

Republica da Guiné-Bissau - Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, 2006

**Institut National de la Statistique et du Recensement (INEC) - Ministère de
l'Économie**

Relatorio ort generated on: November 12, 2013

Visitar o nosso catálogo de dados à: <http://www.stat-guinebissau.com/nada41/index.php>

Overview

Identification

ID NUMBER

DDI-GBS-INS-MICS20061.0-v0.1

Version

VERSION DESCRIPTION

Version 1.0: données utilisées pour la production du rapport final.

PRODUCTION DATE

2007-09-12

Overview

ABSTRACT

L'Enquête par Grappes Indicateurs Multiples (MICS 2006) de la Guinée-Bissau est la troisième série du genre, après celles de 1995 et 2000. Elle entre dans le cadre de la coopération entre la Guinée-Bissau et l'Unicef, pour le suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et cibles fixés dans les accords internationaux comme la Déclaration du Millénaire pour le développement adoptée par les États membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants adopté en mai 2002, partant des promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

La MICS 2006 vise principalement mettre à la disposition de l'État et des partenaires au développement, des données pertinentes, désagrégées selon certaines catégories sociales d'entrée pouvant aider dans la définition et la mise en œuvre de leurs interventions en faveur des enfants et des femmes en particulier. Elle vise aussi au renforcement des capacités nationales et institutionnelles en matière de collecte, de traitement et d'analyses des données, en vue de l'amélioration des systèmes de suivi-évaluation dans les secteurs cibles.

La MICS 3 est une enquête par sondage couverture nationale, basée sur un échantillon de 5500 ménages représentatifs de l'ensemble du pays. Spécifiquement, elle a pour objectif d'estimer un grand nombre d'indicateurs relatifs à la situation des enfants et des femmes au niveau national et au niveau de certaines sous-populations (femmes de 15 à 49 ans, enfants de moins de cinq ans).

Entre le 12 mai et le 12 juin 2006, la collecte des données de la MICS 3 a permis de mesurer et d'actualiser les indicateurs se rapportant à la mortalité des enfants, la nutrition, la santé de l'enfant, l'environnement, la santé reproductive, au développement de l'enfant, l'éducation, la protection de l'enfant et au VIH/SIDA, notamment en ce qui concerne le comportement sexuel et les enfants orphelins et vulnérables du fait du SIDA.

Les principaux résultats de l'enquête

Mortalité des enfants

La mortalité des enfants reste élevée, avec des différences de taux entre catégories sociales. Au niveau national, 138 enfants sur 1000 meurent avant d'avoir un an et 223 sur 1000 décèdent avant l'âge de cinq ans.

La probabilité de décéder est plus élevée chez les garçons : 152 pour mille contre 123 pour mille pour la mortalité infantile et 245 pour mille contre 200 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile. Les disparités selon le niveau d'instruction de la mère et entre provinces, sont encore plus importantes. Les mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont les taux de mortalité les plus faibles : 75 pour mille pour la mortalité infantile et 99 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile contre 109 et 164 respectivement pour les femmes ayant le niveau primaire et 150 et 250 respectivement pour celles qui n'ont pas fréquenté l'école. Ces taux sont aussi plus bas SAB (89 pour mille et 143 pour mille respectivement) et plus élevés dans la province Est (152 pour mille et 257 pour mille respectivement). Les risques de décès sont aussi plus élevés en milieu rural et dans les ménages les plus pauvres.

Nutrition

Près d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (19,4%) souffre d'insuffisance pondérale modérée tandis que 4,0% souffrent

d'insuffisance pondrale svre. Plus de quatre enfants sur dix (40,9%) souffrent d'un retard de croissance modr, et un enfant sur cinq (19,5%) est trop court pour son ge. Environ 7,2% des enfants sont macis de faon modre et 1,7% sont trop maigres pour leur taille.

Moins de 23,0% des femmes ont commenc allaiter leur nouveau-n dans l'heure qui a suivi la naissance et moins de deux tiers (65,4%) moins d'un jour apr la naissance.

L'allaitement exclusif est trs peu pratiqu : seulement 21,4% des enfants de 0-3 mois sont allaits exclusivement au sein, 16,1% parmi les moins de six mois. A 6-9 mois, 35,2% sont allaits tout en recevant des aliments solides et semi-solides alors que 92,8% et 61,4% des enfants de 12-15 mois et ceux de 20-23 respectivement, continuent d'tre allaits.

Seulement 16,1% des enfants de 0-5 mois bnfcient d'une nutrition adquate ou allaitement exclusif considr comme adquat suivant les recommandations, signifiant qu' cet ge, prs de 84% des enfants ne sont pas nourris correctement. A 6-8 mois, 31,5% des enfants ont reu le lait maternel et des aliments complmentaires au moins 2 fois au cours des 24 dernires heures, comme recommand.

L'utilisation de sel adquement iod est une pratique presque inconnue en Guine Bissau. Moins d'un mnage sur dix (0,9%) utilise du sel dont la teneur est correcte (c'est--dire contenant >15 ppm), signifiant que la presque totalit des mnages consomment du sel inadquement iod.

Prs de six enfants de 6-59 mois sur dix (58,6%) ont reu une dose leve de supplments en vitamine A, au cours des six mois qui ont prcd l'enqute. Cet apport en vitamine A est plus frquent SAB (71,7%) et en milieu urbain (66,6%) et moins rpandu dans la province Sud (37,1%) et en milieu rural (55,4%). La proportion d'enfants touchs qui est de 63,4% pour les enfants 6-11 mois et de 58,0% pour ceux de 12-23 mois, baisse davantage pour les plus gs.

Environ 57,4% des femmes ayant eu une naissance au cours des deux annes prcdant l'enqute, ont reu un supplment en vitamine A, avant la huitime semaine suivant l'accouchement. Cette proportion est plus leve SAB (65,0%) et en milieu urbain (64,5%) et plus faible dans la province Nord (54,9%) et en milieu rural (54,6%).

Moins d'un enfant sur quatre (24,0%) a un poids la naissance infrieur la norme, soit 2500 grammes. La faiblesse du poids la naissance est plus frquente dans les provinces Est et Sud (respectivement 26,8% et 26,5%) qu' SAB (19,5%).

Sant de l'enfant

Avant l`ge de 12 mois, 87,1% des enfants sont vaccin contre le BCG, 80,1% ont reu la DTC 1, 72,2% la DTC 2 et 59,1% la DTC 3. De mme, 62,8% des enfants ont reu le vaccin Polio 0, 84,9% le Polio 1, 74,1% le Polio 2 et 59,7% le Polio 3. Environ 71,2% des enfants ont reu un vaccin contre la Rougeole. Au total, moins de quatre enfants sur dix (39,9%) ont reu tous les vaccins.

