

Guinée-Bissau
Enquête par Grappes à Indicateurs
Multiples
2006

Ministère de l'Economie
Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration
Régionale

UNICEF
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Autres Partenaires:

Banque Mondiale
Plan Guinée-Bissau
UNFPA
UNDP

Juin 2006

Ont contribué à la rédaction du rapport:

Antonio Co, Adjoint du coordonnateur de MICS à Bissau

Augusto Bernardo Viegas Junior, Chargé de Suivi - Evaluation à l'Unicef Bissau

Adulai Jalo, Informaticien de l'enquête MICS3 à Bissau

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS3) de la Guinée-Bissau a été menée par le Ministère de l'Economie - Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration Régionale, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Un soutien financier et technique a été fourni par l'UNICEF, la Banque Mondiale, Plan Guinée-Bissau, le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Populations (UNFPA) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (UNDP).

L'enquête entre dans le cadre de la série d'enquêtes MICS menées en 2005-2006, dans plus de 50 pays à travers le monde, après celles de 1995 et 2000. Les instruments d'enquête pour évaluer la situation des enfants et des femmes dans le monde, sont basés sur les modèles standards élaborés par la Coordination générale du Projet Global de MICS, au siège de l'UNICEF. Des informations complémentaires sur ce projet sont disponibles sur le site www.childinfo.org.

Citation suggérée:

Ministère de l'Économie - Secrétariat d'État du Plan et à l'Intégration Régionale, 2006.
Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Guinée-Bissau, 2006, Rapport Final.
Bissau, Guinée-Bissau : Ministère de l'Économie - Secrétariat d'État du Plan et à
l'Intégration Régionale.

Tableau de synthèse des résultats

Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) et Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Guinée-Bissau, 2006

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
MORTALITÉ INFANTILE					
Mortalité infantile	1	13	Taux de mortalité infanto-juvénile	223	pour mille
	2	14	Taux de mortalité infantile	138	pour mille
NUTRITION					
Statut nutritionnel	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée	19,4	Pour cent
	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère	4,0	Pour cent
	7		Prévalence des retards de croissance modérés	40,9	Pour cent
	8		Prévalence de la déperdition	19,5	Pour cent
Allaitement maternel	45		Allaitement commencé à temps	22,6	Pour cent
	15		Taux d'allaitement exclusif 0-3 mois	21,4	Pour cent
	15		Taux d'allaitement exclusif < 6 mois	16,1	Pour cent
	16		Taux d'allaitement continu à 12-15 mois	92,8	Pour cent
			à 20-23 mois	61,4	Pour cent
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	35,2	Pour cent
	18		Fréquence de l'alimentation complémentaire	28,6	Pour cent
19		Enfants bien nourris	21,9	Pour cent	
Iodation du sel	41		Consommation de sel iodé	0,9	Pour cent
Vitamine A	42		Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	58,6	Pour cent
	43		Supplémentation en vitamine A (accouchées)	57,4	Pour cent
Insuffisance pondérale à la naissance	9		Nourrissons nés avec une insuffisance pondérale	23,9	Pour cent
	10		Enfants pesés à la naissance	41,5	Pour cent
SANTÉ DE L'ENFANT					
Vaccination	25		Couverture vaccinale de la tuberculose	88,9	Pour cent
	26		Couverture vaccinale de la polio (3)	64,1	Pour cent
	27		Couverture vaccinale de la DPT (3)	62,8	Pour cent
	28	15	Couverture vaccinale de la rougeole	75,5	Pour cent
	31		Enfants entièrement vaccinés	39,9	Pour cent
	29		Couverture vaccinale de l'hépatite B	N/A	Pour cent
	30		Couverture vaccinale de la fièvre jaune	N/A	Pour cent
Toxoïde tétanique	32		Protection contre le tétanos néonatal	68,2	Pour cent
Prise en charge des maladies	33		Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	46,3	Pour cent
	34		Prise en charge à domicile de la diarrhée	11,0	Pour cent
	35		TRO reçue ou augmentation des fluides, et poursuite de l'alimentation	25,3	Pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
	23		Recherche de soins pour pneumonie présumée	4,3	Pour cent
	22		Traitement aux antibiotiques d'une pneumonie présumée	41,9	Pour cent
Utilisation des combustibles solides	24	29	Combustibles solides	98,4	Pour cent
Paludisme	36		Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	43,6	Pour cent
	37	22	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	39,0	Pour cent
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	73,2	Pour cent
	39	22	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	27,2	Pour cent
	40		Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	7,4	Pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur		
Source et coût d'approvisionnement	96		Source d'approvisionnement (sources publiques)			
			Moustiquaires imprégnées	29,3	Pour cent	
			Antipaludéens	54,8	Pour cent	
			Antibiotiques	54,9	Pour cent	
				Sels de réhydratation orale	77,4	Pour cent
	97		Coût d'approvisionnement (coût médian)			
			Moustiquaires imprégnées			
			sources publiques	1000	[FCFA]	
			sources privées	4945	[FCFA]	
			Antipaludéens			
			sources publiques	1500	[FCFA]	
			sources privées	2000	[FCFA]	
Antibiotiques						
sources publiques	1782	[FCFA]				
sources privées	3000	[FCFA]				
			Sels de réhydratation orale			
			sources publiques	1000	[FCFA]	
			sources privées	2376	[FCFA]	
ENVIRONNEMENT						
Eau et assainissement	11	30	Utilisation de sources d'eau potable améliorées	59,9	pour cent	
	13		Traitement de l'eau	4,5	pour cent	
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	11,4	pour cent	
	14		Élimination des excréments infantiles	35,4	pour cent	
Bail assuré et durabilité de l'habitat	93		Bail assuré	NA	pour cent	
	94		Durabilité de l'habitat	NA	pour cent	
	95	32	Taudis	NA	pour cent	
SANTÉ DE LA REPRODUCTION						
Contraception et besoins à couvrir	21	19c	Prévalence des contraceptifs	10,3	pour cent	
	98		Besoins à couvrir en matière de planning familial	25,0	pour cent	
	99		Demande couverte en matière de planning familial	29,1	pour cent	
Santé maternelle et néonatale	20		Soins prénatals	77,9	pour cent	
	44		Contenu des soins prénatals	88,8	pour cent	
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	39,0	pour cent	
	5		Accouchements dans un établissement spécialisé	35,4	pour cent	
Mortalité maternelle	3	16	Taux de mortalité maternelle	405	pour 100 000	
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT						
Développement de l'enfant	46		Soutien pour les études	6,1	pour cent	
	47		Soutien paternel pour les études	18,6	pour cent	
	48		Soutien pour les études : livres pour enfants	NA	pour cent	
	49		Soutien pour les études : autres livres	NA	pour cent	
	50		Soutien pour les études : matériel ludique	NA	pour cent	
	51		Tuteur mineur	NA	pour cent	

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
ÉDUCATION					
Éducation	52		Fréquentation du préscolaire	9,9	pour cent
	53		Prédisposition pour la scolarisation	15,1	pour cent
	54		Taux d'entrée net au cycle primaire	28,5	pour cent
	55	6	Taux de fréquentation net du cycle primaire	53,7	pour cent
	56		Taux de fréquentation net du cycle secondaire	7,7	pour cent
	57	7	Enfants atteignant le CM2	79,7	pour cent
	58		Taux de passage au cycle secondaire	18,9	pour cent
	59	7b	Taux d'achèvement des études primaires	4,1	pour cent
	61	9	Indice de parité des sexes		
		école primaire	0,97	ratio	
		école secondaire	0,88	ratio	
Alphabétisation	60	8	Taux d'alphabétisation chez les adultes	28,6	pour cent
PROTECTION DE L'ENFANT					
Enregistrement des naissances	62		Enregistrement des naissances	38,9	pour cent
Travail des enfants	71		Travail des enfants	39,2	pour cent
	72		Élèves ouvriers	37,0	pour cent
	73		Ouvriers élèves	53,7	pour cent
Punitions de l'enfant	74		Punitions de l'enfant Toute punition psychologique/physique	80,0	pour cent
Mariage précoce et polygamie	67		Mariage avant 15 ans	7,3	pour cent
			Mariage avant 18 ans	27,3	pour cent
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées/en union	21,7	pour cent
	70		Polygamie	48,8	pour cent
	69		Différence d'âges des conjoints (15 19)	51,2	pour cent
		Différence d'âges des conjoints (20 24)	48,0	pour cent	
Excision/mutilation génitale féminine	66		Approbation de l'E/MGF	27,9	pour cent
	63		Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	44,5	pour cent
	64		Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	3,2	pour cent
	65		Prévalence de l'E/MGF chez les filles	35,0	pour cent
Violence domestique	100		Attitudes face à la violence domestique	51,5	pour cent
Handicap	101		Enfants handicapés	NA	pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
VIH/SIDA, COMPORTEMENT SEXUEL, ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES					
Connaissances et comportements face au VIH/SIDA	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	15,8	pour cent
	89		Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	39,5	pour cent
	86		Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	75,2	pour cent
	87		Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	17,3	pour cent
	88		Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	6,0	pour cent
	90		Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	40,6	pour cent
	91		Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	7,1	pour cent
Comportement sexuel	84		Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes (15 à 19)	21,8	pour cent
	92		Diversité d'âges des partenaires sexuels	26,7	pour cent
	83	19a	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	38,8	pour cent
	85		Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	60,6	pour cent
Soutien aux enfants orphelins et vulnérables	75		Prévalence d'orphelins	11,3	pour cent
	78		Conditions d'accueil des enfants	18,9	pour cent
	76		Prévalence d'enfants vulnérables	10,0	pour cent
	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	0,97	ratio
	81		Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	7,5	pour cent
	79		Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	1,09	ratio
	80		Rapports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	1,03	ratio

Table des matières

Tableau de synthèse des résultats.....	4
Table des matières	9
Liste des tableaux	11
Listes des figures.....	13
Liste des abréviations.....	14
Remerciements.....	16
Résumé analytique.....	17
I. Introduction.....	18
Contexte.....	18
Objectifs de l'enquête.....	21
II. Méthodologie d'échantillonnage et d'enquête	22
Conception de l'échantillon.....	22
Questionnaires	24
Formation et travail sur le terrain	25
Saisie et traitement des données	26
III. Représentativité de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interrogées.....	27
Représentativité de l'échantillon	27
Caractéristiques des ménages	28
Caractéristiques des personnes interrogées.....	30
IV. Mortalité infantile	32
V Nutrition	36
Statut nutritionnel	36
Allaitement au sein	39
Iodation du sel	42
Supplémentation en vitamine A.....	44
Faible poids à la naissance.....	46
VI. Santé de l'enfant	48
Couverture vaccinale	48
Toxoïde tétanique	52
Traitement de la diarrhée par la réhydratation orale	54
Recherche de soins et traitement de la pneumonie aux antibiotiques.....	57
Utilisation de combustible solide.....	59
Paludisme.....	60
Sources et Coûts de l'approvisionnement.....	63
VII. Environnement.....	66
Eau et assainissement	66

VIII. Santé reproductive	72
Contraception.....	72
Besoins à couvrir	73
Consultations prénatales	74
Assistance pendant l'accouchement	76
Mortalité maternelle.....	77
IX. Développement de l'enfant	79
X. Education	81
Suivi d'un programme d'éducation préscolaire et prédisposition à la scolarisation	81
Fréquentation de l'école primaire et secondaire	82
Alphabétisation des adultes	85
XI. Protection de l'enfant.....	86
Enregistrement de la naissance	86
Travail des enfants	86
Discipline des enfants	88
Mariage précoce et polygamie	89
Excision/Mutilation génitale féminine.....	92
Violence conjugale	94
XII. VIH/SIDA, Comportement sexuel et enfants orphelins et vulnérables	96
Connaissance de la transmission du VIH et utilisation du préservatif	96
Comportement sexuel lié à la transmission du VIH	101
Orphelins et enfants vulnérables.....	103
Liste des Références	106
Appendice A. Conception d'un échantillon.....	107
Appendice B. Liste du personnel ayant participé à l'enquête.....	115
Appendice C. Estimations des erreurs d'échantillonnage.....	117
Appendice D. Tableaux sur la qualité des données.....	127
Appendice E. Indicateurs MICS : numérateurs et dénominateurs.....	136
Appendice F. Questionnaires.....	143

Liste des tableaux

Listes des figures

Liste des abréviations

BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Tuberculose)
CCA	Bilan Commun du Pays
CDE	Convention sur les Droits des Enfants
CEDAW	Convention contre toute forme de discrimination à l'égard de la femme
CO	Carbone
CPN	consultations prénatales
DENARP	Document Stratégique de Lute contre la Pauvreté
DGP	Direction Générale du Plan
DIU	Dispositif intra-utérin
DPT	Diphthérie Tétanos Coqueluche
DR	District de Recensement
E/MGF	Excision/mutilation génitale féminine
EOV	Enfants orphelins et vulnérables
EST	Regroupement des régions de Bafata et Gabu
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GPI	Indice de parité des sexes
HB	Hépatite B
INEC	Institut National de la Statistique et du Recensement
MAL	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
MI	Moustiquaires imprégnées
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MINSAP	Ministère de la Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
NCHS	National Center for Health Statistics, Etats-Unis
NORD	Regroupement des régions de Biombo, Cacheu et Oio
NY	New York
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEV	Programme élargi de vaccination
PNLP	Plan National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Ppm	Parts par million
SAB	Secteur Autonome de Bissau (Ville de Bissau et banlieue)
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SO2	Dioxyde d'azote
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (logiciel)
SRO	Sels de réhydratation orale
SUD	Regroupement des régions de Bolama, Quinara et Tombali
TCI	Troubles liés à une carence en iode
TFN	Taux de fréquentation net
TPI	Traitement préventif intermittent
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNDAF	Plan Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA

UNICEF
VIH
WFFC

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
Virus de l'immunodéficience humaine
Un monde Digne des Enfants

Remerciements

Menée en 2006 par le Ministère de l'Economie/Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Intégration Régionale, à travers la Direction Générale du Plan et l'Institut National de la Statistique et du Recensement, l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS3) a fourni des informations précieuses et des indicateurs pertinents sur la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau.

Le présent rapport qui en est tiré, répond aussi, en grande partie, aux besoins du suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et cibles visés dans les accords internationaux comme la Déclaration du Millénaire pour le Développement, le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants ainsi que dans le Plan Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

La réussite de MICS 3, matérialisée par la mise à disposition de ce rapport, est rendue possible grâce à la collaboration et aux efforts constants déployés par le Gouvernement de la Guinée-Bissau et l'UNICEF, malgré les nombreux obstacles rencontrés au cours de l'exécution dudit projet.

La coordination de l'équipe technique du siège de l'Unicef à New York et celle du Bureau Régional de Dakar ont également apporté une généreuse contribution à la réussite du projet. Cette contribution de haute facture technique a apporté une garantie scientifique à la qualité des résultats de l'enquête et de ce rapport final. Qu'elles trouvent ici nos sincères remerciements.

Nos remerciements vont aussi à la Banque Mondiale, au Plan International de Guinée-Bissau, au Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population (FNUAP) et au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui, à un moment crucial ont apporté d'importantes contributions financières sans lesquelles la poursuite du projet aurait été compromise.

Nous adressons également nos très sincères remerciements aux autorités administratives et locales pour leur promptitude dans l'assistance apportée à l'enquête, aux femmes et aux hommes qui ont répondu à l'enquête, pour leur disponibilité, leur parfaite collaboration et la qualité des renseignements fournis à l'enquête.

Enfin, aux enfants qui ont enduré les dures épreuves de nos diverses manipulations durant les mesures anthropométriques (poids et taille) sur le terrain, nous présentons toutes nos excuses et leur souhaitons un bel avenir qu'une bonne utilisation des résultats de l'enquête contribuera à rendre plus radieux.

Résumé analytique

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de la Guinée-Bissau est un travail mené auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale. Elle est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale, basée sur un échantillon de ménages représentatif de l'ensemble du pays. Son but est 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 (femme de 15 à 49 ans, enfant de moins de cinq ans, Niveau d'instruction, conditions de vie, etc.) ou entités territoriales (les Provinces Nord, Est, SAB et Sud, le milieu de résidence, etc.). L'enquête repose sur un sondage à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré (unités primaires) sont les districts de recensement (DR) et ceux de deuxième degré (unités secondaires) sont les ménages tirés des DR sélectionnés au premier degré. Au niveau national, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991, a défini 1 232 DR et 131.924 ménages. Les deux strates définies au premier degré sont les milieux de résidence (rural et urbain). Au total 330 DR et 5500 ménages furent sélectionnés pour les besoins de l'enquête.

L'enquête fut menée du 12 Mai au 12 Juin, par l'application de trois questionnaires (Ménage, Femme 15-49 ans et enfant de moins de cinq ans) avec l'objectif d'apporter des informations récentes permettant l'évaluation de la situation des enfants et des femmes ; fournir des données nécessaires au suivi des progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, des objectifs d'un Monde Digne des Enfants (WFFC) et d'autres objectifs fixés ; contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte et de surveillance des données dans le pays ; et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en oeuvre et de l'analyse de ces systèmes.

L'enquête MICS 3 fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes dans le pays et répond à la nécessité de surveiller la progression vers les objectifs et cibles émanant d'accords internationaux récents: la Déclaration du Millénaire pour le développement, adoptée par tous les 191 Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants,

La représentativité de l'échantillon de l'enquête est fournie par les taux de réponse des ménages (74,5%), des femmes (80,9) et des enfants de moins de cinq ans (89%). Selon leurs caractéristiques, les ménages sont habités en moyenne par 7,5 membres d'une population jeune avec près de 51% âgées de moins de 18 ans.

L'enquête MICS 3 fournit des résultats sur les indicateurs évalués et se reportant à la Mortalité infantile, la Nutrition, la Santé de l'enfant, l'Environnement, la Santé reproductive, le Développement de l'enfant, l'Education, la Protection de l'enfant et le VIH/SIDA (avec incidence ici sur le comportement sexuel et les enfants orphelins et vulnérables).

I. Introduction

Contexte

Ce rapport est basé sur l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples menée en Guinée-Bissau en 2006 par le Ministère de l'Economie/Secrétariat d'Etat au Plan et l'Intégration Régionale, à travers la Direction Générale du Plan et l'Institut National de la Statistique et du Recensement. Cette enquête fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau, et se base en grande partie sur la nécessité de surveiller la progression vers les objectifs et cibles émanant d'accords internationaux récents: la Déclaration du Millénaire pour le développement, adoptée par tous les 191 Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants, adopté par 189 Etats membres lors d'une session spéciale des Nations Unies sur les enfants en mai 2002. Ces deux engagements se basent sur les promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

En signant ces accords internationaux, les gouvernements se sont engagés à améliorer les conditions de vie de leurs enfants et à surveiller les progrès réalisés en ce sens. Le tableau ci-dessous montre le rôle de soutien que l'UNICEF s'est vu attribuer dans le cadre de cette mission.

<p><i>Un engagement à l'action: Responsabilités nationales et internationales de compte-rendu</i></p>

<p><i>Les gouvernements qui ont signé la Déclaration du Millénaire pour le développement ainsi que la Déclaration et le Plan d'Action pour un Monde digne des enfants se sont également engagés à</i></p>

surveiller les progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs qu'ils contiennent:

*"Nous allons surveiller régulièrement au niveau national et régional si c'est nécessaire et évaluer les progrès dans le cadre de la réalisation des objectifs du présent Plan d'Action au niveau national, régional et international. De même, nous allons renforcer notre capacité statistique nationale à recueillir, analyser et subdiviser les données, selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pertinents qui pourraient engendrer des disparités et soutenir un large éventail de travaux de recherche sur les enfants. Nous allons renforcer la coopération internationale afin de soutenir les efforts de renforcement des capacités statistiques et de renforcer les capacités communautaires de surveillance, d'évaluation et de planification". (**Un Monde Digne des enfants**, paragraphe 60)*

*"...Nous allons effectuer des révisions périodiques des progrès au niveau national et sous national afin de lever les obstacles de manière plus efficace et d'accélérer les actions...." (**Un Monde Digne des enfants**, paragraphe 61)*

Le Plan d'Action (paragraphe 61) préconise également l'implication spécifique de l'UNICEF dans la rédaction de rapports d'étape périodiques:

"... Alors qu'il est demandé à l'agence mondiale pour les enfants, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, de continuer à recueillir et à diffuser, en étroite collaboration avec les Gouvernements, les organismes de financement appropriés, les programmes et agences spécialisées du système des Nations Unies et tous les autres acteurs concernés, les informations sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'Action".

*De la même façon, la **Déclaration du Millénaire pour le développement**,paragraphe 31) suggère la rédaction périodique de rapports sur ces progrès: "...Nous demandons à l'Assemblée Générale de réviser régulièrement les progrès réalisés dans l'application des dispositions de cette Déclaration, et demandons au Secrétaire Général de publier des rapports périodiques à soumettre à l'Assemblée Générale et qui serviront de base à d'autres actions".*

L'enquête MICS 3 s'est déroulée entre la préparation du nouveau programme de coopération du système des Nations Unies avec le gouvernement (le processus du CCA/UNDAF) et la tenue de la Table Ronde de Genève qui a réuni les dirigeants du pays avec ses principaux bailleurs de fonds.

Sa réalisation et ses résultats vont faciliter la préparation des prochains rapports du pays sur les objectifs du sommet Mondial et de la Session Spéciale des Nations Unies sur ``Un Monde Digne des Enfants``.

Depuis la fin de la guerre de 1988-89 qui a eu un impact négatif sur les conditions de vie des populations, la situation économique, politique et sociale de la Guinée-Bissau est restée difficile.

Le produit intérieur brut réel du pays n'a augmenté que de 1% entre 2000 et 2004. Le haut degré d'instabilité n'a pas permis au gouvernement de centrer ses initiatives sur la recherche de voies et moyens pour faire face aux défis du développement, notamment la réduction de la pauvreté et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Malgré toutes ces difficultés, l'initiative de préparer un Plan de Réduction de la Pauvreté (DENARP) reste d'actualité. C'est ainsi qu'en 2005, seules certaines révisions furent nécessaires sur le document initial, pour finaliser et valider la version du plan de stratégie de réduction de la pauvreté. C'est ainsi que le gouvernement y a introduit de nouvelles priorités comme la réforme du secteur de la sécurité.

Le premier rapport sur l'analyse la pauvreté et la réalisation des OMD, décrit la situation économique et sociale de la Guinée-Bissau comme déplorable. Ce rapport a montré que la Guinée-Bissau avançait très lentement dans la réalisation des OMD. Deux tiers des Bissau Guinéens vivent en dessous de la ligne de pauvreté absolue. Le déclin économique persistant a ainsi conduit à une aggravation de la pauvreté dans le pays. Les objectifs d'éducation pour tous et d'égalité des sexes progressent très lentement par rapport au calendrier des engagements internationaux qui fixent les délais de réalisation à 2015. La mortalité infantile a atteint un niveau alarmant : avant la MICS 3 de 2006, un cinquième des enfants mourrait avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Dans le même temps, la mortalité maternelle avait aussi atteint des proportions inquiétantes. Un nombre important de femmes mourrait en donnant naissance.

Là où une baisse progressive de la mortalité des enfants était attendue, les taux ont augmenté très sensiblement. En effet, les résultats de la MICS ont montré une augmentation, aussi bien du taux de mortalité infantile que celui de la mortalité infanto-juvénile.

La pandémie du VIH, la malaria et la tuberculose, continuent de se répandre et les tendances doivent être inversés pour une amélioration notable de la santé des populations. L'approvisionnement en eau potable, l'amélioration des installations sanitaires et l'accès à des conditions décentes d'habitation, sont encore un luxe dans le pays. La couverture en services sociaux de base reste très faible et les conditions de vie reposent sur des équilibres fragiles, situation peu favorable à une amélioration de l'espérance de vie à la naissance estimée à 45 ans à peine..

La stratégie adoptée par les décideurs nationaux pour le respect des engagements pris lors de la Session Spéciale des Nations Unies sur les Enfants et inscrits dans ``Un Monde Digne des Enfants`` consiste à l'élaboration de l'Agenda Politique signé par tous les 21 Partis Politiques et Coalitions concourant à l'élection législative de 2004 et l'Agenda Présidentiel signé par tous les 13 candidats concourant à l'élection présidentielle de 2005. Ces deux agendas visent à responsabiliser les partis politiques et les candidats aux différentes élections, à prendre des actions visant l'amélioration de la situation des enfants, en conformité avec les dispositions aussi bien de la CDE que celles de la CEDAW et des OMD.

Le suivi soutenu de la situation des enfants et des femmes devait faire l'objet d'un système permanent de collecte de données placé dans un service du gouvernement sous la responsabilité de cadres expérimentés dans la collecte, le traitement et l'analyse des données. A l'absence d'un tel système, seule l'enquête MICS permet actuellement de mettre de nouvelles données à la disposition des décideurs, en actualisant périodiquement les indicateurs sur la situation des enfants et des femmes. Elle permet aussi, le renforcement des capacités des techniciens du gouvernement, dans l'utilisation de nouvelles techniques de collecte, de traitement et d'analyse des données.

Au moment de l'enquête MICS-3, le gouvernement et le système des Nations Unies s'étaient engagés dans l'élaboration du nouveau Plan de Coopération 2008-2012. L'enquête MICS-3 a servi de support au rapport sur l'Analyse Commune du Pays en fournissant des indicateurs actualisés. Ces indicateurs ont aussi contribué à l'actualisation des données insérées dans les objectifs du nouveau UNDAF (Plan Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies).

Ce rapport final présente les résultats portant sur tous les thèmes couverts dans l'enquête.

Objectifs de l'enquête

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2006 de la Guinée-Bissau a comme principaux objectifs :

- D'apporter des informations récentes permettant l'évaluation de la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau;*
- De fournir des données nécessaires au suivi des progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, des objectifs d'un Monde Digne des Enfants (WFFC) et d'autres objectifs fixés au plan international ;*
- De contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte et de surveillance des données en Guinée-Bissau et de renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en oeuvre et d'analyse de ces systèmes.*

II. Méthodologie d'échantillonnage et d'enquête

Conception de l'échantillon

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 2006) est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale, c'est-à-dire une enquête basée sur un échantillon de ménages représentatif de l'ensemble du pays. Elle vise à 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 ou entités territoriales.

L'enquête repose sur un sondage à 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^e strate SAB- Secteur Autonome de Bissau- constituée par la ville de Bissau. Cependant, produire des résultats significatifs au niveau régional, c'est-à-dire des estimations séparées 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. Le tableau ci-dessous donne la répartition des grappes ou districts de recensement (DR) échantillons selon le milieu de résidence, la région et la province.

Province	Region	Milieu de résidence		
		Rural	Urbain	Total de DRs
Nord	Oio	46	10	129
	Cacheu	34	18	
	Biombo	17	4	
SAB	Ville de Bissau		46	46
Est	Bafata	37	14	100
	Gabu	39	10	

Sud	Bolama/Bijagos	9	4	55
	Quinara	11	5	
	Tombali	21	5	
Ensemble du pays		214	116	330

Ces quatre provinces ainsi que le milieu urbain et le milieu rural ont été traitées comme des domaines d'étude. La langue maternelle a aussi fait l'objet de regroupements basés sur le partage de certaines valeurs traditionnelles, pratiques religieuses et autres facteurs culturels. Quatre groupes linguistiques ont été définis :

- Le groupe singulier des Balantes
- Le groupe des Fula/Mandinga composé des fulas, des mandingas et des beafadas
- Le groupe des Brames, composé des papels, des mancanhas, des manjacos et des afins
- Le groupe Autres langues, constitué de toutes les autres langues

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 actuelles 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 2^e 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 deuxième 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 l'Appendice A.

Questionnaires

Trois séries de questionnaires ont été utilisées dans le cadre de l'enquête :

- un questionnaire ménage pour recueillir des informations sur tous les membres de fait du ménage, sur le ménage et le logement du ménage ;
- un questionnaire « femme » administré dans chaque ménage à 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.

Les trois questionnaires comprennent les modules suivants :

1. Le questionnaire « ménage » comprend les modules suivants :

Module I : Information sur le ménage
Module II : Liste des membres du ménage
Module III : Education
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 : Toxoïde tétanique
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 à l'état-civil
Module XXIV : Vitamine A
Module XXV : Allaitement
Module XXVI : Traitement des maladies
Module XXVII : Paludisme
Module XXVIII : Vaccination
Module XXVIX : Anthropométrie

Ces questionnaires sont basés sur le modèle standard de la version anglaise du questionnaire MICS-3¹. 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'Appendice 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. Les détails et conclusions de ces tests et mesures sont dans les chapitres respectifs du rapport.

Formation et travail sur le terrain

La formation du personnel de terrain a été menée du 29 mars au 12 avril 2006, soit 15 jours de collecte. La formation comprenait des cours sur les techniques d'enquêtes et les contenus des différents questionnaires ainsi que des interviews simulées entre les stagiaires pour leur permettre de s'habituer à poser des questions.

Pendant les 5 derniers jours de la formation, 10 stagiaires (5 enquêteurs et 5 enquêtrices), un superviseur et un chauffeur, ont été sélectionnés pour mener l'enquête pilote à Bissau et à Biombo.

Le travail de terrain a commencé le 12 mai 2006 et s'est terminé le 12 juin 2006. Les données ont été collectées par six équipes, comprenant au total 74 enquêteurs (37 enquêteurs et 37 enquêtrices), 12 chauffeurs, six éditeurs et six superviseurs.

¹ On peut trouver le modèle de questionnaire MICS3 sur www.childinfo.org, ou dans UNICEF, 2006.

Saisie et traitement des données

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel CSPro 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 basé 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 MICS3 à New York qui ont été adaptés aux questionnaires de la Guinée-Bissau. Le traitement des données a commencé le 22 juin 2006, soit une semaine après la 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 modèle de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés et envoyés par l'équipe de coordination de l'UNICEF.

III. Représentativité de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interrogées

Représentativité de l'échantillon

Taux de réponse pour les ménages : sur les 5452 ménages (3071 du milieu rural et 2381 du milieu urbain) sélectionnés pour former l'échantillon, 5448 étaient occupés (3071 au milieu rural et 2377 au milieu urbain). Sur ces ménages, 5305 ont pu être interrogés (2995 au milieu rural et 2310 au milieu urbain), soit un taux de réponse des ménages de 97,4%, avec un faible écart entre le milieu rural et le milieu urbain (97,5% et 97,2% respectivement). Les provinces présentent des taux de réponse variant entre 93,7% dans la province Sud et 99,3% dans la province Nord.

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

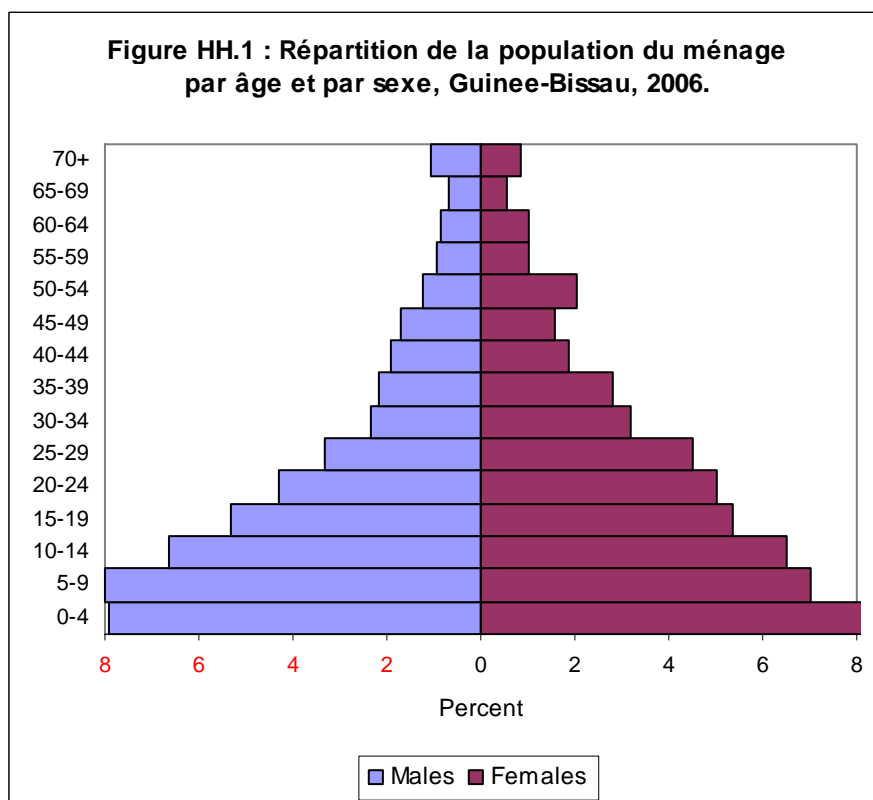
Taux de réponse pour les enfants de moins de cinq ans : 6570 enfants de moins de cinq ans (4206 en milieu rural et 2364 en milieu urbain) ont été dénombrés dans les ménages de l'échantillon. Des questionnaires ont été remplis pour 5848 de ces enfants (3780 en milieu rural et 2068 en milieu urbain), ce qui correspond à un taux de réponse de 89,0% (89,9% en milieu rural et 87,5% en milieu urbain). Le taux de réponse 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 présente le taux global de réponse le plus élevé (88,9%) et SAB le taux le plus bas (84,4%). Les plus faibles taux de réponse dans SAB peuvent s'expliquer par le fait que les enquêteurs ont moins de chance de trouver les habitants de la Capitale qui travaillent généralement assez loin de leur domicile.

Le tableau HH.1 donne l'ensemble des taux de réponse calculés pour les interviews des femmes et des enfants de moins de cinq ans.

Caractéristiques des ménages

La distribution par âge et par sexe de la population sondée est fournie dans le Tableau HH.2. Cette distribution est également utilisée pour produire la pyramide des âges de la population (Figure HH.1). Dans les 5448 ménages interrogés avec succès au cours de l'enquête, 41312 membres de ménage ont été recensés dont 19976 hommes et 21336 femmes. Sur cette base, l'enquête a estimé la taille moyenne des ménages à 7,5 membres.

