

Oumar DIALLO

En Guinée, la malnutrition constitue un problème de santé publique. Elle affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Elle résulte d'une alimentation inadéquate, de pratiques alimentaires inappropriées¹ et de maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans des conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective déficientes. Au cours de l'EDSG-III, des informations détaillées relatives à l'alimentation et à la situation nutritionnelle des enfants nés au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête ont été collectées. En outre, des données sur l'état nutritionnel des femmes en âge de procréation ont également été recueillies.

Ce chapitre est donc consacré à l'analyse des résultats concernant l'alimentation des enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête, leur état nutritionnel et celui des femmes. Il s'articule autour de trois parties : la première est consacrée aux pratiques de l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément ; la deuxième traite des carences en micronutriments (iode, vitamine A) et de la prévalence de l'anémie et enfin, la troisième porte sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes évalué à partir des mesures anthropométriques (poids et taille).

10.1 ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Tous les spécialistes en nutrition des enfants et les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont unanimes pour reconnaître que le lait maternel est l'aliment le plus complet pour l'alimentation de l'enfant pendant les six premiers mois qui suivent sa naissance et qu'il est difficile de lui trouver un substitut. En effet, le lait maternel est stérile et permet la transmission des anticorps de la mère à l'enfant, ce qui limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies de l'enfant, notamment au cours des six premiers mois de sa vie. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte à son tour, la morbidité et la mortalité des enfants. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement maternel prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral, ce qui influe sur le niveau de fécondité et donc sur l'état de santé des mères et des enfants (voir chapitre 6, Nuptialité et Exposition au Risque de Grossesse).

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement maternel dans la nutrition des nourrissons, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, combien de temps après la naissance l'enfant avait été mis au sein pour la première fois, pendant combien de temps elle l'avait allaité et à quelle fréquence. On leur a également demandé à quel âge les aliments de complément avaient été introduits, le type de ces aliments et la fréquence à laquelle ils ont été donnés aux enfants. Enfin, on a demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

10.1.1 Début de l'allaitement maternel

Le tableau 10.1 présente plusieurs informations : les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq dernières années et qui ont été allaités, les pourcentages de ceux qui ont été allaités dans l'heure ou le jour qui a suivi la naissance et les pourcentages de ceux qui ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. On constate que l'allaitement est une pratique largement répandue en Guinée puisque la

¹ Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de l'introduction de ces aliments dans leur alimentation.

presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités (96 %). Par rapport à l'enquête de 1999, on note une légère amélioration puisqu'à cette date, la proportion d'enfants allaités était de 92 %. De plus, quelle que soit la caractéristique de la mère, on constate que pratiquement tous les enfants sont allaités. Tout au plus, peut-on remarquer que dans la région de Conakry et parmi les enfants vivant dans les ménages les plus riches, la proportion d'enfants allaités est un peu plus faible (respectivement, 93 % et 94 %). Bien que l'allaitement soit une pratique courante, on constate que seulement 40 % des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance. Dans près de trois quarts des cas, les enfants ont été mis au sein pour la première fois le jour qui a suivi leur naissance (74 %). Par rapport à l'enquête précédente, on note une augmentation de ces proportions puisqu'en 1999, 26 % des enfants avaient été mis au sein dans l'heure qui suivait la naissance et 56 % vingt quatre heures après leur naissance. Sur le plan nutritionnel, retarder la mise au sein de l'enfant peut avoir des conséquences néfastes pour sa santé. En effet, c'est lors du premier allaitement, dans les 24 heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum riche en vitamine A et qui contient les anticorps de la mère, essentiels pour sa protection. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit généralement, en substitut, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes. Les résultats du tableau montrent également que, parmi les enfants allaités, 72 % ont reçu divers aliments avant le début de l'allaitement. Cette pratique est particulièrement répandue dans les régions administratives de Mamou et de Labé puisque 90 % des enfants ont été alimentés avant d'être allaités. Cette proportion est également plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (74 % contre 64 %).

Les proportions d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance varient de manière sensible en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère. Il semble que la pratique d'allaiter l'enfant immédiatement après sa naissance soit un peu plus fréquemment suivie par les mères vivant en milieu urbain (46 % contre 39 % en rural), par celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (45 % contre 40 % pour les autres) et par celles vivant dans les ménages les plus riches (46 % contre 37 % pour celles vivant dans un ménage du second quintile). On constate également que l'assistance à l'accouchement et le lieu où celui-ci s'est déroulé semblent influencer le moment auquel a débuté l'allaitement. En effet, quand la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé, 45 % des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance contre 37 % pour ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle et 29 % quand la mère n'a bénéficié d'aucune assistance. De même, 45 % des enfants nés dans un centre de santé ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance ; quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 38 %.

Les variations observées dans les régions administratives en ce qui concerne la mise au sein de l'enfant dans l'heure suivant la naissance sont importantes. Dans la région de Mamou, seulement 15 % des enfants ont été allaités immédiatement après leur naissance ; dans celle de Conakry, cette proportion est de 50 % et c'est dans la région de Faranah qu'elle est la plus élevée (54 %).

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités, et parmi ceux qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | Pourcentage allaité au sein | Effectif d'enfants | Pourcentage allaité dans l'heure suivant la naissance | Pourcentage allaité dans le jour suivant la naissance ¹ | Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement ² | Effectif d'enfants allaités |
|---|-----------------------------|--------------------|---|--|--|-----------------------------|
| Sexe | | | | | | |
| Masculin | 95,2 | 3 294 | 40,4 | 75,3 | 72,1 | 3 136 |
| Féminin | 97,0 | 3 075 | 40,0 | 73,5 | 72,2 | 2 982 |
| Milieu de résidence | | | | | | |
| Urbain | 94,7 | 1 438 | 46,1 | 80,7 | 64,3 | 1 362 |
| Rural | 96,4 | 4 932 | 38,5 | 72,6 | 74,4 | 4 755 |
| Région administrative | | | | | | |
| Boké | 96,8 | 743 | 38,3 | 62,1 | 80,3 | 720 |
| Conakry | 92,5 | 641 | 50,4 | 81,0 | 66,3 | 593 |
| Faranah | 94,4 | 539 | 54,0 | 78,2 | 65,6 | 509 |
| Kankan | 95,7 | 970 | 46,8 | 64,6 | 63,8 | 928 |
| Kindia | 96,4 | 948 | 37,3 | 74,4 | 63,9 | 914 |
| Labé | 94,6 | 621 | 39,6 | 62,5 | 89,6 | 588 |
| Mamou | 97,5 | 424 | 14,8 | 62,6 | 90,2 | 413 |
| N'Zérékoré | 97,9 | 1 485 | 37,3 | 91,0 | 71,1 | 1 453 |
| Région naturelle | | | | | | |
| Basse Guinée | 96,6 | 1 487 | 36,7 | 69,7 | 69,8 | 1 435 |
| Moyenne Guinée | 96,0 | 1 249 | 31,9 | 62,7 | 88,3 | 1 199 |
| Haute Guinée | 96,0 | 1 269 | 50,4 | 67,3 | 63,0 | 1 219 |
| Guinée Forestière | 97,0 | 1 724 | 38,1 | 89,7 | 71,3 | 1 671 |
| Conakry | 92,5 | 641 | 50,4 | 81,0 | 66,3 | 593 |
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | |
| Aucune instruction | 96,3 | 5 546 | 39,9 | 73,4 | 73,3 | 5 340 |
| Primaire | 94,9 | 524 | 40,4 | 79,8 | 67,8 | 497 |
| Secondaire ou plus | 93,7 | 300 | 45,0 | 83,7 | 57,2 | 281 |
| Assistance à l'accouchement | | | | | | |
| Professionnel de la santé | 95,5 | 2 422 | 45,3 | 79,7 | 61,3 | 2 312 |
| Accoucheuse traditionnelle | 96,4 | 1 506 | 37,4 | 77,9 | 77,5 | 1 452 |
| Autre | 96,4 | 1 823 | 39,9 | 68,9 | 77,9 | 1 757 |
| Personne | 96,2 | 579 | 28,5 | 63,8 | 88,3 | 557 |
| Lieu d'accouchement | | | | | | |
| Centre de santé | 95,1 | 1 960 | 44,9 | 80,3 | 61,2 | 1 865 |
| À domicile | 96,4 | 4 378 | 38,4 | 72,3 | 77,4 | 4 222 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | |
| Le plus pauvre | 96,9 | 1 563 | 39,8 | 77,1 | 80,0 | 1 515 |
| Second | 96,4 | 1 376 | 36,6 | 67,4 | 76,1 | 1 326 |
| Moyen | 96,1 | 1 323 | 38,9 | 72,7 | 72,7 | 1 272 |
| Quatrième | 96,2 | 1 164 | 41,6 | 76,2 | 63,3 | 1 119 |
| Le plus riche | 93,8 | 943 | 46,4 | 80,4 | 63,2 | 885 |
| Ensemble | 96,0 | 6 370 | 40,2 | 74,4 | 72,1 | 6 118 |

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq ans ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête. Y compris 40 cas non déclarés pour l'assistance à l'accouchement et 31 cas pour le lieu d'accouchement.

¹ Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

² Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des trois premiers jours avant que la mère ne commence à allaiter de manière régulière.

10.1.2 Allaitement exclusif et introduction de l'alimentation de complément

De la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, le lait maternel seul suffit pour couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson. À cet effet, l'OMS et l'Unicef recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à 6 mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Par contre, à partir de 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. Il est alors fortement recommandé que l'allaitement au sein soit complété par l'introduction d'aliments appropriés pour satisfaire les besoins alimentaires indispensables à sa croissance.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides), il avait reçu au cours des dernières 24 heures (le jour et la nuit ayant précédé l'enquête). Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des 5 années qui ont précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'aux enfants derniers-nés, âgés de moins de 3 ans.

On constate au tableau 10.2 et au graphique 10.1 que la pratique de l'allaitement exclusif est peu fréquente en Guinée puisqu'à moins de 2 mois, seulement 42 % des enfants sont nourris exclusivement avec le lait maternel. Dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent que le nourrisson reçoive autre chose que le lait maternel : à 0-1 mois, 45 % des enfants reçoivent de l'eau seulement en plus du lait maternel, 5 % reçoivent d'autres types de laits et 6 % reçoivent déjà des aliments de complément. Ces proportions sont respectivement de 62 %, 6 % et 7 % dès l'âge de 2-3 mois. En d'autres termes, la grande majorité des jeunes enfants de moins de 6 mois (73 %) ne sont pas allaités comme le recommandent l'OMS et l'Unicef².

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car il est le plus souvent associé à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Les résultats présentés au tableau 10.2 montrent qu'en Guinée, la proportion de mères qui utilisent le biberon est faible : 4 % pour l'ensemble des enfants âgés de moins de 6 mois et 5 % pour ceux âgés de 6-9 mois.

² OMS et UNICEF (1990). OMS (1994).

Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

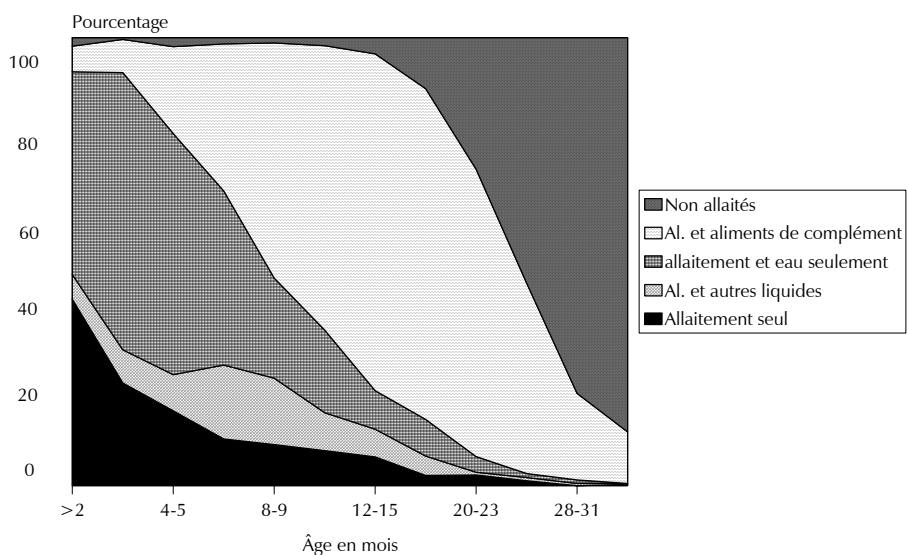
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSC-III Guinée 2005

| Âge en mois | Pas allaité au sein | Exclusive-ment allaité au sein | Allaitement au sein et alimentation | | | | Total | Effectif d'enfants | Pourcentage utilisant le biberon ¹ | Effectif d'enfants |
|-------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------|------------------------|-------|--------------------|---|--------------------|
| | | | Eau seulement | Liquides à base d'eau/jus | Autre lait | Aliments de complément | | | | |
| <2 | 1,9 | 41,6 | 45,2 | 0,4 | 5,1 | 5,7 | 100,0 | 251 | 2,3 | 258 |
| 2-3 | 0,4 | 22,9 | 61,8 | 1,1 | 6,3 | 7,4 | 100,0 | 242 | 4,5 | 251 |
| 4-5 | 2,0 | 16,7 | 53,8 | 1,3 | 6,8 | 19,4 | 100,0 | 258 | 4,4 | 266 |
| 6-7 | 1,4 | 10,4 | 38,8 | 2,4 | 14,1 | 32,8 | 100,0 | 234 | 7,4 | 245 |
| 8-9 | 1,2 | 9,2 | 22,4 | 1,2 | 13,6 | 52,5 | 100,0 | 180 | 2,5 | 186 |
| 10-11 | 1,8 | 7,8 | 18,4 | 1,9 | 6,6 | 63,5 | 100,0 | 181 | 5,2 | 185 |
| 12-15 | 3,6 | 6,4 | 8,6 | 1,6 | 4,6 | 75,1 | 100,0 | 489 | 2,2 | 506 |
| 16-19 | 11,4 | 2,3 | 8,2 | 0,7 | 3,6 | 73,8 | 100,0 | 291 | 3,3 | 300 |
| 20-23 | 29,4 | 2,4 | 3,5 | 0,0 | 0,6 | 64,2 | 100,0 | 288 | 1,4 | 313 |
| 24-27 | 54,8 | 1,1 | 0,9 | 0,2 | 0,5 | 42,5 | 100,0 | 383 | 3,9 | 445 |
| 28-31 | 79,3 | 0,0 | 0,8 | 0,5 | 0,0 | 19,3 | 100,0 | 236 | 3,4 | 291 |
| 32-35 | 88,0 | 0,3 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 11,5 | 100,0 | 246 | 2,9 | 373 |
| <6 | 1,5 | 27,0 | 53,5 | 0,9 | 6,1 | 11,0 | 100,0 | 751 | 3,7 | 775 |
| 6-9 | 1,3 | 9,9 | 31,7 | 1,9 | 13,9 | 41,4 | 100,0 | 414 | 5,3 | 432 |

Note : Le statut de l'allaitement fait référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément. Les catégories « pas allaité au sein », « exclusivement allaité au sein », « allaités et eau seulement », « allaités et liquides à base d'eau/jus », « allaités et autre lait » et « allaités et aliments de complément » sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages atteint 100 %. Ainsi les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « liquides à base d'eau/jus » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Graphique 10.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



EDSG-III 2005

10.1.3 Durée et fréquence de l'allaitement maternel

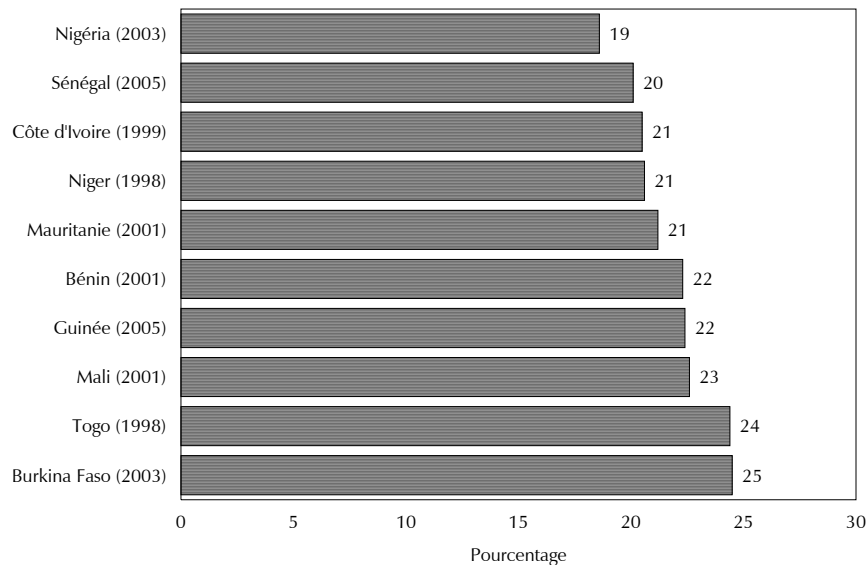
Le tableau 10.3 présente la durée médiane de l'allaitement selon le type d'allaitement pour les enfants nés au cours des 3 années ayant précédé l'enquête. La durée médiane de l'allaitement maternel est estimée à 22,4 mois pour l'ensemble du pays, durée identique à celle observée lors de l'EDSG-II de 1999. Des durées plus courtes sont observées en ce qui concerne l'allaitement exclusif (0,6 mois) ou l'allaitement prédominant (6,4 mois). Le graphique 10.2 fournit les durées médianes d'allaitement pour certains pays d'Afrique de l'Ouest, calculées selon le même procédé.

| Caractéristique sociodémographique | Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois) | | | | Enfants de moins de six mois allaités au sein | | | |
|--|--|------------------------------|----------------------------------|--------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Allaitement au sein | Allaitement exclusif au sein | Allaitement au sein pré-dominant | Effectif d'enfants | Pourcentage allaité 6 fois ou plus dans les dernières 24 heures | Nombre moyen de repas par jour | Nombre moyen de repas par nuit | Effectif d'enfants |
| | | | | | | | | |
| Sexe | | | | | | | | |
| Masculin | 22,1 | 0,7 | 6,7 | 2 045 | 96,4 | 7,3 | 4,4 | 377 |
| Féminin | 22,7 | 0,5 | 6,1 | 1 918 | 96,8 | 7,3 | 4,1 | 373 |
| Milieu de résidence | | | | | | | | |
| Urbain | 22,0 | 0,7 | 5,7 | 914 | 94,7 | 6,9 | 4,3 | 144 |
| Rural | 22,5 | 0,6 | 6,6 | 3 049 | 97,0 | 7,4 | 4,2 | 605 |
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | | | |
| Aucune instruction | 22,6 | 0,6 | 6,6 | 3 422 | 97,0 | 7,3 | 4,2 | 652 |
| Primaire | 21,6 | 0,5 | 5,3 | 341 | 93,5 | 6,7 | 4,3 | 67 |
| Secondaire ou plus | 21,2 | 0,7 | 6,7 | 200 | (93,2) | (7,1) | (3,7) | 30 |
| Ensemble | 22,4 | 0,6 | 6,4 | 3 962 | 96,6 | 7,3 | 4,2 | 749 |
| Moyenne | 22,7 | 3,1 | 8,2 | na | na | na | na | na |

On constate peu d'écart selon les caractéristiques sociodémographiques. Par rapport au sexe, les écarts observés sont peu significatifs : 22,1 mois pour le sexe masculin contre 22,7 mois pour le sexe féminin. Il en est de même au niveau du milieu de résidence : 22,5 mois pour le milieu rural et 22,0 mois pour le milieu urbain.

La durée médiane d'allaitement maternel diminue légèrement avec le niveau d'instruction de la mère : elle passe de 22,6 mois pour les enfants de mère sans niveau d'instruction à 21,6 mois pour les enfants de mère ayant un niveau d'instruction primaire et 21,2 mois pour ceux dont la mère possède un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 10.2 Durée médiane de l'allaitement dans certains pays d'Afrique de l'Ouest



En outre, le tableau 10.3 montre que 97 % des enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités au sein l'ont été 6 fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. La fréquence quotidienne des allaitements est plus élevée pendant le jour que pendant la nuit (respectivement, 7,3 et 4,2 fois, en moyenne).

10.1.4 Type d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments administrés aux enfants derniers-nés de moins de trois ans, sont présentées au tableau 10.4. Comme on l'a mentionné précédemment, l'introduction d'aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation des enfants est recommandée à partir de l'âge de 6 mois. Il est important de noter que plusieurs types d'aliments pouvant être donnés à la fois, la somme des pourcentages peut dépasser 100 %. De plus, l'analyse sera limitée aux seuls résultats concernant les enfants ayant été allaités à cause de la faiblesse des effectifs de jeunes enfants non allaités.

On constate qu'en Guinée l'introduction précoce de liquides, autres que le lait maternel, et d'aliments solides ou semi-solides a lieu bien avant 6 mois. En effet, à 2-3 mois, près d'un enfant sur cinq (19 %) ont déjà reçu de la nourriture solide ou semi-solide et 5 % des aliments à base de céréales ; à 4-5 mois, ces proportions sont, respectivement, de 38 % et 16 %. Par contre, à 6-7 mois, âges auxquels le lait maternel seul ne suffit plus, seulement un peu plus de la moitié des enfants (52 %) reçoivent une alimentation solide ou semi-solide et, par conséquent, près d'un enfant de ce groupe d'âges sur deux n'est pas nourri de manière adéquate. En outre, seulement, 6 % sont nourris avec de la viande/volaille/poisson et 9 % avec des aliments riches en vitamine A. Dans seulement 11 % des cas, on a donné aux enfants d'autres laits, des fromages ou des yaourts. La faible consommation de ces aliments peut être attribuée, en partie, à des croyances et à des habitudes culturelles. Ce n'est qu'à partir de 12 mois que la quasi-totalité des enfants reçoivent une nourriture solide ou semi-solide (90 %).

Tableau 10.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu certains aliments déterminés le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction du fait qu'ils sont, ou non, allaités, selon l'âge en mois, EDSC-III Guinée 2005

| Âge en mois | Aliments pour bébé | Autre lait/ fromage/ yaourt | Autres liquides | Nourriture à base de céréales | Fruits/ légumes | Nourriture à base de racines, de tubercules | Nourriture à base de légumes | Viande/ volaille/ poisson/ coquilles/œufs | Nourriture à base d'huile/ graisse ou beurre | Fruits et légumes riches en vitamine A | Nourriture solide ou semi solide quelconque | Effectif d'enfants |
|------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|---|------------------------------|---|--|--|---|--------------------|
| ENFANTS ALLAITÉS AU SEIN | | | | | | | | | | | | |
| <2 | 2,6 | 3,5 | 2,3 | 5,3 | 3,3 | 0,0 | 0,5 | 1,3 | 3,0 | 2,5 | 18,3 | 246 |
| 2-3 | 3,1 | 5,5 | 3,8 | 5,2 | 4,3 | 1,1 | 0,9 | 2,5 | 2,1 | 3,1 | 18,6 | 241 |
| 4-5 | 9,3 | 3,4 | 3,2 | 15,5 | 5,8 | 4,2 | 0,0 | 3,0 | 3,2 | 3,1 | 37,5 | 253 |
| 6-7 | 19,7 | 11,0 | 8,3 | 26,0 | 13,4 | 4,5 | 2,1 | 6,0 | 5,4 | 8,9 | 51,5 | 231 |
| 8-9 | 22,0 | 12,3 | 16,6 | 47,7 | 17,9 | 5,2 | 0,7 | 13,3 | 14,9 | 13,6 | 71,2 | 178 |
| 10-11 | 17,6 | 9,8 | 13,8 | 55,5 | 25,9 | 12,0 | 1,2 | 17,1 | 20,9 | 16,9 | 83,1 | 178 |
| 12-15 | 12,9 | 8,6 | 21,3 | 73,0 | 32,6 | 17,2 | 7,6 | 29,5 | 31,9 | 23,3 | 89,9 | 471 |
| 16-19 | 20,8 | 11,7 | 26,2 | 75,2 | 41,1 | 16,1 | 5,1 | 32,1 | 33,6 | 31,8 | 95,0 | 258 |
| 20-23 | 7,9 | 11,6 | 24,5 | 83,0 | 47,1 | 19,0 | 5,7 | 37,1 | 34,3 | 34,8 | 95,9 | 203 |
| 24-35 | 13,3 | 10,2 | 21,4 | 89,0 | 45,6 | 25,3 | 11,7 | 33,3 | 33,8 | 34,9 | 96,7 | 251 |
| <6 | 5,1 | 4,1 | 3,1 | 8,7 | 4,5 | 1,8 | 0,4 | 2,3 | 2,8 | 2,9 | 25,0 | 740 |
| 6-9 | 20,7 | 11,6 | 11,9 | 35,5 | 15,4 | 4,8 | 1,5 | 9,2 | 9,5 | 10,9 | 60,1 | 408 |
| ENFANTS NON ALLAITÉS AU SEIN | | | | | | | | | | | | |
| 16-19 | (16,9) | (18,4) | (59,8) | (86,6) | (74,2) | (48,9) | (28,0) | (50,3) | (60,0) | (59,7) | (96,2) | 33 |
| 20-23 | 11,1 | 19,9 | 23,9 | 83,5 | 54,7 | 29,1 | 9,7 | 33,9 | 45,0 | 40,7 | 95,2 | 85 |
| 24-35 | 7,4 | 18,3 | 33,9 | 90,5 | 53,0 | 27,1 | 13,4 | 38,1 | 43,4 | 40,6 | 97,9 | 614 |

Note : Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (le jour et la nuit ayant précédé l'enquête). Les aliments riches en vitamine A comprennent : les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, et les papayes.