Parmi les enfants de 12 23 mois, 88,9% ont reu le vaccin du BCG (90,2% des garons et 87,7% des filles). Ce taux de couverture est plus lev SAB (95,9%) et en milieu urbain (94,6%) que dans les provinces Nord (88,5%) et Sud (72,4%) et en milieu rural (86,6%).

Environ 68,0% des femmes sont protges contre le ttanos dont 59,0% ont reu au moins deux doses durant la grossesse, 7,4% au moins deux doses dans les trois prcdentes annes et seulement 1,0% au moins trois doses dans les cinq prcdentes annes. Les femmes instruites sont mieux protges contre le ttanos maternel : 78,1% des femmes de niveau secondaire contre 74,2% des femmes de niveau primaire et 65,3% seulement de celles sans instruction.

Au cours des deux semaines prcdant l'enqute, 12,4% des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhe. De 7,8% parmi les moins de 6 mois, cette prvalence passe 19,5% pour les enfants de 6-11 mois et 21,4% pour ceux de 12-23 mois, avant de tomber 4,4% pour ceux de 48-59 mois. Les pointes de forte prvalence (6-23 mois) coincident avec le sevrage, priode durant laquelle les risques de contamination par les aliments et l'environnement sont plus levs.

Moins de la moiti des enfants (46,3%) ayant eu la diarrhe ont utilis une forme quelconque de SRO. Parmi eux 14,1% ont reu des fluides prpars partir de paquets de SRO, 12,1% des fluides de SRO pr-conditions et 27,4% des fluides recommands prpars la maison. Pour ceux qui ont achet leur SRO, le cot mdian est de 1000 FCFA dans le public et 2376 FCFA dans le priv.

Environ 17,3% des enfants ayant eu la diarrhe ont bu plus que d'habitude, tandis que 24,7% ont bu autant ou moins. Moins de la moiti des enfants (44,4%) ont continu s'alimenter en mangeant un peu moins, autant ou plus que d'habitude tandis que la majorit a mang beaucoup moins que d'habitude ou presque rien. Un enfant sur quatre a reu davantage de fluides tout en continuant s'alimenter.

Seulement 4,3% des enfants ont présent des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. La prévalence est plus forte parmi les enfants des femmes de niveau secondaire ou plus (9,4%) et parmi les enfants des plus riches (7,0%).

Parmi ces enfants, 56,5% ont consulté un prestataire de soins de santé approprié : 28,1% dans un hôpital public, 22,8% dans un centre de santé public, 3,9% dans un poste de santé public et 4,3% ont été assistés par un travailleur de santé du village, tandis que 2,5% ont été consultés dans une clinique privée et 3,0% par un médecin privé. Parmi ces malades, 41,9% ont reçu un antibiotique (55% en milieu urbain et 33,0% en milieu rural). Pour ceux qui ont acheté leurs antibiotiques, le coût médian est de 1782 FCFA dans le public et 3000 FCFA dans le privé.

Environ un tiers (33,9%) des mères/personnes en charge connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie - savoir une respiration difficile et une respiration rapide tandis que les symptômes les plus couramment cités nécessitant que l'enfant soit amené immédiatement dans un service de santé, sont par ordre d'importance, quand l'enfant développe la fièvre (87,6%) et quand l'enfant devient plus malade (69,8%).

Dans l'ensemble, 98,4% des ménages utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine et quelle que soit la catégorie socioéconomique considérée, l'utilisation de combustibles est presque généralisée (entre 93,0% et 99,0%). Près de sept ménages sur dix (68,9%) utilisent le bois pour la cuisson de leurs repas et 29,3% ont recours au charbon de bois.

Près de huit ménages sur dix (79,2%) possèdent au moins une moustiquaire dont seulement 43,6% ont au moins une moustiquaire imprégnée. Environ 73,2% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête et 39,0% ont dormi sous une moustiquaire imprégnée. Pour ceux qui ont acheté une moustiquaire traitée, le coût médian est de 1000 FCFA dans le public et 4945 FCFA dans le privé.

La prévalence de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête est de 13,5% avec une pointe 12-23 mois (16,5%). Moins de la moitié des enfants fébriles (45,7%) ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 27,2% ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes : 41,1% ont reçu de la chloroquine et 2,3% du SP/Fansidar. Pour ceux qui ont acheté leurs anti-paludéens, le coût médian est de 1500 FCFA dans le public et 2000 FCFA dans le privé.

Concernant le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête, 60,3% ont reçu un médicament contre le paludisme durant leur grossesse. Parmi elles, 7,4% ont reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar et 48,8% ont reçu la chloroquine.

Environnement

Près de six personnes sur dix (59,9%) utilisent une source d'approvisionnement en eau améliorée : 82,3% en milieu urbain et moins de la moitié (47,0%) en milieu rural. Les habitants de SAB (92,1%), les plus riches (91,4%) et les autres citadins sont les mieux dotés. Les principales sources d'eau potable sont les puits protégés (21,6%) et les puits pompe/forage (17,3%). A SAB la Capitale, seulement 11,8% de la population ont l'eau potable directement d'un robinet à l'intérieur du logement tandis que 30,0% disposent d'un robinet dans leur cour/parcelle.

Seulement 22,4% des ménages ont la source d'approvisionnement en eau de boisson sur place, c'est-à-dire domicile. Ce type d'accès est plus répandu à SAB (52,3%), en milieu urbain (41,4%), dans les ménages les plus riches (58,1%) et ceux dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus. Pour 34,1% des ménages, il faut se déplacer, même s'il faut moins de 15 minutes pour aller à la source d'approvisionnement en eau et revenir à la maison. Un ménage sur cinq consacre entre 15 et moins de 30 minutes à cette tâche et pour 13,3% des ménages, il faut 30 minutes moins d'une heure pour aller à la source et revenir. Pour ceux qui n'ont pas l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement et revenir, est de 21,3 minutes.

Dans la plupart des ménages (93,1%), c'est une femme adulte qui est généralement chargée de la collecte de l'eau de boisson, quand la source se trouve hors du domicile.

Seulement 11,4% de la population vivent dans des ménages dotés d'installations sanitaires pour l'évacuation des excréments humains. C'est dans les ménages les plus riches (48,5%), SAB (37,1%) et en milieu urbain (28,7%) que ces installations sanitaires sont plus fréquentes, si on les compare aux ménages de la province Nord (3,5%), aux ménages ruraux (1,9%) et ceux des plus pauvres (0,1%) pour lesquelles l'évacuation saine des excréments humains constitue un réel problème de santé publique.

