1,0	0,2	0,0	2,1	1,0	100,0	622
40-44	90,8	2,2	3,7	1,2	0,0	0,2	1,5	0,2	100,0	402
45-49	90,7	1,0	4,2	1,7	0,0	0,0	2,2	0,2	100,0	408
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	92,0	0,7	3,4	1,1	0,1	0,1	1,9	0,6	100,0	3 256
Primaire	92,7	0,6	3,4	1,5	0,0	0,0	1,3	0,4	100,0	466
Secondaire ou plus	89,7	0,6	5,6	2,6	0,2	0,0	1,1	0,2	100,0	467
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	93,2	0,0	2,7	0,5	0,0	0,1	3,3	0,2	100,0	855
Second	93,1	0,4	2,3	0,6	0,3	0,3	2,8	0,3	100,0	781
Moyen	94,4	0,5	2,7	0,9	0,1	0,1	0,9	0,4	100,0	810
Quatrième	95,0	0,7	2,5	0,9	0,1	0,0	0,2	0,6	100,0	884
Le plus riche	83,5	1,7	8,0	3,7	0,1	0,0	1,7	1,2	100,0	859
Ensemble	91,8	0,7	3,7	1,3	0,1	0,1	1,8	0,5	100,0	4 189
HOMMES										
Groupe d'âges										
15-19	87,8	1,9	3,7	2,9	0,0	0,0	2,1	1,6	100,0	729
20-24	85,1	0,8	7,4	3,8	0,0	0,4	2,1	0,2	100,0	471
25-29	81,0	0,9	7,8	4,8	0,3	0,9	2,7	1,5	100,0	332
30-34	86,4	0,9	4,9	4,9	0,6	0,0	1,5	0,6	100,0	324
35-39	88,7	0,5	3,5	3,5	0,3	0,3	2,1	1,1	100,0	373
40-44	89,0	0,6	4,5	2,3	0,0	0,0	2,6	1,0	100,0	309
45-49	88,8	0,6	5,1	3,2	0,0	0,0	1,9	0,3	100,0	312
50-54	87,3	0,7	5,5	4,1	0,0	0,3	1,4	0,7	100,0	292
55-59	92,7	0,0	2,8	1,4	0,0	0,5	2,8	0,0	100,0	218
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	88,4	1,1	4,2	3,2	0,1	0,4	1,9	0,7	100,0	1 766
Primaire	89,2	0,7	3,2	3,3	0,0	0,0	2,6	0,9	100,0	539
Secondaire ou plus	84,2	0,9	7,3	3,9	0,2	0,1	2,3	1,2	100,0	1 055
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	92,9	0,7	2,1	1,4	0,0	0,3	2,4	0,2	100,0	578
Second	91,6	0,2	2,7	1,9	0,0	0,3	2,9	0,5	100,0	593
Moyen	93,7	0,7	2,7	2,0	0,0	0,2	0,5	0,3	100,0	601
Quatrième	90,9	0,6	3,4	3,5	0,1	0,3	0,7	0,4	100,0	682
Le plus riche	73,6	2,1	11,3	6,7	0,3	0,1	3,5	2,3	100,0	906
Ensemble	87,2	1,0	5,0	3,5	0,1	0,2	2,1	0,9	100,0	3 360

Pour déterminer si les variations du taux de couverture du test du VIH pourraient avoir un impact sur le niveau de prévalence, on a analysé les taux de couverture du test selon plusieurs variables sociodémographiques et comportementales (voir tableaux A.5 à A.8, en Annexe A). Si les taux de couverture les plus faibles concernent le milieu urbain, les personnes les plus instruites et celles vivant dans les ménages les plus riches, catégories parmi lesquelles la prévalence du VIH est plus élevée que dans les autres, l'analyse des caractéristiques comportementales ne fait pas apparaître d'écart important de couverture du test selon que les personnes appartiennent ou non à des catégories considérées comme à risque. Ainsi, 92 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont effectué le test contre 95 % de chez celles qui ont déclaré n'en n'avoir jamais eu. De même, le taux de couverture est pratiquement le même parmi les femmes qui, au cours des 12 derniers mois, ont eu des rapports sexuels comportant des risques (92 %), c'est-à-dire avec un partenaire avec qui elles n'étaient pas en union ou avec un partenaire non cohabitant que parmi celles qui n'ont pas eu de tels partenaires (95 %).

Enfin, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon le nombre de partenaires sexuels que les femmes ont eus au cours de leur vie ou au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, chez les hommes, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon l'état matrimonial, qu'ils aient déjà eu ou non des rapports sexuels, ou qu'ils aient eu ou non des rapports à risque, selon le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, et selon le fait d'avoir eu (77 %) ou non (93 %) des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe.

Globalement, l'analyse des résultats concernant les taux de participation au test selon les différentes caractéristiques comportementales ne met pas en évidence de relation systématique entre la non-participation au test et les variables associées à des risques élevés d'infection au VIH.

16.3 PRÉVALENCE DU VIH

16.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Les résultats concernant la prévalence présentés au tableau 16.3 montrent qu'en Guinée, 1,5 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,9 %) est supérieur au taux estimé chez les hommes du même âge (0,9 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2,1, ce qui signifie qu'il y a 210 femmes infectées pour 100 hommes infectés. Ce chiffre, comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, signifie que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : en effet, d'un minimum de 0,8 % dans le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % à 40-44 ans et 45-49 ans. Le graphique 16.2 illustre les variations par âge des niveaux de séroprévalence du VIH.

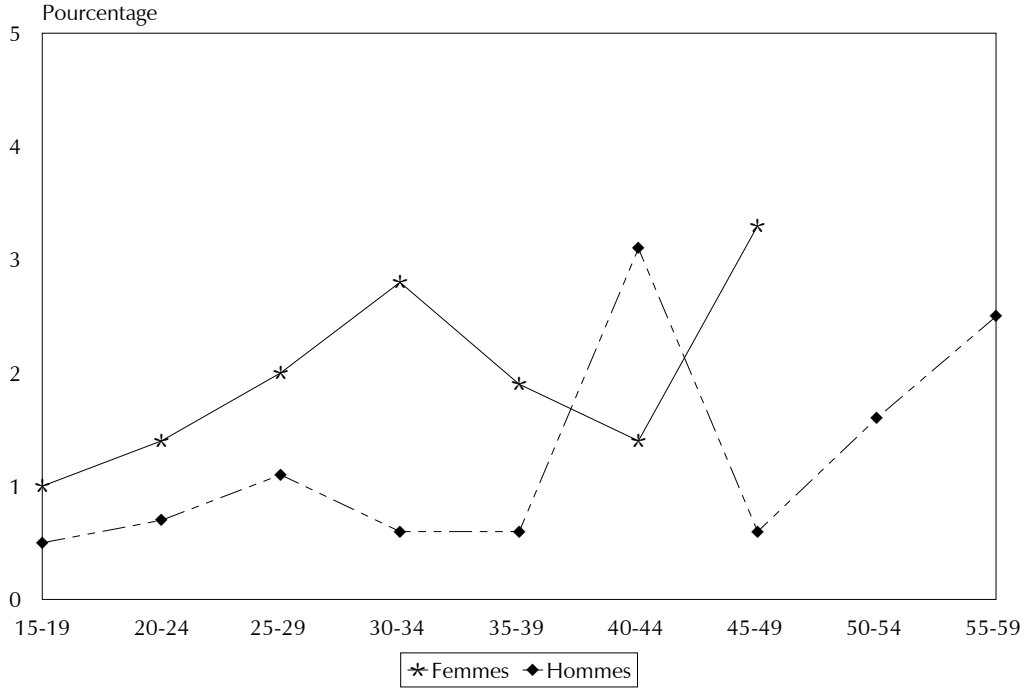
Tableau 16.3 Prévalence du VIH selon l'âge

Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans séropositifs selon l'âge, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes 15-49		Hommes 15-59		Ensemble	
Groupe d'âges	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
15-19	1,0	800	0,5	664	0,8	1 465
20-24	1,4	559	0,7	460	1,1	1 020
25-29	2,0	609	1,1	285	1,7	894
30-34	2,8	528	0,6	305	2,0	833
35-39	1,9	559	0,6	346	1,5	904
40-44	1,4	366	3,1	287	2,1	653
45-49	3,3	351	0,6	268	2,1	619
50-54	na	na	1,6	258	na	na
55-59	na	na	2,5	191	na	na
Ensemble 15-49 ans	1,9	3 772	0,9	2 616	1,5	6 387
Ensemble 15-59 ans	na	na	1,1	3 064	na	na

na = Non applicable

Graphique 16.2 Prévalence du VIH par sexe et âge



EDSG-III 2005

Dès l'âge de 15-19 ans, 1 % des femmes sont séropositives et ce taux augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 3,3 % à 45-49 ans. Chez les hommes, la prévalence augmente aussi régulièrement à partir de 15-19 ans pour atteindre 3,1 % à 40-44 ans et 2,5 % à 55-59 ans. Chez les hommes, la prévalence atteint son maximum à 40-44 ans (3,1 %) alors que chez les femmes le maximum est atteint plus tard à 45-49 ans. Les résultats montrent nettement que la proportion de femmes infectées est toujours plus élevée que celle des hommes, sauf à 40-44 ans, âge auquel, proportionnellement, les

hommes sont plus infectés que les femmes (3,1 % contre 1,4 %). C'est à 45-49 ans que les écarts de prévalence sont les plus prononcés (3,3 % chez les femmes contre 0,6 % chez les hommes), âges auxquels les femmes ont une prévalence 5,5 fois plus élevée que celle des hommes.

D'autre part, on constate au tableau 16.4 que la prévalence en milieu urbain, pour l'ensemble de la population, est plus élevée qu'en milieu rural : (2,4 % contre 1,0 %). En outre, on constate que l'épidémie du VIH/sida ne touche pas uniformément les différentes régions administratives de la Guinée : Conakry (2,1 %), Labé (1,8 %), N'Zérékoré (1,7 %), et Faranah (1,6 %) sont les zones où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. À l'opposé, les régions de Kindia (0,9 %) et de Mamou (0,7 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus faibles. Le taux de prévalence est particulièrement élevé chez les femmes de Conakry (3,4 %).

Les résultats mettent aussi en évidence des écarts de prévalence en fonction du niveau d'instruction. En effet, parmi les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus, la proportion de femmes séropositives est nettement plus élevée que parmi celles qui n'ont aucune instruction (5,1 % contre 1,3 %). Par contre, chez les hommes, on constate le résultat inverse, parmi ceux n'ayant aucune instruction, la proportion de séropositifs est deux fois plus élevée que parmi ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (1,2 % contre 0,7 %). L'infection au VIH présente également des variations selon la situation par rapport à l'emploi, en particulier chez les femmes : 2,0 % des femmes et 1,2 % des hommes travaillant au moment de l'enquête sont infectés contre 1,4 % des femmes et 0,4 % des hommes ne travaillant pas au moment de l'enquête. En outre, en fonction du quintile de bien-être, les résultats montrent que c'est parmi les femmes des deux quintiles les plus riches que les taux de prévalence sont les plus élevés (2,8 % et 3,6 % contre un minimum de 0,6 % dans le quintile moyen). Par contre, chez les hommes, c'est parmi ceux vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre que la proportion de séropositifs est la plus élevée (2,1 % contre un minimum de 0,4 % dans le quintile moyen). Pour l'ensemble de la population, la prévalence du VIH selon le quintile de bien être économique varie de 0,5 % à 2,2 % avec une prévalence élevée aux deux extrêmes (1,7 % pour le plus pauvre et 2,2 % pour le plus riche).

Les résultats en fonction de la religion font apparaître une prévalence du VIH beaucoup plus élevée chez les chrétiens en général (4,6 %) que parmi les musulmans (1,4 %). Quelle que soit la religion, les femmes sont plus infectées que les hommes. Chez les chrétiens (6,4 % contre 2,2 %) et chez les musulmans (1,4 % contre 0,8 %). Selon l'ethnie, on constate que la prévalence du VIH est plus élevée chez les Kissi (4,4 %) et les Guerzé (2,8 %) que chez les autres groupes ethniques.

Tableau 16.4 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III, Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positives	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Milieu de résidence						
Conakry	3,4	596	0,6	584	2,1	1 180
Autres villes	4,4	603	0,7	471	2,8	1 074
Ensemble urbain	3,9	1 199	0,6	1 055	2,4	2 254
Rural	0,9	2 573	1,1	1 561	1,0	4 134
Région administrative						
Boké	1,4	450	0,8	273	1,2	723
Conakry	3,4	596	0,6	584	2,1	1 180
Faranah	2,0	284	1,1	185	1,6	469
Kankan	1,2	454	1,3	296	1,2	750
Kindia	1,0	526	0,9	332	0,9	858
Labé	1,7	373	2,1	171	1,8	544
Mamou	1,1	255	0,0	148	0,7	402
N'Zérékoré	2,2	834	0,9	627	1,7	1 461
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1,3	2 899	1,2	1 268	1,3	4 167
Primaire	2,5	456	0,6	470	1,5	926
Secondaire ou plus	5,1	416	0,7	878	2,1	1 295
Situation par rapport à l'emploi						
Travaille actuellement	2,0	2 939	1,2	1 835	1,7	4 774
Ne travaille pas actuellement	1,4	794	0,4	745	0,9	1 539
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,4	765	2,1	426	1,7	1 191
Second	0,7	665	0,6	437	0,7	1 102
Moyen	0,6	724	0,4	449	0,5	1 173
Quatrième	2,8	762	1,0	506	2,1	1 268
Le plus riche	3,6	825	0,7	762	2,2	1 587
Ethnie						
Soussou	1,6	745	1,2	525	1,4	1 270
Peulh	1,6	1 316	0,7	794	1,3	2 111
Malinké	1,2	1 001	0,8	752	1,0	1 753
Kissi	5,2	197	3,5	155	4,4	353
Toma	0,9	150	1,1	118	1,0	267
Guerzé	4,8	291	0,0	215	2,8	506
Autre/étranger	0,0	71	0,0	56	0,0	127
Religion						
Musulmane	1,4	3 153	0,8	2 151	1,2	5 304
Chrétienne	6,4	401	2,2	301	4,6	701
Animiste	0,0	76	0,0	99	0,0	175
Sans religion	1,2	112	*	29	0,9	140
Ensemble[1]	1,9	3 772	0,9	2 616	1,5	6 387

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
[1] Y compris les non déterminés

16.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques

Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence du VIH présente du très fortes variations selon l'état matrimonial (Tableau 16.5). Dans l'ensemble de la population, les résultats font apparaître une prévalence élevée parmi les veufs/veuves (13,7 %). De plus, les femmes divorcées ou séparées ont une prévalence deux fois plus élevée que celles en union (3,9 % contre 1,6 %) et le taux de prévalence est particulièrement élevé parmi les veuves (14,8 %). Les femmes célibataires qui ont eu des rapports sexuels sont plus fréquemment infectées que les femmes en union (2,6 % contre 1,6 %). Chez les hommes, les écarts sont beaucoup moins nets.

Tableau 16.5 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques démographiques, EDSG-III, Guinée 2005

Caractéristique démographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	1,2	618	0,6	1 104	0,8	1 722
A eu des rapports sexuels	2,6	263	0,6	732	1,1	995
N'a jamais eu des rapports sexuels	0,1	355	0,6	372	0,4	727
En union	1,6	2 954	1,3	1 369	1,5	4 323
Divorcé/séparé	3,9	92	0,0	102	1,8	193
Veuf/veuve	14,8	77	*	6	13,7	83
Type d'union						
Union, polygame	1,3	1 512	1,3	430	1,3	1 942
Union, monogame	1,8	1 388	1,3	939	1,6	2 327
Pas en union	2,8	787	0,5	1 211	1,4	1 998
Nombre de fois que l'enquêté a dormi ailleurs au cours des 12 derniers mois						
Jamais	1,5	2 610	1,2	1 275	1,4	3 885
1-2	3,0	866	0,8	704	2,0	1 570
3-4	1,7	158	0,3	268	0,8	426
5+	3,2	98	0,8	321	1,3	418
Ailleurs pendant plus d'un mois à la suite						
Ailleurs pendant plus d'un mois	3,5	617	0,3	456	2,1	1 073
Ailleurs, mais jamais pendant plus d'un mois	2,1	492	0,7	819	1,2	1 311
Jamais ailleurs	1,5	2 610	1,2	1 275	1,4	3 885
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	0,5	370	na	na	na	na
Pas enceinte/pas sûre	2,0	3 401	na	na	na	na
Naissance au cours des 3 dernières années						
Pas de naissance	2,7	2 044	na	na	na	na
Naissance et soins prénatals	1,1	1 430	na	na	na	na
Naissance sans soins prénatals	0,3	298	na	na	na	na
Ensemble[1]	1,9	3 772	0,9	2 616	1,5	6 387

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
[1] Y compris les non déterminées
na = Non applicable

Par rapport au type d'union, on ne constate pas d'écart de prévalence de VIH entre les hommes monogames et les polygames. Par contre, l'écart est considérable entre les hommes en union, qu'ils soient monogames ou polygames, et ceux qui ne sont pas union. En ce qui concerne les femmes, les résultats ne font pas apparaître d'écarts très importants entre les femmes en union monogame et celles en union polygame (1,3 % contre 1,8 %). Par contre, parmi les femmes qui ne sont pas en union, 2,8 % sont séropositives.

Enfin, et curieusement, on constate que la prévalence du VIH parmi les femmes qui ne sont pas enceintes ou ne sont pas sûre de l'être est supérieure à celle des femmes enceintes (2 % contre 0,5 %). Le niveau de prévalence des femmes enceintes estimée à l'enquête sentinelle de 2001 (ESIDAGUI 2001) (2,8 %) n'est pas du tout proche du niveau de prévalence de l'EDSG-III (0,5 %).

16.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risques

Certains comportements sexuels constituent des facteurs de risques qui peuvent affecter le niveau de la prévalence du VIH et des IST. Le tableau 16.6 présente la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, ce qui peut ne pas toujours refléter un comportement sexuel antérieur. Les résultats devraient donc être interprétés avec prudence.

Chez les femmes comme chez les hommes, la prévalence du VIH ne semble pas être positivement associée à la précocité des premiers rapports sexuels. Au contraire, chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, la prévalence diminue avec l'âge aux premiers rapports sexuels : de 2 % pour les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans, la prévalence passe à 3 % pour les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels entre 18-19 ans, et à 2 % pour celles qui ont eu leurs premiers rapports à 20 ans ou plus. Par contre chez les hommes, la prévalence ne présente pas de variation nette selon l'âge aux premiers rapports sexuels.

Le tableau 16.6 présente la prévalence en fonction du fait que les rapports sexuels des douze derniers mois étaient, ou non, des rapports sexuels à risque. On note chez les femmes que plus elles ont eu des rapports à hauts risques, plus la prévalence du VIH est élevée : de 1,6 % chez les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ou ayant eu des rapports sexuels, mais pas à risque, la prévalence passe à 5,3 % chez celles ayant eu des rapports sexuels à hauts risques. Par contre chez les hommes, on ne constate pas d'écarts entre ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à risque et ceux qui ont eu des rapports sexuels sans risque (1,1 % dans les deux cas). Ce qui peut peut-être s'expliquer par la vulnérabilité de la femme par rapport au risque de transmission du VIH.

Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre total de partenaires sexuels au cours de la vie : de 1,0 % chez les femmes ayant eu un seul partenaire, la prévalence passe à 16,0 % chez celles qui ont eu 5 à 9 partenaires. Chez les hommes, la prévalence passe d'un minimum de 0,9 % chez ceux ayant déclaré un partenaire sexuel au cours de la vie à 2,6 % chez ceux ayant déclaré 10 partenaires ou plus.

Tableau 16.6 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Parmi les femmes et les hommes 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positives	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 16	2,0	1 753	1,3	564	1,8	2 317
16-17	1,8	835	0,6	461	1,4	1 296
18-19	3,0	364	1,1	486	1,9	850
20+	2,0	153	1,0	686	1,2	838
Rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	5,3	404	1,1	1 023	2,3	1 427
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	1,6	2 088	1,1	881	1,5	2 969
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	1,6	925	0,4	337	1,3	1 261
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	1,6	925	0,4	337	1,3	1 261
1	2,2	2 396	0,8	1 245	1,7	3 641
2 ou plus	3,3	95	1,6	653	1,8	747
Nombre de partenaires à haut risque au cours des 12 derniers mois						
0	1,6	3 012	0,9	1 217	1,4	4 229
1	5,4	369	1,0	671	2,6	1 041
2 ou plus	(4,5)	34	1,2	346	1,5	380
Rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois						
Oui	na	na	(2,9)	32	na	na
Non	na	na	1,0	2 209	na	na
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	4,3	215	1,3	770	2,0	985
N'a jamais utilisé de condom	1,9	3 202	0,8	1 470	1,6	4 672
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	5,7	117	1,1	374	2,2	490
N'a pas utilisé de condom	2,0	2 375	1,1	1 530	1,7	3 905
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	3,7	100	0,8	450	1,3	550
N'a pas utilisé de condom	5,9	304	1,3	573	2,9	877
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	1,0	2 065	0,9	265	1,0	2 330
2	2,2	841	0,5	332	1,7	1 173
3-4	5,1	358	1,5	652	2,7	1 010
5-9	16,0	68	0,1	592	1,8	660
10 ou plus	*	6	2,6	275	2,5	281
Ensemble[2]	2,1	3 417	1,0	2 241	1,6	5 657

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
na = Non applicable
[1] Rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant.
[2] Y compris les non déterminées

De même, chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente non seulement en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois mais aussi en fonction du nombre de partenaires à hauts risques. Contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre, la prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes qui ont déjà utilisé un condom (4,3 %) que parmi celles qui n'en n'ont jamais utilisé (1,9 %) et le niveau de prévalence varie aussi entre les femmes qui ont utilisé un condom et celles qui n'en ont pas utilisé au cours des derniers rapports sexuels des 12 derniers mois (respectivement 5,7 % et 2,0 %). Chez les hommes qui n'ont pas utilisé de condom, la prévalence est légèrement plus faible que chez ceux qui en ont déjà utilisé (0,8 % contre 1,3 %).

Le tableau 16.7 présente la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certaines caractéristiques de comportement sexuel. Quel que soit le sexe, on constate que la proportion de séropositifs parmi les jeunes de 15-24 ans est légèrement plus faible que dans l'ensemble de la population (1,2 % pour les femmes à 15-24 ans contre 1,9 % pour les femmes de 15-49 ans et 0,6 % pour les hommes de 15-24 ans contre 1,1 % pour les hommes de 15-59 ans. Globalement, la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la tranche d'âges de 15-24 ans est de 0,9 %. Ce qui peut indirectement refléter l'incidence (nouveaux cas) du VIH, car, les jeunes de 15-24 ans sont généralement considérés comme étant récemment infectés. À défaut d'une enquête sur l'incidence du VIH, la prévalence dans la tranche d'age de 15-24 ans est une mesure indirecte de l'incidence.

La prévalence du VIH dans la tranche d'ages de 15-24 ans est plus élevée chez les femmes en milieu urbain (1,8 %) qu'en milieu rural (0,7 %). Selon les régions, les résultats montrent que la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans n'est pas uniformément repartie et la même tendance s'observe selon le sexe. Chez les femmes, ce sont les régions de Mamou (2,6 %) et de Conakry (2,2 %) qui présentent les taux de séropositives les plus élevés. Chez les hommes, ce sont les régions de Kankan (2,0 %), de Kindia (1,5 %) et de Labé (1,5 %) qui détiennent la prévalence la plus élevée.

Chez les jeunes femmes de 15-24 ans, on note comme pour l'ensemble de la population, la même relation entre des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois et le niveau de la prévalence du VIH. En effet, d'un minimum de 0,7 % chez celles n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence passe à 1 % parmi celles qui ont eu des rapports sexuels sans risque et à un maximum de 2,5 % quand les jeunes femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques. Chez les jeunes hommes, quelque soit le type de rapports sexuels, ces proportions sont beaucoup plus faibles. Quand on examine la prévalence selon le nombre de partenaires sexuels à hauts risques, on constate que la prévalence chez les jeunes femmes est toujours plus élevée que chez les jeunes hommes, puisque, pour un partenaire à haut risque, 2,4 % des femmes sont infectés contre 0,4 % chez les hommes.

Le tableau 16.7 présente également, pour les jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH en fonction de l'utilisation ou non du condom. Paradoxalement, on constate que les jeunes femmes de 15-24 ans qui ont déjà utilisé un condom sont plus fréquemment infectés (3,1 %) que celles qui n'en ont jamais utilisé (1 %). Par contre, chez les jeunes hommes de 15-24 ans, les résultats laissent apparaître un léger écart (prévalence de 0,3 % parmi ceux qui ont déjà utilisé contre 0,7 % parmi ceux qui n'en ont jamais utilisé).