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

10.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS

Les carences en micronutriments comme la vitamine A, l'iode, le fer, le calcium et le zinc sont à l'origine de manifestations diverses pouvant revêtir plusieurs formes et qui apparaissent souvent simultanément. Par exemple, les carences en vitamine A peuvent entraîner la cécité crépusculaire, celles de l'iode, le goitre et le crétinisme et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, notamment l'affaiblissement du système immunitaire.

10.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation d'iode peut entraîner des troubles souvent graves et parfois irréversibles (avortements spontanés, mortalités périnatale et infantile, accouchements prématurés, anomalies congénitales, retard de croissance, difficultés d'apprentissage, crétinisme et goitre, ce dernier étant le signe le plus visible). L'apport alimentaire insuffisant en iode est généralement dû à la pauvreté en iode du sol d'où les aliments ont été extraits. En Guinée, la stratégie de lutte consiste en la promotion de la consommation de sel iodé et l'obligation de l'iodation du sel de cuisine consommé sur le territoire national à 100 parties par million (ppm).

Au cours de la collecte des données, les enquêteurs ont testé le sel de cuisine dans chaque ménage visité pour savoir s'il s'agissait ou non de sel iodé. Il convient de noter que le sel a été testé dans 92 % des

ménages, et que 6 % des ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête. C'est dans la région de Conakry que la proportion de ménages dans lesquels le test a eu lieu est la plus faible (78 %) et c'est également dans cette région que la proportion de ménages dans lesquels le sel n'a pas été testé est la plus élevée (18 %).

Le tableau 10.5 montre que dans la moitié des ménages (51 %) le sel testé était iodé. Les résultats en fonction du milieu de résidence montrent que la proportion de ménages disposant de sel iodé est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (56 % contre 49 %). Par région naturelle, il y a également de fortes disparités puisqu'en Haute Guinée, seulement 38 % des ménages disposaient de sel iodé au moment de l'enquête alors qu'en Basse Guinée, cette proportion est de 68 %. Dans les régions administratives, les écarts sont tout aussi importants, la proportion de ménages disposant de sel iodé variant d'un minimum de 27 % à Faranah à un maximum de 74 % à Boké. Par contre, la consommation de sel iodé ne semble pas liée au niveau de vie du ménage puisqu'on ne constate pratiquement pas d'écart entre les différents quintiles, ce qui laisse supposer que la consommation de sel iodé est liée à sa disponibilité sur le marché.

| Caractéristique sociodémographique | Sel iodé dans le ménage | | Total | Effectif de ménages | Pourcentage de ménages testés | Pourcentage de ménages sans sel | Effectif de ménages |
|---|-------------------------|--------------|-------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| | Sel iodé | Sel non iodé | | | | | |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urbain | 56,2 | 43,8 | 100,0 | 1 514 | 84,7 | 12,6 | 1 788 |
| Rural | 48,9 | 51,1 | 100,0 | 4 256 | 94,7 | 3,7 | 4 494 |
| Région administrative | | | | | | | |
| Boké | 73,9 | 26,1 | 100,0 | 650 | 93,0 | 4,5 | 699 |
| Conakry | 50,8 | 49,2 | 100,0 | 705 | 78,2 | 18,4 | 901 |
| Faranah | 27,2 | 72,8 | 100,0 | 484 | 92,9 | 5,8 | 521 |
| Kankan | 43,9 | 56,1 | 100,0 | 719 | 96,1 | 3,8 | 748 |
| Kindia | 58,1 | 41,9 | 100,0 | 798 | 95,4 | 3,3 | 837 |
| Labé | 32,2 | 67,8 | 100,0 | 714 | 92,4 | 5,2 | 772 |
| Mamou | 50,9 | 49,1 | 100,0 | 512 | 95,5 | 2,9 | 537 |
| N'Zérékoré | 58,1 | 41,9 | 100,0 | 1 188 | 93,8 | 4,4 | 1 267 |
| Région naturelle | | | | | | | |
| Basse Guinée | 68,1 | 31,9 | 100,0 | 1 263 | 95,2 | 3,4 | 1 326 |
| Moyenne Guinée | 40,7 | 59,3 | 100,0 | 1 411 | 92,9 | 4,6 | 1 518 |
| Haute Guinée | 37,8 | 62,2 | 100,0 | 1 016 | 95,8 | 3,8 | 1 060 |
| Guinée Forestière | 54,8 | 45,2 | 100,0 | 1 376 | 93,2 | 5,0 | 1 476 |
| Conakry | 50,8 | 49,2 | 100,0 | 705 | 78,2 | 18,4 | 901 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 51,6 | 48,4 | 100,0 | 1 152 | 95,8 | 2,1 | 1 203 |
| Second | 50,5 | 49,5 | 100,0 | 1 328 | 94,0 | 4,5 | 1 413 |
| Moyen | 50,1 | 49,9 | 100,0 | 1 173 | 95,2 | 3,9 | 1 232 |
| Quatrième | 50,3 | 49,7 | 100,0 | 1 105 | 91,5 | 6,5 | 1 208 |
| Le plus riche | 51,6 | 48,4 | 100,0 | 1 012 | 82,5 | 14,7 | 1 226 |
| Ensemble | 50,8 | 49,2 | 100,0 | 5 770 | 91,9 | 6,3 | 6 282 |

10.2.2 Consommation de micronutriments chez les enfants

La carence en vitamine A, ou avitaminose A, est la principale cause de cécité évitable en Afrique. Elle accroît le risque de mortalité et de morbidité. En effet, une carence en vitamine A même modérée altère le système immunitaire et réduit la résistance aux infections. La vitamine A est indispensable à la croissance, à la vue et au maintien des cellules épithéliales. Les groupes vulnérables à la carence en vitamine A sont constitués des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et de celles qui allaitent. L'UNICEF, l'OMS et l'IVACG (International Vitamin A Consultative Group) recommandent à tous les pays qui ont une mortalité infanto juvénile supérieure à 70 ‰, la supplémentation systématique en capsules de vitamine A suivant un protocole défini : 2 méga doses de vitamines A administrées à intervalles de 4 à 6 mois chez les enfants de 6 à 59 mois. Un taux de couverture de 80 ‰ au moins est nécessaire pour éliminer virtuellement la carence en vitamine A dans les populations où la prévalence est importante. En Guinée, les stratégies mises en place contre les carences en micronutriments en général et la vitamine A en particulier sont entre autres :

- la supplémentation en capsules de vitamine A dans les Centres de Santé et lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) ;
- l'enrichissement des aliments en vitamine A ;
- la promotion de la consommation de produits riches en vitamine A ; et
- la promotion de la culture des aliments riches en vitamine A.

Depuis 1999, la Guinée organise régulièrement des campagnes de distribution de vitamine A chez les enfants de 6-59 mois dont certaines sont couplées avec les Journées Nationales de Vaccination.

Le tableau 10.6 présente le pourcentage d'enfants, derniers-nés âgés de moins de 3 ans, qui ont consommés des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête³. Il présente aussi le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu au moins une dose de vitamine A en capsule au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Plus des deux tiers des enfants de moins de cinq ans ont reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête (68 ‰). Cette proportion varie selon les caractéristiques sociodémographiques. En fonction de l'âge, on constate que ce sont les enfants de 12-23 mois qui ont été, proportionnellement, les plus nombreux à en avoir reçu (71 ‰) et à l'opposé, ce sont ceux de 10-11 mois qui en ont reçu le moins fréquemment (59 ‰). Entre les enfants allaités et ceux qui ne le sont pas, l'écart est très faible (respectivement, 67 ‰ contre 69 ‰). Par contre, en ce qui concerne le milieu de résidence, les disparités sont frappantes : en milieu urbain, 82 ‰ des enfants ont bénéficié d'un complément de vitamine A ; en milieu rural, cette proportion n'est que de (64 ‰). Du point de vue des régions administratives, on note également des écarts : dans les régions de Faranah (79 ‰), Conakry (79 ‰), Kindia (78 ‰) et N'Zérékoré (74 ‰), au moins les trois-quarts des enfants ont reçu cet apport nutritionnel contre seulement 38 ‰ dans celle de Mamou. Par ailleurs, le fait que la mère soit instruite semble avoir une incidence sur la supplémentation en vitamine A. En effet, 87 ‰ des enfants dont la mère a un niveau d'instruction, au moins secondaire et 84 ‰ de ceux dont la mère a un niveau primaire ont reçu des suppléments de vitamine A contre seulement 66 ‰ de ceux dont la mère n'a pas d'instruction. De même, les proportions d'enfants ayant reçu des capsules de vitamine A augmentent des ménages les plus pauvres aux plus riches, passant de 57 ‰ à 83 ‰.

³ La liste des aliments considérés comme riches en vitamine A figure en note du tableau 10.6.

