

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE FAMILIALE ET
DE LA NUTRITION

RAPPORT FINAL

EVALUATION NATIONALE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE PAR LA METHODOLOGIE SMART EN GUINEE 2022

Guinée



Novembre 2022

Rapport Final de Evaluation nationale de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART en Guinée 2022

**Enquête conduite par la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN)
du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)**

Pour toutes informations complémentaires sur cette enquête, veuillez contacter :

Directrice Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

Coordinatrice de l'enquête

Dr. Dienny Fadima KABA

Email: dfkaba@gmail.com

Directeur National Adjoint de la Santé Familiale et de la Nutrition

Responsable technique de l'enquête

Dr. Facely CAMARA

Email: facelyfr@yahoo.fr

Consultant national :

Dr. Sidikiba SIDIBE, MD, MSc, MPH, PhD_c

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	8
REMERCIEMENTS	10
SIGLES ET ACRONYMES	11
RESUME	13
I. CONTEXTE	17
II. OBJECTIFS	19
II.1. Objectif général	19
II.2. Objectifs spécifiques	19
III. METHODOLOGIE	20
III.1. Zones d'étude	20
III.2. Type d'étude	20
III.3. Cibles de l'étude	20
III.4. Echantillonnage	20
III.4.1. Calcul de la taille d'échantillon	20
NB: En plus du nombre total de grappes mentionnés dans le tableau, il y a 28 grappes de réserve qui sont destinées à être utilisées au besoin.	23
III.4.2. Technique de sondage	23
III.5. Données à collecter	24
III.5.1. Identification du ménage	24
III.5.2. Mortalité rétrospective	25
III.5.3. Anthropométrie	25
III.5.4. Données additionnelles	26
III.6. Recrutement et formation des enquêteurs	28
III.6.1. Procédure de sélection des enquêteurs	28
III.6.2. Formation des enquêteurs	29
III.7. Collecte de données et supervision	30
III.7.1. Collecte de données	30
III.8. Traitement et analyse des données	31
III.8.1. Gestion des données	31
III.8.2. Analyse des données	31
III.8.3. Calcul des indicateurs	31
III.9. Coordination de l'enquête	37
III.10. Considérations éthiques	37
III.11. Difficultés et limites de l'enquête	38

IV. RESULTATS	39
IV.1. Description de l'échantillon	39
IV.1.1. Taux de réponses	39
IV.1.2. Qualité des données	40
IV.2. Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans	42
IV.2.1. Prévalence de la malnutrition aigue	42
IV.2.2. Prévalence de la malnutrition chronique	48
IV.2.3. Prévalence de l'insuffisance pondérale	53
IV.2.4. Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins 5 ans	54
IV.3. Situation nutritionnelle des adolescentes et femmes en âge de procréer	55
IV.3.1. Caractéristiques socio-démographiques des adolescentes et femmes en âge de procréer	55
IV.3.2. Situation nutritionnelle des adolescentes (10 à 19 ans)	56
IV.3.3. Situation nutritionnelle des femmes de 20 à 49 ans	57
IV.4. Mortalité rétrospective	59
IV.5. Données additionnelles	60
IV.5.1. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)	60
IV.5.2. Vaccination anti-rougeoleuse des enfants de 9 à 59 mois	66
IV.5.3. Prévalence des morbidités infantiles	67
IV.5.4. Eau Assainissement et Hygiène	67
IV.5.5. Pratique de l'excision et du mariage précoce au sein des communautés	71
V.6.1. Caractéristiques des enfants enquêtés	75
V.6.2. Supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	75
IV.6.3. Couverture du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois	80
V. INTERPRETATION ET ANALYSE	83
V.1. Qualité des données	83
V.2. Situation nutritionnelle	84
V.2.1. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois	84
V.3. Couverture de la supplémentation en vitamine A	89
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	91
VI.1. Conclusion	91
VI.2. Recommandations	92
VII. REFERENCES	93
VIII. ANNEXES	i
VIII.1. Résumés des rapports de plausibilité par région administrative	i

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Paramètres utilisés dans le calcul de la taille d'échantillon pour la section anthropométrie	21
Tableau 2 : Paramètres utilisés dans le calcul de la taille d'échantillon pour la section mortalité	22
Tableau 3 : Taille harmonisée de l'échantillon (nombre d'enfants, ménages et grappe) et par strate	22
Tableau 4 : Taille d'échantillon prenant en compte la composante couverture de la supplémentation en vitamine A	23
Tableau 5 : Définition statistique de la malnutrition aigüe modérée et sévère, selon le P/T en Z-score	32
Tableau 6 : Valeurs de PB et signification nutritionnelle pour les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer	32
Tableau 7 : Classification de l'état nutritionnel des femmes âgées de 20 à 49 ans basée sur l'IMC selon l'OMS	33
Tableau 8 : Classification de l'état nutritionnel des adolescentes de 10 à 19 ans basée sur le z-score de l'IMC selon l'OMS	33
Tableau 9 : Classification de l'importance par rapport à la santé publique pour les enfants de moins de 5 ans	34
Tableau 10 : Taux de réponse de l'échantillon en nombre de grappe et en nombre de ménages, par strate (région administrative), septembre-octobre 2022.	39
Tableau 11 : Taux de réponse de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois par strate (région), septembre-octobre 2022.	40
Tableau 12 : Distribution par tranche d'âge et par sexe de l'échantillon des enfants de moins de 6-59 mois inclus dans l'enquête, septembre-octobre 2022.	41
Tableau 13 : Pourcentage d'enfants ayant une date de naissance et nombre de données hors norme par indice anthropométrique et par région, septembre-octobre 2022.	41
Tableau 14 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale, modérée et sévère) basée sur l'indice poids pour taille (P/T) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	43
Tableau 15 : Prévalence de la malnutrition aigüe (global et sévère) basée sur l'indice poids pour taille (P/T) en fonction du sexe des enfants de 6 à 59 mois par région administrative au niveau national, septembre-octobre 2022.	43
Tableau 16 : Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par sexe des enfants de 6-59 mois, septembre-octobre 2022.	44

Tableau 17 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le z-score du poids pour taille (P/T) et/ou œdèmes selon les tranches d'âge des enfants de 6 à 59 mois par région, septembre-octobre 2022.	45
Tableau 18 : Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par tranche d'âge des enfants de 6-59 mois, septembre-octobre 2022.	46
Tableau 19 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale, modérée et sévère) basée sur le périmètre brachial (PB) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	47
Tableau 20 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le périmètre brachial (PB) en fonction du sexe des enfants de 6 à 59 mois, par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	47
Tableau 21 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	48
Tableau 22 : Prévalence de la malnutrition chronique basée sur l'indice taille pour âge (T/A) chez les enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	49
Tableau 23 : Prévalence de la malnutrition chronique basée sur l'indice taille pour âge (T/A) en fonction du sexe des enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	50
Tableau 24 : Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique par sexe des enfants de moins de 5 ans, septembre-octobre 2022.	51
Tableau 25 : Prévalence de la malnutrition chronique (ou retard de croissance) basée sur l'indice taille pour âge (T/A) exprimé en z-scores en fonction des tranches d'âge des enfants de 0 à 59 mois par région, septembre-octobre 2022.	52
Tableau 26 : Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique par tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans, septembre-octobre 2022.	53
Tableau 27 : Prévalence de l'insuffisance pondérale basée sur l'indice poids pour âge (P/A) chez les enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	53
Tableau 28 : Prévalence de l'insuffisance pondérale basée sur l'indice poids pour âge (P/A) en fonction du sexe des enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	54
Tableau 29 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans par région, septembre-octobre 2022.	55
Tableau 30 : Distribution par tranche d'âge des femmes enquêtées, septembre-octobre 2022.	55
Tableau 31 : Statut physiologique des femmes de 20 à 49 ans enquêtées, septembre-octobre 2022.	56

Tableau 32 : Prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale basées sur Z-score du poids pour taille ajusté sur l'âge (PTZA), chez les adolescentes par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	56
Tableau 33 : Prévalences de la maigreur sévère, de la maigreur modérée, du surpoids et de l'obésité basée sur le PTZA, chez les adolescentes de 10 à 19 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	57
Tableau 34 : Prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale basée sur l'indice de masse corporelle (IMC), chez les femmes de 20 à 49 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	58
Tableau 35 : Prévalences de la maigreur sévère, maigreur modérée, surpoids et obésité basée sur IMC, chez les femmes de 20 à 49 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	59
Tableau 36 : Taux brut de mortalité rétrospective dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans par région administrative, septembre-octobre 2022.	60
Tableau 37 : Proportions d'enfants de moins de deux ans ayant été allaités eu sein et ceux mis au sein dans la première heure de la naissance, septembre-octobre 2022.	61
Tableau 38 : Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	61
Tableau 39 : Proportions d'enfants de moins de deux ans allaités jusqu'à l'âge d'un an et ceux jusqu'à deux ans par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.	62
Tableau 40 : Proportions d'enfants de moins de deux ans ayant bénéficié de la fréquence minimale des repas et de ceux ayant bénéficié d'un régime alimentaire diversifié par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.	63
Tableau 41 : Proportion d'enfants de moins de deux ans bénéficiant d'un minimum alimentaire acceptable par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.	64
Tableau 42 : Fréquence de la consommation d'aliments spécifiques par les enfants de 6 à 23 mois par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.	64
Tableau 43 : Prévalence de la diversité alimentaire chez les adolescentes et femmes en âge de procréer par région administrative, septembre-octobre 2022.	65
Tableau 44 : Couverture de la vaccination anti-rougeoleuse chez les enfants de 9 à 59 mois par région administrative, septembre-octobre 2022.	66
Tableau 45 : Prévalence des morbidités chez les enfants de moins de 5 ans par région administrative au niveau national, septembre-octobre 2022.	67
Tableau 46 : Type de source d'Eau au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	68
Tableau 47 : Type de Latrine au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2020.	69

Tableau 48 : Pratiques de lavage des mains au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	70
Tableau 49 : Positions/Attitudes des enquêtées (chefs de ménage) vis-à-vis de l’appréciation des membres de leurs communautés par rapport à l’excision des filles, septembre-octobre 2022.	73
Tableau 50 : Positions/Attitudes des enquêtées (chefs de ménage) vis-à-vis de l’appréciation des membres de leurs communautés par rapport au mariage des filles avant l’âge de 18 ans, septembre-octobre 2022.	74
Tableau 51 : Répartition des enfants par sexe et par milieu de résidence, septembre-octobre 2022	75
Tableau 52 : Répartition des enfants par tranches d’âge et par milieu de résidence, septembre-octobre 2022	75
Tableau 53 : Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu rural, milieu urbain et Conakry), septembre-octobre 2022.	76
Tableau 54 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.	77
Tableau 55 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A par tranche d’âge des enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.	77
Tableau 56 : Couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois par région administrative, septembre-octobre 2022.	78
Tableau 57 : Connaissance de la vitamine A et avantages par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022	79
Tableau 58 : Couverture du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois par strate (milieu rural, milieu urbain et Conakry), septembre-octobre 2022.	80
Tableau 59 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.	81
Tableau 60 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A par tranche d’âge des enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.	81
Tableau 61 : Couverture du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	81
Tableau 62 : Comparaison des données des enquêteurs avec celles des superviseurs, septembre-octobre 2022	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Niveau de diversité alimentaire des adolescentes et femmes en âge de procréer par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.	66
Figure 2 : Proportion de ménages utilisant une source d'eau buvable acceptable par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.	68
Figure 3 : Niveau de connaissance des ménages sur les moments clés de lavage des mains septembre-octobre 2022.	70
Figure 4 : Disponibilité des kits de lavage de mains au niveau national septembre-octobre 2022.	71
Figure 5 : Nombre de filles âgées de 5 à 17 ans et celles non excisées parmi elles dans les ménages enquêtés septembre-octobre 2022.	71
Figure 6 : Proportion des ménages ayant confirmé la pratique de l'excision au sein de leurs communautés par région administrative, septembre-octobre 2022.	72
Figure 7 : Couverture nationale de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois, septembre-octobre 2022.	76
Figure 8 : Niveau de connaissance des femmes de 20 à 49 ans sur les avantages de la supplémentation vitamine A chez les enfants, septembre-octobre 2022.	79
Figure 9 : Couverture nationale du déparasitage chez les enfants de 6 à 59 mois, septembre-octobre 2022.	80
Figure 10 : Appréciation de la situation nutritionnelle des régions sur l'échelle de classification de l'OMS.	85
Figure 11 : Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale issues des SMART 2022 versus SMART 2015 par région.	86
Figure 12 : Prévalences de la malnutrition aigüe sévère de 2022 versus celles de 2015.	86
Figure 13 : Appréciation de la situation sur l'échelle de classification de l'OMS.	87
Figure 14 : Prévalences de la malnutrition chronique par région issues de SMART 2022 versus SMART 2015.	88
Figure 15 : Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois par milieu de résidence, septembre-octobre 2022.	89
Figure 16 : Comparaison des couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 - 59 mois PECS 2021 versus PECS 2022.	90
Figure 17 : Comparaison des couvertures administratives de supplémentation en vitamine A versus couvertures d'enquête PECS 2022.	90

PREFACE

Comme celles de 2012 et 2015, cette troisième édition de 2022 de l'enquête SMART est une enquête nationale destinée à fournir des informations valides et à jour sur la situation nutritionnelle du pays à travers des indicateurs clés tels que la prévalence de la malnutrition aigüe globale, la prévalence de la malnutrition aigüe sévère, la prévalence de la malnutrition chronique, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans.

Les indicateurs produits par cette enquête permettent de suivre et apprécier les progrès réalisés dans le domaine de la nutrition à travers la mise en oeuvre du Plan Multisectoriel de la Nutrition, des programmes ainsi que des projets, dans notre pays. Elle facilite aussi le suivi des progrès dans la mise en oeuvre des engagements mondiaux, régionaux et sous-régionaux auxquels le pays a souscrit tels que les cibles mondiales de la nutrition à l'horizon 2025 et l'Agenda 2063 de l'Union Africaine.

Ainsi les résultats montrent que dans l'ensemble, la situation nutritionnelle reste précaire en Guinée en dépit des efforts consentis par le Gouvernement avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers. En effet, les prévalences de la malnutrition aigüe globale, de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale n'ont pas connu d'amélioration significative depuis la dernière enquête SMART de 2015. Les indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du Jeune Enfant peinent également à s'améliorer après plusieurs années d'efforts.

L'état nutritionnel des adolescentes et femmes en âge de procréer est marqué par une coexistence de deux formes opposées de la malnutrition à savoir la sous-nutrition caractérisée par la maigreur et la sur-nutrition dominée par le surpoids. Ce constat traduit le phénomène de double fardeau de la malnutrition qui est désormais une réalité dans notre pays.

Je saisis cette occasion pour exprimer toute la gratitude du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et du Gouvernement à l'ensemble des Partenaires au Développement pour l'assistance continue qui a permis la réalisation de cette enquête. Je voudrais particulièrement remercier la Banque Mondiale, l'UNICEF, Helen Keller International, le PAM et le Plan International Guinée, pour leur contribution financière à la réalisation de cette opération. Enfin, j'exprime toute ma reconnaissance à la population et aux services publiques pour la disponibilité et le soutien pendant l'opération de collecte de données sur le terrain.



Mamadou P. Diallo
Dr. Mamadou P. DIALLO
Ministre de la Santé et
de l'Hygiène Publique

REMERCIEMENTS

La réalisation et la réussite de cette enquête sont la résultante d'une large collaboration entre toutes les parties prenantes qui se sont fortement impliquées autant dans la conception, la collecte de données ainsi que dans toutes les autres phases.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) à travers la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) tient ainsi à adresser toute sa reconnaissance aux autorités des Régions Administratives, des Préfectures et des Sous-préfectures ainsi qu'aux autorités communales et coutumières des villages et localités visités pour le bon accueil et les facilités offertes aux équipes de collecte.