Moins de 5,0% des ménages utilisent des toilettes dont la chasse d'eau est reliée à un système d'égouts, des fosses septiques ou des latrines tandis que 2,6% disposent de latrines avec des charges d'eau et 3,9% de latrines améliorées. Cette pratique est plus répandue chez les plus riches (22,7%), SAB (17,9%), parmi les ménages dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus (17,7%) et en milieu urbain (13,0%).

La proportion d'enfants gs de 0 2 ans dont les excrments sont vacus sainement est estime 35,4% au niveau national (58,5% en milieu urbain et 26,1% en milieu rural). Cette proportion est de 62,2% SAB et moins du tiers dans les provinces. Les plus riches et les plus instruits sont aussi relativement plus nombreux vacuer sainement les excrments de leurs enfants (respectivement 63,2% et 60,9%).

S'agissant des sources d'approvisionnement en eau amliores et des moyens d'vacuation des excrments amliors, peu de mnages bnficient d'une bonne couverture : 10,0% seulement utilisent les deux sources la fois. En milieu urbain, plus d'un mnage sur quatre (26,5%) dispose de ces deux sources amliores tandis qu'en milieu rural, un mnage sur cent (1,0%) seulement y a accs.

Sant reproductive

Parmi les femmes maries ou en union, 10,3% utilisent actuellement la contraception. La prvalence de la contraception est plus leve SAB (20,8% des femmes) et en milieu urbain (19,0%). Environ 6,1% des utilisatrices ont recours une mthode moderne et 4,2% une mthode traditionnelle. La mthode la plus rpandue est l'allaitement maternel et l'amnorrhe lactationnelle (MAL), utilise par 3,5% des femmes maries ou vivant en union. Suivent le DIU (2,9%) et la pilule (1,3%).

Actuellement, le total des besoins de contraception non satisfaits est de 25,0%. La demande de contraception satisfaite est estime 29,1%, avec des variations importantes entre zones gographiques (48,3% SAB contre 9,0 31,0% dans les provinces).

Prs de 78,0% des femmes de 15-49 ans ont eu des soins prnatals auprs d'un personnel qualifi (mdecin, infirmire ou sage-femme), au moins une fois pendant leur grossesse. Cette couverture augmente sensiblement avec le niveau d'instruction de la femme : 74,9% pour les femmes sans instruction, 82,2% pour celles qui ont le niveau primaire et 92,4% pour celles qui ont atteint le niveau secondaire ou suprieur.

Moins de 15,0% des femmes ont t consultes par un mdecin, 47,4% par une infirmire ou une sage-femme et 15,7% par une sage-femme auxiliaire. La qualit du personnel de sant qui dispense les soins prnatals augmente avec le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie de son mnage et son milieu de rsidence. Ainsi, 33,1% des femmes les plus instruites, 26,9% des femmes les plus riches et 24,6% des habitantes de SAB, font appel un mdecin pour leurs consultations.

Prs 52,0% des femmes ont fait un test sanguin, 73,0% se sont fait prendre la tension artrielle, 53,2% un prlvement d'urine et 79,7% ont fait prendre leur poids.

Environ 39,0% des accouchements ont t assists par un personnel qualifi. Ce pourcentage est plus lev SAB (70,4%) et en zone urbaine (68,7%), parmi les plus riches (78,5%) et parmi les plus instruites (80,1%). Il est plus bas dans la province Est (24,0%), en zone rurale (26,8%) et parmi les femmes sans instruction (28,0%) et les plus pauvres (19,4%).

Dans la priode des 10-14 ans prcdant l'enquete, le taux de mortalit maternelle est estim 405 dcs maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Dveloppement de l'enfant

Pour 6,1% des enfants de moins de cinq ans, un adulte tait impliqu avec eux durant les trois jours prcdant l'enquete, dans quatre activits ou plus, favorisant l'apprentissage et la maturit scolaire. Le pre n'est engag que dans 18,6% des cas.

Education

Moins d'un enfant de 36 59 mois sur dix suit un programme d'ducation prscolaire. Sur ce plan, la parit entre garons et filles est presque parfaite (9,8% de garons et 10,0% de filles).

Parmi les enfants en ge officiel d'entrer l'cole primaire (7 ans), 28,5% sont prsentement inscrits en premiere anne du primaire. Plus de la moiti (53,7%) des enfants en ge d'tre au primaire (7-12 ans) sont l'cole (68,9% en milieu urbain et 46,4% en milieu rural). Les diffrences lies au genre sont ngligeables (54,4% des garons contre 52,8% des filles).

Le taux net de scolarisation des enfants de 7-12 ans dont la mre a un niveau d'instruction secondaire ou plus est de 80,5%, tandis qu'il est de 48,4% seulement parmi les enfants dont la mre n'est pas instruite. Dans les mnages les plus riches, ce taux est de 72,1%, tandis qu'il est de 43,1% dans les mnages les plus pauvres.

Le taux net de frquentation du secondaire ou du suprieur des enfants gs de 13-17 ans n'est que de 7,7%, avec un avantage ngligeable des garons sur les filles (8,2% contre 7,2%).

Parmi les enfants qui entrent en premiere anne, seuls 79,7% atteignent la cinquime anne. Il n'existe pratiquement pas de

différence lie au genre (80,3% pour les garçons et 79,2% pour les filles).

Seulement 4,1% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (12 ans) taient en dernière année du cycle primaire.

Le pourcentage de femmes de 15-24 ans qui savent lire et écrire est estimé 28,6% seulement, avec des disparités géographiques importantes : 50,9% en milieu urbain contre 10,1% en milieu rural) et 54,1% SAB contre moins de 20,0% dans les autres provinces.

Protection de l'enfant

Moins de quatre enfants de moins de cinq ans (38,9%) ont déclaré l'état civil. Si la différence lie au genre est faible (40,4% des garçons et 37,4% des filles), l'écart en faveur du milieu urbain est net (53,1% contre 33,1%).

Durant la semaine précédant l'enquête, près de quatre enfants de 5-14 ans sur dix (39,2%) taient impliqués dans des activités de travail (41,1% pour les garçons et 37,0% pour les filles). Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (47,7% contre 22,0%). Parmi les enfants travailleurs, plus du tiers (35,4%) travaillaient dans l'entreprise familiale et seulement 4,4% taient impliqués dans des activités domestiques pour 28 heures ou plus par semaine. Le travail en dehors du ménage touche 5,2% des enfants dont 2,1% ont un travail rémunéré.