Le tableau HH.2 montre une pyramide d'âges à base très élargie, indiquant que la population est très jeune. Plus de la moitié de la population (50,8%) est âgée de moins de 17 ans). En général, du fait de la mortalité, la base d'une pyramide des âges de la population (0 - 4 ans) est plus large que celle des tranches au-dessus, y compris celles des 5-9 ans. S'agissant des garçons, les résultats de la MICS3 montrent le contraire : la barre 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 MICS3 estime l'effectif des enfants de moins de 5 ans à 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 a 49 ans représentent 24% de la population, alors qu'en 1991 elles représentaient 23%. En 1991, la tranche d'âges des femmes 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 estiment ces proportions 3,1% et 3,9% respectivement, soit une inversion des rapport comparativement au 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, à dessein, donner à 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. A ce propos, il est intéressant de comparer les effectifs de ces femmes à ceux des hommes de mêmes groupes d'âges. La tendance attendue est respectée malgré la plus grande sensibilité des hommes à la migration, toutes choses qui confortent l'hypothèse avancée plus haut. Les groupes d'âges inactifs (0 - 14 as et 65 ans et plus) représentent 47,4% de la population totale alors que les groupes d'âges potentiellement actifs (15 - 64 ans) font 52,4%, soit un rapport de dépendance de près 91 pour 100. Le recensement de 1991 donne une distribution où les rapports sont inversés avec 51,7% pour les groupes d'âges inactifs.



Le Tableau HH.3 fournit des informations de base sur les ménages, notamment, le sexe du chef de ménage, la division administrative, le statut urbain/rural, le nombre de membres et le groupe [origine ethnique/langue maternelle/religion] du chef de ménage. Ces caractéristiques de base sont également utilisées dans les tableaux respectifs de ce rapport. Le Tableau HH.3 présente aussi le nombre d'observations par catégories majeures d'analyse.

Les nombres pondérés et non pondérés des ménages sont égaux, puisque les pondérations de l'échantillonnage ont été normalisées (voir Appendice A). Ce tableau indique également les proportions de ménages où au moins un enfant de moins de 18 ans, au moins un enfant de moins de cinq ans et au moins une femme éligible de 15 à 49 ans ont été trouvés.

Le tableau HH.3 montre que 37,1% des ménages se trouvent en milieu urbain et 62,9 en milieu rural. La plupart des ménages sont dirigés par des hommes : 85,1% des chefs de ménage sont des hommes et 14,9% seulement des femmes. Près de quatre ménages sur dix (38,6%) se trouvent dans la province Nord, 25,9% dans SAB, 22,1% dans la province Est et 13,4% dans la Province Sud. Près d'un ménage sur quatre (24,5%) comptent 6 ou 7 membres, 96,3% ont au moins un enfant de moins de 18 ans, 73,7% ont au moins un enfant de moins de

cinq ans et 96,5% ont au moins une femme âgée de 15 – 49 ans. Plus d'un ménage sur trois (34,0%) est dirigé par un Fula/Mandinga.

Caractéristiques des personnes interrogées

Les tableaux HH.4 et HH.5 fournissent des informations sur les caractéristiques de base des femmes interrogées dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans et des enfants de moins de cinq ans. Dans ces deux tableaux, le nombre total d'observations pondérées et non pondérées sont égaux, puisque la pondération des échantillons a été normalisée (standardisée). En plus des informations utiles sur les caractéristiques de base des femmes et des enfants qu'ils fournissent, ces tableaux indiquent également le nombre d'observations dans chacune des catégories de base. Ces catégories sont utilisées dans les tableaux de ce rapport.

Le tableau HH4 montre les caractéristiques de base des femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce tableau contient des informations sur la distribution des femmes selon la Province, la zone urbaine/rurale, l'âge, la situation matrimoniale, le statut de mère, l'éducation², les quintiles³ de l'indice de richesse et l'origine ethnique. Si dans l'ensemble, le nombre pondéré et le nombre non pondéré de femmes 15 – 49 ans sont identiques (8010 et 8009 respectivement), il existe des différences selon certaines catégories. La différence entre ces deux nombres est plus marquée dans la province Sud (888 et 1456 respectivement) du fait que celle-ci a été sur-échantillonnée en vue de disposer d'un nombre suffisant d'observations pour répondre aux besoins de l'analyse. La répartition selon le milieu de résidence montre que près de six femmes de 15-49 ans sur dix (59,7%) vivent en milieu rural. Près de deux tiers d'entre elles (65,0%) sont mariées ou en union et 29,0% n'ont jamais été mariées ou en union. Près de

²A moins qu'il n'ait été expliqué autrement, le terme "éducation" fait référence au niveau d'instruction des personnes interrogées dans tout le rapport quand il est utilisé comme une variable de base.

³Une analyse en composantes principales a été effectuée en utilisant les informations sur la propriété de biens et d'équipements des ménages afin d'assigner des coefficients de pondération aux biens de chaque ménage et d'obtenir des scores de richesse pour chaque ménage de l'échantillon (les biens utilisés dans ces calculs étaient les suivants : montre, bicyclette, moto, Char de traction animal, voiture/camion, pirogue a moteur, propriété foncière en hectare et différents type de troupeau. . Chaque ménage a été ainsi pondéré par le nombre des membres du ménage et la population des ménages a été divisée en cinq groupes de taille égale, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche, sur la base des scores de richesse des ménages dans lesquels ils vivaient. L'indice de richesse est supposé appréhender la richesse sous-jacente à long terme à travers les informations recueillies sur les biens du ménage et a pour but de produire un classement des ménages selon leur richesse, des plus pauvres aux plus riches. L'indice de richesse ne fournit pas d'informations sur la pauvreté absolue, les revenus actuels ou les niveaux de dépense et les scores de richesse calculés sont applicables uniquement pour les données particulières sur lesquelles elles sont basées. D'autres informations sur l'indice de richesse peuvent être trouvées dans Rutstein and Johnson, 2004, et Filmer and Pritchett, 2001.

trois femmes de 15-49 ans sur quatre (74,9%) ont déjà donné naissance. Le tableau HH.4 montre aussi que la grande majorité des femmes (56.9%) n'ont aucune instruction, 26,1% ont le niveau primaire et seulement 15,2% le niveau secondaire et plus. Concernant le niveau de vie mesurée selon les quintiles de l'indice de richesse du ménage où vit la femme, la tendance est inversée : Le quintile des plus riches compte près d'un quart des femmes. Cette proportion tombe à 18,7% pour celui des plus pauvres.

La répartition des enfants de moins de cinq ans est présentée dans le Tableau HH.5 selon le sexe, la région et la zone de résidence, l'âge en mois, l'éducation de la mère ou de la personne en charge, la santé et l'origine ethnique. Environ 51,4% des enfants sont des filles. Plus de sept enfants sur dix (70,8%) vivent en milieu urbain, 11,1% sont âgés de moins de six mois, 9,7% sont âgés de 6 à 11 mois, 21,8% de 12 à 23 mois, 20,8% de 24 à 35 mois, 19,2% de 36 à 47 mois et 17,4% de 48 à 59 mois. La plupart des enfants de moins de cinq ans (70,7%) sont nés d'une mère sans instruction. Les proportions sont de 19,0% et 8,5% respectivement pour les enfants dont la mère a le niveau primaire et secondaire et plus. Les proportions d'enfants de moins de cinq ans sont pratiquement les mêmes entre les quintiles d'indice de richesse (entre 20 et 22,0%), sauf pour les plus riches (14,2).

IV. Mortalité infantile

Un des objectifs clef des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et d'un Monde digne des enfants est la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile. En particulier, les OMD prônent la réduction de la mortalité infanto-juvénile de deux tiers entre 1990 et 2015. La surveillance des progrès vers cet objectif est une tâche importante mais difficile. L'évaluation de la mortalité infantile semble une chose aisée, mais les tentatives d'utiliser des questions directes telles que, « un membre de ce ménage est-il décédé l'année dernière ? », donne des résultats inexacts. L'utilisation d'évaluations directes de la mortalité infantile à partir des naissances fait perdre beaucoup de temps, coûte plus cher et nécessite une plus grande attention au moment de la formation et dans la supervision. Par contre, les méthodes indirectes mises au point pour calculer les taux de mortalité infantile donnent des estimations robustes comparables à celles obtenues à partir d'autres sources. Les méthodes indirectes permettent de minimiser les erreurs liées aux effets de mémoire, aux définitions inexacts ou mal interprétées et aux mauvaises techniques de sondage.

Le taux de mortalité infantile est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre des enquêtes de type MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass (Nations Unies, 1983 ; 1990a ; 1990b). Les données utilisées pour ces estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés pour les groupes d'âges de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans et la proportion de ces enfants qui sont décédés, également pour les groupes d'âges de cinq ans de ces femmes. Cette technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte aussi bien des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir, en supposant un type de mortalité particulière selon le groupe d'âges. Sur la base des informations recueillies précédemment sur la mortalité en Guinée Bissau, le tableau type de mortalité « Sud » a été considéré comme étant le plus approprié.

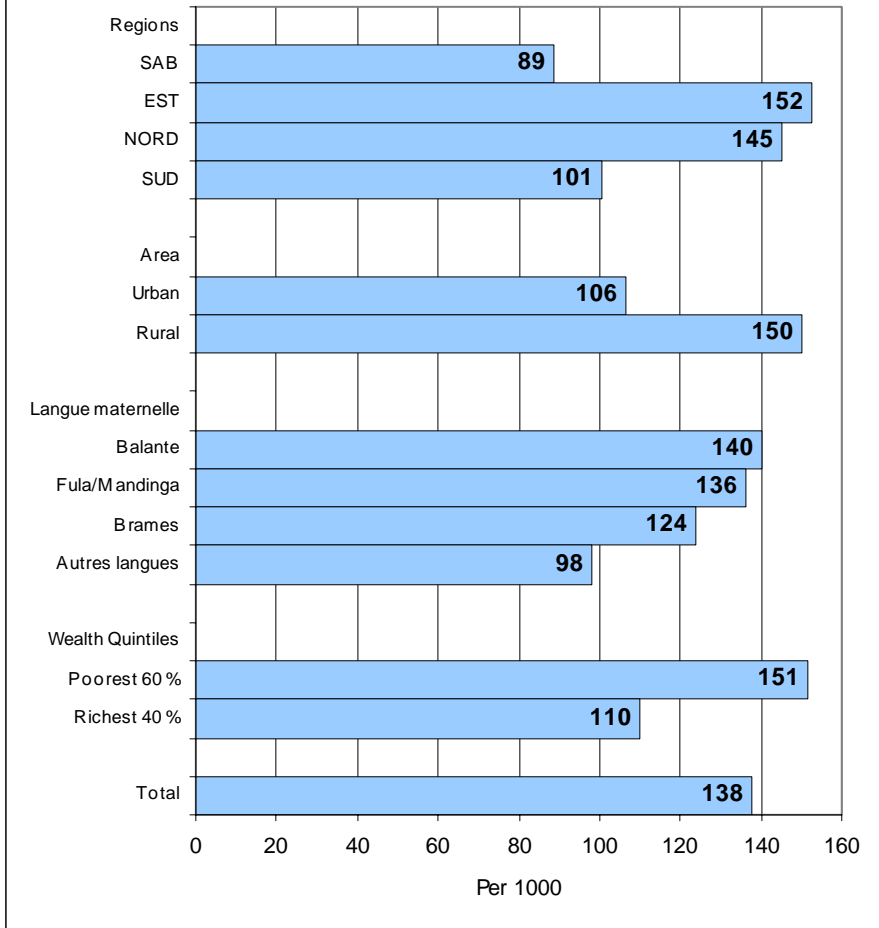
Le Tableau CM.1 donne les estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile selon des caractéristiques diverses, alors que le Tableau CM.2 présente les données de base utilisées dans le calcul des taux respectifs le pour le niveau national.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 138 pour mille, alors que le taux de mortalité infanto-juvénile tourne autour de 223 pour mille. Ces estimations ont été calculées en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et se rapportent à la mi-2003. Il existe des différences dans les probabilités de mourir entre les garçons et les filles, avec un risque plus élevé chez

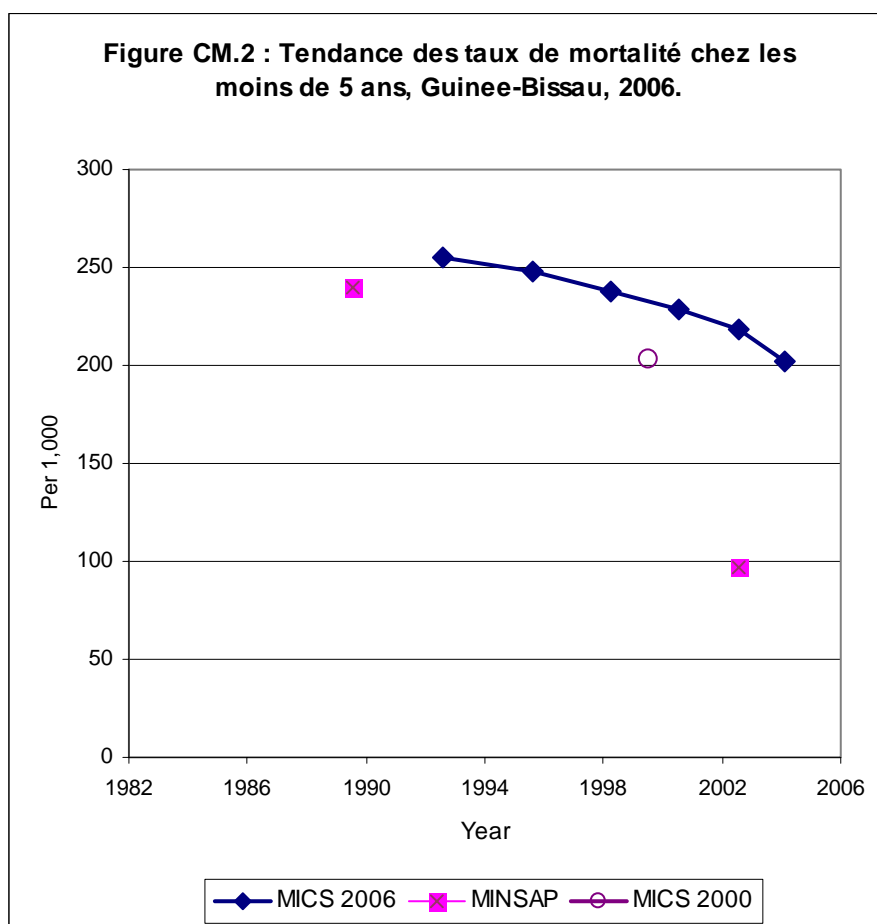
les premiers, quel que soit le type de mortalité considéré. Parmi les garçons, le taux est de 152‰ pour la mortalité infantile et de 245‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Chez les filles, ces taux sont de 123‰ et 200‰ respectivement). Mais les différences les plus importantes sont observées entre les Provinces avec des taux plus bas à SAB (89‰ et 143‰ respectivement), soit 71% et 80% respectivement plus élevés dans la Province EST où les niveaux se situent à 152‰ et 257‰ respectivement.

Des différences de mortalité infantile et infanto-juvénile sont également notées selon la zone de résidence, selon l'origine ethnique et selon le niveau de vie. Les taux sont plus bas dans la zone urbaine (respectivement 106‰ et 158‰) que dans la zone rurale (respectivement 150‰ et 250‰), parmi les brames (respectivement 124‰ et 209‰) que parmi les Balantes (respectivement 140‰ et 237‰). Du point de vue du niveau de vie, ces disparités sont moins fortes entre les riches et les pauvres. Les enfants vivant dans les 40% de ménages les plus riches (110‰ et 166‰ respectivement) ont des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile plus faibles que ceux des enfants vivant dans les 60% de ménages les plus pauvres (151‰ et 253‰ respectivement), soit des niveaux 37% et 52% respectivement moins élevés pour les plus nantis. Les différentiels de la mortalité notés ci-dessus sont illustrés dans la Figure CM.1.

Figure CM.1 : Taux de mortalité des moins de 5 ans par spécificités sociales, Guinée-Bissau, 2006.



La Figure CM.2 présente les séries d'estimations des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, basées sur les réponses des femmes de différents groupes d'âges, et se rapportant à divers points dans le temps et selon différentes sources. Elle permet ainsi de mieux voir la tendance de la mortalité selon les taux estimés dans la MICS qui indique une baisse de celle-ci au cours des 15 dernières années : dans cette période le taux est passé de plus de 250 décès pour mille naissances à 223 pour mille selon les résultats de la MICS 3 de 2006. L'estimation du taux de mortalité des moins de cinq ans en 2006 est environ 44,5% plus élevée que celles du Ministère de la Santé Publique (Ministerio da Saude Publica) pour l'année 2005 (environ 123,8 pour mille). Il convient de noter que la tendance indiquée par les résultats de la MICS 3 est en parfait accord avec celle estimée par la MICS de 2000. Toutefois, même si les estimations du Ministère de la Santé Publique donnent des niveaux de mortalité plus bas, elles confirment la tendance à la baisse observée dans la MICS 3. Aussi, est-il opportun d'entreprendre une analyse plus approfondie sur l'ampleur de la baisse et sur les déterminants de la mortalité des enfants mais aussi sur les différences apparentes ou réelles entre les différentes sources.



V Nutrition

Statut nutritionnel

Le statut nutritionnel des enfants reflète leur état de santé général. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, qu'ils ne sont pas exposés à des maladies répétées et que l'on s'occupe bien d'eux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

La malnutrition est associée à plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Les enfants en état de malnutrition courent plus de risques de mourir des maladies communes de l'enfance et les survivants souffrent de maladies répétées et de retard de croissance. Trois quarts des enfants qui sont morts de causes liées à la malnutrition n'étaient que légèrement ou modérément malnutris – c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas de signes extérieurs de leur vulnérabilité. Un des Objectifs du Millénaire pour le Développement est de réduire de moitié la proportion des personnes souffrant de la faim, entre 1990 et 2015. L'objectif d'un Monde Digne des Enfants est de réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'au moins un tiers (entre 2000 et 2010), en accordant une attention particulière aux enfants de moins de deux ans. Une réduction de la prévalence de la malnutrition contribuera à atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité dans l'enfance.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée en comparant les enfants avec une population standard. La population de référence utilisée dans ce rapport a été déterminée selon la norme OMS/CDC/NCHS, qui a été recommandée pour l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé au moment de l'enquête.

Le poids pour âge est une mesure aussi bien de la malnutrition aiguë que chronique. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou sévère alors que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'un retard de croissance sévère. Le retard de

croissance reflète une malnutrition chronique due à l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes.

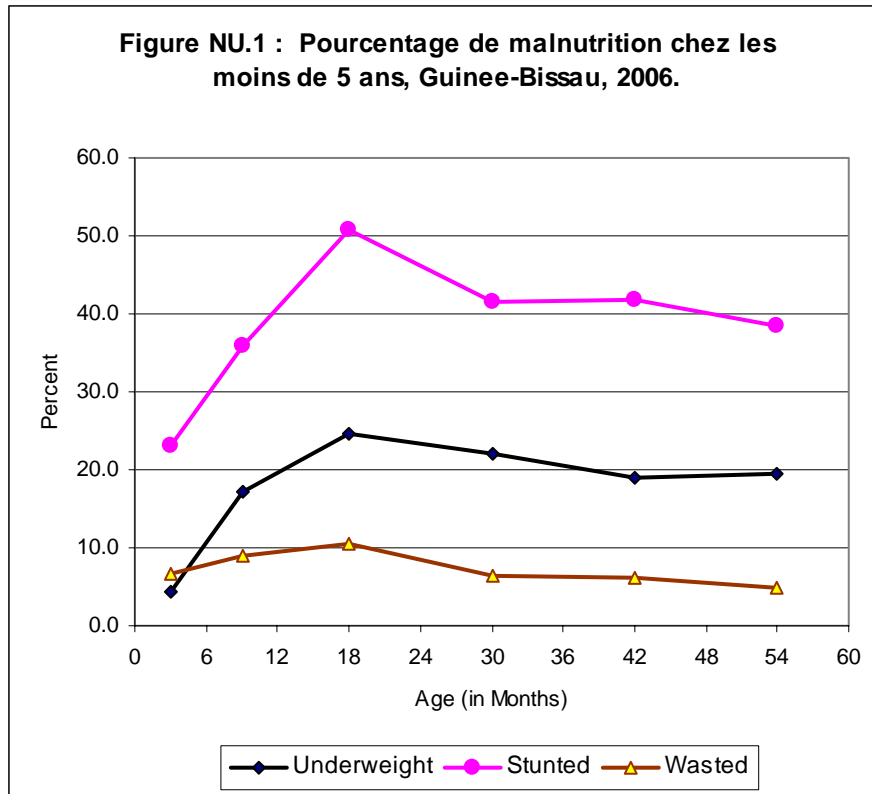
Enfin, les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme émaciés de façon modérée ou sévère, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme émaciés de façon sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes associées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou de la prévalence des maladies.

Dans le cadre de la MICS, les poids et les tailles des enfants sont mesurés en utilisant l'équipement anthropométrique recommandé par l'UNICEF (UNICEF, 2006). Les conclusions de ce chapitre sont basées sur les résultats de ces mesures.

Le Tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés dans chacune de ces catégories, sur la base des mesures anthropométriques prises sur le terrain. En outre, ce tableau comprend le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, pourcentage qui prend en compte les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types au dessus de la médiane de la population de référence.

Le Tableau NU.1W présente aussi les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (4,0% des enfants). Ceux dont les mesures se situent en dehors de la fourchette plausible sont exclus. En outre, un petit nombre d'enfants dont les dates de naissance ne sont pas connues n'ont pas été pris en compte. Pour une ou plusieurs de ces raisons ou d'autres, 25,9% des enfants ont été exclus de l'analyse.

En Guinée-Bissau, 19,4% des enfants de moins de cinq ans, souffrent d'insuffisance pondérale modérée tandis que 4,0% souffrent d'insuffisance pondérale sévère. En ce qui concerne la croissance, 40,9% des enfants souffrent d'un retard de croissance modéré, tandis que 19,5% sont trop courts pour leur âge. Environ 7,2% des enfants sont émaciés de façon modérée et 1,7% sont trop maigres pour leur taille.



Les enfants de la Province Est ont plus tendance à souffrir d'insuffisance pondérale (28,6% et 7,0% et de retard de croissance (49,1% et 25,9% que les autres enfants. En revanche, le pourcentage d'enfants émaciés sévère est le plus élevé dans la Province Sud (2,7%). Ceux des enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure ont le plus de chances de ne pas souffrir d'insuffisance pondérale modérée ou sévère (10,1% et 1,9% respectivement) et de retard de croissance (28,1% et 10,7% respectivement) comparé aux enfants dont les mères n'a aucun niveau d'instruction (21,8% et 4,5% respectivement et 43,1% et 21,2%). Quel que soit l'indicateur de malnutrition considéré, les différences entre garçons et filles sont négligeables, même si les garçons semblent un peu plus exposés au risque de souffrir d'insuffisance pondérale sévère (4,5%) de retard de croissance sévère (20,0%) et d'émaciation sévère (2,0%) que les filles (3,5%, 18,0% et 1,4%). Selon la Figure NU.1 aussi, la malnutrition subit l'influence de l'âge. Quel que soit l'indicateur considéré, les enfants âgés de 12 à 23 mois sont plus touchés, comparés aux plus jeunes d'une part et aux plus âgés, d'autre part : les proportions sont estimées à 24,5% pour l'insuffisance pondérale modérée, 50,7% pour le retard de croissance modéré et 2,5% pour l'émaciation sévère. Cette situation particulière de ces enfants s'explique par le fait que c'est à leur âge que beaucoup d'enfants cessent d'être allaités et sont donc exposés à la contamination à travers l'eau, les aliments et l'environnement.

Allaitement au sein

L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre l'infection, constitue une source idéale d'éléments nutritifs, est économique et sûr. Cependant, de nombreuses mères cessent d'allaiter trop tôt et il existe souvent des pressions pour le passage aux préparations pour les nouveaux-nés. D'une part, cela peut contribuer au retard de croissance et à la malnutrition en termes d'oligoéléments et d'autre part cette méthode n'est pas sûre si l'accès à l'eau potable n'est pas facile. Le but visé par 'Un Monde Digne des Enfants', c'est de faire en sorte que les enfants soient allaités exclusivement pendant six mois et que l'allaitement se poursuive avec des aliments complémentaires sûrs, appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

L'OMS/UNICEF donne les recommandations d'alimentation suivantes:

- Allaitement exclusif au cours des six premiers mois,*
- Poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus,*
- Alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate à partir du sixième mois,*
- Fréquence de l'alimentation complémentaire: 2 fois par jour pour les enfants de 6 à 8 mois ; 3 fois par jour pour les enfants de 9 à 11 mois.*

Il est également recommandé que l'allaitement au sein commence dans l'heure qui suit la naissance.

Les indicateurs des pratiques d'alimentation des enfants recommandées sont les suivants:

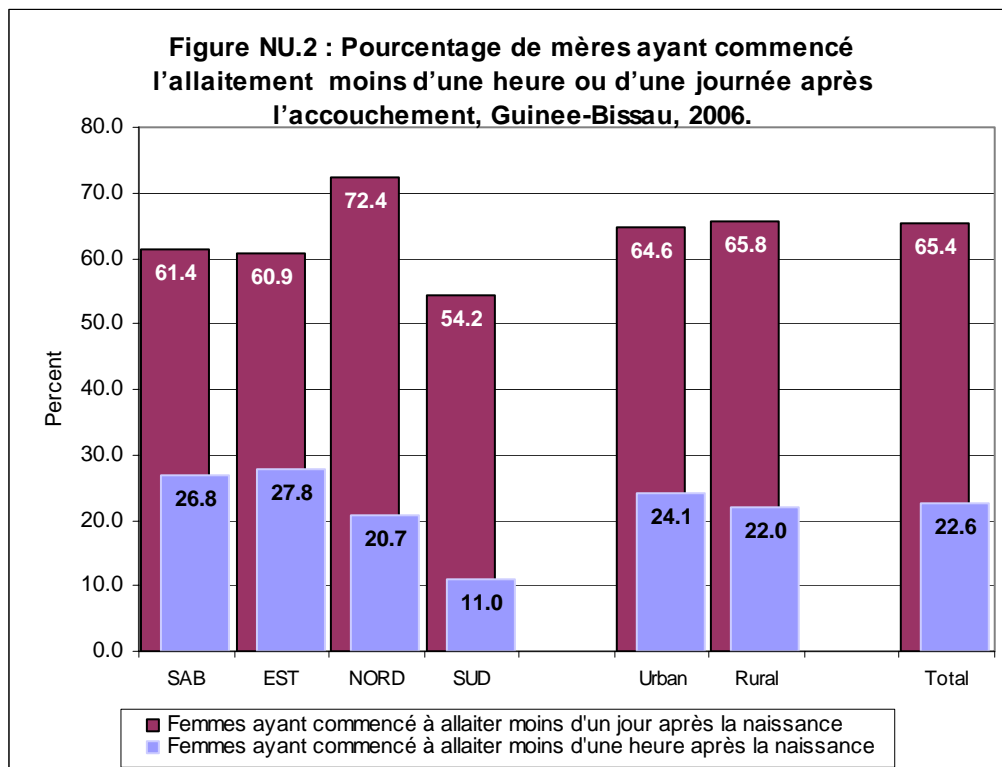
- Taux d'allaitement exclusif (< 6 mois & < 4 mois)*
- Taux d'alimentation complémentaire opportun (6-9 mois)*
- Taux de poursuite de l'allaitement (12-15 & 20-23 mois)*
- Début opportun de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)*
- Fréquence de l'alimentation complémentaire (6-11 mois)*
- Nouveaux-nés adéquatement nourris (0-11 mois)*

Le Tableau NU.2 présente la proportion de femmes qui ont commencé à allaiter leurs nouveaux-nés dans l'heure qui a suivi la naissance (22,6%) et celui des femmes qui ont commencé à allaiter moins d'un jour après la naissance (65,4%).

En milieu rural 22,0% des femmes ont commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance, comparé à 24,1% en milieu urbain. En ce qui concerne l'allaitement moins d'un jour après la naissance les proportions respectives sont de 65,8% et 64,6%. Le comportement des femmes de la Province Sud est assez particulier : seulement 11,0% et 54,2% d'entre elles ont allaité leur enfant moins d'une heure et moins d'un jour respectivement contre plus de 25% et 60,0%

respectivement dans SAB et la Province EST qui présentent les mêmes niveaux d'observance des recommandations.

L'allaitement initial est aussi variable selon le niveau d'instruction : les femmes ayant une formation secondaire et plus (25,0%) allaitent plus que les femmes sans niveau (22,1%). De même, les Brames sont relativement plus nombreuses à allaiter moins d'une heure après la naissance et moins d'un jour après la naissance (respectivement 29,7% et 73,1%) que les Ballantes (respectivement 20,5% et 66,4%). Même si, par rapport à l'allaitement initial, l'influence du niveau de vie sur le comportement des femmes n'est pas très net, la différence entre les plus riches et les plus pauvres est assez frappante : 27,8% pour les enfants de 0-3 mois des premières et 15,7% pour ceux des secondes.

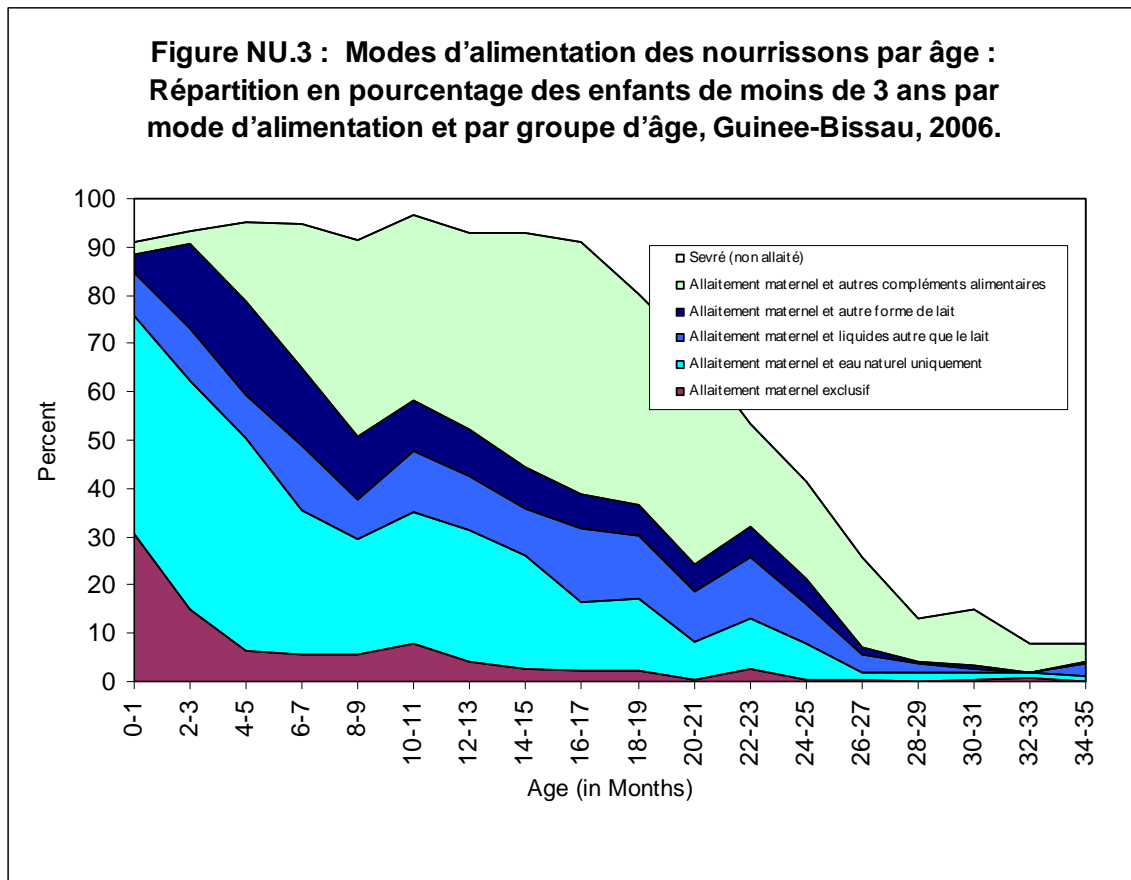


Le Tableau NU.3 montre le statut d'allaitement basé sur les déclarations des mères/personnes en charge, concernant la consommation par les enfants, d'aliments et de fluides au cours des 24 heures précédant l'interview. Par allaitement exclusif, on entend l'allaitement au sein uniquement, c'est-à-dire l'allaitement pour lequel, les enfants ne reçoivent que du lait maternel et des vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments. L'allaitement exclusif est mesuré auprès des enfants de 0-3 mois et ceux de 0-5 mois, l'allaitement complémentaire chez les enfants de 6 à 9 mois et la poursuite de l'allaitement chez les enfants de 12 à 15 mois et ceux de 20 à 23 mois.

Considérant les recommandations, les proportions d'enfants allaités exclusivement sont très faibles: 21,4% chez les enfants de 0-3 mois et seulement 16,1% parmi les enfants

âgés de moins de six mois. A 6-9 mois, 35,2% sont allaités 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'être allaités. Les proportions de filles allaitées exclusivement dans les groupes d'âges 0-3 mois et 0-5 mois (21,7% et 16,7% respectivement) sont presque identiques à celles des garçons (21,6% et 15,9% respectivement). La poursuite de l'allaitement maternel présente les mêmes tendances, quel que soit le groupe d'âges considéré.