La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) adresse aussi ses remerciements à tous les agents enquêteurs, superviseurs, guides, chauffeurs et membres de l'équipe technique qui ont bravé les obstacles et les barrières de toutes sortes pour réaliser un travail de très bonne qualité sur le terrain.

La DNSFN tient à remercier Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et son cabinet qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail si important pour notre pays. Les remerciements vont également aux IRS, DPS, Chefs de Centre et tous les agents de santé qui ont contribué à faciliter le travail des enquêteurs sur le terrain.

Cette évaluation n'aurait pu être réalisée sans l'accompagnement technique et financier des Partenaires Techniques et Financiers, qu'ils en soient vivement remerciés et trouvent ici une reconnaissance de tous les efforts consentis pour l'amélioration du bien-être de la population guinéenne.

Enfin nos sincères remerciements aux ménages, aux mères et enfants qui ont accepté de plein gré à se soumettre à l'interview et aux mesures anthropométriques, malgré leurs occupations.

Dr. Dienev Fadima KABA

Directrice Nationale de la Santé Familiale
et de la Nutrition



SIGLES ET ACRONYMES

ACF	: Action Contre la Faim
AEN	: Actions Essentielles en Nutrition
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CAPI	: Computer Assisted Personal Interview
DNSFN	: Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENA	: Emergency Nutrition Assessment
ET	: Ecart-Type
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
HAZ	: Height for Age Z-score
IC 95%	: Intervalle de Confiance à 95%
IMC	: Indice de Masse Corporel
INS	: Institut National de la Statistique
IP	: Insuffisance Pondérale
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
MAG	: Malnutrition Aigüe Globale
MAM	: Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MC	: Malnutrition Chronique
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MUAC	: Middle Upper Arm Circumference
ODD	: Objectif de Développement Durable
ODK	: Open Data Kit
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
P/A	: Poids-pour-Age
P/T	: Poids-pour-Taille
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PB	: Périmètre Brachial
PMA	: Pays Moins Avancés
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTZ	: Z-score de l'indice poids pour taille

RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
T/A	: Taille-pour-Age
TBM	: Taux Brut de Mortalité
TMM5	: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WAZ	: Weight for Age Z-score
WHZ	: Weight for height Z-score
ZD	: Zone de Dénombrement

RESUME

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du suivi de la situation nutritionnelle que s'est proposé le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers. Il s'agit d'une enquête nutritionnelle basée sur la méthodologie SMART ayant à la fois une représentativité régionale et nationale. La réalisation de cette enquête nationale est une opportunité pour l'ensemble des acteurs de la nutrition d'avoir des données valides et actualisées non seulement pour toutes les régions mais aussi pour l'ensemble du pays au même moment.

Cette enquête visait à évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de moins de 5ans, des adolescentes et des femmes en âge de procréer (10 à 49 ans), estimer les taux de mortalité rétrospective dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans, la couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage, ainsi que les déterminants de l'état nutritionnel de ces enfants.

Il s'agit d'une enquête transversale basée sur un sondage en grappes à deux degrés, dont le calcul des tailles d'échantillon et tirage des grappes étaient réalisés à l'aide du logiciel ENA version janvier 2020. Au total 362 grappes, 6343 ménages, 4820 enfants de moins de 5 ans et 7625 adolescentes et femmes en âge de procréer ont été inclus dans les échantillons respectifs. La sélection des ménages enquêtés à l'intérieur des grappes était effectuée par les équipes d'enquête sur le terrain à l'aide d'un tirage aléatoire systématique. Au sein de chaque ménage sélectionné, tous les enfants âgés de 0 à 59 mois étaient inclus dans l'échantillon. Les principales données collectées sur les enfants sont : le sexe, l'âge, le poids, la taille, les œdèmes bilatéraux, le périmètre brachial et autres. Au niveau des ménages, la collecte a plutôt porté sur les données liées à la composition de chaque ménage ainsi que les événements démographiques de base à savoir les naissances, les déplacements des membres, et les décès. La période de rappel était de 123 jours ayant comme événement de référence le jour de la dernière fête de Ramadan 2022. La collecte de données était réalisée à l'aide des smartphones dans lesquels une version électronique du questionnaire a été configurée et adaptée au contexte du travail. Ce questionnaire comportait trois modules : le module composition du ménage (mortalité), le module enfant et le module femmes.

L'utilisation des smartphones a permis de réaliser la saisie instantanée des données sur le terrain avec la possibilité de reprendre en temps réel les mesures problématiques signalées par le smartphone. Les données saisies à l'aide du smartphone étaient ensuite automatiquement envoyées vers un serveur de centralisation. A partir de ce serveur, les coordinateurs de

l'enquête faisaient une revue quotidienne de la qualité des données, puis produire un bulletin de qualité des données. Ce bulletin était ensuite partagé sur une plate-forme de groupe whatsapp pour le feedback aux équipes. Le traitement final des données (compilation, apurement et calcul des indicateurs) était effectué à l'aide des logiciels suivants : Excel, ENA for SMART, Epi info et Stata 15. Les données anthropométriques des enfants de moins de 5 ans ont été traitées suivant les recommandations de la méthodologie SMART. Les différents indices nutritionnels ont été calculés sur la base des normes OMS (2006), et à l'aide du logiciel ENA (version janvier 2020).

Les principaux résultats issus de cette enquête montrent que la prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est de 6,7% [5,8-7,7] chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Selon la classification de l'OMS, cela correspond à une situation nutritionnelle précaire.

L'analyse de la situation par région administrative montre une grande variabilité dans la prévalence de la malnutrition aigüe globale avec les extrêmes de 3,3% dans la région de N'zérékoré et 8,3% dans les régions de Kankan et Kindia.

La comparaison des prévalences régionales avec la prévalence nationale montre que les régions administratives de Labé (7%) et respectivement Kankan et Kindia (8,3%) ont des prévalences dépassant la moyenne nationale (6,7%) ; alors que les régions de N'zérékoré (3,3%), Conakry (4%), Boké (5%) et Mamou (6%) ont des prévalences inférieures à celle nationale.

Les résultats de l'enquête ont montré que la malnutrition aigüe existe dans sa forme sévère avec une prévalence nationale de 1,3% [0,9-1,7]. Cependant au niveau régional, c'est dans les régions de Labé et Mamou qu'a été observée la prévalence la plus élevée (1,1%) et la plus faible prévalence (0,3%) dans les régions de Conakry, Faranah et N'zérékoré.

La prévalence nationale de la malnutrition chronique est de 25,5% [23,9-27,1]. Cette prévalence varie d'une région à une autre avec la plus faible (10,8%) observée à Conakry et la plus élevée (33%) à N'zérékoré. La malnutrition chronique est aussi présente sous la forme sévère au sein de la population des enfants de moins de 5 ans avec une prévalence nationale de 8,4% [7,4-9,4].

La prévalence nationale de l'insuffisance pondérale est de 14,6% [13,1-16,2]. Les prévalences régionales varient entre 7,2% à Conakry et 19,2% à Labé. La forme sévère de l'insuffisance pondérale a une prévalence de 3,9% [3,3-4,8].

L'évaluation de la situation nutritionnelle des adolescentes (10 à 19 ans) a révélé la coexistence de la maigreur et de la surcharge pondérale avec des prévalences nationales respectives de 4,4% [3,4-5,4] et 15% [13,1-16,9].

La situation nutritionnelle des femmes âgées de 20 à 49 ans a été également évaluée à travers l'indice de masse corporel (IMC). Selon les résultats de cette évaluation, la prévalence de la maigreur est de 7,5% [6,5-8,5] contre 39% [36,5-41,5] la prévalence nationale de la surcharge pondérale. La forme sévère de la surcharge pondérale que représente l'obésité est présente au sein de cette couche vulnérable avec 14,8% de prévalence nationale.

L'évaluation des pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, a permis de déterminer le niveau des indicateurs clés tels que : l'allaitement maternel exclusif dont la prévalence nationale est de 43,7% [38,2-49,2], la prévalence nationale de la mise au sein précoce 25,8% [22,6-28,9], la prévalence de la diversité alimentaire 11,1% [9,3-12,9] et la proportion d'enfant bénéficiant d'un minimum alimentaire acceptable 4,2% [3,0-5,3].

Cette enquête a aussi évalué les couvertures de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage. Selon les résultats, la couverture nationale de la supplémentation en vitamine A est de 66,4% [54,3-78,4]. Cette couverture varie en fonction du milieu de résidence soit 66,3% en milieu rural, 73,5% en milieu urbain et 72,3% dans la zone spéciale de Conakry. Quant au déparasitage, sa couverture nationale est de 60,5% [49,6-71,4] contre 62,7% en milieu rural, 69,4% en milieu urbain et 70,5% dans la zone spéciale de Conakry.

L'enquête a permis également d'évaluer la prévalence des morbidités infantiles telles que : la fièvre (39,8 %), la diarrhée (14,7 %) et les IRA (43,1%).

L'analyse a montré que les principales sources d'eau de boisson des ménages sont : eau minérale (6,2%), puis cimenté (9,1%), robinet/borne fontaine (24,1%) et forage à motricité humaine (42,5%). Ces résultats montrent que globalement 81,9% des ménages au niveau national utilisent une source de boisson acceptable.

L'évaluation des connaissances des ménages sur les moments clés de lavage des mains a montré que 6,7% ne connaissent aucun moment, 41,9% ne connaissent qu'un seul moment, 33,3% connaissent deux moments clés, 14,1% connaissent trois moments clés, 3,2% connaissent quatre moments clés et moins d'un pourcent (0,8%) seulement connaissent les cinq moments clés de lavage des mains recommandés.

Cette enquête a démontré que l'excision reste encore une pratique courante au sein des communautés sur l'ensemble du territoire national car 58% des ménages enquêtés ont confirmé l'existence de cette pratique au sein de leurs communautés.

En somme, cette enquête a permis d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, des adolescentes et femmes de 20 à 49 ans, à la fois au niveau national et régional. Elle a

permis à cet effet, de confirmer que la problématique de la malnutrition est encore d'actualité en Guinée.

Les principaux résultats relatifs à la malnutrition aigüe ont montré que la situation nutritionnelle est précaire au niveau national. En dépit de certaines limites inhérentes à l'application de la méthodologie sur le terrain, les mesures de contrôle de qualité mise en place depuis l'étape de planification jusqu'à la collecte de données sur le terrain telles que l'utilisation des smartphones et une supervision rapprochée des équipes, ont permis de collecter des données de bonne qualité et d'avoir des résultats précis et valides. Au vu des principaux résultats issus de cette enquête, des recommandations ont été formulées en vue d'apporter une réponse adéquate à la problématique de la malnutrition en Guinée.

I. CONTEXTE

Pays côtier situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer ; la République de Guinée a une superficie totale de 245 857 km² avec une population résidente estimée à 13 261 638 habitants, une densité démographique de 53,9 hbts/km² et une espérance de vie à la naissance de 61,7 ans en 2022 (Projection démographique basée sur RGPH 2014 par INS). Marquée par de fortes disparités régionales et constituée en majorité de femmes (52%), la démographie de la Guinée est caractérisée par un fort taux de croissance annuel de 3,5 en 2022. La structure par âge et par sexe de la population guinéenne telle qu'elle résulte du dernier RGPH (2014) montre qu'elle est constituée de jeunes en majorité soit 47% et les moins de 15 ans en représentent 48%.

Malgré ses énormes potentialités naturelles et humaines, la Guinée reste encore dans le giron des pays les plus pauvres au monde, avec un indice de développement humain de 0,41 en 2014 correspondant au 179^{ième} rang sur 186 pays. En effet, le pays possède près des 2/3 des réserves mondiales de bauxite avec une pluviométrie de plus de 2 500 mm par an.

Vivant en milieu rural à 63,7%, la majorité de la population guinéenne vit sous le seuil de la pauvreté (64%). Les principales activités socio-économiques sont l'agriculture, l'élevage, la pêche, le petit commerce, l'artisanat, l'exploitation minière artisanale et autre.

Les conditions de vie de la population se caractérisent par un faible taux d'accès à l'eau potable (67,8%) et à l'électricité (20%) avec un très faible système éducatif dont le taux net de scolarisation au primaire reste l'un des plus faibles de la sous-région. En plus de son faible taux global de scolarisation, le système éducatif se caractérise par une inégalité entre garçons et filles dont les taux de scolarisation sont 60% pour les garçons contre 55,4% pour les filles. De même les taux d'alphabétisation sont faibles notamment chez les femmes où il reste 22% alors qu'il atteint 43,6% chez les hommes.

La situation sanitaire du pays est marquée par une insuffisance de couverture sanitaire de la plupart des services de santé avec un très faible taux d'utilisation (16,4%). Ce qui se traduit par un niveau élevé des taux de mortalité maternelle (555 décès pour 100 000 naissances vivantes), de mortalité infanto-juvénile (111 pour mille) et de mortalité infantile (67 pour mille). La plupart des indicateurs de santé sont à un niveau moins performant comparé au niveau observé dans les autres pays de la sous-région. L'EDS 2018 a rapporté que seulement 24% des enfants de moins de 12 à 23 mois sont totalement vaccinés (c'est-à-dire ont reçu toutes les doses

des antigènes recommandés). La fréquence des morbidités infantiles reste toujours élevée : les infections respiratoires aiguës (83%), la diarrhée (68%) et la fièvre (62%).

La situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans est aussi problématique avec des indicateurs qui sont toujours au rouge. En effet, selon l'EDS 2018, 30% sont atteints d'un retard de croissance, 9,2% de la malnutrition aiguë et 16% d'une insuffisance pondérale. La prévalence de l'anémie au sein de cette même tranche d'âge atteint une proportion inquiétante avec 75% soit plus de sept enfants sur dix anémiés. Par ailleurs, le niveau actuel des indicateurs de l'alimentation de nourrisson et du jeune enfant montre que ces pratiques sont moins observées par les mères d'enfants de moins de deux ans. L'initiation précoce de l'allaitement maternel ne concerne que 42% des nouveau-nés alors que seuls 33% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein, 24% des enfants de 6 à 23 mois bénéficient de la fréquence minimale des repas, 16% d'une diversité alimentaire et 4% seulement d'un apport alimentaire minimum acceptable.

En plus de ces conditions pénibles qu'endure la population guinéenne depuis des décennies, l'épidémie de la maladie à virus Ebola (2014 – 2016) et celle de COVID-19 (2020 – 2022) ont non seulement fragilisé le système de santé mais ont aussi eu des répercussions graves sur la situation économique du pays. Les marchés ont été perturbés, les moyens d'existence se sont détériorés et les difficultés de nombreux ménages à satisfaire leurs besoins alimentaires et nutritionnels ont augmenté. Ce qui pourrait amener les ménages à adopter un régime alimentaire encore plus pauvre ou malsain contribuant ainsi à une détérioration de la situation nutritionnelle.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers sa Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition décide de réaliser une évaluation nationale de la situation nutritionnelle afin d'évaluer l'état nutritionnel des enfants, de collecter les informations sur les pratiques d'alimentation de nourrisson et de jeune enfant (ANJE) et sur la consommation des sels iodés dans les ménages ainsi que l'EAH.

Cette évaluation a permis de mieux comprendre le contexte nutritionnel du pays et relever les principaux problèmes prioritaires dans le domaine de la nutrition et ses domaines connexes et proposé des meilleures interventions adaptées et réalistes. Elle a ainsi permis de mettre à la disposition du gouvernement et ses partenaires techniques et financiers ainsi que tous les acteurs de la nutrition, une situation servant de ligne de base pour les indicateurs nutritionnels pouvant guider les actions futures.