Tableau 10.6 Consommation de micronutriments

Pourcentage de derniers-nés, âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans un ménage disposant de sel iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A ¹ | Effectif d'enfants | A consommé des compléments de vitamine A | Effectif d'enfants | Pourcentage vivant dans un ménage disposant de sel iodé | Effectif d'enfants |
|---|--|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
| Âge de l'enfant en mois | | | | | | |
| <6 | 3,1 | 751 | na | na | 51,9 | 738 |
| 6-9 | 11,1 | 414 | 65,7 | 432 | 52,1 | 401 |
| 10-11 | 17,1 | 181 | 59,0 | 185 | 54,8 | 182 |
| 12-23 | 30,3 | 1 068 | 70,7 | 1 118 | 52,9 | 1 084 |
| 24-35 | 39,0 | 865 | 69,2 | 1 108 | 51,5 | 1 051 |
| 36-47 | na | na | 67,0 | 958 | 51,3 | 926 |
| 48-59 | na | na | 68,1 | 1 070 | 53,1 | 1 018 |
| Sexe | | | | | | |
| Masculin | 21,3 | 1 663 | 68,2 | 2 492 | 51,4 | 2 748 |
| Féminin | 25,2 | 1 615 | 68,1 | 2 380 | 53,1 | 2 652 |
| Allaitement | | | | | | |
| Allaité au sein | 17,8 | 2 509 | 66,6 | 1 860 | 52,5 | 2 509 |
| Non allaité au sein | 41,5 | 754 | 69,4 | 2 957 | 52,3 | 2 838 |
| Milieu de résidence | | | | | | |
| Urbain | 22,0 | 760 | 81,8 | 1 153 | 60,4 | 1 191 |
| Rural | 23,6 | 2 518 | 64,0 | 3 719 | 50,0 | 4 209 |
| Région administrative | | | | | | |
| Boké | 37,5 | 370 | 58,5 | 576 | 76,0 | 640 |
| Conakry | 16,2 | 363 | 79,4 | 536 | 54,0 | 526 |
| Faranah | 32,3 | 291 | 78,8 | 423 | 29,8 | 461 |
| Kankan | 24,6 | 495 | 65,3 | 718 | 44,1 | 823 |
| Kindia | 26,0 | 465 | 78,0 | 718 | 56,4 | 807 |
| Labé | 16,5 | 329 | 54,9 | 479 | 33,2 | 533 |
| Mamou | 8,7 | 217 | 38,4 | 320 | 52,0 | 351 |
| N'Zérékoré | 20,5 | 748 | 73,5 | 1 102 | 58,6 | 1 257 |
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | |
| Aucune instruction | 23,2 | 2 817 | 65,6 | 4 224 | 52,2 | 4 697 |
| Primaire | 20,9 | 286 | 83,7 | 397 | 54,6 | 441 |
| Secondaire ou plus | 26,6 | 175 | 87,0 | 250 | 48,8 | 262 |
| Âge de la mère à la naissance | | | | | | |
| <20 | 24,1 | 598 | 67,0 | 879 | 51,8 | 946 |
| 20-24 | 22,0 | 666 | 69,4 | 1 091 | 50,2 | 1 196 |
| 25-29 | 24,3 | 808 | 68,1 | 1 174 | 53,2 | 1 304 |
| 30-34 | 22,3 | 612 | 66,1 | 928 | 54,8 | 1 031 |
| 35-49 | 23,2 | 595 | 70,4 | 800 | 51,4 | 923 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | |
| Le plus pauvre | 22,4 | 770 | 57,0 | 1 153 | 52,6 | 1 308 |
| Second | 23,9 | 720 | 61,7 | 1 051 | 51,9 | 1 191 |
| Moyen | 25,0 | 688 | 68,5 | 1 011 | 49,2 | 1 136 |
| Quatrième | 23,3 | 588 | 77,2 | 878 | 53,7 | 984 |
| Le plus riche | 20,8 | 512 | 82,9 | 777 | 54,9 | 781 |
| Ensemble | 23,2 | 3 278 | 68,2 | 4 871 | 52,3 | 5 399 |

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.

¹ Y compris les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, les papayes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

na = Non applicable

Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A. Seulement, un peu plus du cinquième des enfants de moins de cinq ans (23 %) ont consommé ce type d'aliments au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les enfants qui ne sont pas allaités (42 %), parmi ceux de 24-35 mois (39 %) et parmi ceux des régions administratives de Boké (38 %) et de Faranah (32 %). À l'opposé, dans celle de Mamou, cette proportion n'est que de 9 %. On constate également que les filles ont reçu plus fréquemment que les garçons ce type d'aliments (25 % contre 21 %). De même, les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été plus fréquemment nourris avec des fruits et légumes riches en vitamine A que les autres (27 % contre 21 % quand la mère a un niveau primaire).

Par ailleurs, plus d'un enfant sur deux (52 %) âgé de moins de cinq ans vit dans un ménage disposant de sel correctement iodé. Cette proportion est de 60 % en milieu urbain contre 50 % en milieu rural. Les enfants de Faranah, Labé et Kankan sont plus susceptibles de courir des risques de carence en iode car ils sont proportionnellement les moins nombreux à vivre dans un ménage disposant de sel correctement iodé (respectivement, 30 %, 33 % et 44 %).

10.2.3 Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. À cette question, seulement, 33 % des mères ont déclaré avoir reçu effectivement de la vitamine A (tableau 10.7).

On note des écarts importants en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. En milieu urbain (51 %), parmi les femmes les plus instruites (51 %) et parmi celles vivant dans les ménages du quintile le plus riche (53 %), au moins la moitié ont reçu ce type de supplément après leur accouchement. À l'opposé, seulement 31 % des femmes sans instruction, 20 % de celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre et 27 % de celles du milieu rural ont reçu ce type de compléments nutritionnels. Les résultats selon les régions administratives mettent également en évidence des disparités: ce sont les femmes des régions de Conakry (52 %) et Kindia (42 %) qui en ont le plus fréquemment bénéficié ; à l'opposé, dans la région de Mamou, seulement 15 % ont reçu cet apport nutritionnel.

La première manifestation clinique de la carence en vitamine A est la cécité crépusculaire qui touche particulièrement les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si, pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au lever du jour.

Les résultats du tableau 10.7 indiquent que près d'une femme sur cinq (18 %), ayant eu un enfant au cours des 5 dernières années, a déclaré que, pendant sa grossesse, elle avait eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit et/ou au lever du jour. Cependant, certaines femmes ont déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, semble-t-il, d'autres problèmes oculaires qui ne sont pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. On a donc calculé une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire en éliminant les femmes ayant déclaré avoir eu d'autres problèmes oculaires. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi « ajustée » est estimée à 3 %. On note que cette prévalence est particulièrement élevée dans la région administrative de N'Zérékoré (7 %).

Tableau 10.7 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop pendant un nombre déterminé de jours et pourcentage de celles vivant dans un ménage disposant de sel iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | A reçu vitamine A post-partum ¹ | Cécité nocturne déclarée | Cécité nocturne ajustée ² | Compléments de fer au cours de la grossesse (en nombre de jours) | | | | | NSP/ ND | Effectif de femmes | Femmes vivant dans un ménage disposant de sel iodé | Effectif de femmes |
|---|--|--------------------------|--------------------------------------|--|------|-------|------|------|---------|--------------------|--|--------------------|
| | | | | Aucun jour | <60 | 60-89 | 90+ | | | | | |
| Âge de la mère à la naissance | | | | | | | | | | | | |
| <20 | 31,7 | 17,5 | 2,5 | 21,6 | 23,0 | 12,6 | 33,4 | 9,4 | 795 | 50,0 | 727 | |
| 20-24 | 34,7 | 19,1 | 3,2 | 23,0 | 21,1 | 13,7 | 32,2 | 9,9 | 888 | 46,0 | 832 | |
| 25-29 | 34,9 | 16,4 | 2,9 | 25,4 | 22,7 | 11,6 | 32,0 | 8,2 | 1 025 | 49,8 | 948 | |
| 30-34 | 32,2 | 15,6 | 2,5 | 25,2 | 19,2 | 13,1 | 33,2 | 9,3 | 855 | 51,2 | 794 | |
| 35-49 | 30,0 | 20,4 | 3,1 | 27,1 | 20,4 | 11,0 | 32,2 | 9,2 | 885 | 50,5 | 834 | |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | | | | |
| Urbain | 50,9 | 13,2 | 2,0 | 11,5 | 18,3 | 13,0 | 41,9 | 15,3 | 1 075 | 53,8 | 931 | |
| Rural | 27,0 | 19,2 | 3,1 | 28,7 | 22,3 | 12,2 | 29,6 | 7,2 | 3 372 | 48,2 | 3 204 | |
| Région administrative | | | | | | | | | | | | |
| Boké | 41,1 | 20,8 | 2,1 | 25,6 | 22,6 | 9,3 | 37,2 | 5,4 | 506 | 72,1 | 476 | |
| Conakry | 51,9 | 12,5 | 2,2 | 11,6 | 19,3 | 10,8 | 33,5 | 24,7 | 494 | 43,8 | 392 | |
| Faranah | 29,1 | 14,7 | 0,3 | 20,3 | 18,0 | 12,4 | 34,7 | 14,6 | 387 | 28,3 | 363 | |
| Kankan | 30,4 | 18,2 | 2,7 | 27,2 | 23,2 | 13,0 | 30,6 | 6,0 | 631 | 41,8 | 605 | |
| Kindia | 41,5 | 19,2 | 1,2 | 22,9 | 12,3 | 14,4 | 44,7 | 5,8 | 648 | 57,0 | 622 | |
| Labé | 26,1 | 18,7 | 2,0 | 29,9 | 18,8 | 11,7 | 31,3 | 8,2 | 444 | 33,4 | 406 | |
| Mamou | 15,0 | 7,9 | 0,4 | 45,7 | 21,3 | 3,2 | 9,3 | 20,6 | 308 | 50,4 | 294 | |
| N'Zérékoré | 25,1 | 21,3 | 6,6 | 22,7 | 28,5 | 16,1 | 30,2 | 2,6 | 1 028 | 55,0 | 975 | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | |
| Aucune instruction | 30,7 | 17,9 | 2,8 | 26,9 | 21,0 | 12,0 | 31,2 | 8,9 | 3 804 | 49,5 | 3 569 | |
| Primaire | 41,6 | 19,2 | 2,7 | 12,5 | 23,8 | 13,4 | 40,6 | 9,6 | 400 | 50,2 | 355 | |
| Secondaire ou plus | 50,5 | 12,8 | 3,7 | 7,9 | 21,5 | 15,9 | 41,5 | 13,3 | 243 | 47,3 | 210 | |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 19,9 | 22,1 | 4,1 | 38,6 | 22,8 | 10,3 | 23,2 | 5,2 | 1 038 | 49,2 | 985 | |
| Second | 28,7 | 18,1 | 2,1 | 32,0 | 21,6 | 11,5 | 29,4 | 5,5 | 933 | 50,1 | 892 | |
| Moyen | 29,6 | 18,5 | 3,1 | 23,1 | 24,0 | 14,8 | 30,2 | 7,8 | 925 | 49,1 | 877 | |
| Quatrième | 39,7 | 15,1 | 2,6 | 12,8 | 19,2 | 13,7 | 43,6 | 10,6 | 831 | 51,9 | 772 | |
| Le plus riche | 52,8 | 13,2 | 1,9 | 10,0 | 17,8 | 11,9 | 40,6 | 19,7 | 720 | 46,6 | 608 | |
| Ensemble | 32,8 | 17,8 | 2,8 | 24,6 | 21,3 | 12,4 | 32,6 | 9,2 | 4 447 | 49,5 | 4 135 | |

Note : Pour les femmes ayant eu plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.

¹ Au cours des deux premiers mois après l'accouchement.

² Femmes ayant déclaré souffrir de cécité nocturne mais qui ont déclaré ne pas avoir de difficulté pour y voir pendant le jour.

Le tableau 10.7 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer au cours de la grossesse. Dans l'ensemble, un quart des femmes (25 %) n'ont pas pris de fer pendant la grossesse. À l'opposé, 21 % en ont pris pendant une durée inférieure à deux mois, 12 % pendant une durée comprise entre 2 mois et moins de 3 mois et 33 % pendant trois mois ou plus. C'est parmi les femmes les plus instruites (42 %), parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (41 %), parmi celles du milieu urbain (42 %) et parmi celles de la région administrative de Kindia (45 %) que les proportions de celles qui ont reçu des compléments de fer pendant leur grossesse sont les plus élevées. Il faut souligner que dans la région administrative de Mamou, cette proportion est extrêmement faible

(9 %). Notons enfin qu'une femme sur deux vivait dans un ménage disposant de sel iodé (50 %) et que cette proportion varie d'un maximum de 72 % dans la province administrative de Boké à un minimum de 28 % dans celle de Faranah.

10.3 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE

L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et une diminution de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. C'est la carence en micronutriments la plus répandue à travers le monde. Elle est principalement due à un manque de fer dans l'organisme qui est un élément constitutif essentiel des globules rouges du sang. Cependant, dans les zones à forte endémicité d'infections parasitaires comme la Guinée (voir chapitre 11, Paludisme), le paludisme et les autres parasitoses contribuent à la prévalence élevée de l'anémie.

La carence en fer a de nombreuses conséquences particulièrement chez les enfants et chez les femmes. Chez les enfants, elle accroît les risques de retard de développement moteur et de coordination, de difficultés scolaires et la diminution de l'activité physique. Chez les femmes, l'anémie peut entraîner la diminution de la résistance, la fatigue et particulièrement pour la femme enceinte, l'augmentation du risque de mortalité et de morbidité maternelle et fœtale ainsi que le risque d'avoir un enfant de faible poids à la naissance.