L'allaitement exclusif est plus fréquent en milieu urbain : 31,3% des enfants de 0-3 mois et 21,8% des enfants de 0-5 mois contre 17,8% et 14,0% respectivement en milieu rural. Sur ce plan SAB se démarque aussi (32,6% et 22,9% respectivement) par rapport à la Province Est (15,8% et 13,4% respectivement). On peut observer un comportement similaire selon le niveau d'instruction et le groupe ethnique. Chez les femmes ayant le niveau secondaire et plus, 32,3% des enfants de 0-3 mois et 21,5% des enfants de 0-5 mois sont allaités exclusivement, contre 18,2% et 14,2% respectivement parmi les enfants des femmes sans instruction. Du point de vue de l'ethnie, les Brames ont des proportions respectives de 30,0% et 18,9% contre 16,7% et 13,0% respectivement pour les groupes d'âges 0-3 mois et 0-5 mois au sein des Fula/Mandinga. L'influence du niveau de vie sur l'allaitement exclusif n'est pas nette : même si les riches ont un profil nettement meilleur, la différence entre les autres quintiles de richesse reste ambiguë.



La manière adéquate de nourrir les enfants de moins de 12 mois est présentée dans le Tableau NU.4. Différents critères de nutrition adéquate sont utilisés selon l'âge de l'enfant. Pour les enfants de 0 à 5 mois, l'allaitement exclusif est considéré comme adéquat. Les enfants de 6 à 8 mois sont considérés comme adéquatement nourris s'ils reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires au moins deux fois par jour, tandis que les enfants de 9 à 11 mois le sont s'ils reçoivent la même forme d'alimentation au moins trois fois par jour.

Seulement 16,1% des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités au sein, suivant les recommandations, signifiant qu'à cet âge, près de 84% des enfants ne sont pas nourris correctement. A 6-8 mois, 31,5% des enfants ont reçu le lait maternel et des aliments complémentaires au moins 2 fois au cours des 24 dernières heures, comme recommandé ; à 9-11 mois, 25,0% des enfants ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires au moins 3 fois dans la même période.

Selon les types d'alimentation présentés dans ce tableau, on constate que seulement 28,6% des enfants de 6-11 mois sont nourris adéquatement. L'alimentation adéquate à 0 à 11 mois touche moins d'enfant : seulement 21,9%. A 0-11 mois, il n'y a pas de différences entre garçons et filles, alors l'influence des Provinces est assez forte. La proportion d'enfants nourris de façon appropriée est nettement plus élevée à SAB (36,7%) et plus faible dans la Province Est (18,7%). L'alimentation adéquate est aussi mieux suivie en milieu urbain où 31,2% des enfants de 0-11 mois sont nourris correctement contre 18,5% en milieu rural. L'influence du niveau d'instruction sur la pratique de l'alimentation adéquate est presque la même : 32,5% des enfants de 0-11 ans dont la mère a le niveau secondaire sont nourris de façon appropriée alors 18,5% parmi les enfants des mères sans instruction. Les différences sont encore plus nettes du point de vue du niveau de vie. Si parmi les plus riches, plus d'un enfant sur trois (36,5%) est nourri correctement, 17,7% des enfants des plus pauvres reçoivent une alimentation appropriée. Les recommandations relatives à la bonne pratique alimentaire sont mieux suivies par les Brames dont près de trois enfants sur dix (29,6%) sont nourris correctement que par les Fula/Mandinga (18,2%). Les différences observées dans les catégories sociales pour les enfants de 0-11 mois sont presque les mêmes pour les enfants de 6-11 mois.

Iodation du sel

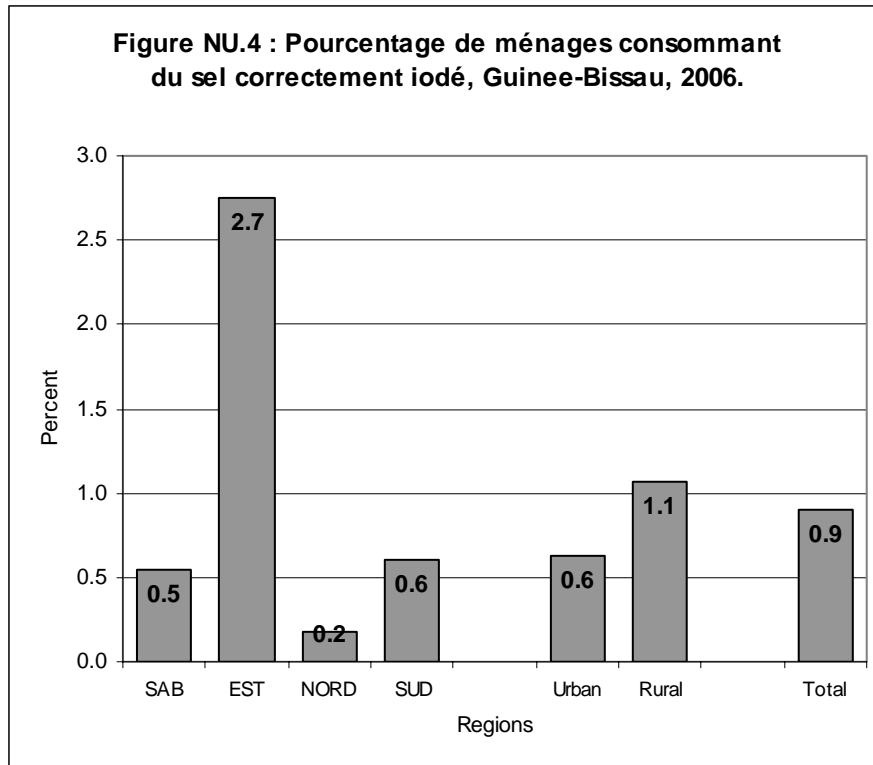
Les troubles liés à la carence en iode (TCI) sont la principale cause au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et du retard du développement psychomoteur du jeune enfant. Sous sa forme la plus extrême, la carence en iode est responsable du crétinisme. Elle augmente également le risque de décès d'enfants à la naissance et de fausse couche chez la femme enceinte. La

carence en iode est plus généralement et visiblement associée au goitre. Les TCI sont surtout responsables de l'arriération mentale et contribuent ainsi aux mauvais résultats scolaires, à la réduction du quotient intellectuel et à un moindre rendement au travail. L'objectif international était de parvenir à une élimination durable de la carence en iode d'ici 2005. L'indicateur est le pourcentage de ménages consommant un sel iodé de façon adéquate (≥ 15 parts par million).

En Guinée-Bissau, un programme d'appui au processus d'iodation du sel produit localement par les femmes a été développé et implémenté. Le processus de production adopté était simple et consistait en la dilution de 720 gr d'iodate de potassium dans 10 l d'eau, solution dont 240 ml seront ensuite pulvérisés sur 60 kg de sel local, ce qui permet d'obtenir 100 ppm à la sortie de la machine. Trois associations de femmes basées respectivement à Kapa 3 (Région d'Oio), Buba (Région de Quinara) et Bissa (Région de Biombo), ont reçu l'appui de l'UNICEF pour mener à bien ce processus. L'absence de loi, le manque de formation de ses membres, une gestion défailante et la suspension de leurs activités par les associations elles-mêmes ont freiné le processus. Deux de ces associations (Kapa 3 et Buba) ne fonctionnent même plus.

Dans 97,1% des ménages, des kits de test de l'iodate de potassium ont été utilisés pour déterminer la teneur en iode du sel de cuisine et évaluer son niveau de PPM. Le Tableau NU.5 montre que (1,0% pour cent) des ménages seulement n'avait pas de sel. L'utilisation de sel adéquatement iodé est une pratique presque inconnue en Guinée Bissau. Dans 98,1% des ménages où le sel fut testé, le résultat est inférieur à 15 parts par million (< 15 ppm), signifiant que la presque totalité des ménages consomment du sel inadéquatement iodé. Moins d'un ménage sur dix (seulement 0,9%) utilise du sel dont la teneur est correcte (c'est-à-dire contenant ≥ 15 ppm).

Bien qu'elle soit une pratique très rare dans le pays, la consommation de sel correctement iodé est plus fréquente dans les ménages de la Province Est (2,7%) et plus faible dans la Province Nord où cette pratique est presque inconnue (0,2%), en milieu rural (1,1% contre 0,6% en milieu urbain). Résultat inattendu : le niveau de vie ne semble avoir aucun effet sur l'utilisation du sel adéquatement iodé.



Supplémentation en vitamine A

La vitamine A est essentielle pour la santé des yeux et le bon fonctionnement du système immunitaire. On la trouve dans des aliments comme le lait, le foie, les œufs, les fruits rouges et oranges, l'huile de palme rouge et les légumes à feuilles vertes, bien que la quantité de vitamine A que le corps tire de ces sources varie largement. Dans les régions en développement, où la vitamine A est largement consommée sous forme de fruits et de légumes, la consommation quotidienne par habitant est souvent insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires. Cette consommation insuffisante est encore aggravée par l'augmentation des besoins en vitamine A durant la croissance de l'enfant ou durant les périodes de maladie ainsi que par les pertes accrues durant les infections générales de l'enfance. En conséquence, la carence en vitamine A est assez répandue dans les pays en développement et particulièrement dans les pays où le taux de mortalité dans l'enfance est le plus élevé.

Le Sommet mondial pour les enfants de 1990 s'était fixé comme objectif l'élimination presque totale, d'ici l'an 2000, de la carence en vitamine A et de ses

conséquences, comme la cécité. Cet objectif a également été approuvé par la Conférence politique sur Ending Hidden Hunger de 1991, la Conférence internationale sur la nutrition de 1992 et la Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur les enfants de 2002. Le rôle essentiel de la vitamine A pour la santé de l'enfant et le renforcement du système immunitaire fait du contrôle de sa carence un élément essentiel des efforts pour la survie de l'enfant et la réalisation du quatrième Objectif du millénaire pour le développement : à savoir une réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans d'ici 2015.

Pour les pays comme la Guinée-Bissau, qui ont des problèmes de carence en vitamine A, les recommandations internationales actuelles préconisent l'administration d'une dose élevée de vitamine A tous les quatre à six mois, pour tous les enfants de 6 à 50 mois vivant dans les régions affectées. Donner aux jeunes enfants deux capsules de vitamine A par an est une stratégie sûre, peu coûteuse et efficace pour éliminer la carence en vitamine A et améliorer la survie des enfants. Donner de la vitamine A aux nouvelles mères allaitantes aide à protéger leurs enfants durant les premiers mois de la vie et aide à la reconstitution de leurs réserves en vitamine A, qui s'épuisent pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les pays qui ont des programmes de supplémentation en vitamine A, la définition de l'indicateur est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu au moins une dose de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois.

En Guinée-Bissau, sur la base des directives de l'UNICEF/OMS, le ministère de la Santé a recommandé que les enfants de 12-59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les six mois. Dans certaines Provinces du pays, les capsules de vitamine A sont associées aux services de santé et sont administrés lorsque l'enfant entre en contact avec ceux-ci durant les six mois suivants. Chaque année le ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires, organise des campagnes nationales de vaccination. Le ministère de la Santé a également recommandé que les mères prennent un supplément en vitamine A huit semaines avant l'accouchement, en raison des besoins accrus en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement.

Le tableau NU.6 montre qu'au cours des six mois qui ont précédé l'enquête, 58,6% des enfants de 6-59 mois ont reçu une dose élevée de suppléments en vitamine A. La supplémentation en vitamine A est plus fréquente dans SAB (71,7%) et moins répandue dans la Province Sud (37,1%). Dans les Provinces Est et Nord, plus de la moitié des enfants ont reçu une supplémentation en vitamine A ; respectivement 67,2% et 54,5%) Cette proportion est plus importante en milieu urbain (66,6%) qu'en milieu rural (55,4%).

La distribution par âge de la supplémentation en vitamine A montre qu'au cours des six derniers mois le proportion d'enfants touchés est passée de 63,4% pour les enfants 6-11 mois à 58,0% pour ceux de 12-23 mois. Ensuite, elle a continué

de baisser 56,0% pour les enfants de 48-59 mois qui ont la couverture la plus faible.

Le niveau d'instruction influe sur les chances de recevoir un supplément en vitamine A. Ainsi, les enfants des mères sans instruction reçoivent moins souvent que les enfants des mères instruites, une supplémentation en vitamine A : seulement 56,7% d'entre eux ont reçu un supplément au cours des six derniers mois tandis que cette proportion passe à 63,7% pour ceux des mères ayant le niveau d'éducation primaire et à 68,6% pour ceux dont la mère a le niveau secondaire ou supérieur.

S'agissant de la supplémentation post-partum des mères, le tableau NU.7 montre que 57,4% des femmes ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête ont reçu un supplément en vitamine A, avant la huitième semaine suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée à SAB (65,0%) et plus faible dans la Province Nord (54,9%). La situation est très similaire entre le milieu urbain (64,5%) et le milieu rural (54,6%). La proportion de mères ayant reçu une supplémentation en vitamine A augmente avec le niveau d'instruction, avec des différences entre catégories qui restent dans les mêmes proportions : 54,2% parmi les mères sans éducation et plus de 65,0% si la mère a au moins le niveau primaire.

Faible poids à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et du statut nutritionnel de la mère mais également des chances de survie, de croissance, de santé à long terme et de développement psychosocial du nouveau-né. Un faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) comporte une série de risques graves pour la santé des enfants. Les bébés sous-alimentés dans le ventre de leur mère courent un risque plus élevé de mourir au cours de leurs premiers mois et années de vie. Ceux qui survivent ont un système immunitaire affaibli et courent plus de risques de tomber malades; ils vont probablement rester malnutris ce qui va entraîner une réduction de leur force musculaire tout au long de leur vie. En outre, ils seront davantage exposés au diabète et aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Les enfants présentant un faible poids à la naissance ont tendance à avoir un quotient intellectuel plus bas et des troubles cognitifs qui ont une incidence sur leur réussite scolaire et leurs opportunités d'emploi quand ils deviennent adultes.

Dans les pays en développement, un faible poids à la naissance découle principalement d'une mauvaise santé et d'un mauvais statut nutritionnel de la mère. Trois facteurs ont le plus d'impact: le mauvais statut nutritionnel de la mère avant la conception, sa petite taille (due principalement à la malnutrition et aux infections contractées durant son enfance) et une mauvaise nutrition durant la grossesse. La prise de poids insuffisante durant la grossesse joue un rôle

particulièrement important puisque responsable en grande partie du retard de la croissance du fœtus. Qui plus est, des maladies comme la diarrhée et le paludisme, qui sont courantes dans de nombreux pays en développement, peuvent sensiblement retarder la croissance du fœtus si la mère en est atteinte durant sa grossesse.

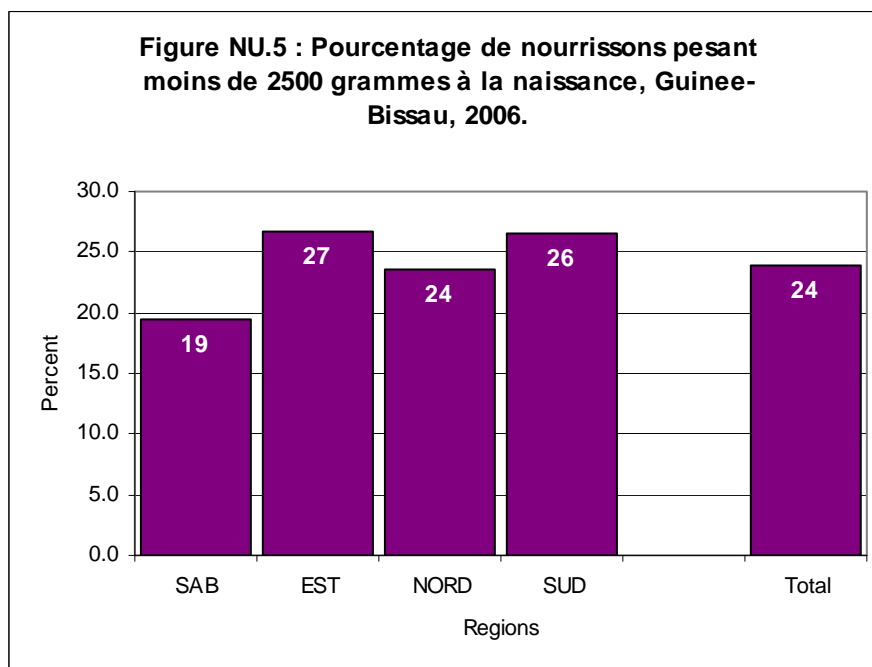
Dans les pays industrialisés, le tabagisme durant la grossesse est la principale cause du faible poids à la naissance. Dans les pays développés comme dans ceux en développement, les adolescentes qui donnent naissance à des enfants alors qu'elles n'ont pas terminé leur propre croissance, courent le risque de mettre au monde des enfants souffrant d'insuffisance pondérale.

Un des principaux obstacles à l'évaluation de l'incidence du faible poids à la naissance est le fait que plus de la moitié des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Par le passé, la plupart des estimations de la faiblesse du poids à la naissance dans les pays en développement étaient basées sur les données collectées auprès des structures sanitaires. Cependant, ces estimations sont en général biaisées que la majorité des nouveaux-nés ne naissent pas dans ces structures, et ceux qui y voient le jour ne représentent qu'un échantillon sélectif de toutes les naissances.

Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé, les poids à la naissance notifiés ne peuvent généralement pas être utilisés pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire: l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est à dire très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance⁴.

Le tableau NU.8 montre qu'au niveau national, 41,5% des bébés ont été pesés à la naissance et 23,9% d'entre eux sont considérés comme ayant moins de 2500 grammes à la naissance. La fréquence du faible poids à la naissance varie selon la Province avec un niveau plus élevée dans les Provinces Est et Sud (respectivement 26,8% et 26,5%) que dans SAB (19,5%). Le risque d'insuffisance pondérale baisse avec l'urbanisation et le niveau d'instruction de la mère. La proportion du faible poids à la naissance plus élevée en milieu rural (25,3% contre 20,3% en milieu urbain) et parmi les enfants de mères sans instruction (25,5% contre 21,3% et 17,1% quand la mère a respectivement le niveau primaire et secondaire ou plus). Le groupe ethnique et le niveau de vie influent aussi sur la fréquence de l'insuffisance pondérale qui est plus répandue parmi les pauvres et les Balantes.

⁴Pour une description détaillée de cette méthodologie, voir Boerma, Weinstein, Rutstein and Sommerfelt, 1996.



VI. Santé de l'enfant

Couverture vaccinale

L'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 4 est de réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. La couverture vaccinale joue un rôle essentiel pour l'atteinte de cet objectif. La vaccination a sauvé les vies de millions d'enfants en trois décennies depuis le lancement du Programme élargi de vaccination (PEV) en 1974. Vingt sept millions d'enfants à travers le monde ne bénéficient toujours pas d'une vaccination systématique et comme conséquence, les maladies évitables par la vaccination causent plus de deux millions de décès par an.

Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est de garantir la couverture vaccinale totale de 90% des enfants de moins d'un an au niveau national, avec une couverture d'au moins 80% dans chaque district ou unité administrative équivalente.

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de la DPT pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois. En Guinée-Bissau, le PEV a été lancé depuis 1984 et comprends dans les

activités de routine la vaccination des enfants contre le BCG, la DTP 1,2,3, la Polio1,2,3 et la rougeole et des femmes en âge de procréer contre le tétanos néonatal. Le pays a organisée entre 2000 et 2005 deux campagnes annuelles de vaccination contre la Polio. En 2006, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole a été menée, ciblant les enfants de 9 mois à 15 ans. Ces différentes campagnes ont été intégrées la supplémentation avec Vitamine A pour les enfants de moins de cinq ans. Le Plan d'action pour l'élimination du tétanos néonatal élaboré en 2005 et mise en œuvre à partir de 2007 à travers trois campagnes de vaccination contre le tétanos néonatal de toutes les femmes en âge de procréer.

Durant l'interview, il a été demandé aux mères de produire les carnets de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Les enquêteurs ont recopié les informations relatives à la vaccination dans le questionnaire de la MICS.

Au niveau national, 78,2% des enfants avaient des carnets de santé. En cas d'absence de carnet, l'enquêteur demandait à la mère de se rappeler si l'enfant avait reçu ou non chacune des vaccinations précitées. Pour la DPT et la polio, la mère devait aussi indiquer le nombre de fois que l'enfant les a reçus. Le tableau CH.1 donne le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations concernées. Dans ce tableau, l'effectif total des enfants de 12 à 23 mois constitue le dénominateur dans le calcul du pourcentage, afin de s'assurer que les enfants considérés sont suffisamment âgés pour être complètement vaccinés. Le pourcentage a été calculé en utilisant l'effectif de tous les enfants inscrits comme étant vaccinés à un moment donné avant l'enquête, selon le carnet de vaccination ou le rapport fait par la mère.

Le tableau montre aussi que avant l'âge de 12 mois, 87,1% des enfants ont été vaccinés contre le BCG, 80,1% ont reçu la DPT.1, 72,2% la DPT.2 et 59,1% la DPT.3. De même, 62,8% ont reçu le vaccin Polio.0, 84,9% le Polio.1, 74,1% le Polio.2, 59,7% le Polio.3. Environ 71,2% ont reçu un vaccin contre la Rougeole. Dans l'ensemble, moins de quatre enfants sur dix (39,9%) ont reçu tous les vaccins. Les carnets de vaccination ont servi à confirmer les cas de vaccination : pour toutes les vaccinations confondues, le carnet a été exhibé dans la moitié des cas (49,6%). Cette preuve que la vaccination a été faite varie selon le type de vaccin : BCG (75,7%), DPT.1(70,2%), DPT.2 (65,1%), DPT.3 (57,4%), Polio.0, (56,2%), Polio.1(73,4%), Polio.2 (67,2%), Polio.3 (61,0%) et Rougeole (63,5%).

Le tableau CH.2 montre que la couverture vaccinale est associée à certaines variables, notamment la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie.

Selon ce tableau, au total 88,9% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu un vaccin du BCG. Les garçons sont privilégiés (90,2% contre 87,7% pour les filles). Ce taux de couverture est plus élevé à SAB (95,9%) que dans les provinces Est

(92%), Nord (88,5%) et Sud (72,4%). Le taux de couverture est aussi plus élevé en milieu urbain (94,6%) qu'en milieu rural (86,6%). Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage influencent positivement le taux de couverture du BCG. Le taux est de 87,2% parmi des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, 91,4% parmi ceux dont la mère a le niveau primaire et 95,5% parmi ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus. De même, dans les ménages du quintile le plus pauvre, seulement 84,0% des enfants sont vaccinés contre 87,1% dans les ménages du quintile dit pauvre, 88,5% dans les ménages du quintile moyen, 90,1% dans les ménages du quintile riche et 98,3% dans les ménages du quintile le plus riche.

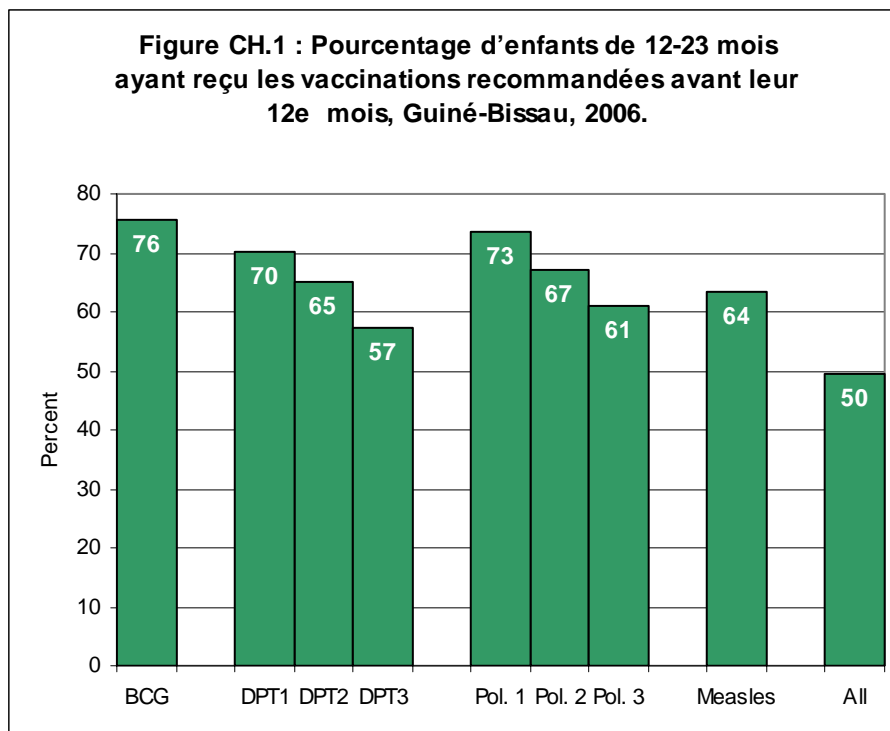
Pour la dose de DPT.1, DPT.2 et DPT.3 administrée aux enfants âgés de 12 à 23 mois, les taux de couverture sont estimés au niveau national à 82,7%, 74,7% et 62,8% respectivement. Avec des taux respectifs de 84,0%, 77,5% et 63,3% les garçons sont privilégiés par rapport aux filles (respectivement 81,3%, 71,7% et 62,3%). SAB est mieux loti avec des taux estimés respectivement à 89,6%, 84,9% et 71,8%, comparé aux provinces Nord (respectivement 84,0%, 74,9 et 59,3%), Est (respectivement 82,9%, 77,6% et 72,6%) et Sud (respectivement 65,5%, 50,9% et 40,9%). Le taux de couverture concernant le DPT.1, DPT.2 et DPT.3 est aussi plus élevé en milieu urbain (respectivement 88,6%, 83,4% et 70,9%) qu'en milieu rural (respectivement 80,2%, 71,1% et 59,5%). Ce taux de couverture a aussi une corrélation positive avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant. Ainsi, ces taux sont estimés pour les enfants de mères sans niveau d'instruction respectivement à 80,3%, 70,0% et 58,3%, respectivement à 85,2%, 81,2% et 69,4% pour les enfants dont la mère a instruction primaire et respectivement à 93,4%, 93,8% et 80,2% pour les enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus. Selon le niveau de vie, les taux de couverture sont respectivement de 79,7%, 68,5% et 55,2% parmi les enfants du quintile le plus pauvre, respectivement 79,9%, 72,0% et 60,4% parmi ceux du quintile pauvre, respectivement 81,1%, 72,5% et 60,8% parmi ceux du quintile moyen, respectivement 84,1%, 75,7% et 65,7% parmi ceux du quintile riche et respectivement 91,7%, 90,0% et 77,0% parmi ceux du quintile le plus riche.

Au niveau national les doses de Polio 0, Polio.1, Polio.2 et Polio.3 administrée ont touché respectivement 64,1%, 87,0%, 76,7% et 64,1% des enfants de 12 à 23 mois. Sauf pour la Polio.3, les garçons sont privilégiés avec respectivement 66,5%, 88,0%, 78,4% et 62,7% par rapport aux filles (respectivement 61,7%, 85,9%, 75,0% et 65,5%). SAB est également avantagé avec respectivement 85,9%, 95,9%, 85,0% et 71,6% comparé aux provinces Nord (respectivement 64,2%, 84,9%, 73,1% et 59,8%), Est (respectivement 57,3%, 90,7%, 85,5% et 76,3%) et Sud (respectivement 41,9%, 72,4%, 58,5% et 42,6%). Le taux de couverture avec Polio 0, Polio.1, Polio.2 et Polio.3 est aussi plus élevé en milieu urbain (respectivement 78,7%, 93,4% 84,0% et 70,7%) qu'en milieu rural (respectivement 58,1%, 84,4%, 73,7% et 61,4%). Le taux de couverture concernant la Polio 0, Polio.1, Polio.2 et Polio.3 a aussi une corrélation positive

avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage de l'enfant. Ainsi, les taux sont respectivement de 58,6%, 85,6%, 74,5% et 60,4% pour les enfants de mères sans niveau d'instruction, respectivement 75,1%, 87,5%, 78,6% et 69,6% pour les enfants de mères ayant une instruction primaire et respectivement 83,4%, 95,2%, 87,8% et 77,2% pour les enfants dont la mère a une instruction secondaire ou plus. Selon le niveau de vie, les taux de couverture sont respectivement de 56,9%, 82,6%, 70,5% et 57,4% pour les enfants du quintile le plus pauvre, respectivement de 60,0%, 84,5%, 76,0% et 62,5% pour les enfants du quintile pauvre, respectivement de 56,1%, 86,0%, 76,4% et 63,5% pour les enfants du quintile moyen, respectivement de 69,8%, 89,0%, 76,4% et 65,3% pour les enfants du quintile riche et respectivement de 85,8%, 96,5%, 88,0% et 75,8% pour les enfants du quintile le plus riche.

Le tableau CH2 montre aussi que plus de trois enfants de 12 à 23 mois sur quatre (75,5%) ont été vaccinés contre la rougeole (76,8% des garçons et 74,2% des filles). Alors qu'à SAB, 86,6% des enfants sont vaccinés, ce taux est plus faible dans les provinces Est (85,6%), Nord (71,2%) et Sud (52,1%). La couverture vaccinale de la rougeole est plus élevée en milieu urbain (83,5% des enfants) qu'en milieu rural (72,2%). De même, le taux est plus élevé parmi les enfants de mères instruites : seulement 72,4% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction contre 80,4% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et 86,7% parmi ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus. L'indice de richesse a aussi un impact sur le taux de couverture vaccinale : respectivement 70,4%, 71,5% et 71,4% des enfants des quintiles les plus pauvre, pauvre et moyen sont vaccinés, tandis que le taux atteint 79,3% pour les enfants du quintile riche et 90,4% pour les enfants du quintile le plus riche.

Au niveau national 7,7% des enfants âgés de 12 à 23 mois n'ont reçu aucun vaccin contre les maladies d'enfance (6,6% des garçons et 8,9% des filles). Ce manque de couverture est variable selon la province et le milieu de résidence : seulement 2,2% des enfants vivant à SAB contre 7,0% dans la province Est, 7,1% dans la province Nord et 20,8% dans la province Sud la plus touchée. Ce taux est près de trois fois plus faible en milieu urbain : en ville 3,4% des enfants n'ont reçu aucun vaccin contre et 9,5% en milieu rural. Les enfants de mères instruites courent moins de risque de ne pas être vaccinés contre la rougeole : 8,9% des enfants dont la mère n'a aucune instruction, 6,0% des enfants dont la mère a le niveau primaire et 3,4% des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le niveau de vie joue également un rôle important dans la couverture vaccinale de la rougeole : si dans les quintiles pauvres un enfant sur dix n'est pas vacciné, cette proportion tombe à 9,0% dans le quintile moyen, à 5,6 % dans le quintile riche et à 1,7% dans le quintile le plus riche.



En Guinée-Bissau, les vaccins supplémentaires recommandés et non encore inclus dans le calendrier de vaccination sont : l'Hépatite B, la Fièvre jaune, l'hémophilus influenza. Leur introduction dans le calendrier vaccinal est prévue en Septembre 2007. Le calendrier vaccinal en vigueur comprend le BCG et la Polio 0 à la naissance, la DPT et la Polio (3 doses) à la sixième, à la dixième et à la quatorzième semaine, la rougeole (1 dose) à neuf mois. Il inclut aussi le Tétanos pour les femmes en âge de procréer avec 5 doses dont la première au premier contact, la deuxième après quatre semaines, la troisième après vingt quatre semaines, la quatrième après douze mois et la cinquième douze mois après la quatrième.

Toxoïde tétanique

Un des OMD consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, avec une stratégie visant à éliminer le tétanos maternel. Un autre objectif est la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes. Un objectif d'Un Monde Digne des Enfants était d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2005.

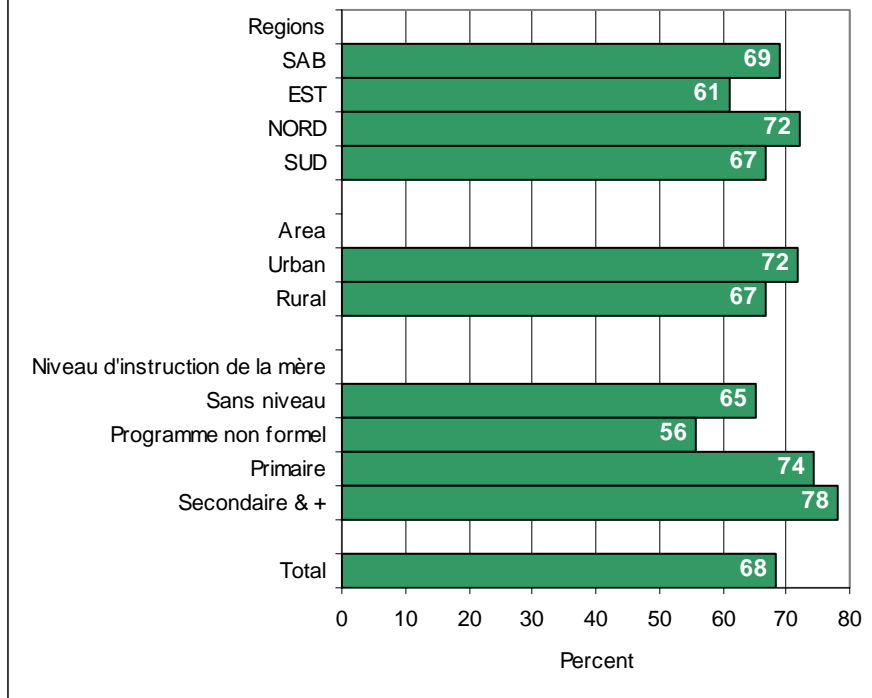
La prévention du tétanos maternel et néonatal consiste à s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de toxoïde tétanique. Cependant, si toutes les femmes n'ont pas reçu deux doses de ce vaccin durant la grossesse, elles sont considérées (ainsi que leur nouveau-né) comme étant protégées si les conditions suivantes sont réunies:

- Elles ont reçu au moins deux doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des trois années précédentes;
- Elles ont reçu au moins trois doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des cinq dernières années;
- Elles ont reçu au moins quatre doses, la dernière au cours des 10 dernières années;
- Elles ont reçu au moins cinq doses qui leur assurent une protection pour toute la vie.