II. OBJECTIFS

II.1. Objectif général

L'objectif général de cette enquête était d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq (5) ans, des adolescentes et femmes en âge de procréer ainsi que les facteurs contribuant à la malnutrition comme, la couverture de la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, les morbidités (diarrhée, fièvre et IRA), la vaccination anti rougeoleuse, les pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ENJE), et l'accès à l'eau et l'assainissement et l'hygiène (EAH).

II.2. Objectifs spécifiques

Il s'agissait plus spécifiquement de :

- Déterminer la prévalence des différentes formes de malnutrition (malnutrition aigüe, insuffisance pondérale et retard de croissance) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Déterminer la prévalence de la malnutrition basée sur l'indice de masse corporelle (IMC) et le périmètre brachial parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans ;
- Estimer le taux de mortalité dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans sur une période de rappel de 123 jours ;
- Déterminer la couverture de la supplémentation en vitamine A (enfant de 6 à 59 mois), du déparasitage (enfants de 12 à 59 mois), de la vaccination anti rougeoleuse (enfants de 9 à 59 mois) ;
- Déterminer la prévalence de l'initiation précoce de l'allaitement maternel (dans l'heure qui suit la naissance), de l'allaitement maternel exclusif à 6 mois et de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge d'un an et deux ans ;
- Déterminer la prévalence des principales morbidités (fièvre, diarrhée et IRA) chez les enfants de moins de cinq ans ;
- Déterminer les principales sources d'eau de boisson utilisées par les ménages,
- Déterminer le niveau des principaux indicateurs d'EAH (source d'eau de boisson, disponibilité de kit de lavage des mains, lavage des mains et le types de toilettes utilisés) par région.

III. METHODOLOGIE

L'enquête a été menée en suivant la méthodologie SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions). Une méthode d'enquête rapide, standardisée et simplifiée, avec saisie en temps réel des données sur le terrain afin d'améliorer la qualité des informations collectées. Elle est destinée à produire des résultats représentatifs au niveau de chaque région administrative mais aussi pour l'ensemble du pays.

III.1. Zones d'étude

L'enquête s'est déroulée sur toute l'étendue du territoire national, notamment dans les 7 régions administratives de l'intérieur du pays, plus la région spéciale de Conakry.

III.2. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale basée sur un sondage par grappes à deux degrés, comportant trois sections : une section démographie et mortalité, une section anthropométrie et une section données additionnelles.

III.3. Cibles de l'étude

La population cible de cette enquête était l'ensemble des ménages des strates (régions), les chefs de ménages ou leurs représentants, les enfants âgés de 0 à 59 mois vivant dans ces ménages au moment de l'enquête, les adolescentes (filles âgées de 10 à 19 ans), les femmes en âge de procréer (femmes âgées de 20 à 49 ans), les mères ou personnes en charge des enfants de moins de 2 ans (enfants de 0 à 23 mois).

III.4. Echantillonnage

III.4.1. Calcul de la taille d'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée de façon indépendante pour chaque strate (région) de l'enquête. Les calculs sont effectués à l'aide du logiciel ENA version janvier 2020 avec les paramètres suivants pour les différents échantillons de l'enquête :

- La prévalence attendue de la malnutrition aigüe globale (%) par strate. Dans ce cas les prévalences attendues sont issues de la dernière EDS de 2018 par région ;
- Taux de mortalité attendu (nombre de décès/10000/jour) par strate ;
- La précision souhaitée pour chaque strate (recommandation de la méthodologie SMART) ;

- Les effets de grappes sont issus des enquêtes précédentes ;
- Les proportions d'enfants de moins de 5 ans dans la population, issue de la projection démographique pour l'année 2022 de l'INS ;
- Les tailles moyennes des ménages pour chaque strate ou au niveau national. Dans ce cas nous avons utilisé la taille moyenne du ménage issue de la dernière EDS ;
- Les taux de non réponse par strate.

La formule utilisée par le logiciel ENA pour le calcul de la taille de l'échantillon du volet anthropométrie est la suivante :

$$n = \frac{k \times t^2 (1 - p) \times p}{\varepsilon^2}$$

n : est la taille de l'échantillon requis ;
 k : est l'effet de grappe dû à l'utilisation d'un sondage complexe par rapport au sondage aléatoire simple ;
 t : pour un niveau de confiance à 95% t=2,045 ;
 p : est la prévalence estimée de la variable d'intérêt (la MAG) ;
 ε : est la précision souhaitée.

L'application numérique de cette dans le logiciel ENA a donné les résultats dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Paramètres utilisés dans le calcul de la taille d'échantillon pour la section anthropométrie

Strates	Prévalence attendue (%)	Effet de grappes	Précision Souhaitée (%)	Taille d'échantillon en nombre d'enfants	Taille moyenne des ménages	% d'enfants < 5 ans dans la population (%)	Taux de non réponse (%)	Taille d'échantillon en nombre de ménages
Boké	8,6	1,5	3	548	6,2	16	5	646
Conakry	11,1	1,5	3,5	505	6,2	16	5	596
Faranah	7,5	1,5	3	484	6,2	16	5	570
Kankan	10,7	1,5	3,5	489	6,2	16	5	577
Kindia	10,1	1,5	3,5	465	6,2	16	5	548
Labé	7,9	1,5	3	507	6,2	16	5	598
Mamou	6,5	1,5	2,8	486	6,2	16	5	573
N'Zérékoré	9,8	1,5	3	616	6,2	16	5	726
Ensemble				4100				4834

La formule ci-dessous est celle utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon pour le volet mortalité.

$$n = \frac{\mu \times k}{PR \times \left(\frac{\varepsilon}{t}\right)^2}$$

n : nombre de personnes-jours à risque ;
 μ : taux de mortalité estimé (par exemple 2 décès pour 10 000 personnes/jour)

k : est l'effet de grappe;
 E : précision relative requise
 t : pour un niveau de confiance à 95% t=2,045 ;
 PR : Période de rappel

Les résultats issus de l'application numérique de cette formule sont dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Paramètres utilisés dans le calcul de la taille d'échantillon pour la section mortalité

Strates	Taux de mortalité attendu	Effet de grappes	Précision Souhaitée (%)	Taille d'échantillon en nombre de personnes	Taille moyenne des ménages	Période rappel	Taux de non réponse (%)	Taille d'échantillon en nombre de ménages
Boké	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Conakry	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Faranah	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Kankan	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Kindia	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Labé	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Mamou	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
N'Zérékoré	0.5	1,5	0,3	3872	6,2	90	5	657
Ensemble				30976				5255

La comparaison des tailles d'échantillon en nombre de ménages du volet anthropométrie avec celles du volet mortalité, a révélé que les tailles d'échantillon de la mortalité sont supérieures à celle de l'anthropométrie dans toutes les strates à l'exception de la région de Nzérékoré où le contraire s'est produit.

Suite à cette analyse, la taille d'échantillon en nombre de ménages a été harmonisée entre les deux principaux volets de l'enquête en prenant la taille la plus élevée comme présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Taille harmonisée de l'échantillon (nombre d'enfants, ménages et grappe) et par strate

Strates	Taille d'échantillon en nombre d'enfants	Taille finale de l'échantillon en nombre de ménages	Taille d'échantillon en nombre de grappes	Nombre de ménages par grappe	Nombre de jours de collecte	Nombre d'équipes par strates
Boké	548	657	39	17	24	3
Conakry	505	657	39	17	24	3
Faranah	484	657	39	17	24	3
Kankan	489	657	39	17	24	3
Kindia	465	657	39	17	24	3
Labé	507	657	39	17	24	3
Mamou	486	657	39	17	24	3
N'Zérékoré	616	726	43	17	24	3
Ensemble	4100	5325	316			24

Pour prendre en compte l'échantillonnage de la couverture de supplémentation en vitamine A ; trois strates ont été constituées en regroupant les ZD des 7 régions administratives en deux strates à savoir le milieu rural et le milieu urbain. La troisième strate a été constituée de 77 ZD tirées exclusivement de la zone spéciale de Conakry.

Tableau 4 : Taille d'échantillon prenant en compte la composante couverture de la supplémentation en vitamine A

Strates	Taille d'échantillon en nombre d'enfants	Taille finale de l'échantillon en nombre de ménages	Taille d'échantillon en nombre de grappes	Nombre de ménages par grappe	Nombre de jours de collecte	Nombre d'équipes par strates
Boké	548	657	39	17	24	3
Conakry	505	657	77	17	24	4
Faranah	484	657	39	17	24	3
Kankan	489	657	39	17	24	3
Kindia	465	657	39	17	24	3
Labé	507	657	39	17	24	3
Mamou	486	657	39	17	24	3
N'Zérékoré	616	726	43	17	24	3
Ensemble	4100	5325	354			25

NB: En plus du nombre total de grappes mentionnés dans le tableau, il y a 28 grappes de réserve qui sont destinées à être utilisées au besoin.

III.4.2. Technique de sondage

Base de sondage

Pour cette enquête, nous avons utilisé comme base de sondage, la liste des zones de dénombrement (ZD) issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH de 2014). Cette base de données nationales a été utilisée comme base de sondage pour la sélection des échantillons au niveau des strates. Il s'agit d'une liste exhaustive des Zones de Dénombrement (liste des villages et quartiers avec le nombre de ménages et de personnes). Une zone de dénombrement (ZD) est une unité géographique qui a des limites bien précises, désignée par un code, et a un effectif de population connu. La zone de dénombrement est soit un ensemble de villages (en milieu rural) ou de carrés (en milieu urbain). Chaque zone de dénombrement est matérialisée par une carte géographique montrant ses limites et ses composantes.

Sélection des grappes (unité primaire de sondage)

La sélection des grappes représente le premier degré de sondage. Elle a été assurée par l'équipe technique de planification de l'étude. La zone de dénombrement correspondant à la grappe était l'unité primaire de sondage de cette enquête. La sélection des grappes était réalisée par un tirage par allocation proportionnelle à la taille de la population des strates (régions) et a été réalisé de manière indépendante afin de garantir la représentativité au niveau strate (région).

Sélection des ménages à enquêter (deuxièmes degrés de sondage)

La sélection des ménages constitue le deuxième degré de sondage et a été réalisé par les équipes d'enquête sur le terrain. Pour procéder à la sélection des ménages, les enquêteurs ont procédé d'abord à un dénombrement de leurs unités primaires de sondage (ZD). Ce qui leur permettait d'établir une liste de tous les ménages de la ZD. Une fois établie, cette liste a été utilisée par la suite comme base de sondage pour sélectionner les ménages à visiter dans la grappe. La sélection des ménages était effectuée par un tirage aléatoire systématique en appliquant un pas de sondage calculé à cet effet.

Sélection des enfants

Dans chaque ménage sélectionné, tous les enfants âgés de 0 à 59 mois étaient inclus dans l'échantillon, même s'ils étaient de mères différentes (cas des ménages polygames par exemple).

III.5. Données à collecter

Le questionnaire de l'enquête comportait les parties suivantes : une section identification, une section démographie et mortalité, une section anthropométrie et santé de l'enfant, une section ANJE, une section anthropométrie des adolescents et femmes, une section données ménages incluant une section Eau Assainissement et Hygiène (EAH) et autres.

III.5.1. Identification du ménage

Les données collectées au niveau de la partie identification sont : le nom de la région, le nom de la localité ou du site d'enquête, le numéro de la grappe, le numéro de l'équipe, le numéro du ménage et les coordonnées GPS. La partie identification incluait également une demande de consentement éclairé (après explication de l'objectif de l'enquête). Tous les ménages sélectionnés ont pris des numéros d'ordre séquentiels dans chaque grappe.

III.5.2. Mortalité rétrospective

L'enquête de mortalité rétrospective a été réalisée sur une période de rappel de 123 jours soit 4 mois environ. La date du début de la période de rappel était fixée au jour de la fête de Ramadan passé (02 mai 2022). Dans tous les ménages enquêtés, le questionnaire de démographie et mortalité a été administré au chef de ménage ou à son représentant ou à la mère ou personne en charge des enfants. Les informations suivantes ont été collectées :

- Les personnes présentes dans le ménage le jour de l'enquête ;
- Les personnes ayant quitté le ménage dans la période de rappel ;
- Les personnes arrivées dans le ménage pendant la période de rappel ;
- Les personnes nées dans le ménage pendant la période de rappel ;
- Les personnes décédées dans le ménage pendant la période de rappel ;
- Pour chaque membre listé, l'âge (en années révolues) et le sexe ont été enregistrés.

III.5.3. Anthropométrie

ID : L'identifiant de l'enfant et de la femme (ID) correspond au numéro de la ligne d'enregistrement de la section mortalité qui contient la liste des membres du ménage.

Nom : Le nom de l'enfant et/ou de la femme était enregistré dans le but de ne pas faire de confusion lorsqu'il y a plusieurs enfants de moins de 5 ans.

Sexe : Il était codé « M » pour masculin et « F » pour féminin.

Age : L'âge était répertorié en mois ou en date de naissance précise si disponible sur les différents documents officiels (carnet de santé, carte de vaccination ou acte de naissance).

Lorsque la date de naissance n'était pas confirmée par une preuve officielle, le calendrier des événements était utilisé pour estimer l'âge des enfants en mois révolu. Le calendrier des événements locaux comprenait les dates d'éligibilité (en mois) des enfants à enquêter, afin de permettre la détermination de l'âge. Le calendrier des événements est composé d'événements saisonniers tels que le début ou la fin de la saison des pluies, le début ou la fin des récoltes, ainsi que les dates des fêtes religieuses, les événements nationaux et locaux et les mois lunaires du calendrier hégirien.

Poids : la pesée (prise du poids) était effectuée avec des balances électroniques à pile modèle SECA ayant une précision de 100g. Les enfants étaient complètement déshabillés et pesés nus dans la mesure du possible. Chaque jour, avant de commencer le travail sur le terrain, les

équipes vérifiaient le bon fonctionnement des balances : l'état des piles, l'affichage des chiffres, et le calibrage à l'aide d'un poids étalon de 5 kg.

Les adolescentes et les femmes en âge de procréer ont été également pesées à l'aide des balances électroniques. A cet effet, elles ont été débarrassées de tous les objets lourds tels que les chaussures, les colliers, les foulards, les blousons et autres pour ne garder que les habits légers avant de monter sur la balance.

Taille : la taille était mesurée à l'aide d'une toise graduée en centimètre (toise de Shorr), avec une précision au millimètre près. Les enfants de moins de 87 cm étaient mesurés en position couchée sur la toise horizontalement placée, alors que ceux de 87 cm et plus ont été mesurés en position debout sur la toise verticalement placée. Un bâton marqué à 87 cm a été utilisé pour déterminer la position de mesure de la taille de l'enfant (taille inférieure ou supérieure à 87 cm). Ce même bâton était utilisé pour calibrer la toise chaque matin avant le départ sur le terrain.

En plus des enfants, la taille des adolescentes et des femmes en âge de procréer était aussi mesurée à l'aide d'une toise adaptée (toise pour adulte).

Œdèmes : Seuls les œdèmes bilatéraux non liés à un traumatisme quelconque ou un processus inflammatoire isolé sont considérés comme étant significatifs d'un problème nutritionnel. Ils ont été recherchés en exerçant à l'aide des deux pouces ou index, une pression de trois secondes sur le dos des deux pieds. La présence des œdèmes était confirmée si l'empreinte des doigts reste marquée (forme du godet) sur le dos des deux pieds à la fois. Le résultat du test était codifié comme suit : œdèmes présents (O = oui) et œdèmes absents (N = non).