Près de 80,0% des enfants de 2 à 14 ans ont subi au moins une forme de punition psychologique ou physique de la part de leurs mères/personnes en charge ou d'autres membres du ménage. En particulier, près de 28,0% des enfants ont fait l'objet de corrections physiques sévères. En outre, une mère/personne en charge sur quatre, pense que les enfants doivent être corrigés physiquement, ce qui explique la forte prévalence des punitions.

Dans l'ensemble, 7,3% des femmes se marient avant l'âge de 15 ans et 27,3% avant l'âge de 18 ans. Au moment de l'enquête, plus d'une femme de 15-19 ans sur cinq (21,7%) était en mariage ou en union et près de la moitié (48,8%) était en mariage ou en union polygamique. La polygamie est moins répandue parmi les plus instruites (21,0% contre 54,0% pour les non instruites), SAB (32,0% contre 49,0 54,0% dans les autres Provinces), parmi les plus riches (33,5% contre 52,0% pour les plus pauvres). Elle augmente aussi avec l'âge.

L'excision qui touche 44,5% des femmes de 15-49 ans, est plus répandue dans la province Est du pays (92,7%), parmi les femmes sans instruction (54,4%) et les Fula/Mandinga (95,2%). Elle est plus faible dans la province Nord (28,7%), parmi les plus instruites (21,3%), les Balantes et les Brameles (respectivement 6,2% et 6,5%). L'enlèvement de la chair, forme extrême de l'excision ou infibulation, est le type d'excision le plus pratiqué (91,7% des cas). Près de six femmes sur dix (59,3%) pensent que cette pratique doit cesser tandis qu'une proportion non négligeable (27,9%) croit qu'elle doit continuer.

Plus de la moitié des femmes (51,5%) trouvent que leurs maris/partenaires peuvent les battre pour l'une quelconque des raisons cibles, notamment 'le fait de négliger les enfants', 'le fait de sortir sans prévenir le mari/partenaire', 'le fait de le tenir tête dans une discussion', 'le fait de brûler la nourriture' et 'le refus des rapports sexuels'. Si l'attitude envers la violence faite aux femmes est la même, quel que soit le milieu de résidence, en revanche, les femmes les plus jeunes sont moins réceptives à cette forme de violence (41,3% des 15-19 ans).

VIH/SIDA, Comportement sexuel, enfants orphelins et vulnérables

La plupart des femmes (72,4%) ont entendu parler du SIDA mais 32,1% seulement connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH : 53,1% savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté et 49,4% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel.

Parmi elles, 18,1% rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues et 37,0% savent qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée. Près de 47,0% des femmes savent que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels et 35,2% savent que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustique.

Dans l'ensemble, 58,2% des femmes savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant, 39,5% connaissent tous les trois modes de transmission du virus de la mère à l'enfant, tandis que 14,2% ne connaissaient aucun mode de transmission spécifique.

Près d'un quart des femmes de 15-49 ans (24,8%) ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes malades du SIDA. En outre, 20,6% des femmes n'auraient pas pris soin d'un membre du ménage malade du SIDA, 42,7% aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA, 41,8% pensent qu'une enseignante ne devrait pas être autorisée à enseigner l'école et 48,0% n'achèteraient pas des légumes frais à un vendeur malade du SIDA. Plus de trois quarts des femmes (75,2%) sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire.

Seulement 17,3% des femmes connaissent un centre de dépistage du VIH/SIDA, tandis que 6,0% ont effectué le test. Parmi ces dernières, 81,0% ont reçu le résultat de leur test.

Au niveau national, 21,8% des femmes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant d'avoir 15 ans et 64,5% des femmes de 20-24 ans avant 18 ans. Plus d'une femme sur quatre (26,7%) a eu des rapports sexuels durant les douze mois précédant l'enquête avec des hommes dix ans ou plus, plus âgées qu'elles. Près de deux femmes de 15-24 ans sur trois (65,4%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête. Sur ces dernières, seulement 38,8% ont utilisé un préservatif lors de ces rapports haut risque.

Parmi les enfants de 10-14 ans, 1,8% ont perdu leurs deux parents dont 69,3% ne fréquentent l'école actuellement. Parmi les enfants de 0-17 ans ne vivant avec aucun des deux parents, 13,7% ont les deux parents en vie, 1,4% ont perdu les deux parents, 1,3% ont seulement le père en vie et 2,5% seulement la mère en vie.

Un enfant de 0-17 ans sur dix est vulnérable, 11,3% ont l'un ou les deux parents décédés et près d'un enfant sur cinq (19,3%) est orphelin et vulnérable. La vulnérabilité des enfants est près de deux fois plus fréquente en milieu urbain (14,5% contre 7,8% en milieu rural), SAB en particulier (16,3%).

Seulement 7,5% des enfants orphelins ont reçu un soutien. Parmi les ménages ayant leur charge des enfants orphelins, 4,4% ont reçu un soutien médical et 3,2% un soutien éducatif pour la scolarité au cours des douze derniers mois. Au cours des trois derniers mois, 1,3% ont reçu un soutien psychologique ou émotionnel et 1,2% un soutien matériel/social.

KIND OF DATA

Donnéeschantillonnées [ssd]

UNITS OF ANALYSIS

- Ménages (définis comme un groupe de personnes qui vivent et prennent habituellement leurs repas ensemble).

- Membres du ménage (définis comme membres du ménage, les individus du ménage qui vivent et prennent habituellement leurs repas ensemble, qui peuvent comprendre des individus qui n'ont pas dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête, mais n'inclut pas les visiteurs qui ont dormi dans le ménage la nuit précédente mais qui n'y vivent pas habituellement).