Le Tableau CH.3 présente le statut de protection contre le tétanos des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois. Il montre que 68,2% des femmes sont protégées contre le tétanos dont 59,0% ont reçu au moins deux doses durant la grossesse, 7,4% au moins deux doses dans les trois précédentes années, 1,0% au moins trois doses dans les cinq précédentes années, 0,4% au moins quatre doses dans les dix précédentes années et 0.5% au moins cinq doses dans leur vie.

La Figure CH.2 montre la protection des femmes contre le tétanos néonatal selon les caractéristiques du contexte. Le niveau d'instruction constitue le facteur le plus déterminant dans le comportement des femmes en matière de protection contre le tétanos maternel : 78,1% des femmes de niveau secondaire sont protégées contre 74,2% des femmes de niveau primaire et 65,3% seulement de celles qui n'ont pas d'instruction.

Figure CH.2 : Pourcentage de femmes ayant accouché un enfant vivant au cours des 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal, Guinée-Bissau, 2006.



Traitement de la diarrhée par la réhydratation orale

La diarrhée est la deuxième cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès liés à la diarrhée dans l'enfance sont dus à la déshydratation due à la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée - soit par les sels de réhydratation orale (SRO) - soit par les fluides faits à domicile recommandés - permet d'éviter nombre de ces décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition par l'augmentation de l'absorption de fluides et la poursuite de l'alimentation de l'enfant constitue également une stratégie importante pour prendre en charge la diarrhée.

Les objectifs sont : 1) de réduire de moitié les décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2010 à compter de 2000 (Un Monde Digne des Enfants); et 2) de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015, à compter de 1990 (Objectifs du Millénaire pour le développement). En outre, parmi les objectifs d'Un Monde Digne des Enfants figure la réduction de 25% de la prévalence de la diarrhée.

Les indicateurs sont:

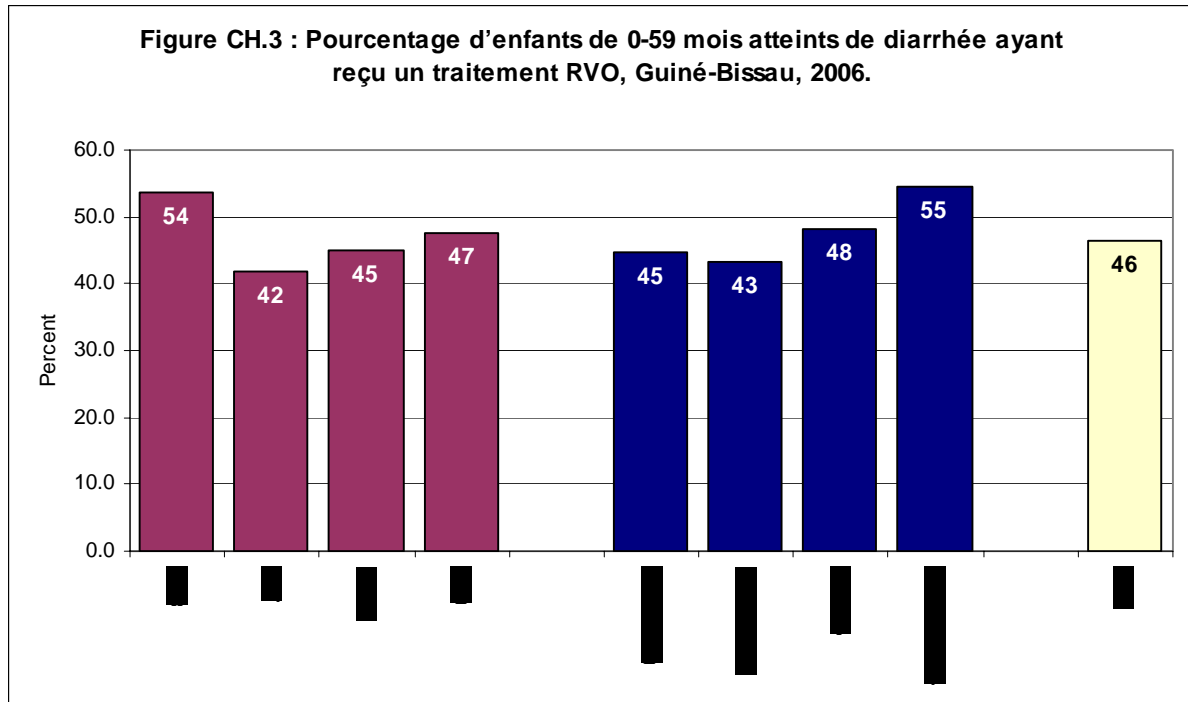
- La prévalence de la diarrhée
- La thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)
- La prise en charge à domicile de la diarrhée
- (TRO augmentation de l'absorption de fluides) **ET** poursuite de l'alimentation.

Dans le questionnaire de la MICS, les mères (ou les personnes en charge) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, une série de questions ont été posées à la mère sur ce que l'enfant a bu et mangé durant l'épisode et si c'était plus ou moins ce que l'enfant avait l'habitude de manger et de boire.

Le Tableau CH.4 montre que d'une manière générale, 12,4% des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. La prévalence de la diarrhée varie de 9,9% dans les régions de l'Est à 14,0% dans celles du Nord. L'âge de l'enfant est le facteur le plus déterminant dans le niveau de prévalence de la diarrhée : de 7,8% à moins de 6 mois, la prévalence passe à 19,5% pour les enfants de 6-11 mois et à 21,4% pour ceux de 12-23 mois, avant de baisser à 12,5% pour les 24-35 et de tomber à 4,4% pour ceux de 48-59 mois. Les pointes observées se situent à l'âge du sevrage (6-23 mois) durant lequel les risques de contamination par les aliments et l'environnement sont plus élevés.

Le Tableau CH.4 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de fluides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Étant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de fluide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Dans l'ensemble, moins de la moitié des enfants (46,3%) ayant eu la diarrhée ont utilisé une forme quelconque de SRO tandis que 53,7% d'entre eux n'ont eu recours à aucune forme de traitement.

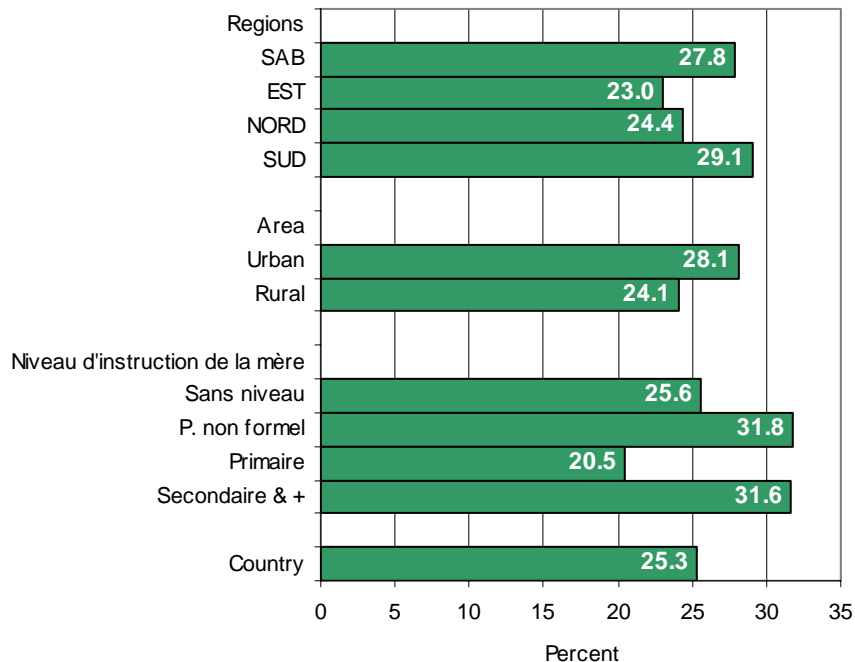
Environ 14,1% des enfants ont reçu des fluides préparés à partir de paquets de SRO, 12,1% ont reçu des fluides de SRO pré conditionnés et 27,4% ont reçu des fluides recommandés préparés à la maison. L'éducation des mères influe sensiblement sur le taux d'utilisation de SRO : les enfants de mères ayant un niveau d'éducation secondaire ont plus de chances de recevoir un traitement par réhydratation orale que les autres enfants (54,5% contre 48,2% quand la mère a le niveau primaire et 44,8% quand elle n'a pas reçu d'instruction). Sauf pour le recours aux fluides recommandés préparés à la maison, les enfants de mères instruites sont mieux soignés : respectivement 20,0%, 18,9% et 11,9% pour des fluides préparés à partir de paquets de SRO et respectivement 24,0%, 15,0% et 9,4% pour la SRO pré emballée.



Concernant la prise en charge de la diarrhée à domicile, le Tableau CH.5 montre que 17,3% des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 24,7% ont bu autant ou moins. En outre, 44,4% des enfants ont continué à s'alimenter en mangeant un peu moins, autant ou plus que d'habitude tandis que 54,4% ont mangé beaucoup moins que d'habitude ou presque rien. Seulement 25,3% des enfants ont reçu davantage de fluides tout en continuant à s'alimenter. On peut déduire des résultats des différents tableaux que seulement 11,0% des enfants ont eu une prise en charge de la diarrhée à domicile alors que 25,3% ont reçu soit une TRO soit davantage de fluides, tout en continuant de manger comme il a été recommandé.

Il existe des différences importantes dans la prise en charge à domicile de la diarrhée selon les caractéristiques du contexte. La différence de prise en charge la plus importante se situe entre régions : dans la Région Est, seulement 6,7% des enfants ont reçu une TRO ou davantage de fluides et ont continué de manger, tandis que dans la Région Sud 14,4% des enfants sont concernés..

Figure CH.4 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée ayant reçu un traitement RVO ou des portions accrues d'aliments fluides ET poursuivi l'alimentation, Guinée-Bissau, 2006.



Recherche de soins et traitement de la pneumonie aux antibiotiques

La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les enfants et l'utilisation des antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans souffrant de pneumonie présumée est une intervention essentielle. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de réduire d'un tiers les décès liés aux infections respiratoires aiguës.

Les enfants souffrant de pneumonie présumée sont ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes n'étaient PAS dus à un problème au niveau de la poitrine et à une obstruction nasale. Les indicateurs sont:

- *La prévalence de la pneumonie présumée*
- *La recherche de soins pour une pneumonie présumée*
- *Le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée*
- *La connaissance des indicateurs d'alerte de la pneumonie*

Le Tableau CH.6 présente la prévalence de la pneumonie présumée et, si des soins ont été cherchés en dehors du domicile, le site d'administration de ces soins. Seulement 4,3% des enfants de 0 à 59 mois ont été signalés comme présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Sur ces enfants, 56,5% ont consulté un prestataire de soins de santé approprié : 28,1% dans un hôpital du Gouvernement, 22,8% dans un centre de santé public, 3,9% dans un poste de santé public et 4,3% ont été assisté par un travailleur de santé du village, tandis que 2,5% ont été consulté dans une clinique privée, et 3,0% par un médecin privé.

Le taux de prévalence de la pneumonie suspectée est plus faible dans les régions de l'Est du pays (1,5%) et en milieu rural (3,6%) et plus élevé dans la Capitale (7,3%) et en milieu urbain en général (6,0%). L'influence négative du niveau de l'instruction de la mère et du niveau de vie sur la prévalence de la pneumonie présumée est plus significative. La prévalence est plus forte parmi les enfants des femmes de niveau secondaire ou plus (9,4% contre moins de 4,0% pour les autres) et parmi les enfants des plus riches (7,0% contre 4,3% pour les plus pauvres). Il est fort probable que ces résultats cachent l'effet indirect de l'urbanisation sur les risques de pneumonie : les riches et les plus instruits ont tendance à habiter dans les villes où la dégradation de l'environnement par la pollution (gaz toxiques, par exemple) est notoire.

L'utilisation de prestataires appropriés varie entre 45,2 % dans les régions au Nord et 74,4% dans la Capitale. Ce pourcentage est plus faible en milieu rural (45,4%) qu'en milieu urbain (72,8%). Le niveau de l'instruction de la mère influe de façon significative sur la propension à recourir à des prestataires appropriés. La proportion d'enfants consultés par un prestataire approprié en cas de pneumonie présumée est estimée à 49,9% parmi les femmes sans instruction, tandis qu'elle atteint 64,3% quand la mère a le niveau primaire et 73,7% quand elle a une éducation secondaire ou plus.

Le Tableau CH.7 présente l'utilisation des antibiotiques pour le traitement de la pneumonie présumée chez les enfants âgés de moins de cinq ans par sexe, âge, région, lieu de résidence et facteurs socio-économiques. En Guinée-Bissau, 41,9% des enfants âgés de moins de cinq ans souffrant d'une pneumonie présumée ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Les antibiotiques sont plus fréquemment utilisés en milieu urbain (55% des enfants contre 33,0% en milieu rural). Le pourcentage est beaucoup plus élevé dans la Capitale, Bissau (54,5%) mais baisse de moitié pour ne plus atteindre que 27,6% dans les régions de l'Est. Ce tableau montre également que le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée est très faible dans les ménages les plus pauvres (24,0% contre 62,7% dans les plus riches). La tendance est la même pour le niveau d'instruction. La proportion passe de 34,2% quand la mère n'est pas instruite du tout à 51,2% quand elle n'a que le niveau primaire à 61,3% quand elle a au moins un niveau d'éducation secondaire La

prise d'antibiotique augmente avec l'âge de l'enfant. Si avant l'âge d'un an, les antibiotiques sont utilisés par 36,8% seulement des enfants, à 48-59 mois, cette proportion atteint 61,3%.

Les informations sur la connaissance des signes d'alerte de la pneumonie sont présentées dans le Tableau CH.7A. De toute évidence, la connaissance de la mère des signes d'alerte est un déterminant important de la recherche de soins. Dans l'ensemble, 33,9% des mères/personnes en charge connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie - à savoir une respiration difficile et rapide. Par ordre d'importance, les symptômes les plus couramment cités nécessitant que l'enfant soit amené immédiatement dans un service de santé sont : « quand l'enfant développe la fièvre » (87,6%) et « quand l'enfant devient plus malade » (69,8%). Les deux signes d'alerte du risque de pneumonie ciblés, à savoir « quand l'enfant a une respiration rapide » et « quand l'enfant a des difficultés pour respirer », viennent seulement en troisième et quatrième positions, avec respectivement 41,8% et 39,2% des mères qui les ont identifiés.

Utilisation de combustible solide

Une très large proportion de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (biomasse et charbon) pour leurs besoins en énergie de base comme la cuisine et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraîne des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur, par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles pour la santé. Le principal problème que pose l'utilisation de combustibles solides vient des émanations d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO₂) et autres éléments toxiques. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, de cancer et peut-être de tuberculose, de faible poids à la naissance, de cataracte et d'asthme. Le principal indicateur est la proportion de la population utilisant des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour la cuisine.

Le tableau CH.8 montre que l'utilisation de combustibles solides est très répandue en Guinée Bissau : dans l'ensemble, 98,4% des ménages utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine. Cette pratique est peu différenciée selon le milieu de résidence : 96,1% des ménages en milieu urbain et 99,7% des ménages en milieu rural utilisent des combustibles solides. D'une manière générale, quelle que soit la catégorie socioéconomique considérée, l'utilisation de combustibles est presque généralisée. Là où le recours à ces combustibles est le plus bas comme dans les ménages de la Capitale, parmi les ménages dont le chef a un niveau d'éducation secondaire ou plus et parmi les plus riches, la proportion se situe entre 93% et 95%.

Deux combustibles sont généralement utilisés et le bois reste le plus largement consommé. Près de sept ménages sur dix (68,9%) utilisent le bois pour la cuisson de leur repas et 29,3% ont recours au charbon de bois. Le gaz et l'électricité sont quasi-inexistants (1,2%). Il convient de noter des différences selon le type de combustible utilisé. Le charbon de bois est plus largement utilisé dans la Capitale (90,6% des ménages), chez les plus riches (89,6%), en milieu urbain (74,2%) et parmi les ménages dont le chef a le niveau secondaire ou plus (61,8%). Le gaz/électricité est plus consommé parmi les plus riches (5,7%) et les ménages dont le chef a le niveau secondaire ou plus (5,6%). Le bois est presque l'unique combustible des plus pauvres et des ruraux.

L'utilisation de combustible solide a plus ou moins d'effet sur la pollution intérieure, étant donné que la concentration des polluants est différente selon que le même combustible est consommé dans différents fourneaux. L'utilisation de fourneaux fermés avec des cheminées réduit la pollution intérieure, tandis qu'un fourneau ouvert ou un feu ouvert, sans cheminée ni hotte, signifie qu'il n'y a pas de protection contre les effets nocifs des combustibles solides. Le type de fourneau utilisé avec un combustible solide est présenté dans le Tableau CH.9.

Au niveau national moins de la moitié des ménages (46,6%) utilisent des fourneaux fermés avec cheminée ou hotte et 45,1% des fourneaux ouverts ou feu ouvert sans cheminée ou hotte. Les ménages des régions de l'Est, les ménages les plus riches et ceux dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus, sont les plus nombreux à utiliser un four fermé avec cheminée (respectivement 57,6%, 51,7% et 50,0%). C'est dans la Capitale (56,6%), parmi les Balantes (54,5%) et en milieu urbain (52,9%) que le four ou feu ouvert sans cheminée ou hotte, est le plus fréquemment utilisé.

Paludisme

Le paludisme est une des principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans en Guinée-Bissau. Il contribue également à l'anémie chez les enfants tout en étant responsable d'un fort absentéisme scolaire. Des mesures de prévention, particulièrement l'utilisation de moustiquaires imprégnées, peuvent réduire de manière appréciable les taux de mortalité du paludisme chez les enfants. Dans les régions où le paludisme est endémique, les recommandations internationales suggèrent de traiter toute fièvre de l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens recommandés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et, pour les plus jeunes d'entre eux, continuer d'être allaités.

Le questionnaire comprend des questions sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires aussi bien dans les ménages que chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi que sur le traitement antipaludéen et la prophylaxie intermittente pour le paludisme. Les résultats de l'enquête présentés dans le tableau CH.10 montre qu'en Guinée-Bissau, 79,2% des ménages possèdent au moins une moustiquaire dont seulement 43,6% ont au moins une moustiquaire imprégnée. La possession de moustiquaires imprégnées est plus répandue dans les ménages des régions du Nord (56,3%), et celles du Sud (44,8%) et moins fréquente dans les régions de l'Est (40,3%) et dans la Capitale (26,8%). La proportion de ménages ayant au moins une moustiquaire est plus élevée en milieu urbain ((81,5% contre 77,8%), par contre la proportion disposant au moins d'une moustiquaire imprégnée est plus élevée en milieu rural (48,9% contre 34,5%). Ce contraste inattendu est plus marqué dans la Capitale où près de 83,0% des ménages ont au moins une moustiquaire tandis que moins de 27,0% dispose d'au moins une moustiquaire imprégnée. Le niveau d'instruction et le niveau de vie présentent des tendances similaires avec les moins instruits et les plus pauvres détenant plus de moustiquaires imprégnées.

Selon les résultats du tableau CH.11, 73,2% des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête et que 39,0% ont dormi sous une moustiquaire imprégnée. S'agissant de la moustiquaire traitée, il n'y a pas de différences significatives entre les filles (39,2%) et les garçons (38,7%). En revanche, les différences entre le milieu urbain et le milieu rural (respectivement 42,0% et 24,6%) d'une part, et d'autre part, entre les ménages des régions du Nord et ceux des autres régions (respectivement 52,80% et moins de 31,2%) sont assez appréciables.

Des questions sur la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans et selon le tableau CH.12, 13,5% d'entre eux ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. La prévalence de la fièvre est plus forte dans la période de sevrage : elle atteint 16,5% à 12-23 mois et 14,7% à 24-35 mois. La prévalence de la fièvre est plus forte parmi les enfants des Brame (17,0%), parmi les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (16,2%), dans les régions du Nord (15,2%) et en milieu urbain (15,0%). Elle est plus faible dans les régions de l'Est (9,7%) et parmi les enfants les plus âgés (9,4% à 48-59 ans).

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pour traiter la fièvre, aussi bien les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits dans un établissement de santé. Les résultats du tableau CH.12 montre que 45,7% des enfants fébriles au cours des deux dernières semaines ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 27,2% cent ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les antipaludéens "appropriés" sont le SP/Fansidar, la chloroquine, l'amodiaquine, la quinine, l'association de médicaments à base d'artémisine, etc. En Guinée-Bissau, 41,1% des enfants fébriles dans les deux semaines, ont reçu de la chloroquine et 2,3% du SP/Fansidar. Seulement 1,8% ont reçu la thérapie associée à base d'artémisine. Un enfant sur dix (10,2%) a reçu des médicaments autres que les antipaludéens, y compris des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.

La proportion d'enfants fébriles qui ont reçu un antipaludéen approprié est plus forte à SAB la Capitale (62,8 %) que dans les régions du Sud (39,9%). Les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire et plus et ceux vivant en zone urbaine, ont plus de chances d'être traités de manière appropriée (70,4% et 60,2% respectivement) que les enfants dont la mère n'a pas d'instruction et ceux vivant en zone rurale (39,4% et 38,7% respectivement). En ce qui concerne l'administration d'antipaludéens appropriés, il y a peu de différences entre les filles (45,8%) et les garçons (45,7%).

La prise d'antipaludéens appropriés dans les 24 heures est plus fréquente parmi les enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus ((57,1%), parmi les plus riches (54,4%), parmi ceux qui vivent à SAB la Capitale (54,0%) et en milieu urbain (46,7%). C'est parmi les plus pauvres (8,3%), les enfants du NORD (17,3%), ceux du milieu rural (17,8%) et parmi les enfants dont la mère n'est pas instruite (19,9%) que le traitement approprié dans les 24 heures a été le moins utilisé.

C'est un fait que les femmes enceintes vivant dans des zones où la prévalence du paludisme est forte, ont quatre fois plus de risques que les autres adultes de contracter cette maladie et deux fois plus de risques d'en mourir. En cas d'infection, elles risquent l'anémie, l'accouchement prématuré et de donner naissance à un enfant mort-né. Leurs bébés risquent d'avoir un faible poids à la naissance, ce qui compromet leurs chances de survie au bout de leur première année. Pour cette raison, des mesures sont prises pour protéger les femmes enceintes contre l'infection du paludisme, en leur distribuant des moustiquaires traitées à l'insecticide et en leur faisant prendre des médicaments lors des consultations prénatales (traitement préventif intermittent, TPI). Dans la MICS, il a été demandé aux femmes de mentionner les médicaments qu'elles avaient reçu durant leur dernière grossesse au cours des deux ans qui ont précédé l'enquête. Elles sont considérées comme ayant reçu une thérapie préventive intermittente si elles ont reçu au moins 2 doses de SP/Fansidar durant la grossesse.

Le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête est présenté dans le Tableau CH.13 qui montre que 60,3% des femmes de 15-49 ans ont reçu un médicament contre le paludisme durant leur grossesse, 7,4% ont reçu 2

doses ou plus de SP/Fansidar, 48,8% ont reçu la chloroquine et 23,4% d'autres médicaments.

Sources et Coûts de l'approvisionnement

Principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, le paludisme est un problème de santé publique en Guinée-Bissau. Sa transmission est stable dans tout le pays.. En 2005, 179 512 cas de paludisme ont été enregistrés dont 418 décès. Près de 43,0% des cas de paludisme et 64,0% des décès concernent les enfants de moins de cinq ans (Rapport 2005 du PNLP – Programme National de Lute contre le Paludisme) Les consultations médicales de l'Hôpital National et des trois centres de santé avec système de vigilance ont montré que 55,0% des enfants atteints de paludisme avaient l'anémie ($HB \geq 7$ et $HB < 11g/dl$) dont 4,0% avaient l'anémie modérée et sévère ($HB < 7g/dl$). Les femmes enceintes constituent elles aussi un groupe vulnérable au paludisme, maladie responsable d'anémie sévère, d'avortements et d'insuffisance pondérale. Combattre le paludisme est une des priorités du gouvernement, qui a mis en place un Plan Stratégique National de Lute contre cette maladie qui est aussi à l'origine d'absentéisme à l'école et au travail.

Le site sentinelle de Canchungo a fait état d'une résistance à la chloroquine de l'ordre de 25,0%. Ainsi, en 2005, la Guinée-Bissau a apporté des changements dans sa politique de traitement du paludisme en adoptant l'Artemether-Lumefantrine pour le paludisme simple du fait de la résistance du Plasmodium falciparum à la chloroquine. Par manque de moyen financier, cette mesure n'est pas encore en application. Pour le traitement des cas graves de paludisme, la formation des agents de santé de toutes les régions du pays a été faite. Cette formation s'appuie sur le manuel de formation de l'OMS et des Kits de traitement d'urgence et des médicaments mis a disposition de l'hôpital national Simao Mendes et du centre de santé de référence de la Région de Bolama/Bijagos. La Quinine EV continue d'être administrée aux malades graves. A l'exception des enfants et des femmes enceintes, la Quinine est aussi indiquée pour le traitement des personnes allergiques à l'Artemether-Lumefantrine.

En 2002, le PNLP a obtenu 120.000 moustiquaires imprègnées qu'il a distribué à un prix modique à tous les centres de santé du pays. En 2005 le Programme a démarré une campagne de distribution de moustiquaires imprègnées de longue durée (MIILD), à travers les consultations prénatales (CPN) dans 3 régions sanitaires (Quinara, Tombali et SAB). Depuis 2004, le programme utilise les services de re-imprégnation pour organiser deux campagnes annuelles de re-imprégnation en masse des moustiquaires. Les résultats sont jugés satisfaisants. En 2004 l'Etat a aussi adopté la politique du traitement Préventif intermittent (TPI) pour laquelle il a formé des agents en 2005 pour une mise en place initiale dans 3 de ses 11 régions sanitaires. Cette politique vise entre autres, à augmenter la couverture en moustiquaires imprègnées chez les populations cibles.

Dans la MICS de la Guinée-Bissau, des questions ont été incluses pour recueillir des informations sur les sources et les coûts de quatre types d'approvisionnement en: moustiquaires imprégnées, antipaludéens, antibiotiques et sels de réhydratation orale. Ces informations sont très importantes en ce sens qu'elles permettent une évaluation basée sur la population de la portée des programmes et du point auquel des groupes cibles particuliers sont couverts par ces programmes. Ces informations sont également utiles pour contrôler la fourniture de matériel gratuit ou subventionné et pour l'évaluation des coûts du matériel, étant donné que le prix du matériel peut constituer un obstacle à son utilisation. Pour les responsables de programme souhaitant déterminer la part des secteurs tant public que privé dans la fourniture de ces approvisionnements, et l'importance relative de chacune des sources, les informations sur les sources et coûts des approvisionnements peuvent être essentielles.

Les sources et coûts de l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées (MI) sont fournis dans le Tableau CH.14. Ce tableau donne des informations sur l'obtention des MI auprès de sources publiques et privées, le pourcentage des ménages qui ont obtenu des MI gratuitement et le coût moyen des MI pour les ménages qui les ont payés.

Selon le tableau CH.14, 29,3% des moustiquaires traitées proviennent du secteur public, 0,6% du secteur privée et 70,1% d'autres secteurs. Des moustiquaires traitées distribuées, 14,2% sont donnés gratuitement par le secteur public et 48,0% par le secteur privé. Le coût médian pour ceux qui ont acheté les moustiquaires traitées est de 1000 FCFA dans le public et 4945 FCFA dans le privé

Selon le tableau CH.15, 54,8% des anti-paludéens proviennent du secteur public et 16,1% du secteur privé. De ces anti-paludéens, 5,1% ont été distribués gratuitement par le secteur public et 4,4% par le secteur privé. Pour ceux qui ont acheté leurs anti-paludéens, le coût médian est de 1500 FCFA dans le public et 2000 FCFA dans le privé

Les sources et coûts de l'approvisionnement en antibiotiques pour le traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans sont présentés dans le Tableau CH.16.

Les antibiotiques pour le traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans proviennent à 54,9% du secteur public, à 33,0% du secteur privée et à 12,1% d'autres secteurs. Le secteur public a distribué gratuitement 12,6% de ces antibiotiques tandis que le secteur public n'a rien fourni à titre gratuit. Le coût médian pour ceux qui ont acheté leurs antibiotiques est de 1782 FCFA dans le public et 3000 FCFA dans le privé.

Les sources et coûts de l'approvisionnement en sels de réhydratation par voie orale (SRO) sont fournis dans le Tableau CH.17 qui indique que 77,4% de ces produits proviennent du secteur public et 11,9% du secteur privé dont 18,8% distribués gratuitement par le secteur public. Pour ceux qui les ont achetés, le coût médian de ces SRO est de 1000 FCFA dans le public et 2376 FCFA dans le privé .

VII. Environnement

Eau et assainissement

L'eau potable est une nécessité de base pour une bonne santé. Une eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut également être contaminée par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. En plus de son association aux maladies, l'accès à l'eau potable peut être très important pour les femmes et les enfants, particulièrement dans les zones rurales où le transport de l'eau, souvent sur de longues distances leur incombe principalement.

L'objectif des OMD est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson potable et à une hygiène de base. L'objectif d'un Monde digne des enfants est la réduction d'au moins un tiers la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable salubre à un coût abordable.

La liste des indicateurs utilisés dans la MICS est la suivante :

Eau

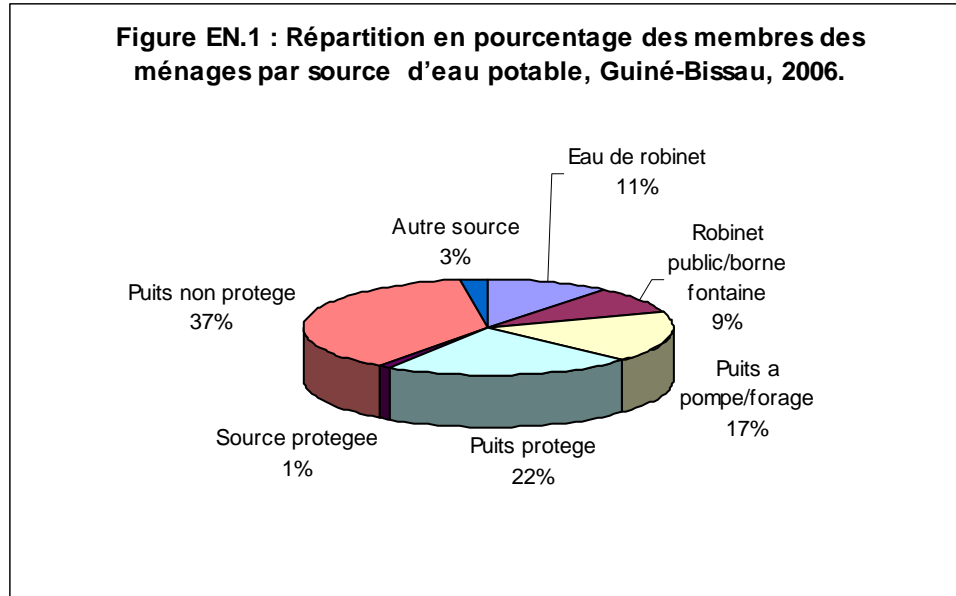
- Utilisation de sources d'approvisionnement en eau potable améliorées*
- Utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau*
- Temps d'approvisionnement en eau potable*
- Personne recueillant l'eau potable*

Assainissement

- Utilisation d'installations sanitaires améliorées*
- Elimination hygiénique des excréments des enfants*

La distribution de la population par source d'approvisionnement en eau potable est présentée dans le Tableau EN.1 et la Figure EN.1. La population utilisant des sources d'approvisionnement en eau potable améliorées est celle utilisant l'un des types d'approvisionnement en eau suivants: l'eau courante (dans les habitations, les cours ou les parcelles), les fontaines publiques/bornes fontaines, les puits tubes/forages, les puits protégés, l'eau de source protégée, l'eau de pluie recueillie. L'eau embouteillée est considérée comme une source d'approvisionnement en eau améliorée seulement si le ménage utilise une

source d'approvisionnement en eau améliorée pour d'autres besoins, comme la lessive et la cuisine.



Dans l'ensemble, 59,9% de la population utilisent une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson, 82,3% dans les zones urbaines et 47,% dans les zones rurales. Avec de la moitié de la population (40,3%) ayant accès à l'eau de boisson d'une source d'approvisionnement améliorée la Province Nord est défavorisée par rapport au reste du pays (54,2% au Sud et 62,8% à l'Est). A l'opposé la SAB est privilégiée avec 92,1% de sa population disposant de sources d'eau de boisson améliorées. Le niveau d'instruction du chef de ménage favorise l'approvisionnement à partir de sources améliorées : la proportion passe de 54,4% quand le chef de ménage n'a pas d'instruction à 78,0% quand il a le niveau secondaire ou plus. Le niveau de vie semble plus déterminant : 30,1% parmi les plus pauvres contre 91,0% parmi les plus riches. Même au sein des groupes ethniques, l'accès est différencié : 71,3% parmi les Brames et 39,2% parmi les Ballantes.

Le Tableau EN.1 montre que les sources d'approvisionnement en eau de boisson varient considérablement. Au niveau national, les principales sources d'eau potable sont les puits protégés (21,6%) et les puits à pompe/forage (17,3%). A SAB la Capitale, l'eau potable provient directement d'un robinet à l'intérieur du logement pour seulement 11,8% de la population tandis que pour 30,0% elle provient d'un robinet dans leur cour/parcelle et pour 17,8% d'un robinet public/borne fontaine. Dans les Provinces, les sources les plus utilisées sont les puits à pompe/forage et les puits protégés (respectivement 40,5% et

12,8% dans la Province Est, respectivement 11,0% et 20,3% dans la Province Nord et respectivement 21,6% et 28,7% dans la Province Sud,). Une importante proportion de la population (40,1%) utilise encore l'eau d'une source non protégée donc non-améliorée (puits non protégés, cours d'eau, autre), Dans la Province Est, en milieu rural, parmi les Balantes et les plus pauvres, c'est la grande majorité de la population qui s'approvisionne à partir d'une source non améliorée.