Périmètre brachial (PB) : Le PB était mesuré sur le bras gauche à l'aide d'un mètre ruban, à mi-hauteur entre l'épaule et le coude. Le bras devait pendre le long du corps et être décontracté au moment de la lecture de la mesure. Le PB était mesuré en millimètre et au millimètre près. La mesure était effectuée uniquement chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

III.5.4. Données additionnelles

Supplémentation vitamine A : Cette information était collectée chez les enfants de 6 à 59 mois. Les données ont été codées comme suit : 1 = capsule reçue avec carte, 2 = capsule reçue sans carte, 3 = non et 4 = ne sait pas.

Déparasitage systématique des enfants : Cette information était collectée chez les enfants de 1 à 59 mois. Les données ont été codées comme suit : 1 = comprimé reçu avec carte, 2 = comprimé reçu sans carte, 3 = non et 4 = ne sait pas.

Vaccination anti rougeoleuse : Cette information était collectée chez les enfants âgés de 10 à 59 mois, et les données ont été codées comme suit : 1 = oui vaccine avec carte, 2 = vaccine sans carte, 3 = non vaccine et 4 = ne sait pas.

Diarrhée au cours des deux dernières semaines : est définie par l'émission de plus de trois selles par jour. Cette information était recherchée chez tous les enfants de moins de 5 ans au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

Fièvre au cours des deux dernières semaines : Chez tous les enfants de moins de 5 ans au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

IRA : définit par la présence des symptômes respiratoires d'apparition récentes tels que l'écoulement nasal, la toux, la difficulté respiratoire associée à une fièvre. Ces symptômes ont été recherchés au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant (ANJE) : les informations suivantes ont été collectées :

- Mise au sein immédiate de l'enfant : Cette information a été collectée chez les mères ou personnes en charge d'enfants de moins de 24 mois. Les données ont été codées comme suit : moins d'une heure «00» heure, le nombre d'heures pour moins de 24 heures et le nombre de jour pour plus de 24 heures ;
- Durée de l'allaitement : Les données de cette variable ont été codées en nombre de mois durant lesquels l'enfant concerné a été allaité ;
- Allaitement exclusif : Les données de cette variable ont été recueillies en tenant compte de l'âge de l'enfant qui normalement entre 0 et 6 mois, ne devrait recevoir aucun autre aliment à part le lait maternel ;
- Nombre de repas pendant les dernières 24 heures : Les données de cette variable ont été enregistrées en nombre de repas pris par l'enfant durant les dernières 24 heures précédant l'enquête ;
- Types d'aliments (liquides, solides ou mous) consommés pendant les dernières 24 heures précédant l'enquête : Cette information a été collectée chez les mères d'enfants de moins de 24 mois. Les données ont été codées comme suit : 1 = Oui, 2 = Non, 8 = Ne sais pas.

Alimentation des femmes

Les données sur l'alimentation des femmes ont été collectées par entretien individuel avec elles à travers un rappel de 24h de la consommation alimentaire. La répondante listait l'ensemble des aliments qu'elle a consommé durant les dernières 24 heures et l'interviewer cochera 1 (oui) ou 2 (Non) selon que l'un des groupes était présent dans les repas de la répondante.

Le score de diversité alimentaire reflète le nombre de groupes d'aliments (parmi 10) consommés par une femme le jour précédant l'enquête. Si ce score atteint 5 ou plus de groupes d'aliments consommés alors la diversité alimentaire minimum des femmes est atteinte.

N°	Groupe d'Aliment
1	Féculents
2	Haricots et Pois
3	Noix et Graines
4	Produits Laitiers
5	Viandes et Poissons
6	Œufs
7	Légumes Feuilles Vertes Foncées
8	Autres Fruits et Légumes Riches en Vitamines A
9	Autres Légumes
10	Autres Fruits

Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)

- Source d'eau de boisson des ménages ;
- Existence de latrine au sein des ménages ;
- Disponibilité de kit de lavage des mains ;
- Types de latrines utilisés par les ménages ;
- Mode d'élimination des excréments des enfants de moins de 3 ans ménages.

III.6. Recrutement et formation des enquêteurs

III.6.1. Procédure de sélection des enquêteurs

La présélection des candidats était faite sur la base de l'expérience dans les enquêtes nutritionnelles ou les enquêtes démographiques ou les enquêtes de santé en général, de la connaissance des langues locales, et du niveau d'instruction (secondaire au minimum). La sélection finale des enquêteurs était faite sur la base de leur performance lors de la formation. Ceci du point de vue connaissance théorique et pratique évaluée à l'aide de tests spécifiques.

III.6.2. Formation des enquêteurs

Une formation théorique et pratique de 10 jours a été organisée à l'attention de 82 participants présélectionnés sur la base de dossiers. La formation était assurée par une équipe de 5 formateurs sous le leadership de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition.

Les principaux thèmes abordés lors de la formation sont : Aperçu général sur l'enquête, méthodologie de l'enquête (échantillonnage, sondage en grappe, sélection des ménages selon la méthode aléatoire systématique, et la sélection des participants), rôle des membres de l'équipe, procédures de terrain, les cas particuliers, techniques de mesures anthropométriques, la collecte de l'âge (y compris l'utilisation du calendrier des événements), remplissage des questionnaires, la malnutrition et les indices nutritionnels, les critères et remplissage des coupons de référence, calibrage des outils anthropométriques, utilisation du smartphone pour la saisie et l'envoi des données via une connexion internet.

La théorie était complétée par plusieurs exercices pratiques individuels et de groupe (pratique sur les mesures anthropométriques, test de standardisation des enquêteurs et exercices pratiques de collecte de données avec le smartphone).

Un pré-test d'appréciation du niveau des participants était administré dès le début de la formation puis un post-test à l'issue des trois premiers jours de formation. Ces deux tests théoriques ont permis de présélectionner les potentiels candidats au poste de chef d'équipe.

Le quatrième, le cinquième et le sixième jour de la formation ont été consacrés à des exercices pratiques d'anthropométrie et d'interview avec smartphone afin que les participants se familiarisent avec les différentes techniques et outils de collecte de données.

Les septième et huitième jour de la formation étaient dédiés au test de standardisation.

Le test de standardisation était organisé conformément aux recommandations de la méthodologie SMART. Ce test a permis d'évaluer la performance des participants dans la pratique des mesures anthropométriques à travers une évaluation de la précision et l'exactitude de leurs mesures. Le résultat de ce test a servi également pour la sélection des meilleurs participants aux postes de mesureur principal et de mesureur assistant.

A l'issue de la formation, 75 agents dont 25 chefs d'équipe et 50 mesureurs ont été retenus pour prendre part à la collecte de données sur le terrain.

L'enquête pilote s'est déroulée après la formation en salle et la sélection finale des enquêteurs. Elle s'est déroulée dans les quartiers de Conakry non sélectionnés pour l'enquête proprement dite.

Lors de cette phase pilote, les agents ont été répartis en équipes de 3 personnes comme en situation réelle. Ces équipes ont été ensuite regroupées au sein de cinq sous-groupes de 5 équipes soit 15 personnes. Chacun de ces sous-groupes était dirigé par un superviseur comme en situation réelle sur le terrain. Cette simulation se faisait en sorte que chaque équipe participe à l'identification, la délimitation d'une ZD, le dénombrement des ménages, la sélection des ménages à enquêter et enquêter au minimum 6 ménages avant la fin de cette enquête pilote. Cet exercice a permis ainsi aux équipes de se familiariser avec la méthodologie et les outils de collecte de données, et compléter la formation concernant les procédures de terrain.

III.7. Collecte de données et supervision

III.7.1. Collecte de données

La collecte de données était réalisée par 25 équipes de 3 enquêteurs chacune, sous la supervision de 8 binômes de superviseurs, soit au total 75 agents enquêteurs et 16 superviseurs. Toutes les équipes ont été déployées au même moment sur le terrain dans les différentes strates (régions). L'opération de recueil des données sur le terrain a duré 24 jours inclus le temps de voyage allé et retour de Conakry aux régions.

Chaque équipe était dotée d'un smartphone contenant les questionnaires afin de lui permettre de saisir en temps réel les données au moment même de la collecte dans les ménages. Les smartphones étaient dotés d'une puce configurée pour la connexion internet en vue de transmettre les données à l'équipe de coordination dans un délai raisonnable.

III.7.2. Supervision

La supervision de cette collecte de données était assurée par deux niveaux.

Premier niveau

Seize (16) superviseurs ont été sélectionnés sur la base de l'expérience pertinente dans les enquêtes nutritionnelles ou les enquêtes démographiques ou encore les enquêtes de santé en général, de la capacité gestion d'équipe et du niveau d'instruction.

Ces superviseurs ont été mis en (08) binôme et chaque binôme a eu trois équipes d'une région entière à superviser.

Ils ont été à cet effet, le garant de la qualité des données collectées dans leurs régions de ressort. Ils s'assuraient du respect des procédures de terrain, du dénombrement et de la bonne conduite des mesures anthropométriques. A la fin de chaque grappe, ils vérifiaient les questionnaires complétés sur le smartphone avant de les envoyer.

Deuxième niveau

Le deuxième niveau de supervision était assuré par des superviseurs du niveau central (les membres du comité de pilotage et le consultant).

III.8. Traitement et analyse des données

III.8.1. Gestion des données

Toutes les données collectées étaient saisies à l'aide des smartphones ou tablettes sur le terrain. Ces données étaient ensuite transférées sur un serveur où elles étaient stockées. A cet effet, la DNSFN a créé un compte sur la plate-forme KoBoToolbox des humanitaires dont elle était l'administrateur. A partir de ce serveur les données étaient téléchargées sur des ordinateurs dans un format Excel (xls) avant de les convertir en fichier ENA pour produire des rapports de plausibilité, et d'autres analyses portant sur la complétude des données collectées sur le terrain.

III.8.2. Analyse des données

Les indices anthropométriques ont été calculés sur la base des normes OMS (2006), et à l'aide du logiciel ENA (version janvier 2020). Les flags EPI/OMS ont été exclus lors du calcul des indicateurs au niveau national. Les analyses ont été ensuite conduites par l'usage du logiciel Epi info version 7 afin de prendre en compte le plan de sondage.

La pondération a été réalisée à l'aide des poids de sondage prenant en compte les chiffres de population de chacune des strates et le nombre de ménages dénombrés dans chaque zone de dénombrement (ou grappe).

III.8.3. Calcul des indicateurs

Indicateurs nutritionnels

L'indice Poids pour Taille (P/T) : Cet indice sert de référence pour mettre en évidence une déficience significative de la malnutrition aigüe. Pour une taille donnée, les poids des enfants de la population enquêtée sont comparés à ceux de la population de référence. Les résultats sont exprimés en Z-Score (ou écart-type) selon les normes internationales.

L'indice Taille pour Age (T/A) : Cet indice mesure la malnutrition chronique qui se traduit par une taille trop petite pour l'âge, signifiant alors un retard de croissance. L'indice taille pour âge (T/A), rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, il est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition. Cet indice compare la taille de l'enfant à la taille moyenne d'une population de référence pour le même âge.

L'indice Poids pour Age (P/A) : Cet indice mesure le déficit pondéral chez un enfant qui est l'expression d'une insuffisance de poids chez un enfant par rapport aux autres enfants de même âge. Il traduit un trouble de développement staturo-pondéral de l'enfant.

Tableau 5 : Définition statistique de la malnutrition aiguë modérée et sévère, selon le P/T en Z-score

	Malnutrition aiguë	Malnutrition chronique	Insuffisance pondérale
Sévère	P/T < -3 ET et /ou œdème bilatéraux nutritionnels	T/A < -3 ET	P/A < -3 ET
Modérée	-3 ET ≤ P/T < -2	-3 ET ≤ T/A < -2	-3 ET ≤ P/A < -2
Globale	P/T < -2 ET et /ou œdème bilatéraux nutritionnels	T/A < -2 ET	P/A < -2 ET

Périmètre brachial : La mesure du périmètre brachial est aussi utilisée pour évaluer la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois sans référence à un standard pour l'âge. Au seuil de la malnutrition aiguë sévère (PB < 115 mm), cette mesure est particulièrement intéressante pour identifier les enfants à haut risque de mortalité. Les valeurs seuil peuvent varier selon les auteurs, le tableau ci-dessous décrit les valeurs qui seront utilisées comme seuil lors de la présente enquête. Le périmètre brachial est mesuré uniquement chez les enfants de 6 à 59 mois.

Tableau 6 : Valeurs de PB et signification nutritionnelle pour les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer.

Valeurs de PB	Signification nutritionnelle
PB < 115 mm et /ou œdèmes	Malnutrition aiguë sévère
PB ≥ 115 mm et < 125 mm	Malnutrition aiguë modérée
PB < 125 mm et/ou œdèmes bilatéraux	Malnutrition aiguë globale
Femmes en âge de procréer	
PB ≥ 230 mm	Etat normal
210 mm ≤ PB < 230 mm	Risque de dénutrition aiguë
PB < 210 mm	Dénutrition aiguë

Indice de masse corporelle

Elle est mesurée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC) chez les personnes âgées de 5 ans et plus, par le rapport poids pour taille pour les enfants de moins de cinq ans et par le périmètre brachial chez les femmes enceintes. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{Poids (Kg)} / [\text{Taille (m)}]^2$$

NB : Il est à noter que cet indice n'est pas recommandé chez les femmes enceintes.

Tableau 7 : Classification de l'état nutritionnel des femmes âgées de 20 à 49 ans basée sur l'IMC selon l'OMS

Classe d'IMC	Etat nutritionnel
IMC < 16	Dénutrition sévère
16,0 ≤ IMC < 18,5	Dénutrition modérée
18,5 ≤ IMC < 25,0	Etat normal
25,0 ≤ IMC < 30,0	Surpoids
30,0 ≤ IMC < 40,0	Obésité

L'évaluation de l'état nutritionnel des adolescents est faite sur la base du Z-score de l'IMC ajusté sur l'âge. Les seuils sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Classification de l'état nutritionnel des adolescentes de 10 à 19 ans basée sur le z-score de l'IMC selon l'OMS

Classe de IMCZ	Etat nutritionnel
IMCZ < - 3ET	Maigreux
- 2ET > IMCZ ≤ - 3ET	Maigreux modérée
IMCZ < - 2ET	Maigreux sévère
- 2ET ≥ IMCZ ≤ 1ET	Etat normal
IMCZ > 1ET	Surnutrition
1 ET < IMCZ ≤ 2ET	Surpoids
IMCZ > 2ET	Obésité

Appréciation de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans

Classification de l'état nutritionnel d'une population selon la prévalence de la malnutrition aigüe (% d'enfants avec P/T<-2z-score et/ou œdèmes). Le tableau ci-dessous présente le résumé de cette classification.

Tableau 9 : Classification de l'importance par rapport à la santé publique pour les enfants de moins de 5 ans.

Prévalence %	Critique	Alarmante	Précaire	Acceptable
Faible poids-pour-taille	≥ 15	10 – 14	5 – 9	< 5
Faible taille-pour-âge	≥ 40	30 – 39	20 – 29	< 20
Faible poids-pour-âge	≥ 30	20 - 29	10 - 19	< 10

Mortalité rétrospective

Taux Brut de Mortalité (TBM)

Le taux brut de mortalité est calculé à l'aide de la formule ci-dessous (d'après le manuel SMART)

Nombre de décès durant la période de rappel

$$\text{TBM} = \frac{\text{Nombre de décès durant la période de rappel}}{\left(\frac{\text{Population totale enquêtée}}{10000} \right) \times \text{période de rappel}}$$

Données additionnelles

Les indicateurs basés sur les données additionnelles ont été calculés de la façon suivante :

Couverture supplémentation vitamine A

Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu
une dose de vitamine A lors de la campagne du mois juin 2022

$$\text{Couverture vit A} = \frac{\text{Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A lors de la campagne du mois juin 2022}}{\text{Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois dans l'échantillon}} \times 100$$

Couverture du déparasitage systématique

Nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant reçu
une dose de déparasitant lors de la campagne du mois juin 2022

$$\text{Couverture du déparasitage} = \frac{\text{Nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant reçu une dose de déparasitant lors de la campagne du mois juin 2022}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de 12 à 59 mois dans l'échantillon}} \times 100$$

Couverture de la vaccination anti rougeoleuse

Nombre d'enfants vaccinés âgés de 9 à 59 mois

$$\text{Couverture VAR} = \frac{\text{Nombre d'enfants vaccinés âgés de 9 à 59 mois}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de 9 à 59 mois dans l'échantillon}} \times 100$$

Indicateurs ANJE

Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont évaluées à travers 7 indicateurs de base dont les procédures de calcul sont détaillées ci-dessous.