- Femmes âgées de 15-49 ans - Enfants âgés de 0-4 ans vulnérables (moins de cinq ans)

Scope

NOTES

Information sur le ménage

Liste des membres du ménage

Éducation

Eau et assainissement

Caractéristiques des ménages

Moustiquaires imprégnées

Enfants orphelins et vulnérables

Travail des enfants

Discipline des enfants

Mortalité maternelle

Iodisation du sel

Information sur la femme

Mortalit de l'enfant

Toxode ttanique

Sant maternelle et du nouveau-n

Mariage et union

Contraception

Excision/mutilations gnitales fminines

Attitudes face la violence conjugale

Comportement sexuel

Connaissance du VIH

Information sur l'enfant

Enregistrement de la naissance l'tat-civil

Vitamine A

Allaitement

Traitement des maladies

Paludisme

Vaccination

Anthropomtrie

TOPICS

Topic	Vocabulary	URI
Membres du mnage	Module MICS	
Education	Module MICS	
Eau et assainissement	Module MICS	
Caractristiques des mnages	Module MICS	
Travail des enfants	Module MICS	
Information sur les femmes	Module MICS	
Mortalit infantile	Module MICS	
Anatoxine ttanique	Module MICS	
HIV/SIDA	Module MICS	
Informations sur les enfants	Module MICS	
Enregistrement des naissances	Module MICS	
Apprentissage des enfants en bas ge	Module MICS	
Vitamine A	Module MICS	
Allaitement maternel	Module MICS	
Traitement des maladies	Module MICS	
Vaccination	Module MICS	

Topic	Vocabulary	URI
Anthropométrie	Module MICS	
Paludisme	Module MICS	
Appui aux orphelins et victimes du SIDA	Module MICS	
Mutilations sexuelles féminine	Module MICS	
Sécurité du logement	Module MICS	
Durabilité du logement	Module MICS	
Discipline des enfants	Module MICS	
Source et coût des approvisionnements	Module MICS	
Attitudes vis-à-vis de la violence domestique	Module MICS	
Développement de l'enfant	Module MICS	

KEYWORDS

Education, Santé, enfant, femme, VIH, SIDA, MICS, comportement sexuel, orphelin, enfant vulnérable, reproduction, environnement, nutrition, mortalité, anthropométrie

Coverage

GEOGRAPHIC COVERAGE

L'enquête est représentative au niveau national, régional et en milieu de résidence (urbain-rural).

UNIVERSE

L'enquête couvre tous les membres résidents du ménage (résidents permanents) tirés, toutes les femmes de 15-49 ans membres de ces ménages, et tous les enfants âgés de 0-4 ans nés (moins de 5 ans) membres de ces ménages.

Producers and Sponsors

PRIMARY INVESTIGATOR(S)

Name	Affiliation
Institut National de la Statistique et du Recensement (INEC)	Ministère de l'Économie

OTHER PRODUCER(S)

Name	Affiliation	Role
Institut National de la Statistique et du Recensement	Ministère de l'Économie	Implémentation technique et supervision
Secrétariat d'État du Plan et l'Intégration Régionale	Ministère de l'Économie	Coordination
UNICEF, Bureau Pays	UNICEF	Assistance technique
Coordinateur Régional MICS UNICEF	UNICEF	Assistance technique Internationale
Responsable Suivi-Evaluation Régional UNICEF	UNICEF	Assistance technique Internationale
Département de l'Information Stratégique, Division de la planification et de la programmation, UNICEF NYHQ	UNICEF	Assistance technique Internationale

FUNDING

Name	Abbreviation	Role
Gouvernement	GBS	Appui technique, logistique et financier
UNICEF	UNICEF	Appui technique et financier
Plan Guinée-Bissau	Plan	

Name	Abbreviation	Role
Programme des Nations Unies pour le Dveloppement	PNUD	Appui financier
Banque Mondiale	BM	Appui financier
United Nation Fund of Population Activities	UNFPA	Appui financier

Metadata Production

METADATA PRODUCED BY

Name	Abbreviation	Affiliation	Role
Institut National de la Statistique et du Recensement (INEC)	INEC	Ministre de l`Economie	Producteur des donnes
NGOGANG WANDJI Landre Foster	NWLF	Consultant PARIS21/INS-Cameroun	Traduction et adaptation des mtadonnes standardises

DATE OF METADATA PRODUCTION

2008-03-15

DDI DOCUMENT VERSION

MICS 2006 v1.0

DDI DOCUMENT ID

DDI-GBS-INS-MICS2006-v1.0

Sampling

Sampling Procedure

L'enquête repose sur un sondage deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les districts de recensement (DR) définis lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991. Ce sont des subdivisions territoriales comptant environ 800 habitants chacune, créées pour faciliter la mise en œuvre du recensement de la population. Elles sont au nombre de 1 232 et constituent la base de sondage du premier degré du sondage.

Le critère de stratification retenu pour l'enquête est le milieu de résidence, ce qui permet d'observer séparément les ménages ruraux et les ménages urbains dans chaque région. Ce critère de division de chaque région du pays en deux strates a conduit à la définition de 16 strates pour les 8 régions du pays et d'une 17^{ème} strate dénommée SAB ou Secteur Autonome de Bissau, constituée par la ville de Bissau et de sa banlieue. Cependant, produire des résultats significatifs au niveau régional, c'est-à-dire des estimations précises et d'une précision suffisante pour chaque région, nécessiterait une taille d'échantillon assez élevée qui conduirait à une augmentation du coût de l'enquête. Les régions n'ont donc pas été retenues comme des domaines d'étude. Ainsi, selon leur similitude sur plusieurs aspects, les 8 régions de Oio, Cacheu, Biombo, Bafata, Gabu, Bolama/Bijagos, Quinara et Tombali, ont été regroupées en 3 provinces (Nord, Est et Sud) tandis que la Ville de Bissau a été considérée comme une quatrième province sous l'appellation de SAB ou Secteur Autonome de Bissau.

Un échantillon de districts de recensement est sélectionné au premier degré. La base de sondage du deuxième degré ou base de sondage des unités secondaires est constituée par les ménages des districts de recensement tirés au premier degré. Du fait que les données du recensement de 1991 sur l'identification et la localisation des ménages d'un DR n'étaient plus actualisées en 2006, on a dû procéder à un nouveau dénombrement des ménages dans chacun des DR tirés au premier degré afin d'actualiser la base de sondage du second degré, c'est-à-dire la liste des ménages composant chaque DR tiré.

On a fait appel à un tirage systématique avec probabilités égales au premier degré de sondage. Au total, 330 districts de recensement ont été tirés. La répartition de l'échantillon des 330 districts n'est pas uniforme dans les 17 strates, vu la nécessité de sur-échantillonner les strates faiblement représentées dans l'univers sondé. Sur les 330 DR tirés, 321 ont été effectivement enquêtés. Les 9 DR qui n'ont pu être enquêtés pour des raisons d'insécurité, se situent dans la partie Nord de la région de Cacheu particulièrement touchée par la guerre.

Au second degré, les ménages ont été sélectionnés selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales. Le nombre de ménages tirés dans chaque district de recensement est proportionnel à la taille du district de recensement en nombre de ménages. Au total, un échantillon de 5 500 ménages a été sélectionné. Le taux de sondage au niveau national est de 0,042, soit en moyenne 4,2 ménages sur 100.