Les résultats selon l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels ayant eu lieu pendant les douze derniers mois font apparaître les mêmes tendances : chez les femmes, la prévalence est plus élevée parmi celles qui ont utilisé un condom que parmi les autres (3,5 % contre 1,3 %) ; chez les hommes, l'écart est insignifiant (0,3 % contre 0,7 %). Les résultats selon l'utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels ne mettent en évidence aucun écart important du niveau de la prévalence.

Tableau 16.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certaines caractéristiques de comportement sexuel, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique démographique et du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positives	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	1,0	800	0,5	664	0,8	1 465
15-17	1,0	497	0,5	425	0,8	922
18-19	0,9	303	0,4	240	0,7	543
20-24	1,4	559	0,7	460	1,1	1 020
20-22	1,4	388	0,8	321	1,1	710
23-24	1,4	171	0,7	139	1,1	310
Milieu de résidence						
Urbain	1,8	555	0,0	573	0,9	1 127
Rural	0,7	805	1,2	552	0,9	1 357
Région administrative						
Boké	1,8	158	0,9	100	1,5	257
Conakry	2,2	280	0,0	310	1,0	590
Faranah	1,3	109	0,9	71	1,1	180
Kankan	1,2	146	2,0	88	1,5	234
Kindia	0,0	179	1,5	133	0,6	313
Labé	0,0	111	1,5	74	0,6	185
Mamou	2,6	63	0,0	79	1,2	142
N'Zérékoré	0,6	313	0,0	269	0,3	582
État matrimonial						
Célibataire	1,5	533	0,6	964	0,9	1 496
A eu des rapports sexuels	1,9	351	0,6	603	1,1	953
N'a jamais eu des rapports sexuels	0,7	182	0,6	361	0,6	543
En union	0,9	781	0,6	116	0,9	898
Divorcé/séparé/veuf	1,4	46	(0,0)	45	0,7	90
Écart d'âges entre premier partenaire et enquêtée						
Homme plus âgé de 10 ans ou plus	1,7	220	na	na	na	na
Autre	1,1	1 140	na	na	na	na
Rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	2,5	267	0,6	598	1,2	864
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	1,0	507	(2,0)	33	1,1	539
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	0,7	586	0,4	494	0,6	1 081
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	0,7	586	0,4	494	0,6	1 081
1	1,5	732	0,6	418	1,1	1 151
2 ou plus	(2,7)	41	1,0	208	1,3	249
Nombre de partenaires à haut risque au cours des 12 derniers mois						
0	0,8	1 093	0,5	527	0,7	1 620
1	2,4	240	0,4	400	1,1	641
2 ou plus	*	26	1,1	194	1,4	220
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	3,1	124	0,3	333	1,0	457
N'a jamais utilisé de condom	1,0	1 235	0,7	792	0,9	2 028
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	3,5	77	0,4	223	1,2	300
N'a pas utilisé de condom	1,3	697	0,8	407	1,1	1 104
Utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	0,9	98	0,0	86	0,5	184
N'a pas utilisé de condom	1,2	1 261	0,6	1 039	0,9	2 300
Ensemble [1]	1,2	1 359	0,6	1 125	0,9	2 484

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
na = Non applicable
[1] Y compris les non déterminées

16.3.4 Prévalence du VIH et autres facteurs de risques

Les Infections Sexuellement transmissibles (IST) jouent un rôle dans la transmission sexuelle du VIH. Le tableau 16.8 présente la prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST. Chez les hommes, il semble que la prévalence soit un peu plus élevée parmi ceux qui ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes (1,4 % contre 0,9 %). Par contre, chez les femmes, on ne constate pratiquement aucun écart de prévalence entre celles qui ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes et celles n'ayant déclaré ni IST, ni symptôme (2,2 % contre 2,1 %).

Tableau 16.8 Prévalence du VIH selon la prévalence des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon qu'ils ont eu, ou non, une infection sexuellement transmissible (IST) au cours des 12 derniers mois et selon qu'ils ont déjà, ou non, effectué un test du VIH avant l'enquête, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positives	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
IST au cours des 12 derniers mois						
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	2,2	1 106	1,4	183	2,1	1 290
A déclaré n'avoir eu ni IST ni de symptômes d'IST	2,1	2 210	0,9	2 007	1,5	4 217
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test	4,8	80	0,8	156	2,2	236
A reçu les résultats	6,5	59	0,9	139	2,6	198
N'a pas reçu les résultats	*	21	*	17	(0,0)	38
N'a jamais effectué de test	2,1	3 218	1,0	2 040	1,7	5 258
Ensemble[1]	2,1	3 417	1,0	2 241	1,6	5 657

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
[1] Y compris les non déterminés

Le tableau 16.8 présente également la prévalence du VIH pour les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels selon qu'elles ont ou non effectué un test du VIH avant l'enquête. Globalement, il n'y a pratiquement pas d'écart entre ceux et celles qui ont déjà effectué le test et ceux et celles qui n'en ont pas effectué (2,2 % contre 1,7 %). Par contre, les résultats concernant les femmes font apparaître une prévalence plus élevée parmi celles qui ont déjà effectué le test et qui ont eu connaissance des résultats que parmi celles qui n'ont jamais effectué de test (7 % contre 2 %). Chez les hommes, on ne constate pratiquement pas d'écart.

Bien que la séroprévalence soit associée au fait d'avoir effectué un test du VIH antérieur, on constate que de nombreuses personnes infectées au VIH n'ont jamais effectué de test (tableau 16.9). En effet, 95 % des femmes et 95 % des hommes infectés n'ont jamais effectué de test. Chez les femmes, 5 % de celles qui sont séropositives ont déjà effectué un test et en connaissent le résultat contre 1,6 % de celles qui sont séronégatives. Chez les hommes, étant donné la faiblesse de certains effectifs, il est difficile de commenter les données de ce tableau.

Tableau 16.9 Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par statut sérologique selon qu'ils ont déjà, ou non, effectué un test du VIH avant l'enquête, EDSG-III Guinée 2005

	Femmes		Hommes		Ensemble	
Test du VIH antérieur à l'enquête	HIV positive	HIV négative	HIV positif	HIV négatif	HIV positif	HIV négatif
A déjà effectué un test et connaît les résultats du dernier test	5,4	1,6	(5,2)	5,5	5,4	3,2
A déjà effectué un test mais ne connaît pas les résultats	0,0	0,0	(0,0)	0,7	0,0	0,3
N'a jamais effectué de test	94,6	94,1	(94,8)	91,1	94,6	92,9
Total[1]	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0	100,0
Effectif	71	3 697	24	2 587	95	6 283

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
[1] Y compris les non déterminés

16.3.5 Prévalence du VIH parmi les couples

Le tableau 16.10 présente la prévalence du VIH parmi les couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Au total, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 1 873 couples. On constate que, dans 98 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 0,4 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 1,7 % des cas, seulement un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie de couples encore appelée couples discordants, est constituée, pratiquement dans la même proportion, de couples dans lesquels c'est la femme qui est séropositive (0,7 %) et de couples dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (1,0 %).

Globalement le niveau de la prévalence du VIH parmi les couples, que les deux conjoints ou un seul soient séropositifs, présente les mêmes variations que la prévalence chez les femmes et les hommes : prévalence plus élevée en milieu urbain, parmi les couples les plus instruits et dans les ménages les plus riches.

La discordance semble un peu plus fréquente parmi les couples où l'âge de la femme est compris entre 40 et 49 ans. Il en est de même lorsque le couple vit dans le Labé ou à Conakry. La discordance est aussi relativement plus fréquente parmi les couples des ménages les plus pauvres. Le fait que 2,2 % de couples aient, au moins, un partenaire infecté met en évidence l'existence d'un besoin non satisfait en matière de prévention du VIH en Guinée. La satisfaction de ces besoins est d'autant plus urgente que la proportion des couples discordants est quatre fois plus élevée que celle des couples séropositifs non discordants. Par ailleurs, la majorité des conjoints ne connaissent pas mutuellement leurs statuts sérologiques. Les Centres de Dépistage Volontaire (CDV) qui offrent les conseils et dépistages volontaires sur le VIH existent dans le pays, mais très peu de clients les fréquentent en tant que couple. Ces résultats suggèrent la mise en place des stratégies spécifiques pour renforcer les systèmes actuels des CDV en faveur des couples.

Tableau 16.10 Prévalence du VIH parmi les couples

Répartition (en %) des couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés selon leur statut sérologique et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	Les deux conjoints positifs	Homme positif, femme négative	Femme positive, homme négatif	Les deux conjoints négatifs	Total[1]	Effectif
Âge de la femme						
15-19	0,7	1,6	0,4	97,2	100,0	179
20-29	0,4	0,2	0,6	98,8	100,0	675
30-39	0,3	1,7	0,9	96,8	100,0	702
40-49	0,6	0,7	0,5	98,2	100,0	317
Âge de l'homme						
15-19	*	*	*	*	*	3
20-29	0,0	0,8	1,3	97,8	100,0	158
30-39	0,2	0,5	0,4	98,7	100,0	560
40-49	0,3	1,5	0,7	97,2	100,0	620
50-59	0,9	1,0	0,7	97,5	100,0	533
Écart d'âges entre conjoints						
Femme plus âgée	(0,0)	(0,0)	(3,7)	(96,3)	100,0	35
Homme plus âgé de 0-4 ans	0,0	1,5	0,8	97,7	100,0	202
Homme plus âgé de 5-9 ans	0,0	1,3	0,4	98,2	100,0	519
Homme plus âgé de 10-14 ans	0,9	0,4	0,5	97,8	100,0	521
Homme plus âgé de 15 ans ou plus	0,6	1,0	0,8	97,6	100,0	597
Type d'union						
Monogame	0,6	0,9	0,6	97,8	100,0	934
Polygame	0,3	1,0	0,7	97,8	100,0	929
Milieu de résidence						
Urbain	1,8	1,9	1,1	95,2	100,0	412
Rural	0,0	0,7	0,5	98,5	100,0	1 461
Région administrative						
Boké	0,0	0,9	0,3	98,8	100,0	248
Conakry	2,7	1,3	1,2	94,7	100,0	186
Faranah	0,5	1,0	0,5	98,1	100,0	148
Kankan	0,1	0,9	0,8	97,9	100,0	280
Kindia	0,0	0,0	0,3	99,7	100,0	295
Labé	0,0	1,7	1,6	96,7	100,0	143
Mamou	0,5	1,3	0,0	98,2	100,0	133
N'Zérékoré	0,3	1,3	0,7	97,3	100,0	441
Niveau d'instruction de la femme						
Aucune instruction	0,4	0,9	0,6	97,9	100,0	1 644
Primaire	0,0	2,3	0,6	97,1	100,0	139
Secondaire ou plus	1,5	0,7	1,6	96,1	100,0	90
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucune instruction	0,4	0,8	0,8	98,0	100,0	1 136
Primaire	0,0	0,6	0,5	98,2	100,0	290
Secondaire ou plus	1,1	1,8	0,6	96,5	100,0	370
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,0	1,7	1,5	96,6	100,0	454
Second	0,0	0,0	0,2	99,8	100,0	387
Moyen	0,2	1,0	0,4	98,0	100,0	423
Quatrième	0,6	0,9	0,2	98,2	100,0	323
Le plus riche	1,9	1,1	0,8	96,2	100,0	287
Ensemble[2]	0,4	1,0	0,7	97,8	100,0	1 873

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
[1] Y compris les non déterminés
[2] Y compris 11 couples pour lesquels le type d'union est non déterminé.

RÉFÉRENCES

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3) : 1-29.

Coale, A.J. et P. Demeny. 1983. *Regional model life tables and stable populations.* Second Edition. Academic Press, Inc.

Direction Nationale de la Statistique (DNS) [Guinée]. 1989. *Rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1983.* Conakry : DNS.

Direction Nationale de la Statistique. (DNS) [Guinée]. 1992. *Rapport de l'Enquête sur les Informations Prioritaires de 1991*. Conakry : DNS.

Direction Nationale de la Statistique (DNS) [Guinée]. 1995. *Rapport de l'Enquête Intégrale Budget Consommation de 1994.* Conakry : DNS.

Direction Nationale de la Statistique (DNS) [Guinée] et Macro International Inc. 2000. *Enquête Démographique et de Santé Guinée 1999*. Calverton, Maryland USA : Direction Nationale de la Statistique et Macro International Inc.

Direction Nationale de la Statistique (DNS) [Guinée] et UNICEF. 1995. *Rapport de l'Enquête à Indicateurs Multiples de 1995.* Conakry : DNS.

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). 1996. *Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie en matière de population.* Conakry : UNFPA.

Keita, M.L., M.C. Bah, M.B. Diallo, et B. Barrère. 1994. *Enquête Démographique et de Santé, Guinée-1992*. Conakry, Guinée et Calverton, Maryland USA : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information.

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). 1997a. *Programme National de Développement Humain (PNDH) 1997-2002*. Conakry : PNUD.

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). 1997b. *Rapport National sur le Développement Humain*. Conakry : PNUD.

Rutenberg, N., T. Boerma, J. Sullivan et T. Croft. 1990. Direct and indirect estimates of maternal mortality with data on the survivorship of sisters : Results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, Ontario. 3 5 mai, 1990.

Suret-Canale, J. 1971. *La République de Guinée.* Éditions sociales Paris.

UNESCO/BIT. 1995. *Document préliminaire en vue de la préparation de la Lettre de Politique de Développement Humain.* Conakry : UNESCO/BIT.

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE A

A.1 INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG-III) fait suite à celles réalisées en 1992 et 1999. Elle vise un échantillon représentatif national d'environ 6 500 ménages. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête seront éligibles pour être enquêtées. De plus, un sous-échantillon de 50 % de l'ensemble des ménages sélectionnés pour l'enquête femme sera sélectionné pour une enquête auprès des hommes. Dans les ménages de ce sous-échantillon, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans seront éligibles pour être enquêtés. Comme les deux premières enquêtes, l'EDSG-III a pour principal objectif de recueillir des informations sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la mortalité maternelle et infanto-juvénile, et les infections sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l'enquête seront présentés pour le pays, par milieu (urbain et rural), et pour chacune des huit régions administratives.

A.2 BASE DE SONDAGE

La Direction Nationale de la Statistique (DNS) dispose d'un fichier informatique des 5 104 zones de dénombrement (ZD) créées pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1996 (RGPH, 96). Ce fichier avait été retenu comme base de sondage pour l'EDSG-II, et était également retenu comme base de sondage pour l'EDSG-III parce qu'il n'y avait pas eu de nouveau recensement entre temps. Dans ce fichier, chaque ZD apparaît avec tous ses identifiants (région, préfecture, sous-préfecture, et code d'identification), ses tailles en population et ménages et son type de milieu (urbain ou rural). Les limites de chaque ZD sont clairement identifiables sur des cartes de très bonne qualité. Après l'identification et l'élimination des 163 ZD qui sont constituées uniquement de camps de réfugiés, on obtient une base de sondage constituée de 4 941 ZD. La répartition des ménages sur les huit régions et selon le milieu de résidence est présentée au tableau A.1 suivant.

Tableau A.1 Répartition des ménages par région et selon le milieu de résidence (RGPH, 1996)

Région	Nombre de ménages	Ménages ruraux	Ménages urbains	Pourcentage de ménages
Boké	105 692	78 823	26 869	10,2
Conakry	161 563	0	161 563	15,5
Faranah	91 160	74 320	16 840	8,8
Kankan	108 345	88 739	19 606	10,4
Kindia	135 673	112 177	23 496	13,1
Labé	129 600	118 982	10 618	12,5
Mamou	111 828	101 100	10 728	10,8
N'Zérékoré	195 583	156 704	38 879	18,8
Total	1 039 444	730 845	308 599	100,0

A.3 ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDSG-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la ZD telle que définie pour le recensement en 1996. Chaque domaine a été séparé en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 297 ZD ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille, la taille étant le nombre de ménages dans la ZD. Un dénombrement des ménages dans chaque ZD sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grande ZD a été divisée en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de la ZD. Au second degré, dans chacune des ZD sélectionnées au premier degré, un nombre fixe de ménages (18 dans une grappe urbaine, 24 dans une grappe rurale) sont sélectionnés, avec un tirage systématique de probabilité égale à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Au total, 6 522 ménages sont sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes.

Tous les membres des ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifiée dans le ménage, est également enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur deux est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés. De plus, on soumettra le consentement éclairé pour la participation au test sur le VIH à tous les hommes et à toutes les femmes éligibles de ces ménages.

Le tableau A.2 donne la répartition de l'échantillon entre les domaines et par milieu de résidence. Au total, 297 ZD ont été sélectionnées, dont 101 dans le milieu urbain et 196 dans le milieu rural. Pour les ménages, 6 522 sont sélectionnés au total, dont 1 818 dans le milieu urbain et 4 704 dans le milieu rural.

Tableau A.2 Répartition de l'échantillon entre les régions et par milieu de résidence

	Nombre de ménages			Nombre de ZD			Nombre attendu de femmes enquêtées
Région	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	
Boké	600	198	798	25	11	36	983
Conakry	0	810	810	0	45	45	998
Faranah	672	144	816	28	8	36	1 005
Kankan	672	144	816	28	8	36	1 005
Kindia	672	144	816	28	8	36	1 005
Labé	720	108	828	30	6	36	1 020
Mamou	720	108	828	30	6	36	1 020
N'Zérékoré	648	162	810	27	9	36	998
Total	4 704	1 818	6 522	196	101	297	8 035

A.4 PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. Pour chaque strate *h*, les notations sont les suivantes :

P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la ZD *i*.
P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré des ménages dans la ZD *i*.

Soient a_h le nombre de grappes tirées dans la strate *h*, M_{hi} le nombre de ménages de la ZD *i*, M_h le nombre total de ménages de la strate *h*.

Au premier degré, la probabilité d'inclusion de cette grappe *i* dans l'échantillon est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{M_h}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de ménages ont été tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés dans la grappe *i* de la strate *h* lors de l'opération de mise à jour des cartes. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Le taux de pondération pour les individus de la grappe *i* dans la strate *h* a été calculé en utilisant la formule suivante :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} P_{2hi}}$$

A.5 RÉSULTAT DES ENQUÊTES

Les tableaux A.3 et A.4 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménages, femmes et hommes selon le milieu de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(4)+(7)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes sont calculés de la manière suivante :

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et du taux de réponse des hommes.

Tableau A.3 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des femmes

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence		Région administrative								
Résultat des interviews	Urbain	Rural	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zéré-koré	Ensemble
Ménages sélectionnés											
Remplis (1)	95,4	97,5	96,2	92,9	97,1	97,2	99,6	96,3	97,3	98,8	96,9
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	0,5	0,2	0,3	0,9	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,3
Ménage absent (3)	0,8	1,0	1,8	1,1	1,0	2,0	0,0	0,9	1,0	0,2	1,0
Refusé (4)	1,0	0,1	0,4	1,9	0,1	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	0,4
Logement vide/pas de logement à l'adresse (5)	1,6	0,9	1,0	2,4	1,5	0,7	0,1	1,5	1,0	0,7	1,1
Logement détruit (6)	0,3	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1	0,2
Logement non trouvé (7)	0,3	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Autre (8)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 800	4 680	798	792	816	816	816	804	828	810	6 480
Taux de réponse des ménages[1]	98,1	99,6	99,2	96,6	99,6	99,9	99,8	99,2	99,3	99,9	99,2
Femmes éligibles											
Rempli (a)	95,0	98,2	96,3	91,2	98,6	98,7	99,1	97,4	97,3	98,8	97,2
Pas à la maison (b)	1,9	0,7	2,2	3,3	0,3	0,3	0,1	0,6	1,1	0,6	1,1
Refusé (c)	1,6	0,3	0,4	2,9	0,2	0,3	0,2	1,0	0,5	0,1	0,7
Partiellement rempli (d)	0,6	0,1	0,0	1,4	0,1	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,2
Incapacité (e)	0,8	0,8	1,1	1,3	0,8	0,6	0,6	1,0	0,8	0,5	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 479	5 704	1 077	1 032	985	1 031	1 165	880	849	1 164	8 183
Taux de réponse des femmes[2]	95,0	98,2	96,3	91,2	98,6	98,7	99,1	97,4	97,3	98,8	97,2
Taux de réponse global[3]	93,2	97,8	95,5	88,1	98,2	98,6	98,8	96,6	96,6	98,7	96,4

[1] A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (7)}$$

[2] A la suite du classement des femmes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête femme (TRF) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

[3] Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRF/100

Tableau A.4 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des hommes

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des hommes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSG-III Guinée 2005

	Milieu de résidence		Région administrative								
Résultat des interviews	Urbain	Rural	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zéré-koré	Ensemble
Ménages sélectionnés											
Remplis (1)	94,8	97,1	96,2	91,4	95,8	96,8	99,8	95,5	97,3	98,8	96,5
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	0,8	0,1	0,3	1,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,3
Ménage absent (3)	1,0	1,2	1,5	1,5	2,0	2,2	0,0	0,5	0,7	0,5	1,1
Refusé (4)	1,1	0,2	0,5	1,8	0,0	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	0,4
Logement vide/pas de logement à l'adresse (5)	1,4	1,2	1,0	2,5	2,0	1,0	0,2	2,0	1,0	0,5	1,3
Logement détruit (6)	0,3	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,2
Logement non trouvé (7)	0,6	0,1	0,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	900	2 340	399	396	408	408	408	402	414	405	3 240
Taux de réponse des ménages[1]	97,5	99,6	99,0	95,5	99,7	100,0	100,0	99,0	99,0	99,8	99,0
Hommes éligibles											
Rempli (a)	90,5	96,8	91,7	84,8	97,3	97,1	98,4	98,8	95,3	97,9	94,5
Pas à la maison (b)	3,8	1,6	4,4	6,2	1,6	1,0	0,7	0,0	3,0	0,6	2,4
Refusé (c)	4,1	0,8	1,9	6,9	0,3	1,9	0,7	0,4	0,9	0,6	2,1
Partiellement rempli (d)	0,6	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Incapacité (e)	1,0	0,7	1,7	1,1	0,8	0,0	0,2	0,8	0,9	1,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	1 267	2 093	411	612	369	418	442	259	337	512	3 360
Taux de réponse des hommes[2]	90,5	96,8	91,7	84,8	97,3	97,1	98,4	98,8	95,3	97,9	94,5
Taux de réponse global[3]	88,3	96,5	90,8	81,0	97,0	97,1	98,4	97,8	94,3	97,6	93,5

[1] A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (7)}$$

[2] A la suite du classement des hommes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête homme (TRH) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

[3] Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRH/100

Tableau A.5 Couverture du test du VIH selon certaines variables sociodémographiques : femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	A été testée	A refusé	Absente pour le test	Autre/ ND	Total	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Actuellement mariée/en union	94,5	3,6	0,1	1,9	100,0	3 235
Veuve	93,6	5,1	0,0	1,3	100,0	78
Divorcée/séparée	91,8	8,2	0,0	0,0	100,0	97
Célibataire	93,7	3,9	0,4	1,9	100,0	669
A déjà eu des rapports sexuels	91,6	6,2	0,4	1,8	100,0	275
N'a jamais eu des rapports sexuels	95,2	2,3	0,5	2,0	100,0	394
Type d'union						
En union, polygame	95,0	3,8	0,1	1,2	100,0	1 488
En union, non polygame	94,3	3,2	0,1	2,5	100,0	1 695
Non en union actuellement	93,2	4,9	0,3	1,6	100,0	896
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	94,2	3,9	0,1	1,8	100,0	3 685
Non	95,2	2,3	0,5	2,0	100,0	394
Actuellement enceinte						
Oui	95,9	2,0	0,3	1,8	100,0	395
Pas enceinte /Pas sûre	94,1	4,0	0,1	1,8	100,0	3 684
Nombre de fois que l'enquêté a dormi ailleurs au cours des 12 derniers mois						
Jamais	94,3	3,7	0,1	1,9	100,0	2 896
1-2	94,7	3,8	0,1	1,4	100,0	899
3-4	92,5	4,6	0,0	2,9	100,0	173
5+	94,1	4,0	0,0	2,0	100,0	101
Ailleurs pendant plus d'un mois à la suite						
Ailleurs pendant plus d'un mois	94,6	3,7	0,2	1,5	100,0	654
Ailleurs, mais jamais pendant plus d'un mois	93,9	4,2	0,0	2,0	100,0	505
Jamais ailleurs	94,3	3,7	0,1	1,9	100,0	2 896
Ethnie						
Soussou	94,1	4,9	0,0	1,0	100,0	733
Peuhl	92,2	4,3	0,2	3,4	100,0	1 659
Malinké	95,9	3,3	0,2	0,6	100,0	1 087
Kissi	98,5	1,0	0,0	0,5	100,0	202
Toma	95,2	4,0	0,0	0,8	100,0	124
Guerzé	97,9	1,3	0,0	0,8	100,0	237
Autre/étranger	97,3	2,7	0,0	0,0	100,0	37
Religion						
Musulmane	93,7	4,1	0,1	2,1	100,0	3 552
Chrétienne	98,1	1,6	0,0	0,3	100,0	365
Animiste	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	67
Sans religion	98,9	1,1	0,0	0,0	100,0	95
Ensemble	94,3	3,8	0,1	1,8	100,0	4 079