NB : étaient exclues du calcul toutes les données manquantes.

1-Initiation opportune de l'allaitement chez les enfants âgés de 0 à 23 mois (c'est – à – dire les enfants âgés de 0 à < 24 mois).

Cet indicateur est défini par la proportion d'enfants nés durant les derniers 24 mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance.

Enfants vivants nés les 24 derniers mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance x 100

Enfants vivant nés les 24 derniers mois

2-Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (c'est-à-dire les enfants âgés de < 6 mois)

Les enfants allaités exclusivement au lait maternel sont ceux qui sont toujours allaités (par leur mère ou une nourrice) au moment de l'enquête, et qui n'ont reçu aucun autre liquide ou nourriture de la liste du questionnaire, dans les dernières 24 heures.

Cet indicateur mesure la proportion d'enfants de 0 à 5 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel.

Enfants de à 5 mois allaités exclusivement avec du lait maternel
----- x 100
Enfants de 0 à 5 mois

3-Continuation de l'allaitement à 1 an chez les enfants âgés de 12 à 15 mois (c'est-à-dire les enfants âgés de 12 à < 16 mois) Cet indicateur mesure la proportion d'enfants âgés de 12 à 15 ayant bénéficié de l'allaitement maternel en plus de l'alimentation du complément.

Enfants de 12 à 15 mois toujours allaités
----- x 100
Enfants âgés de 12 à 15 mois

4-Continuation de l'allaitement à 2 ans chez les enfants âgés de 20 à 23 mois (c'est-à-dire les enfants âgés de 20 à < 24 mois).

Enfants âgés de 20 à 23 mois qui ont été nourris au sein
----- x 100
Enfants nés au cours des 24 derniers mois

5-Introduction des aliments solides, semi-solides ou mous chez les enfants âgés de 6 à 8 mois (c'est-à-dire les enfants âgés de 6 à < 9 mois).

Cet indicateur mesure la proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous parmi les enfants âgés de 6 à 8 mois.

Enfants de 6 à 8 mois ayant reçu des aliments solides, semi-solides ou mous le jour précédent
l'enquête x 100

Enfants âgés de 6 à 8 mois

6-Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer chez les enfants âgés de 6 à 23 mois

Enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé la veille un aliment riche en fer ou un aliment spécialement conçu pour les nourrissons et les jeunes enfants et enrichi en fer, ou encore un aliment enrichi à domicile avec un produit contenant du fer x 100

Enfants âgés de 6 à 23 mois

7-Alimentation au biberon chez les enfants âgés de 0 à 23 mois (c'est-à-dire les enfants âgés de 0 à < 24 mois).

Enfants âgés de 0 à 23 mois qui ont été nourris au biberon la veille x100

Enfants âgés de 0 à 23 mois

8-Fréquence minimale alimentaire : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des aliments dérivés du lait pour les enfants qui ne sont pas allaités) au moins le nombre minimum de fois.

Cet indicateur est calculé à partir des deux fractions suivantes :

Enfants allaités, âgés de 6 à 23 mois, qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous au moins le nombre minimum de fois le jour précédent x100

Enfants allaités, âgés de 6 à 23 mois

Et

Enfants non allaités, âgés de 6 à 23 mois, qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous au moins le nombre minimum de fois le jour précédent x100

Enfants non allaités, âgés de 6 à 23 mois

Le nombre minimum de repas est défini comme suit :

2 repas (aliments solides ou semi-solides) pour les enfants allaités, âgés de 6 à 8 mois

3 repas (aliments solides ou semi-solides) pour les enfants allaités, âgés de 9 à 23 mois

4 repas (aliments solides ou semi-solides) pour les enfants non allaités, âgés de 6 à 23 mois

9- Diversité alimentaire minimale

Il s'agit de collecter des données sur les différents types d'aliments consommés par les enfants au cours des 24 heures précédant l'enquête afin d'apprécier le niveau de diversité de leur alimentation. L'indicateur se calcule comme suit :

Enfants âgés de 0 à 23 mois qui ont consommé au moins 5 sur 8 des groupes d'aliments mentionnés ci-dessous au cours des dernières 24 heures précédant l'enquête x100

Enfants âgés de 0 à 23 mois

Les groupes d'aliments concernés sont :

Lait maternel ;
Céréales, tubercules, racines, pâtes alimentaires, plantains et assimilées ;
Produits Laitiers
Légumineuses ;
Produits carnés (viandes, poissons, abats, insectes, larves, produits de mer et autres) ;
Œufs ;
Fruits et légumes riches en vitamine A (carottes, courges, patates à chair orange et autres) ;
Autres fruits et légumes

10-Apport alimentaire minimum acceptable : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable c'est-à-dire qui ont à la fois une diversité alimentaire minimale et une fréquence minimale acceptable.

Cet indicateur est calculé à partir des deux fractions suivantes :

Enfants allaités, âgés de 6 à 23 mois, ayant reçu au moins la diversification alimentaire minimum et le nombre de repas minimum le jour précédent x100

Enfants allaités, âgés de 6 à 23 mois

Et

Enfants non allaités, âgés de 6 à 23 mois, ayant reçu au moins 2 fois du lait, la diversification alimentaire minimum (en dehors des aliments lactés) et le nombre minimum de repas le jour précédent x100

Enfants non allaités, âgés de 6 à 23 mois

III.9. Coordination de l'enquête

La coordination de cette enquête a été assurée par un comité de pilotage national composé des services techniques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les partenaires techniques et financiers.

III.10. Considérations éthiques

Les autorités de chaque village ou localités ont été contactées et informées à l'arrivée des équipes dans les localités. Également au niveau des ménages, les enquêteurs après les salutations d'usage, déclinaient leurs identités puis exposaient de façon claire et concise, l'objectif général de l'enquête et les procédures de la collecte en vue de rassurer les enquêtés et les préparer à la suite pour l'entretien. Le consentement libre et éclairé de participation à l'enquête était demandé à chaque chef de ménage ou à son représentant, en cas d'absence de ce dernier. Lors de la collecte de données, tous les enfants détectés malnutris non pris en charge dans un programme, ont été référés vers un centre de prise en charge nutritionnelle.

Le protocole de l'enquête a été soumis à l'approbation du comité national d'éthique avant le déploiement des équipes sur le terrain.

III.11. Difficultés et limites de l'enquête

Les principales difficultés rencontrées lors de la conduite de cette enquête sont entre autres : le mauvais temps dû à la saison pluviale, le relief très accidentés de certaines localités, les travaux champêtres dans les villages, la réticence de certaines cibles à certains endroits. Ces facteurs ont été rapportés de façon unanime par les enquêteurs et les superviseurs. Malgré ces intempéries les enquêteurs ont eu le courage, la motivation et l'engagement de braver et surmonter la majorité des obstacles trouvés sur leurs chemins.

Quant aux limites, il faut noter que la principale limite de cette enquête serait lié au nombre élevé de grappes perdues (non enquêtées) par défaut d'accessibilité à certaines localités. Cela a produit comme effet un taux de réponse légèrement faible dans deux régions (Boké 76% et Labé 75%) en dessous de 80% recommandé par la méthodologie SMART.

En dépit de cette limite, les résultats issus de cette enquête peuvent être considérés comme valides et représentatifs de l'ensemble des populations cibles à la fois au niveau national et régional. La fiabilité des résultats de cette enquête est confirmée par la longueur des intervalles de confiance estimés autour des principaux indicateurs.

IV. RESULTATS

IV.1. Description de l'échantillon

IV.1.1. Taux de réponses

Au total 382 grappes ont été planifiées y compris celles de réserve (28) pour l'ensemble des strates incluses dans cette enquête au niveau national. Sur ce total, 362 grappes ont été réalisées soit un taux de réponse global de 95%. Le taux de réponse de l'échantillon en nombre de ménages a suivi le même ordre que celui du nombre de grappes enquêtées par strates. Les taux de réponse dans les régions varient d'une région à une autre. Ainsi, le taux de réponse est de 100% dans trois strates (Conakry, Mamou et N'zérékoré), 90% dans 4 strates (Faranah, Kankan, Kindia et Labé) et seule la strate de Boké a enregistré un taux de réponse inférieur à 80%. Pour des raisons d'inaccessibilité, 20 grappes n'ont pas pu être enquêtées. Ces grappes se répartissent comme suit : 11 dans la région de Boké, 3 dans la région de Kankan, 4 dans la région de Labé et 1 dans les régions de Kindia et Faranah respectivement.

Tableau 10 : Taux de réponse de l'échantillon en nombre de grappe et en nombre de ménages, par strate (région administrative), septembre-octobre 2022.

Région	Echantillon des grappes			Echantillon des ménages		
	Nombre planifié	Nombre complété	Taux de réponse (%)	Nombre planifié	Nombre complété	Taux de réponse (%)
Boké	43	32	74	731	543	74
Conakry	77	77	100	1309	1309	100
Faranah	43	42	98	731	703	96
Kankan	43	40	93	731	661	90
Kindia	43	42	98	731	714	98
Labé	43	39	91	731	678	93
Mamou	43	43	100	731	731	100
Nzérékoré	47	47	100	799	797	100
Ensemble	382	362	95	6494	6136	94

Taux de réponse de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois

Il apparaît à l'examen des données du tableau ci-dessous que le taux de réponse global de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois au niveau national est de 99%. En dépit de cette bonne performance nationale, les régions de Boké et Labé ont enregistré un faible taux de réponse en dessous de 80%, alors que toutes les autres régions ont enregistré des taux de réponse dépassant 100%.

Tableau 11 : Taux de réponse de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois par strate (région), septembre-octobre 2022.

Région	Echantillon des enfants de 6 à 59 mois		
	Nombre planifié	Nombre complété	Taux de réponse (%)
Boké	548	417	76
Conakry	505	696	138
Faranah	484	403	83
Kankan	489	686	140
Kindia	465	508	109
Labé	507	382	75
Mamou	486	547	113
Nzérékoré	616	654	106
Ensemble	4100	4293	105

IV.1.2. Qualité des données

Distribution de l'échantillon des enfants de 6-59 mois par âge et par sexe

La distribution par âge et par sexe de l'échantillon des enfants de 6-59 mois inclus dans cette enquête, montre que les garçons et les filles sont à nombre égal dans la population en général mais aussi au sein des différentes tranches d'âge (voir tableau ci-dessous). L'analyse des données de ce tableau révèle également que les différentes classes d'âge sont représentées dans des proportions plus ou moins égales dans l'échantillon.

Tableau 12 : Distribution par tranche d'âge et par sexe de l'échantillon des enfants de moins de 6-59 mois inclus dans l'enquête, septembre-octobre 2022.

AGE (mois)	Garçons		Filles		Total		Ratio
	n	%	n	%	n	%	Garçon/File
6-17	622	51,0	598	49,0	1220	28,6	1,0
18-29	525	50,7	510	49,3	1035	24,3	1,0
30-41	473	48,0	512	52,0	985	23,1	0,9
42-53	405	49,9	407	50,1	812	19,0	1,0
54-59	108	50,0	108	50,0	216	5,1	1,0
Total	2133	50,0	2135	50,0	4268	100,0	1,0

Le tableau ci-dessous présente le résumé de la qualité des données de l'enquête pour l'ensemble des strates (au niveau national) et pour chacune des strates. Concernant l'âge, les résultats de l'enquête indiquent que 33% des enfants de moins de 5 ans ne possédait pas de document officiel approuvant leur date de naissance, contre 67% ayant un document officiel de date de naissance au niveau national.

Au niveau des régions, la proportion d'enfants ayant un document officiel de date de naissance varie entre 43% à Boké et 83% à Conakry.

A défaut d'avoir un document officiel attestant la date de naissance des enfants, les enquêteurs faisaient recours au calendrier des événements locaux pour estimer l'âge. Cette démarche bien qu'approuvée entraîne parfois des petites erreurs qui peuvent influencer sur la qualité de cette donnée (âge estimé). Néanmoins, la proportion des données hors normes est apparue faible pour tous les indices (P/T, T/A, et P/A) par strate et au niveau national comme indiquent les données du tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Pourcentage d'enfants ayant une date de naissance et nombre de données hors norme par indice anthropométrique et par région, septembre-octobre 2022.

Région	Enfants ayant un certificat de date de naissance (%)	Données hors normes par indice anthropométriques (SMART Flags)		
		WHZ	HAZ	WAZ
Boké	43	5	9	19
Conakry	85	12	11	19
Faranah	75	9	8	18
Kankan	52	8	13	31
Kindia	60	7	11	24
Labé	79	8	8	21
Mamou	50	16	14	24
Nzérékoré	78	13	20	25
Ensemble	67	84	95	191

IV.2. Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans

IV.2.1. Prévalence de la malnutrition aigüe

Prévalence de la malnutrition aigüe basée sur l'indice poids-taille (P/T)

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans les régions administratives et au niveau national. Selon les résultats de cette enquête, la prévalence nationale de la malnutrition aigüe (MAG) est de **6,7% [5,8 - 7,7]**. Ces résultats montrent que la prévalence de la MAG varie d'une région à une autre. Elle oscille entre 3,3% dans la région de Nzérékoré et 8,3% dans les régions de Kankan et Kindia respectivement. Toutes les régions ont affiché une prévalence de MAG en dessous du seuil d'alerte de 10%. Cependant, les régions de Kankan, Kindia, Labé, Mamou, Faranah et Boké ayant une prévalence de MAG située dans l'intervalle de 5% - 10% sont considérées comme étant des zones de précarité par rapport à la malnutrition aigüe d'après l'échelle de classification de l'OMS.

La lecture des données du tableau ci-dessous montre que la malnutrition existe à la fois dans sa forme modérée et sévère. En effet, la prévalence de la malnutrition aigüe sévère varie de 0,3% dans la ville de Conakry, les régions de Faranah et Nzérékoré à 1,1% dans les régions de Labé et Mamou.

Étant donné que la malnutrition aigüe sévère est reconnue être la forme la plus mortelle à défaut d'une prise en charge adéquate, une attention particulière devrait être accordée au fonctionnement du Programme de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) au niveau des structures sanitaires. Par ailleurs, vu qu'une proportion importante d'enfants souffre de la forme modérée de la malnutrition aigüe, un effort devrait être consacré à la ré-dynamisation de la prise en charge de cette entité qui constitue un fardeau important sur la santé des enfants.