L'extrapolation des résultats de l'échantillon à l'ensemble du pays est fondée sur des estimations utilisant des poids de sondage appropriés affectés aux ménages observés dans les districts de recensement enquêtés. Le plan de sondage détaillé est décrit dans les ressources externes.

Deviations from Sample Design

En général, du fait de la mortalité, la base (0-4 ans) d'une pyramide des âges de la population est plus large que celle des tranches au-dessus, y compris celles des 5-9 ans. S'agissant des garçons, les résultats de la MICS 3 montrent le contraire : la tranche des 0-4 ans est 0,8% plus étroite que celle des 5-9 ans alors qu'en général, la mortalité est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles. On peut donc soupçonner pour les garçons, des transferts d'un groupe (0-4 ans) vers un autre (5-9 ans) par l'effet d'attraction du chiffre rond 5. Par ailleurs, la MICS 3 estime l'effectif des enfants de moins de 5 ans 16,2% de la population alors que selon le dernier recensement de la population de 1991, ces derniers représentaient 16,9%, soit une légère baisse pouvant être liée à une baisse de la fécondité. Les femmes âgées de 15-49 ans représentent 24% de la population, alors qu'en 1991 elles représentaient 23%. En 1991, la tranche d'âges des femmes de 45-49 ans et celle des femmes de 50-54 ans représentaient 1,6% et 1,5% de la population respectivement. Selon la MICS de 2000, ces groupes d'âges représentaient 1,6% et 2,1% respectivement tandis que la MICS de 2006 estime ces proportions 3,1% et 3,9% respectivement, soit une inversion des rapports comparativement aux données du recensement de 1991. Si on sait que les femmes de 45-49 ans sont en général, relativement plus nombreuses que celles de 50-54 ans du fait de la mortalité, on peut penser que cette surestimation de la dernière catégorie, qui semble relever d'un transfert d'un groupe vers un autre, résulterait du comportement des enquêteurs. En effet, pour alléger leur charge de travail en terme d'interviews individuelles auprès des femmes de 45-49 ans, certains enquêteurs peuvent, dans le cadre de leur échantillon, donner certaines d'entre elles, un âge supérieur qui les place dans la tranche d'âges 50-54 ans, ce qui contribue à gonfler artificiellement l'effectif de cette catégorie au détriment de la première.

Response Rate

Taux de rponse pour les mnages : sur les 5452 mnages (3071 du milieu rural et 2381 du milieu urbain) slectionnns pour former l'chantillon, 5448 taient occupés (3071 en milieu rural et 2377 en milieu urbain). Sur ces mnages, 5305 ont pu tre interrogés (2995 en milieu rural et 2310 en milieu urbain), soit un taux de rponse des mnages de 97,4%, avec un faible cart entre le milieu rural et le milieu urbain (97,5% et 97,2% respectivement). Les provinces prsentent des taux de rponse variant entre 93,7% dans la province Sud et 99,3% dans la province Nord.

Taux de rponse pour les femmes : dans les mnages sonds, 9904 femmes de 15 49 ans ont t identifiées (5340 en milieu rural et 4564 en milieu urbain). Parmi ces femmes 8012 ont pu tre interrogées (4331 en milieu rural et 3681 en milieu urbain), ce qui donne un taux de rponse de 80,9% (81,1% en milieu rural et 80,7% en milieu urbain). Le taux de rponse le plus lev est observ dans la Province Sud (82,4%) et le plus bas dans SAB (78,2%). Le taux global de rponse pour les femmes est de 78,8% (79,1% en milieu rural et 78,4% en milieu urbain). Ce taux global de rponse est plus lev dans la province Nord (80,7%) et plus bas dans SAB (76,5%).

Taux de rponse pour les enfants de moins de cinq ans : 6570 enfants de moins de cinq ans (4206 en milieu rural et 2364 en milieu urbain) ont t dnombés dans les mnages de l'chantillon. Des questionnaires ont t remplis pour 5848 de ces enfants (3780 en milieu rural et 2068 en milieu urbain), ce qui correspond un taux de rponse de 89,0% (89,9% en milieu rural et 87,5% en milieu urbain). Le taux de rponse global pour les enfants de moins de cinq ans est de 86,7% (87,6% en milieu rural et 85,0% en milieu urbain). La province Nord prsente le taux global de rponse le plus lev (88,9%) et SAB le taux le plus bas (84,4%). Les plus faibles taux de rponse dans SAB peuvent s'expliquer par le fait que les enquteurs ont moins de chance de trouver les habitants de la Capitale qui travaillent gnralement assez loin de leur domicile.

Weighting

L'chantillon de l'enqute par grappes indicateurs multiples de la Cte d'Ivoire n'est pas auto-pondr. En fait, une taille suffisante de l'chantillon de mnages pour obtenir la prcision recherche par rgion a conduit utiliser des fractions d'chantillonnage diffrentes sur la base de la taille de chaque rgion. Pour cette raison, les pondrations de l'chantillon ont t calculées et utilisées dans les analyses ultérieures des données de l'enqute. La principale composante de cette pondration est l'inverse de la fraction d'chantillonnage (probabilité de tirage d'un mnage) qui a permis de dterminer le nombre de mnages par chantillon dans ce domaine d'chantillonnage spcifique . Les fractions d'chantillonnage des mnages de chaque zone (grappe) ont t calculées en raison de la diffrence entre le nombre estimatif de mnages par zone de dnombrement avant la slection de la premire tape (choix des units d'chantillonnage principales) et le nombre rvis de mnages par zone. Ces fractions incluent donc la probabilité de choix de la zone de dnombrement appartenant ce domaine d'chantillonnage spcifique ainsi que celle du choix d'un mnage appartenant la zone de dnombrement de l'chantillon (grappe). Une seconde composante prendre en compte dans le calcul des pondrations de l'chantillon est le niveau de non-rponse aux enqutes auprs des mnages et des personnes. L'ajustement pour la non-rponse des mnages est gal l'inverse de la valeur suivante : $RR = \text{Nombre de mnages interrogés} / \text{Nombre de mnages occupés rportés}$ A l'issue du travail de terrain, les taux de rponse ont t calculés pour chaque domaine d'chantillonnage. Ces taux ont servi ajuster les pondrations d'chantillon calculées pour chaque grappe. Les taux de rponse de l'enqute MICS du/de la Cte d'Ivoire sont prsents dans le Tableau HH.1 du prsent rapport. De mme, l'ajustement des cas de non-rponse au niveau individuel (femmes et enfants de moins de 5 ans) est gal l'inverse de la valeur ci-dessous : $RR = \text{Questionnaires pour femmes (ou enfants de moins de 5 ans) remplis} / \text{Femmes (ou enfants de moins de 5 ans) concernés}$ Le nombre de femmes et d'enfants de moins de 5 ans concernés est issu de l'inventaire des mnages fait dans le Questionnaire ddi aux mnages auprs des familles ayant rpondu l'enqute. Pour chaque zone de dnombrement, les pondrations non ajustées des mnages ont t calculées en multipliant les facteurs ci-dessus. Ensuite, elles ont t standardisées (ou normalisées). Cette opration a pour finalit d'harmoniser la somme des units d'chantillonnage interrogées avec la taille totale de l'chantillon au niveau national. La normalisation consiste multiplier les pondrations non ajustées susmentionnées par le ratio du nombre de mnages interrogés sur le nombre total de mnages pondration non ajustée. Une procdure de standardisation similaire a t utilisée pour calculer les pondrations standardisées des questionnaires ddis aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans. Les pondrations ajustées (normalisées) ont vari entre 8,67 (grappe 290 : strate 11) et 1877,21 (grappe 107 : strate 5) dans les 304 zones de dnombrement (grappes). Les pondrations d'chantillon ont t annexées l'ensemble des groupes de données et appliquées chaque mnage, femme ou enfant de moins de 5 ans pour le besoin des analyses.