Tableau A.6 Couverture du test du VIH selon certaines variables sociodémographiques : hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique sociodémographique	A été testé	A refusé	Absent pour le test	Autre/ ND	Total	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Actuellement marié/en union	93,5	4,3	0,1	2,1	100,0	1 883
Veuf	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	8
Divorcé/séparé	81,1	15,7	0,0	3,1	100,0	127
Célibataire	91,6	5,9	0,2	2,3	100,0	1 156
A déjà eu des rapports sexuels	91,3	6,4	0,1	2,1	100,0	749
N'a jamais eu des rapports sexuels	92,1	4,9	0,2	2,7	100,0	407
Type d'union						
En union, polygame	94,8	3,1	0,0	2,1	100,0	714
En union, non polygame	92,6	5,0	0,2	2,1	100,0	1 169
Non en union actuellement	90,6	6,8	0,2	2,4	100,0	1 291
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	92,4	5,4	0,1	2,2	100,0	2 764
Non	92,0	5,1	0,2	2,7	100,0	410
Circoncision						
Circoncis	92,4	5,4	0,1	2,0	100,0	3 133
Non circoncis	82,5	0,0	0,0	17,5	100,0	40
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Nombre de fois que l'enquêté a dormi ailleurs au cours des 12 derniers mois						
Jamais	91,4	5,9	0,1	2,6	100,0	1 622
1-2	93,4	5,0	0,1	1,5	100,0	803
3-4	93,4	3,2	0,3	3,2	100,0	346
5+	92,8	5,4	0,3	1,6	100,0	387
Ailleurs pendant plus d'un mois à la suite						
Ailleurs pendant plus d'un mois	91,7	6,4	0,4	1,6	100,0	566
Ailleurs, mais jamais pendant plus d'un mois	94,1	3,7	0,1	2,1	100,0	950
Jamais ailleurs	91,4	5,9	0,1	2,6	100,0	1 622
ND	94,4	5,6	0,0	0,0	100,0	36
Ethnie						
Soussou	92,5	6,1	0,3	1,0	100,0	590
Peuhl	88,8	6,8	0,1	4,3	100,0	1 188
Malinké	93,7	4,9	0,1	1,2	100,0	895
Kissi	97,8	1,7	0,0	0,6	100,0	181
Toma	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	97
Guerzé	98,5	1,0	0,0	0,5	100,0	195
Autre/étranger	85,7	10,7	0,0	3,6	100,0	28
Religion						
Musulmane	91,4	6,0	0,1	2,5	100,0	2 737
Chrétienne	98,1	1,3	0,0	0,6	100,0	317
Animiste	97,9	2,1	0,0	0,0	100,0	97
Sans religion	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	23
Ensemble	92,3	5,3	0,1	2,2	100,0	3 174

Tableau A.7 Couverture du test du VIH parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques du comportement sexuel (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique du comportement sexuel	A été testée	A refusé	Absente pour le test	Autre/ ND	Total	Effectif non pondéré
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 16	94,2	3,4	0,1	2,3	100,0	1 967
16-17	95,4	3,5	0,0	1,2	100,0	867
18-19	92,0	7,0	0,0	1,0	100,0	386
20 ou plus	91,0	6,6	0,6	1,8	100,0	166
ND	95,3	3,7	0,0	1,0	100,0	299
Rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	91,6	7,4	0,0	1,0	100,0	405
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	94,3	3,7	0,0	2,0	100,0	2 277
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	95,0	3,1	0,2	1,7	100,0	1 003
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	95,0	3,1	0,2	1,7	100,0	1 003
1	93,9	4,2	0,0	1,8	100,0	2 585
2 ou plus	92,7	5,2	0,0	2,1	100,0	96
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	94,5	3,5	0,1	1,9	100,0	3 280
1	92,1	7,1	0,0	0,8	100,0	367
2 ou plus	86,5	10,8	0,0	2,7	100,0	37
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	91,7	6,5	0,0	1,9	100,0	216
N'a jamais utilisé de condom	94,3	3,8	0,1	1,8	100,0	3 469
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	91,7	5,8	0,0	2,5	100,0	120
N'a pas utilisé de condom	94,0	4,2	0,0	1,8	100,0	2 562
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	92,1	5,9	0,0	2,0	100,0	101
N'a pas utilisé de condom	91,4	7,9	0,0	0,7	100,0	304
Utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	89,8	5,6	0,0	4,6	100,0	108
N'a pas utilisé de condom	94,3	3,9	0,1	1,7	100,0	3 577
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	94,6	3,4	0,1	1,9	100,0	2 278
2	94,0	3,9	0,1	2,0	100,0	915
3-4	94,6	4,6	0,0	0,8	100,0	370
5-9	89,1	9,4	0,0	1,6	100,0	64
10 ou plus	85,7	14,3	0,0	0,0	100,0	7
ND	86,3	13,7	0,0	0,0	100,0	51
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et a reçu les résultats	85,3	13,2	1,5	0,0	100,0	68
A déjà effectué un test mais n'a pas reçu les résultats	94,1	5,9	0,0	0,0	100,0	17
N'a jamais effectué de test	94,7	3,7	0,1	1,6	100,0	3 477
ND	85,4	5,7	0,0	8,9	100,0	123
Ensemble	94,2	3,9	0,1	1,8	100,0	3 685

Tableau A.8 Couverture du test du VIH parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques du comportement sexuel (non pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Caractéristique du comportement sexuel	A été testé	A refusé	Absent pour le test	Autre/ ND	Total	Effectif non pondéré
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 16	94,3	3,6	0,2	1,9	100,0	576
16-17	91,1	6,7	0,0	2,2	100,0	540
18-19	93,2	4,8	0,2	1,8	100,0	557
20 ou plus	91,6	5,8	0,1	2,5	100,0	1 080
ND	90,9	9,1	0,0	0,0	100,0	11
Rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	91,4	6,6	0,1	1,8	100,0	1 087
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	92,6	4,8	0,1	2,5	100,0	1 334
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	94,5	3,5	0,0	2,0	100,0	343
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	94,5	3,5	0,0	2,0	100,0	343
1	90,8	6,3	0,2	2,7	100,0	1 623
2 ou plus	94,7	4,2	0,0	1,1	100,0	791
ND	85,7	14,3	0,0	0,0	100,0	7
Nombre de partenaires à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	93,0	4,5	0,1	2,4	100,0	1 674
1	91,4	6,9	0,1	1,5	100,0	711
2 ou plus	91,7	5,9	0,0	2,4	100,0	372
ND	85,7	14,3	0,0	0,0	100,0	7
Rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois						
Oui	76,6	21,3	0,0	2,1	100,0	47
Non	92,6	5,1	0,1	2,2	100,0	2 717
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	89,2	7,9	0,2	2,6	100,0	834
N'a jamais utilisé de condom	93,7	4,2	0,1	2,0	100,0	1 930
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	87,5	9,8	0,3	2,5	100,0	400
N'a pas utilisé de condom	93,0	4,8	0,1	2,1	100,0	2 021
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	89,5	8,0	0,2	2,3	100,0	486
N'a pas utilisé de condom	93,0	5,5	0,0	1,5	100,0	601
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	65,2	30,4	0,0	4,3	100,0	23
N'a pas utilisé de condom	87,5	12,5	0,0	0,0	100,0	24
Utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	84,7	11,8	0,0	3,5	100,0	85
N'a pas utilisé de condom	92,6	5,2	0,1	2,1	100,0	2 679
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	93,1	3,9	0,0	3,0	100,0	304
2	88,6	8,0	0,0	3,4	100,0	439
3-4	91,5	6,3	0,1	2,1	100,0	827
5-9	93,9	4,1	0,3	1,7	100,0	723
10 ou plus	94,7	4,0	0,0	1,2	100,0	322
ND	94,0	4,0	0,0	2,0	100,0	149
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et a reçu les résultats	85,8	10,1	0,6	3,6	100,0	169
A déjà effectué un test mais n'a pas reçu les résultats	94,4	5,6	0,0	0,0	100,0	18
N'a jamais effectué de test	92,7	5,1	0,1	2,1	100,0	2 565
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	12
Ensemble	92,4	5,4	0,1	2,2	100,0	2 764

ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE B

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDSG-III, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDSG-III n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne puisse pas être mesurée exactement, elle peut cependant être estimée à partir des données collectées.

L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons que se trouve la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSG-III étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_{h-1}} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , et } z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h,
x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDSG-III, il y a 295 grappes non-vides. Par conséquent, 295 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 295 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 294 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue) et
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSG-III ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats de l'enquête sont présentés dans cette annexe pour la Guinée, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des 8 régions administratives. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.12 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N′), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants*, l'EDSG-III a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,391 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,048 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 3,391 - 2×0,048 et 3,391 + 2×0,048, soit 3,296 et 3,486.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 0,7 % et 48,9 % avec une moyenne de 6,3 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des estimations de très faible valeur (par exemple, parmi les femmes actuellement en union qui utilise actuellement le DIU). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 3,7 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans les cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible, 2 %. Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est plus élevée 5,4 %.

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans*, l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 1,2 %, 2,9 % et 4,4 % pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et pour le Boké.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,56 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,56 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDSG-III Guinée 2005

Variable	Estimation	Population de base
	FEMMES	
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Alphabétisées	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	Proportion	Tous les enfants 6-11
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Actuellement enceinte	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le DIU	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise source public	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mères reçu injection antitétanique	Proportion	Dernière naissances dans les 5 dernières années
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé, vue	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids pour taille (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Taille pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Poids pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Anémie chez les femmes	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice synthétique de fécondité (derniers 3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale [1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile [1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile [1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile [1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale [1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Prévalence de VIH	Proportion	Toutes les femmes 15-49 testées
Taux de mortalité maternelle (deniers 10 ans) [2]	Taux	Nombre de naissances dans les 10 dernières années
	HOMMES	
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes 15-59
Alphabétisé	Proportion	Tous les hommes 15-59
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-59
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-59
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Prévalence de VIH (15-49)	Proportion	Tous les hommes 15-49 testés
Prévalence de VIH (15-59)	Proportion	Tous les hommes 15-59 testés

[1] Derniers 5 ans pour le taux national et derniers 10 ans pour le taux régional.
[2] Le ratio de mortalité maternelle n'est calculé que pour l'échantillon national.

Tableau B.2 Erreurs de sondage - Echantillon National, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,311	0,012	7954	7954	2,239	0,037	0,288	0,334
Alphabétisée	0,161	0,009	7954	7954	2,199	0,056	0,143	0,179
Sans instruction	0,775	0,010	7954	7954	2,176	0,013	0,754	0,795
Instruction post-primaire ou plus	0,111	0,007	7954	7954	1,956	0,062	0,097	0,125
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,438	0,013	7853	7938	1,822	0,029	0,413	0,463
Jamais mariée (en union)	0,165	0,007	7954	7954	1,718	0,043	0,151	0,179
Actuellement mariée (en union)	0,791	0,008	7954	7954	1,854	0,011	0,774	0,808
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,836	0,007	6322	6306	1,557	0,009	0,822	0,851
Actuellement enceinte	0,096	0,004	7954	7954	1,288	0,044	0,087	0,104
Enfants nés vivants	3,391	0,048	7954	7954	1,466	0,014	3,296	3,486
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,383	0,080	1638	1606	1,203	0,012	6,224	6,543
Enfants survivants	2,636	0,033	7954	7954	1,305	0,012	2,570	2,701
Connaît une méthode contraceptive	0,929	0,006	6327	6292	1,934	0,007	0,916	0,941
A utilisé une méthode	0,225	0,014	6327	6292	2,710	0,063	0,197	0,254
Utilise actuellement une méthode	0,091	0,007	6327	6292	1,841	0,073	0,078	0,104
Utilise actuellement la pilule	0,016	0,002	6327	6292	1,229	0,120	0,012	0,020
Utilise actuellement le DIU	0,001	0,000	6327	6292	1,213	0,489	0,000	0,002
Utilise actuellement le condom	0,011	0,002	6327	6292	1,256	0,153	0,007	0,014
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,001	6327	6292	0,903	0,247	0,001	0,003
Utilise actuellement la continence périodique	0,010	0,001	6327	6292	1,194	0,152	0,007	0,013
Utilise une source du secteur public	0,358	0,024	421	433	1,044	0,068	0,309	0,407
Ne veut plus d'enfants	0,219	0,006	6327	6292	1,138	0,027	0,208	0,231
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,319	0,008	6327	6292	1,291	0,024	0,304	0,334
Nombre d'enfants idéal	5,618	0,051	7009	7120	1,923	0,009	5,516	5,719
Mères reçu injection antitétanique	0,756	0,021	4454	4447	3,192	0,027	0,715	0,797
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,380	0,018	6364	6370	2,397	0,046	0,345	0,416
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,159	0,007	5641	5647	1,451	0,046	0,144	0,173
A reçu le traitement SRO	0,331	0,023	826	897	1,418	0,070	0,285	0,378
A consulté du personnel médical	0,269	0,022	826	897	1,444	0,083	0,224	0,314
Ayant une carte de santé, vue	0,535	0,027	1115	1118	1,770	0,050	0,482	0,589
A reçu vaccination BCG	0,794	0,023	1115	1118	1,866	0,029	0,749	0,840
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,511	0,025	1115	1118	1,645	0,049	0,461	0,561
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,501	0,025	1115	1118	1,670	0,051	0,451	0,552
A reçu vaccination rougeole	0,502	0,026	1115	1118	1,719	0,052	0,450	0,554
Vacciné contre toutes les maladies	0,372	0,024	1115	1118	1,650	0,065	0,324	0,421
Poids pour taille (-2ET)	0,094	0,007	2735	2786	1,213	0,073	0,080	0,108
Taille pour âge (-2ET)	0,348	0,012	2735	2786	1,311	0,036	0,324	0,373
Poids pour âge (-2ET)	0,258	0,011	2735	2786	1,230	0,042	0,237	0,280
Anémie chez les enfants	0,766	0,010	2577	2599	1,175	0,013	0,746	0,786
Anémie chez les femmes	0,533	0,011	3881	3888	1,401	0,021	0,511	0,556
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,132	0,007	3456	3451	1,214	0,053	0,118	0,146
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,705	0,112	na	22376	1,387	0,020	5,482	5,929
Quotient de mortalité néonatale (0-4 ans)	39,304	2,674	6437	6442	1,038	0,068	33,956	44,651
Quotient de mortalité post-néonatale (0-4 ans)	52,067	3,431	6466	6472	1,153	0,066	45,205	58,928
Quotient de mortalité infantile (0-4 ans)	91,370	4,523	6471	6478	1,159	0,050	82,324	100,417
Quotient de mortalité juvénile (0-4 ans)	79,018	4,260	6635	6636	1,220	0,054	70,497	87,539
Quotient de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans)	163,168	5,393	6674	6677	1,086	0,033	152,381	173,955
Prévalence VIH	0,019	0,003	3874	3772	1,366	0,159	0,013	0,025
Taux de mortalité maternelle (0-9 ans avant l'enquête)	980	88	na	na	na	0,090	805	1156
HOMMES								
Milieu urbain	0,386	0,015	3174	3174	1,762	0,039	0,356	0,417
Alphabétisé	0,441	0,017	3174	3174	1,973	0,039	0,406	0,476
Sans instruction	0,512	0,017	3174	3174	1,910	0,033	0,478	0,546
Instruction post-primaire ou plus	0,321	0,015	3174	3174	1,763	0,045	0,292	0,351
Jamais marié (en union)	0,366	0,010	3174	3174	1,204	0,028	0,345	0,386
Actuellement marié (en union)	0,592	0,010	3174	3174	1,189	0,018	0,571	0,613
Prévalence VIH (15-49)	0,009	0,002	2503	2616	1,056	0,218	0,005	0,013
Prévalence VIH (15-59)	0,011	0,002	2962	3064	1,070	0,188	0,007	0,015

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage – Echantillon Urbain, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	2355	2472	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,375	0,020	2355	2472	1,988	0,053	0,335	0,415
Sans instruction	0,539	0,019	2355	2472	1,813	0,035	0,502	0,576
Instruction post-primaire ou plus	0,284	0,017	2355	2472	1,816	0,060	0,250	0,317
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,703	0,015	2046	2126	1,296	0,021	0,674	0,733
Jamais mariée (en union)	0,275	0,012	2355	2472	1,292	0,043	0,252	0,299
Actuellement mariée (en union)	0,664	0,015	2355	2472	1,559	0,023	0,634	0,694
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,717	0,014	1730	1823	1,301	0,020	0,688	0,745
Actuellement enceinte	0,073	0,007	2355	2472	1,328	0,098	0,058	0,087
Enfants nés vivants	2,476	0,062	2355	2472	1,161	0,025	2,351	2,600
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,687	0,163	377	378	1,201	0,029	5,360	6,014
Enfants survivants	2,095	0,051	2355	2472	1,114	0,024	1,993	2,196
Connaît une méthode contraceptive	0,971	0,006	1560	1642	1,528	0,007	0,958	0,984
A utilisé une méthode	0,354	0,018	1560	1642	1,524	0,052	0,317	0,391
Utilise actuellement une méthode	0,149	0,012	1560	1642	1,294	0,078	0,126	0,172
Utilise actuellement la pilule	0,039	0,006	1560	1642	1,238	0,157	0,027	0,051
Utilise actuellement le DIU	0,002	0,001	1560	1642	1,070	0,542	0,000	0,005
Utilise actuellement le condom	0,032	0,005	1560	1642	1,180	0,165	0,021	0,042
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	1560	1642	0,850	0,305	0,002	0,008
Utilise actuellement la continence périodique	0,021	0,004	1560	1642	1,151	0,197	0,013	0,030
Utilise une source du secteur public	0,336	0,025	287	299	0,887	0,074	0,286	0,385
Ne veut plus d'enfants	0,225	0,013	1560	1642	1,249	0,059	0,199	0,251
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,254	0,013	1560	1642	1,135	0,049	0,229	0,279
Nombre d'enfants idéal	4,920	0,073	2189	2315	1,796	0,015	4,775	5,066
Mères reçu injection antitétanique	0,921	0,014	1013	1075	1,630	0,015	0,893	0,948
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,807	0,026	1371	1438	2,003	0,032	0,755	0,858
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,154	0,011	1242	1304	1,043	0,073	0,131	0,176
A reçu le traitement SRO	0,520	0,050	173	200	1,302	0,095	0,421	0,619
A consulté du personnel médical	0,429	0,044	173	200	1,168	0,103	0,341	0,518
Ayant une carte de santé, vue	0,674	0,035	230	247	1,112	0,051	0,605	0,743
A reçu vaccination BCG	0,899	0,022	230	247	1,125	0,025	0,855	0,944
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,586	0,044	230	247	1,334	0,075	0,498	0,675
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,565	0,041	230	247	1,227	0,072	0,483	0,646
A reçu vaccination rougeole	0,548	0,053	230	247	1,573	0,097	0,442	0,654
Vacciné contre toutes les maladies	0,403	0,054	230	247	1,639	0,133	0,296	0,510
Poids pour taille (-2ET)	0,087	0,011	616	627	0,978	0,131	0,064	0,110
Taille pour âge (-2ET)	0,226	0,018	616	627	1,012	0,078	0,191	0,262
Poids pour âge (-2ET)	0,184	0,016	616	627	0,945	0,085	0,152	0,215
Anémie chez les enfants	0,727	0,025	596	610	1,278	0,034	0,678	0,777
Anémie chez les femmes	0,493	0,025	1127	1175	1,692	0,051	0,443	0,544
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,114	0,009	1055	1093	0,946	0,082	0,095	0,132
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,404	0,150	na	6679	1,020	0,034	4,104	4,705
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,791	4,883	2901	3049	1,193	0,107	36,026	55,556
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	35,976	4,149	2905	3052	1,071	0,115	27,679	44,273
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	81,767	6,893	2905	3052	1,247	0,084	67,981	95,553
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	55,850	5,745	2927	3078	1,170	0,103	44,359	67,340
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	133,050	9,154	2931	3081	1,278	0,069	114,742	151,357
Prévalence VIH	0,039	0,007	1147	1199	1,303	0,190	0,024	0,054
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1147	1226	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,733	0,019	1147	1226	1,441	0,026	0,695	0,770
Sans instruction	0,239	0,017	1147	1226	1,334	0,070	0,205	0,272
Instruction post-primaire ou plus	0,603	0,021	1147	1226	1,427	0,034	0,562	0,644
Jamais marié (en union)	0,469	0,017	1147	1226	1,126	0,035	0,436	0,502
Actuellement marié (en union)	0,465	0,016	1147	1226	1,118	0,035	0,432	0,498
Prévalence VIH (15-49)	0,006	0,003	903	1055	0,964	0,398	0,001	0,012
Prévalence VIH (15-59)	0,012	0,004	1013	1182	1,024	0,287	0,005	0,020

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage – Echantillon Rural, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	5599	5482	na	na	0,000	0,000
Alphabétisée	0,065	0,008	5599	5482	2,473	0,126	0,048	0,081
Sans instruction	0,881	0,011	5599	5482	2,525	0,012	0,859	0,903
Instruction post-primaire ou plus	0,033	0,005	5599	5482	2,280	0,165	0,022	0,044
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,341	0,015	5807	5812	1,962	0,043	0,311	0,370
Jamais mariée (en union)	0,115	0,008	5599	5482	1,797	0,067	0,100	0,130
Actuellement mariée (en union)	0,848	0,009	5599	5482	1,809	0,010	0,831	0,866
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,885	0,008	4592	4483	1,704	0,009	0,869	0,901
Actuellement enceinte	0,106	0,005	5599	5482	1,263	0,049	0,096	0,117
Enfants nés vivants	3,804	0,054	5599	5482	1,380	0,014	3,696	3,912
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,598	0,091	1261	1227	1,219	0,014	6,415	6,781
Enfants survivants	2,880	0,036	5599	5482	1,225	0,013	2,807	2,952
Connaît une méthode contraceptive	0,914	0,008	4767	4650	2,021	0,009	0,897	0,930
A utilisé une méthode	0,180	0,018	4767	4650	3,289	0,102	0,144	0,217
Utilise actuellement une méthode	0,070	0,008	4767	4650	2,191	0,115	0,054	0,087
Utilise actuellement la pilule	0,008	0,002	4767	4650	1,210	0,191	0,005	0,012
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	4767	4650	1,438	1,002	0,000	0,001
Utilise actuellement le condom	0,003	0,001	4767	4650	1,334	0,342	0,001	0,005
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,001	0,000	4767	4650	0,967	0,423	0,000	0,002
Utilise actuellement la continence périodique	0,005	0,001	4767	4650	1,248	0,245	0,003	0,008
Utilise une source du secteur public	0,408	0,057	134	133	1,347	0,141	0,293	0,523
Ne veut plus d'enfants	0,217	0,007	4767	4650	1,094	0,030	0,204	0,231
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,342	0,009	4767	4650	1,332	0,027	0,324	0,360
Nombre d'enfants idéal	5,954	0,067	4820	4805	2,034	0,011	5,821	6,087
Mères reçu injection antitétanique	0,703	0,026	3441	3372	3,350	0,037	0,651	0,756
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,256	0,019	4993	4932	2,583	0,075	0,218	0,294
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,160	0,009	4399	4343	1,559	0,055	0,143	0,178
A reçu le traitement SRO	0,277	0,024	653	697	1,369	0,086	0,229	0,325
A consulté du personnel médical	0,223	0,023	653	697	1,432	0,105	0,176	0,270
Ayant une carte de santé, vue	0,496	0,033	885	871	1,924	0,066	0,431	0,561
A reçu vaccination BCG	0,765	0,028	885	871	1,970	0,037	0,708	0,821
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,490	0,029	885	871	1,738	0,060	0,431	0,549
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,483	0,030	885	871	1,791	0,063	0,423	0,544
A reçu vaccination rougeole	0,489	0,030	885	871	1,772	0,061	0,429	0,549
Vacciné contre toutes les maladies	0,364	0,027	885	871	1,667	0,075	0,309	0,418
Poids pour taille (-2ET)	0,096	0,008	2119	2159	1,271	0,085	0,080	0,113
Taille pour âge (-2ET)	0,384	0,014	2119	2159	1,344	0,038	0,355	0,413
Poids pour âge (-2ET)	0,280	0,013	2119	2159	1,276	0,047	0,254	0,306
Anémie chez les enfants	0,778	0,011	1981	1989	1,150	0,014	0,756	0,800
Anémie chez les femmes	0,551	0,011	2754	2712	1,203	0,021	0,528	0,573
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,140	0,009	2401	2358	1,317	0,066	0,122	0,159
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,315	0,117	na	15253	1,405	0,019	6,080	6,549
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	57,527	2,895	10549	10384	1,121	0,050	51,737	63,317
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	60,497	3,153	10566	10399	1,256	0,052	54,190	66,804
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	118,024	4,438	10571	10405	1,251	0,038	109,147	126,900
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	97,384	3,727	10724	10554	1,089	0,038	89,929	104,838
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	203,914	5,574	10751	10581	1,213	0,027	192,765	215,062
Prévalence VIH	0,009	0,002	2727	2573	1,298	0,258	0,004	0,014
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	2027	1948	na	na	0,000	0,000
Alphabétisé	0,258	0,022	2027	1948	2,278	0,086	0,213	0,302
Sans instruction	0,684	0,022	2027	1948	2,170	0,033	0,639	0,729
Instruction post-primaire ou plus	0,144	0,016	2027	1948	2,061	0,112	0,112	0,176
Jamais marié (en union)	0,300	0,012	2027	1948	1,215	0,041	0,276	0,325
Actuellement marié (en union)	0,672	0,012	2027	1948	1,150	0,018	0,648	0,696
Prévalence VIH (15-49)	0,011	0,003	1600	1561	1,107	0,260	0,005	0,017
Prévalence VIH (15-59)	0,010	0,002	1949	1882	1,095	0,249	0,005	0,015