Pour une analyse du traitement de l'eau, il a été demandé aux ménages de dire de quelle manière ils peuvent traiter l'eau de boisson à domicile, pour la rendre plus sûre à boire. Ont été considérés comme moyens de traitement adéquats de l'eau de boisson, les mesures suivantes : la faire bouillir, y ajouter de l'eau de Javel ou du chlore, utiliser un filtre à eau et utiliser la désinfection solaire.

Les résultats sur le traitement de l'eau à domicile sont présentés dans le Tableau EN.2 qui donne les pourcentages de la population selon les méthodes appropriées, séparément pour tous les ménages, pour les ménages utilisant des sources d'approvisionnement en eau de boisson améliorées et non améliorées .

Dans l'ensemble, toutes sources d'eau de boisson confondues, seulement 4,5% des ménages utilisent des méthodes appropriées de traitement et 25,9% n'utilisent aucune des méthodes spécifiées ci-dessus. L'utilisation de méthodes appropriée est plus fréquente parmi les ménages les plus riches (12,4% contre 0,7% pour les plus pauvres), dans SAB (près de 10,0%), dans les ménages dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou plus (9,4% contre 2,6% quand le chef n'a pas d'instruction) et en milieu urbain (9,1% contre 2,1% en milieu rural). La méthode qui consiste à « filtrer l'eau avec une linge/coton/éponge » est la méthode le plus largement utilisée (71,0% des ménages) tandis que peu de ménages (5,5%) « laisse reposer/décanté ». Quelle que soit la niveau d'analyse considéré, le filtre est la méthode de choix : entre 60,0% dans la Province Est et plus de 82,0% parmi les plus riches et les Balantes

Les résultats sur le temps mis pour aller chercher l'eau à la source d'approvisionnement et revenir à la maison ainsi que les informations sur la personne qui recueille habituellement l'eau, sont présentés dans le Tableau EN.3 et le Tableau EN.4 respectivement. Les informations sur le nombre de trajets effectués en une journée n'ont pas été recueillies.

Le Tableau EN.3 montre que seulement 22,4% des ménages ont la source d'approvisionnement en eau de boisson sur place, c'est-à-dire à domicile. Ce type d'accès est plus fréquent dans 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. Il est plus rare dans les Provinces Sud (5,6%) et Est (7,1%), en milieu rural (11,2%) et dans les ménages les plus pauvres (10,1%) et ceux dirigés par un chef sans instruction (15,2%). 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, tandis que 20,0% des ménages consacrent entre 15 et moins de 30 minutes à cette tâche. Pour 13,3% des ménages, il faut 30 minutes à moins d'une heure pour aller à la source et revenir. Peu de ménages (5,5%) mettent une heure ou plus pour s'approvisionner en eau potable.

Sauf pour les ménages qui ont accès à l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement en eau est de 21,3 minutes. Le temps moyen pour s'approvisionner en eau est plus long en milieu rural (22,5 minutes) qu'en milieu urbain (18,0 minutes). Le temps moyen pour s'approvisionner en eau est plus long dans la Province Sud (27,5 minutes) et plus court à SAB (16,7 minutes) et dans la Province Nord (19,1 minutes).

Le Tableau EN.4 montre que dans la majorité des ménages (93,1%), c'est une femme adulte qui est généralement chargée d'aller chercher l'eau de boisson, quand la source ne se trouve pas sur place. La Province Sud se singularise dans sa situation (moins de 80,0% contre 93 à 98,0% dans les autres catégories sociales). Il est rare que les hommes adultes et les garçons de moins de 15 ans aillent chercher l'eau de boisson pour le ménage (respectivement 1,3% et 0,3%), même comparés aux filles de moins de 15 ans (4,7%).

L'élimination inadéquate des excréments humains et une mauvaise hygiène personnelle sont associées à une série de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la polio. Les installations sanitaires améliorées pour l'élimination des excréments sont : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts à des fosses septiques ou des latrines, latrines avec décharges d'eau, des latrines améliorées, des latrines traditionnelles et autres.

Le Tableau EN.5 montre que 11,4% de la population vivent dans des ménages utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains. C'est dans les ménages les plus riches (48,5%) à SAB (37,1%), en milieu urbain (28,7%) et chez les Brame que ces installations sanitaires sont plus fréquentes dans les ménages. Par contre, dans les ménages les plus pauvres (0,1%), dans la Province Nord (3,5%), en milieu rural (1,9%) et chez les Balantes (6,5%), ces installations sont quasi-inexistantes et l'évacuation saine des excréments humains demeure un problème de santé publique

Si l'utilisation d'installations sanitaires améliorées contribue fortement à une bonne santé, peu de ménages en disposent : 4,9% utilisent des toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts, à des fosses septiques ou des latrines, 2,6% disposent de latrines avec décharges d'eau et 3,9% de latrines améliorées.. L'utilisation de ces installations est plus répandue chez les plus riches (22,7%), à SAB (17,9%), dans les ménages dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus (17,7%) et en milieu urbain (13,0%). Ces installations sont inexistantes dans les autres Provinces, en milieu rural et chez les plus pauvres. A l'opposé, la grande majorité de la population qui utilise des

installations non améliorées, dispose de latrines traditionnelles (56,5%) ou vont 'dans la brousse ou à ciel ouvert' (31,1%). Les latrines traditionnelles sont plus répandues dans les régions de l'Est (73,0%) et dans la Capitale (61,8%) que dans le Sud (55%) et le Nord (43,6%). Il convient de signaler que près de 82,0% de la population dans les ménages les plus pauvres et près de 60,0% des Balantes, vont 'dans la brousse ou à ciel ouvert' pour évacuer les excréments humains.

L'élimination sûre des excréments d'un enfant est l'élimination ou le rinçage des dernières selles d'un enfant dans des toilettes ou des latrines. L'élimination des excréments des enfants âgés de 0 à 2 ans est présentée dans le Tableau EN.6.

Le Tableau EN.6 indique que la proportion d'enfants âgés de 0 à 2 ans dont les excréments sont évacués sainement est estimée 35,4% au niveau national (58,5% pour la zone urbaine et 26,1% pour la zone rurale). Cette proportion est de 62,2% à SAB, 33,0% pour les Provinces Est et Sud et 25,9% pour la Province Nord. Les plus riches et les plus instruits sont aussi relativement plus nombreux à évacuer sainement les excréments de leurs enfants (respectivement 63,2% et 60,9%) Seulement 2,8% des enfants âgés de 0 à 2 ans ont utilisé les toilettes/latrines. Pour 32,6% d'entre eux, les excréments sont jetés dans les toilettes/latrines, dans les égouts ou les fosses (6,4%), avec les ordures ménagères (18,3%) ou laissés à l'air libre (27,7%).

Une vue d'ensemble de l'utilisation des sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson et des moyens sanitaires pour l'élimination des excréments est présentée dans le Tableau EN.7. Près de six personnes sur dix (59,9%) utilisent une source d'approvisionnement en eau améliorée. Les sources d'eau améliorées ne sont pas également partagées. Les habitants de SAB (92,1%), ceux qui vivent dans les ménages les plus riches (91,4%) et dans les centres urbains (82,3%) ainsi que les membres des ménages dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation secondaire (77,7%), sont les mieux dotées. A l'opposé, les habitants de la Province Sud (40,3%), les plus pauvres (30,5%) et les Balantes ont le moins accès à cette source. S'agissant des moyens améliorés pour l'évacuation des excréments, le niveau d'accès est six fois plus faible (11,5% des ménages) mais les tendances sont les mêmes. Ceux qui utilisent le plus les installations améliorées sont les plus riches (48,5%), les habitants de SAB (37,1%), les membres de ménage dont le chef a un niveau d'instruction élevé (32,3%) et ceux qui vivent en milieu urbain (28,8%). Pour les défavorisés, les niveaux d'accès peuvent être très bas : 0,3% parmi les plus pauvres, 2,0% en milieu rural, 2,7% dans la Province Nord, et 4,9% dans les ménages dont le chef n'est pas instruit. Dans l'ensemble, peu de ménages bénéficient d'une bonne couverture, c'est-à-dire des deux sources à la fois : 10,0% seulement utilisent à la fois, des sources d'approvisionnement en eau améliorées et des moyens d'évacuation des excréments améliorés. Les résultats du tableau révèlent aussi des disparités importantes entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, et d'autre part, entre SAB et les autres Provinces. Alors que dans les zones

urbaines 26,5% des ménages disposent de ces deux sources améliorées, dans les zones rurales, 1,0% seulement des ménages y ont accès. Parmi les ménages de SAB 34,7% utilisent des sources d'eau et des toilettes améliorées tandis que les autres régions peu de ménages ont cette possibilité : 3,3% dans le Sud, 2,3% dans l'Est et 1,7% dans le Nord. Le niveau de vie et l'éducation du chef de ménage semblent jouer le rôle le plus déterminant dans l'accès à ces deux sources : 43,8% parmi les ménages les plus riches et 30,3% parmi les mieux instruits utilisent ces sources contre respectivement 0,5% parmi les plus pauvres et 3,9% parmi les ménages dont le chef n'est pas instruit.

VIII. Santé reproductive

Contraception

Une planification familiale appropriée est importante pour la santé des femmes et des enfants. Elle permet : 1) la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives ; 2) l'extension de l'intervalle entre les naissances et 3) la limitation du nombre d'enfants. Un objectif d'Un Monde Digne des Enfants est l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.

Le Tableau RH.1 montre que parmi les femmes mariées ou en union, 10,3% utilisent actuellement la contraception, dont 6,1% une méthode moderne et 4,2% une méthode traditionnelle.. La méthode la plus répandue est l'allaitement maternel et de l'aménorrhée lactationnelle (MAL) qui est utilisée par 3,5% des femmes mariées ou vivant dans en union. Suivent le DIU (2,9% des femmes), la pilule (seulement 1,3%). Le reste des utilisatrices (moins de 1,0%) ont recours à d'autres méthodes.

La prévalence de la contraception est plus élevée à SAB (20,8% des femmes) et en milieu urbain (19,0%). Elle est de 11,3% dans la Province Sud, 9,8% dans la Province Nord et 3,1% dans la Province Est et 6,8% en milieu rural. Les adolescentes ont beaucoup moins tendance à utiliser une méthode de contraception que les femmes plus âgées : toutes méthodes contraceptives confondues, seuls 7,2% des femmes mariées ou en union âgées de 15 à 19 ans utilisent actuellement une méthode, comparées à 10,3% parmi les femmes de 20 à 24 ans et à 13,3% parmi celles de 25 à 29 ans.

Il existe une forte corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et la prévalence de la contraception. Le pourcentage des femmes qui utilisent une méthode de contraception augmente en passant de 6,2% parmi celles qui n'ont aucune instruction à 17,2% parmi celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à 30,6% parmi les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. La relation entre le niveau de vie et la prévalence contraceptive est tout aussi forte. Celle-ci passe de 6,2% parmi les femmes les plus pauvres à 13,7% parmi les femmes du quatrième quintile et à 22,5% parmi les plus riches. Outre les différences de prévalence contraceptive, il y a aussi des différences dans le choix des méthodes qui varie selon le niveau d'instruction. Les femmes sans instruction n'utilisent pratiquement pas la pilule ou le DIU (respectivement 0,6% et 1,0%), comparées aux femmes de niveau primaire (respectivement 1,6% et 6,3%) et celles de niveau secondaire ou plus (respectivement 6,8% et 12,6%).

Besoins à couvrir

Les besoins à couvrir⁵ en matière de contraception font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter d'avoir des enfants. Les besoins à couvrir sont identifiés dans le cadre de la MICS en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences actuelles en matière de contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

Les femmes dont les besoins ne sont pas couverts en matière d'espacement des naissances sont des femmes mariées (ou en union) actuellement, qui sont fécondes (c'est-à-dire actuellement enceintes ou qui pensent être physiquement en mesure de tomber enceinte), qui n'utilisent pas de contraceptifs présentement et qui souhaitent espacer leurs naissances. Les femmes enceintes sont considérées comme voulant espacer leurs naissances si elles ne souhaitaient pas d'enfants au moment où elles sont tombées enceintes. Les femmes qui ne sont pas enceintes sont classées dans cette catégorie si elles souhaitent avoir un (autre) enfant, mais qui veulent cet enfant au moins dans deux ans ou après le mariage.

Les femmes dont les besoins sont à couvrir en matière de limitation des naissances sont celles qui sont actuellement mariées (ou en union), qui sont fécondes (sont enceintes actuellement ou pensent qu'elles sont physiquement en mesure de tomber enceintes présentement), qui n'utilisent aucun moyen de contraception et qui souhaitent limiter leurs naissances. Ce dernier groupe comprend les femmes qui sont enceintes actuellement mais qui n'avaient pas du tout souhaité cette grossesse et les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement mais qui ne souhaitent pas avoir un (autre) enfant.

L'ensemble des besoins non couverts en matière de contraception sont simplement la somme des besoins à couvrir en matière d'espacement et de limitation des naissances.

En utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir, le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception est également estimé à partir des données de la MICS. Le pourcentage de demande satisfaite en matière de contraception est défini comme la proportion des femmes mariées

⁵ L'évaluation des besoins à couvrir dans le cadre de la MICS est un peu différente de celle utilisée dans d'autres enquêtes sur les ménages, telles que les Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Dans une EDS, des informations plus détaillées sont recueillies sur des variables supplémentaires, telles que l'aménorrhée post-partum et l'activité sexuelle. Les résultats de ces deux types d'enquête ne sont strictement pas comparables.

ou en union actuellement, qui utilisent une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. La demande totale de contraception concerne les femmes qui ont des besoins non couverts actuellement (en matière d'espacement et de limitation), plus celles qui utilisent une contraception actuellement.

Le Tableau RH.2 montre les résultats de l'enquête sur la contraception, les besoins à couvrir et la demande en contraception satisfaite. Actuellement, l'utilisation de la contraception au niveau national est de 10,3% et le total des besoins de contraception non satisfaits est de 25,0% (21,4% pour le besoin de contraception non satisfait – pour l'espacement et 3,6% pour le besoin de contraception non satisfait – pour la limitation). Le pourcentage de demande de contraception satisfaite est de 29,1% avec des variations importantes entre zone géographiques. La demande est satisfaite à 48,3% à SAB, à 31,3% dans la Province Sud, à 31,1% dans la Province Nord et seulement à 8,7% dans la Province Est. La satisfaction de la demande contraceptive est aussi assez fortement associée à la zone de résidence, à l'âge des femmes, au niveau d'instruction et au niveau de richesse. Le pourcentage de demande satisfaite est estimée à 45,4% en zone urbaine et plus que deux moins (20,7%) en zone rurale. Ce pourcentage passe de 18,3% parmi les 15-19 ans à 22,7% parmi les 20-24 ans et atteint 39,5% parmi les femmes de 45-49 ans. L'écart est plus important si on considère le niveau d'instruction (19,5% quand la femme n'est pas instruite et 63,0% quand elle a le niveau secondaire ou plus) ou le niveau de vie (21,3% pour les plus pauvres et 53,0% pour les plus riches).

Consultations prénatales

La période prénatale présente des opportunités importantes de faire profiter aux femmes enceintes de plusieurs interventions qui peuvent être vitales pour leur santé et leur bien-être et ceux de leurs enfants. Une meilleure compréhension de la croissance et du développement du fœtus et de sa relation avec la santé de la mère a débouché sur une attention accrue pour le potentiel des soins prénatals comme une intervention susceptible d'améliorer tant la santé de la mère que du nouveau-né. Par exemple, si la période prénatale est utilisée pour informer les femmes et les familles sur les signes de danger et les symptômes ainsi que sur les risques au moment du travail et de l'accouchement, elle peut constituer le moyen d'assurer aux femmes enceintes un accouchement avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié. La période prénatale donne également l'occasion de donner des informations sur l'espacement des naissances qui est reconnu comme un facteur important dans l'amélioration de la survie de l'enfant. La vaccination contre le tétanos pendant la grossesse peut être un moyen de sauver la vie tant de la mère que de l'enfant. La prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, la prise en charge de l'anémie durant la grossesse et le traitement des IST peuvent améliorer considérablement les résultats pour la santé du fœtus et de la mère. Des facteurs négatifs comme le faible poids à la naissance, peuvent être réduits par une combinaison des

interventions visant à améliorer le statut nutritionnel des femmes et prévenir les infections (par exemple, le paludisme et les IST) durant la grossesse. Plus récemment, le potentiel de la période prénatale comme point d'entrée pour la prévention et la prise en charge du VIH, en particulier pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a suscité un regain d'intérêt pour l'accès aux soins prénatals et leur utilisation.

L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales sur la base d'un passage en revue de l'efficacité des différents modèles de soins prénatals. Les directives de l'OMS sont précises sur le contenu des consultations prénatales, qui comprennent:

- Une mesure de la tension artérielle*
- Une analyse des urines pour détecter la présence de bactéries et d'albumine*
- Une analyse sanguine pour dépister la syphilis et l'anémie sévère*
- La prise du poids et de la taille (facultative)*

Les consultations prénatales effectuées auprès d'un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) sont assez fréquentes en Guinée-Bissau : 77,9% des femmes reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Le taux le plus bas est observé dans la Province Est (64,0%) et le plus élevé à SAB (84,2%). La couverture des soins prénatals est plus importante dans les zones urbaines (87,0%) que dans les zones rurales (74,3%). De même, elle 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 supérieur.

Le type de personnel dispensant des soins prénatals aux femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance au cours des deux années précédentes est présenté dans le Tableau RH.3.

Au niveau national, 14,8% des femmes ont été consultées par un médecin, 47,4% une infirmière ou une sage-femme et 15,7% par une sage-femme auxiliaire. Cependant, le lieu de résidence, le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages influent fortement sur la qualité du personnel de santé qui dispense les soins prénatals. Ainsi, celles qui ont le plus de chance de recevoir les soins d'un médecin ou d'une sage femme sont les femmes de SAB (respectivement 24,9% et 52,4%), les femmes du milieu urbain (respectivement 22,6% et 52,2%), les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement 33,1% et 47,1%) et les femmes les plus riches (respectivement 26,9% et 54,8%). Les femmes les plus défavorisées, c'est-à-dire celles qui ont le moins de chances de recevoir les soins d'un médecin ou d'une sage femme, sont celles de la Province Est (respectivement 4,8% et 35,8%) et les femmes de 45-49 ans (respectivement 7,8% et 36,4%).

Les types de services reçus par les femmes enceintes sont présentés dans le Tableau RH.4. Près de neuf femmes enceintes sur dix (88,8%) ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse, 51,6% ont fait un test sanguin, 73,0% se sont fait prendre la tension artérielle, 53,2% un prélèvement d'urine et 79,7% ont fait prendre leur poids. Le pourcentage qui a reçu des soins au moins une fois, est variable selon la région de résidence, le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages. Il est plus élevé en milieu urbain et à SAB que dans les autres Provinces (respectivement 94,7% et 94,1% contre 90,1% dans la province Nord, 86,5% dans la Province Sud et 83,3% dans la Province Est, et 86,5% en milieu rural). Les femmes sans instruction et les plus pauvres ont moins bénéficié de ce type de soins pendant la grossesse (respectivement 86,7% et 86,1% contre 97,0% pour les femmes d'un niveau d'instruction secondaire et plus et 95,9% pour femmes des ménages les plus riches.

Assistance pendant l'accouchement

Trois quarts des décès maternels dans le monde surviennent pendant l'accouchement ou dans la période post-partum qui suit immédiatement. La meilleure disposition pour une maternité sans risques c'est de s'assurer qu'un prestataire de soins de santé qualifié avec des compétences de sage-femme est présent lors de chaque naissance, et qu'un moyen de transport est disponible pour l'évacuation vers un centre de soins en obstétrique en cas d'urgence. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est d'assurer que les femmes puissent accéder facilement et à moindre coût, à une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Les indicateurs sont la proportion des naissances avec l'assistance d'un personnel qualifié et la proportion des accouchements dans un établissement de santé. L'indicateur de l'assistance qualifiée pendant l'accouchement est également utilisé pour mettre à jour les progrès réalisés dans le cadre de l'Objectif du millénaire pour le développement consistant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015.

La MICS comprenait plusieurs questions pour l'évaluation de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifiée. Par assistant qualifié, on entend un médecin, une infirmière ou une accoucheuse auxiliaire.

Le Tableau RH.5 montre qu'environ 39,0% des accouchements pratiqués au cours de l'année précédant la MICS, l'ont été par un personnel qualifié. Ce pourcentage est plus élevé à SAB (70,4%) et en zone urbaine (68,7%) et plus bas dans la Province Est (24,0%) et en zone rurale (26,8%). Dans les autres Provinces, les pourcentages d'accouchements assistés sont assez proches (33,8% dans la Province Nord et 35,5% dans la Province Sud).

Le niveau d'instruction de la femme influe positivement sur ses chances d'être assistée au moment de l'accouchement par une personne qualifiée. Ainsi, plus une femme est instruite, plus elle a de chances d'accéder à une assistance

qualifiée : Le pourcentage passe de 28,0% parmi les femmes sans instruction à 55,7% parmi celles qui ont un niveau primaire et à 80,1% si la femme atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus. De même, plus le ménage de la femme est riche, plus elle a des chances d'accoucher dans les conditions requises. Le pourcentage est de 19,4% parmi les femmes des ménages les plus pauvres, 30,9% parmi celles de niveau de vie moyen et de 78,5% parmi les femmes qui vivent dans les foyers les plus riches. Les femmes Brame ont plus de chances d'être assistées par un personnel qualifié (53,3%) et les Balantes les moins assistées (30,4%).

Dans l'ensemble, 35,9% des naissances dans l'année précédant l'enquête ont été assistées par un personnel qualifié dans un centre de santé. Seulement 9,0% l'ont été par un médecin, 22,0% par une sage-femme, 7,9% par une sage-femme auxiliaire et 29,5% par une accoucheuse traditionnelle. Les accouchements assistés par un médecin ou une sage femme sont plus fréquents en milieu urbain (respectivement 14,4% et 42,6% contre respectivement 6,8% et 13,6%). Du point de vue du niveau de qualification du personnel de santé, les femmes de SAB sont les mieux assistées (15,6% par un médecin et 46,00% par une sage femme) tandis que les femmes de la Province Est sont les plus défavorisées sur ce plan (respectivement 1,5% et 14,5%) La qualité de l'accouchement est aussi mieux assurée quand la femme est plus instruite ou quand elle vit dans un ménage riche. Environ 16,0% des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont assistées par un médecin et 50,4% par une sage femme tandis que pour les femmes sans instruction ces pourcentages sont respectivement de 6,2% et 15,2%. Chez les femmes les plus riches 15,5% sont assistées par un médecin et 51,6% par une sage femme contre respectivement 4,8% et 10,6% chez les plus pauvres. Les accoucheuses traditionnelles interviennent plus auprès des femmes âgées de 45-49 ans (52,5%) et dans la Province Nord (45,0%).

Mortalité maternelle

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont des causes principales de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Il est estimé qu'à travers le monde, environ 529.000 femmes meurent chaque année des suites d'un accouchement. Et pour chaque femme qui meurt, à peu près 20 souffrent de lésions, d'infections et d'invalidités pendant la grossesse ou l'accouchement. Ce qui signifie qu'au moins 10 millions de femmes par an subissent ce type de complications.

La complication fatale la plus courante est l'hémorragie post-partum. La septicité, les complications d'avortements dans des conditions insalubres ou d'un travail prolongé ou bloqué et les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier l'éclampsie, provoquent des décès supplémentaires. Ces complications, qui peuvent survenir à tout moment durant la grossesse et l'accouchement, nécessitent un accès rapide à des services obstétriques de qualité, équipés pour administrer des médicaments d'une importance vitale, des antibiotiques et des

transfusions et pour pratiquer des césariennes et d'autres interventions chirurgicales qui empêchent les décès provoqués par le blocage du travail, l'éclampsie et l'hémorragie rebelle. Un des OMD est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme de causes liées à la grossesse, quand elle est enceinte ou au bout de 42 jours après la fin de la grossesse. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Dans le cadre de la MICS, le taux de mortalité maternelle est estimé en utilisant la méthode de sororité indirecte. Afin de recueillir les informations nécessaires pour l'utilisation de cette méthode d'estimation, il est posé un petit nombre de questions aux membres adultes des ménages, concernant la survie de leurs soeurs et le moment du décès par rapport à la grossesse, l'accouchement et la période post-partum pour les soeurs décédées. Les informations recueillies sont alors converties en risques à vie de mortalité maternelle et en quotients de mortalité maternelle⁶.

Les résultats de l'enquête sur la mortalité maternelle sont présentés dans le Tableau RH.6. Noter que ces estimations se rapportent à peu près à 10-14 ans avant l'enquête et s'appliquent uniquement au niveau national, puisque les quotients de mortalité maternelle contiennent généralement de très grandes erreurs d'échantillonnage.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle en Guinée-Bissau est estimé à 405 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes durant la période des 10-14 ans précédant l'enquête.

⁶Pour plus d'information sur la méthode de sororité indirecte, voir OMS et UNICEF, 1997.

IX. Développement de l'enfant

Il est bien reconnu qu'une période rapide de développement du cerveau a lieu au cours des 3 à 4 premières années de la vie et que la qualité des soins donnés à la maison est un déterminant majeur du développement de l'enfant durant cette période. Dans ce contexte, les activités des adultes avec les enfants, la présence de livres dans la maison, pour les enfants et les conditions de prise en charge sont des indicateurs importants de la qualité des soins donnés à la maison. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est que les "enfants doivent être physiquement sains, mentalement alertes, émotionnellement stables, socialement compétents et prêts à apprendre".

Des informations sur un grand nombre d'activités qui soutiennent l'apprentissage précoce ont été recueillies dans le cadre de cette enquête. Elles sont relatives à l'implication des adultes avec des enfants dans les activités suivantes: lire des livres ou regarder les images des livres, raconter des histoires, chanter, amener les enfants en dehors de la maison, de la concession ou de la cour, jouer avec les enfants, et passer du temps avec eux à désigner, compter ou dessiner des choses.

Le Tableau CD.1 montre que durant les trois jours précédant l'enquête 6,1% des enfants de moins de cinq ans vivaient dans des ménages où un adulte est impliqué avec eux dans quatre activités ou plus favorisant l'apprentissage et la maturité scolaire. Le nombre moyen d'activités que les adultes ont entrepris avec des enfants est estimé à 1,6. L'implication du père dans ces activités est presque nulle. Le père n'est engagé que dans 18,6% des cas seulement et sur un nombre moyen limité d'activités (0,3%). Près de 30,0% des enfants de 0-59 mois vivaient dans un ménage sans leur père.

Le sexe de l'enfant n'a aucun effet sur l'implication des adultes dans les activités de promotion de l'apprentissage et de la maturité scolaire : 6,2% des garçons sont concernés contre 6,0% des filles. Par contre, l'engagement des pères est plus forte avec les garçons qu'avec les filles : 20,5% des garçons contre 16,9% des filles. Les proportions d'adultes engagés dans des activités d'apprentissage et de maturité scolaire ne sont pas très différentes entre les zones urbaines (8,4%) et les zones rurales (5,2%). L'implication des adultes dans des activités avec les enfants est plus forte dans SAB (9,7%), parmi les plus instruits (respectivement 13,2% et 10,5% quand la mère et le père ont un niveau secondaire ou plus), parmi les plus riches (11,1%). Elle est plus faible dans la Province Sud (2,7%), quand la mère et le père n'ont pas d'instruction (respectivement 4,9% et 3,9%) et chez les plus pauvres (3,6%).

L'implication du père dans ces activités est plus forte dans la Province Nord et dans SAB (respectivement 28,0% et 16,9% contre 7,0% de la Province Est) et parmi les Balantes (28,2% contre la moitié parmi les Fula/Mandinga). Il est intéressant de noter que les tendances sont inversées en ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage. Le pourcentage d'enfants dont le père est impliqué est 19,5% si la mère n'a pas d'instruction et seulement de 13,1% si elle le niveau secondaire ou plus. Il est de 23,3% si l'enfant vit dans les ménages les plus pauvres et seulement de 9,4% s'il vit dans les ménages les plus riches.

X. Education

Suivi d'un programme d'éducation préscolaire et prédisposition à la scolarisation

Recevoir une éducation préscolaire dans le cadre d'un enseignement organisé ou d'un programme d'éducation des enfants est important pour la prédisposition des enfants à être scolarisés. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est la promotion de l'éducation de la petite enfance.

Le Tableau ED.1 montre que moins de 10,0% des enfants de 36 à 59 mois suivent un programme d'éducation préscolaire. Si dans l'accès à ce type d'éducation, la parité est presque parfaite entre garçons et filles (9,8% de garçons et 10,0% de filles), d'importantes disparités existent entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part et entre les Provinces d'autre part. En effet, le pourcentage d'enfants touchés atteint 18,5% en zone urbaine alors qu'il n'est que de 6,3% en zone rurale. De même, avec 21,7% d'enfants suivant une éducation préscolaire, la SAB jouit d'une situation plus favorable que les Provinces Est et Sud où moins de 5,0% des enfants sont concernés. L'âge de l'enfant favorise l'éducation de petite enfance : 6,4% seulement des enfants de 36-47 mois suivent ce type d'enseignement tandis que 13,8% de leurs aînés sont touchés. De même, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage ont une influence positive sur l'accès à l'éducation préscolaire. Le pourcentage d'enfants inscrits dans ces programmes est de 6,9% quand la mère n'a pas d'instruction, 15,6% quand elle a un niveau primaire et 24,6% quand elle atteint le niveau secondaire ou plus. Parmi les enfants des ménages les plus pauvres, 3,6% seulement ont la chance de suivre une éducation, pourcentage qui passe à 25,5% pour les enfants qui vivent dans les ménages les plus riches. Même, le groupe ethnique imprime ses marques dans l'accès à l'enseignement préscolaire : les enfants de mère Brame ont plus de chances (16,3% contre 4,9% pour les enfants de mère Fula/Mandinga et 8,3% pour ceux de mère Balante).

Le Tableau ED.1 donne également la proportion des enfants en première année de l'école primaire qui étaient au préscolaire l'année précédente, considéré comme un bon indicateur de la prédisposition à la scolarisation. Parmi les enfants âgés de six ans actuellement et qui sont en première année du primaire, 15,1% ont suivi un programme d'enseignement préscolaire l'année précédente. La proportion est légèrement plus élevée chez les garçons (17,7%) que chez les filles (12,1%). De même, elle est plus forte en zone urbaine (26,6%) qu'en zone rurale (8,9%). Les disparités par Province sont également très importantes ; le pourcentage d'enfants en première année du primaire a SAB est plus de trois fois plus que dans la Province Est (33,2% contre 8,8%) et cinq fois plus élevé

que dans la Province Sud (6,2%) même si dans cette dernière Province l'effectif des enfants est statistiquement assez faible pour confirmer une réelle différence. De même, les tendances indiquent que le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique du ménage semblent influencer la fréquentation scolaire de l'enfant : 7,8% seulement des enfants de mères sans instruction fréquentent l'école, le pourcentage atteint 33,5% si la mère a l'instruction secondaire ou plus. Pour le niveau de vie les pourcentages sont respectivement de 9,2% pour les pauvres et de 32,8% pour les plus riches. Mais là aussi, certains effectifs étant assez faibles, on ne peut se prononcer de façon nette sur la corrélation positive entre ces facteurs et la prédisposition à la scolarisation.

Fréquentation de l'école primaire et secondaire

L'accès de tous à une éducation de base et l'achèvement de l'éducation primaire par les enfants du monde constituent l'un des buts les plus importants des Objectifs du millénaire pour le développement et d'Un Monde Digne des Enfants. L'éducation est une condition essentielle de la lutte contre la pauvreté, de la responsabilisation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux et l'exploitation par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que de la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Les indicateurs de la fréquentation de l'école primaire et secondaire sont :

- Le taux net de nouvelles inscriptions au primaire
- Le taux de fréquentation net du primaire
- Le taux de fréquentation net du secondaire
- Le taux de fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire
- L'indice de parité des sexes (GPI)

Les indicateurs de la progression scolaire sont les suivants :

- Taux de réussite (survie) jusqu'en cinquième année
- Taux de passage au secondaire
- Taux d'achèvement net du cycle primaire

Le tableau ED.2 montre que parmi les enfants en âge officiel d'entrer à l'école primaire (7 ans), 28,5% sont présentement inscrits en première année du primaire. Il existe de légers écarts favorables aux filles (30,0% des filles contre 27,3% des garçons). Les différences entre zones de résidence et entre les Provinces sont un peu plus marquées. Dans SAB et en milieu urbain, respectivement 39,7% et 37,9% des enfants sont inscrits tandis la proportion varie entre 24,1% De la Province Nord et 28,7% de Sud et 24,5% en milieu rural. Il est observé une corrélation positive entre le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique. Pour les enfants de 7 ans dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire, 52,5% étaient en première année du primaire, tandis que le pourcentage est de 25,0% chez les enfants dont la mère

n'est pas instruite. Dans les ménages les plus riches, cette proportion est de 38,5%, tandis qu'il est estimé à 20,5% dans les ménages les plus pauvres.