Au cours de la collecte des données, on a relevé, dans un ménage sur deux, les mesures du poids et de la taille des femmes et des enfants et on a également prélevé du sang capillaire pour le dosage de l'hémoglobine. Le prélèvement a été réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire a été prélevé au moyen d'une piqûre au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (Tenderlette) ; b) on laissait tomber une goutte de sang sur une microcuvette que l'on introduisait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), qui en moins d'une minute a donné la valeur du taux d'hémoglobine en grammes par décilitre de sang (g/dl) ; et c) cette valeur a été enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée selon trois niveaux suivant la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant un taux inférieur à 7,0 g/dl sont considérés comme ayant une anémie sévère ; ceux ayant un taux compris entre 7,0 et 9,9 g/dl présentent une anémie modérée ; les enfants et les femmes enceintes ayant un taux compris entre 10,0 et 10,9 g/dl et les femmes non enceintes ayant un taux entre 10,0 et 11,9 g/dl ont une anémie légère.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang. On assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1998). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. En Guinée, comme une frange de la population vit dans des régions de hautes altitudes, il s'est avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine en fonction de l'altitude.

10.3.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Les résultats du tableau 10.8 indiquent que, dans l'ensemble, près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (77 %) sont atteints d'anémie ; près de la moitié des enfants souffrent d'anémie modérée (47 %) ; environ un sur cinq est atteint de la forme légère (23 %) et 7 % sont gravement anémiés. Par rapport à l'âge de l'enfant, les résultats montrent que la prévalence de l'anémie est très élevée entre 6 et 35 mois (au moins 80 %). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. En outre,

entre 6-9 mois, 15 % des enfants sont sévèrement anémiés ; entre 12-23 mois, cette proportion est de 12 %.

Les résultats mettent en évidence des niveaux d'anémie particulièrement élevés parmi les enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (80 %) et parmi ceux des régions de Faranah (85 %) et N'Zérékoré (87 %). Dans ces régions, on note également des proportions relativement élevées d'enfants souffrant d'anémie sous la forme sévère (respectivement, 9 % et 12 %). En outre, on constate que la prévalence de l'anémie est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (78 % contre 73 %) ; elle est également plus élevée parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction ou un niveau primaire que parmi ceux dont la mère a un niveau au moins secondaire (78 % et 76 % contre 73 %).

| Tableau 10.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants | | | | | |
|--|---------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------|
| Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSD-III Guinée 2005 | | | | | |
| Caractéristique sociodémographique | Anémiée | Niveau d'anémie | | | Effectif d'enfants |
| | | Légère (10,0-10,9 g/dl) | Modéré (7,0-9,9 g/dl) | Sévère (inférieur à de 7,0 g/dl) | |
| Âge de l'enfant en mois | | | | | |
| 6-9 | 81,7 | 23,8 | 43,4 | 14,5 | 213 |
| 10-11 | 79,7 | 20,2 | 51,3 | 8,2 | 98 |
| 12-23 | 85,9 | 17,3 | 57,0 | 11,6 | 562 |
| 24-35 | 81,2 | 24,7 | 51,1 | 5,4 | 560 |
| 36-47 | 72,4 | 25,7 | 43,2 | 3,5 | 535 |
| 48-59 | 62,9 | 27,4 | 33,0 | 2,5 | 631 |
| Sexe | | | | | |
| Masculin | 76,2 | 24,4 | 44,9 | 6,9 | 1 313 |
| Féminin | 75,7 | 23,0 | 46,7 | 6,1 | 1 286 |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 72,0 | 25,9 | 42,8 | 3,3 | 610 |
| Rural | 77,1 | 23,0 | 46,6 | 7,5 | 1 989 |
| Région administrative | | | | | |
| Boké | 68,9 | 24,4 | 40,5 | 3,9 | 290 |
| Conakry | 67,9 | 21,9 | 44,5 | 1,5 | 246 |
| Faranah | 84,0 | 22,4 | 52,9 | 8,7 | 247 |
| Kankan | 79,1 | 27,4 | 45,6 | 6,1 | 415 |
| Kindia | 70,7 | 23,1 | 42,5 | 5,0 | 385 |
| Labé | 61,7 | 24,5 | 34,1 | 3,1 | 237 |
| Mamou | 76,0 | 26,2 | 44,9 | 4,9 | 180 |
| N'Zérékoré | 86,1 | 21,4 | 52,9 | 11,8 | 599 |
| Niveau d'instruction de la mère¹ | | | | | |
| Aucune instruction | 77,3 | 23,9 | 46,5 | 7,0 | 2 089 |
| Primaire | 75,2 | 21,0 | 49,0 | 5,3 | 196 |
| Secondaire ou plus | 72,5 | 20,8 | 47,1 | 4,6 | 95 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | |
| Le plus pauvre | 79,8 | 23,1 | 50,5 | 6,2 | 622 |
| Second | 78,6 | 24,7 | 45,6 | 8,3 | 522 |
| Moyen | 74,8 | 22,3 | 43,8 | 8,7 | 563 |
| Quatrième | 73,6 | 23,4 | 44,2 | 6,0 | 486 |
| Le plus riche | 70,8 | 25,6 | 43,1 | 2,0 | 406 |
| Ensemble | 75,9 | 23,7 | 45,7 | 6,5 | 2 599 |

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC (1998).
¹ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.
g/dl = grammes par décilitre

10.3.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 10.9 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de la moitié des femmes (53 %) sont anémiées ; plus d'un tiers (35 %) souffrent d'anémie sous une forme légère, 15 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. Cette prévalence varie selon l'âge et c'est à 20-34 ans qu'elle est la plus élevée (en moyenne 55 %). Les femmes de 15-24 ans et celles de 45-49 ans sont celles chez qui la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée (4 % dans chaque groupe d'âges). Par ailleurs, plus des deux tiers des femmes enceintes sont anémiées (69 %). La prévalence parmi les femmes qui allaitent est légèrement supérieure à la moyenne nationale (55 %). On constate que la prévalence de l'anémie de la femme augmente régulièrement au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente : de 50 % quand la femme n'a pas d'enfant, la prévalence passe à 55 % quand elle en a, au moins, 6.

La prévalence de l'anémie varie également en fonction des autres variables. Elle est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (55 % contre 49 %). Au niveau des régions, les proportions de femmes anémiées varient de 63 % à Kankan et 59 % à N'Zérékoré (59 %) à un minimum de 46 % dans celle de Kindia et de 48 % dans celle de Conakry. Le niveau d'instruction n'a une réelle incidence qu'à partir du secondaire : la prévalence est de 54 % parmi les femmes qui sont sans niveau d'instruction et parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire contre 48 % pour celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire. Le niveau de vie du ménage influence le niveau de la prévalence de l'anémie, celle-ci passant de 57 % parmi les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres à 50 % parmi celles appartenant aux ménages les plus riches.

Tableau 10.9 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | Anémiée | Niveau d'anémie | | | Effectif de femmes |
|---|---------|-----------------|----------------|---------------|--------------------|
| | | Anémie légère | Anémie modérée | Anémie sévère | |
| Groupe d'âges¹ | | | | | |
| 15-19 | 50,9 | 29,4 | 19,7 | 1,8 | 814 |
| 20-24 | 56,5 | 36,8 | 17,3 | 2,4 | 571 |
| 25-29 | 54,4 | 36,4 | 17,1 | 1,0 | 623 |
| 30-34 | 55,6 | 38,2 | 16,4 | 1,1 | 545 |
| 35-39 | 52,7 | 36,6 | 14,6 | 1,5 | 578 |
| 40-44 | 55,6 | 39,4 | 15,0 | 1,1 | 385 |
| 45-49 | 47,1 | 33,7 | 12,2 | 1,2 | 373 |
| Enfants nés vivants² | | | | | |
| Aucun enfant | 49,9 | 31,6 | 16,6 | 1,7 | 840 |
| 1 | 52,6 | 32,4 | 18,0 | 2,2 | 463 |
| 2-3 | 54,8 | 35,9 | 17,5 | 1,4 | 861 |
| 4-5 | 53,9 | 38,1 | 15,0 | 0,9 | 759 |
| 6+ | 54,9 | 37,3 | 16,0 | 1,5 | 964 |
| État de la femme² | | | | | |
| Enceinte | 69,4 | 27,3 | 38,9 | 3,2 | 387 |
| Allaite au sein | 55,1 | 37,8 | 15,8 | 1,4 | 1 250 |
| Ni l'un, ni l'autre | 49,6 | 35,3 | 13,1 | 1,2 | 2 251 |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 49,3 | 34,2 | 13,8 | 1,4 | 1 175 |
| Rural | 55,1 | 35,8 | 17,7 | 1,6 | 2 712 |
| Région administrative | | | | | |
| Boké | 48,1 | 33,1 | 13,2 | 1,9 | 475 |
| Conakry | 54,1 | 35,4 | 17,2 | 1,5 | 541 |
| Faranah | 57,2 | 38,6 | 17,5 | 1,0 | 307 |
| Kankan | 63,2 | 41,5 | 19,9 | 1,8 | 460 |
| Kindia | 45,6 | 31,5 | 12,8 | 1,3 | 560 |
| Labé | 42,0 | 29,1 | 12,6 | 0,3 | 376 |
| Mamou | 52,8 | 32,0 | 19,4 | 1,4 | 267 |
| N'Zérékoré | 58,9 | 38,1 | 18,9 | 2,0 | 901 |
| Niveau d'instruction¹ | | | | | |
| Aucune instruction | 53,9 | 35,6 | 16,8 | 1,5 | 3 016 |
| Primaire | 54,1 | 34,9 | 17,5 | 1,7 | 457 |
| Secondaire ou plus | 48,2 | 33,3 | 13,6 | 1,3 | 414 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | |
| Le plus pauvre | 57,3 | 37,2 | 18,8 | 1,3 | 825 |
| Second | 55,6 | 36,5 | 17,1 | 2,1 | 708 |
| Moyen | 55,2 | 34,8 | 18,8 | 1,6 | 760 |
| Quatrième | 48,4 | 34,3 | 13,1 | 1,0 | 794 |
| Le plus riche | 50,2 | 33,8 | 15,0 | 1,5 | 801 |
| Ensemble | 53,3 | 35,3 | 16,5 | 1,5 | 3 888 |

Note : Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC (1998). Les femmes avec un taux d'hémoglobine <7,0 grammes par décilitre (g/dl) ont une anémie sévère, celles avec un taux de 7,0-9,9 g/dl ont une anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0-10,9 g/dl et les femmes non enceintes avec un taux de 10,0-11,9 g/dl ont une anémie légère.

¹ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information provient du questionnaire ménage.

² Non compris les femmes qui n'ont pas été enquêtées.

10.4 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

10.4.1 Méthodologie

L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans figure parmi les objectifs de l'EDSG-III. L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder.

L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mensurations prises au cours de l'enquête (taille et poids). Le poids et la taille permettent de calculer trois indices : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de la collecte des données, tous les enfants de moins de cinq ans présents dans la moitié des ménages à enquêter devaient être pesés et mesurés. Les données ont ainsi pu être collectées pour 3 191 enfants répondant aux critères définis. Parmi ces enfants, 405 (soit environ 13 %) ont été exclus de l'échantillon d'analyse pour les raisons suivantes :

- La taille ou le poids ne sont pas connus (4 %). Il s'agit d'enfants absents pendant l'enquête ou d'enfants malades ou présentant des infirmités ou des cas de refus ;
- La taille ou le poids sont improbables, c'est à dire que les mensurations sont erronées par rapport aux critères de référence internationale (4 %). Il pourrait s'agir d'erreurs de report ou d'erreurs de mesures, assez délicates à relever chez les jeunes enfants ; et
- L'âge est manquant ou est incomplet (4 %). L'âge est une variable essentielle au niveau de l'analyse des données nutritionnelles.

L'analyse ne portera donc que sur 2 786 enfants, âgés de moins de 5 ans, soit 87 % des enfants éligibles.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de 5 ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance à peu près similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence.

Les différents indices anthropométriques qui ont été évalués à partir des mesures de la taille et du poids sont les suivants :

- La malnutrition chronique (ou retard de croissance) quand la taille-pour-âge se situe à moins - 2 écarts type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition chronique sévère ;
- La malnutrition aiguë (ou maigreur ou encore émaciation) quand le poids-pour-taille se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera de malnutrition aiguë sévère ;
- L'insuffisance pondérale quand le poids-pour-âge se situe à moins -2 ET en dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence ; quand l'indice est inférieur à -3 ET de la médiane de référence, on parlera d'insuffisance pondérale sévère.

