

# CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

# 1

*Mamadou Badian DIALLO*

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

## 1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

### 1.1.1 Situation géographique

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

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

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

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

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

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

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

### **1.1.2 Organisation politico administrative**

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

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

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

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

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

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

### 1.1.3 Aperçu socio-économique

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

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

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

---

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

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

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

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

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

#### **1.1.4 Milieu humain et démographie**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	RGPH 1983	EDSG-I 1992	RGPH 1996	EDSG-II 1999
Population totale (millions)	4,66	--	7,16	--
Taux Brut de Natalité (pour mille)	45	41	40	37
Indice Synthétique de fécondité	5,8	5,7	5,6	5,5
Taux Brut de Mortalité (pour mille)	18	--	14,2	--
Taux de mortalité infantile (pour mille)	146	136	121	98
Espérance de vie ( $e_0$ , en années)	45	--	54	--

Sources :

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, RGPH 1983

Enquête Démographique et de Santé, EDSG-I 1992

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, RGPH 1996

Enquête Démographique et de Santé, EDSG-II 1999

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

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

### 1.1.5 Politique de population

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

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

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

- 1- Intégrer les variables démographiques aux programmes socioéconomiques ;
- 2- Porter le taux de natalité à un niveau soutenable par les familles et la société ;
- 3- Réduire la mortalité ;
- 4- Maîtriser les migrations et le processus d'urbanisation ;

- 5- Améliorer le niveau nutritionnel des populations ;
- 6- Développer l'éducation des différentes couches de la population ;
- 7- Améliorer la qualification de la main d'œuvre, les niveaux de l'emploi et du revenu des populations et en assurer une répartition équitable ;
- 8- Améliorer l'habitat ;
- 9- Protéger et sauvegarder l'environnement ;
- 10- Assurer l'intégration des femmes et des jeunes au processus de développement ;
- 11- Protéger les groupes vulnérables : les enfants, les jeunes, les personnes du troisième âge et les handicapés ;
- 12- Améliorer la connaissance des problèmes de population ;
- 13- Assurer une large sensibilisation des différentes couches sociales aux problèmes et politiques de population ;
- 14- Promouvoir un développement équilibré des régions en rapport avec leur contexte démographique.

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

### **1.1.6 Politique de santé**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## **1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE**

### **1.2.1 Organisation de l'EDSG-III**

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

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

### **1.2.2 Objectifs de l'EDSG-III**

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

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

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

- mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes par méthode et les préférences en matière de fécondité ;
- recueillir des données sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre et/ou de convulsions chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement ;
- recueillir des données sur la prévention et sur le traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation de moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;
- recueillir des données sur les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement, et dans la moitié des ménages de l'enquête prendre les mesures anthropométriques pour évaluer l'état nutritionnel des femmes et des enfants, et réaliser un test d'anémie auprès des enfants de moins de cinq ans, des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans ;
- recueillir des données sur la connaissance et les attitudes des femmes et des hommes au sujet des IST et du VIH/sida et évaluer les modifications récentes de comportement du point de vue de l'utilisation du condom ;
- effectuer des prélèvements de sang dans la moitié des ménages de l'enquête pour le dépistage anonyme du VIH/sida auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans afin d'estimer la prévalence du VIH dans la population adulte d'âge reproductif ; et
- recueillir des données sur la pratique de l'excision.

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

### 1.2.3 Questionnaires

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

- le questionnaire ménage ;
- le questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ; et
- le questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

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

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

### ***Questionnaire ménage***

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

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

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

### ***Questionnaire individuel femme***

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

- **Caractéristiques sociodémographiques** : cette section est consacrée aux informations concernant le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, l'exposition aux médias, la nationalité, la religion, l'ethnie et la principale langue parlée dans le ménage.
- **Reproduction** : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.
- **Planification familiale** : cette section a pour but de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives disponibles dans le pays, ainsi que sur leurs sources d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non utilisation de la contraception.

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

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

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

- Mariage et activité sexuelle : cette section est consacrée aux données sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, les différents partenaires sexuels, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- Préférences en matière de fécondité : cette section a pour but de recueillir des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et l'opinion concernant la taille de la famille.
- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme : dans cette partie, les questions qui ont été posées ont pour but de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes. De plus, des questions spécifiques ont été posées pour évaluer le statut de la femme portant principalement sur le niveau de contrôle des femmes dans le ménage et sur leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. On a également demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains des rôles que la société leur confère.
- Sida et autres IST : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence du VIH/sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles, ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida.
- Excision : dans cette section, on a collecté des informations sur la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles, ainsi que sur leur attitude vis-à-vis de cette pratique.
- Mortalité maternelle : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.

## **Questionnaire individuel homme**

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

### **1.2.4 Échantillonnage**

Un échantillon national de 7 500 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 8 domaines d'étude (constitués des 7 régions administratives et de Conakry) pour lesquels on obtient une estimation pour tous les indicateurs clés. Il faut préciser que les résultats de l'EDSG-III sont représentatifs aussi pour les quatre régions naturelles.

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

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

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

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

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

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

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

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

### 1.2.5 Tests d'hémoglobine et du VIH

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

#### *Test d'hémoglobine*

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

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

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

### ***Test du VIH***

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

#### **1.2.6 Personnel de l'EDSG-III**

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

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

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

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

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

#### **1.2.7 Déroulement des activités de l'EDSG-III**

##### ***Cartographie***

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

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

### ***Enquête pilote***

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

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

### ***Formation et enquête principale***

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

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

- Les chefs d'équipe, au nombre de 10, ont été sélectionnés parmi les personnes qui ont suivi la formation principale et qui présentaient les meilleures aptitudes de compréhension des questionnaires.
- Les 40 enquêtrices et les 10 enquêteurs ont été sélectionnés après la formation selon leurs résultats aux différents tests d'aptitude.
- Les laborantins (10 dont 4 de sexe féminin) ont été sélectionnés au cours de la formation sur les techniques de prélèvement, conservation et de transport du sang.



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

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

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

### ***Traitement des données***

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

### ***Analyse***

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