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage – Echantillon Boké, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,272	0,021	1037	941	1,522	0,077	0,230	0,314
Alphabétisée	0,127	0,031	1037	941	3,000	0,244	0,065	0,189
Sans instruction	0,820	0,031	1037	941	2,574	0,037	0,759	0,881
Instruction post-primaire ou plus	0,078	0,025	1037	941	2,998	0,320	0,028	0,128
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,391	0,029	1035	951	1,550	0,074	0,333	0,449
Jamais mariée (en union)	0,150	0,017	1037	941	1,511	0,112	0,117	0,184
Actuellement mariée (en union)	0,819	0,018	1037	941	1,535	0,022	0,782	0,855
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,846	0,025	826	752	1,951	0,029	0,796	0,895
Actuellement enceinte	0,103	0,013	1037	941	1,371	0,125	0,078	0,129
Enfants nés vivants	3,408	0,148	1037	941	1,658	0,044	3,111	3,705
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,977	0,264	202	186	1,324	0,044	5,449	6,506
Enfants survivants	2,719	0,101	1037	941	1,411	0,037	2,516	2,921
Connaît une méthode contraceptive	0,958	0,017	846	771	2,423	0,017	0,925	0,992
A utilisé une méthode	0,107	0,023	846	771	2,163	0,214	0,061	0,154
Utilise actuellement une méthode	0,053	0,014	846	771	1,777	0,259	0,026	0,080
Utilise actuellement la pilule	0,005	0,003	846	771	1,162	0,540	0,000	0,011
Utilise actuellement le DIU	0,001	0,001	846	771	0,915	1,009	0,000	0,003
Utilise actuellement le condom	0,009	0,003	846	771	0,971	0,356	0,003	0,015
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,000	0,000	846	771	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement la continence périodique	0,004	0,002	846	771	1,082	0,607	0,000	0,008
Utilise une source du secteur public	0,282	0,088	31	25	1,072	0,312	0,106	0,458
Ne veut plus d'enfants	0,193	0,020	846	771	1,449	0,102	0,154	0,232
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,256	0,022	846	771	1,482	0,087	0,211	0,300
Nombre d'enfants idéal	5,614	0,130	955	868	2,163	0,023	5,354	5,873
Mères reçu injection antitétanique	0,726	0,033	557	506	1,720	0,045	0,661	0,791
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,262	0,042	812	743	2,244	0,161	0,177	0,346
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,170	0,018	724	661	1,271	0,107	0,134	0,206
A reçu le traitement SRO	0,184	0,050	121	112	1,434	0,273	0,083	0,285
A consulté du personnel médical	0,230	0,035	121	112	0,928	0,154	0,159	0,301
Ayant une carte de santé, vue	0,447	0,046	145	130	1,089	0,102	0,356	0,539
A reçu vaccination BCG	0,805	0,036	145	130	1,082	0,045	0,734	0,877
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,418	0,067	145	130	1,600	0,160	0,285	0,552
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,429	0,065	145	130	1,545	0,151	0,300	0,559
A reçu vaccination rougeole	0,528	0,048	145	130	1,128	0,090	0,433	0,623
Vacciné contre toutes les maladies	0,323	0,059	145	130	1,486	0,183	0,205	0,442
Poids pour taille (-2ET)	0,058	0,013	322	295	0,978	0,220	0,033	0,084
Taille pour âge (-2ET)	0,267	0,022	322	295	0,798	0,083	0,223	0,311
Poids pour âge (-2ET)	0,187	0,018	322	295	0,786	0,095	0,152	0,223
Anémie chez les enfants	0,691	0,018	320	290	0,697	0,026	0,655	0,727
Anémie chez les femmes	0,481	0,021	523	475	0,950	0,043	0,440	0,523
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,119	0,014	461	417	0,955	0,121	0,090	0,148
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,539	0,187	na	2580	0,979	0,034	5,164	5,913
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	46,296	5,776	1749	1599	0,992	0,125	34,744	57,849
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	44,571	6,726	1754	1604	1,252	0,151	31,118	58,023
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	90,867	8,267	1756	1606	1,052	0,091	74,334	107,400
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	87,114	9,625	1776	1624	1,154	0,110	67,863	106,364
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	170,065	13,578	1785	1632	1,149	0,080	142,909	197,222
Prévalence VIH	0,014	0,005	525	450	0,996	0,363	0,004	0,024
HOMMES								
Milieu urbain	0,280	0,034	377	340	1,461	0,121	0,212	0,348
Alphabétisé	0,336	0,037	377	340	1,528	0,111	0,262	0,411
Sans instruction	0,594	0,035	377	340	1,367	0,058	0,525	0,663
Instruction post-primaire ou plus	0,243	0,034	377	340	1,545	0,141	0,174	0,311
Jamais marié (en union)	0,324	0,030	377	340	1,263	0,094	0,263	0,385
Actuellement marié (en union)	0,645	0,033	377	340	1,351	0,052	0,578	0,711
Prévalence VIH (15-49)	0,008	0,005	303	273	0,892	0,580	0,000	0,017
Prévalence VIH (15-59)	0,009	0,005	366	330	0,949	0,509	0,000	0,019

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage – Echantillon Conakry, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	941	1192	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,426	0,030	941	1192	1,859	0,070	0,366	0,486
Sans instruction	0,465	0,026	941	1192	1,617	0,057	0,412	0,517
Instruction post-primaire ou plus	0,336	0,026	941	1192	1,657	0,076	0,284	0,387
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,774	0,016	790	953	0,988	0,020	0,742	0,805
Jamais mariée (en union)	0,247	0,017	941	1192	1,229	0,070	0,212	0,281
Actuellement mariée (en union)	0,690	0,019	941	1192	1,255	0,027	0,652	0,728
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,673	0,020	712	901	1,117	0,029	0,634	0,713
Actuellement enceinte	0,078	0,012	941	1192	1,338	0,150	0,054	0,101
Enfants nés vivants	2,206	0,077	941	1192	0,973	0,035	2,052	2,360
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,277	0,259	133	164	1,142	0,049	4,759	5,794
Enfants survivants	1,910	0,068	941	1192	1,006	0,036	1,774	2,046
Connaît une méthode contraceptive	0,963	0,011	640	823	1,476	0,011	0,942	0,985
A utilisé une méthode	0,421	0,029	640	823	1,470	0,068	0,364	0,479
Utilise actuellement une méthode	0,181	0,017	640	823	1,146	0,096	0,146	0,216
Utilise actuellement la pilule	0,045	0,010	640	823	1,192	0,218	0,025	0,064
Utilise actuellement le DIU	0,003	0,002	640	823	1,069	0,761	0,000	0,008
Utilise actuellement le condom	0,043	0,008	640	823	1,049	0,197	0,026	0,059
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,007	0,002	640	823	0,662	0,323	0,002	0,011
Utilise actuellement la continence périodique	0,031	0,007	640	823	1,085	0,238	0,016	0,046
Utilise une source du secteur public	0,303	0,038	122	154	0,910	0,125	0,227	0,379
Ne veut plus d'enfants	0,226	0,018	640	823	1,115	0,082	0,189	0,263
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,174	0,016	640	823	1,082	0,093	0,142	0,206
Nombre d'enfants idéal	4,558	0,102	872	1103	1,650	0,022	4,353	4,762
Mères reçu injection antitétanique	0,945	0,014	385	494	1,249	0,015	0,916	0,974
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,898	0,021	505	641	1,364	0,023	0,856	0,940
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,200	0,020	470	600	1,004	0,098	0,160	0,239
A reçu le traitement SRO	0,597	0,063	91	120	1,172	0,106	0,470	0,723
A consulté du personnel médical	0,450	0,058	91	120	1,048	0,128	0,335	0,566
Ayant une carte de santé, vue	0,657	0,050	89	115	0,996	0,076	0,556	0,757
A reçu vaccination BCG	0,890	0,033	89	115	0,997	0,037	0,825	0,956
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,496	0,069	89	115	1,293	0,140	0,358	0,635
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,471	0,070	89	115	1,302	0,148	0,332	0,611
A reçu vaccination rougeole	0,495	0,078	89	115	1,451	0,157	0,340	0,651
Vacciné contre toutes les maladies	0,400	0,060	89	115	1,146	0,150	0,280	0,519
Poids pour taille (-2ET)	0,087	0,021	199	241	1,036	0,244	0,045	0,130
Taille pour âge (-2ET)	0,210	0,029	199	241	0,985	0,137	0,153	0,268
Poids pour âge (-2ET)	0,213	0,030	199	241	1,043	0,141	0,153	0,274
Anémie chez les enfants	0,679	0,030	200	246	0,915	0,043	0,620	0,738
Anémie chez les femmes	0,541	0,037	425	541	1,527	0,068	0,467	0,615
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,122	0,017	401	508	1,013	0,136	0,089	0,155
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,084	0,213	na	3267	0,938	0,052	3,659	4,510
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	37,438	7,845	1065	1351	1,346	0,210	21,749	53,127
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	22,243	4,980	1065	1351	1,030	0,224	12,283	32,203
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	59,681	9,864	1065	1351	1,329	0,165	39,952	79,409
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	34,599	6,477	1072	1361	1,043	0,187	21,644	47,554
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	92,215	10,681	1072	1361	1,180	0,116	70,852	113,577
Prévalence VIH	0,034	0,010	438	596	1,105	0,280	0,015	0,054
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	519	677	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,743	0,025	519	677	1,326	0,034	0,692	0,794
Sans instruction	0,231	0,025	519	677	1,329	0,107	0,182	0,280
Instruction post-primaire ou plus	0,613	0,033	519	677	1,524	0,053	0,548	0,678
Jamais marié (en union)	0,400	0,026	519	677	1,197	0,064	0,349	0,452
Actuellement marié (en union)	0,508	0,026	519	677	1,184	0,051	0,456	0,560
Prévalence VIH (15-49)	0,006	0,004	377	584	0,874	0,569	0,000	0,013
Prévalence VIH (15-59)	0,013	0,005	417	648	0,956	0,411	0,002	0,023

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage – Echantillon Faranah, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,221	0,029	971	619	2,210	0,133	0,163	0,280
Alphabétisée	0,124	0,016	971	619	1,492	0,127	0,092	0,155
Sans instruction	0,801	0,025	971	619	1,955	0,031	0,751	0,851
Instruction post-primaire ou plus	0,084	0,012	971	619	1,400	0,148	0,059	0,109
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,383	0,038	1013	666	1,974	0,099	0,307	0,459
Jamais mariée (en union)	0,141	0,019	971	619	1,720	0,136	0,103	0,180
Actuellement mariée (en union)	0,828	0,020	971	619	1,672	0,024	0,787	0,868
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,888	0,014	772	492	1,245	0,016	0,859	0,916
Actuellement enceinte	0,127	0,013	971	619	1,221	0,103	0,101	0,153
Enfants nés vivants	3,415	0,089	971	619	1,023	0,026	3,238	3,592
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,330	0,177	195	121	1,009	0,028	5,976	6,684
Enfants survivants	2,689	0,074	971	619	1,090	0,028	2,541	2,837
Connaît une méthode contraceptive	0,947	0,013	804	512	1,583	0,013	0,922	0,972
A utilisé une méthode	0,513	0,069	804	512	3,920	0,135	0,375	0,651
Utilise actuellement une méthode	0,186	0,026	804	512	1,876	0,139	0,134	0,237
Utilise actuellement la pilule	0,023	0,007	804	512	1,256	0,291	0,009	0,036
Utilise actuellement le DIU	0,002	0,002	804	512	1,124	0,992	0,000	0,005
Utilise actuellement le condom	0,006	0,002	804	512	0,773	0,349	0,002	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,002	804	512	1,057	0,714	0,000	0,007
Utilise actuellement la continence périodique	0,008	0,003	804	512	1,015	0,404	0,001	0,014
Utilise une source du secteur public	0,460	0,056	67	44	0,920	0,123	0,347	0,573
Ne veut plus d'enfants	0,226	0,022	804	512	1,496	0,098	0,182	0,270
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,403	0,020	804	512	1,155	0,050	0,363	0,443
Nombre d'enfants idéal	5,537	0,118	836	537	1,916	0,021	5,300	5,774
Mères reçu injection antitétanique	0,801	0,050	601	387	3,103	0,063	0,701	0,902
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,326	0,038	834	539	1,978	0,117	0,250	0,402
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,135	0,014	745	481	1,156	0,106	0,107	0,164
A reçu le traitement SRO	0,334	0,054	102	65	1,148	0,162	0,226	0,442
A consulté du personnel médical	0,265	0,048	102	65	1,084	0,180	0,170	0,360
Ayant une carte de santé, vue	0,550	0,062	150	95	1,493	0,113	0,426	0,675
A reçu vaccination BCG	0,817	0,057	150	95	1,774	0,069	0,704	0,930
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,513	0,054	150	95	1,291	0,105	0,405	0,621
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,504	0,056	150	95	1,343	0,112	0,391	0,616
A reçu vaccination rougeole	0,533	0,074	150	95	1,773	0,139	0,385	0,681
Vacciné contre toutes les maladies	0,408	0,068	150	95	1,643	0,166	0,273	0,543
Poids pour taille (-2ET)	0,128	0,015	383	253	0,867	0,116	0,098	0,157
Taille pour âge (-2ET)	0,311	0,018	383	253	0,762	0,058	0,275	0,347
Poids pour âge (-2ET)	0,278	0,024	383	253	1,057	0,087	0,230	0,327
Anémie chez les enfants	0,848	0,023	378	247	1,253	0,028	0,801	0,895
Anémie chez les femmes	0,572	0,027	486	307	1,202	0,047	0,517	0,626
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,151	0,022	427	270	1,252	0,144	0,108	0,195
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,278	0,255	na	1723	1,459	0,041	5,768	6,787
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	71,877	8,954	1770	1143	1,251	0,125	53,969	89,785
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	48,665	7,317	1775	1146	1,314	0,150	34,031	63,299
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	120,542	13,814	1775	1146	1,540	0,115	92,913	148,171
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	73,591	5,547	1789	1154	0,749	0,075	62,497	84,684
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	185,262	13,589	1794	1158	1,284	0,073	158,083	212,441
Prévalence VIH	0,020	0,008	488	284	1,209	0,387	0,004	0,035
HOMMES								
Milieu urbain	0,266	0,046	359	219	1,983	0,174	0,174	0,359
Alphabétisé	0,422	0,051	359	219	1,935	0,120	0,321	0,523
Sans instruction	0,481	0,053	359	219	1,994	0,109	0,376	0,587
Instruction post-primaire ou plus	0,333	0,049	359	219	1,974	0,148	0,235	0,431
Jamais marié (en union)	0,345	0,039	359	219	1,566	0,114	0,266	0,424
Actuellement marié (en union)	0,642	0,040	359	219	1,595	0,063	0,562	0,723
Prévalence VIH (15-49)	0,011	0,006	308	185	1,077	0,578	0,000	0,024
Prévalence VIH (15-59)	0,010	0,006	356	213	1,078	0,577	0,000	0,021

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage – Echantillon Kankan, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,145	0,018	1018	935	1,659	0,127	0,108	0,181
Alphabétisée	0,070	0,011	1018	935	1,318	0,151	0,049	0,091
Sans instruction	0,897	0,015	1018	935	1,542	0,016	0,867	0,926
Instruction post-primaire ou plus	0,038	0,006	1018	935	1,077	0,170	0,025	0,051
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,292	0,023	1126	1098	1,348	0,077	0,247	0,337
Jamais mariée (en union)	0,095	0,012	1018	935	1,283	0,124	0,071	0,118
Actuellement mariée (en union)	0,889	0,011	1018	935	1,121	0,012	0,866	0,911
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,856	0,015	819	755	1,184	0,017	0,827	0,885
Actuellement enceinte	0,130	0,009	1018	935	0,819	0,066	0,113	0,147
Enfants nés vivants	4,058	0,112	1018	935	1,160	0,028	3,833	4,283
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,404	0,273	202	186	1,427	0,037	6,858	7,950
Enfants survivants	3,068	0,075	1018	935	1,034	0,025	2,917	3,218
Connaît une méthode contraceptive	0,981	0,007	888	830	1,570	0,007	0,967	0,996
A utilisé une méthode	0,323	0,076	888	830	4,865	0,236	0,170	0,476
Utilise actuellement une méthode	0,138	0,033	888	830	2,872	0,241	0,071	0,204
Utilise actuellement la pilule	0,011	0,004	888	830	1,055	0,341	0,003	0,018
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	888	830	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,011	0,005	888	830	1,404	0,454	0,001	0,020
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,002	888	830	0,947	0,624	0,000	0,006
Utilise actuellement la continence périodique	0,003	0,002	888	830	0,878	0,565	0,000	0,006
Utilise une source du secteur public	0,566	0,082	59	51	1,260	0,145	0,402	0,730
Ne veut plus d'enfants	0,201	0,012	888	830	0,918	0,062	0,176	0,225
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,400	0,022	888	830	1,365	0,056	0,356	0,445
Nombre d'enfants idéal	6,483	0,138	956	867	1,769	0,021	6,207	6,760
Mères reçu injection antitétanique	0,715	0,029	676	631	1,665	0,040	0,657	0,772
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,392	0,044	1035	970	2,396	0,113	0,303	0,480
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,109	0,017	900	837	1,586	0,154	0,075	0,142
A reçu le traitement SRO	0,310	0,037	86	91	0,742	0,118	0,237	0,384
A consulté du personnel médical	0,118	0,034	86	91	1,057	0,292	0,049	0,187
Ayant une carte de santé, vue	0,542	0,064	174	165	1,704	0,119	0,413	0,670
A reçu vaccination BCG	0,767	0,031	174	165	0,974	0,040	0,706	0,829
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,544	0,058	174	165	1,547	0,107	0,427	0,660
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,560	0,052	174	165	1,385	0,093	0,456	0,664
A reçu vaccination rougeole	0,476	0,050	174	165	1,307	0,104	0,377	0,575
Vacciné contre toutes les maladies	0,405	0,057	174	165	1,520	0,140	0,292	0,519
Poids pour taille (-2ET)	0,104	0,024	492	476	1,742	0,233	0,055	0,153
Taille pour âge (-2ET)	0,431	0,033	492	476	1,471	0,077	0,364	0,497
Poids pour âge (-2ET)	0,301	0,024	492	476	1,039	0,078	0,253	0,348
Anémie chez les enfants	0,795	0,024	424	415	1,214	0,030	0,747	0,843
Anémie chez les femmes	0,632	0,019	494	460	0,862	0,029	0,595	0,669
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,148	0,020	429	400	1,199	0,138	0,107	0,189
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	7,304	0,291	na	2614	1,327	0,040	6,721	7,887
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	50,257	4,583	2154	2022	0,849	0,091	41,091	59,423
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	73,128	6,439	2158	2025	1,095	0,088	60,250	86,006
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	123,385	7,043	2159	2027	0,913	0,057	109,298	137,472
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	95,690	8,645	2182	2048	1,224	0,090	78,401	112,979
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	207,268	10,286	2188	2053	1,059	0,050	186,695	227,841
Prévalence VIH	0,012	0,004	508	454	0,758	0,309	0,004	0,019
HOMMES								
Milieu urbain	0,197	0,033	406	358	1,656	0,166	0,132	0,263
Alphabétisé	0,263	0,037	406	358	1,696	0,141	0,189	0,337
Sans instruction	0,705	0,046	406	358	2,017	0,065	0,614	0,797
Instruction post-primaire ou plus	0,187	0,033	406	358	1,680	0,174	0,121	0,252
Jamais marié (en union)	0,307	0,033	406	358	1,456	0,109	0,240	0,374
Actuellement marié (en union)	0,685	0,034	406	358	1,452	0,049	0,618	0,752
Prévalence VIH (15-49)	0,013	0,007	321	296	1,033	0,498	0,000	0,026
Prévalence VIH (15-59)	0,015	0,006	372	344	1,007	0,427	0,002	0,027

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage – Echantillon Kindia, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,180	0,021	1154	1155	1,861	0,117	0,138	0,222
Alphabétisée	0,120	0,021	1154	1155	2,235	0,178	0,078	0,163
Sans instruction	0,841	0,024	1154	1155	2,224	0,029	0,793	0,889
Instruction post-primaire ou plus	0,070	0,013	1154	1155	1,769	0,190	0,044	0,097
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,460	0,028	1079	1125	1,497	0,062	0,403	0,517
Jamais mariée (en union)	0,161	0,016	1154	1155	1,456	0,098	0,129	0,192
Actuellement mariée (en union)	0,821	0,018	1154	1155	1,599	0,022	0,785	0,857
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,879	0,018	937	934	1,652	0,020	0,844	0,915
Actuellement enceinte	0,080	0,009	1154	1155	1,065	0,106	0,063	0,097
Enfants nés vivants	3,688	0,122	1154	1155	1,370	0,033	3,445	3,931
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,772	0,193	283	284	1,247	0,028	6,387	7,158
Enfants survivants	2,800	0,087	1154	1155	1,293	0,031	2,625	2,974
Connaît une méthode contraceptive	0,868	0,029	945	948	2,657	0,034	0,810	0,927
A utilisé une méthode	0,120	0,027	945	948	2,522	0,222	0,067	0,173
Utilise actuellement une méthode	0,060	0,014	945	948	1,803	0,232	0,032	0,088
Utilise actuellement la pilule	0,013	0,004	945	948	0,953	0,265	0,006	0,021
Utilise actuellement le DIU	0,002	0,002	945	948	1,428	1,009	0,000	0,006
Utilise actuellement le condom	0,000	0,000	945	948	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,001	0,001	945	948	0,970	0,986	0,000	0,003
Utilise actuellement la continence périodique	0,005	0,002	945	948	1,009	0,485	0,000	0,009
Utilise une source du secteur public	0,498	0,060	51	51	0,854	0,121	0,377	0,619
Ne veut plus d'enfants	0,215	0,018	945	948	1,382	0,086	0,178	0,251
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,371	0,019	945	948	1,207	0,051	0,333	0,409
Nombre d'enfants idéal	5,872	0,139	1080	1079	1,830	0,024	5,593	6,150
Mères reçu injection antitétanique	0,765	0,046	646	648	2,743	0,060	0,673	0,856
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,297	0,040	946	948	2,148	0,134	0,218	0,377
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,138	0,016	833	835	1,300	0,118	0,105	0,170
A reçu le traitement SRO	0,367	0,053	113	115	1,092	0,143	0,262	0,473
A consulté du personnel médical	0,320	0,056	113	115	1,203	0,176	0,207	0,432
Ayant une carte de santé, vue	0,606	0,066	156	152	1,631	0,109	0,474	0,738
A reçu vaccination BCG	0,780	0,054	156	152	1,601	0,069	0,671	0,888
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,563	0,052	156	152	1,283	0,093	0,458	0,667
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,586	0,048	156	152	1,189	0,082	0,489	0,682
A reçu vaccination rougeole	0,493	0,062	156	152	1,499	0,125	0,369	0,617
Vacciné contre toutes les maladies	0,433	0,067	156	152	1,655	0,156	0,298	0,568
Poids pour taille (-2ET)	0,080	0,016	406	419	1,231	0,204	0,047	0,113
Taille pour âge (-2ET)	0,345	0,025	406	419	1,036	0,073	0,295	0,395
Poids pour âge (-2ET)	0,252	0,029	406	419	1,279	0,117	0,193	0,311
Anémie chez les enfants	0,707	0,030	372	385	1,251	0,043	0,646	0,767
Anémie chez les femmes	0,456	0,023	560	560	1,081	0,050	0,411	0,502
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,124	0,016	498	497	1,087	0,130	0,092	0,156
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,891	0,255	na	3170	1,257	0,043	5,380	6,402
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	61,010	5,948	1960	1964	0,962	0,097	49,113	72,907
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	53,757	6,524	1962	1967	1,168	0,121	40,709	66,806
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	114,768	9,122	1963	1968	1,119	0,079	96,523	133,012
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	108,640	8,460	2000	2004	0,999	0,078	91,719	125,560
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	210,939	10,685	2004	2009	0,978	0,051	189,568	232,310
Prévalence VIH	0,010	0,003	511	526	0,804	0,359	0,003	0,017
HOMMES								
Milieu urbain	0,178	0,012	435	409	0,651	0,067	0,154	0,202
Alphabétisé	0,265	0,028	435	409	1,311	0,105	0,210	0,321
Sans instruction	0,682	0,028	435	409	1,266	0,041	0,626	0,739
Instruction post-primaire ou plus	0,164	0,025	435	409	1,398	0,151	0,115	0,214
Jamais marié (en union)	0,376	0,023	435	409	0,973	0,060	0,330	0,421
Actuellement marié (en union)	0,609	0,022	435	409	0,939	0,036	0,565	0,653
Prévalence VIH (15-49)	0,009	0,007	334	332	1,290	0,740	0,000	0,022
Prévalence VIH (15-59)	0,008	0,006	399	397	1,296	0,744	0,000	0,019