Le tableau 10.10 présente les proportions d'enfants souffrant de malnutrition en fonction des trois indices anthropométriques selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Parmi les 2 786 enfants pour lesquels les données sur l'état nutritionnel ont été analysées, 2 637 vivaient dans le même ménage que leur mère. Seules les mères de 2 637 de ces enfants ont été enquêtées. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a été analysé selon l'intervalle intergénéral et le niveau d'instruction de la mère à partir du questionnaire individuel femme.

Tableau 10.10 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | Taille-pour-âge | | | Poids-pour-taille | | | Poids-pour-âge | | | Effectif d'enfants |
|---|---------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|--------------------|
| | Pourcentage en dessous de -3 ET | Pourcentage en dessous de -2 ET ¹ | Moyenne du score d'écart type | Pourcentage en dessous de -3 ET | Pourcentage en dessous de -2 ET ¹ | Moyenne du score d'écart type | Pourcentage en dessous de -3 ET | Pourcentage en dessous de -2 ET ¹ | Moyenne du score d'écart type | |
| Âge en mois | | | | | | | | | | |
| <6 | 0,0 | 4,5 | 0,3 | 1,0 | 5,7 | 0,1 | 0,3 | 2,4 | 0,5 | 351 |
| 6-9 | 5,0 | 16,0 | -0,5 | 2,6 | 20,6 | -0,6 | 7,7 | 21,4 | -0,9 | 213 |
| 10-11 | 5,3 | 15,1 | -0,6 | 2,2 | 12,9 | -0,5 | 4,7 | 22,3 | -1,0 | 95 |
| 12-23 | 16,8 | 39,9 | -1,6 | 4,2 | 17,8 | -0,7 | 11,9 | 35,5 | -1,5 | 534 |
| 24-35 | 20,8 | 44,9 | -1,7 | 1,5 | 8,7 | -0,6 | 10,8 | 35,2 | -1,5 | 548 |
| 36-47 | 19,5 | 42,4 | -1,7 | 1,2 | 4,8 | -0,3 | 5,9 | 25,5 | -1,2 | 484 |
| 48-59 | 20,1 | 43,0 | -1,7 | 0,3 | 3,6 | -0,3 | 4,6 | 24,8 | -1,3 | 562 |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Masculin | 15,6 | 36,3 | -1,4 | 1,8 | 10,0 | -0,4 | 7,9 | 26,7 | -1,2 | 1 417 |
| Féminin | 15,0 | 33,3 | -1,2 | 1,7 | 8,8 | -0,4 | 6,4 | 24,9 | -1,0 | 1 369 |
| Intervalle intergénérisque en mois² | | | | | | | | | | |
| Première naissance | 15,0 | 33,4 | -1,4 | 0,6 | 8,5 | -0,4 | 4,9 | 25,7 | -1,1 | 416 |
| <24 | 20,9 | 35,5 | -1,4 | 1,8 | 11,6 | -0,4 | 11,0 | 29,3 | -1,2 | 235 |
| 24-47 | 16,2 | 37,4 | -1,4 | 1,8 | 9,2 | -0,4 | 7,3 | 26,2 | -1,1 | 1 374 |
| 48+ | 10,5 | 29,7 | -1,0 | 2,6 | 11,2 | -0,5 | 7,4 | 24,0 | -1,0 | 613 |
| Taille à la naissance² | | | | | | | | | | |
| Très petit | 20,4 | 51,4 | -1,8 | 6,4 | 18,6 | -0,9 | 19,3 | 45,6 | -1,7 | 115 |
| Petit | 21,7 | 44,2 | -1,7 | 0,4 | 10,2 | -0,6 | 7,2 | 34,2 | -1,5 | 267 |
| Moyen ou très gros | 14,0 | 32,8 | -1,2 | 1,7 | 9,2 | -0,4 | 6,6 | 23,8 | -1,0 | 2 207 |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | | |
| Urbain | 7,5 | 22,6 | -0,8 | 1,5 | 8,7 | -0,4 | 4,0 | 18,4 | -0,8 | 627 |
| Rural | 17,6 | 38,4 | -1,5 | 1,9 | 9,6 | -0,4 | 8,0 | 28,0 | -1,2 | 2 159 |
| Région administrative | | | | | | | | | | |
| Boké | 9,9 | 26,7 | -1,0 | 0,6 | 5,8 | -0,4 | 2,1 | 18,7 | -0,9 | 295 |
| Conakry | 6,8 | 21,0 | -0,6 | 2,2 | 8,7 | -0,3 | 4,9 | 21,3 | -0,6 | 241 |
| Faranah | 13,4 | 31,1 | -1,3 | 2,3 | 12,8 | -0,7 | 7,1 | 27,8 | -1,3 | 253 |
| Kankan | 22,3 | 43,1 | -1,7 | 1,3 | 10,4 | -0,4 | 7,9 | 30,1 | -1,3 | 476 |
| Kindia | 11,2 | 34,5 | -1,2 | 0,8 | 8,0 | -0,4 | 7,0 | 25,2 | -1,0 | 419 |
| Labé | 12,7 | 34,6 | -1,2 | 3,1 | 11,6 | -0,5 | 7,5 | 27,6 | -1,1 | 254 |
| Mamou | 13,4 | 31,7 | -1,3 | 1,2 | 3,6 | -0,2 | 4,1 | 20,9 | -1,0 | 179 |
| N'Zérékoré | 20,6 | 40,0 | -1,6 | 2,6 | 10,8 | -0,4 | 10,4 | 27,9 | -1,3 | 670 |
| Région naturelle | | | | | | | | | | |
| Basse Guinée | 10,5 | 30,8 | -1,1 | 0,8 | 7,4 | -0,4 | 5,3 | 22,9 | -1,0 | 640 |
| Moyenne Guinée | 12,8 | 33,7 | -1,2 | 2,0 | 7,8 | -0,4 | 5,4 | 24,1 | -1,0 | 506 |
| Haute Guinée | 20,2 | 40,2 | -1,6 | 1,9 | 11,4 | -0,5 | 8,0 | 29,9 | -1,3 | 627 |
| Guinée Forestière | 19,6 | 38,8 | -1,5 | 2,2 | 10,7 | -0,4 | 9,8 | 27,5 | -1,3 | 772 |
| Conakry | 6,8 | 21,0 | -0,6 | 2,2 | 8,7 | -0,3 | 4,9 | 21,3 | -0,6 | 241 |
| Niveau d'instruction de la mère³ | | | | | | | | | | |
| Aucune instruction | 15,8 | 35,9 | -1,4 | 1,7 | 9,7 | -0,4 | 7,1 | 26,6 | -1,2 | 2 354 |
| Primaire | 11,0 | 29,1 | -0,9 | 2,7 | 10,0 | -0,3 | 9,3 | 22,7 | -0,8 | 203 |
| Secondaire ou plus | 10,3 | 18,9 | -0,8 | 4,1 | 11,7 | -0,4 | 10,1 | 19,1 | -0,8 | 103 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 18,1 | 41,3 | -1,5 | 2,5 | 10,5 | -0,4 | 9,6 | 28,8 | -1,2 | 699 |
| Second | 17,1 | 38,6 | -1,5 | 1,5 | 9,2 | -0,5 | 7,8 | 29,5 | -1,3 | 567 |
| Moyen | 17,6 | 37,2 | -1,5 | 1,5 | 8,5 | -0,4 | 7,6 | 26,8 | -1,2 | 605 |
| Quatrième | 12,1 | 29,3 | -1,1 | 2,1 | 10,6 | -0,4 | 5,5 | 21,5 | -1,0 | 509 |
| Le plus riche | 8,6 | 21,8 | -0,7 | 1,1 | 7,8 | -0,3 | 3,3 | 19,8 | 0,7 | 407 |
| Ensemble | 15,3 | 34,8 | -1,3 | 1,8 | 9,4 | -0,4 | 7,1 | 25,8 | -1,1 | 2 786 |

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.

¹ Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence.

² Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

³ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

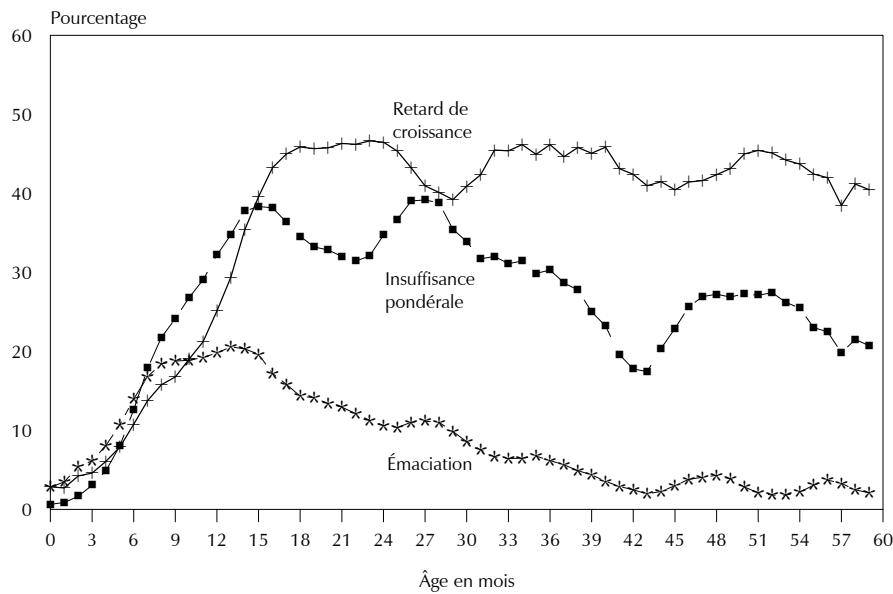
10.4.2 Retard de croissance

La malnutrition protéino énergétique chronique ou malnutrition chronique se traduit par une taille trop petite pour l'âge et traduit un retard de croissance. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, « ...il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance » (Delpeuch, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape pratiquement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et d'une manière générale, du niveau de développement socioéconomique d'une population. L'enfant qui a une taille trop petite pour son âge peut, cependant, avoir un poids correspondant à sa taille du moment. C'est pour cette raison que la malnutrition chronique n'est pas toujours visible dans une population. Ainsi un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut avoir la taille d'un autre enfant de deux ans bien nourri. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et il ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants ont été mesurés.

Les résultats du tableau 10.10 montrent que plus d'un tiers des enfants guinéens de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (35 %). Parmi ces enfants, 15 % sont atteints de malnutrition chronique sévère. Ces proportions sont beaucoup plus élevées par rapport à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à moins 2 écarts-type et 0,1 % à moins 3 écarts-type.

La malnutrition chronique (modérée ou sévère) croît avec l'âge. En effet, la prévalence du retard de croissance est de 5 % parmi les enfants de moins de 6 mois qui correspond à la période pendant laquelle l'enfant bénéficie des bienfaits de l'allaitement maternel (graphique 10.3). Elle atteint 16 % entre 6-9 mois, soit plus du triple de celle enregistrée avant 6 mois. Ce qui dénote l'inadéquation de l'introduction des aliments de complément. À partir de 12 mois, la prévalence enregistrée se situe au-dessus de la moyenne nationale et atteint 40 % à 12-23 mois et 45 % à 24-35 mois. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, comme on l'a mentionné précédemment, le retard de croissance staturale n'est plus rattrapable à partir du deuxième anniversaire de l'enfant.