Le Tableau ED.3 présente le pourcentage des enfants en âge d'être au primaire, qui fréquente un établissement primaire ou secondaire. La majorité des enfants en âge d'être au primaire sont à l'école (53,7%). Ainsi plus de 46,0% des enfants censés être à l'école ne le sont pas. Les différences liées au genre sont négligeables (54,4% de garçons contre 52,8% de filles) alors que les écarts entre les Provinces et entre les zones de résidence sont assez importantes. A SAB, le taux net de scolarisation primaire est de 70,6%, tandis qu'il n'est que de 48,0% dans la Province Est, la région la moins scolarisée. Ce taux est plus élevé dans la zone urbaine (68,9%) que dans la zone rurale (46,4%). Il est observé une corrélation positive entre le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique d'une part et d'autre part la scolarisation des enfants. Le taux net de scolarisation des enfants de 7-12 ans dont la mère 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 mère n'est pas instruite. Dans les ménages les plus riches, ce taux est de 72,1%, tandis qu'il est de 43,1% dans les ménages les plus pauvres. On peut aussi noter une certaine corrélation entre le taux net de scolarisation et l'âge des enfants : le taux passe de 30,6% pour les enfants de 7 ans à 67,9% pour les enfants de 12 ans.

Alors qu'au primaire 46,0% des enfants ne sont pas scolarisés, le Tableau ED.4 montre que le taux net de fréquentation du secondaire ou du supérieur des enfants âgés de 13-17 ans n'est que de 7,7%, avec un avantage négligeable des garçons sur les filles (8,2% contre 7,2%). Ce taux est plus élevé à SAB et en milieu urbain (respectivement 16,5% et 14,4%) que dans les autres Provinces (entre 2,4% et 5,5%) et en milieu rural (2,8%). L'âge de l'enfant, le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la mère, ont un effet positif très marqué sur le taux de scolarisation au secondaire : le facteur multiplicatif varie entre sept et plus de onze. Concernant l'âge, le taux augmente de 1,7% pour les enfants de 13 ans, à 7,1% pour ceux de 15 ans et à 18,5% pour ceux de 17 ans. De même, il passe de 1,7% pour les enfants des familles les plus pauvres à 19,4% pour ceux des familles les plus riches. S'agissant du niveau d'éducation, le taux estimé à 3,4% seulement pour les enfants de mère sans instruction, passe à 10,4% pour ceux dont la mère a le niveau primaire et à 26,0% pour ceux dont la mère a atteint un niveau secondaire ou supérieur.

Le taux net de fréquentation de l'école primaire des enfants en âge d'être au secondaire est présenté dans le Tableau ED.4W : Près de six sur dix (57,2%) parmi les enfants en âge d'être au secondaire fréquentent l'école primaire. Etant donné que le taux de fréquentation au secondaire n'atteint pas 8,0%, cela signifie que plus du tiers des enfants de ce groupe d'âges ne sont pas scolarisés.

Le pourcentage des enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire et qui fréquentent l'école primaire est plus important dans la capitale et en milieu urbain

(respectivement 70,0% et 69,1%) que dans la Province Est (42,7%) et en milieu rural (48,5%). Ce pourcentage qui baisse avec l'âge de l'enfant, est légèrement plus important pour les garçons (59,1% contre 55,4% pour les filles). L'effet du niveau d'instruction de la mère et du niveau de vie du ménage sur les retards de scolarisation reste ambigu..

Le pourcentage des enfants entrant en première et qui atteignent la cinquième année est présenté dans le Tableau ED.5. Parmi les enfants qui entrent en première année, seul 79,7% atteignent la cinquième année. Ce pourcentage ne comprend pas les enfants qui redoublent des classes et qui finissent par passer en cinquième année. Il n'existe pratiquement pas de différence liée au genre (80,3% pour les garçons et 79,2% pour les filles). Par contre, la différence est nette entre la zone urbaine et la zone rurale (84,1% contre 73,7%), entre les enfants de mère sans instruction et ceux dont les mères sont les plus instruites (85,5% contre 92,7%), et de manière plus significative, entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des ménages les plus riches (73,1% contre 88,5%).

Le taux d'achèvement net du cycle primaire et le taux de passage au secondaire sont présentés dans le Tableau ED.6. Au moment de l'enquête, seul 4,1% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (12 ans) étaient en dernière année du cycle primaire. Ce taux doit être distingué du taux d'achèvement brut du cycle primaire qui comprend les enfants de tout âge en dernière année du primaire. Ce taux est plus élevé dans la capitale (9,3%) et en milieu urbain (8,7% contre 1,6% en milieu rural), parmi les enfants des ménages les plus riches (11,2%). Pour le niveau d'instruction, les effectifs sont statistiquement faibles pour être représentatifs

S'agissant du taux de transition au secondaire, seulement 18,9% des enfants qui ont achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se trouvaient en première année du secondaire au moment de l'enquête dont 21,1% parmi les garçons et 15,7% parmi les filles. Ce taux de passage est plus élevé en milieu urbain (21,3%) qu'en milieu rural (11,3%) et dans la Province Nord (11,4%), parmi les enfants des ménages les plus riches (22,3%) et parmi les enfants dont la mère a atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus (30,2%) même si pour ces derniers, la faiblesse des effectifs doit pousser à une certaine prudence dans l'interprétation de l'ampleur de la différence observée.

L'information sur la parité entre les sexes (GPI) en matière d'éducation au primaire et au secondaire est fournie dans le Tableau ED.7. Il faut noter que les ratios présentés ici sont obtenus à partir des ratios de fréquentation nets plutôt que des ratios de fréquentation bruts. Ces derniers fournissent une description erronée du GPI, principalement parce que dans la plupart des cas, la majorité des enfants trop âgés qui fréquentent l'école primaire sont des garçons. Le tableau indique que la parité entre les sexes en ce qui concerne l'école primaire est presque parfaite (0,97 comparé à 1,00), ce qui montre qu'il n'y a pas de

différences entre les garçons et les filles en ce qui concerne la fréquentation de l'école primaire. Les écarts de scolarisation au détriment des filles sont légèrement plus prononcés dans la Province Sud (0,91), en zone urbaine (0,93) et à SAB (0,93). La parité entre les sexes en ce qui concerne l'école secondaire est de 0,88. Le milieu rural (0,51), la Province Sud (0,32), les ménages les plus pauvres (0,26) et les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (0,73), présentent les écarts les plus élevés. À l'opposé, avec des indices de parité proches de 1,0, c'est presque l'égalité entre les garçons et les filles de SAB (0,96), ceux des ménages les plus riches (0,96) et ceux dont la mère est instruite (plus de 0,95).

Alphabétisation des adultes

Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est de s'assurer de l'alphabétisation des adultes. L'alphabétisation des adultes est également un indicateur des OMD qui se rapporte tant aux hommes qu'aux femmes. Dans le cadre de la MICS, étant donné que seul un questionnaire pour les femmes a été administré, les résultats sont basés uniquement sur les femmes âgées de 15 à 49 ans. L'alphabétisation a été évaluée d'après la capacité des femmes à lire une courte déclaration simple ou leur fréquentation de l'école. Le pourcentage de femmes de 15-24 ans qui savent lire et écrire est présenté dans le Tableau ED.8. Dans cette tranche d'âges, seulement 28,6% des femmes sont alphabétisées. Ce pourcentage est de 54,1% dans SAB, tandis que dans les autres Provinces, il varie entre 10,5% de la Province Est et 19,3% de la Province Nord. Le pourcentage de femmes alphabétisées est plus élevé dans la zone urbaine (50,9%) que dans la zone rurale (10,1%). Le niveau de vie semble avoir l'impact le plus déterminant sur les chances d'une femme d'être alphabétisée. En effet, on observe une corrélation positive très nette entre l'alphabétisation des femmes et leur statut socio-économique mesuré à travers les quintiles de l'indice de richesse : 7,4% seulement des femmes vivant dans les ménages les plus pauvres sont alphabétisées tandis que dans les ménages les plus riches 61,6% le sont. Il est aussi intéressant de noter que 26,3% seulement des femmes qui ont fréquenté l'école primaire savent encore lire et écrire alors que moins de 1,0% des femmes qui n'ont pas fréquenté l'école du tout savent lire et écrire. Le groupe ethnique semble aussi influencer sur l'alphabétisation des femmes : les femmes Brames ont plus de chances de savoir lire et écrire que les femmes Fula/Mandinga et les femmes Balantes (42,5% contre respectivement 17,1% et 22,9%). Par contre, l'âge de la femme a très peu d'effet sur ses chances d'être alphabétisée (29,2% pour les femmes de 15-19 ans contre 27,9% pour celles de 20-24 ans).

XI. Protection de l'enfant

Enregistrement de la naissance

La Convention sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom et à une nationalité et à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement de la naissance est un moyen fondamental de garantir ces droits aux enfants. Un Monde Digne des Enfants stipule l'objectif d'élaborer des systèmes pour garantir l'enregistrement à l'état-civil de chaque enfant, à la naissance ou peu après, et préserver ainsi son droit à avoir un nom et une nationalité, conformément aux lois nationales et aux instruments internationaux compétents. L'indicateur est le pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée à l'état-civil.

En Guinée-Bissau, selon le tableau CP.1, 38,9% des enfants de moins de cinq ans ont été enregistré à la naissance. . Si aucune disparité n'est à signaler entre les pourcentages de garçons et de filles déclarés à la naissance (respectivement 40,4% et 37,4%), par contre, la différence entre la zone urbaine et la zone rurale est nette (respectivement 53,1% et 33,1%). La fréquence de l'enregistrement augmente avec l'âge de l'enfant, le niveau de vie du ménage dans lequel il vit et le niveau d'instruction de la mère. Le pourcentage d'enfants déclarés passe ainsi de 16,8% pour les enfants de 0-11 mois à 34,5% pour ceux de 12-23 mois et à 51,3% pour ceux de 48-59 mois. Il est de 33,4% chez les enfants dont la mère n'est pas instruite, de 50,0% quand la mère a le niveau primaire et de près de 60,0% quand elle a le niveau secondaire ou supérieur. De même, plus le ménage dans lequel vit l'enfant est riche, plus il a des chances d'être déclaré à la naissance : le pourcentage est de 21,1% parmi les familles les plus pauvres, 40,9% parmi celles dont le niveau de vie est moyen et 61,2% parmi les plus riches. La région de résidence est aussi déterminante dans la fréquence de l'enregistrement de la naissance des enfants. Les enfants de SAB ont le plus de chance d'être déclarés à la naissance (57,0%), suivis de ceux de la Province Nord (47,5%) tandis les enfants de la Province Sud ont de maigres chances (20,0%).

Le pourcentage de mères qui ignorent si la naissance de leur enfant a été enregistrée est très faible (2,7%) pour influencer les résultats présentés ci-dessus. Pour ceux dont la naissance n'a pas été enregistrée, les principales raisons évoquées sont, par ordre d'importance, le coût (34,2% des cas), la distance à parcourir pour faire la déclaration (25,7%) et l'ignorance de l'endroit où se trouve l'état civil (18,9%).

Travail des enfants

L'Article 32 de la Convention sur les droits des enfants stipule: "Les Etats reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social..." Un Monde Digne des Enfants mentionne neuf stratégies pour lutter contre le travail des enfants et les OMD préconisent la protection des enfants contre l'exploitation. Dans le cadre du questionnaire de la MICS, plusieurs questions ont porté sur le travail des enfants défini comme l'implication d'enfants âgés de 5 à 14 ans dans des activités professionnelles. Un enfant est considéré comme "travailleur" si durant la semaine qui a précédé l'enquête :

- Entre l'âge de 5 à 11 ans: il a effectué au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de corvées ménagères par semaine.*
- Entre 12 et 14 ans: il a effectué au moins 14 heures de travail rémunéré ou 28 heures de travail ménager par semaine.*

Cette définition permet de faire la différence entre le travail rémunéré et le travail domestique afin d'identifier le type de travail devant être éliminé. Ainsi, les estimations fournies ici représentent la prévalence minimum du travail rémunéré effectué par les enfants, étant donné que certains enfants peuvent se livrer à des activités professionnelles dangereuses pour un nombre d'heures inférieur à celui spécifié dans les critères expliqués ci-dessus.

Selon le Tableau CP.2, 39,2% des enfants âgés de 5-14 ans (41,1% pour les garçons et 37,0% pour les filles) sont impliqués dans les activités de travail en Guinée-Bissau. Ce pourcentage est plus élevé dans la zone rurale (47,7%) que dans la zone urbaine (22,0%). Au niveau des Provinces, ce pourcentage est plus élevé dans la Province Sud (49,3%) et plus faibles dans la Province Est (43,3%) et plus faibles à SAB (14,2%). La fréquence du travail des enfants baisse avec le niveau de vie des ménages : 51,2% des enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont touchés alors qu'ils ne sont que 14,2% dans les ménages les plus riches. La fréquence du travail des enfants diminue aussi avec l'âge des enfants : à 5-11 ans, 45,3% des enfants sont impliqués dans des activités professionnelles ou domestiques, pourcentage qui baisse presque de moitié (23,2%) à 12-14 ans.

Le Tableau CP.2 présente aussi les résultats sur le travail des enfants par type de travail. Il montre que parmi les enfants travailleurs, 35,4% travaillent dans l'entreprise familiale et seulement 4,4% sont 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.

Le Tableau CP.3 présente le pourcentage d'enfants considérés comme travailleurs élèves ou élèves travailleurs. Les travailleurs élèves sont les enfants

qui tout en étant scolarisés exerçaient une activité rémunérée au moment de l'enquête.

Au niveau national, 56,9% des enfants de 5-14 ans sont scolarisés. Dans l'ensemble, 37,0% des enfants âgés de 5 à 14 scolarisés travaillent et 53,7% des enfants travailleurs vont aussi à l'école. Du point de vue de la résidence, c'est en milieu rural que l'on rencontre le plus fréquemment les élèves qui travaillent. De même, les enfants qui travaillent sont relativement plus nombreux parmi les ménages pauvres (52,6% contre 13,2% parmi les ménages les plus riches) et les enfants dont la mère n'est pas instruite (42,1% contre 15,9% quand la mère à le niveau secondaire ou supérieur). En revanche, les tendances sont inversées en ce qui concerne les enfants tout en allant à l'école. En effet, les enfants travailleurs qui vont à l'école sont plus fréquents en milieu urbain (70,5% contre 49,9% en milieu rural). Au niveau des Provinces, le pourcentage des enfants travailleurs qui vont à l'école est plus élevé dans SAB (76,1% contre 47,3% dans la Province Est), en milieu urbain (70,5% contre 49,9% en milieu rural), parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (78,9% contre 50,6% quand la mère n'a pas d'instruction) et parmi les plus riches (77,3% contre 45,6% parmi les plus pauvres). Quel que soit l'indicateur considéré, les différences entre garçons et filles sont négligeables tandis que l'âge de l'enfant est assez déterminant : les élèves les plus jeunes (5-11ans) sont plus enclins au travail (45,1% contre moins de la moitié parmi les 12-14 ans) tandis que les enfants travailleurs les plus âgés ont plus tendance à poursuivre leurs études parallèlement à leur travail (69,5% contre 50,6%).

Discipline des enfants

Comme stipulé dans *Un Monde Digne des Enfants*, "les enfants doivent être protégés contre tout acte de violence..." et la Déclaration du Millénaire préconise la protection des enfants contre les abus, l'exploitation et la violence. Dans le cadre de l'enquête MICS en Guinée-Bissau, des questions ont été posées aux mères/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans, sur la manière de discipliner leurs enfants quand ces derniers se conduisent mal. Il faut noter que pour le module sur la discipline des enfants, un enfant âgé de 2 à 14 ans par ménage a été sélectionné au hasard au cours des travaux de terrain. Sur ces questions, les trois indicateurs utilisés pour décrire les aspects de la discipline des enfants sont : 1) le nombre d'enfants âgés de 2 à 14 ans qui subissent des agressions psychologiques comme punition ou des corrections physiques légères ou des corrections physiques sévères ; et 2) le nombre de parents/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans qui croient que pour élever correctement leurs enfants, ils doivent les corriger physiquement.

En Guinée-Bissau, 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, 25,0% des mères/personnes en charge, pensent que les enfants doivent être corrigés physiquement, ce qui explique la forte prévalence de la discipline physique notée.

Les corrections physiques légères ou sévères ne s'appliquent pas de façon très différenciée entre les garçons (respectivement 70,6% et 28,7%) et les filles (respectivement 68,4% et 26,6%). De même, on peut constater, toutes punitions psychologiques ou physiques confondues, que les disparités sont relativement faibles en ce qui concerne les autres variables de contexte. Le pourcentage d'enfants ayant subi cette forme de correction varie entre 78,0% et 83,0% au niveau des Provinces, entre 79,0% et 82,0% selon le milieu de résidence, entre 79,6% et 80,2% selon le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage. Les écarts en termes de sévérité des corrections physiques sont aussi faibles. En outre, presque dans toutes les catégories sociales considérées, le pourcentage de mères/personnes en charge qui estiment que les enfants doivent être corrigés physiquement pour être bien élevés tourne autour de la moyenne, avec cependant deux extrêmes : 18,6% quand la mère à un niveau d'instruction secondaire ou plus et 30,3 % quand l'enfant vit dans la Province Est.

Mariage précoce et polygamie

Le mariage avant l'âge de 18 ans est une réalité pour de nombreuses jeunes filles. Selon les estimations de l'UNICEF recueillies à travers le monde, plus de 60 millions de femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées/en union avant l'âge de 18 ans. Les facteurs qui influencent les taux de mariage précoce sont: l'état du système d'enregistrement à l'état-civil d'un pays, qui permet d'apporter la preuve de l'âge des enfants; l'existence d'un cadre législatif adéquat assorti d'un mécanisme d'exécution pour se pencher sur les cas de mariages précoces; et l'existence de lois coutumières ou religieuses qui tolèrent cette pratique.

Dans plusieurs régions du monde, les parents encouragent le mariage de leurs filles alors qu'elles sont toujours des enfants, dans l'espoir que ce mariage va leur profiter tant au plan financier que social, tout en déchargeant la famille d'un fardeau financier. Dans la réalité, le mariage des enfants est une violation des droits humains, qui compromet le développement des filles et débouche souvent sur des grossesses précoces et un isolement social, le peu d'éducation et l'absence de formation professionnelle renforçant la nature inégalitaire de la pauvreté. Le droit à un consentement "libre et entier" d'un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme - qui stipule qu'un consentement ne peut être "libre et entier" quand l'une des parties concernées n'est pas suffisamment mûre pour prendre une décision éclairée sur un partenaire pour la vie. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes mentionne le droit à la protection contre le mariage précoce dans son article 16, qui stipule: "Les fiançailles et le mariage d'un enfant n'a pas d'effet légal et toutes les mesures nécessaires, y compris la législation, seront prises pour stipuler un âge minimum pour le mariage..."

Tandis que le mariage n'est pas considéré directement dans la Convention sur les droits des enfants, le mariage précoce est lié à d'autres droits - tels que le droit d'exprimer librement ses opinions, le droit à la protection contre toutes les formes d'abus et le droit à être protégé contre les pratiques traditionnelles dangereuses - il est fréquemment évoqué par la Commission sur les droits de l'enfant. D'autres accords internationaux relatifs au mariage des enfants figurent dans la Convention sur le consentement au mariage, l'Age minimum fixé pour le mariage et l'enregistrement des mariages ainsi que dans la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants et le Protocole de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique. Le mariage précoce a également été identifié par le Forum panafricain contre l'exploitation sexuelle des enfants comme un type d'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

Les jeunes filles mariées sont un groupe unique, bien que souvent invisible. Obligées de faire la plupart des corvées ménagères, sous pression pour apporter la preuve de leur fécondité et responsable de l'éducation d'enfants alors qu'elles sont elles-mêmes des enfants, les filles mariées et les mères enfants sont confrontées à l'obligation de prendre des décisions et à des choix de vie limités. Les garçons sont également affectés par le mariage précoce mais ce phénomène touche beaucoup plus les filles et avec beaucoup plus d'intensité. La cohabitation - quand le couple vit ensemble comme s'il était marié - pose les mêmes problèmes relatifs aux droits de l'homme que le mariage. Quand une fille vit avec un homme et assume le rôle de s'occuper de lui, on considère souvent qu'elle est devenue une femme adulte, même si elle n'a pas encore 18 ans. D'autres problèmes dus au caractère non officiel de cette relation - par exemple l'héritage, la nationalité et la reconnaissance sociale - peuvent rendre les filles dans des unions informelles plus vulnérables sur plusieurs plans que celles dans des mariages officiellement reconnus.

Les études montrent que plusieurs facteurs s'associent pour exposer les enfants à un mariage précoce. La pauvreté, la protection des filles, l'honneur de la famille et la recherche de stabilité pendant les périodes d'instabilité sociale sont considérés comme des facteurs importants dans l'exposition des filles au mariage alors qu'elles sont encore des enfants. Les femmes mariées très jeunes sont plus enclines à penser qu'il est parfois acceptable pour un mari de battre son épouse, et sont, elles-mêmes, plus souvent exposées à la violence conjugale. La différence d'âge entre les partenaires contribue aussi à une dynamique d'abus de pouvoir et à augmenter le risque de se retrouver veuve prématurément.

Un autre problème des mariages précoces est l'âge auquel les filles deviennent actives au plan sexuel. Les femmes qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d'enfants que celles qui se sont mariées plus tard. Les décès liés à la grossesse sont une cause principale de mortalité chez les filles, célibataires ou mariées, âgées entre 15 et 19 ans, particulièrement chez les plus

jeunes de ce groupe d'âges. On constate que les filles qui se marient à un jeune âge courent plus de risques d'épouser des hommes plus âgés, ce qui les expose à un risque accru de contracter une infection au VIH. La pression placée sur la jeune épouse pour qu'elle se reproduise et le déséquilibre des pouvoirs découlant de la différence d'âges font que ce genre de couples utilisent très peu le préservatif. Deux indicateurs sont utilisés pour estimer l'ampleur du mariage précoce : le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans et le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans.

Le Tableau CP.5 fournit le pourcentage de femmes mariées à certains âges. 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 (21,7%) étaient en mariage ou en union et près de la moitié (48,8%) des femmes de 15-49 ans étaient en mariage ou en union polygamique.

Le mariage précoce est plus fréquent dans la Province Nord : 10,1% des femmes se sont mariées avant leur quinzième anniversaire et 33,5% avant d'avoir eu 18 ans. L'urbanisation semble avoir atténué la fréquence du mariage précoce. En milieu urbain 6,2% des femmes se sont mariées avant 15 ans et 22,8% avant 18 ans tandis qu'en milieu rural les pourcentages sont de 8,1% et 30,2% respectivement. Le niveau d'instruction de la femme a aussi un effet négatif sur cette pratique. Alors que 8,8% et 31,0% des femmes sans instruction se sont mariées respectivement avant 15 ans et avant 18 ans, ces proportions tombent à 3,5% et 11,2% respectivement pour les femmes avec instruction secondaire et plus. Bien que l'impact du niveau de vie soit moins important que celui de l'instruction, son influence reste significatif : 8,5% et 30,2% des femmes les plus pauvres se sont mariées respectivement avant 15 ans et avant 18 ans tandis que respectivement 4,5% et 18,5% seulement des femmes les plus riches ont subi le même sort. Ce phénomène est moins répandu dans la Province Sud (4,8% et 19,3%). Le mariage précoce avant 15 ans semble subir un effet de génération : le pourcentage de femmes mariées avant cet âge passe de 4,5% dans la tranche d'âges 15-19 ans à 7,0% à 20-29 ans et à plus de 9,0% à 30-44 ans.

La Province, le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie du ménage et l'appartenance ethnique influent sur le risque pour une femme d'être mariée à 15-19 ans. Ainsi, le pourcentage de femmes de 15-19 ans en mariage ou en union au moment de l'enquête est plus important dans la Province Est (35,7%), en milieu rural (31,7%), parmi les femmes sans instruction (44,8%) et les pauvres (plus de 28,0%) et parmi les Fula/Mandinga (31,1%). En revanche, il est plus faible dans SAB (8,4%), en milieu urbain (10,7%), parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (6,2%), parmi les plus riches (6,6%) et parmi les Brame (13,6%).

La polygamie est plus répandue dans SAB (32,0% contre plus de 49,0% dans les autres Provinces). La fréquence du mariage ou union polygamique augmente

aussi avec l'âge de la femme : seulement 32,1% des femmes de 15-19 ans sont en mariage ou union polygamique contre 47,5% à 25-29 ans et plus de 60,0% à partir de 40-44 ans. Le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage diminue le risque d'être en mariage/union polygamique. Seulement 21,0% des femmes de niveau secondaire et 33,5% des femmes les plus riches sont dans ce type d'union, tandis qu'elles sont 54,2% parmi les femmes sans instruction et 52,3% parmi les plus riches.

La différence d'âge entre les époux est mesurée à travers le pourcentage de femmes mariées/en union avec une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur conjoint actuel. Selon le Tableau CP.6, plus de la moitié des femmes (51,2%) de 15-19 ans sont mariées ou en union avec des hommes 10 ans ou plus, plus âgés qu'elles. Parmi les femmes de 20-24 ans, 48,0% se trouvent dans la même situation. Bien que la fréquence d'une telle différence d'âge entre conjoints soit importante partout, elle est plus forte en milieu urbain (58,0% des femmes de 15-19 ans et 50,6% des femmes de 20-24 ans) qu'en milieu rural (respectivement 49,1% et 47,2%). Les femmes de 20-24 ans dix ans ou plus moins âgées que leur conjoint sont relativement plus nombreuses dans SAB (53,8%), parmi celles qui n'ont aucune instruction (51,4% contre 36,4% pour celles qui ont un niveau secondaire ou plus) et parmi les Balantes (53,0% contre 35,3% parmi les Brames).

Excision/Mutilation génitale féminine

L'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion causée aux organes génitaux féminins. L'E/MGF est toujours traumatisante avec des complications immédiates telles qu'une douleur insupportable, l'état de choc, la rétention d'urine, l'ulcération des parties génitales et la lésion des tissus adjacents. Les autres complications sont la septicémie, la stérilité, l'arrêt de progression du travail et même la mort.

En Guinée-Bissau, la E/MGF est généralement pratiquée sur les filles âgées de 4 à 14 ans; elle est également pratiquée sur les très jeunes enfants, les femmes sur le point de se marier et parfois sur les femmes enceintes de leur premier enfant ou qui viennent de donner naissance. La E/MGF a lieu individuellement soit à la maison ou chez les praticiens traditionnels en accord avec les parents, soit collectivement dans des baraques construites ou organisées pour recevoir des filles de plusieurs communautés pendant une période allant jusqu'à trois mois. Enfermées dans ces baraques pour la E/MGF, les filles reçoivent une initiation et des consignes sur la gestion de la vie familiale et l'éducation de leurs futurs enfants. En plus des praticiens traditionnels, des accoucheuses et des coiffeurs sont aussi impliqués dans la pratique de la E/MGF qui se fait sans anesthésie, avec l'utilisation de couteaux, de ciseaux, de lames de rasoir ou d'éclats de verre. Les communautés impliquées dans cette pratique admettent que beaucoup de leurs filles qui décèdent après l'excision à la maison ou dans

les baraques, ont été "choisies par le Dieu de l'excision". Pour celles qui sortent vivantes des baraques, les communautés organisent des grandes fêtes qui servent aussi à mobiliser les populations pour le cérémonial de l'année suivante. Cependant, des voix commencent à s'élever dans ces mêmes communautés, pour l'abolition de cette pratique néfaste.

L'E/MGF est une violation fondamentale des droits humains. En l'absence de toute nécessité médicale perçue comme telle, elle expose les filles et les femmes à des risques pour leur santé et à des conséquences qui mettent leur vie en danger.

Le droit au plus haut niveau de santé réalisable et celui à l'intégrité physique font partie des droits violés par cette pratique. En outre, tout porte à croire que des filles de moins de 18 ans n'ont pas pu donner un consentement éclairé à des pratiques potentiellement si préjudiciables à leur santé que l'E/MGF.

Dans le cadre de la MICS, une série de 16 questions ont été posées pour déterminer le niveau de connaissance de l'E/MGF, la prévalence de l'E/MGF et les détails sur le type d'E/MGF pratiquées. Le Tableau CP.7 présente la prévalence de l'E/MGF chez les femmes et le type ainsi que des informations sur l'étendue de ces pratiques et l'attitude des femmes face à l'E/MGF. En Guinée-Bissau, 44,5% des femmes de 15-49 ans sont excisées. La prévalence de l'excision est plus forte dans la Province Est du pays (92,7% des femmes), parmi les femmes sans instruction (54,4%), en milieu rural (48,2%) et parmi les Fula/Mandinga (95,2%). Elle est plus faible dans la Province Nord (28,7%), parmi les plus instruites (21,3%) et parmi les Balantes et les Brames (respectivement 6,2% et 6,5%). L'enlèvement de la chair est généralement le type d'excision pratiqué (91,7% des cas). L'attitude vis-à-vis de l'excision semble plus diversifiée : 27,9% croient qu'elle doit continuer tandis que 59,3% des femmes pensent que cette pratique doit cesser. Cette perception de l'excision est variable selon le milieu de résidence, l'âge de la femme et son niveau d'instruction, le niveau de vie de son ménage et son groupe ethnique influe sur le respect ou non de la tradition. La proportion de celles qui acceptent la poursuite de l'excision est plus faible en milieu urbain (14,9%) qu'en milieu rural (37,1%). De même, les femmes les plus instruites (seulement 3,6%), les femmes les plus riches (11,0%), les Brames (3,51%) et les Balantes (4,3%) sont relativement moins nombreuses à penser que la pratique de l'excision doit se poursuivre. Par contre, les femmes sans instruction (40,3%), les femmes les plus pauvres (26,1%) et les Fula/Mandinga (59,5%), plus conservatrices, sont relativement plus nombreuses à penser que cette pratique doit se poursuivre. S'agissant de celles qui se prononcent pour que cette pratique cesse, les tendances ci-dessus sont inversées.

Le Tableau CP.8 présente la prévalence et l'ampleur des E/MGF pratiquées sur les filles des répondantes. Près de 35,0% des femmes enquêtées, ont au moins une fille vivante ayant subi l'excision. La proportion de femmes ayant au moins une fille excisée est plus élevée dans la Province Est (75,9% contre 19,8% dans

la Province Nord), en milieu rural (38,8% contre 26,5% en milieu urbain) et parmi les Fula/Mandinga (74,0%). La forme d'excision la plus pratiquée est l'enlèvement de la chair : plus de 86,0% des filles des femmes enquêtées ont subi ce type d'excision. Cette forme est plus fréquente dans la Province Est (93,9%) et parmi les Fula/Mandinga (91,1%). La fermeture du vagin, niveau extrême d'E/MGF touche 2,9% des femmes. Paradoxalement, cette forme extrême est plus fréquente dans SAB (6,4%), en milieu urbain (4,6%), parmi les femmes les plus instruites (6,4%) et les plus riches (6,6%).

Violence conjugale

Plusieurs questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans pour évaluer leur attitude concernant les diverses raisons que les maris ont de frapper ou battre leurs femmes/partenaires. Ces questions ont été posées pour avoir une indication sur les croyances qui tendent à être associées à la prévalence de la violence faite aux femmes par leurs maris/partenaires. La principale hypothèse est que les femmes qui approuvent les thèses indiquant que les maris/partenaires ont des raisons de battre leurs femmes/partenaires dans les situations décrites tendent, dans les faits, à subir des violences de la part de leurs propres maris/partenaires. Les résultats du Tableau CP.9 apportent des réponses à ces questions. Ils montrent que 51,5% des femmes enquêtées trouvent que leurs maris/partenaires peuvent les battre pour l'une quelconque des raisons ciblées dans l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé dans la Province Sud où 63,4% (contre 47,0% de la Province Nord et 51,9% de SAB) des femmes interrogées pensent ainsi. Cette attitude envers la violence faite aux femmes est invariable quel que soit le milieu de résidence (51,1% en milieu rural contre 52,0 % en milieu urbain). Plus la femme est jeune moins elle accepte cette forme de violence. Plus de la moitié des femmes de 20 ans ou plus pensent que le mari a le droit de battre sa femme alors que seulement 41,3% des femmes de 15-19 ans trouvent normal qu'un mari batte sa femme dans les mêmes circonstances. Le statut matrimonial influe également sur l'attitude des femmes. La vie conjugale a tendance à rendre les femmes plus réceptives de la violence des hommes. En effet, les célibataires sont plus réfractaires à cette idée : moins de 40,0% d'entre elles pensent que les maris/partenaires ont le droit de battre leurs femmes. Ce pourcentage passe à 45,2% parmi les femmes qui ont été mariée/en union et à 57,2% parmi celles qui sont actuellement mariées/en union. Le niveau d'instruction de la femme produit le même effet : 41,0% des femmes de niveau secondaire ou plus acceptent que les maris battent leur femmes contre 47,9% des femmes de niveau primaire et 55,7% des femmes sans instruction. Le niveau de vie du ménage n'a pratiquement d'effet sur l'attitude de la femme vis-à-vis de la violence conjugale : 50,4% des femmes parmi les plus riches trouvent normal qu'un mari batte sa femme contre 52,2% parmi celles des ménages les plus pauvres. Les femmes Brames semblent moins conservatrices que les autres (38,3% seulement d'entre elles donnent leur

consentement à la violence conjugale contre plus 51,0% parmi les femmes des autres groupes ethniques.