Tableau 14 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale, modérée et sévère) basée sur l'indice poids pour taille (P/T) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe modérée		Malnutrition aigüe sévère	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	404	20	5,0 [3 - 8]	18	4,5 [2,8 - 7,1]	2	0,5 [0,1 - 3,7]
Conakry	574	23	4,0 [2,6 - 6,0]	21	3,7 [2,4 - 5,5]	2	0,3 [0,1 - 1,4]
Faranah	390	24	6,2 [4,1 - 9,1]	23	5,9 [3,9 - 8,8]	1	0,3 [0,0 - 2,0]
Kankan	648	54	8,3 [6,3 - 11,0]	49	7,6 [5,5 - 10,3]	5	0,8 [0,3 - 2,1]
Kindia	496	41	8,3 [5,9 - 11,4]	37	7,5 [5,2 - 10,5]	4	0,8 [0,3 - 2,1]
Labé	370	26	7,0 [4,3 - 11,4]	22	5,9 [3,6 - 9,6]	4	1,1 [0,4 - 2,9]
Mamou	522	33	6,3 [4,4 - 9,0]	27	5,2 [3,5 - 7,5]	6	1,1 [0,5 - 2,7]
Nzérékoré	637	21	3,3 [1,9 - 5,5]	19	3,0 [1,7 - 5,2]	2	0,3 [0,1 - 1,3]
Ensemble	4101	275	6,7 [5,8 - 7,7]	218	5,4 [4,6 - 6,3]	57	1,3 [0,9 - 1,7]

Nombre de cas d'œdèmes : 7

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition aigüe globale et sévère par sexe chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative. Il apparaît dans ce tableau que les enfants des deux sexes (filles et garçons) sont touchés par la malnutrition aigüe, que ce soit la forme modérée ou la forme sévère.

Tableau 15 : Prévalence de la malnutrition aigüe (global et sévère) basée sur l'indice poids pour taille (P/T) en fonction du sexe des enfants de 6 à 59 mois par région administrative au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Garçons				Filles				
		Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère		Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Boké	185	8	4,3	1	0,5	219	12	5,5	1	0,5
Conakry	273	12	4,4	1	0,4	301	11	3,7	1	0,3
Faranah	193	13	6,7	1	0,5	197	11	5,6	0	0,0
Kankan	350	8,9	8,9	2	0,6	298	23	7,7	3	1,0
Kindia	252	22	8,7	1	0,4	244	19	7,8	3	1,2
Labé	175	16	9,1	3	1,7	195	10	5,1	1	0,5
Mamou	277	15	5,4	3	1,1	245	12	4,9	3	1,2
Nzérékoré	307	12	3,9	1	0,3	330	9	2,7	1	0,3
Ensemble	2045	153	7,5	32	1,6	2056	122	5,9	25	1,2

Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique selon le sexe des enfants

Le tableau ci-dessous présente la comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par sexe des enfants de moins de 5 ans au niveau des régions administratives. Les résultats de cette comparaison montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre le statut nutritionnel des garçons et celui des filles au niveau des régions ($p > 0,05$). Cependant, il est apparu au niveau national que les garçons sont 1,3 fois plus affectés par cette forme de malnutrition que les filles avec différence statistiquement significative ($p < 0,05$).

Tableau 16: Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par sexe des enfants de 6-59 mois, septembre-octobre 2022.

Régions	Garçons			Filles			Test de Khi carré		
	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Effectif	Malnutrition aigüe globale		X ²	p	OR
		n	%		n	%			
Boké	185	8	4,3	219	12	5,5	0,28	0,59	-
Conakry	273	12	4,4	301	11	3,7	0,2	0,65	-
Faranah	193	13	6,7	197	11	5,6	0,2	0,63	-
Kankan	350	8,9	8,9	298	23	7,7	0,3	0,60	-
Kindia	252	22	8,7	244	19	7,8	0,14	0,70	-
Labé	175	16	9,1	195	10	5,1	2,3	0,13	-
Mamou	277	15	5,4	245	12	4,9	0,07	0,79	-
Nzérékoré	307	12	3,9	330	9	2,7	0,7	0,4	-
Ensemble	2045	153	7,5	2056	122	5,9	3,9	0,04	1,3 [1-1,6]

Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) par tranches d'âge

L'analyse de la prévalence de la malnutrition aigüe globale par tranche d'âge montre qu'au niveau national 10,8% des enfants de 6-23 mois souffrent de malnutrition aigüe globale, contre 4,1% chez les enfants de 24-59 mois. Il apparaît au niveau régional des prévalences très variables, allant de 3,9% à Conakry et 14% à Kindia chez les enfants de 6-23 mois ; contre 2% à Nzérékoré et 5% à Boké chez les enfants de 24-59 mois.

Tableau 17: Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le z-score du poids pour taille (P/T) et/ou œdèmes selon les tranches d'âge des enfants de 6 à 59 mois par région, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants de 6 à 23 mois					Enfants de 24 à 59 mois				
	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère		Effectif	Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Boké	157	8	5,1	0	0	239	12	5,0	2	0,8
Conakry	207	8	3,9	1	0,5	354	15	4,2	1	0,3
Faranah	160	16	10,0	0	0	226	8	3,5	1	0,4
Kankan	248	34	13,7	1	0,4	387	16	4,1	3	0,8
Kindia	200	29	14,5	1	1,0	291	12	4,1	2	0,7
Labé	141	15	10,6	1	0,7	223	11	4,9	3	1,4
Mamou	205	20	9,8	3	1,5	311	13	4,2	3	0,9
Nzérékoré	241	19	7,9	6	2,5	396	8	2,0	0	0
Ensemble	1585	168	10,8	33	2,0	2452	103	4,1	23	0,8

Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par tranche d'âge des enfants de 6 à 59 mois

La comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par tranche d'âge des enfants de 6-59 mois réalisée à l'aide du test de Khi carré, a révélé tant au niveau national qu'au niveau régional une grande disparité entre ces deux groupes d'enfants. Le test statistique a montré qu'il existe une différence statistiquement significative entre les prévalences de la MAG chez les jeunes enfants de 6 à 23 mois et celles des grands enfants de 24 à 59 mois ($p < 0,05$), à la fois au niveau national et dans toutes les régions exceptées les régions de Boké et Faranah. En effet, les jeunes enfants de 6-23 mois sont apparus plus affectés par la malnutrition aigüe globale tant au niveau national que régional avec un risque allant de 2,3 à 6,4 fois plus élevé que chez les grands enfants de 24-59 mois.

Cette analyse montre que le degré de vulnérabilité des enfants à la malnutrition aigüe varie en fonction de leur âge, démontrant ainsi que les petits enfants de moins de deux ans courent plus de risque de souffrir de ce problème que ceux ayant déjà dépassé les deux premières années de vie. Autrement dit les enfants ayant deux ans ou plus ont plus de chance de ne pas tomber dans la malnutrition aigüe que ceux qui ont moins de deux ans (voir tableau ci-dessous).

Tableau 18 : Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale par tranche d'âge des enfants de 6-59 mois, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants de 6 à 23 mois			Enfants de 24 à 59 mois			Test de Khi carré		
	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Effectif	Malnutrition aigüe globale		X ²	p	OR
		n	%		n	%			
Boké	157	8	5,1	239	12	5,0	0,001	0,97	-
Conakry	207	8	3,9	354	15	4,2	0,05	0,83	-
Faranah	160	16	10,0	226	8	3,5	6,7	9*10 ⁻³	3 [1,3-7,3]
Kankan	248	34	13,7	387	16	4,1	40,7	10 ⁻⁷	6,4[3,4-11,9]
Kindia	200	29	14,5	291	12	4,1	3,9	4*10 ⁻⁵	3,9[1,9-7,9]
Labé	141	15	10,6	223	11	4,9	4,2	0,04	2,3[1,1-5,2]
Mamou	205	20	9,8	311	13	4,2	6,4	0,01	2,5[1,2-5,1]
Nzérékoré	241	19	7,9	396	8	2,0	12,7	4*10 ⁻⁴	4,2[1,8-9,6]
Ensemble	1585	168	10,8	2452	103	4,1	62,9	10⁻⁶	2,7 [2,1-3,5]

Prévalence de la malnutrition aigüe basée sur le périmètre brachial (PB)

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition aigüe basée sur le PB des enfants de 6 à 59 mois enquêtés par région administrative. Selon le PB, la prévalence nationale de MAG est de **4,0% [3,3- 4,6]** et la prévalence de la malnutrition aigüe sévère **1,3% [0,9- 1,5]**. Au niveau régional, les prévalences de la malnutrition aigüe globale varient entre 0,3% dans la ville de Conakry et 7% dans la région de Faranah. L'analyse de la malnutrition aigüe sévère basée sur le PB a révélé plus de vulnérabilité dans les régions, avec six d'entre elles atteignant ou dépassant 1% de prévalence. Les régions de Mamou, Labé, Faranah, Kindia et Nzérékoré sont apparues particulièrement vulnérables avec une prévalence au-dessus de la moyenne nationale (1,3%). Ce constat démontre un niveau de risque plus élevé de mortalité infanto-juvénile due à la malnutrition aigüe sévère dans ces régions si la prise en charge des cas n'est pas redynamisée à la hauteur des défis.

Tableau 19 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale, modérée et sévère) basée sur le périmètre brachial (PB) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe modérée		Malnutrition aigüe sévère	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	410	15	3,7 [2,0 - 6,5]	11	2,7 [1,4 - 4,9]	4	1,0 [0,3 - 3,2]
Conakry	586	2	0,3 [0,1 - 1,3]	2	0,3 [0,1 - 1,3]	0	0,0 [0,0 - 0,0]
Faranah	400	28	7,0 [3,9 - 12,4]	20	5,0 [2,8 - 8,8]	8	2,0 [0,7 - 5,7]
Kankan	657	24	3,7 [2,5 - 5,3]	19	2,9 [1,8 - 4,6]	5	0,8 [0,3 - 2,0]
Kindia	504	30	6,0 [4,1 - 8,6]	20	4,0 [2,5 - 6,2]	10	2,0 [1,2 - 3,4]
Labé	378	11	2,9 [1,2 - 6,9]	5	1,3 [0,5 - 3,7]	6	1,6 [0,6 - 3,9]
Mamou	536	9	3,5 [1,7 - 7,2]	11	2,1 [0,8 - 5,0]	8	1,5 [0,7 - 3,4]
Nzérékoré	653	33	5,1 [3,5 - 7,3]	19	2,9 [1,8 - 4,6]	14	2,1 [1,2 - 3,7]
Ensemble	4124	162	4,0 [3,3- 4,6]	107	2,7 [2,1- 3,3]	55	1,3 [0,9- 1,5]

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le PB par sexe des enfants de 6 à 59 mois, par région administrative et au niveau national.

Tableau 20 : Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le périmètre brachial (PB) en fonction du sexe des enfants de 6 à 59 mois, par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Garçons				Filles				
		Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère		Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Boké	186	7	3,8	2	1,1	224	8	3,6	2	0,9
Conakry	281	1	0,4	0	0,0	305	1	0,3	0	0,0
Faranah	197	11	5,6	2	1,0	203	17	8,4	6	3,0
Kankan	356	8	2,2	1	0,3	301	16	5,3	4	1,3
Kindia	255	8	3,1	2	0,8	249	22	8,8	8	3,2
Labé	181	8	4,4	6	3,3	197	3	1,5	0	0,0
Mamou	284	9	3,2	4	1,4	252	10	4,0	4	1,6
Nzérékoré	317	15	4,7	4	1,3	336	18	5,4	10	3,0
Ensemble	2057	67	3,3	21	1,0	2067	95	4,6	34	1,6

Prévalence combinée de la malnutrition aigüe (globale et sévère) basée sur le PTZ et le périmètre brachial

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) chez les enfants de 6 à 59 mois en fonction des régions administratives et au niveau national.

Tableau 21: Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) chez les enfants de 6 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Malnutrition aigüe globale		Malnutrition aigüe sévère	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	417	30	7,2 [4,7 - 11,1]	6	1,4 [0,5 - 4,0]
Conakry	587	25	4,3 [2,9 - 6,2]	2	0,3 [0,1 - 1,3]
Faranah	400	42	10,5 [7,2 - 15,1]	9	2,3 [0,8 - 5,8]
Kankan	657	64	9,7 [7,5 - 12,5]	8	1,2 [0,6 - 2,7]
Kindia	504	51	10,1 [7,6 - 13,4]	11	2,2 [1,3 - 3,6]
Labé	378	32	8,5 [5,2 - 13,5]	9	2,4 [1,2 - 4,7]
Mamou	538	42	7,8 [5,2 - 11,6]	14	2,6 [1,4 - 5,0]
Nzérékoré	653	41	6,3 [4,4 - 9,0]	14	2,1 [1,2 - 3,7]
Ensemble	4134	336	8,1 [7,2 - 9,2]	88	2,1 [1,7 - 2,6]

IV.2.2. Prévalence de la malnutrition chronique

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national. D'après les résultats de cette enquête, la prévalence nationale de la malnutrition chronique est de **25,5% [23,9 - 27,1]**. Ces résultats montrent que les prévalences régionales varient entre 10,8% à Conakry et 33% à Nzérékoré. L'analyse des prévalences régionales montre que 7 régions sur 8 sont passées en dessous du seuil de sévérité de 30% de prévalence de la malnutrition chronique. Seule la région de Nzérékoré a présenté une prévalence au-dessus de ce seuil d'alerte.

Tableau 22 : Prévalence de la malnutrition chronique basée sur l'indice taille pour âge (T/A) chez les enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Malnutrition chronique		Malnutrition chronique modérée		Malnutrition chronique sévère	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	421	109	25,9 [20,5-32,2]	77	18,3 [14,3-23]	32	7,6 [5,0 - 11,3]
Conakry	618	67	10,8 [8,4-13,8]	57	9,2 [7,1-11,9]	10	1,6 [0,9 - 2,9]
Faranah	447	133	29,8 [24,2-35,9]	92	20,6 [16,4-25,5]	41	9,2 [6,4 - 12,9]
Kankan	702	146	20,8 [17,8-24,2]	118	16,8 [14,5-19,4]	28	4,0 [2,8 - 5,7]
Kindia	551	149	27,0 [23,0-31,6]	102	18,5 [15,9-21,5]	47	8,5 [6,3 - 11,4]
Labé	385	113	29,4 [23,3-36,3]	76	19,7 [15,4-24,9]	37	9,6 [6,3 - 14,3]
Mamou	551	151	27,4 [23,8-31,3]	114	20,7 [17,4-24,5]	37	6,7 [4,8 - 9,3]
Nzérékoré	705	233	33,0 [28,0-38,5]	146	20,7 [17,4-24,5]	87	12,3 [9,5 - 15,8]
Ensemble	4556	1166	25,5 [23,8 - 27,1]	782	17,0 [15,9 - 18,2]	384	8,4 [7,4 - 9,4]

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la malnutrition chronique par sexe chez les enfants de moins de cinq ans par région administrative.

La lecture de ce tableau montre que la prévalence de la malnutrition chronique reste encore élevée chez les garçons. Elle dépasse même le seuil de la sévérité de 30% dans quatre régions à savoir : Nzérékoré, Labé, Kindia et Mamou. Par contre, elle est moins élevée chez les filles où seules deux régions ont présenté une prévalence dépassant le seuil de 30%, à savoir les régions de Nzérékoré et Faranah.

Tableau 23 : Prévalence de la malnutrition chronique basée sur l'indice taille pour âge (T/A) en fonction du sexe des enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Garçons					Filles				
	Effectif	Malnutrition chronique		Malnutrition chronique sévère		Effectif	Malnutrition chronique		Malnutrition chronique sévère	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Boké	193	56	29	22	11,4	228	53	23,2	10	4,4
Conakry	297	37	12,5	7	2,4	321	30	9,3	3	0,9
Faranah	226	66	29,2	17	7,5	221	67	30,3	24	10,9
Kankan	374	86	23,0	18	4,8	328	60	18,3	10	3,0
Kindia	283	87	30,7	28	9,9	268	62	23,1	19	7,1
Labé	188	65	34,6	23	12,2	197	48	24,4	14	7,1
Mamou	285	88	30,9	21	7,4	266	63	23,7	16	6,0
Nzérékoré	336	121	36,0	50	14,9	369	112	30,4	37	10
Ensemble	2268	644	28,4	224	9,9	2288	522	22,8	160	7,0

Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique selon sexe des enfants

Le tableau ci-dessous présente la comparaison des prévalences du retard de croissance par sexe des enfants de moins 5 ans au niveau des régions administratives. Cette comparaison a montré une différence significative entre les garçons et les filles dans les régions de Kindia et Labé ainsi qu'au niveau national où les enfants de sexe masculins sont apparus plus affectés que ceux du sexe féminin ($p < 0,05$).