Graphique 10.3 État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



EDSG-III 2005

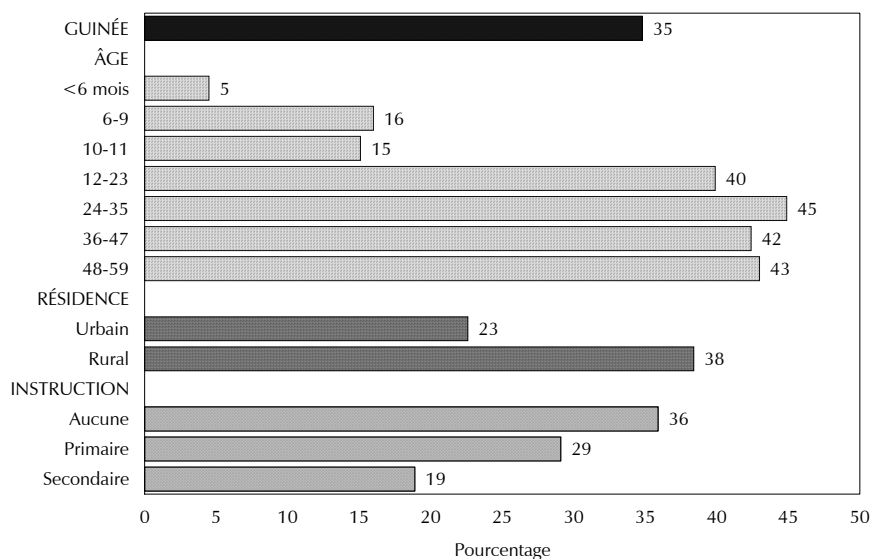
Avant 6 mois, les enfants ne sont pas touchés par la malnutrition chronique sévère. Par contre, à 6-9 mois, 5 % des enfants sont concernés et la prévalence augmente jusqu'à l'âge de 24-35 mois où elle touche 21 % des enfants.

Sous sa forme modérée, le retard de croissance touche un peu plus fréquemment les garçons que les filles (36 % contre 33 %). L'intervalle intergénéral semble avoir une influence sur la prévalence de la malnutrition chronique : malgré des variations irrégulières, on constate que c'est quand les naissances sont espacées de 48 mois ou plus que la prévalence est la plus faible (30 %). Il en est de même pour la malnutrition chronique sous la forme sévère. La taille de l'enfant à la naissance joue également un rôle important puisque 51 % des enfants de très petite taille accusent un retard de croissance contre 44 % quand l'enfant est petit et 33 % quand l'enfant est moyen ou gros.

Selon le milieu de résidence, on constate au tableau 10.11 et au graphique 10.4 que les enfants vivant en milieu rural sont plus touchés par le retard de croissance que ceux vivant en milieu urbain (38 % contre 23 %). L'écart est encore plus net en ce qui concerne la malnutrition chronique sévère : 8 % en milieu urbain contre 18 % en milieu rural. Du point de vue régional, on constate que ce sont les enfants de la Haute Guinée (40 %) et de la Guinée Forestière (39 %) qui sont les plus touchés par le retard de croissance. La situation est également préoccupante dans les régions administratives de Kankan (43 %) et N'Zérékoré (40 %). On peut expliquer le niveau élevé de la prévalence de la malnutrition chronique en Guinée Forestière par la situation d'insécurité qui a caractérisé cette région à partir de septembre 2000. De plus, cette région continue d'abriter une forte concentration de réfugiés en provenance de pays frontaliers (Libéria, Sierra Léone et tout récemment de Côte d'Ivoire). La Haute Guinée continue également d'abriter des personnes déplacées à la suite des attaques rebelles de 2000.

Le niveau d'instruction de la mère semble être un déterminant important de l'état nutritionnel des enfants. En effet, les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont ceux qui sont les plus affectés par le retard de croissance : 36 % contre 19 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. S'agissant de la forme sévère, le même constat s'impose : 16 % pour les enfants dont la mère est sans niveau d'instruction contre 10 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 10.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance



EDSG-III 2005

Le niveau de vie du ménage semble avoir une forte incidence sur la prévalence de la malnutrition chronique car comme on l'a souligné plus haut, cette forme de malnutrition est le reflet non seulement de la situation sanitaire passée de l'enfant, des pratiques alimentaires mais aussi de l'environnement socio-économique dans lequel évolue l'enfant. Ce qui se reflète au niveau des résultats de l'enquête : la prévalence de retard de croissance est de 41 % pour les enfants issus de ménages très pauvres contre 22 % pour ceux appartenant aux ménages les plus riches.

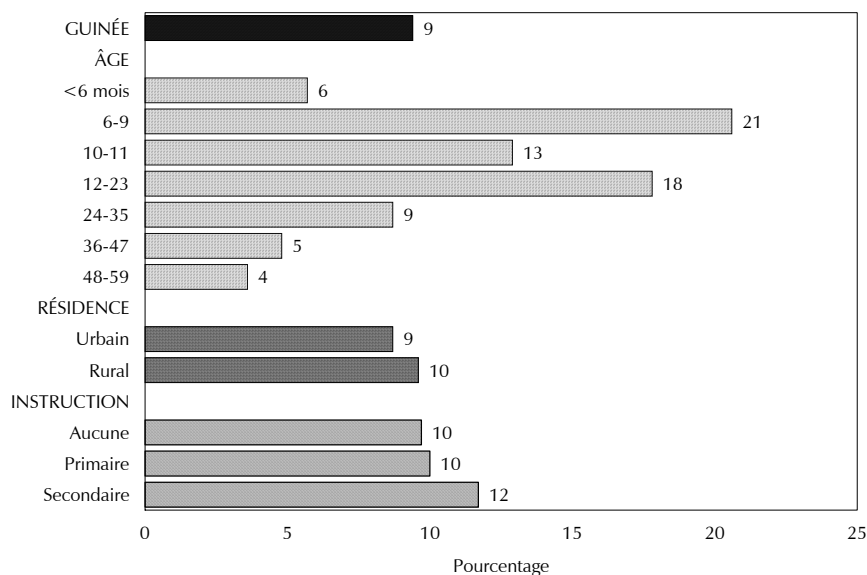
10.4.3 Émaciation

Au tableau 10.10 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle au moment de l'enquête. Il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'il s'agisse des maladies (rougeole, diarrhée, etc.) ou des déficits alimentaires (sécheresse, périodes de soudure), sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période récente ayant précédé l'observation ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié.

En Guinée, 9 % d'enfants de moins de cinq ans sont atteints de malnutrition aiguë modérée et environ 2 % en sont affectés sous la forme sévère. Ces proportions sont, en partie, les résultats de pratiques inappropriées d'alimentation et de nutrition des enfants. La proportion d'enfants atteints d'émaciation sous la forme modérée est environ quatre fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %) ; quant à la forme sévère, la proportion est dix huit fois plus élevée (0,1 %). Par rapport à 1999, le niveau de la malnutrition chronique modérée n'a pas changé ; par contre, sous la forme sévère, on note une légère diminution (1,8 contre 2,1 en 1999).

Les enfants âgés de 6-23 mois sont ceux qui souffrent le plus fréquemment de malnutrition aiguë, en particulier ceux du groupe d'âges 6-9 mois (21 % sous la forme modérée et 3 % sous la forme sévère). (graphique 10.5) À partir de 24 mois, les proportions diminuent avec l'âge pour ne plus concerner que 4 % des enfants entre 48-59 mois pour la forme modérée. Les enfants de moins de 6 mois qui sont toujours allaités et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément en quantité et/ou en qualité suffisantes pour couvrir leurs besoins nutritionnels sont ceux qui courent des risques importants d'être émaciés. Par ailleurs, ces groupes d'âges correspondent également au stade de développement où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 9, Santé de l'Enfant). Le fait qu'après le 2^{ème} anniversaire, les proportions d'enfants émaciés diminuent, n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle peut être aussi la conséquence d'une forte mortalité des enfants les plus atteints, les moins touchés ayant survécu après leur 2^{ème} anniversaire. En outre, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition aiguë modérée est deux fois plus élevée chez les enfants de très petite taille à la naissance que chez ceux qui étaient gros ou moyens (19 % contre 9 %) ; sous la forme sévère, les proportions sont de 2 % pour les enfants moyens ou gros contre 6 % pour ceux de très petite taille.

Graphique 10.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés



EDSG-III 2005

Aucune différence importante n'est perceptible selon le sexe de l'enfant, le rang de naissance ou encore l'intervalle intergénéral. De même, la proportion d'enfants émaciés est quasiment identique en milieu urbain et en milieu rural (9 % contre 10 %). En ce qui concerne les régions, les résultats font apparaître une prévalence un peu plus élevée de la malnutrition aiguë modérée dans les régions de Faranah (13 %), de Labé (12 %), de N'Zérékoré (11 %) et Kankan (10 %). Avec 4 %, c'est la région de Mamou qui se caractérise par la prévalence la plus faible de l'émaciation modérée.

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère ne mettent pas en évidence d'écarts importants. Il en est de même de ceux selon le quintile de bien-être ; tout au plus, peut-on souligner que les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont un peu plus fréquemment émaciés que ceux des ménages les plus riches (11 % contre 8 %).

10.4.4 Insuffisance pondérale

Le tableau 10.10 présente enfin l'état nutritionnel des enfants évalué au moyen de l'indice poids-pour-âge. C'est un indicateur habituellement utilisé pour le suivi des programmes nutritionnels et il est un des indicateurs utilisés pour le suivi de l'objectif N°1 des OMD (réduire la pauvreté et la faim). L'indice poids-pour-âge permet de connaître de façon assez acceptable, la prévalence de la malnutrition, toutes formes confondues. C'est donc un indice combiné (puisque'un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur ou par le retard de croissance) qui traduit une insuffisance pondérale chez les enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) de celles récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre les comparaisons avec les résultats des études ou de suivi de la croissance des enfants.

Plus d'un quart des enfants guinéens âgés de moins de cinq ans souffre d'insuffisance pondérale (26 %). Parmi ces enfants, 7 % sont atteints d'insuffisance pondérale sévère. Une fois encore, la situation reste préoccupante, puisque ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %).

L'insuffisance pondérale augmente régulièrement avec l'âge de l'enfant. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition qui se rencontre déjà chez les nourrissons (2 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher plus d'un cinquième des enfants de 6-9 mois (21 %) et 22 % d'entre eux à 10-11 mois. Entre 24 et 35 mois, un peu plus du tiers des enfants présentent une insuffisance pondérale modérée. À partir du quatrième anniversaire, la prévalence se stabilise autour de 25 %. La même observation est valable pour la forme sévère : elle atteint son maximum (12 %) à 12-23 mois. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants selon le sexe (27 % pour les garçons contre 25 % pour les filles).

S'agissant du milieu de résidence, les résultats montrent que les enfants du milieu rural sont proportionnellement plus touchés que ceux du milieu urbain (28 % contre 18 %).

Au niveau régional, ce sont les enfants de la Haute Guinée (30 %) et de la Guinée Forestière (28 %) qui sont les plus touchés par cette forme de malnutrition. Dans les régions administratives de Kankan (30 %), Faranah (28 %), Labé (28 %) et N'Zérékoré (28 %), on note également une prévalence élevée. C'est dans cette dernière région que les enfants sont les plus atteints d'insuffisance pondérale sévère (10 %).

Le niveau d'instruction de la mère semble avoir une influence déterminante sur le niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée : 27 % pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 23 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 19 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. En outre, l'insuffisance pondérale modérée semble être plus élevée chez les enfants des ménages pauvres.

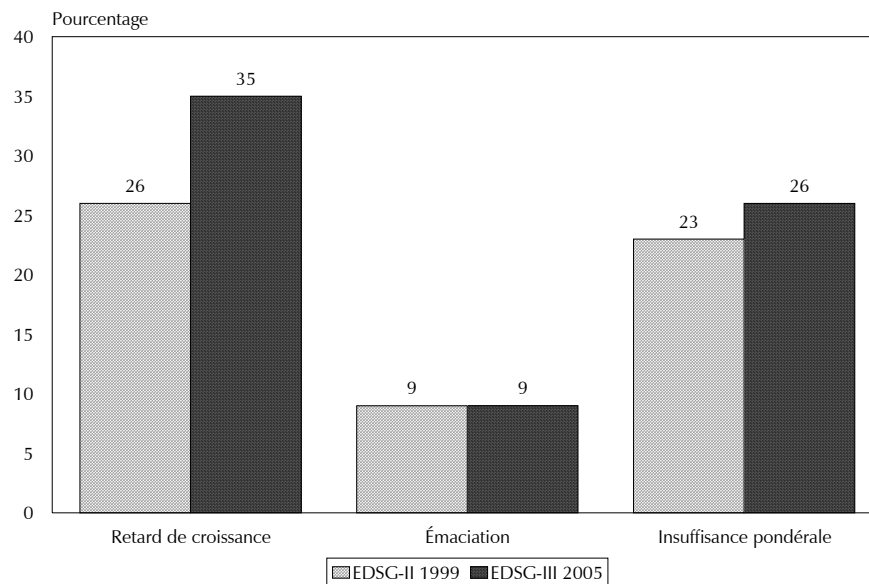
10.4.5 Tendances de la malnutrition

Les informations recueillies lors de la précédente enquête permettent de retracer l'évolution de la situation nutritionnelle depuis 1999, l'enquête de 1992 n'ayant pas collecté de données sur la nutrition. Le suivi de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans sera donc centré sur la comparaison des données des enquêtes de 1999 et de 2005. Le graphique 10.6 montre une détérioration de la situation nutritionnelle sur la période 1999-2005.