na = Non applicable

Tableau B.10 Erreurs de sondage – Echantillon Labé, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,096	0,010	857	817	0,973	0,102	0,076	0,115
Alphabétisée	0,114	0,017	857	817	1,532	0,146	0,081	0,147
Sans instruction	0,859	0,017	857	817	1,461	0,020	0,824	0,894
Instruction post-primaire ou plus	0,067	0,011	857	817	1,232	0,157	0,046	0,089
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,365	0,021	956	962	1,109	0,058	0,323	0,407
Jamais mariée (en union)	0,150	0,020	857	817	1,659	0,135	0,109	0,190
Actuellement mariée (en union)	0,781	0,022	857	817	1,566	0,028	0,737	0,825
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,861	0,017	691	669	1,283	0,020	0,828	0,895
Actuellement enceinte	0,082	0,011	857	817	1,134	0,129	0,061	0,104
Enfants nés vivants	3,474	0,087	857	817	0,904	0,025	3,300	3,649
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,087	0,175	204	200	0,951	0,029	5,737	6,438
Enfants survivants	2,764	0,048	857	817	0,635	0,017	2,668	2,861
Connaît une méthode contraceptive	0,800	0,025	657	638	1,596	0,031	0,750	0,850
A utilisé une méthode	0,059	0,013	657	638	1,367	0,213	0,034	0,084
Utilise actuellement une méthode	0,013	0,004	657	638	0,886	0,301	0,005	0,021
Utilise actuellement la pilule	0,003	0,002	657	638	0,845	0,600	0,000	0,007
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	657	638	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,003	0,002	657	638	1,056	0,741	0,000	0,008
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,000	0,000	657	638	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement la continence périodique	0,000	0,000	657	638	na	na	0,000	0,000
Utilise une source du secteur public	0,138	0,104	15	11	1,130	0,754	0,000	0,347
Ne veut plus d'enfants	0,218	0,014	657	638	0,867	0,064	0,190	0,246
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,228	0,028	657	638	1,683	0,121	0,173	0,283
Nombre d'enfants idéal	5,894	0,170	601	559	1,558	0,029	5,555	6,234
Mères reçu injection antitétanique	0,682	0,051	456	444	2,341	0,074	0,581	0,783
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,202	0,025	635	621	1,364	0,122	0,153	0,251
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,132	0,020	580	568	1,377	0,155	0,091	0,173
A reçu le traitement SRO	0,222	0,061	77	75	1,272	0,275	0,100	0,345
A consulté du personnel médical	0,173	0,047	77	75	1,049	0,271	0,079	0,267
Ayant une carte de santé, vue	0,375	0,042	108	108	0,895	0,111	0,292	0,458
A reçu vaccination BCG	0,710	0,055	108	108	1,292	0,078	0,599	0,821
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,464	0,066	108	108	1,375	0,142	0,333	0,596
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,491	0,069	108	108	1,450	0,141	0,352	0,629
A reçu vaccination rougeole	0,318	0,047	108	108	1,032	0,148	0,224	0,412
Vacciné contre toutes les maladies	0,262	0,053	108	108	1,229	0,204	0,155	0,368
Poids pour taille (-2ET)	0,116	0,023	255	254	1,122	0,197	0,070	0,162
Taille pour âge (-2ET)	0,346	0,037	255	254	1,131	0,106	0,273	0,420
Poids pour âge (-2ET)	0,276	0,031	255	254	1,029	0,111	0,215	0,338
Anémie chez les enfants	0,629	0,030	238	237	0,986	0,048	0,569	0,690
Anémie chez les femmes	0,420	0,033	396	376	1,324	0,078	0,354	0,486
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,270	0,036	369	350	1,570	0,135	0,197	0,343
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,648	0,241	na	2259	1,117	0,043	5,167	6,129
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	48,501	7,566	1386	1356	1,269	0,156	33,369	63,634
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	51,963	7,396	1387	1357	1,142	0,142	37,171	66,755
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	100,464	11,622	1387	1357	1,359	0,116	77,220	123,709
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	75,550	9,377	1403	1373	1,105	0,124	56,796	94,305
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	168,425	13,133	1404	1373	1,178	0,078	142,158	194,691
Prévalence VIH	0,017	0,008	403	373	1,301	0,492	0,000	0,034
HOMMES								
Milieu urbain	0,128	0,020	256	224	0,939	0,154	0,089	0,167
Alphabétisé	0,273	0,029	256	224	1,053	0,108	0,214	0,332
Sans instruction	0,700	0,032	256	224	1,122	0,046	0,636	0,764
Instruction post-primaire ou plus	0,182	0,032	256	224	1,320	0,175	0,118	0,246
Jamais marié (en union)	0,328	0,033	256	224	1,111	0,100	0,263	0,394
Actuellement marié (en union)	0,590	0,033	256	224	1,072	0,056	0,524	0,656
Prévalence VIH (15-49)	0,021	0,010	189	171	0,961	0,478	0,001	0,041
Prévalence VIH (15-59)	0,019	0,008	238	217	0,925	0,433	0,003	0,035

na = Non applicable

Tableau B.11 Erreurs de sondage – Echantillon Mamou, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,125	0,018	826	544	1,558	0,144	0,089	0,161
Alphabétisée	0,083	0,014	826	544	1,484	0,172	0,054	0,111
Sans instruction	0,898	0,017	826	544	1,630	0,019	0,863	0,932
Instruction post-primaire ou plus	0,048	0,010	826	544	1,285	0,199	0,029	0,067
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,354	0,030	809	541	1,468	0,085	0,294	0,414
Jamais mariée (en union)	0,123	0,013	826	544	1,127	0,105	0,097	0,149
Actuellement mariée (en union)	0,847	0,017	826	544	1,339	0,020	0,813	0,880
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,920	0,014	671	443	1,327	0,015	0,892	0,948
Actuellement enceinte	0,084	0,009	826	544	0,941	0,108	0,066	0,102
Enfants nés vivants	3,664	0,065	826	544	0,664	0,018	3,534	3,794
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,160	0,197	194	129	1,176	0,032	5,766	6,555
Enfants survivants	2,821	0,050	826	544	0,648	0,018	2,722	2,921
Connaît une méthode contraceptive	0,901	0,013	694	460	1,112	0,014	0,876	0,927
A utilisé une méthode	0,059	0,010	694	460	1,069	0,162	0,040	0,079
Utilise actuellement une méthode	0,026	0,008	694	460	1,238	0,287	0,011	0,041
Utilise actuellement la pilule	0,013	0,003	694	460	0,807	0,269	0,006	0,020
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	694	460	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,006	0,003	694	460	1,173	0,592	0,000	0,012
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,001	0,001	694	460	1,002	1,028	0,000	0,004
Utilise actuellement la continence périodique	0,001	0,001	694	460	0,885	1,014	0,000	0,003
Utilise une source du secteur public	0,351	0,085	18	12	0,738	0,243	0,180	0,521
Ne veut plus d'enfants	0,200	0,014	694	460	0,903	0,069	0,173	0,228
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,331	0,026	694	460	1,462	0,079	0,278	0,383
Nombre d'enfants idéal	6,133	0,112	571	375	1,418	0,018	5,910	6,356
Mères reçu injection antitétanique	0,581	0,053	464	308	2,310	0,091	0,476	0,687
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,187	0,029	637	424	1,725	0,157	0,128	0,245
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,106	0,013	557	369	0,932	0,118	0,081	0,132
A reçu le traitement SRO	0,117	0,044	58	39	1,040	0,373	0,030	0,204
A consulté du personnel médical	0,151	0,053	58	39	1,125	0,349	0,045	0,256
Ayant une carte de santé, vue	0,477	0,055	111	74	1,157	0,115	0,367	0,586
A reçu vaccination BCG	0,720	0,073	111	74	1,721	0,102	0,574	0,867
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,543	0,066	111	74	1,395	0,121	0,412	0,675
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,407	0,052	111	74	1,126	0,129	0,302	0,512
A reçu vaccination rougeole	0,509	0,049	111	74	1,033	0,096	0,411	0,606
Vacciné contre toutes les maladies	0,322	0,041	111	74	0,923	0,127	0,240	0,404
Poids pour taille (-2ET)	0,036	0,009	265	179	0,755	0,236	0,019	0,054
Taille pour âge (-2ET)	0,317	0,030	265	179	0,992	0,094	0,258	0,377
Poids pour âge (-2ET)	0,209	0,019	265	179	0,739	0,092	0,171	0,248
Anémie chez les enfants	0,781	0,031	268	180	1,143	0,040	0,719	0,843
Anémie chez les femmes	0,528	0,036	408	267	1,451	0,068	0,456	0,600
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,166	0,026	363	236	1,318	0,156	0,114	0,218
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,605	0,389	na	1502	1,728	0,069	4,826	6,384
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	54,935	5,391	1365	917	0,829	0,098	44,152	65,717
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	48,287	6,438	1367	919	1,087	0,133	35,410	61,163
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	103,221	7,479	1367	919	0,917	0,072	88,263	118,180
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	104,384	7,625	1395	937	0,830	0,073	89,134	119,634
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	196,831	10,489	1397	939	0,872	0,053	175,854	217,808
Prévalence VIH	0,011	0,006	413	255	1,119	0,513	0,000	0,023
HOMMES								
Milieu urbain	0,173	0,021	321	205	0,981	0,120	0,132	0,215
Alphabétisé	0,348	0,045	321	205	1,699	0,130	0,257	0,438
Sans instruction	0,644	0,059	321	205	2,191	0,091	0,526	0,761
Instruction post-primaire ou plus	0,211	0,036	321	205	1,568	0,169	0,140	0,283
Jamais marié (en union)	0,387	0,042	321	205	1,526	0,107	0,303	0,470
Actuellement marié (en union)	0,572	0,039	321	205	1,415	0,068	0,494	0,650
Prévalence VIH (15-49)	0,000	0,000	233	148	na	na	0,000	0,000
Prévalence VIH (15-59)	0,005	0,004	313	199	0,976	0,760	0,000	0,013

na = Non applicable

Tableau B.12 Erreurs de sondage – Echantillon N'Zérékoré, Guinée 2005

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,227	0,040	1150	1752	3,268	0,178	0,147	0,308
Alphabétisée	0,134	0,025	1150	1752	2,527	0,190	0,083	0,184
Sans instruction	0,766	0,031	1150	1752	2,457	0,040	0,705	0,827
Instruction post-primaire ou plus	0,091	0,019	1150	1752	2,235	0,208	0,053	0,129
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,445	0,046	1045	1643	2,571	0,102	0,354	0,536
Jamais mariée (en union)	0,185	0,023	1150	1752	1,973	0,122	0,140	0,231
Actuellement mariée (en union)	0,747	0,028	1150	1752	2,197	0,038	0,691	0,804
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,839	0,021	894	1361	1,721	0,025	0,797	0,881
Actuellement enceinte	0,095	0,012	1150	1752	1,424	0,130	0,070	0,119
Enfants nés vivants	3,504	0,150	1150	1752	1,742	0,043	3,204	3,803
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,536	0,187	225	336	1,054	0,029	6,161	6,911
Enfants survivants	2,609	0,098	1150	1752	1,504	0,038	2,413	2,805
Connaît une méthode contraceptive	0,965	0,008	853	1309	1,220	0,008	0,949	0,980
A utilisé une méthode	0,214	0,026	853	1309	1,842	0,121	0,162	0,265
Utilise actuellement une méthode	0,073	0,012	853	1309	1,365	0,167	0,049	0,097
Utilise actuellement la pilule	0,015	0,005	853	1309	1,157	0,317	0,006	0,025
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	853	1309	na	na	0,000	0,000
Utilise actuellement le condom	0,006	0,003	853	1309	1,104	0,469	0,000	0,013
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,001	853	1309	0,941	0,707	0,000	0,005
Utilise actuellement la continence périodique	0,016	0,004	853	1309	1,046	0,283	0,007	0,025
Utilise une source du secteur public	0,248	0,055	58	84	0,961	0,222	0,138	0,358
Ne veut plus d'enfants	0,251	0,012	853	1309	0,807	0,048	0,227	0,275
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,366	0,013	853	1309	0,808	0,036	0,339	0,392
Nombre d'enfants idéal	5,528	0,137	1138	1731	2,275	0,025	5,253	5,802
Mères reçu injection antitétanique	0,767	0,073	669	1028	4,463	0,095	0,621	0,912
Mères reçu assistance médicale à l'accouchement	0,411	0,054	960	1485	2,845	0,131	0,303	0,519
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,216	0,021	832	1296	1,462	0,099	0,173	0,258
A reçu le traitement SRO	0,328	0,053	178	280	1,486	0,163	0,221	0,434
A consulté du personnel médical	0,279	0,056	178	280	1,625	0,202	0,166	0,391
Ayant une carte de santé, vue	0,556	0,083	182	280	2,238	0,150	0,390	0,723
A reçu vaccination BCG	0,819	0,074	182	280	2,588	0,090	0,671	0,966
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,523	0,070	182	280	1,876	0,134	0,383	0,664
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,495	0,073	182	280	1,941	0,147	0,349	0,641
A reçu vaccination rougeole	0,573	0,083	182	280	2,225	0,145	0,407	0,739
Vacciné contre toutes les maladies	0,376	0,066	182	280	1,833	0,177	0,243	0,509
Poids pour taille (-2ET)	0,108	0,014	413	670	0,890	0,129	0,080	0,137
Taille pour âge (-2ET)	0,400	0,035	413	670	1,449	0,086	0,331	0,470
Poids pour âge (-2ET)	0,279	0,031	413	670	1,325	0,111	0,217	0,341
Anémie chez les enfants	0,871	0,022	377	599	1,214	0,025	0,828	0,915
Anémie chez les femmes	0,589	0,033	589	901	1,618	0,056	0,524	0,655
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,063	0,010	508	772	0,941	0,161	0,043	0,083
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,800	0,291	na	4814	1,615	0,050	5,218	6,382
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	62,616	6,914	2001	3079	1,124	0,110	48,788	76,445
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	69,363	7,268	2003	3081	1,170	0,105	54,827	83,898
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	131,979	10,506	2004	3083	1,227	0,080	110,968	152,990
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	98,719	8,838	2034	3131	1,169	0,090	81,043	116,395
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	217,669	13,606	2038	3137	1,298	0,063	190,457	244,882
Prévalence VIH	0,022	0,010	588	834	1,576	0,434	0,003	0,041
HOMMES								
Milieu urbain	0,254	0,048	501	741	2,446	0,188	0,158	0,349
Alphabétisé	0,479	0,057	501	741	2,560	0,119	0,365	0,594
Sans instruction	0,460	0,052	501	741	2,343	0,114	0,355	0,564
Instruction post-primaire ou plus	0,312	0,040	501	741	1,934	0,128	0,232	0,392
Jamais marié (en union)	0,388	0,019	501	741	0,889	0,050	0,349	0,427
Actuellement marié (en union)	0,582	0,018	501	741	0,817	0,031	0,546	0,618
Prévalence VIH (15-49)	0,009	0,005	438	627	1,039	0,508	0,000	0,019
Prévalence VIH (15-59)	0,009	0,004	501	717	1,020	0,476	0,000	0,018

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE C

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EDSG-III Guinée 2005

	Femmes		Hommes			Femmes		Hommes	
Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
0	709	3,6	726	4,0	36	175	0,9	109	0,6
1	576	2,9	558	3,1	37	183	0,9	142	0,8
2	550	2,8	597	3,3	38	246	1,3	146	0,8
3	550	2,8	579	3,2	39	113	0,6	103	0,6
4	570	2,9	646	3,6	40	398	2,0	258	1,4
5	477	2,4	464	2,6	41	76	0,4	86	0,5
6	786	4,0	821	4,6	42	193	1,0	169	0,9
7	687	3,5	688	3,8	43	129	0,7	126	0,7
8	715	3,6	774	4,3	44	72	0,4	69	0,4
9	559	2,9	568	3,2	45	275	1,4	236	1,3
10	738	3,8	782	4,3	46	106	0,5	89	0,5
11	383	2,0	411	2,3	47	131	0,7	121	0,7
12	671	3,4	648	3,6	48	171	0,9	114	0,6
13	567	2,9	521	2,9	49	144	0,7	93	0,5
14	380	1,9	496	2,8	50	124	0,6	183	1,0
15	396	2,0	424	2,4	51	99	0,5	74	0,4
16	369	1,9	304	1,7	52	214	1,1	133	0,7
17	342	1,7	317	1,8	53	149	0,8	101	0,6
18	391	2,0	375	2,1	54	98	0,5	78	0,4
19	225	1,1	204	1,1	55	213	1,1	139	0,8
20	417	2,1	358	2,0	56	108	0,6	86	0,5
21	188	1,0	175	1,0	57	56	0,3	75	0,4
22	236	1,2	199	1,1	58	86	0,4	76	0,4
23	213	1,1	157	0,9	59	46	0,2	49	0,3
24	152	0,8	139	0,8	60	250	1,3	141	0,8
25	412	2,1	291	1,6	61	25	0,1	61	0,3
26	197	1,0	103	0,6	62	85	0,4	89	0,5
27	221	1,1	126	0,7	63	50	0,3	72	0,4
28	314	1,6	181	1,0	64	35	0,2	44	0,2
29	164	0,8	89	0,5	65	178	0,9	168	0,9
30	538	2,7	262	1,5	66	13	0,1	50	0,3
31	94	0,5	72	0,4	67	32	0,2	60	0,3
32	265	1,4	176	1,0	68	45	0,2	55	0,3
33	143	0,7	99	0,5	69	17	0,1	36	0,2
34	139	0,7	81	0,4	70+	412	2,1	635	3,5
35	504	2,6	301	1,7	NSP/ND	7	0,0	14	0,1
					Total	19 593	100,0	17 990	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Population des femmes âgées de 10-54 ans dans les ménages	Femmes enquêtées âgées de 15-49		Pourcentage de femmes éligibles enquêtées
		Effectif	Pourcentage	
10-14	2 739	na	na	na
15-19	1 722	1 676	20,7	97,3
20-24	1 205	1 170	14,4	97,1
25-29	1 309	1 278	15,8	97,6
30-34	1 180	1 146	14,1	97,1
25-39	1 221	1 190	14,7	97,5
40-44	869	840	10,4	96,7
45-49	828	803	9,9	97,0
50-54	683	na	na	na
15-49	8 334	8 103	100,0	97,2

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDSG-III Guinée 2005

Groupe d'âges	Population des hommes âgés de 10-64 ans dans les ménages	Hommes enquêtés âgés de 15-59		Pourcentage d'hommes éligibles enquêtés
		Effectif	Pourcentage	
10-14	1 451	na	na	na
15-19	739	691	21,0	93,6
20-24	514	489	14,8	95,2
25-29	356	322	9,8	90,6
30-34	342	321	9,7	94,0
25-39	400	377	11,4	94,3
40-44	329	314	9,5	95,6
45-49	307	295	9,0	96,2
50-54	303	286	8,7	94,4
55-59	206	202	6,1	98,2
60-64	199	na	na	na
15-59	3 495	3 299	100,0	94,4

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDSG-III Guinée 2005

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage ayant des informations manquantes	Nombre de cas
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois uniquement		46,6	19 043
Mois et année		0,0	19 043
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,1	3 631
Âge/date de première union[1]	Femmes non-célibataires 15-49 ans	0,0	6 643
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes 15-49 ans	0,0	7 954
Diarrhée les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	2,6	5 647
Anthropométrie[2]	Enfants vivants de 0-59 mois (à partir du questionnaire ménage)		
Taille		4,1	3 191
Poids		3,6	3 191
Taille ou poids		4,1	3 191
Anémie[3]			
Anémie chez les enfants	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	6,4	2 777
Anémie chez les femmes	Toutes les femmes 15-49 ans (à partir du questionnaire ménage)	6,8	4 281

[1] Sans information pour l'âge et l'année
[2] Enfant non-mesuré
[3] Non-testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année de naissance

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants survivants (S), les enfants décédés (D) et l'ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, EDSG-III Guinée 2005

	Effectif de naissances			Pourcentage ayant une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
Année	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2005	530	26	556	99,2	100,0	99,3	99,9	30,1	95,1	na	na	na
2004	1 349	98	1 447	99,0	93,0	98,6	98,2	81,3	97,0	na	na	na
2003	1 078	131	1 210	98,0	86,9	96,8	99,7	61,2	94,7	89,3	111,1	91,2
2002	1 067	138	1 206	97,0	77,6	94,8	93,3	82,2	92,0	101,7	85,5	99,5
2001	1 021	192	1 213	97,1	79,0	94,3	94,4	71,2	90,3	95,1	112,4	97,5
2000	1 079	204	1 283	97,0	80,4	94,4	87,2	97,9	88,8	90,3	71,3	86,6
1999	1 369	379	1 748	37,6	25,7	35,1	105,0	77,3	98,3	121,7	152,8	127,3
1998	1 171	292	1 463	37,7	22,0	34,5	100,0	75,9	94,7	91,7	85,2	90,3
1997	1 185	307	1 492	30,8	14,9	27,5	101,2	83,6	97,3	111,2	103,4	109,5
1996	960	302	1 262	33,2	16,8	29,3	93,8	85,6	91,8	80,7	95,7	83,8
2001-2005	5 046	586	5 631	98,0	83,7	96,5	96,9	70,5	93,8	na	na	na
1996-2000	5 763	1 485	7 248	46,6	28,4	42,9	97,8	82,6	94,5	na	na	na
1991-1994	4 443	1 351	5 794	27,3	18,2	25,1	97,7	84,6	94,5	na	na	na
1986-1990	2 926	1 225	4 151	24,7	13,5	21,4	99,2	101,8	100,0	na	na	na
< 1986	2 785	1 362	4 147	22,2	15,2	19,9	95,3	85,4	91,9	na	na	na
Ensemble	20 963	6 008	26 972	48,6	25,5	43,4	97,4	86,0	94,7	na	na	na

[1] Année et mois de naissance déclarés.
[2] (Nm/Nf)x100, où Nm est le nombre de naissances masculines et Nf le nombre de naissances féminines.
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, où Nx est le nombre de naissance de l'année x.
na = Non applicable.

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'aprés les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSG-III Guinée 2005

Âge au décès en jours	Nombre d'années avant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	31	59	34	32	156
1	64	109	99	51	323
2	39	68	37	27	171
3	21	48	38	26	133
4	9	20	11	18	58
5	10	30	22	6	69
6	15	21	20	14	69
7	21	39	37	24	120
8	6	18	10	6	40
9	4	5	5	9	25
10	9	12	10	10	40
11	2	2	2	0	5
12	1	0	2	4	7
14	9	14	6	7	35
15	4	10	13	5	31
16	1	0	0	1	2
17	0	2	1	1	4
18	1	0	1	0	1
20	2	6	3	7	18
21	1	9	3	1	14
22	0	0	0	1	1
23	0	1	0	0	1
24	1	0	0	0	1
25	0	0	1	0	1
27	0	1	0	0	1
29	0	1	0	0	1
30	1	0	2	0	3
Total 0-30	252	475	355	249	1 331
Pourcentage néonatal précoce[1]	75,1	74,9	73,5	69,8	73,6

[1] 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSG-III Guinée 2005

Âge au décès en mois	Nombre d'années avant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1 mois[1]	252	475	355	249	1 331
1	33	55	37	34	159
2	27	30	39	28	123
3	54	54	46	43	198
4	20	54	35	24	133
5	22	34	34	15	106
6	19	57	33	34	143
7	23	41	38	29	131
8	18	44	27	22	111
9	25	36	27	21	108
10	10	19	13	14	57
11	21	15	22	15	74
12	41	86	78	78	283
13	18	42	33	21	115
14	12	27	20	19	77
15	12	19	11	13	55
16	2	11	5	11	30
17	2	6	6	7	20
18	12	20	13	12	58
19	2	5	5	4	16
20	0	8	1	8	17
21	0	2	1	2	5
22	0	3	4	4	10
23	0	4	2	1	7
24 ou plus	0	0	0	1	1
1 année	4	3	9	0	16
Total 0-11	524	914	707	529	2 673
Pourcentage néonatal[2]	48,2	52,0	50,2	47,1	49,8

[1] Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours.
[2] Moins d'un mois/moins d'un an.