Questionnaires

Overview

Trois types de questionnaires comprenant différents modules chacun, ont été utilisés dans l'enquête :

- un questionnaire ménage pour recueillir des informations sur tous les membres de fait du ménage, sur le ménage et sur le logement du ménage ;

- un questionnaire femme administré dans chaque ménage toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, et

- un questionnaire, administré aux mères ou personnes en charge des enfants de moins de cinq ans vivant dans le ménage.

1. Le questionnaire ménage comprend les modules suivants :

Module I : Information sur le ménage

Module II : Liste des membres du ménage

Module III : Éducation

Module IV : Eau et assainissement

Module V : Caractéristiques des ménages

Module VI : Moustiquaires imprégnées

Module VII : Enfants orphelins et vulnérables

Module VIII : Travail des enfants

Module IX : Discipline des enfants

Module X : Mortalité maternelle

Module XI : Iodisation du sel

2. Le questionnaire individuel femme comprend les modules suivants :

Module XII : Information sur la femme

Module XIII : Mortalité de l'enfant

Module XIV : Toxodermatose

Module XV : Santé maternelle et du nouveau-né

Module XVI : Mariage et union

Module XVII : Contraception

Module XVIII : Excision/mutilations génitales féminines

Module XIX : Attitudes face à la violence conjugale

Module XX : Comportement sexuel

Module XXI : Connaissance du VIH

3. Le questionnaire enfant comprend les modules suivants :

Module XXII : Information sur l'enfant

Module XXIII : Enregistrement de la naissance l'état-civil

Module XXIV : Vitamine A

Module XXV : Allaitement

Module XXVI : Traitement des maladies

Module XXVII : Paludisme

Module XXVIII : Vaccination

Module XXIX : Anthropométrie

Ces questionnaires sont basés sur le modèle standard de la version anglaise du questionnaire MICS 3. La traduction française nous a servi de modèle pour la rédaction des trois questionnaires en langue portugaise. Les questionnaires ont ensuite fait l'objet d'une enquête pilote réalisée dans les DR de Bissau et de Biombo dans la deuxième semaine du mois de mars 2006. Sur la base des résultats de l'enquête pilote, des modifications ont été apportées à la formulation des questionnaires. Une copie de ces questionnaires est donnée dans l'Annexe F.

En plus de l'administration des questionnaires, les équipes en charge du travail de terrain ont testé la teneur en iode du sel de cuisine utilisé par les ménages et mesuré le poids et la taille des enfants de moins de 5 ans.

Data Collection

Data Collection Dates

Start	End	Cycle
2006-05-12	2006-06-12	Trois ans

Data Collection Mode

Interview face face [f2f]

DATA COLLECTION NOTES

La formation du personnel de terrain a t mene du 29 mars au 12 avril 2006, soit 15 jours. La formation comprenait des cours sur les techniques d'enquetes et les contenus des diffrents questionnaires ainsi que des interviews simules entre les stagiaires pour leur permettre de s'habituer poser des questions.

Pendant les 5 derniers jours de la formation, 10 stagiaires (5 enqueteurs et 5 enqutrices), un superviseur et un chauffeur, ont t slectionns pour mener l'enqute pilote Bissau et Biombo.

Le travail de terrain a commenc le 12 mai 2006 et s'est termin le 12 juin 2006. Les donnes ont t collectes par 6 quipes, comprenant au total 74 enqueteurs (37 enqueteurs et 37 enqutrices), 12 chauffeurs, 6 diteurs et 6 superviseurs.

Data Collectors

Name	Abbreviation	Affiliation
Institut National de la Statistique et de Recensement	INEC	Ministre de l'conomie

SUPERVISION

L'administration des questionnaires a t conduite par 6 quipes, comprenant au total 74 enqueteurs (37 enqueteurs et 37 enqutrices), 12 chauffeurs, 6 diteurs et 6 superviseurs.

Data Processing

Data Editing

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel CPro sur 15 ordinateurs, dont deux laptops. Trente opérateurs de saisie et 2 superviseurs travaillant en deux sessions par jour ont assuré toute la saisie. Afin de garantir la qualité des données, il a été opéré un contrôle bas sur une double saisie de tous les questionnaires. Cela a permis également d'effectuer un contrôle de consistance interne suivant les procédures et programmes standard de saisie élaborés par l'équipe de coordination globale de MICS 3 New York, outils qui ont été adaptés aux questionnaires de la Guinée-Bissau. Le traitement des données a commencé le 22 juin 2006, soit une semaine après le démarrage des travaux de collecte, et s'est achevé le 30 juillet 2006. Les données ont été analysées en utilisant le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 14 ainsi que le mode de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés et envoyés par l'équipe de coordination de l'UNICEF.