Tableau 24 : Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique par sexe des enfants de moins de 5 ans, septembre-octobre 2022.

Régions	Garçons			Filles			Test de Khi carré		
	Effectif	Malnutrition chronique		Effectif	Malnutrition chronique		χ^2	p	OR
		n	%		n	%			
Boké	193	56	29	228	53	23,2	3,8	0,06	
Conakry	297	37	12,5	321	30	9,3	0,05	0,82	
Faranah	226	66	29,2	221	67	30,3	0,07	0,8	
Kankan	374	86	23,0	328	60	18,3	2,3	0,12	
Kindia	283	87	30,7	268	62	23,1	4	0,04	1,5 [1-2,2]
Labé	188	65	34,6	197	48	24,4	4,8	0,03	1,6 [1,1-2,6]
Mamou	285	88	30,9	266	63	23,7	3,6	0,06	
Nzérékoré	336	121	36,0	369	112	30,4	2,5	0,11	
Ensemble	2268	644	28,4	2288	522	22,8	18,6	10⁻⁴	1,3 [1,2-1,5]

Prévalence de la malnutrition chronique par tranches d'âge

L'analyse de la prévalence de la malnutrition chronique par tranche d'âge présentée dans le tableau ci-dessous, montre que la malnutrition chronique affecte à la fois dans sa forme globale et sévère toutes les tranches d'âge, non seulement au niveau national mais aussi dans toutes les régions administratives. Cependant, les prévalences régionales varient d'une région à une autre, allant de 11,9% dans la ville de Conakry à 33,3% à N'zérékoré chez les moins de deux ans. La même tendance est observée chez les enfants de deux ans et plus où les prévalences varient entre 10,5% à Conakry et 33,1% à N'zérékoré.

Tableau 25 : Prévalence de la malnutrition chronique (ou retard de croissance) basée sur l'indice taille pour âge (T/A) exprimé en z-scores en fonction des tranches d'âge des enfants de 0 à 59 mois par région, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants de 6 à 23 mois					Enfants de 24 à 59 mois				
	Effectif	Malnutrition chronique		Malnutrition chronique sévère		Effectif	Malnutrition chronique		Malnutrition chronique sévère	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Boké	183	54	29,5	18	9,8	230	51	22,2	13	5,7
Conakry	253	30	11,9	5	2,0	351	37	10,5	5	1,4
Faranah	224	67	29,9	21	9,4	219	64	29,2	20	9,1
Kankan	377	78	20,7	14	3,7	313	64	20,5	14	4,5
Kindia	266	68	25,6	21	7,9	280	79	28,2	25	8,9
Labé	163	50	30,7	19	11,7	216	62	28,7	18	8,3
Mamou	230	48	20,9	16	6,9	315	101	32,1	21	6,7
Nzérékoré	315	105	33,3	51	16,2	381	126	33,1	36	9,5
Ensemble	2035	513	25,2	192	9,43	2456	635	25,9	189	7,7

Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique par tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans

La comparaison des prévalences du retard de croissance par tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans au niveau des régions administratives n'a pas montré de disparité du point de vue vulnérabilité entre les enfants de moins de deux ans et ceux de deux ans et plus. En effet, les résultats du test de Khi carré indiquent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les prévalences de la malnutrition chronique au sein de ces deux catégories d'enfants ($p > 0,05$) sauf dans la région de Mamou. Il est apparu dans la région de Mamou, que les enfants âgés de deux ans et plus sont 1,8 fois plus affectés par la malnutrition chronique que ceux de moins de deux ans ($\chi^2 = 8,4$; $p = 0,004$).

Cette analyse montre que contrairement à la malnutrition aiguë affectant avec prédilection les jeunes enfants, la forme chronique de la malnutrition ou le retard de croissance semble affecter de façon plus ou moins uniforme les enfants.

Tableau 26 : Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique par tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants de 6 à 23 mois			Enfants de 24 à 59 mois			Test de Khi deux		
	Effectif	Malnutrition chronique		Effectif	Malnutrition chronique		X ²	p	OR
		n	%		n	%			
Boké	183	54	29,5	230	51	22,2	3,5	0,06	-
Conakry	253	30	11,9	351	37	10,5	0,25	0,61	-
Faranah	224	67	29,9	219	64	29,2	0,02	0,87	-
Kankan	377	78	20,7	313	64	20,5	0,01	0,93	-
Kindia	266	68	25,6	280	79	28,2	0,48	0,48	-
Labé	163	50	30,7	216	62	28,7	0,17	0,67	-
Mamou	230	48	20,9	315	101	32,1	8,4	0,004	1,8 [1,2-2,7]
Nzérékoré	315	105	33,3	381	126	33,1	0,00	0,94	-
Ensemble	2035	513	25,2	2456	635	25,9	0,24	0,62	-

IV.2.3. Prévalence de l'insuffisance pondérale

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans par région administrative. Ces résultats montrent que la prévalence de l'insuffisance pondérale est passée au-dessous du seuil de 20% dans toutes les régions administratives. La plus faible prévalence est enregistrée dans la ville de Conakry (7,2%) contre celle la plus élevée dans la région de Labé (19,2%).

Tableau 27 : Prévalence de l'insuffisance pondérale basée sur l'indice poids pour âge (P/A) chez les enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Insuffisance pondérale		Insuffisance pondérale modérée		Insuffisance pondérale sévère	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	438	59	13,5 [10,2 - 17,6]	47	10,7 [8,0 - 14,3]	12	2,7 [1,4 - 5,4]
Conakry	628	45	7,2 [5,3 - 9,5]	44	7,0 [5,2 - 9,4]	1	0,2 [0,0 - 1,2]
Faranah	459	79	17,2 [13,4 - 21,9]	63	13,7 [10,3 - 18,0]	16	3,5 [1,9 - 6,4]
Kankan	717	101	14,1 [11,4 - 17,3]	85	11,9 [9,6 - 14,6]	16	2,2 [1,4 - 3,7]
Kindia	561	100	17,8 [13,8 - 22,6]	74	13,2 [10,1 - 17,0]	26	4,6 [2,7 - 7,9]
Labé	396	76	19,2 [14,5 - 24,9]	62	15,7 [11,8 - 20,4]	14	3,5 [1,9 - 6,4]
Mamou	559	72	12,9 [9,5 - 17,2]	55	9,8 [7,0 - 13,7]	17	3,0 [1,7 - 5,5]
Nzérékoré	706	74	10,5 [7,4 - 14,6]	55	7,8 [5,4 - 11,1]	19	2,7 [1,5 - 4,7]
Ensemble	4564	665	14,6 [13,1 - 16,2]	485	10,6 [9,6 - 11,8]	180	3,9 [3,3 - 4,8]

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de l'insuffisance pondérale par sexe des enfants de moins de cinq ans et par région administrative.

La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les garçons oscille entre 23,3% dans la région de Labé et 7,9% dans la ville de Conakry. Seules les régions de Kindia (21%) et Labé (23,3%) ont affiché des prévalences dépassant le seuil de précarité de 20%. Chez les filles, la prévalence de l'insuffisance pondérale varie entre 20,2% dans la région de Faranah et 6,5% dans la ville de Conakry. A l'opposé des garçons, les filles ont présenté des prévalence d'insuffisance pondérale inférieure à celle des garçons dans toutes les régions excepté la région de Faranah (20,2%). Ce constat est observé également au niveau national où la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 16,2% chez les garçons contre 12,9% chez les filles.

Tableau 28 : Prévalence de l'insuffisance pondérale basée sur l'indice poids pour âge (P/A) en fonction du sexe des enfants de 0 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Garçons					Filles				
	Effectif	Insuffisance pondérale		Insuffisance pondérale sévère		Effectif	Insuffisance pondérale		Insuffisance pondérale sévère	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Boké	200	30	15,0	6	3,0	238	29	12,2	6	2,5
Conakry	305	24	7,9	1	0,3	323	21	6,5	0	0,0
Faranah	231	33	14,3	7	3,0	228	46	20,2	9	3,9
Kankan	385	63	16,4	12	3,1	332	38	11,4	4	1,2
Kindia	290	61	21,0	15	5,2	271	28	14,4	11	4,1
Labé	189	44	23,3	9	4,8	207	32	15,5	5	2,4
Mamou	291	45	15,5	8	2,7	268	27	10,1	9	3,4
Nzérékoré	337	40	11,9	11	3,3	369	34	9,2	8	2,2
Ensemble	2275	369	16,2	98	4,3	2289	296	12,9	82	3,6

IV.2.4. Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins 5 ans

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) par région administrative.

Tableau 29 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans par région, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Surpoids		Obésité	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	435	4	0,9 [0,3 - 2,8]	-	-
Conakry	625	15	2,4 [1,5 - 3,9]	-	-
Faranah	454	9	2,0 [0,8 - 4,7]	-	-
Kankan	724	6	0,8 [0,3 - 2,0]	-	-
Kindia	566	6	1,1 [0,4 - 2,6]	-	-
Labé	396	5	1,3 [0,5 - 2,9]	-	-
Mamou	559	5	0,9 [0,4 - 2,1]	-	-
Nzérékoré	712	58	8,1 [5,0 - 13,1]	3	0,4 [0,1 - 1,3]
Ensemble	4551	146	3,2 [2,5 - 4,1]	27	0,6 [0,4 - 0,9]

IV.3. Situation nutritionnelle des adolescentes et femmes en âge de procréer

IV.3.1. Caractéristiques socio-démographiques des adolescentes et femmes en âge de procréer

Le tableau ci-dessous, présente la distribution par tranche d'âge les femmes de 10 à 49 ans. La lecture de ce tableau montre que la majorité (46%) des enquêtées appartenait à la tranche d'âge de 20-34 ans.

Tableau 30 : Distribution par tranche d'âge des femmes enquêtées, septembre-octobre 2022.

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
10-19 ans	2536	34,3
20-34 ans	3399	46,0
35-49 ans	1458	19,7
Total	7393	100

Etat physiologique des femmes de 20 à 49 ans

Le tableau ci-dessous, montre la distribution du statut physiologique des enquêtées. Ces données montrent que plus de la moitié des enquêtées (60%) n'était ni enceinte ni allaitante au moment de l'enquête.

Tableau 31 : Statut physiologique des femmes de 20 à 49 ans enquêtées, septembre-octobre 2022.

Statut biologique de la femme	Effectif	Pourcentage (%)
Allaitante	1438	29,6
Aucun	2928	60,3
Enceinte	488	10,1
Enceinte et Allaitante	3	0,1
Total	4857	100

IV.3.2. Situation nutritionnelle des adolescentes (10 à 19 ans)

Prévalence de la maigreur et de la surcharge pondérale chez les adolescentes

Le tableau ci-dessous présente les prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale chez les adolescentes par région administrative et au niveau national. L'examen des données de ce tableau montre qu'au niveau national 4,4% des adolescentes enquêtées souffrent de la maigreur contre 15% d'entre elles en surcharge pondérale. Les prévalences régionales de la maigreur oscillent entre 1,7% dans la région de Kankan et 10% dans la région de Mamou. Les prévalences régionales de la surcharge pondérale, quant à elles varient entre 8,8% dans la région de Mamou et 20,1% dans la ville de Conakry.

Tableau 32 : Prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale basées sur le Z-score du poids pour taille ajusté sur l'âge (PTZA), chez les adolescentes par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Maigreur		Surcharge pondérale	
		n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	272	12	4,4 [1,8-7,0]	43	15,8 [10,9-20,7]
Conakry	543	12	2,2 [1,1-3,4]	109	20,1 [17,4-22,7]
Faranah	179	8	4,5 [1,7-7,3]	16	8,9 [4,9-12,9]
Kankan	181	3	1,7 [0,0-3,4]	25	13,8 [7,4-20,2]
Kindia	209	8	3,8 [0,6-7,1]	29	13,9 [9,0-18,7]
Labé	212	20	9,4 [3,9-15,0]	24	11,3 [7,3-15,4]
Mamou	260	26	10 [6,6-13,4]	23	8,8 [4,8-12,9]
Nzérékoré	382	10	2,6 [1,1-4,1]	67	17,5 [12,2-22,9]
Ensemble	2238	99	4,4 [3,4-5,4]	336	15,0 [13,1-16,9]

Prévalences de la maigreur sévère, maigreur modérée, surpoids et obésité

Le tableau ci-dessous présente les prévalences de la maigreur sévère, maigreur modérée, surpoids et obésité chez les adolescentes. Il apparaît dans ce tableau que toutes ces formes de

malnutrition coexistent au sein de la sous-population des adolescentes et dans toutes les régions administratives sans exception.

Tableau 33 : Prévalences de la maigreur sévère, de la maigreur modérée, du surpoids et de l'obésité basée sur le PTZA, chez les adolescentes de 10 à 19 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Maigreur sévère	Maigreur modérée	Surpoids	Obésité
Boké	272	0,4	4,0	14,0	1,8
Conakry	543	0,4	1,8	16,4	3,7
Faranah	179	0,0	4,5	7,3	1,7
Kankan	181	0,6	1,1	13,3	0,6
Kindia	209	0,0	3,8	9,6	4,3
Labé	212	1,4	8,0	10,4	0,9
Mamou	260	1,2	8,8	8,1	0,8
Nzérékoré	382	0,0	2,6	16,0	1,6
Ensemble	2238	0,4	4,0	12,9	2,1

IV.3.3. Situation nutritionnelle des femmes de 20 à 49 ans

Prévalence de la maigreur et de la surcharge pondérale

Le tableau ci-dessous présente les prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale chez les femmes de 20 à 49 ans par région administrative. Les données de ce tableau montrent que 7,5% des femmes âgées de 20 à 49 ans souffrent de la maigreur contre 39% de la même population souffrant d'une surcharge pondérale.

Au niveau des régions, les prévalences de la maigreur varient de 3,3% à Conakry à 15,8% à Labé, alors que les prévalences de la surcharge pondérale oscillent entre 27,1% à Faranah et 62,6% à Conakry. Au regard de ces résultats, que la surcharge doit désormais être considérée comme étant un sérieux problème de santé publique.

Tableau 34 : Prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale basée sur l'indice de masse corporelle (IMC), chez les femmes de 20 à 49 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Maigreur			Surcharge pondérale	
	Effectif	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Boké	476	33	6,9 [4,8-9,0]	194	40,8 [33,7-47,8]
Conakry	795	26	3,3 [2,0-4,6]	498	62,6 [58,6-66,6]
Faranah	424	37	8,7 [5,5-11,9]	115	27,1 [21,9-32,3]
Kankan	358	23	6,4 [3,5-9,4]	111	31,0 [25,9-36,1]
Kindia	486	40	8,2 [5,6-10,9]	169	34,8 [28,2-41,3]
Labé	417	66	15,8 [11,2-20,5]	114	27,3 [20,2-34,4]
Mamou	500	57	11,4 [7,0-15,8]	154	30,8 [24,7-36,9]
Nzérékoré	624	25	4,0 [2,4-5,7]	235	37,7 [32,4-42,9]
Ensemble	4080	307	7,5 [6,5-8,5]	1590	39,0 [36,5-41,5]

Prévalences de la maigreur sévère, maigreur modérée, surpoids et obésité

Le tableau ci-dessous présente les prévalences de la maigreur sévère, de la maigreur modérée, du surpoids et de l'obésité chez les femmes de 20 à 49 ans. La lecture de ces résultats montre, qu'elle soit sévère ou modérée, la maigreur est présente parmi les femmes en âge de procréer dans toutes les régions avec une légère prédominance surtout de la forme modérée. Cependant, l'analyse montre que la surnutrition est en train de devenir un sérieux problème de santé publique au sein de cette catégorie de population. L'obésité affecte désormais plus d'une femme de 20 à 49 ans sur dix au niveau national (14%). Vu que l'obésité constitue un des déterminants des maladies non transmissibles, il apparaît imminent de faire face à cette problématique à travers la promotion des bonnes pratiques familiales à travers la communication pour le changement social et comportemental.