PERSONNEL DE L'EDSG-III 2005

ANNEXE D

DIRECTEUR NATIONAL
Oumar DIALLO
Directeur National de la Statistique

DIRECTRICE NATIONALE ADJOINTE
Marie-Anne DOUALAMOU
Directrice Nationale Adjointe de la Statistique

DIRECTEUR TECHNIQUE
Mamadou Badian DIALLO
Chef de Division Démographie

ÉQUIPE TECHNIQUE
Ibrahima DIALLO
Mamadou Chérif BAH
Abdoulaye DIALLO
M'Balou BERETE

LABORATOIRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE
Dr Aboubacar SAVANE
Coordinateur

CONSULTANT MÉDICAL POUR LE TEST DU VIH
Dr Kaba KOUROUMA

COMITÉ DE PILOTAGE

Mamadouba Max BANGOURA, *Secrétaire Général du Ministère du Plan*
Oumar DIALLO, *Directeur National de la Statistique*
Dr Mahi BARRY, *Directeur National de la Santé Publique*
Abdoul Goudoussy BALDE *UNICEF*
Dr Mariama Ciré BAH *USAID*
Dr Thierno Souleymane DIALLO *CNLS*
Aboubacar CONTE, *Directeur National Adjoint de la Dette et des Investissements Publics, MEF*
Manaf DIALLO, *Directeur Technique Principal, PAAEF, MASPFE*
Mamadou Bobo SOW, *Assistant du Secrétaire Exécutif du SP/SRP*
Mahmoudou KABA, *UNFPA*

COMITÉ TECHNIQUE

Oumar DIALLO
Marie-Anne DOUALAMOU
Dr Sidatty KEITA
Dr Aboubacar SAVANE
Moussey BANGOURA
Mamadou Bobo SOW
Dr Thierno Souleymane DIALLO
Dr Mahawa SOUMAH
Abdoul Goudoussy BALDÉ
Dr Mariama Ciré BAH
Mahmoudou KABA
Mamadou Badian DIALLO

DÉNOMBREMENT DES MÉNAGES

Superviseurs
Djibril BANGOURA
Mamadou Aliou DIALLO
Lamine DIALLO
Mamadou Dian Dilé BALDE
Ibrahima Bady BALDE
Mahdiou BARRY
Hassan Baroul BANGOURA
Fassou CAMARA

Cartographes
Abdourahmane DIALLO
Moussa SABALY

Agents de dénombrement
Mamady KOUYATE
Mory KABA
Mamadou DIALLO
Mamadou Sidy BAH
Joseph MILIMONO
Abdoul BALDE
Jean Pierre KOUROUMA
Mamadou Kakoni BARRY
Aboubacar Manèah CAMARA
Jean Pierre LAMAH
Naby Youssouf CAMARA
Siba Kolou SOROPOGUI
Baba Alimou BARRY
Saidou KEITA
Ibrahima Sory SY
Idrissa SOMPARE
Fodé Mamoudou BANGOURA
Mamadou Saliou SOW
Dadhy SOW
Mohamed Miftaoul DIALLO
Mariama Téwa SOUMAH
Sékouna YOULA

ENQUÊTE PILOTE

Encadrement
Ibrahima DIALLO
Mamadou Chérif BAH

Superviseurs
M'Balou BERETE
Abdoulaye DIALLO

Enquêteurs
Mohamed KABA
Alpha Mamadou DIOP
Kaltoun Bozain CAMARA

Enquêtrices
Salématou DIALLO
Agathe ZOUMANIGUI
Mariama Diouldé DIALLO
Germaine LOUA
M'mah Hélène SOUMAH
Fatoumata BAH
Madeleine TOLNO

Laborantins
Edouard TOLNO
Mamady KEITA

TRADUCTION DES QUESTIONNAIRES

Mohamed BANGOURA (Soussou)
Ibrahima BARRY (Peuhl)
Mamady DIANE (Malinké)
Jean Broa MILLIMONO (Kissi)
Koma ZOUMANIGUI (Toma)
Pépé KOUROUMA (Guerzé)

COLLECTE DES DONNÉES

Coordinateurs

Mahdiou BARRY
Djibril BANGOURA
Ibrahima Bady BALDE

Chefs d'équipe

Kaltou Bozain CAMARA
Naby Youssouf CAMARA
Mamadou Aliou DIALLO
Kadiatou Mali BAH
Aliou Diohéré DIALLO
Ousmane DIENG
Hassane Baroul BANGOURA
Hadiatou SOW
Foromou BALAMOU
Salématou DIALLO

Enquêtrices

Fatoumata CONDE
Makia TOURE
Mariama BALDE
M'mah Hélène SOUMAH
Fatoumata BARRY
Esther ZOUMANIGUI
Djénabou DJUIGUINE
Hawa OUALARE
Maimouna CAMARA
Mariama Ciré DIABY
Mariama Oury BAH
Niama CONDE
Hadiatou BALDE
Rouguiatou DIALLO
Christine HABA
Aissata CAMARA
Mariama Diouldé DIALLO
Fatoumata BALDE
Fatoumata Binta DIALLO
Laouratou BAH
Asmaou DIALLO
Ramatoulaye BAH
Fatoumata BAH
Aissatou BARRY
Madeleine TOLNO
Nansira TOURE
Koumba-Marthe TONGUINO
Yvone KONE
Doussougbè KEITA
Djénabou KEITA
Mariama TRAORE
Gnémé Lucie CAMARA
Fanta KEITA
Djéné KABA
Koumba KAMANO
Yaramo Apoline TRAORE
Bernadette HABA
Finda Mama TOGBODOUNO
Germaine LOUA
Agathe ZOUMANIGUI

Enquêteurs

Abou Mamadouba CAMARA
Alpha Mamdou DIOP
Mamadou N'DIMBALANE
Amadou DIALLO
Mamadou Alimou DIALLO
Mamadou Sidy BAH
Baba Alimou BARRY
Sékou Mamadou Aliou CONDE
Loukmane FOFANA
Joseph LAMA

Laborantins

Philomène TRAORE
Tèningbè CONDE
Kerfala SYLLA
Souleymane Kourawoye BARRY
Mohamed Lamine DIANE
Sekou DOUMBOUYA
Kélétigui SOW
Amadou Assé TRAORE
Ouamounou Michel SIBASSY
Jérôme LAMAH

PERSONNEL DE LABORATOIRE

Dr Mandiou DIAKITE
Dr Hadja Aissatou SOW
Adama BAH
Dr Emile Pé GAMY
Dr Hawa CAMARA
Dr Ramatoulaye BALDET
Dr Penda Maladho DIALLO

TRAITEMENT DES DONNÉES

Consultant Informaticien
Lansana CHERIF

Superviseurs de codification et de saisie
Abdoulaye DIALLO
Ibrahima DIALLO

Agents de codification
Bangaly SYLLA
Fodé Douty MARA
Hamidou Diogo BALDE
Mamadou N'Douyèdjo BALDE

Agents de saisie
Adama DIOP
Henriette SASSONE
Mariama Dalanda BAH
Mantougnè CONDE
Fayol LAM
Fadja DIALLO
Aminata DIABY
Binta BALDE

ADMINISTRATION ET PERSONNEL D'APPUI

Kabinet Kader CAMARA (Comptable)
Mamadou Aliou BAH (Assistant Comptable)
Aminata DIALLO (Secrétaire)
Soriba CAMARA (Planton)
Sékou Yaya DIALLO (Gardien)
Mamadou Aliou DIALLO (Gardien)

CHAUFFEURS

Sékou Bakary KONATE
Mamadou Bailo DIALLO
Mamadou Kamissa BAH
Makan CONDE
Solomana KEITA
Moriba KEITA
Chérif Nourdine DIALLO
Lancei CONDE
Mandjou SANGARE
Sadio Bailo SOW
Mory SANGARE
Falikou SIDIBE
N'Faly KEIRA
Algassimou DIALLO
Moustapha KOUROUMA
Boubacar DIALLO
Amara KONATE
Antoine SANDY
Lamarana BAH

ÉQUIPE DE FINALISATION

Mamadou Badian DIALLO
Ibrahima DIALLO
Dr Yéro Boye CAMARA

PERSONNEL DE ORC MACRO

Noah Bartlett	Responsable du projet
Mohamed Ayad	Coordination
Ruilin Ren	Sondage
Oumarou Sanou	Formation et supervision
Flabou Bougoudogo	Formation et supervision
Tinga Sinaré	Supervision
Harouna Koché	Traitement des données
Keith Purvis	Traitement des données
Monique Barrère	Analyse et édition
Daniel Vadnais	Dissémination
Kaye Mitchell	Production du rapport
Sidney Moore	Édition
John Chang	Conception des cartes

QUESTIONNAIRES

ANNEXE E

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ III
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE — RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE
NUMÉRO DU MÉNAGE	MÉNAGE
RÉGION ADMINISTRATIVE _____	RÉGION
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU
CONAKRY/CAPITALE RÉGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL ..... (CONAKRY=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MILIEU (DÉTAILLÉ)
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2)	ENQUÊTE HOMME

VISITES D'ENQUÊTRICES/D'ENQUÊTEURS

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
				ANNÉE 2005
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ L'ENQUÊTEUR				NOM
RÉSULTAT*				RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE : DATE				NOMBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				

*CODES RÉSULTATS :

1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE _____ (PRÉCISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE

TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES

TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES

N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE

	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
LANGUE DE QUESTIONNAIRE : FRANÇAIS	NOM _____		
	DATE _____		

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	**VERIFIER SI LE MENAGE EST SELECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME**	
								ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)
			H F	O N	O N	EN ANNÉES			
01			1 2	1 2	1 2		01	01	01
02			1 2	1 2	1 2		02	02	02
03			1 2	1 2	1 2		03	03	03
04			1 2	1 2	1 2		04	04	04
05			1 2	1 2	1 2		05	05	05
06			1 2	1 2	1 2		06	06	06
07			1 2	1 2	1 2		07	07	07
08			1 2	1 2	1 2		08	08	08
09			1 2	1 2	1 2		09	09	09
10			1 2	1 2	1 2		10	10	10

* CODES POUR Q.3 : LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = CO-ÉPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENFANT DU CONJOINT
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION						
	SI ÂGÉ DE MOINS DE 15 ANS				**SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS**		**SI ÂGÉ DE 5-24 ANS**				
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE NO DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ?	Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE NO DE LIGNE DU PÈRE	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevé à ce niveau ? ***	(NOM) fréquente-t-il/elle actuellement l'école ?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est (NOM) ? ***	Au cours de l'année scolaire, précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe etait (NOM) ? ***
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
01	O N NSP 1 2 8 ALLER À 12		O N NSP 1 2 8 ALLER À 14		OUI NON 1 2 LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE	OUI NON 1 2 ALLER À 18	OUI NON 1 2 ALLER À 19	NIVEAU CLASSE	OUI NON 1 2 LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE
02	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
03	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
04	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
05	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
06	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
07	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
08	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
09	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
10	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS CONCERNENT
LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.

AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS
NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE.

*** CODES POUR Q.15, 18 ET 20
NIVEAU D'INSTRUCTION :

0 = PRÉSCOLAIRE	4 = PROFESSIONNEL A
1 = PRIMAIRE	5 = PROFESSIONNEL B
2 = SECONDAIRE 1	6 = SUPÉRIEUR
3 = SECONDAIRE 2	8 = NE SAIT PAS

CLASSE :
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	**VERIFIER SI LE MENAGE EST SELECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME**	
								ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
11			1 2	1 2	1 2		11	11	11
12			1 2	1 2	1 2		12	12	12
13			1 2	1 2	1 2		13	13	13
14			1 2	1 2	1 2		14	14	14
15			1 2	1 2	1 2		15	15	15
16			1 2	1 2	1 2		16	16	16
17			1 2	1 2	1 2		17	17	17
18			1 2	1 2	1 2		18	18	18
19			1 2	1 2	1 2		19	19	19
20			1 2	1 2	1 2		20	20	20

* CODES POUR Q.3 : LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = CO-EPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENFANT DU CONJOINT
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

** Q.10 À Q.13 CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.

AUX Q.11 ET Q.13, NOTER "00" SI LES PARENTS NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU DE MENAGE.

***CODES POUR Q.15, 18 ET 20
NIVEAU D'INSTRUCTION :
0 = PRÉSCOLAIRE
1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE 1
3 = SECONDAIRE 2
4 = PROFESSIONNEL A
5 = PROFESSIONNEL B
6 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

CLASSE :
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION						
	SI ÂGÉ DE MOINS DE 15 ANS				**SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS**		**SI ÂGÉ DE 5-24 ANS**				
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE NO DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ?	Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE NO DE LIGNE DU PÈRE	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevé à ce niveau ? ***	(NOM) fréquente-t-il/elle actuellement l'école ?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est (NOM) ? ***	Au cours de l'année scolaire, précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe etait (NOM) ? ***
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE
11	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
12	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
13	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
14	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
15	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
16	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
17	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
18	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
19	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	
20	1 2 8 ALLER À 12		1 2 8 ALLER À 14		1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19		1 2 LIGNE SUIVANTE	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	**EAU DU ROBINET** DANS LOGEMENT . . . . . 11 DANS COUR/CONCESSION . . . 12 ROBINET AILLEURS . . . . . 13 **PUITS OUVERT** PUITS OUVERT DANS LOGEMENT 21 DANS COUR/CONCESSION . . . 22 PUITS OUVERT AILLEURS . . . . . 23 **PUITS COUVERT OU FORAGE** PUITS PROTÉGÉ DANS LOGEMENT. 31 DANS COUR/CONCESSION . 32 PUITS PROTÉGÉ AILLEURS . . . 33 FORAGE . . . . . 34 **EAU DE SURFACE** SOURCE AMENAGEE . . . . . 41 SOURCE NON AMENAGEE . . . 42 FLEUVE/RIVIÈRE . . . . . 43 MARE/LAC . . . . . 44 BARRAGE . . . . . 45 EAU DE PLUIE . . . . . 51 CAMION CITERNE . . . . . 61 EAU EN BOUTEILLE . . . . . 71 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	11 → 23 12 → 23 21 → 23 22 → 23 31 → 23 32 → 23 51 → 23 61 → 23 71 → 23
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES . . . . . [ ][ ][ ] SUR PLACE 996	
23	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	CHASSE D'EAU . . . . . 11 FOSSE/LATRINES LATRINE NON COUVERTE . . . 21 LATRINE COUVERTE . . . . . 22 LATRINE VENTILÉE AMÉLIORÉE 23 PAS DE TOILETTES /NATURE . . . 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	31 → 25
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
25	Dans votre ménage, y-a-t-il : L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Un téléphone ? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?	OUI NON ÉLECTRICITÉ . . . . . 1 2 RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 TÉLÉPHONE . . . . . 1 2 RÉFRIGÉRATEUR . . . . . 1 2 RÉCHAUD/CUISINIÈRE 1 2	
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ . . . . . 01 GAZ BOUTEILLE . . . . . 02 BIOGAZ . . . . . 03 KÉROSÈNE/PETROLE . . . . . 04 CHARBON DE BOIS . . . . . 05 BOIS À BRÛLER . . . . . 06 SCIURE DE BOIS . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	**MATÉRIAU NATUREL** TERRE/SABLE . . . . . 11 **MATÉRIAU RUDIMENTAIRE** BOIS/AUTRES VEGETAUX . . . 21 **MATÉRIAU MODERNE** CIMENT . . . . . 31 CARRELAGE . . . . . 32 AUTRE MATÉRIAU MODERNE . 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
28	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette ? Une mobylette ou une motocyclette ? Une voiture ou un camion ?	OUI NON BICYCLETTE . . . . . 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE 1 2 VOITURE/CAMION 1 2	
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 35
29A	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES [ ]	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
30	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	VU . . . . . 1 NON VU 2	VU . . . . . 1 NON VU 2	VU . . . . . 1 NON VU 2
31	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ?	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 96	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 96	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + . . . 96
32	Combien vous a couté cette moustiquaire ?	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 99995 NSP 99996
32A	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛR/NSP . . . 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
32B	Depuis que vous avez cette moustiquaire, est-ce que vous l'avez trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32D) ← PAS SÛR/NSP . . . 8	
		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	
32C	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + . . . 95 PAS SÛR/NSP . . . 98	
32D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 32F) ← NE SAIT PAS . . . 8	
32E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ] NOM _____ No DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	
32F		RETOURNER À Q.30 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 32G.		RETOURNER À Q.30 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DE LA NOUVELLE QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 32G.	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
32G	VÉRIFIER 32B TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓	AUCUN 'OUI' ☐ →	35
32H	Quel est le coût d'imprégnation ou de re-imprégnation d'une moustiquaire ?	COÛT ..... ☐☐☐☐☐ GRATUIT ..... 99995 NSP 99996	
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE.	SEL NON IODÉ ..... 1 SEL IODÉ ..... 2 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ... 3 SEL NON TESTÉ _____ 6 (DONNER LA RAISON)	
35A	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : MÉNAGE SELECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME ? OUI ☐ → CONTINUER À Q.36 NON ☐ → FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE		

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD.

FEMMES DE 15-49 ANS				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49 ANS			
N°.DE LIGNE DE LA COL. (8)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)		POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		ANNÉES		.	.		
				.	.		
				.	.		
				.	.		

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD			
N°.DE LIGNE DE LA COL. (9)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	Quel est la date de naissance de (NOM) ?*	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLOG. DEBOUT	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE							

* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LE LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS					
VÉRIFIER COLONNE (38)	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO-BINE (G/DL)	ACTUELLE-MENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
ÂGE 15-17 ÂGE 18-49 1 2 ALLER À 46 ↵		ACCORDÉ REFUSÉ 1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.	OUI NON/ NSP 1 2	
1 2 ALLER À 46 ↵		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.	1 2	
1 2 ALLER À 46 ↵		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.	1 2	
1 2 ALLER À 46 ↵		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.	1 2	

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD					
	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO-BINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
		ACCORDÉ REFUSÉ 1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		
		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		
		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		
		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		
		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		
		1 PASSER 2 SIGNER_____ À 49 ↵	.		

* DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes, les hommes et les enfants. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous vous demandons (vous et tous vos enfants nés en 2000, ou plus tard) de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Puis-je vous demander maintenant de participer, vous (et NOM DES ENFANTS), à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES HOMMES DE 15-59 ANS

VÉRIFIER LES COLONNES (9A), (2) ET (7) DU TABLEAU DE MENAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS

N°.DE LIGNE DE LA COL. (9A)	NOM DE LA COL. (2)	ÂGE DE LA COL. (7)	VÉRIFIER COLONNE (52) :	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À L'HOMME/PARENT/ ADULTE RESPONSABLE * ENTOURER LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMO-GLOBINE (G/DL)	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE
(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)
		ANNÉES	ÂGE 15-17 ÂGE 18-59		ACCORDÉ REFUSÉ		
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	
			1 ALLER À 55 2		1 SIGNER_____ PASSER À 57 2	.	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

* DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes, les hommes et les enfants. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Puis-je vous demander maintenant de participer à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

PASSER À LA COLONNE (55) ET ENCERLEZ LE CODE APPROPRIÉ.

58	VÉRIFIER 47, 48 (POUR LES FEMMES) ET 56 (POUR LES HOMMES) : NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE * UN OU PLUS → DONNER POUR CHAQUE FEMME/HOMME/ENFANT LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.59. AUCUN → DONNER POUR CHAQUE FEMME/HOMME/ENFANT LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET C'EST LA FIN DU QUESTIONNAIRE MENAGE
59	Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous vous recommendons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANÉMIE ET PASSEZ À Q.60.

* Le seuil critique est de 9 g/dl pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfants, les hommes et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).

Consentement Eclairé (Test de VIH)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN ADULTE DE 18 ANS OU PLUS

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA en Guinée.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre ***dans un Centre de Prévention et Dépistage Volontaire*** pour un test gratuit.

Avez-vous des questions ?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH ?

PASSER À LA COLONNE (67) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

1ere étape: Demander d'abord le consentement éclairé du parent/adulte responsable

L'étude de VIH/SIDA inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune.

Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si [NOM DE JEUNE], je vais vous remettre une fiche de ***référence pour vous rendre dans un Centre de Prévention et Dépistage Volontaire*** pour un test gratuit.

Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM] puisse participer à ce test de VIH ?

PASSER À LA COLONNE (66) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

2e étape: Consentement éclairé du jeune

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA en Guinée.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre ***dans un Centre de Prévention et Dépistage Volontaire*** pour un test gratuit.

Avez-vous des questions ?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH ?

PASSER À LA COLONNE (67) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

** N'OUBLIEZ PAS DE DONNER À CHAQUE PERSONNE ÉLIGIBLE UNE FICHE DE REFERENCE POUR UN TEST VOLONTAIRE GRATUIT*

TEST DU VIH - FEMMES ET HOMMES

Nombre total de prélèvements : _____

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9A) DU TABLEAU DE MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET LES HOMMES DE 15-59 ANS. CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EDSG III.