XII. VIH/SIDA, Comportement sexuel et enfants orphelins et vulnérables

Connaissance de la transmission du VIH et utilisation du préservatif

Un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection par le VIH est une connaissance précise de la manière dont le VIH se transmet et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte est la première étape vers la sensibilisation et la mise à la disposition des jeunes des instruments de nature à les protéger contre l'infection au VIH. Les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et faire obstacle aux efforts de prévention. Les différentes régions sont susceptibles de présenter des variations dans les conceptions erronées sur le VIH, même si certaines semblent universelles (par exemple, que le fait de partager la nourriture peut transmettre le VIH, ou que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH). La Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (UNGASS) a invité les gouvernements à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de se protéger contre le VIH. Les indicateurs servant à mesurer cet objectif ainsi que l'OMD consistant à réduire les infections au VIH de moitié sont le renforcement du niveau de connaissance du VIH et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir une propagation supplémentaire de la maladie. Le module sur le VIH a été administré aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

Un indicateur à la fois des OMD et de l'UNGASS est le pourcentage de jeunes femmes qui ont une connaissance globale et correcte de la prévention de la transmission du VIH. Les femmes ont été interrogées pour savoir si elles connaissaient les trois principaux moyens d'éviter la transmission - à savoir, avoir un seul partenaire non infecté fidèle, utiliser un préservatif à chaque fois et pratiquer l'abstinence sexuelle. Les résultats sont présentés dans le Tableau HA.1

En Guinée-Bissau, la plupart des femmes interrogées (72,4%) ont entendu parler du SIDA. Cependant, le pourcentage de femmes qui connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH est de 32,1%. Plus de la moitié des femmes (53,1%) savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté, 49,4% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 38,4% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH. Tandis que 58,2% des femmes connaissent au moins un moyen, une proportion non négligeable (41,8%) ne connaît aucun de ces trois moyens.

La connaissance du VIH/SIDA et ses moyens de prévention varie selon les catégories sociales considérées. La connaissance du phénomène est plus répandue en milieu urbain (91,6%) qu'en milieu rural (59,4%), de même que les moyens par lesquels il peut être prévenu. En milieu urbain, près d'une femme sur deux ((47,2%) connaît les trois moyens alors qu'en milieu rural, c'est une femme sur cinq seulement (21,9%). De même, les femmes de SAB semblent plus averties (respectivement 95,3% et 52,3%) comparées aux femmes de la Province Sud les moins informées (respectivement 39,7% et 11,9%). On note aussi une corrélation positive entre connaissance du VIH/SIDA et les moyens de le prévenir d'une part et d'autre part le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage. La proportion de femmes qui a entendu parler du VIH/SIDA est de 59,5% parmi les femmes sans instruction et de 98,3% parmi les plus instruites. Pour la connaissance des moyens de protections les proportions sont respectivement de 20,7% et de 55,8%. Les proportions sont aussi plus parmi les femmes les plus pauvres (respectivement 45,3% et 12,4%) que parmi les femmes les plus riches (respectivement 95,1% et 51,1%). Les femmes Brames sont plus informées que les autres sur la connaissance du VIH/SIDA et les moyens de prévention de l'infection (respectivement 89,1% et 46,3% contre moins de 70,0% et moins de 30,0%).

L'information sur l'utilisation du condom est connue par 71,0% des femmes du milieu urbain et par seulement 34,8% de celles du milieu rural, par 80,6% des femmes les plus instruites contre 33,8% des femmes sans instruction, par 74,4% des femmes les plus riches contre 22,9% parmi les plus pauvres. Pour les autres moyens pris individuellement les tendances sont les mêmes du point de vue de l'instruction et du niveau de vie.

Le Tableau HA.2 présente le pourcentage de femmes en mesure d'identifier correctement les conceptions erronées concernant le VIH/SIDA. L'indicateur est basé sur les deux conceptions erronées les plus répandues en Guinée-Bissau : le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels ou des piqûres de moustique d'une part et d'autre part qu'une personne paraissant en bonne santé peut être malade du SIDA. Ce tableau fournit également des informations sur le fait que les femmes savent ou non que le VIH ne peut être transmis par le partage de la nourriture mais qu'il peut être transmis par le partage d'aiguilles déjà utilisées.

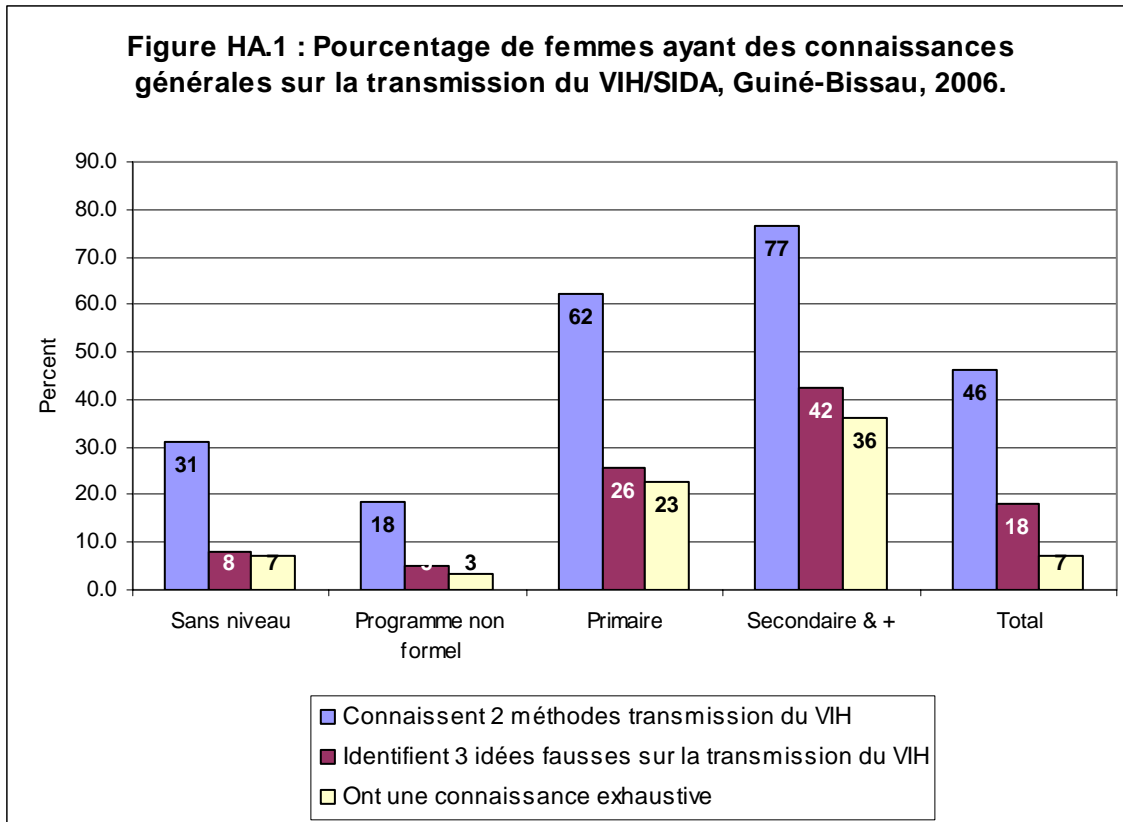
Parmi les femmes interrogées, 18,1% rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues et 37,0% savent qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée. Près de 47,0% des femmes savent que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels et 35,2% savent que le VIH/SIDA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

Les trois conceptions erronées les plus répandues (le VIH peut être transmis par des moyens surnaturel, le VIH peut être transmis par des piqûres de moustique, une personne paraissant en bonne santé peu être malade du SIDA) sont mieux

identifiées dans SAB (respectivement 73,0%, 57,9% et 59,9%) que dans les autres Provinces particulièrement la Province Sud (respectivement 21,4%, 15,3% et 12,1%). Elles sont mieux connues parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus (respectivement 84,8%; 67,6%; 71,8%) que parmi les femmes sans niveau d'instruction (respectivement 29,2%, 20,4% et 22,1%). Les trois conceptions erronées les plus répandues sont aussi mieux connues parmi les ménages les plus riches (respectivement 75,1%, 59,4% et 61,6%) que parmi les ménages les plus pauvres (respectivement 19,3%, 15,9% et 14,5%). C'est dans la tranche d'âges 20-24 ans que les femmes interrogées savent le mieux que le VIH/SIDA peut être transmis, suite à une piqûre avec une aiguille déjà utilisée (60, 6%) et que partager le repas avec une personne atteinte du SIDA ne peut pas transmettre le VIH/SIDA (44,7%).

Le Tableau HA.3 résume les informations tirées des Tableaux HA.1 et HA.2 et présente le pourcentage de femmes qui connaissent deux moyens de prévenir la transmission du VIH et rejettent trois conceptions erronées répandues. La connaissance globale des méthodes de prévention du VIH et de son mode de transmission est encore assez faible même s'il existe des différences selon le lieu de résidence.

Environ 46,0% des femmes connaissent deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH/SIDA, 18,1% savent identifier trois idées fausses de la transmission du VIH et 15,8% ont une connaissance exhaustive, c'est-à-dire qu'elles savent identifier deux méthodes de prévention et trois idées fausses. Les femmes de SAB sont mieux informées que celles des Provinces : 28,0% contre 3,7% de la Province Sud et 11,9% de la Province Nord. La connaissance globale ou exhaustive est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale : respectivement 27,0% et 8,2% des femmes ont une connaissance exhaustive de la transmission du VIH/SIDA. La connaissance globale augmente avec le niveau d'instruction des femmes mais baisse avec l'âge de la femme. Le pourcentage de femme ayant une connaissance globale passe de 7,1% parmi les femmes sans niveau d'instruction à 22,9% parmi celles de niveau primaire et à 36,3% parmi celles qui ont le niveau secondaire et plus. Il passe de 18,5% parmi les femmes de 15-19 ans à 9,6% parmi les 45-49 ans. Le niveau de vie du ménage a aussi un effet positif sur la connaissance exhaustive de la transmission du VIH/SIDA. Ainsi, le pourcentage de femmes ayant une bonne connaissance passe de 4,3% parmi les plus pauvres à 7,8% parmi les pauvres à 22,7% parmi les riches et à 29,0% parmi les plus riches.



La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est également une première étape importante pour pousser les femmes à se faire dépister pour le VIH quand elles sont enceintes afin d'éviter l'infection de leur nouveau-né. Les femmes devraient savoir que le VIH peut se transmettre durant la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement. Le niveau de connaissance des femmes âgées de 15 à 49 ans concernant la transmission de la mère à l'enfant est présenté dans le Tableau HA.4. 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.

La connaissance de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant est moins répandue dans la Province Sud (29,9%) et plus répandue dans la Province Nord (52,1%) et dans SAB (89,2%). Cette connaissance est également plus élevée en milieu urbain (84,1%) qu'en milieu rural (40,7%). Le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage ont amélioré très sensiblement la connaissance de ce mode de transmission : 41,0% des femmes sans instruction et 28,0% parmi les plus pauvres contre respectivement 96,2% parmi les plus instruites et 90,5% parmi les plus riches.

La connaissance de tous les trois modes de transmission suit la même tendance. Elle est plus élevée dans SAB (60,3% contre 16,5% de la Province Sud), en

milieu urbain (57,7% contre 27,2% en milieu rural), parmi les femmes les plus jeunes (42,0% à 15-19 contre 28,2% à 45-49 ans), parmi les plus instruites (64,2% contre 26,9%) et parmi les plus riches (62,4% contre 18,0% pour les plus pauvres). Par contre, le pourcentage de femmes qui ne connaissent aucun mode spécifique de la mère vers l'enfant, est plus élevé dans la Province Est (24,3%), en milieu rural (18,7%), parmi les femmes sans instruction (18,5%). Les femmes Brame ont un meilleur profil sur ce mode de transmission que celles des autres groupes ethniques : près de 80,0% savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant, 54,0% connaissent tous les trois modes et seulement 9,7% ne connaissent aucun mode spécifique.

Les indicateurs sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH mesurent la stigmatisation et la discrimination dont ces personnes sont l'objet au sein de la communauté. La stigmatisation et la discrimination sont faibles si les répondants expriment une attitude d'acceptation sur les quatre questions suivantes: 1) prendrez-vous en charge un membre de la famille malade du SIDA; 2) achèterez-vous des légumes frais à un vendeur séropositif; 3) pensez-vous qu'une enseignante séropositive doit être autorisée à enseigner; et 4) ne voudriez-vous pas garder secret le statut d'un membre de la famille par rapport au VIH. Le Tableau HA.5 présente les attitudes des femmes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Environ un quart des femmes âgées de 15-49 ans (24,8%) ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes malades du SIDA. Ce pourcentage est variable entre les Provinces (de 33,3% à Est à 20,2% à Sud) et entre milieu de résidence (28,9% en milieu rural contre 20,9% en milieu urbain). Ce pourcentage a tendance à baisser avec le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage. Parmi les femmes sans instruction et les plus pauvres, respectivement 29,6% et 33,1% ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire tandis que parmi les plus instruites et les plus riches, ce pourcentage est seulement de 20,6% et 19,8%. De même, les femmes Brame sont généralement moins nombreuses à ne pas être d'accord avec l'attitude discriminatoire (12,7% contre plus de 27,0% pour les autres groupes ethniques).

Globalement, 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 à l'école, 48,0% n'achèteraient pas des légumes frais à un vendeur malade du SIDA et 75,2% sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire.

Le refus de prendre soin d'un membre du ménage malade du SIDA est plus répandue en milieu rural (28,6% contre 13,0% en milieu urbain), dans la Province Nord dans laquelle 31,8% des femmes ont cette position que dans la Province Est (17,7%) et dans SAB (10,3%). Les femmes sans niveau d'instruction ont plus tendance à avoir cette attitude négative (24,9% contre

seulement 11,5% parmi celles qui ont une éducation secondaire et plus). Le niveau de vie tend aussi à atténuer les attitudes négatives : 32,6% parmi les femmes les plus pauvres ne prendraient pas soin d'un membre malade du SIDA tandis que parmi les plus riches, ce pourcentage est trois fois plus faible (11,1%).

Un autre indicateur important est la connaissance par les femmes des endroits où l'on peut effectuer le test de dépistage du VIH et l'utilisation de ces services. Les questions liées à la connaissance d'un centre de dépistage du VIH et la mesure dans laquelle les femmes ont été testées sont présentées dans le Tableau HA.6.

Seulement 17,3% des femmes connaissent un centre de dépistage, tandis que 6,0% ont effectué le test. Parmi ces dernières, une importante proportion (81,0%) a reçu le résultat de ce test. La connaissance de l'endroit où on peut effectuer le test, est plus répandue à SAB (30,3%), en milieu urbain (27,1% contre 10,7% en milieu rural), parmi les femmes des ménages les plus riches (34,2%) et celles ayant un niveau d'instruction secondaire et plus (45,0% contre 9,3% pour les femmes non instruites) et parmi les femmes Brame (26,5% contre moins de 14,0%). Les tests sont aussi plus fréquents dans le milieu urbain (11,5%), dans les ménages les plus riches (14,6%) et parmi les femmes avec un niveau d'instruction secondaire et plus (18,6%). L'obtention des résultats est aussi plus fréquente à SAB (88,5%), dans le milieu urbain (85,5%), dans les ménages les plus riches (88,2%) et chez les femmes avec le niveau d'instruction secondaire et plus (89,1%).

Le Tableau HA.7 présente le pourcentage des femmes qui ont reçu des conseils et ont effectué le test de dépistage lors des consultations prénatales. Près de 78,0% des femmes qui ont donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête, ont reçu les soins prénatals d'un centre de santé professionnel, 40,6% ont reçu des informations sur la prévention du VIH/SIDA au cours des visites prénatales, 8,6% ont effectuées le test du VIH et 7,1% ont reçu les résultats du test du VIH. Le pourcentage de femmes qui ont reçu des informations sur la prévention est plus élevé à SAB (58,2%) et dans la Province Nord (47,1%), en milieu urbain (53,7%), parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (65,1%), parmi les plus riches (59,6%) et parmi les Brame (59,0%). Les chances de recevoir les résultats du test sont plus élevées à SAB (24,0%), en milieu urbain (17,8%), parmi les femmes les plus instruites (26,1%) et les plus riches (23,2%). Les chances les plus faibles se trouvent dans les Provinces Est et Sud (moins de 1,0%), en milieu rural (2,8%), parmi les femmes sans instruction (4,0%) et les plus pauvres (2,8%).

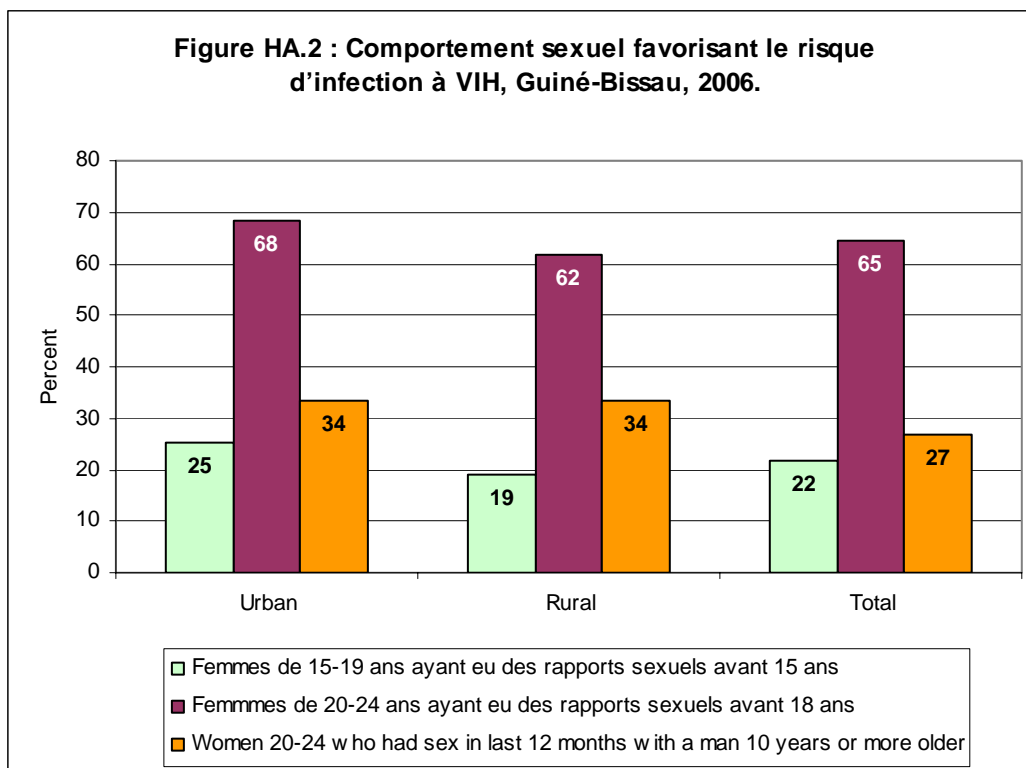
Comportement sexuel lié à la transmission du VIH

La promotion d'un comportement sexuel plus sûr est essentielle pour réduire la prévalence du VIH. L'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels,

particulièrement avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour réduire la propagation du VIH. Dans la plupart des pays, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH concernent les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, par conséquent un changement de comportement parmi ce groupe d'âges sera particulièrement important pour réduire les nouvelles infections. Un module du questionnaire a été administré aux femmes de 15 à 24 ans pour évaluer leur risque d'infection au VIH. Les facteurs de risque d'infection au VIH sont une sexualité précoce, le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (qui n'est pas le mari ou l'homme avec lequel on cohabite) et la non-utilisation du préservatif.

La fréquence des comportements sexuels qui augmente le risque d'infection au VIH chez les femmes est présentée dans le Tableau HA.8 et la Figure HA.2.

Au niveau national, 21,8% des femmes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant d'avoir 15 ans, 64,5% des femmes de 20-24 ans ont eu des rapports sexuels avant 18 ans et 26,7% ont eu des rapports sexuels durant les douze mois précédant l'enquête avec des hommes dix années ou plus, plus âgés qu'elles. Les rapports sexuels précoces sont plus fréquents dans SAB (28,1% avant 15 ans et 68,8% avant 18 ans) et en milieu urbain (25,1% avant 15 ans et 68,2% avant 18 ans) tandis que les rapports sexuels avec un partenaire plus âgé est plus fréquent dans la Province Est (36,8%), en milieu rural (33,5%), parmi les femmes sans instruction (40,9%) et les plus pauvres (35,9%).



L'utilisation d'un préservatif lors de rapports sexuels avec des hommes autres que les maris ou les concubins a été évalué chez les femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec ce genre de partenaires au cours de l'année précédente (Tableau HA.9).

Près de deux femmes de 15 à 24 ans sur trois (65,4%) ont indiqué avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois qui ont précédé la MICS. Sur ces dernières, seulement 38,8% ont dit avoir utilisé un préservatif lors des rapports avec ce partenaire à haut risque. Ce pourcentage est près de deux fois et demie plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (48,5% contre 20,1%). Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont relativement plus nombreuses à déclarer avoir utilisé un préservatif lors des rapports avec un partenaire à haut risque. Plus de la moitié (52,0%) d'entre elles l'ont déclaré alors que seulement 17,3% des femmes sans niveau d'instruction ont dit avoir eu ce réflexe lors des rapports avec un partenaire à haut risque. De la même, 53,5% des femmes des ménages les plus riches ont dit avoir utilisé un préservatif lors des rapports avec un partenaire à haut risque, tandis que seulement 12,1% des femmes des ménages les plus pauvres ont eu le même comportement.

Plus de six femmes sur dix (60,6%) ont eu des rapports avec un homme qui n'était ni leur mari, ni leur concubin. Cette pratique est plus répandue à SAB (82,5%), en milieu urbain (80,0%) parmi les femmes les plus jeunes (74,4% des femmes de 15-19 ans), parmi les plus instruites (89,5%) et les plus riches (83,7%).

Orphelins et enfants vulnérables

Alors que l'épidémie de VIH progresse, de plus en plus d'enfants deviennent orphelins et vulnérables à cause du SIDA. Les enfants orphelins ou qui vivent dans des ménages vulnérables peuvent être exposés à un risque accru de négligence ou d'exploitation si les parents ne sont pas là pour les assister. La surveillance des variations des différents résultats pour les orphelins et les enfants vulnérables et la comparaison de leur situation à celle de leurs pairs donnent une mesure de la manière dont les communautés et les gouvernements comblent leurs besoins.

Pour mesurer ces variations, il est nécessaire de créer un concept mesurable "d'enfants orphelins et vulnérables". Le Groupe de référence de surveillance et d'évaluation de l'ONUSIDA a mis au point une définition indirecte des enfants "affectés par la mortalité et la morbidité des adultes". Ce groupe doit comprendre les nombreux enfants affectés par le SIDA dans des pays où une proportion importante d'adultes sont infectés par le VIH. Cette définition classe les enfants comme orphelins et vulnérables si un de leurs parents est décédé, si l'un de leurs parents est atteint d'une maladie chronique, ou si un adulte (âgé de 18 à 59

ans) du ménage est décédé (suite à une maladie chronique) ou était atteint d'une maladie chronique au cours de l'année précédant l'enquête.

Le nombre moyen d'enfants ne vivants avec aucun de leurs parents, avec la mère seulement et avec le père seulement, est présenté dans le Tableau HA.10. 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. Parmi les enfants qui vivent seulement avec leur mère, 10,6% ont le père en vie et 4,6% ont perdu leur père. Parmi ceux qui vivent seulement avec leur père, 2,7% ont la mère en vie et 1,3% ont perdu leur mère. Près d'un enfant de 0-17 ans sur cinq (18,9%), ne vit pas avec ses parents biologiques et 11,3% ont perdu un ou les deux parents.

Le Tableau HA.11 présente le pourcentage d'enfants orphelins et vulnérables âgés de 0 - 17 ans.

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. S'agissant des enfants vulnérables, il n'y a pas de différences entre les garçons (10,0%) et les filles (10,0%). Par contre, la vulnérabilité des enfants est près de deux fois plus fréquente en milieu urbain (14,5%) qu'en milieu rural (7,8%). Elle touche plus particulièrement la tranche d'âge 15-17 ans (12,2%) et les ménages les plus riches (14,7%). SAB est la Province la plus touchée par la vulnérabilité des enfants (16,3%). Quel que soit l'indicateur considéré, les tendances sont les mêmes : les enfants orphelins et les enfants orphelins et vulnérables sont plus fréquents dans SAB (respectivement 16,3% et 26,6%), en milieu urbain (respectivement 14,57% et 25,3%), parmi les enfants de 15-17 ans (respectivement 12,2% et 30,9%) et les ménages les plus riches (respectivement 14,7% et 25,9%).

Une des mesures prises pour l'évaluation du statut des enfants orphelins et vulnérables par rapport à leurs pairs est l'observation de la fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents (doublement orphelins) comparé à ceux dont les parents sont vivants (et qui vivent avec au moins l'un de ces parents). Si les enfants dont les parents sont décédés n'ont pas le même accès à l'école que leurs camarades, les familles et les écoles ne s'assurent donc pas que ces droits des enfants sont respectés.

En Guinée-Bissau, 1,8% des enfants âgés de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents (Tableau HA.12). Parmi ces derniers, seuls 69,3% fréquentent l'école actuellement. Parmi les enfants de 10 à 14 ans qui n'ont pas perdu un parent et qui vivent avec au moins l'un de leurs parents, 71,3% sont scolarisés. Ce qui semble indiquer qu'en matière de fréquentation scolaire, les enfants doublement orphelins sont défavorisés par rapport aux enfants non-orphelins.

Dans de nombreux pays, peu de services sont disponibles pour les familles qui prennent en charge des enfants orphelins ou vulnérables. Les organisations communautaires et les gouvernements doivent s'assurer que ces familles sont aidées à prendre ces enfants en charge. Le niveau et les types de soutien apportés aux ménages s'occupant d'enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA sont présentés dans le Tableau HA.13.

L'assistance aux familles ayant en charge des enfants orphelins est une pratique quas-inexistante en Guinée Bissau. Sur 1000 enfants seulement trois reçoivent tous les types de soutien spécifiés, notamment, le support médical, le support psychologique, le support matériel et le support pour la scolarité. Seulement 7,5% ont reçu un support tandis que 92,5% des enfants n'ont reçu aucun support. Parmi les ménages ayant à leur charge des enfants orphelins, 4,4% ont reçu support médical au cours des douze derniers mois, 1,3% ont reçu support psychologique ou émotionnel au cours des trois derniers mois, 1,2% ont reçu support matériel/social au cours des trois derniers mois, 3,2% ont reçu support pour la scolarité au cours des douze derniers mois. Il n'y a pratiquement pas de différence entre catégories sociales, sauf dans la Province Est où les enfants sont les mieux aidés (11,6%) et dans la Province Sud où ils sont les moins aidés (4,6% contre une moyenne nationale de 7,5%).

La prévalence de la malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables âgés de moins de cinq ans est présentée dans le Tableau HA.14.

Près d'un enfant orphelin et vulnérable âgé de 0-4 ans sur cinq (19,4%) a un faible poids par rapport à son âge, 40,8% sont plus petits par rapport à leur âge et 7,2% ont un faible poids par rapport à leur taille.

Les recherches effectuées suggèrent que dans certaines régions les enfants orphelins ont plus de chances de présenter des résultats négatifs en matière de santé sexuelle et de la reproduction que les autres enfants.

Le Tableau HA.15 présente les informations sur le comportement sexuel des femmes orphelines et vulnérables âgées de 15 à 17 ans. Il montre que le pourcentage des femmes âgées de 15 à 17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est très légèrement plus élevé chez les filles orphelines ou vulnérables (24,3%) que chez les filles non orphelines ou non vulnérables (23,7%). Le ratio entre les pourcentages estimés des enfants orphelins et vulnérables et les pourcentages d'enfants non orphelins ou non vulnérables est estimé à 1,0.

Liste des Références

Boerma, J. T., Weinstein, K. I., Rutstein, S.O., and Sommerfelt, A. E. , 1996. Data on Birth Weight in Developing Countries: Can Surveys Help? *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2), 209-16.

Blanc, A. and Wardlaw, T. 2005. "Monitoring Low Birth Weight: An Evaluation of International Estimates and an Updated Estimation Procedure". *WHO Bulletin*, 83 (3), 178-185.

Filmer, D. and Pritchett, L., 2001. Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: An application to educational enrolments in states of India. *Demography* 38(1): 115-132.

Rutstein, S.O. and Johnson, K., 2004. *The DHS Wealth Index*. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro.

UNICEF, 2006. *Monitoring the Situation of Children and Women. Multiple Indicator Cluster Survey Manual*, New York.

United Nations, 1983. *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation* (United Nations publication, Sales No. E.83.XIII.2).

United Nations, 1990a. *QFIVE, United Nations Program for Child Mortality Estimation*. New York, UN Pop Division

United Nations, 1990b. *Step-by-step Guide to the Estimation of Child Mortality*. New York, UN

WHO and UNICEF, 1997. *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality. Guidance notes for potential users*, Geneva.

www.Childinfo.org.

Appendice A. Conception d'un échantillon

Cet appendice décrit les principales caractéristiques de la conception d'un échantillon. Celles-ci incluent la taille de l'échantillon cible, sa répartition, son cadre d'échantillonnage et son inventaire des participants, le choix des domaines, les étapes de l'échantillonnage, la stratification et le calcul des pondérations de l'échantillon.

L'objectif premier de la conception d'un échantillon pour l'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Guinée-Bissau était de fournir des estimations statistiquement fiables de la plupart des indicateurs, au niveau national, pour les zones urbaines et rurales, mais aussi pour les quatre provinces [Nord, Est, Sud et SAB] du pays. Les zones urbaines et rurales ainsi que les quatre provinces (regroupement des divisions administratives de Cacheu, Oio, Biombo, Bafata, Gabu, Bolama, Quinara et Tombali et le Secteur Autonome de Bissau), ont été définies comme domaines d'échantillonnage.

Une méthode d'échantillonnage par grappes stratifiée, à étapes multiples a été utilisée pour le choix de l'échantillon de l'enquête.

L'Enquête MICS3 réalisée en Guinée-Bissau est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale. Son exécution a été assurée par l'Institut National de la Statistique et du Recensement en coopération avec la Direction Générale du Plan et le Bureau de l'UNICEF en Guinée-Bissau. Son exécution a fait appel à un sondage aréolaire à 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.

Un échantillon de districts de recensement a été tiré au premier degré. Les unités statistiques du second degré ou unités secondaires sont constituées par les ménages des districts de recensement tirés au premier degré. Elles définissent la base de sondage du second degré du sondage.

Taille et répartition de l'échantillon

La taille de l'échantillon cible de l'enquête MICS de la Guinée-Bissau a été fixée à 330 DR et 5 500 ménages.

Cadre d'échantillonnage et choix des grappes

Le recensement de 1991 a servi de cadre pour le choix des grappes. Il a fourni l'effectif des ménages ainsi que l'effectif de la population pour chaque district de recensement. Les zones de dénombrement du recensement (DR) ont été définies comme unités d'échantillonnage primaires (UEP) et elles ont été choisies dans chacun des domaines d'échantillonnage sur la base de procédures.

Les 9 régions administratives du pays et la ville de Bissau comptant pour une région, tout au moins pour l'enquête MICS3, sont retenues comme base. Chaque région est subdivisée en secteurs et les secteurs en districts de recensement. Les districts de recensement sont des unités aréolaires distinctes, non vides et qui recouvrent l'ensemble du pays. Ces unités aréolaires forment une partition du territoire national habité et sont constituées de manière à contenir chacune, environ 800 habitants.

Au total, la base de sondage comprend 1232 districts de recensement composés en 1991, de 131 924 ménages. La liste des districts de recensement avec leurs caractéristiques constitue la base de sondage du premier degré de l'enquête et les ménages des districts de recensement tirés au premier degré constituent la base de sondage du second degré de ce plan de sondage.

L'Institut National de la Statistique et du Recensement dispose de la base de sondage sous forme de fichier sur support papier.

Domaines d'étude et strates

Le critère de stratification retenu pour cette enquête est le milieu de résidence, ce qui permet de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque région, les enquêtes socio-économiques auprès des ménages ayant montré bien souvent que les ménages d'un même milieu de résidence se révèlent plus homogènes. La prise en compte de ce critère de stratification a conduit à la définition de 17 strates à raison de deux par région, la ville de Bissau comptant pour une strate.

Un domaine d'étude est une partie de l'univers sondé pour laquelle sont recherchés des résultats significatifs, c'est-à-dire des estimations séparées et d'une précision suffisante. Dans l'enquête MICS3 de Guinée-Bissau, il n'a pas été retenu de considérer les régions administratives comme des domaines d'étude du fait que cela nécessiterait une taille très élevée pour l'échantillon des ménages et un coût d'enquête plus élevé. Les quatre provinces du pays (Nord, SAB, Est et Sud) ont donc été considérées comme des domaines d'étude. Le tableau 1 suivant donne les caractéristiques des provinces selon la base de sondage établie en 1991.

Tableau 1 : Caractéristiques des provinces selon la base de sondage

Code de la province	Nom de la province	Composition de la province	Effectif des strates	Effectif des DR	Effectif des ménages	Proportion des ménages (%)
1	SAB	Secteur autonome de Bissau (ville de Bissau)	1	171	31 321	23,7
2	Est	Bafata, Gabu	4	376	31 640	24,0
3	Nord	Cacheu, Oio, Biombo	6	485	49 738	37,7
4	Sud	Tombali, Quinara, Bolama/Bijagos	6	200	19 225	14,6
Ensemble du pays			17	1 232	131 924	100,0

Echantillons des unités primaires et des unités secondaires

L'échantillon des unités primaires compte 330 DR (district de recensement) répartis de façon proportionnelle entre les 9 régions. Mais, la répartition des DR échantillonnés n'est pas faite de façon proportionnelle entre les strates d'une même région, car la strate urbaine d'une région est généralement sur échantillonnée. Le taux de sondage du premier degré n'est donc pas uniforme vis-à-vis des 17 strates retenues.

Tableau 2 : Répartition des échantillons selon la province

Code de la province	Nom de la province	Effectif des strates	Effectif des ménages selon la base	Effectif des DR tirés	Effectif des ménages tirés	Taux de sondage global
1	SAB	1	31 321	46	1 200	0,038
2	Est	4	31 640	100	1 200	0,038
3	Nord	6	49 738	129	1 900	0,038
4	Sud	6	19 225	55	1 200	0,062
Ensemble du pays		17	131 924	330	5 500	0,042

Au second degré, le nombre de ménages tirés dans un DR échantillonné, est proportionnel à la taille du DR en nombre de ménages. La taille retenue pour l'échantillon des ménages au niveau national a été fixée à 5 500. La répartition des échantillons des deux degrés est présentée dans le tableau 2. Cette répartition a permis à chacune des quatre provinces de jouir d'un statut de domaine d'étude, chacune obtenant une allocation d'au moins 1 200 ménages dans l'échantillon des ménages.