Other Processing

Les données ont été traitées par grappes, chaque grappe étant considérée comme une unité complète à chaque étape du processus. Chaque grappe est passée par les étapes suivantes : 1) Réception des questionnaires 2) Édition et codification 3) Saisie des données 4) Vérification de structures et complétude 5) Vérification de la saisie 6) Comparaison et vérification des données 7) Sauvegarde des données brutes. 8) Édition secondaire 9) Édition des données sauvegardées. Après que toutes les grappes aient été traitées, toutes les données sont fusionnées et les étapes suivantes ont été réalisées pour tous les fichiers de données : 10) exportation vers SPSS dans 4 fichiers (hh - ménage, hl - membres de ménage, wm - femmes, ch - enfants au-dessous de 5 ans). 11) recodification des variables nécessaires pour l'analyse 12) ajout de la pondération 13) calcul des quintiles de richesse et ajout dans les données 14) vérification de la structure dans les fichiers SPSS 15) tabulations de la qualité des données 16) production des tabulations d'analyse. Les détails sur chacune de ces étapes peuvent être trouvés dans les manuels de traitement, les directives d'édition de données, les programmes informatiques dans CPro et SPSS, et les directives de tabulation. La saisie des données a été conduite par 30 opératrices de saisie, dirigées par 2 chefs d'équipe de saisie, utilisant un total de 16 ordinateurs (15 ordinateurs de saisie de données plus un ordinateur de supervision). La version 2.6.007 de CPro a été employée avec un programme de saisie fortement structuré, utilisant l'option system control, qui contrôle la saisie de chaque champ. Un ensemble des contrôles de cohérence étaient inclus dans le programme de saisie. Par ailleurs, le calcul des Z-scores anthropométriques ont également été inclus dans les programmes de saisie de données pour l'usage pendant l'analyse. Les réponses "autres" n'ont pas été enregistrées ni codées, excepté dans des circonstances rares où la réponse était assortie d'un code existant dans le questionnaire. La vérification de structure et de complétude s'est assurée que tous les questionnaires pour les grappes étaient saisis, structurellement sains, et que les questionnaires femmes et enfants existaient pour chaque femme et enfant éligibles. La vérification de toutes les variables a été effectuée en utilisant une vérification indépendante, c.-à-d. double saisie des données, comparaison des données issues des deux saisies suivies des corrections des erreurs constatées dans l'un ou dans les deux fichiers issus de la double saisie. Ensuite, le fichier de la première saisie était sauvegardé pour la suite du travail. À la fin du traitement dans CPro, tous les différents fichiers de grappes ont été sauvegardés avant la concaténation (fusion). Pour la tabulation et l'analyse, les versions de SPSS 12.0 et 14.0 ont été utilisées. La version 12.0 a été utilisée pour tous les programmes de tabulation. La version postérieure 14.0 a été utilisée pour les tabulations de la qualité des données, le calcul des erreurs d'échantillonnage et l'indice de richesse. L'indice de richesse des membres de ménage a été calculé en utilisant l'analyse par composantes principales, basée sur les caractéristiques du ménage. Enfin, les scores et quintiles ont été inclus dans les fichiers de données.

Data Appraisal

Estimates of Sampling Error

Les estimations issues d'un échantillon sont affectées par deux types d'erreurs :

- 1) erreurs de non-échantillonnage et
- 2) erreurs d'échantillonnage.

Les erreurs de Non-échantillonnage sont les résultats des erreurs de collecte et de traitement informatique de données. Des nombreux efforts ont été faits pendant l'exécution de MICS 2006 pour réduire au minimum ce type d'erreur. Cependant, les erreurs de non-échantillonnage sont impossibles à éviter et difficile à évaluer statistiquement.

Les erreurs d'échantillonnage peuvent être statistiquement évaluées. L'échantillon des répondants MICS 2006 est seulement l'un des nombreux échantillons possibles qui auraient pu avoir été choisis au sein de la population, en utilisant la même conception et taille prévues. Chacun de ces échantillons donnerait des résultats légèrement différents des résultats de l'échantillon réellement choisis. Les erreurs d'échantillonnage sont une mesure de la variabilité dans les résultats travers tous les échantillons possibles. Bien que, le degré de variabilité ne soit pas connu exactement, il peut être estimé à partir des résultats de l'enquête. Les erreurs d'échantillonnage sont les cartes type (standard error) pour une statistique donnée (moyenne ou pourcentage), qui est la racine carrée de la variance. Des intervalles de confiance sont calculés pour chaque statistique. On suppose que la vraie valeur de la statistique se trouve dans cet intervalle. L'erreur type dans les MICS est estimée plus ou moins deux cartes type (standard error), ce qui équivaut à 95% de l'intervalle de confiance. Si le groupe des répondants avait été un échantillon aléatoire simple, il aurait été possible d'employer des formules simples pour calculer les erreurs d'échantillonnage. Cependant, l'échantillon de MICS 2006 est le résultat d'une conception stratifiée à plusieurs degrés, et par conséquent l'utilisation des formules plus complexes est nécessaire. Le module "complex samples" de SPSS a été utilisé pour calculer les erreurs d'échantillonnage. Ce module utilise la méthode de linéarisation de Taylor pour estimer la variance des moyennes et proportions. Cette méthode est documentée dans le dossier CSDescriptives.pdf de SPSS (voir l'aide sous SPSS ainsi que les options d'algorithmes). Les erreurs d'échantillonnage ont été calculées pour un ensemble de statistiques (qui sont des proportions dues aux limitations de la méthode de linéarisation de Taylor) au niveau national, urbain et rural, et pour chaque région. Les détails sur les erreurs d'échantillonnage sont présents en annexe et la table d'erreurs d'échantillonnage est présente dans les ressources externes.

Other forms of Data Appraisal

Une série de tableaux et de graphiques de qualité pour passer en revue la qualité des données sont disponibles. Ils comprennent :

- Distribution d'âge de la population de ménage.
- Distribution d'âge des femmes légitimes et des femmes interviewées.
- Distribution d'âge des enfants légitimes et des enfants pour qui la mère ou la - nourrisse a été interviewée.
- Distribution d'âge des enfants de moins de 5 ans en groupes de 3 mois.
- Rapports d'âge et de période aux frontières d'âge.
- Pourcentage d'observations avec données manquantes sur des variables choisies.
- Présence de la mère dans le ménage et de la personne interviewée pour le questionnaire moins de 5 ans.
- Fréquentation scolaire par âge.
- Rapport de sexes à la naissance parmi des enfants nés, survivants et morts par âge du répondant.
- Distribution des femmes selon la durée depuis la dernière naissance.
- Scatterplot du poids par taille, du poids par âge et de la taille par âge.
- Graphique de la population masculine et féminine par âge.
- Pyramide de la population.

Les résultats de chacune des tables sur la qualité des données sont montrés dans l'annexe du rapport final et sont également donnés dans les ressources externes de cette section. En général, une colonne est réservée dans les tableaux du rapport principal pour présenter les données manquantes, dès que celles-ci sont supérieures ou égales à 1%.