N°. LIGNE DE LA COL (8) OU DE LA COL (9A)	NOM DE LA COL. (2)	SEXE DE LA COL. (4)	ÂGE DE LA COL. (7)	VÉRIFIER L'ÂGE À LA COLONNE (63)	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)			LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ L'HOMME OU AU JEUNE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)			RÉSULTAT 1 PRÉLÈVEMENT FAIT 2 REFUSÉ 3 ABSENT 4 PROBLÈME TECH. 6 AUTRE (À PRÉCISER)	ÉTIQUETTES CODES À BARRES COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)	(66)			(67)			(68)	(69)
	NOM	H F	ANNÉES	15-17 18+		ACCORDÉ	REFUSÉ	PAS LU	ACCORDÉ	REFUSÉ	PAS LU		
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI
		1 2		1 2 ALLER À 67		1 ▼ SIGNER	2	3	1 ▼ SIGNER	2	3		COLLER LA 1ere ÉTIQUETTE ICI

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILSÉE: ☐

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ - III
QUESTIONNAIRE FEMME

DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE — RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE
NUMÉRO DU MÉNAGE	MÉNAGE
RÉGION ADMINISTRATIVE _____	RÉGION
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU
CONAKRY/CAPITALE RÉGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL ..... (CONAKRY=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MILIEU (DÉTAILLÉ)
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2)	ENQUÊTE HOMME

VISITES D'ENQUÊTRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
				ANNÉE 2005
NOM DE L'ENQUÊTRICE				ENQUÊTRICE
RÉSULTAT*				RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE DATE				NBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				

*CODES RÉSULTAT :

1	REMPLI	4	REFUSÉ		
2	PAS À LA MAISON	5	REMPLI PARTIELLEMENT	7	AUTRE _____ (PRÉCISER)
3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ		

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS 1 — LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ — INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2)

**CODES LANGUE :

1	FRANÇAIS	4	MALINKE	7	KPELE
2	SOUSSOU	5	KISSI	8	AUTRES
3	PEUHL	6	LOMA		

	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
	NOM _____		
	DATE _____		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour la Direction Nationale de la Statistique. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS . . . 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE . . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . . [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE . . . . . 1 VILLE . . . . . 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] TOUJOURS . . . . . 95 VISITEUR 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE . . . . . 1 VILLE . . . . . 2 RURAL 3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NSP MOIS . . . . . 98 ANNÉE . . . . . [1][9][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, professionnel B, ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1 . . . . . 2 SECONDAIRE 2 . . . . . 3 PROFESSIONNEL A . . . . . 4 PROFESSIONNEL B . . . . . 5 SUPÉRIEUR 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE . . . . . [ ][ ]	
110	VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU PLUS [ ] →		114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . . . 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES . . . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . . . 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT _____ 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ [ ] →		115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES . . . . [ ][ ] AUCUN . . . . . 00 →	119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
119	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE . . . . . 1 CHRÉTIENE . . . . . 2 ANIMISTE . . . . . 3 SANS RELIGION . . . . . 4 AUTRE _____ 5 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Quelle est votre nationalité ?	GUINÉENNE . . . . . 01 SIERRA LEONAISE . . . . . 02 LIBERIENNE . . . . . 03 BISSAU GUINÉENNE . . . . . 04 MALIENNE . . . . . 05 IVOIRIENNE . . . . . 06 SÉNÉGALAISE . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 201
121	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU . . . . . 01 PEUHL . . . . . 02 MALINKE . . . . . 03 KISSI . . . . . 04 TOMA . . . . . 05 GUERZE . . . . . 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
122	Quelle langue parlez-vous principalement à la maison ?	SOUSSOU . . . . . 01 PEUHL . . . . . 02 MALINKE . . . . . 03 KISSI . . . . . 04 TOMA . . . . . 05 KPELE . . . . . 06 FRANÇAIS . . . . . 07 ANGLAIS . . . . . 08 ARABE . . . . . 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . . [ ][ ]	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . . [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . . [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ]		→ 226

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1ère que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2

212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI . . . . . 1 AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ← NON 2
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX [ ] ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS [ ] → (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. [ ] POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. [ ] POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. [ ] POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. [ ]	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	[ ]

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2000, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.		
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant ?	À CE MOMENT-LÀ . . . . . 1 PLUS TARD . . . . . 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD → [ ] DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 → [ ]		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2000. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS . . . . . 1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES . . . 2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS . . . . . 3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES . . . . . 4 [ ][ ] EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	→ 240
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES . . . . . 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
240	Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 301
241	Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 301
242	Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous. Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛRE 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . . 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 OUI . . . . . 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) → ↓ AU MOINS UN "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) →		307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 329
306	Qu' avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'`enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS . . . . . [ ][ ]	
308	VÉRIFIER 302 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE [ ] ↓ FEMME STÉRILISÉE [ ]		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] ↓ ENCEINTE [ ]		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 329
311 311A	Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . A STÉRILISATION MASCULINE . . . . . B PILULE . . . . . C DIU . . . . . D INJECTIONS . . . . . E IMPLANTS . . . . . F CONDOM . . . . . G CONDOM FÉMININ . . . . . H DIAPHRAGME . . . . . I COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . . . J MAMA . . . . . K CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . L RETRAIT . . . . . M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	COÛT/MOIN CHER . . . . . 01 PLUS DISPONIBLE . . . . . 02 M'A ÉTÉ PRESCRIT . . . . . 03 PLUS EFFICACE . . . . . 04 PAS EFFETS SECONDAIRES . . . . . 05 ÇA ME CONVIENT . . . . . 06 SEULE METHODE CONNUE . . . . . 07 MÉTHODE RÉVERSIBLE . . . . . 08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312A	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ? SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT	PLANYL . . . . . 01 OVRETTE . . . . . 02 LO FEMENDAL . . . . . 03 MINIDRIL . . . . . 04 STEDIRIL . . . . . 05 ADEPAL . . . . . 06 MICROGYNON . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRECISER) BOITE NON VUE 98	→ 312C
312B	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?	PLANYL . . . . . 01 OVRETTE . . . . . 02 LO FEMENDAL . . . . . 03 MINIDRIL . . . . . 04 STEDIRIL . . . . . 05 ADEPAL . . . . . 06 MICROGYNON . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP 98	
312C	Combien vous coûte une boîte de 3 cycles de pilules ?	COÛT . . . . . [ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 9996 NSP 9998	→ 316A
313	Où a eu lieu la stérilisation ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTÉ . . . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . 21 CENTRE MÉDICAL PRIVÉ . . . 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	VÉRIFIER 311 : CODE 'A' ENCERCLÉ → Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ? CODE 'B' ENCERCLÉ → Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?		
316A	Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?	MOIS . . . . . . ANNÉE	
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 : IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI NON	
317	VÉRIFIER 316/316A :	L'ANNÉE EST 2000 OU PLUS TARD L'ANNÉE EST 1999 OU AVANT	327
319	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE MÉTHODE 96	322 331 320A 331 331 331
320 320A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ? Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTÉ . . . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 14 AGENT COMMUNAUTAIRE . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ . . . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 23 CABINET DE SOINS . . . . . 24 AGENT DE TERRAIN . . . . . 25 AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . . 32 KIOSQUE . . . . . 33 TABLIER . . . . . 34 ÉGLISE . . . . . 35 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . 10 MAMA 11	 → 327 → 325 → 325 → 325 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 324
323	Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322 : CODE '1' ENCERCLÉ → À ce moment-là, vous-a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? CODE '1' NON ENCERCLÉ → Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 327
326	Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTÉ . . . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . 14 AGENT DE TERRAIN . . . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ . . . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 23 CABINET DE SOINS . . . . . 24 AGENT DE TERRAIN . . . . . 25 AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . . 32 KIOSQUE . . . . . 33 TABLIER . . . . . 34 ÉGLISE . . . . . 35 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 331
330	Quel est cet endroit ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) Aucun autre endroit ? ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTÉ . . . . . C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . D AGENT DE TERRAIN . . . . . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . . . I AGENT DE TERRAIN . . . . . K AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M BAR/BOITE DE NUIT . . . . . N KIOSQUE . . . . . O TABLIER . . . . . P ÉGLISE . . . . . Q AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel du établissement sanitaire vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 :	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD ☐	PAS DE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD ☐ → 487	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout ?	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 407) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423)
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI NON, ENCERCLEZ CODE 'Y'	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . A SAGE-FEMME . . . B AIDE DE SANTÉ .. C INFIRMIÈRE . . . D ATS . . . . . E **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE VILLAGOISE .. F AUTRE_____ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y (PASSER À 415)		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS ☐ (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP ☐	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ?	OUI NON		
	Avez-vous été pesée ?	POIDS . . . 1 2		
	Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ?	TAILLE . . . 1 2		
	Vous-a-t-on pris la tension ?	TENSION 1 2		
	Avez-vous donné un échantillon d'urine ?	URINE . . . 1 2		
	Avez-vous donné un échantillon de sang ?	SANG 1 2		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS 8		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NO DE FOIS . . . [ ] NE SAIT PAS 8		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ? MONTRER COMPRIMÉ.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS [ ][ ][ ] NE SAIT PAS . . . 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR/MALOXINE . A CHLOROQUINE . . . . . B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE . . . . . C QUININE . . . . . D MÉDICAMENT INCONNU . . . . . Z AUTRE_____ X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓	CODE "A" NON-ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 422E)	
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR/ MALOXINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS ☐☐		
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ ☐ ↓	AUTRE CODE ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 422E)	
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR/MALOXINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE . . . . . 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)		
422E	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓	CODE "B" NON-ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 423)	
422F	Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS ☐☐		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422G	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ AUTRE CODE ENCERCLÉ (PASSER À 423)		
422H	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE . . . . . 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)		
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . 4 TRÈS PETIT . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . 4 TRÈS PETIT . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . 4 TRÈS PETIT . . . . . 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 425A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 425A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 425A) NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998
425A	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-il/elle été enregistrée à l' état civil?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 426) NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (PASSER À 426) NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (PASSER À 426) NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
425B	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ?	COÛT . . . . . 1 ELOIGNEMENT . . . 2 RETARD . . . . . 3 PAS INFORMÉE . . . 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP 8	COÛT . . . . . 1 ELOIGNEMENT . . . 2 RETARD . . . . . 3 PAS INFORMÉE . . . 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP 8	COÛT . . . . . 1 ELOIGNEMENT . . . 2 RETARD . . . . . 3 PAS INFORMÉE . . . 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DETERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B AIDE DE SANTÉ .... C INFIRMIÈRE ..... D ATS ..... E **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE VILLAGOISE .... F PARENTS/AMIS .... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B AIDE DE SANTÉ .... C INFIRMIÈRE ..... D ATS ..... E **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE VILLAGOISE .... F PARENTS/AMIS .... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B AIDE DE SANTÉ .... C INFIRMIÈRE ..... D ATS ..... E **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE VILLAGOISE .... F PARENTS/AMIS .... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI ..... 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI ..... 1 (PASSER À 435) ← NON 2	OUI ..... 1 (PASSER À 435) ← NON 2
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse villageoise vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 433) ←	OUI ..... 1 NON 2	OUI ..... 1 NON 2
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 [ ][ ] SEMAINES APRÈS ACC. 2 [ ][ ] NE SAIT PAS 998		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . 11 SAGE-FEMME . . . . . 12 AIDE DE SANTÉ . . . . 13 INFIRMIÈRE . . . . . 14 ATS . . . . . 15 **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE VILLAGOISE . . . . 21 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 436) NON . . . . . 2 (PASSER À 437)		
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 439)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 439)
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON EN-CEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE (PASSER À 439)		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 440)		
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE . . . . C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/QUINQUELIBA . . . . H MIEL . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE . . . . C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/QUINQUELIBA . . . . H MIEL . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE . . . . C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/QUINQUELIBA . . . . H MIEL . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)
445	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS . . . 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS . . . 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS . . . 98

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUES-TIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . . . ☐☐
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISS-ANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).			
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT [ ] → ↓ DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT [ ] → ↓ DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT [ ] → ↓ DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) ← NON 2

460 (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE.
(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.

	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (à la naissance)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTcoq 1				D1				D1			
DTcoq 2				D2				D2			
DTcoq 3				D3				D3			
ROUGEOLE				ROU				ROU			
FIEVRE JAUNE (V.A.A.)				F. J.				F. J.			
VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)				VIT. A				VIT. A			

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :			
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]
463E	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite au bras droit donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . 8 (PASSER À 466)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . 8 (PASSER À 466)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . 8 (PASSER À 466)
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccinations ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	POLIO/VITAMIN A, 2004 A FIEVRE JAUNE, 2003 B ROUGEOLE, 2002/2003 C POLIO, 2002 . . . . . D AUTRE X	POLIO/VITAMIN A, 2004 A FIEVRE JAUNE, 2003 B ROUGEOLE, 2002/2003 C POLIO, 2002 . . . . . D AUTRE X	POLIO/VITAMIN A, 2004 A FIEVRE JAUNE, 2003 B ROUGEOLE, 2002/2003 C POLIO, 2002 . . . . . D AUTRE X
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 472)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 472)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 472)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À 466 / "NON"/"NSP" À 466 (PASSER À 475)	"OUI" À 466 / "NON"/"NSP" À 466 (PASSER À 475)	"OUI" À 466 / "NON"/"NSP" À 466 (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SIAT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B / AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B / AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B / AUTRE (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SIAT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SIAT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MEDICAMENT NE PEUT ETRE DETERMINE, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUETÉE	**ANTIPALUDÉEN** FANSIDAR/ MALOXINE . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE . . . C QUININE . . . . . D **AUTRE** ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL . . . . . F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	**ANTIPALUDÉEN** FANSIDAR/ MALOXINE . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE . . . C QUININE . . . . . D **AUTRE** ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL . . . . . F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	**ANTIPALUDÉEN** FANSIDAR/ MALOXINE . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE . . . C QUININE . . . . . D **AUTRE** ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL . . . . . F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "A" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "A" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "A" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar/Maloxine ?	MEME JOUR . . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar/Maloxine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8
474E	Aviez-vous le Fansidar/Maloxine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar/ Maloxine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "B" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "B" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "B" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474J)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474G	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ?	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "C" ENCERCLÉ ↓ / CODE "C" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ ↓ / CODE "C" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ ↓ / CODE "C" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine/Camoquine ?	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine/Camoquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8
474M	Aviez-vous l'Amodiaquine/ Camoquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine Camoquine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ ↓ / CODE "D" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ ↓ / CODE "D" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ ↓ / CODE "D" PAS ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 474R)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474O	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . . [ ] NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ←┤ NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ←┤ NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ←┤ NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE _____ X (PRÉCISER)
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483) ←┤ NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483) ←┤ NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483) ←┤ NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'`habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on (d'autre) donné pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 483)
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C AGENT SANTÉ COMMUNAUT . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN PRIVÉ . . . I AGENT SANTÉ COMMUNAUT . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS ☐ ↓ AUCUN ☐		→ 487
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES . . . . . 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT . . . . . 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR . 04 ENTERRE DANS LA COUR . . . . . 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU . . . . . 06 UTILISE COUCHES JETABLES . . . 07 UTILISE COUCHES LAVABLES . . . 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS . . . . . 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU QUESTION NON-POSÉE ☐ ↓ UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO ☐		→ 487A
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? MONTRER LE SACHET DE SRO.	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 488
487A	Avez-vous un sachet de SRO à la maison ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 488
487B	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez ? OBSERVER LA MARQUE DE SACHET DE SRO.	ORASEL . . . . . 1 SRO UNICEF . . . . . 2 SRO USAID . . . . . 3 SRO CHINOIS . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) SACHET NON VU 8	→ 487D
487C	Connaissez-vous le nom de la marque de SRO que vous avez en ce moment ?	ORASEL . . . . . 1 SRO UNICEF . . . . . 2 SRO USAID . . . . . 3 SRO CHINOIS . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP 8	
487D	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez maintenant ?	COUT . . . . . ☐☐☐ GRATUIT . . . . . 995 NSP 998	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE ☐ ↓ N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE ☐		→ 490

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER : Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CELA DÉPEND 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES: UN GROS PRO-BLÈME	CODES: PAS UN GROS PRO-BLÈME
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?		
	Savoir où aller.	OÙ ALLER 1	2
	Obtenir la permission d'y aller.	PERMISSION 1	2
	Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	ARGENT 1	2
	Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.	DISTANCE 1	2
	Devoir prendre un moyen de transport.	TRANSPORT 1	2
	Ne pas vouloir s'y rendre seule.	ALLER SEULE 1	2
	Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	PERSON. FEM. 1	2

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
491	VÉRIFIER 215 ET 218 : A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐ N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2002 OU APRÈS ET VIVANT AVEC ELLE ☐ ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) _____ (NOM)		495

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	7 DERNIERS JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE
492	Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?		
	POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :	NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE FOIS
	Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :		
a	Eau ?	a ☐	a ☐
b	Préparation artificielle pour bébé	b ☐	b ☐
c	Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal ?	c ☐	c ☐
d	Jus de fruit ?	d ☐	d ☐
e	Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?	e ☐	e ☐
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.		

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
493	Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.			
	Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?	7 DERNIERS JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE	
	POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :	NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE FOIS	
	Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :			
a	Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou autres céréales ?	a [ ]	a [ ]	
b	Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges ?	b [ ]	b [ ]	
c	Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]	c [ ]	c [ ]	
d	N'importe quel légume à feuilles vertes ?	d [ ]	d [ ]	
e	Mangue, papaye ?	e [ ]	e [ ]	
f	Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	f [ ]	f [ ]	
g	Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?	g [ ]	g [ ]	
h	Autres aliments à base de légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, ou arachides] ?	h [ ]	h [ ]	
i	Fromage ou yaourts ?	i [ ]	i [ ]	
j	Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?	j [ ]	j [ ]	
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.			
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS . . . 3		
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac ? SI OUI : Que fumez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES . . . . . A OUI, PIPE . . . . . B OUI, AUTRE TABAC . . . . . C NON . . . . . Y		→ 499B
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	CIGARETTES . . . . . [ ][ ]		
499B	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison ? SI OUI : combien d'injections avez-vous eu? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS . . . [ ][ ] AUCUNE 00		→ 501

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499C	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien , un dentiste ou un autre agent de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À '94', OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS . . . [ ][ ] AUCUNE 00	→ 501
499D	La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse?	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTÉ . . . . . 13 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 21 DENTISTE . . . . . 22 PHARMACIE . . . . . 23 CABINET PRIVÉ/DOMICILE DE INFIRMIÈRE/AGENT SANTÉ . . . 24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE ENDROIT** À LA MAISON . . . . . 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
499E	La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE . . . . . 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME . . . . . 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE . . . . . 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME . . . . . 2 NON 3	→ 510 → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE . . . . . 1 DIVORCÉE . . . . . 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE . . . . . 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____ N0. DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . [ ][ ]	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	→ 510
508	En vous comptant, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES . . . . . . ET DE PARTENAIRES . . . . . [ ][ ] NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG . . . . . [ ][ ]	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS . . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS → En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS → J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez com-cé à vivre avec un homme comme mariée En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez- vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS . . . . . [ ][ ] NE CONNAÎT PAS LE MOIS . . . . . 98 ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ] NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE . . . . . [ ][ ]	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU PAS VEUVE → VEUVE → 516		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS ☐	MARIÉE UNE FOIS ☐	→ 518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE . . . . . 1 DIVORCE . . . . . 2 SÉPARATION 3	→ 518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE . . . . . 1 AUTRE ÉPOUSE . . . . . 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX . . . . . 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX . . . . . 4 AUTRE _____ 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	→ 518
517	Avez-vous reçu des biens ou des biens ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI . . . . . 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS . . . . . 00 ÂGE EN ANNÉES . . . . . ☐☐ PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. 95	→ 521 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	→ 544
521	VÉRIFIER 106 : 15-24 ANS ☐	25-49 ANS ☐	→ 526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	→ 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ . . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS . . . . . 1 ☐☐ IL Y A ... SEMAINES . . . . . 2 ☐☐ IL Y A ... MOIS . . . . . 3 ☐☐ IL Y A ... ANNÉES . . . . . 4 ☐☐	→ 539

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI . . . . . 01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	MARI . . . . . 01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	MARI . . . . . 01 (PASSER À 538) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)
532	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]
533	VÉRIFIER 106 :	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 537)	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 537)	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 538)
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 537) NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 537) NSP. 98	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 538) NSP. 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 538)
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3
537	Mis à part (cette/ces deux) personne(s) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 527 À LA COL.SUIVANTE) NON . . . . . 2 (PASSER À 539)	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 527 À LA COL.SUIVANTE) NON . . . . . 2 (PASSER À 539)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
539	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
540	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE ; MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ?	NON [ ] ↓ OUI [ ] →	544
541	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU . . . . . 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	→ 544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT . . . . . 1 A ÉTÉ FORCÉE . . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3	
544	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 601
545	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTE . . . . . C CLINIQUE PF . . . . . D AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H AGENT DE SANTÉ . . . . . J AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ K (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . L BAR/BOITE DE NUIT . . . . . M KIOSQUE . . . . . N TABLIER . . . . . O AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS P AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
547	VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓	AUTRE ☐ →	601
548	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTE . . . . . 13 CLINIQUE PF . . . . . 14 AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 AGENT DE SANTÉ . . . . . 23 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . . 32 KIOSQUE . . . . . 33 TABLIER . . . . . 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL . . . . . 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP 98	→ 601
549	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois ?	PRUDENCE PLUS . . . . . 1 SULTAN . . . . . 2 INOTEX . . . . . 3 MAXIMUM . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP 8	
550	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté ?	NOMBRE DE CONDOMS ☐☐ NSP . . . . . 98 JAMAIS ACHETE DES CONDOMS . . . 99	→ 601
551	Combien avez-vous payé ?	COUT . . . . . ☐☐☐☐ NSP 9998	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A :			
	NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ↓	LUI OU ELLE STÉRILISÉ →		614
602	VÉRIFIER 226 :			
	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE ↓		
	Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT . . . 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN . . . 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . . 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE . . . . . 4 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE . . . 5	 → 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226 :			
	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE ↓		
	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS . . . . . 1 ANNÉES . . . . . 2 BIENTÔT/MAINTENANT . . . . . 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . . 994 APRÈS MARIAGE . . . . . 995 AUTRE _____ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	 → 609 → 614 → 609
604	VÉRIFIER 226 :			
	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE →		610
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?			
	NON POSÉE ↓	N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ↓	UTILISE ACTUELLEMENT →	608
606	VÉRIFIER 603 :			
	NON POSÉE ↓	24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ↓	00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE →	610

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	VÉRIFIER 602 : VEUT UN/UN AUTRE ENFANT Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ? Autre raison ? NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE . . . . . A **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . . E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . F ALLAITEMENT . . . . . G FATALISTE . . . . . H **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . . . J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K INTERDITS RELIGIEUX . . . . . L **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . M CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . N **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . Q TROP CHER . . . . . R PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . . . T AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
608	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?	PROBLÈME IMPORTANT . . . . . 1 PETIT PROBLÈME . . . . . 2 AUCUN PROBLÈME . . . . . 3 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4	
609	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT	UTILISE ACTUELLEMENT	→ 614
610	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	→ 614

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE . . . . . 11 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE . . . . . 26 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 614
613	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS ↓ — Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS ↓ — Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT . . . . . 00 NOMBRE . . . . . [ ][ ] AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 616 → 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE . . . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 621
620	Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE . . . . . A MÈRE . . . . . B PÈRE . . . . . C SOEUR(S) . . . . . D FRÈRE(S) . . . . . E FILLE(S) . . . . . F FILS . . . . . G BELLE-MÈRE(S) . . . . . H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE → ↓ ; OUI, VIT AVEC UN HOMME → ↓ ; NON, PAS EN UNION →		→ 628
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ → ↓ ; PAS DE CODE ENCERCLÉ →		→ 624
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE . . . . . 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE . 2 DÉCISION COMMUNE . . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
624	Maintenant je voudrais vous demander les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE . . . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS . . . . . 1 UNE OU DEUX FOIS . . . . . 2 PLUS SOUVENT 3	
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ → ↓ ; LUI OU ELLE STÉRILISÉ →		→ 628
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE . . . . . 1 PLUS D'ENFANTS . . . . . 2 MOINS D'ENFANTS . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST . . . . . 1 2 8 AUTRES FEMMES . . . . . 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT . . . 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8	
629	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	VÉRIFIER 501 : ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION ☐ ↓ PAS EN UNION ☐ →		701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ↓ ☐ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME ↓ ☐	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME ☐	→ 707
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, professionnel B, ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1 . . . . . 2 SECONDAIRE 2 . . . . . 3 PROFESSIONNEL A . . . . . 4 PROFESSIONNEL B . . . . . 5 SUPÉRIEUR . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevé à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ↓ ☐ Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME ↓ ☐ Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	☐☐ _____ _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 719
710	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	☐☐ _____ _____ _____	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ↓ ☐ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE . . . . . 1 TERRE DE LA FAMILLE . . . . . 2 TERRE LOUÉE . . . . . 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4 AUTRE 6	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON . . . . . 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE . . . . . 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT . . . . . 1 ARGENT ET NATURE . . . . . 2 EN NATURE SEULEMENT . . . . . 3 PAS PAYÉE 4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME . . . . . 1 MARI/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN . . . . . 1 MOINS DE LA MOITIÉ . . . . . 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . . 3 PLUS DE LA MOITIÉ . . . . . 4 LA TOTALITÉ . . . . . 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6	
	Vos propres soins de santé ?	1 2 3 4 5 6	
	Les achats de choses importantes pour le ménage ?	1 2 3 4 5 6	
	Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?	1 2 3 4 5 6	
	Les visites à la famille ou parents ?	1 2 3 4 5 6	
	Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?	1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS/ ÉCOUTE / PRÉS/ ÉCOUTE PAS / PAS PRÉS ENFANTS <10 ANS . . . . . 1 2 8 MARI . . . . . 1 2 8 AUTRES HOMMES . . . . . 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	OUI / NON / NSP	
	Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR 1 2 8	
	Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS . . . 1 2 8	
	Si elle se dispute avec lui ?	SE DISPUTE 1 2 8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX. 1 2 8	
	Si elle brûle la nourriture ?	BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 810
809	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . . J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . . . M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE ..... 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
812	VÉRIFIER 811 : AU MOINS UN 'OUI' ☐ AUTRE ☐		→ 814
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
815	VÉRIFIER 215 : AUCUNE NAISSANCE ☐ DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2003 ☐ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 ☐		→ 824 → 824
816	VÉRIFIER 407 : VUE QUELQU'UN POUR DES SOINS PRENATALS ☐ N'A PERSONNE VUE ☐		→ 824
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse. Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU SIDA 1 2 8	
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	OUI ..... 1 NON 2	
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON 2	→ 824
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON 2	
821	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** LABO NATIONAL REF ..... 11 CHU ..... 12 HOPITAL REG. ..... 13 HOPITAL PREF. ..... 14 CMC ..... 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 LABO. PRIVÉ ..... 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON 2	→ 825

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ . . . . . 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** LABO NATIONAL REF . . . . . 11 CHU . . . . . 12 HOPITAL REG. . . . . 13 HOPITAL PREF. . . . . 14 CMC . . . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 21 LABO. PRIVÉ . . . . . 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** LABO NATIONAL REF . . . . . A CHU . . . . . B HOPITAL REG. . . . . C HOPITAL PREF. . . . . D CMC . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . H LABO. PRIVÉ . . . . . I AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ J (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . . 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUCUN 'OUI' ☐ ↓ AU MOINS UN 'OUI' ☐		→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER DU SIDA → Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? PAS ENTENDU PARLER DU SIDA → Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 853
851	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . . B ÉCOULEMENT MALODORANT . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K IMPUISSANCE . . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
852	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A PERTES VAGINALES . . . . . B PERTES MALODORANTES . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
853	VÉRIFIER 519 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS		901
854	VÉRIFIER 850 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL		856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez- vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS		901
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	861
860	Où êtes-vous allée ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTÉ . . . . . C CENTRE CTV . . . . . D CLINIQUE PF . . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . H CENTRE CTV . . . . . I PHARMACIE . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . N BOUTIQUE . . . . . O AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
861	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	901 901

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
862	Où est-il allé ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTÉ . . . . . C CENTRE CTV . . . . . D CLINIQUE PF . . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . H CENTRE CTV . . . . . I PHARMACIE . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . N BOUTIQUE . . . . . O AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