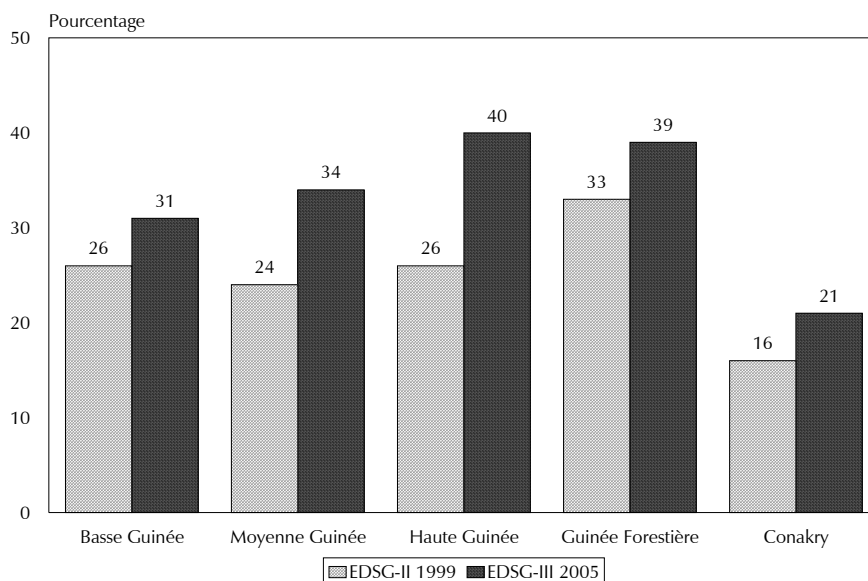
Le pourcentage d'enfants atteints de malnutrition chronique est passé de 26 % en 1999 à 35 % en 2005, soit une hausse de 35 % en 6 ans. Toutes les régions naturelles sont touchées par la hausse de la prévalence de la malnutrition chronique sur la période : en Haute Guinée, l'augmentation est de 53 % ; en Moyenne Guinée, elle est de 43 %, dans celle de Conakry, elle est de 32 %, en Basse Guinée, on note une augmentation de 19 % et en Guinée Forestière de 17 % (graphique 10.7). En ce qui concerne la malnutrition aiguë, elle est demeurée stationnaire autour de 9 % et l'insuffisance pondérale s'est aggravée, passant de 23 % en 1999 à 26 % en 2005, soit une hausse de 13 % sur la période.

La situation d'insécurité qu'a connue le pays à partir de 2000, suivie de déplacements massifs de population à travers le pays et la détérioration du cadre macroéconomique à partir de 2003 pourraient, entre autres, expliquer cette dégradation.

Graphique 10.6 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDSG-II 1999 et l'EDSG-III 2005



Graphique 10.7 Tendances du retard de croissance, selon la région naturelle



10.5 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle puisqu'il a une influence importante sur l'évolution et l'issue des grossesses. Il joue également un rôle important sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné, à la fois, par les apports alimentaires, leur état de santé et le temps écoulé depuis le dernier accouchement. Il existe donc une relation étroite entre d'une part, les niveaux de fécondité et de mortalité et d'autre part, l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à haut risque.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socioéconomique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petite taille sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

Dans le cadre de l'EDSG-III, on a relevé le poids et la taille de toutes les femmes de 15-49 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon. S'agissant du poids, les femmes enceintes ainsi que celles ayant donné naissance à un enfant, le mois de l'interview ou le mois ayant précédé l'interview ont été exclus de l'échantillon.

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'indice de masse corporelle (IMC) ou

encore indice de quètelet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille⁴. Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme ayant un déficit énergétique chronique et courent donc des risques en termes de santé (mortalité et morbidité) et en termes de disfonctionnement physiologique et de capacité de travail physique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids.

Le tableau 10.11 révèle que la valeur moyenne de l'IMC est de 21,8. On constate que 73 % des femmes présentent un indice de masse corporelle normal. Cependant dans 13 % des cas, les femmes se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et présentent, de ce fait, un déficit énergétique chronique ; environ 10 % sont atteintes de malnutrition chronique sous une forme légère, 3 % sous une forme modérée ou sévère. La prévalence de la déficience énergétique chronique est particulièrement élevée parmi les jeunes filles de 15-19 ans (19 %), parmi les femmes des régions de Labé (27 %) et de Moyenne Guinée (22 %).

En outre, il ressort du tableau 10.11 que 14 % des femmes ont un indice de masse corporelle élevé (25 ou plus) et entrent dans la catégorie des femmes présentant une surcharge pondérale. Cette prévalence varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Selon l'âge, le surpoids touche plus fréquemment les femmes âgées que les jeunes : 6 % des jeunes de 15 à 19 ans ont un IMC supérieur ou égal à 25 contre 18 % chez les femmes de 30-34 ans et plus de 21 % pour les femmes âgées de 40 ans ou plus. L'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) commence à être plus fréquente à partir de 30 ans. Par rapport au milieu de résidence, les résultats montrent que le problème de surpoids est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural. En urbain, 26 % des femmes présentent une surcharge pondérale contre 9 % en rural ; l'obésité touche 19 % des femmes urbaines contre seulement 8 % de celles du milieu rural. Selon les régions, c'est parmi les femmes de Conakry (30 %) que le problème de surpoids se pose avec le plus d'acuité. De même, les proportions de femmes accusant un surpoids sont plus élevées parmi les femmes les plus instruites (21 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (29 %) que parmi les autres femmes.

⁴ L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

Tableau 10.11 État nutritionnel des femmes par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes de 15-49 ans dont la taille est inférieure à 145 centimètres, et Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Guinée 2005

| Caractéristique sociodémographique | Taille | | Indice de Masse Corporelle ¹ (kg/m ²) | | | | | | | | Effectif de femmes |
|---|----------------------------------|--------------------|--|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------|---------------|--------------------|
| | Pourcentage en dessous de 145 cm | Effectif de femmes | Moyenne de l'IMC | Normal | | Maigre | | Gros/obèse | | | |
| | | | | 18,5-24,9 (normal) | <18,5 (maigre) | 17,0-18,4 (maigreur légère) | <17,0 (maigreur modérée ou sévère) | ≥25,0 (gros ou obèse) | 25,0-29,9 (gros) | ≥30,0 (obèse) | |
| Groupe d'âges | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 1,6 | 824 | 20,8 | 74,8 | 18,7 | 13,8 | 4,9 | 6,4 | 6,1 | 0,4 | 730 |
| 20-24 | 1,7 | 589 | 21,2 | 78,0 | 14,8 | 10,9 | 4,0 | 7,1 | 6,0 | 1,1 | 490 |
| 25-29 | 1,2 | 634 | 22,2 | 76,1 | 7,0 | 5,7 | 1,3 | 16,9 | 14,2 | 2,7 | 521 |
| 30-34 | 1,3 | 559 | 22,3 | 70,9 | 10,9 | 8,0 | 2,9 | 18,2 | 12,7 | 5,5 | 466 |
| 35-39 | 1,2 | 590 | 22,0 | 70,1 | 14,4 | 10,7 | 3,8 | 15,5 | 12,2 | 3,2 | 515 |
| 40-44 | 0,7 | 385 | 22,4 | 68,0 | 10,5 | 8,6 | 2,0 | 21,4 | 17,0 | 4,5 | 357 |
| 45-49 | 0,4 | 379 | 22,2 | 65,7 | 12,6 | 9,4 | 3,3 | 21,7 | 15,5 | 6,2 | 373 |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | | | |
| Urbain | 1,0 | 1 195 | 22,9 | 62,4 | 11,4 | 8,4 | 3,0 | 26,2 | 19,3 | 6,9 | 1 093 |
| Rural | 1,4 | 2 765 | 21,2 | 77,3 | 14,0 | 10,6 | 3,4 | 8,7 | 7,5 | 1,2 | 2 358 |
| Région administrative | | | | | | | | | | | |
| Boké | 1,4 | 479 | 22,1 | 73,5 | 11,9 | 9,9 | 1,9 | 14,7 | 11,9 | 2,8 | 417 |
| Conakry | 0,9 | 555 | 23,2 | 57,5 | 12,2 | 8,6 | 3,6 | 30,3 | 21,9 | 8,4 | 508 |
| Faranah | 0,8 | 311 | 21,1 | 75,5 | 15,1 | 11,1 | 4,0 | 9,4 | 8,7 | 0,6 | 270 |
| Kankan | 1,2 | 478 | 21,2 | 75,6 | 14,8 | 11,4 | 3,5 | 9,6 | 7,4 | 2,1 | 400 |
| Kindia | 1,4 | 566 | 21,7 | 74,7 | 12,4 | 9,1 | 3,3 | 12,9 | 11,2 | 1,7 | 497 |
| Labé | 1,3 | 394 | 20,3 | 67,7 | 27,0 | 19,0 | 8,0 | 5,4 | 4,9 | 0,4 | 350 |
| Mamou | 1,4 | 272 | 21,4 | 72,1 | 16,6 | 11,8 | 4,8 | 11,3 | 8,2 | 3,1 | 236 |
| N'Zérékoré | 1,3 | 905 | 21,9 | 80,3 | 6,3 | 5,4 | 0,9 | 13,4 | 10,5 | 2,9 | 772 |
| Région naturelle | | | | | | | | | | | |
| Basse Guinée | 1,3 | 913 | 21,9 | 74,4 | 11,7 | 9,2 | 2,5 | 13,8 | 11,6 | 2,2 | 803 |
| Moyenne Guinée | 1,5 | 798 | 20,9 | 69,9 | 21,6 | 15,4 | 6,2 | 8,5 | 7,0 | 1,5 | 697 |
| Haute Guinée | 1,0 | 657 | 21,1 | 74,5 | 16,2 | 12,2 | 4,0 | 9,3 | 7,5 | 1,7 | 555 |
| Guinée Forestière | 1,3 | 1 037 | 21,9 | 80,3 | 6,6 | 5,6 | 1,1 | 13,0 | 10,5 | 2,5 | 887 |
| Conakry | 0,9 | 555 | 23,2 | 57,5 | 12,2 | 8,6 | 3,6 | 30,3 | 21,9 | 8,4 | 508 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | |
| Aucune instruction | 1,3 | 3 086 | 21,6 | 74,0 | 13,3 | 9,9 | 3,4 | 12,7 | 10,2 | 2,5 | 2 644 |
| Primaire | 1,6 | 456 | 22,2 | 68,4 | 13,4 | 11,2 | 2,3 | 18,1 | 12,5 | 5,7 | 411 |
| Secondaire ou plus | 0,7 | 418 | 22,4 | 66,9 | 12,6 | 8,8 | 3,8 | 20,5 | 17,0 | 3,5 | 395 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 1,9 | 841 | 21,1 | 80,1 | 12,6 | 9,3 | 3,3 | 7,3 | 6,5 | 0,8 | 716 |
| Second | 1,4 | 724 | 21,1 | 77,8 | 14,7 | 11,5 | 3,2 | 7,5 | 6,7 | 0,8 | 617 |
| Moyen | 0,9 | 777 | 21,3 | 77,0 | 14,1 | 10,6 | 3,5 | 8,9 | 7,4 | 1,5 | 662 |
| Quatrième | 1,4 | 805 | 22,0 | 69,7 | 13,5 | 9,9 | 3,6 | 16,8 | 12,9 | 3,9 | 707 |
| Le plus riche | 0,6 | 814 | 23,1 | 59,7 | 11,5 | 8,5 | 2,9 | 28,8 | 21,5 | 7,3 | 748 |
| Ensemble | 1,2 | 3 960 | 21,8 | 72,5 | 13,2 | 9,9 | 3,3 | 14,3 | 11,3 | 3,0 | 3 451 |

¹ Non compris les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les deux derniers mois.