Le taux global de sondage, celui des deux degrés réunis, est présenté dans le tableau 2. Il est de 0,042 et correspond à l'observation de 4,2 ménages en moyenne sur 100. Il est de 0,038 pour les 3 premières provinces et de 0,062 pour la province du Sud, ce qui dénote que cette province a été sur échantillonnée.

Modes de tirage

Les tirages des échantillons ont été mis en œuvre de façon indépendante d'une strate à l'autre. Les unités primaires (ou districts de recensement) ont été tirées selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales.

Pour les tirages du second degré, c'est-à-dire les tirages des unités secondaires (ou ménages), il est fait appel à un tirage systématique avec probabilités égales. Le nombre

de ménages tirés dans chaque DR-unité primaire échantillonné est proportionnel au nombre de ménages composant le DR.

Activités d'inventaire

Le cadre d'échantillonnage (recensement démographique de 1991 - La base de sondage des DR, étant trop ancienne pour fournir une base de sondage du second degré fiable en 2006), l'inventaire des ménages (l'identité, la localisation ainsi que l'effectif des ménages du DR) et une actualisation de la cartographie des DR tirés au 1^{er} degré ont été actualisés dans l'ensemble des zones de dénombrement choisies avant la sélection des ménages. À cet effet, des équipes d'inventaire ont été constituées, et elles ont séjourné dans chaque zone de dénombrement pour répertorier les ménages occupés.

L'actualisation de la cartographie des DR a été réalisée en 4 phases : 1- La reproduction des cartes des DR ; 2- Le séminaire de formation des agents cartographes ; 3- La sélection des agents parmi les candidats formés ; et, 4- L'actualisation des listes de ménages des 330 DR sélectionnés.

La reproduction des cartes des DR a eu lieu entre le premier et le 17 février 2006. Pendant cette période, deux cartographes des travaux publics et trois dessinateurs ont procédé au sein de l'INEC à la compilation des cartes contenant les DR sélectionnés ; à la reproduction héliographique et au coupage des DR sélectionnés ; et, à la constitution de dossiers de séparation des DR par région et par secteur administrative. Au total 330 cartes de DR (108 urbains et 222 ruraux) ont été reproduites.

Le séminaire de formation des agents cartographes et la sélection des candidats agents cartographes a eu lieu du 20 au 24 février 2006. Quarante vingt (80) candidats ont participé à la formation. Soixante douze (72) ont été sélectionnés à travers un test effectué le dernier jour de la formation : après le test les 4 meilleurs ont été retenus comme superviseurs et les 68 autres comme agents cartographes.

L'actualisation des ménages des 330 DR sélectionnés a eu lieu du 2 au 16 mars 2006. Les, 4 superviseurs et les 68 agents cartographes, répartis en six brigades, ont pris part. à cette phase. Vingt trois (23) agents de la Brigade 1 ont actualisé les DR de SAB et Biombo ; 7 agents de la Brigade 2 ont actualisé les DR de Tombali, Quinara et Bolama ; 16 agents de la Brigade 3 ont actualisé les DR de Bafata et Gabu ; 2 agents des Brigades 4 et 5 ont actualisé les DR de Bolama Bijagos et 19 agents de la Brigade 6 ont actualisé les DR de Cacheu et Oio.

Choix des ménages

Pour chaque zone de dénombrement, les équipes d'inventaire sur le terrain ont répertorié les ménages. Ensuite, ceux-ci ont été numérotés par ordre de 1 à 10.998 (le nombre total de ménages des zones de dénombrement) au niveau du Bureau National de la Statistique et du Recensement, qui a procédé à la sélection des ménages par zone de dénombrement sur la base des procédures de sélection systématiques à probabilités égales.

Calcul des pondérations de l'échantillon

L'échantillon de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de la Guinée-Bissau n'est pas auto-pondéré. La répartition des DR échantillonnés n'est pas faite de façon proportionnelle entre les strates d'une même région, car la strate urbaine d'une région est généralement sur échantillonnée. Le taux de sondage du premier degré n'est donc pas uniforme vis-à-vis des 17 strates retenues. Pour cette raison, les pondérations de l'échantillon ont été calculées et utilisées dans les analyses ultérieures des données de l'enquête.

Les estimations étant propres à chaque strate, les développements suivants concernent une strate considérée comme l'univers sondé. Les unités primaires dont est composée la strate, sont les DR ou districts de recensement.

On a considéré une strate U composée de M districts de recensement (DR) identifiés par leur étiquette ou numéro i , soit $U = \{1, 2, \dots, i, \dots, M\}$. On a tiré de cette strate selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales, un échantillon de m districts de recensement, soit $s = \{1, 2, \dots, k, \dots, m\}$.

La probabilité d'inclusion (ou probabilité de sélection) d'un DR i de la strate est la probabilité que ce DR appartienne à l'échantillon s . On a noté P_{1i} la probabilité d'inclusion, soit

$$P_{1i} = \Pr \{i \in s\} = \Pr \{\text{le DR } i \text{ soit tiré}\} \quad (1)$$

On veut montrer qu'avec le tirage systématique avec probabilités égales, la probabilité d'inclusion P_{1i} d'un individu i de la strate U a pour expression

$$P_{1i} = \frac{m}{M} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad (2)$$

La probabilité P_{1i} est indépendante du DR i et de l'échantillon s .

Au second degré, on a tiré n_i ménages du DR i parmi les K_i ménages trouvés dans le DR i lors des opérations de cartographie et de dénombrement des ménages. Nous avons désigné par $P_{2j|i}$ la probabilité que le ménage j du DR i soit tiré, sachant le DR i est tiré au premier degré. Il vient

$$P_{2j/i} = \frac{n_j}{K_i} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (3)$$

La probabilité $P_{2j/i}$ dépend du DR i à travers n_i et K_i .

On a déduit de ce qui précède, que la probabilité d'inclusion du ménage j du DR i est égale au produit des probabilités définies par les relations (1) et (3), soit $P_{1i} P_{2j/i}$.

On a obtenu

$$P_{ij} = P_{1i} P_{2j/i} = \frac{m}{M} \frac{n_j}{K_i} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad \text{et} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (4)$$

La probabilité d'inclusion P_{ij} d'un ménage j d'un DR i dépend du DR i auquel le ménage j appartient. Elle n'est pas la même quel que soit le DR i et quel que soit le ménage j de la strate. L'échantillon obtenu de la strate n'est donc pas auto pondérée.

Poids de sondage ou coefficients d'extrapolation

Le fondement de l'inférence statistique en sondage repose sur l'idée qu'une unité de l'échantillon représente un certain nombre d'unités de la population sondée. En d'autres termes, chaque unité de l'échantillon possède un poids en terme de représentation de la population. L'extrapolation des informations recueillies sur l'échantillon à la population sondée est basée sur les poids attribués aux unités échantillonnées. Ces poids sont appelés les poids de sondage ou coefficients d'extrapolation.

Le poids de sondage ou coefficient d'extrapolation attribué à une unité de sondage est défini comme l'inverse de la probabilité d'inclusion de cette unité de sondage. Ainsi, pour tout ménage j d'un DR i de la strate étudiée ici, le poids de sondage W_{ij} a pour expression

$$W_{ij} = \frac{1}{P_{ij}} = \frac{MK_i}{mn_j} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad \text{et} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (5)$$

Le poids W_{ij} ne dépend pas du ménage j mais seulement du DR i auquel appartient le ménage j . Il est le même pour tous les ménages du DR i .

Les ménages qui ne font pas partie de l'échantillon sélectionné, se voient représenter par les ménages observés au moyen des poids de sondage qui leur sont attribués.

A partir de la relation (5), les poids de sondage pour l'enquête MICS3 ont été calculés pour les 321 DR effectivement enquêtés. Ils sont présentés dans un tableau Excel dénommé "tableau des poids de sondage de départ". On en a déduit le tableau Excel "Weights_Alt" qui contient les poids bruts corrigés des non-réponses pour les trois modules de l'enquête ainsi que les poids normalisés également pour les trois modules de l'enquête.

Les poids bruts du sondage ont servi à estimer les totaux ou effectifs tandis que les poids normalisés ont été utilisés pour l'estimation des moyennes ou proportions.

Cette opération a pour finalité d'harmoniser la somme des unités d'échantillonnage interrogées avec la taille totale de l'échantillon au niveau national. La normalisation consiste à multiplier les pondérations non ajustées susmentionnées par le ratio du nombre de ménages interrogés sur le nombre total de ménages à pondération non ajustée. Une procédure de standardisation similaire a été utilisée pour calculer les pondérations standardisées des questionnaires dédiés aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans. Les pondérations ajustées (normalisées) ont varié entre [pondération minimale] et [pondération maximale] dans les 340 zones de dénombrement (grappes).

Estimation des totaux ou effectifs

L'univers sondé est ici la strate étudiée. Elle se compose de M unités primaires identifiées par leur étiquette α , avec $\alpha = 1, 2, \dots, M$. L'unité primaire α comporte N_α unités secondaires désignées par leur étiquette β , avec $\beta = 1, 2, \dots, N_\alpha$.

Soit y la variable d'étude du sondage. La valeur de la variable y pour l'unité secondaire β de l'unité primaire α , soit $US_{\alpha\beta}$, est $Y_{\alpha\beta}$. La somme (ou le total) Y de la variable y étendue à l'ensemble de la strate a pour expression

$$Y = \sum_{\alpha=1}^M \sum_{\beta=1}^{N_\alpha} Y_{\alpha\beta} \quad (6)$$

Notations relatives à l'échantillon

Au premier degré, on a obtenu un échantillon de m unités primaires identifiées par leur étiquette i , avec $i = 1, 2, \dots, m$. Dans chaque unité primaire échantillonnée, on a prélevé un nombre de ménages proportionnel à la taille de l'unité primaire en nombre de ménages. Ainsi, dans le DR i , on a prélevé n_i ménages identifiés par leur étiquette j , avec $j = 1, 2, \dots, n_i$.

La valeur de la variable y pour le ménage j du DR i est y_{ij} . On cherche à estimer le total Y défini par la relation (6) à partir des données y_{ij} de l'échantillon.

Horvitz et Thompson ont présenté en 1952 un estimateur linéaire sans biais \hat{Y}_{HT} du total Y valable pour tout plan de sondage. Il a pour expression

$$\hat{Y}_{HT} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} \frac{y_{ij}}{P_{ij}} \quad (7)$$

y_{ij} et P_{ij} étant respectivement la valeur de la variable y et la probabilité d'inclusion pour le ménage j du DR i .

Cet estimateur appelé estimateur de Horvitz et Thompson, montre que si l'on a $P_{ij} > 0$ pour tout i et pour tout j , \hat{Y}_{HT} estime sans biais le total Y .

La variable d'étude y est la taille du ménage. Le total Y de cette variable est l'effectif total de la population de la strate sondée. Grâce à la relation (5), on estime ce total par l'estimateur \hat{Y}_{HT} défini par la relation

$$\hat{Y}_{HT} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} \frac{MK_i}{mn_i} y_{ij}$$

où :

- y_{ij} est la taille du ménage j de DR i ;
- M est l'effectif des DR de la strate sondée ;
- K_i est l'effectif actualisé des ménages du DR i ;
- m est la taille de l'échantillon des DR ;
- n_i est le nombre des ménages sélectionnés dans le DR i .

Pour chaque zone de dénombrement, les pondérations non ajustées des ménages ont été calculées en multipliant les facteurs ci-dessus. Ensuite, elles ont été standardisées (ou normalisées).

Tableau 3 : Taille moyenne des ménages

Provincia	Taille moyenne pour le domaine d'étude	Variance de l'estimateur pour le domaine	Ecart-type de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur en %	Borne inférieure de l'intervalle de confiance	Borne supérieure de l'intervalle de confiance
SAB	7,2670	,014390	,120	,01651	1,65	7,032	7,502
Est	8,4436	,033953	,184	,02182	2,18	8,082	8,805
Nord	8,7436	,019832	,141	,01611	1,61	8,468	9,020
Sud	6,2462	,039621	,199	,03187	3,19	5,856	6,636
Ensemble du pays	7,9383	,006229	,079	,00994	,99	7,784	8,093

Tableau 4 : Nombre moyen de femmes éligibles par ménage

Province	Nombre moyen de femmes éligibles par ménage	Variance de l'estimateur pour le domaine	Ecart-type de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur en %	Borne inférieure de l'intervalle de confiance	Borne supérieure de l'intervalle de confiance
SAB	1,6572	,003537	,059	,03589	3,59	1,541	1,774
Est	1,4958	,001442	,038	,02538	2,54	1,421	1,570
Nord	1,6096	,001192	,035	,02145	2,15	1,542	1,677
Sud	1,2659	,001769	,042	,03322	3,32	1,183	1,348
Ensemble du pays	1,5487	,000519	,023	,01472	1,47	1,504	1,593

Les pondérations d'échantillon ont été annexées à l'ensemble des groupes de données et appliquées à chaque ménage, femme ou enfant de moins de 5 ans pour le besoin des analyses.

Appendice B. Liste du personnel ayant participé à l'enquête

Supervision Nationale

Issuf Sanha – Ministre de l'économie
Purna Bia - Secrétaire d'Etat au Plan et à l'intégration Régionale
Jean Marie Dricot - Représentant de l'UNICEF
Sylvana Nzirorera - Représentante adjointe de l'UNICEF
Vasco da Silva - Directeur Général du Plan
Augusto B. Viegas - MICS Point focal de l'UNICEF-Bisau

Supervision des travaux de terrain

Carlos Mendes da Costa - Directeur Général de l'INEC
Marcelino da Costa - Consultant national et coordonnateur
Antonio Có - Consultant national

Saisie des données

Adulai Jaló - Informaticien
Simao Semedo – Informaticien
Ngagne Diakhaté - UNICEF / N. York

Echantillonnage

Tomaz Collazo Evora - Consultant international
Julien Amegandjin - Consultant international

Administration

Ismaël Antonio dos Santos- Administrateur
Marcélia Dabo - Secrétaire

Superviseurs

1. Raina M. N. Danfa
2. Isabel Mendes Naluak
3. Raul A. Mandim
4. Suande Camara
5. Julio da Silva
6. Mohamed Saliu Tcham

Réviseurs

1. Atilano Joao Mendes
2. Leonildo Gomes
3. Cesario A. N. Correia
4. Cutubo Cassama
5. Malam Camara
6. Orlando L. Vieira

Codificateurs

1. Caramo Camara
2. Pedro da Silva

Récepteurs

1. Lamarana Djalo
2. Quinta A Dias

Editeurs secondaires

1. Osvaldo Cristo João Mendes
2. Bessa Vitor da Silva

Digitalisateurs

1. Leopoldina Helena de Sousa
2. Cufe Mancal
3. Lourdes Sanha
4. Linda de Barros
5. Luciano Fernandes
6. Avelino Gomes
7. Braima Mane
8. Justino Fernandes
9. Paulo N' Bunde
10. Augusta Vaz
11. Sabado Geraldo Impote
12. Jacobeba Nunes (Beti)
13. Joao de Barros
14. Mario Alves
15. Joaquim Alves
16. Marcelia Dabo
17. Andre Vaz
18. Cristina da Silva Pedreira
19. Aba Queita
20. Umaru Balde
21. Rui Francisco Jose Gomes
22. Mamadu Uri Djalo
23. Cristina da Costa
24. Aydler Fernandes Silva
25. Joao Dias Fati
26. Gino Monteiro
27. Braima Manafa
28. Glaucia Pina Araujo
29. Celeste da Silva
30. Remna Nobre
31. Sabado Geraldo Imbote
32. Pepita da Costa

Enquêteurs

1. Antonio Fernandes
2. Augusto Bidinté
3. Djon Djon Biombo
4. Domingos Nancassa
5. João Carlos Arlete
6. Martinho Cardoso
7. Luis R. Djalo
8. Marcelino Na Cuba
9. Pedro Vaz Moreno
10. Quintino Pereira
11. Quintino Soares Sanha

12. Armando Mbotu
13. Fernando Secuna Bangura
14. Filipe L. Mendes
15. Jose Alves Junior
16. Pedro Candete
17. Servilio F. J. Gomes
18. Adulai G. Djalo
19. Celestino da Costa
20. Clemente Semedo
21. Sabino Oliveira
22. Victor Indi
23. Alberto Seninho Mane
24. Anquina Soares da Gama
25. Betussan Munte
26. Chernu Sano Jalo
27. Luis da Costa
28. Midana A. Nafatchamna
29. Rui Raul Rodrigues Tavares
30. Aruna So
31. Balingue Injai
32. Durval J. Ocante
33. Etica Pereira Nandigna
34. Henri Banora
35. Sabino G. Rodrigues
36. Ana Joao A. Bagine
37. Antonieta Ferreira
38. Aramata Balde
39. Cadijatu Buaro
40. Ntem Deba Nancassa
41. Rosaria da Silva Moreira
42. Fatu Bintu Djedjo
43. Fatumata Ba
44. Ivone Alfredo Correia
45. Maria Cesaltina L. Correia
46. Teresa Cambanco
47. Ana Cabral
48. Beatriz Joaquim Ca
49. Cadi Sanha Mane
50. Clarice Adama seide Ba
51. Custodia A. Vieira
52. Domingas Capecalon
53. Gregoria Antonio Oliveira
54. Maria Helena Alves Marques
55. Bernardete Lopes Correia
56. Feliciano A. Dias Coli
57. Maria Salome F. da Silva
58. Tereza da Silva
59. Veronica Pires
60. Ana Cornelia Gomes
61. Anica da Cunha
62. Cleonisse Jesus Silva

63. Justina G. R. da Silva
64. Lidia Co
65. Manuela da Silva
66. Valentina Nancassa
67. Ana M. Vieira Balde
68. Celeste M. S. C. Silva
69. Evanilda D. Ca e Silva
70. Filomena Delgado Pinto
71. Florbela Fernandes
72. Nicandria E. da Costa
73. Jaime Geraldo Imbote
74. Umar Cora

Cartographes

1. Julio Alves
2. Joao Carlos Arlete

Dessinateurs

1. Maria Augusta B. da Silva
2. Henrique dos Santos
3. Jose Artur Mendes
4. Mario Joao Arlete

Chauffeurs

1. Bonifacio Mendonca
2. Antonio Te
3. Mamadu Silla
4. Nicolau A. Lopes Gomes
5. Ensa Sambu
6. Mamadu Aliu Bary
7. Paulo Sanca
8. Lamine Djassi
9. Luis Cabral
10. Adelson P. Araujo
11. Tchutchu Barbosa
12. Seco Intchasso

Appendice C. Estimations des erreurs d'échantillonnage

L'échantillon de personnes interrogées choisi dans le cadre de l'enquête MICS du/de la Guinée-Bissau n'est qu'un lot parmi tant d'autres qui auraient pu être choisis au sein de la même population, en utilisant la même composition et la même taille. Chacun de ces échantillons aurait donné des résultats légèrement différents de ceux de l'échantillon réellement choisi. Les erreurs d'échantillonnage sont une mesure de la variabilité entre l'ensemble des échantillons possibles. L'étendue de la variabilité n'est pas connue avec exactitude, mais une estimation statique peut en être faite à partir des résultats de l'enquête.

Les mesures d'erreurs d'échantillonnage ci-dessous sont présentées dans cette annexe pour chaque indicateur sélectionné :

- 1 Erreur-type (*et*) : une erreur d'échantillonnage est généralement mesurée en termes d'erreur-type pour chaque indicateur (médians, proportions, etc.). L'erreur-type équivaut à la racine carrée de la variance. On utilise la méthode de la linéarisation de Taylor pour l'estimation des erreurs-types.
- 2 Le coefficient de variation (*et/r*) est le ratio de l'erreur-type sur la valeur de l'indicateur
- 3 L'effet du plan expérimental (*deff*) est le ratio de la variance réelle de l'indicateur, dans le cadre de la méthode d'échantillonnage utilisée dans l'enquête, sur la variance calculée dans le cadre de l'hypothèse d'un simple échantillonnage aléatoire. La racine carrée de l'effet du plan expérimental (*deft*) est utilisée pour démontrer l'efficacité de la conception de l'échantillon. Une valeur *deft* égale à 1 indique que la conception de l'échantillon est aussi efficace qu'un simple échantillonnage aléatoire, tandis qu'une valeur *deft* supérieure à 1 indique une augmentation de l'erreur-type due à l'utilisation d'une conception d'échantillon plus complexe.
- 4 Les limites de confiance sont calculées pour montrer l'intervalle dans lequel la valeur réelle pour la population devrait normalement figurer. La valeur de *n* importe quelle statistique calculée sur la base de l'enquête sera comprise dans une plage de plus ou moins deux fois son erreur-type ($p + 2.et$ ou $p - 2.et$) dans 95 % des échantillons possibles, de taille et de conception identiques.

Le module SPSS Version 14 Complex Samples a été utilisé pour le calcul des erreurs d'échantillonnage à partir des données de l'enquête MICS. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après. Outre les valeurs des erreurs d'échantillonnage décrites ci-dessus, les tableaux incluent également le nombre de dénominateurs pondérés et non pondérés de chaque indicateur.

Les erreurs d'échantillonnage sont calculées pour les indicateurs ayant un intérêt majeur, le total national, les provinces ainsi que pour les zones urbaines et rurales. Parmi les indicateurs choisis, 3 sont basés sur les ménages, 8 sur les membres des ménages, 13 sur les femmes et 15 sur les enfants de moins de 5 ans. Tous les indicateurs sont présentés dans ce rapport sous forme de proportions. Le Tableau SE.1 contient la liste des indicateurs dont les erreurs d'échantillonnage ont été calculées, ainsi que la population de base (dénominateur) de chaque indicateur. Les tableaux SE.2 à SE.9

présentent les erreurs d'échantillonnage calculées.

Appendice D. Tableaux sur la qualité des données

Appendice E. Indicateurs MICS : numérateurs et dénominateurs

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
1 Taux de mortalité chez les moins de 5 ans	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 5 ans	
2 Taux de mortalité infantile	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 1 an	
3 Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès chez les femmes liés à la grossesse dans une année spécifique	Nombre d'enfants nés vivants au cours de l'année (exprimés par 100 000 naissances)
4 Assistance par un personnel qualifié	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête, assistées par un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
5 Accouchements dans un établissement spécialisé	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché dans une formation sanitaire au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
6 Prévalence de l'insuffisance pondérale	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/âge de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est faible
7 Prévalence des retards de croissance	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont la taille est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian taille/âge de la norme NCHS/WHO (modéré et sévère). Nombre d'enfants dont la taille est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans mesurés
8 Prévalence de la déperdition	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/taille de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans pesés et mesurés
9 Enfants de faible poids à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesant moins de 2 500 grammes	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
10 Enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesés à la naissance	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
11 Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Nombre d'habitants vivant dans des ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
12 Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Nombre d'habitants des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
13 Traitement de l'eau	Nombre d'habitants des ménages utilisant de l'eau traitée	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
14 Élimination des excréments infantiles	Nombre d'enfants de moins de trois ans dont les (dernières) selles ont été éliminées de manière sûre	Nombre total d'enfants de moins de trois ans interrogés
15 Taux d'allaitement exclusive	Nombre de nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel	Nombre total de nourrissons de 0-5 mois interrogés
16 Taux d'allaitement continu	Nombre de nourrissons de 12-15 mois et de 20-23 mois actuellement nourris au lait maternel	Nombre total d'enfants de 12-15 mois et de 20-23 mois interrogés
17 Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	Nombre de nourrissons de 6-9 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires	Nombre total de nourrissons de 6-9 mois interrogés

18	Fréquence de l'alimentation complémentaire	Nombre de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires au moins le nombre de fois minimal recommandé par jour (deux fois par jour pour les nourrissons de 6-8 mois, trois fois par jour pour ceux de 9-11 mois)	Nombre total de nourrissons de 6-11 mois interrogés
19	Enfants bien nourris	Nombre de nourrissons de 0-11 mois convenablement nourris : nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel et nourrissons de 6-11 mois nourris au sein et aux aliments solides et pâteux le nombre de fois convenable (voir ci-dessus) la veille	Nombre total de nourrissons de 0-11 mois interrogés
20	Soins prénatals	Nombre de femmes de 15-49 ans assistées par un personnel sanitaire qualifié au moins une fois en cours de grossesse au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
21	Prévalence des contraceptives	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
22	Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines, traités aux antibiotiques	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
23	Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines ayant consulté un traitant approprié	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
24	Combustibles solides	Nombre de résidents dans les ménages utilisant des combustibles solides (bois, charbon, résidus de récoltes ou déjections animales) comme principale source énergétique pour la cuisson	Nombre total de résidents des ménages interrogés
25	Couverture vaccinale contre la tuberculose	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au BCG avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
26	Couverture vaccinale contre la polio	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés à l'OPV3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
27	Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au DTC3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
28	Couverture vaccinale contre la rougeole	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
29	Couverture vaccinale contre l'hépatite B	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre l'hépatite avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
30	Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la fièvre jaune avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
31	Enfants entièrement vaccinés	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés aux DTC1-3, aux OPV-1-3, au BCG et contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
32	Protection contre le tétanos néonatal	Nombre de mères ayant eu un enfant né vivant au cours de l'année écoulée, qui ont reçu au moins deux doses du vaccin de l'anatoxine tétanique (VAT) dans l'intervalle approprié avant d'accoucher	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours de l'année précédant l'enquête
33	Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, traités aux sels de réhydratation par voie orale et/ou à l'aide d'une solution domestique appropriée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
34	Traitement à domicile de la diarrhée	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
35	Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée traités à la RVO (sels de réhydratation orale ou solution domestique appropriée) ou dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines

	poursuite de l'alimentation	manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	
36	Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	Nombre de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée de manière permanente ou imprégnée l'année passée	Nombre total de ménages interrogés
37	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
38	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
39	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines, traités à l'aide d'un antipaludéen approprié dans les 24 heures qui ont suivi l'accès de fièvre	Nombre total d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines
40	Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	Nombre de femmes recevant un traitement intermittent approprié contre le paludisme (défini comme équivalant à au moins 2 doses de SP/Fansidar) en cours de grossesse, ayant accouché d'un enfant né vivant, au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
41	Consommation de sel iodé	Nombre de ménages dont le test du sel a révélé 15 parts par million ou plus d'iode ou d'iodate	Nombre total de ménages interrogés
42	Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu au moins une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois	Nombre total d'enfants de 6-59 mois interrogés
43	Supplémentation en vitamine A (accouchées)	Nombre de femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 ans précédant l'enquête, qui ont reçu une dose élevée de compléments en vitamine A dans les 8 semaines ayant suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
44	Contenu des soins prénatals	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu des soins prénatals en cours de grossesse	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
45	Allaitement commencé à temps	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont donné le sein au nouveau-né dans l'heure qui a suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
46	Soutien pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois vivant dans des ménages où un adulte a mené au cours des 3 derniers jours quatre activités (voire plus) de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
47	Soutien paternel pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont le père a mené au cours des 3 derniers jours une ou plusieurs activités de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois
48	Soutien pour les études : livres pour enfants	Nombre de ménages possédant 3 livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
49	Soutien pour les études : autres livres	Nombre de ménages possédant 3 autres types de livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
52	Fréquentation du préscolaire	Nombre d'enfants de 36-59 mois fréquentant un type de programme d'éducation de base	Nombre total d'enfants de 36-59 mois interrogés
53	Prédisposition pour la scolarisation	Nombre d'enfants en première année du cycle primaire ayant fréquenté un type d'établissement préscolaire l'année dernière	Nombre total d'enquête en première année interrogés
54	Taux d'entrée net au cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école qui sont actuellement en première année	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
55	Taux de fréquentation net du cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle primaire qui fréquentent actuellement une école primaire ou secondaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
56	Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle secondaire qui fréquentent actuellement une école secondaire ou un établissement supérieur	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire interrogés
57	Enfants parvenus au CM2	Proportion d'enfants entrés en première année du cycle primaire parvenus au CM2	
58	Taux de passage au cycle secondaire	Nombre d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée passés au cycle secondaire	Nombre total d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée

			interrogés
59	Taux d'achèvement des études primaires	Nombre d'enfants (tous âges confondus) en dernière année du cycle primaire (hormis les redoublants)	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'achever les études primaires (âge normal pour la dernière année du cycle primaire) interrogés
60	Taux d'alphabétisation chez les adultes	Nombre de femmes de 15-24 ans capables de lire une courte phrase simple sur la vie quotidienne	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
61	Indice de parité des sexes	Proportion de filles dans les cycles primaire et secondaire	Proportion de garçons dans les cycles primaire et secondaire
62	Enregistrement des naissances	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont la naissance a été enregistrée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
63	Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi <u>une</u> des formes d'excision/mutilation génitale	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
64	Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi une forme extrême d'excision/mutilation génitale (telle que l'infibulation)	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
65	Prévalence de l'E/MGF chez les filles	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant avoir fait subir au moins à l'une de leurs filles une forme d'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées, ayant au moins une fille vivante
66	Approbation de l'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans favorables à la poursuite de l'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
67	Mariage avant 15 ans et 18 ans	Nombre de femmes mariées ou entrées en union avant d'avoir eu exactement 15 ans ou 18 ans, par groupes d'âges	Nombre total de femmes de 15-49 ans et de 20-49 ans interrogées, par groupes d'âges
68	Jeunes femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre de femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre total de femmes de 15-19 ans interrogées
69	Différence d'âges des conjoints	Nombre de femmes mariées ou en union âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans ayant une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur époux actuel	Nombre total de femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans mariées ou en union libre interrogées
70	Polygamie	Nombre de femmes en situation de polygamie	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre interrogées
71	Travail des enfants	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans interrogés
72	Élèves ouvriers	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants qui fréquentent l'école	Nombre total d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants
73	Ouvriers élèves	Nombre d'enfants de 5-14 ans fréquentant l'école qui sont impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans scolarisés
74	Punitions de l'enfant	Nombre d'enfants de 2-14 ans qui (1) subissent uniquement une agression non violente, (2) subissent une agression psychologique en guise de punition, (3) subissent des châtimets corporels mineurs, (4) subissent des châtimets corporels sévères	Nombre total d'enfants de 2-14 ans choisis et interrogés
75	Prévalence d'orphelins	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont au moins l'un des parents est décédé	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
76	Prévalence d'enfants vulnérables	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont l'un des parents souffre d'une maladie chronique, dont le ménage a perdu un adulte de 18-59 ans au cours de l'année écoulée ou dont le ménage a connu un adulte de 18-59 ans qui a souffert d'une maladie chronique au cours de l'année écoulée	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
77	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	Proportion d'orphelins de père et de mère âgés de 10-14 ans scolarisés	Proportion d'enfants de 10-14 ans scolarisés, dont les deux parents sont vivants et qui vivent avec au moins l'un d'eux
78	Conditions d'accueil des enfants	Nombre d'enfants de 0-17 ans ne vivant pas avec un parent biologique	Nombre total d'enfants de 0-17 ans interrogés
79	Malnutrition chez les enfants	Proportion d'enfants orphelins ou vulnérables de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance de poids	Proportion d'enfants de moins de cinq ans non

	rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	modérée ou sévère sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de moins de cinq ans qui ont été pesés	classés comme étant orphelins ou vulnérables, atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère, sur l'ensemble des enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables qui ont été pesés
80	Rapports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Proportion d'enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans interrogés	Proportion d'enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables interrogés
81	Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans dont la famille a reçu un soutien extérieur de base pour la protection	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans interrogés
82	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans qui ont su identifier correctement deux méthodes de prévention de l'infection à VIH et qui ont rejeté trois idées fausses courantes sur la transmission du virus	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
83	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	Nombre de femmes de 15-24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de rapports sexuels extraconjugaux avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées ayant eu un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois
84	Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
85	Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	Nombre de femmes sexuellement actives âgées de 15-24 ans interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois
86	Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Nombre de femmes exprimant une réponse favorable pour les quatre questions relatives aux porteurs du VIH ou aux malades du sida	Nombre total de femmes interrogées
87	Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant connaître un centre de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
88	Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant avoir subi le test de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
89	Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant correctement identifié les trois modes de transmission verticale	Nombre total de femmes interrogées
90	Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir bénéficié de conseils sur le VIH/SIDA lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
91	Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir reçu les résultats de leur test de dépistage du VIH lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
92	Différence d'âges des partenaires sexuels	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire de 10 ans leur aîné, voire plus	Nombre total de femmes de 15-24 ans sexuellement actives interrogées
96	Source d'approvisionnement	Nombre d'enfants (ou de ménages) dont les approvisionnements se font auprès de fournisseurs publics,	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour

	présentée individuellement par type de provision : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens	lesquels les approvisionnements ont été obtenus
97	Coût d'approvisionnement	Coût moyen des approvisionnements obtenus, présenté individuellement pour chaque type de provision et classé par leur provenance d'un fournisseur public ou privé : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens.
98	Besoins à couvrir en matière de planning familial	Nombre de femmes fécondes mariées ou en union, désireuses d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants, qui ne pratiquent pas la contraception
99	Demande couverte en matière de planning familial	Nombre de femmes mariées ou en union pratiquant la contraception
100	Attitudes face à la violence domestique	Nombre de femmes estimant que le mari/partenaire a le droit de frapper ou de battre sa femme dans au moins l'une de ces circonstances : (1) sortir sans l'aviser, (2) négliger les enfants, (3) se disputer avec lui, (4) refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, (5) brûler les aliments

Appendice F. Questionnaires