SECTION 9. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1001
903	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ? SI OUI, RETOURNER À Q.904. VÉRIFIER ET CHANGER SI NÉCESSAIRE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par un moyen quelconque ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT , ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ] DURANT ENFANCE . . . . . 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	**TRADITIONNEL** EXCISEUSE TRAD. . . . . 11 ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . 12 AUTRE TRADITION. _____ 16 (PRÉCISER) **PROFESSIONNEL SANTÉ** MEDICIN . . . . . 21 INFIRMIÈRE . . . . . 22 SAGE-FEMME . . . . . 23 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ _____ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE [ ] ↓ N'A PAS DE FILLE VIVANTE [ ]		→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES . . . . . [ ][ ] AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 918

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
911	Sur laquelle de vos filles a t-on procédé le plus récemment à l'excision ? _____ (NOM DE LA FILLE) ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE	LIGNE DE LA FILLE NOMBRE DE Q.212 . . . . . [ ][ ]	
912	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là. A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 914
913	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
914	Son vagin a -t-il été fermé par un moyen quelconque ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
915	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ? SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUS [ ][ ] DURANT ENFANCE . . . . . 95 NE SAIT PAS 98	
916	Qui a procédé à l'excision ?	**TRADITIONNEL** EXCISEUSE TRAD. . . . . 11 ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . 12 AUTRE TRADITION. _____ 16 (PRÉCISER) **PROFESSIONNEL SANTÉ** MEDICIN . . . . . 21 INFIRMIÈRE . . . . . 22 SAGE-FEMME . . . . . 23 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ _____ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
917	Avez-vous observé au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.911) l'un des problèmes suivants : Saignements excessifs ? Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ? Gonflement dans la zone génitale ? Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?	OUI NON NSP SAIGNEMENT EXCES. 1 2 8 DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE 1 2 8 GONFLEMENT 1 2 8 INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION 1 2 8	→ 919
918	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
919	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: d'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE . . . . . A RECONNAISSANCE SOCIALE . . . . . B MEILLEURE CHANCE MARIAGE . . . C PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE . . . . . D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME . . . . . E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y	
920	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ? INSISTER: rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A ÉVITE LA SOUFFRANCE . . . . . B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME. . . . . C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME . . . . . D ACCORD AVEC LA RELIGION . . . . . E AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y	
921	Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1 PAS D'EFFET . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
922	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
923	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE . . . . . 1 DISPARAITRE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
924	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?	CONSERVÉE . . . . . 1 ABANDONNÉE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1001H
1001B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS . . . . . [ ][ ]	
1001C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES . . . . . [ ][ ]	
1001D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . [ ][ ]	
1001E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES . . . . . [ ][ ]	
1001F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1001H
1001G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS . . . . . [ ][ ]	
1001H	ADDITIONNER LES REPONSES À 1001B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL . . . . . [ ][ ]	
1001I	VÉRIFIER 1001H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 1001A - 1001H COMME IL SE DOIT.		
1002	VÉRIFIER 1001H : DEUX NAISSANCES OU PLUS [ ] ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) [ ] → 1014		
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES . . . . . [ ][ ]	

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [7]
1007	Quel âge a (NOM) ?	☐☐ ALLER À [2]	☐☐ ALLER À [3]	☐☐ ALLER À [4]	☐☐ ALLER À [5]	☐☐ ALLER À [6]	☐☐ ALLER À [7]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	☐☐ ALLER À [2]	☐☐ ALLER À [3]	☐☐ ALLER À [4]	☐☐ ALLER À [5]	☐☐ ALLER À [6]	☐☐ ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	☐☐ ALLER À [8]	☐☐ ALLER À [9]	☐☐ ALLER À [10]	☐☐ ALLER À [11]	☐☐ ALLER À [12]	☐☐ ALLER À [13]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	☐☐ ALLER À [8]	☐☐ ALLER À [9]	☐☐ ALLER À [10]	☐☐ ALLER À [11]	☐☐ ALLER À [12]	☐☐ ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES ..... ☐☐ MINUTES ..... ☐☐					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

	12	DÉC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
	09	SEP	04	
2	08	AOUT	05	
0	07	JUIL	06	
0	06	JUIN	07	
5	05	MAI	08	
	04	AVR	09	
	03	MARS	10	
	02	FÉV	11	
	01	JAN	12	

	12	DÉC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
	09	SEP	16	
2	08	AOUT	17	
0	07	JUIL	18	
0	06	JUIN	19	
4	05	MAI	20	
	04	AVR	21	
	03	MARS	22	
	02	FÉV	23	
	01	JAN	24	

	12	DÉC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
	09	SEP	28	
2	08	AOUT	29	
0	07	JUIL	30	
0	06	JUIN	31	
3	05	MAI	32	
	04	AVR	33	
	03	MARS	34	
	02	FÉV	35	
	01	JAN	36	

	12	DÉC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
	09	SEP	40	
2	08	AOUT	41	
0	07	JUIL	42	
0	06	JUIN	43	
2	05	MAI	44	
	04	AVR	45	
	03	MARS	46	
	02	FÉV	47	
	01	JAN	48	

	12	DÉC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
	09	SEP	52	
2	08	AOUT	53	
0	07	JUIL	54	
0	06	JUIN	55	
1	05	MAI	56	
	04	AVR	57	
	03	MARS	58	
	02	FÉV	59	
	01	JAN	60	

	12	DÉC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
	09	SEP	64	
2	08	AOUT	65	
0	07	JUIL	66	
0	06	JUIN	67	
0	05	MAI	68	
	04	AVR	69	
	03	MARS	70	
	02	FÉV	71	
	01	JAN	72	

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ - III
QUESTIONNAIRE HOMME

DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE — RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE
NUMÉRO DU MÉNAGE	MÉNAGE
RÉGION ADMINISTRATIVE _____	RÉGION
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU
CONAKRY/CAPITALE RÉGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL ..... (CONAKRY=1, CAPITALE RÉGION NATURELLE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MILIEU (DÉTAILLÉ)
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____	N° DE LIGNE

VISITES D'ENQUÊTEUR

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
				ANNÉE 2005
NOM DE L'ENQUÊTEUR				ENQUÊTEUR
RÉSULTAT*				RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE DATE				NBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				

*CODES RÉSULTAT :

1	REMPLI	4	REFUSÉ		
2	PAS À LA MAISON	5	REMPLI PARTIELLEMENT	7	AUTRE _____ (PRÉCISER)
3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ		

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS [1] — LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ [ ] — INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) [ ]

**CODES LANGUE :

1	FRANÇAIS	4	MALINKE	7	KPELE
2	SOUSSOU	5	KISSI	8	AUTRES
3	PEUHL	6	LOMA		

	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
	NOM _____		
	DATE _____		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour la Direction Nationale de la Statistique. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des hommes, des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront vous utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêteur : _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS . . . 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE . . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . . [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE . . . . . 1 VILLE . . . . . 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] TOUJOURS . . . . . 95 VISITEUR 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE . . . . . 1 VILLE . . . . . 2 RURAL 3	
105	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES . . . . . [ ][ ] N'A PAS VOYAGÉ 00	→ 107
106	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
107	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NSP MOIS . . . . . 98 ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
108	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 107 ET/OU 108 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 113
110	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, professionnel B, ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1 . . . . . 2 SECONDAIRE 2 . . . . . 3 PROFESSIONNEL A . . . . . 4 PROFESSIONNEL B . . . . . 5 SUPÉRIEUR 6	
111	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE . . . . . [ ][ ]	
112	VÉRIFIER 110 : PRIMAIRE ↓ ; SECONDAIRE OU PLUS → 116		
113	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉ. SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . . . 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES . . . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . . . 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT _____ 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/HANDICAPÉ VISUELLEMENT 5	
114	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
115	VÉRIFIER 113: CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ ↓ ; CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ → 117		
116	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
117	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . 3 PAS DU TOUT 4	
118	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
119	Avez-vous actuellement un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous gagnez de l'argent ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous avez gagné de l'argent ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 122
121	Qu'avez-vous fait la plupart du temps au cours des 12 derniers mois ?	ALLER À L'ÉCOLE . . . . . 1 CHERCHER DU TRAVAIL . . . . . 2 INACTIF . . . . . 3 POUVAIT PAS TRAVAILLER/ HANDICAPÉ . . . . . 4 TRAVAIL DOMESTIQUE/SOINS DES ENFANTS . . . . . 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 129

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
122	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	[ ][ ] _____ _____ _____	
123	VÉRIFIER 122: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE [ ] NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE [ ]		125
124	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE . . . . . 1 TERRE DE LA FAMILLE . . . . . 2 TERRE LOUÉE . . . . . 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4 AUTRE 6	
125	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE MOIS . . . . . [ ][ ]	
126	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payé en nature ou n'êtes-vous pas du tout payé ?	ARGENT SEULEMENT . . . . . 1 ARGENT ET NATURE . . . . . 2 NATURE SEULEMENT . . . . . 3 PAS PAYÉ 4	129
127	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉ LUI-MÊME . . . . . 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 4 ENQUÊTÉ ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
128	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN . . . . . 1 MOINS DE LA MOITIÉ . . . . . 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . . 3 PLUS DE LA MOITIÉ . . . . . 4 LA TOTALITÉ . . . . . 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
129	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE . . . . . 1 CHRÉTIENNE . . . . . 2 ANIMISTE . . . . . 3 SANS RELIGION . . . . . 4 AUTRE _____ 5 (PRÉCISER)	
130	Quelle est votre nationalité ?	GUINÉENNE . . . . . 01 SIERRA LEONAISE . . . . . 02 LIBERIENNE . . . . . 03 BISSAU GUINÉENNE . . . . . 04 MALIENNE . . . . . 05 IVOIRIENNE . . . . . 06 SÉNÉGALAISE . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	201
131	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU . . . . . 01 PEUHL . . . . . 02 MALINKE . . . . . 03 KISSI . . . . . 04 TOMA . . . . . 05 GUERZE . . . . . 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
132	Quelle langue parlez-vous principalement à la maison ?	SOUSSOU . . . . . 01 PEUHL . . . . . 02 MALINKE . . . . . 03 KISSI . . . . . 04 TOMA . . . . . 05 KPELE . . . . . 06 FRANÇAIS . . . . . 07 ANGLAIS . . . . . 08 ARABE . . . . . 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 206
202	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... [ ][ ] FILLES À LA MAISON ..... [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS ..... [ ][ ] FILLES AILLEURS ..... [ ][ ]	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES ..... [ ][ ]	
208	(En dehors de ces enfants que vous venez juste de me déclarer) , avez-vous eu: a) d'autres garçons ou filles qui sont toujours en vie, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? b) d'autres garçons ou filles qui sont nés vivants et qui sont décédés par la suite, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? NON DANS LES DEUX CAS → ↓ OUI À AU MOINS UN DES 2 CAS → INSISTER ET CORRIGER 201 À 207 COMME IL SE DOIT.		
209	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... [ ][ ]	
210	VÉRIFIER 209 : A EU PLUS D'UN ENFANT → ↓ N'A EU QU'UN SEUL ENFANT → 213 N'A EU AUCUN ENFANT → 301		
211	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON 2	→ 213
212	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES ..... [ ][ ]	
213	Quel âge aviez-vous, quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES ..... [ ][ ]	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI . . . . . 1 NON 2	
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI . . . . . 1 NON 2	
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
303	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 305
304	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT LE DÉBUT DES RÈGLES . . . . . 1 PENDANT LES RÈGLES . . . . . 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES . . . . . 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
305	À votre-avis, est-ce qu'une femme qui allaite son bébé peut tomber enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 ÇA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
306	Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur la contraception. Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations?	D'ACCORD / PAS D'ACCORD / NE SAIT PAS	
	a) La contraception est une affaire de femmes à laquelle un homme ne devrait pas s'intéresser.	a) 1 / 2 / 8	
	b) Une femme qui utilise la contraception peut être considérée de mœurs légères.	b) 1 / 2 / 8	
	c) La femme est la personne qui tombe enceinte, si bien que elle est celle qui devrait utiliser la contraception.	c) 1 / 2 / 8	

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ . . . . . 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME . . . . . 2 NON, PAS EN UNION 3	 → 404 → 406
402	Combien d'épouses avez-vous actuellement ? SI, UNE SEULE ÉPOUSE, ENREGISTRER '01'.	NOMBRE DE ÉPOUSES . . . . . [ ][ ]	
403	Y a t-il d'autres femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 405
404	Avec combien de femmes/partenaires vivez-vous comme si vous étiez marié ? SI, UNE SEULE AUTRE FEMME/PARTENAIRE, ENREGISTRE '01'.	NOMBRE D'AUTRES FEMMES/ PARTENAIRES AVEC QUI IL VIT [ ][ ]	
405	En dehors de votre/vos femme(s)/partenaire(s) que vous avez déclaré, avez-vous actuellement d'autre(s) femme(s) avec qui vous avez des rapports sexuels réguliers ou occasionnels ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT . . . . . 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) . . . . . 3 PAS D'AUTRE PARTENAIRE SEXUELLE 4	→ 409
406	Avez-vous actuellement, une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle, ou pas de partenaire sexuelle du tout ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT . . . . . 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) . . . . . 3 PAS D'AUTRE PARTENAIRE SEXUELLE 4	
407	Avez-vous déjà été marié, ou avez-vous déjà vécu avec une femme ?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉ SEULEMENT . . . . . 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME SEULEMENT . . . . . 2 OUI, LES DEUX . . . . . 3 NON 4	 → 411 → 416
408	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF . . . . . 1 DIVORCÉ . . . . . 2 SÉPARÉ 3	→ 411

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
409	D'APRÈS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ÉCRIRE LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE FEMME/PARTENAIRE DÉCLARÉE AUX QUESTIONS 402 ET 404 SEULEMENT. SI UNE FEMME/PARTENAIRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00' DANS LES CASES CORRESPONDANT A CETTE FEMME/PARTENAIRE. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ÊTRE ÉGAL AU NOMBRE DE FEMMES ET DE PARTENAIRES.		

410 VÉRIFIER : 402 ET 404

LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 1 → S'il vous plaît, dites-moi le nom de votre femme/partenaire.

LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 2 OU PLUS → S'il vous plaît, dites-moi le nom de vos femmes et des partenaires avec qui vous vivez. Commencez par celle, qui a été la première avec qui vous avez vécu.

NUMÉRO DE LA FEMME/PARTENAIRE	No DE LIGNE DANS LE QUEST. MÉNAGE	FEMME	PARTE-NAIRE	410A Quel âge avait votre femme/partenaire à son dernier anniversaire ? ÂGE
1 _____	[ ][ ]	1	2	[ ][ ]
2 _____	[ ][ ]	1	2	[ ][ ]
3 _____	[ ][ ]	1	2	[ ][ ]
4 _____	[ ][ ]	1	2	[ ][ ]
5 _____	[ ][ ]	1	2	[ ][ ]

410B VÉRIFIER 410 :

UNE SEULE FEMME/PARTENAIRE → 2 FEMMES/PARTENAIRES OU PLUS → 414

411	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS . . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
414	VÉRIFIER : 410 ET 411		

MARIÉ/A VÉCU AVEC 1 FEMME SEULEMENT UNE FOIS ET 411=1 → En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre femme/partenaire ?

AUTRE → J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes marié ou vous avez com-cé à vivre avec une femme comme marié.

En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez- vous commencé à vivre avec une femme comme marié pour la première fois ?

MOIS . . . . . [ ][ ]

NE SAIT PAS LE MOIS 98

ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ] → 416

NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
415	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivr avec elle ?	ÂGE . . . . . [ ][ ]	
416	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus) ?	JAMAIS . . . . . 00 ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1ère) FEMME/PARTENAIRE 95	→ 416B
416A	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié pour commencer à avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛR 8	→ 439
416B	VÉRIFIER 108 : ÂGE 15-24 ANS [ ] ↓ ÂGE 25-59 ANS [ ] →		417
416C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
416D	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels ?	ÂGE DU PARTENAIRE . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	→ 417
416E	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous ?	PLUS ÂGÉE . . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 417
416F	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous ?	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN . . . 3	
417	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS . . . . . 1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES . . . . . 2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS . . . . . 3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES . . . . . 4 [ ][ ]	→ 436A

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
418	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a t-il été utilisé ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 421)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 421)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 421)
419	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occcasion ?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
420	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
421	VÉRIFIER : 302(02)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ (PASSER À 426)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ (PASSER À 426)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ (PASSER À 426)
422	VÉRIFIER : 419 CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE ('2'OU '3' ENCERCLÉ) La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode autre que le condom pour éviter une grossesse ? AUTRE ('1', '4', '5', '6' OU '8' ENCERCLÉ OU NON POSÉE) La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . 8 → 426	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . 8 → 426	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . 8 → 426

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
423	Quelle méthode a été utilisée ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE UTILISÉE, ENCERCLEZ LE CODE POUR SA MÉTHODE QUI VIENT EN PREMIER DANS CETTE LISTE.	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE _____ 96 NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE _____ 96 NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE _____ 96 NE SAIT PAS 98
423A		PASSER À 426	PASSER À 426	PASSER À 426
424	VÉRIFIER : 419	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) AUTRE	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) AUTRE	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) AUTRE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
425	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas utilisé une méthode de contraception pour éviter une grossesse ?	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . . 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . . 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . . 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98
426	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 428)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 428)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 428)

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
427	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là ? SI OUI : qui était ivre ?	ENQUÊTÉ SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉ SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉ SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4
428	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	FEMME . . . . . 01 (PASSER À 434) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	FEMME . . . . . 01 (PASSER À 434) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	FEMME . . . . . 01 (PASSER À 435) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)
429	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne ? SI L'ENQUÊTÉ N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]
434	Mis à part (cette/ces deux personnes) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 418 À LA COL.SUIVANTE) NON . . . . 2 (PASSER À 436)	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 418 À LA COL.SUIVANTE NON . . . . . 2 (PASSER À 436)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
435	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
436	VÉRIFIER 428 TOUTES LES COLONNES : AUCUN PARTENAIRE N'EST PROFESSIONNEL DU SEXE (AUCUN '05' N'EST ENCERCLÉ) [ ] ↓	AU MOINS UN PARTENAIRE EST PROFESSIONEL DU SEXE (AU MOINS UN '05' ENCERLÉ) [ ] →	438
436A	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 438
436B	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 438
436C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un condom durant chaque rapport sexuel, chaque fois que vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	
438	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
438B	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ.	PRIVÉ OBTENU . . . . . 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	→ 439
438C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcé contre votre volonté ?	VOULAIT . . . . . 1 A ÉTÉ FORCÉ . . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
438D	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
439	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
440	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTE . . . . . C CLINIQUE PF . . . . . D AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . G PHARMACIE . . . . . H AGENT DE SANTÉ . . . . . J AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ K (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . L BAR/BOITE DE NUIT . . . . . M KIOSQUE . . . . . N TABLIER . . . . . O AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS P AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
441	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	
442	VÉRIFIER 418 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓ AUTRE ☐ →		501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
443	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . 12 POSTE DE SANTE . . . . . 13 CLINIQUE PF . . . . . 14 AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 AGENT DE SANTÉ . . . . . 23 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . . 32 KIOSQUE . . . . . 33 TABLIER . . . . . 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL . . . . . 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP 98	→ 501
444	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois ?	PRUDENCE PLUS . . . . . 1 SULTAN . . . . . 2 INOTEX . . . . . 3 MAXIMUM . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP 8	
445	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté ?	NOMBRE DE CONDOMS [ ][ ] NSP . . . . . 98 JAMAIS ACHETE DE CONDOMS . . . 99	→ 501
446	Combien avez-vous payé ?	COUT . . . . . [ ][ ][ ][ ] NSP 9998	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	VÉRIFIER 410 : A UNE FEMME/ PARTENAIRE ☐ ↓ A 2 FEMMES/PARTENAIRES OU PLUS ☐ ↓	NON POSÉE ☐ →	505
502	Votre femme/partenaire (ou une de vos femmes/partenaires), est-elle actuellement enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛR 8	
503	VÉRIFIER 502 : NON, PAS DE FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE/PAS SUR ☐ ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? OUI, FEMME/ PARTENAIRE ENCEINTE ☐ ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant, que votre femme/ partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant du tout ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT . . . . . 1 PAS D'AUTRE/AUCUN . . . . . 2 FEMME/PARTE. NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ EST STÉRILISÉE . . . . . 3 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 505
504	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	MOIS . . . . . 1 [ ][ ] ANNÉES . . . . . 2 [ ][ ] BIENTÔT/MAINTENANT . . . . . 993 APRÈS MARIAGE . . . . . 995 AUTRE _____ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	
505	VÉRIFIER 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS ☐ ↓ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'ENFANT VIVANT ☐ ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT . . . . . 00 NOMBRE . . . . . [ ][ ] AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 507 → 507
506	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
507	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE . . . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
508	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2	
510	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 512
511	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . . A MÈRE . . . . . B PÈRE . . . . . C SOEUR(S) . . . . . D FRÈRE(S) . . . . . E FILLE(S) . . . . . F FILS . . . . . G BELLE-MÈRE(S) . . . . . H AMI(E)S/VOISIN(E)S . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
512	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec un travailleur ou un professionnel de la santé ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

SECTION 6. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler dune maladie appelée SIDA ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 635
602	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
603	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
604	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
605	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
606	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
607	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
608	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 610
609	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . . J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . . . M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
610	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
611	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE . . . . . 1 2 8 ACCOUCHEMENT . . . 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
612	VÉRIFIER 611: AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓ AUCUN 'OUI' ☐		→ 614
613	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
614	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
615	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 620
616	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
617	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ . . . . . 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . 2 TEST IMPOSÉ 3	
618	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
619	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** LABO NATIONAL REF . . . . . 11 CHU . . . . . 12 HÔPITAL REG. . . . . 13 HÔPITAL PREF. . . . . 14 CMC . . . . . 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 21 LABO. PRIVÉ . . . . . 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 622

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 622
621	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** LABO NATIONAL REF . . . . . A CHU . . . . . B HÔPITAL REG. . . . . C HÔPITAL PREF. . . . . D CMC . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . H LABO. PRIVÉ . . . . . I AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ J (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
622	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
623	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
624	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui dans votre propre ménage ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
625	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . . 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
626	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 8	→ 631
627	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
628	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
629	VÉRIFIER 626, 627, 628 : AUCUN 'OUI' ↓ ☐ AU MOINS UN 'OUI' ☐		→ 631

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
631	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
632	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
633	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
634	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
635	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
636	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
637	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur(s) épouse(s) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
638	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur(s) épouse(s) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
639	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
640	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
641	VÉRIFIER 601 : ENTENDU PARLER DU SIDA → Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? PAS ENTENDU PARLER DU SIDA → Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 644

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
642	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . . B ÉCOULEMENT MALODORANT . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K IMPUISSANCE . . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
643	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A PERTES VAGINALES . . . . . B PERTES MALODORANTES . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . .. . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
644	VÉRIFIER 416 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓ N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐ →		654
645	VÉRIFIER 641 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐ ↓ N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐ →		647
646	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
647	Parfois, les hommes peuvent avoir un écoulement du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
648	Parfois, les hommes peuvent avoir une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
649	VÉRIFIER 646, 647 ET 648 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS		→ 654
650	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 652
651	Où êtes-vous allé ? Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTÉ . . . . . C CENTRE CTV . . . . . D CLINIQUE PF . . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . H CENTRE CTV . . . . . I PHARMACIE . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . N BOUTIQUE . . . . . O AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
652	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	 → 654 → 654

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
653	Où est-elle allée ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . . B POSTE DE SANTÉ . . . . . C CENTRE CTV . . . . . D CLINIQUE PF . . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ . . . . . H CENTRE CTV . . . . . I PHARMACIE . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . N BOUTIQUE . . . . . O AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
654	Comme vous le savez certains hommes sont circoncis. Est-ce que vous avez aussi subi cette épreuve ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

SECTION 7. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
701	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 703
702	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 711
703	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: d'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE . . . . . A RECONNAISSANCE SOCIALE . . . . . B MEILLEURE CHANCE MARIAGE . . . C PRÉSERVATION VIRGINITÉ/PRÉVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE . . . . . D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME . . . . . E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y	
704	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ? INSISTER: rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A ÉVITE LA SOUFFRANCE . . . . . B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MÊME. . . . . C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME . . . . . D ACCORD AVEC LA RELIGION . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y	
705	VÉRIFIER 703 : CODE 'D' NON ENCERCLÉ À Q.703 ↓	CODE 'D' ENCERCLÉ À Q.703	→ 707
706	Pensez-vous que cette pratique est un moyen de prévenir chez la fille les relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	PRÉVENIR RELATIONS SEXUELLES 1 PAS D'EFFET . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
707	VÉRIFIER 703 et 704 : CODE 'F' NON ENCERCLÉ À Q.703 ET À Q.704 ↓	CODE 'F' ENCERCLÉ À Q.703 OU À Q.704	→ 709
708	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
709	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE . . . . . 1 DISPARAÎTRE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
710	Pensez-vous que les femmes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'elles sont favorables à son abandon ?	CONSERVÉE . . . . . 1 ABANDONNÉE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
711	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES . . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . . [ ][ ]	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____