Tableau 35 : Prévalences de la maigreur sévère, maigreur modérée, surpoids et obésité basée sur IMC, chez les femmes de 20 à 49 ans par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Maigreur sévère	Maigreur modérée	Surpoids	Obésité
Boké	476	0,2	6,7	24,6	16,2
Conakry	795	0,1	3,2	32,6	30,1
Faranah	424	0,2	8,5	19,3	7,8
Kankan	358	0,3	6,1	21,2	9,8
Kindia	486	0,4	7,8	24,3	10,5
Labé	417	1,2	14,6	17,5	9,8
Mamou	500	2,4	9	19,4	11,4
Nzérékoré	624	0,5	3,5	26,6	11,1
Ensemble	4080	0,6	6,9	24,2	14,8

IV.4. Mortalité rétrospective

Le tableau ci-dessous résume le taux de mortalité rétrospective dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans par région administrative.

Ces résultats montrent des taux de mortalité brut oscillant entre 0,55 décès pour 10000 per/jour dans la région de Boké et 0,20 décès pour 10000 pers/jour à Mamou dans la population générale ; alors que parmi les enfants de moins de 5 ans, les taux de décès varient entre 1,16 décès pour 10000 pers/jour dans la région de Kankan et 0,58 décès pour 10000 pers/jour dans la ville de Conakry.

Selon le projet SPHERE version 2011, le seuil de référence du taux brut de mortalité rétrospective dans la population générale est fixé à 0,41 décès/10000/jour. Alors que le seuil acceptable du taux de mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans est de 1,07 décès/10000/jour. Dans les pays d’Afrique sub-saharienne, le seuil d’urgence de ces indicateurs est fixé à 0,8 et 2,1 décès/10000/jour respectivement pour la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans.

L’analyse des résultats de cette enquête révèle que les régions de Boké, Kankan et Nzérékoré ont présenté des taux bruts de décès supérieur au seuil de base (0,41 décès/10000/j) du Projet SPHERE, cependant ils restent nettement inférieurs au seuil d’urgence de la même référence pour les pays d’Afrique au sud du Sahara. Quant au taux de décès chez les moins de 5 ans seule

la région de Kankan a enregistré un taux (1,16 décès/10000/j) dépassant le seuil de 1,07 décès/10000/j du Projet SPHERE mais toujours inférieur au seuil d'urgence pour la région.

Tableau 36 : Taux brut de mortalité rétrospective dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans par région administrative, septembre-octobre 2022.

Régions	Population générale		Enfants de moins de 5 ans	
	Effectif	Taux de mortalité	Effectif	Taux de mortalité
Boké	2663	0,55 [0,33-0,92]	521	1,09 [0,55-2,17]
Conakry	7517	0,30 [0,20-0,45]	1262	0,58 [0,29-1,17]
Faranah	3539	0,30 [0,17-0,53]	721,5	0,68 [0,31-1,46]
Kankan	3884	0,48 [0,29-0,80]	770	1,16 [0,58-2,30]
Kindia	4250	0,25 [0,13-0,47]	745	0,76 [0,30-1,90]
Labé	3370	0,31 [0,15-0,66]	607	0,67 [0,29-1,56]
Mamou	3345	0,20 [0,10-0,37]	740	0,67 [0,29-1,56]
Nzérékoré	4318	0,45 [0,30-0,68]	695	0,82 [0,41-1,63]

IV.5. Données additionnelles

IV.5.1. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

Enfants allaités et mise au sein précoce

Le tableau ci-dessous présente, les proportions d'enfants de moins de deux ans (0 à 23 mois) allaités et celles des enfants de la même tranche d'âge ayant été mis au sein dans la première heure de naissance. La lecture de ce tableau montre qu'au niveau national, 95,7% des enfants de moins de deux ans ont été allaités au sein. Les proportions observées au niveau des régions sont toutes au-dessus de 90% à l'exception de la région de Boké (89,7%).

Les résultats montrent que la mise au sein précoce est pratiquée chez 25,8% des enfants de moins de deux ans au niveau national. L'examen des proportions régionales révèle que la plus faible proportion est observée dans la région de Labé (7,5%) et la proportion la plus élevée région de Kindia (43,8%).

Tableau 37 : Proportions d'enfants de moins de deux ans ayant été allaités au sein et ceux mis au sein dans la première heure de la naissance, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants allaités			Enfants ayant bénéficié de mise au sein précoce		
	Effectif	n	% IC 95%	Effectif	n	% IC 95%
Boké	204	183	89,7 [85,4-94,0]	123	40	32,5 [20,2-44,8]
Conakry	328	308	93,9 [90,9-96,9]	307	48	15,6 [10,6-20,7]
Faranah	237	234	98,7 [97,4-100]	232	59	25,4 [12,2-38,7]
Kankan	322	311	96,6 [94,1-99,0]	311	67	21,5 [15,2-27,8]
Kindia	284	275	96,8 [94,6-99,0]	265	116	43,8 [29,3-58,3]
Labé	177	174	98,3 [96,4-100]	173	13	7,5 [3,1-11,9]
Mamou	262	249	95,0 [92,7-97,4]	247	70	28,3 [19,3-37,4]
Nzérékoré	331	318	96,1 [94,0-98,1]	318	96	30,2 [21,2-39,2]
Ensemble	2145	2052	95,7 [94,7-96,6]	1976	509	25,8 [22,6-28,9]

Allaitement maternel exclusif

Le tableau ci-dessous présente la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois. La lecture de ce tableau montre qu'au niveau national, 43,7% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein au niveau national. Cependant, la lecture des prévalences régionales montre une grande variabilité, allant de 16,7% dans la région de Labé à 66,2% dans la région de Faranah.

Tableau 38 : Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à 6 mois		
	Effectif	n	% IC 95%
Boké	36	15	41,7 [23,2-60,2]
Conakry	67	20	29,9 [16,8-42,9]
Faranah	68	45	66,2 [54,8-77,6]
Kankan	77	31	40,3 [26,7-53,9]
Kindia	74	37	50,0 [31,7-68,3]
Labé	30	5	16,7 [00,0-33,4]
Mamou	43	20	46,5 [31,4-61,7]
Nzérékoré	79	39	43,0 [29,7-56,4]
Ensemble	474	207	43,7 [38,2-49,2]

Poursuite de l'allaitement jusqu'à 1 an et 2 ans

Le tableau ci-dessous présente les proportions d'enfants ayant été allaités jusqu'à l'âge d'un an et ceux allaités jusqu'à l'âge de deux ans. Ces résultats montrent qu'au niveau national, 87,4% des enfants de moins de deux ans sont allaités jusqu'à l'âge d'un an et 41,4% d'entre eux jusqu'à l'âge de deux ans. Au niveau des régions administratives, les résultats montrent que les proportions d'enfants allaités jusqu'à l'âge d'un an varient de 78,6% à Kankan et Conakry à 94,9% à Faranah, tandis que les proportions d'enfants allaités jusqu'à l'âge de deux ans varient de 18,9% à Conakry à 76,5% à Kindia.

Tableau 39 : Proportions d'enfants de moins de deux ans allaités jusqu'à l'âge d'un an et ceux jusqu'à deux ans par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants allaités au sein jusqu'à l'âge d'un an			Enfants allaités au sein jusqu'à l'âge de deux ans		
	Effectif	n	% IC 95%	Effectif	n	% IC 95%
Boké	38	31	81,6 [68,2-95,0]	37	14	37,8 [21,0-54,6]
Conakry	56	44	78,6 [66,9-90,2]	53	10	18,9 [7,7-30,1]
Faranah	39	37	94,9 [88,0-100]	20	9	45,0 [21,0-69,0]
Kankan	70	55	78,6 [67,1-90,0]	42	16	38,1 [22,3-53,9]
Kindia	52	48	92,3 [84,5-100]	34	26	76,5 [57,3-95,6]
Labé	38	36	94,7 [87,4-100]	29	16	55,2 [36,5-73,9]
Mamou	50	47	94,0 [87,3-100]	41	19	46,3 [30,4-62,3]
Nzérékoré	62	56	90,3 [81,8-98,8]	48	16	33,3 [18,2-48,5]
Ensemble	405	354	87,4 [84,3-90,5]	304	126	41,4 [36,6-46,3]

Introduction d'aliment solide

L'introduction des aliments liquides, semi-liquides ou solides chez les enfants âgés de 5 à 8 mois a été évaluée lors de cette enquête. A cet effet, il est apparu au niveau national que **59% [IC à 95% : 50,5-67,4]** de ces enfants ont bénéficié d'une introduction adéquate d'aliments de complément.

Fréquence des repas et Diversité alimentaire

Le tableau ci-dessous renseigne sur la fréquence minimale des repas et la diversité alimentaire chez les enfants de moins de deux ans. Il apparaît dans ce tableau qu'au niveau national, seuls 22,7% des enfants de 6 à 23 mois ont bénéficié de la fréquence minimale des repas au cours

des 24 heures précédant l'enquête. Dans les régions, cette proportion oscille entre 13,5% dans la région de Faranah et 32,5% à Labé.

Quant à la diversité alimentaire, sa prévalence nationale est de 11%, alors qu'au niveau des régions, la prévalence varie entre 2,9% à Boké et 19,3% à Nzérékoré.

Tableau 40 : Proportions d'enfants de moins de deux ans ayant bénéficié de la fréquence minimale des repas et de ceux ayant bénéficié d'un régime alimentaire diversifié par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Fréquence des repas			Enfants bénéficiant d'un régime alimentaire diversifié		
	Effectif	n	% IC 95%	Effectif	n	% IC 95%
Boké	174	37	21,3 [11,5-31,0]	174	5	2,9 [0,0-5,8]
Conakry	265	47	17,7 [12,2-23,3]	265	33	12,5 [7,8-17,1]
Faranah	170	23	13,5 [5,4-21,6]	170	14	8,2 [3,0-13,4]
Kankan	262	70	26,7 [19,8-33,6]	262	28	10,1 [6,1-15,3]
Kindia	210	30	14,3 [7,3-21,3]	210	19	9,0 [3,2-14,9]
Labé	151	49	32,5 [20,6-44,3]	151	18	11,9 [5,1-18,8]
Mamou	220	51	23,2 [13,7-32,7]	220	23	10,5 [5,8-15,1]
Nzérékoré	254	80	31,5 [24,9-38,1]	254	49	19,3 [12,6-25,9]
Ensemble	1706	387	22,7 [19,2-26,2]	1706	189	11,1 [9,3-12,9]

Minimum Alimentaire Acceptable

Le tableau ci-dessous présente, la proportion d'enfants de moins de deux ans ayant bénéficié d'un apport alimentaire minimum acceptable dans les 24 heures précédant l'enquête. La lecture de ce tableau montre que seuls 4% des enfants ont bénéficié du minimum alimentaire acceptable, indispensable pour un développement harmonieux.

Tableau 41 : Proportion d'enfants de moins de deux ans bénéficiant d'un minimum alimentaire acceptable par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Enfants bénéficiant d'un minimum alimentaire acceptable		
	Effectif	n	% IC 95%
Boké	174	2	1,1 [0,0-2,7]
Conakry	265	4	1,5 [0,1-2,9]
Faranah	170	1	0,6 [0,0-1,7]
Kankan	262	19	7,3 [3,6-10,9]
Kindia	210	7	3,3 [0,0-7,4]
Labé	151	5	3,3 [0,0-7,6]
Mamou	220	4	1,8 [0,1-3,6]
Nzérékoré	254	29	11,4 [6,6-16,2]
Ensemble	1706	71	4,2 [3,0-5,3]

Consommation d'aliments spécifiques

Le tableau ci-dessous présente les proportions de consommation d'aliments spécifiques par les enfants de 6 à 23 mois au cours des 24 heures précédant l'enquête. Les résultats montrent que la proportion de consommation des aliments spécifiques reste globalement faible. Dans l'ensemble, elle est de 34,4% pour les produits carnés, 25% pour les produits laitiers, 21,3% pour les légumineuses, 14,6% pour les aliments riches en fer, 5% pour les œufs et 1,6% pour les aliments riches en Vitamine A. On note une disparité entre les régions dans la consommation des différents groupes alimentaires spécifiques.

Tableau 42 : Fréquence de la consommation d'aliments spécifiques par les enfants de 6 à 23 mois par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Produits carnés	Légumineuses	Produits laitiers	Aliments riches en vitamine A	Aliments riches en fer	Œufs
Boké	25,7	18,2	11,4	0	4,1	0,6
Conakry	33,7	12,7	45,8	2,3	6,2	11,2
Faranah	27,2	16,6	13,3	2,4	11,2	5,3
Kankan	34,6	28,3	17,7	2,9	11,0	4,5
Kindia	50,0	28,2	18,0	0	7,1	2,4
Labé	27,9	19,7	45,4	0	12,2	2,7
Mamou	27,3	17,7	37,7	1,4	21	2,3
Nzérékoré	42,6	27,1	13,6	2,4	38,5	7,5
Ensemble	34,4	21,3	25,0	1,6	14,6	5,0

Diversité alimentaire des filles et femmes âgées de 10 à 49 ans

La diversité du régime alimentaire des adolescentes et femmes de 20 à 49 ans a été évaluée à travers une analyse de leur consommation alimentaire au cours des dernières 24 heures précédant le passage des enquêteurs. Ce rappel de la consommation alimentaire des 24 heures porte sur 8 groupes d'aliments jugés indispensables au bon fonctionnement de l'organisme. Le régime alimentaire est considéré diversifié lorsqu'une enquêtée a consommé au moins 5 groupes d'aliments au cours des dernières 24 heures.

Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette évaluation sous forme de la prévalence de la diversité alimentaire par région administrative et au niveau national. Ces résultats montrent que la consommation alimentaire des adolescentes et des femmes en âge de procréer est peu diversifiée avec une prévalence nationale de 22,4%.

La situation à l'échelle régionale est similaire à celle nationale avec des prévalences qui varient entre 16,5% à Mamou et 25,5% dans la ville de Conakry.

Tableau 43 : Prévalence de la diversité alimentaire chez les adolescentes et femmes en âge de procréer par région administrative, septembre-octobre 2022.

Régions	Diversité alimentaire		
	Effectif	n	% IC 95%
Boké	812	189	23,3 [20,5-26,3]
Conakry	1823	465	25,5 [23,6-27,6]
Faranah	709	177	25,0 [21,9-28,3]
Kankan	759	156	20,6 [17,8-23,6]
Kindia	767	144	18,8 [16,2-21,7]
Labé	678	152	22,4 [19,4-25,7]
Mamou	812	134	16,5 [14,1-19,2]
Nzérékoré	1119	259	23,2 [20,8-25,7]
Ensemble	7479	1676	22,4 [19,6-25,2]

La figure ci-dessous illustre le niveau de diversité des régimes alimentaire des adolescentes et femmes en âge de procréer par région administrative et au niveau national. La lecture de cette figure révèle que la proportion la plus élevée de femmes est celle ayant une faible diversité alimentaire à la fois dans toutes les régions et au niveau national.

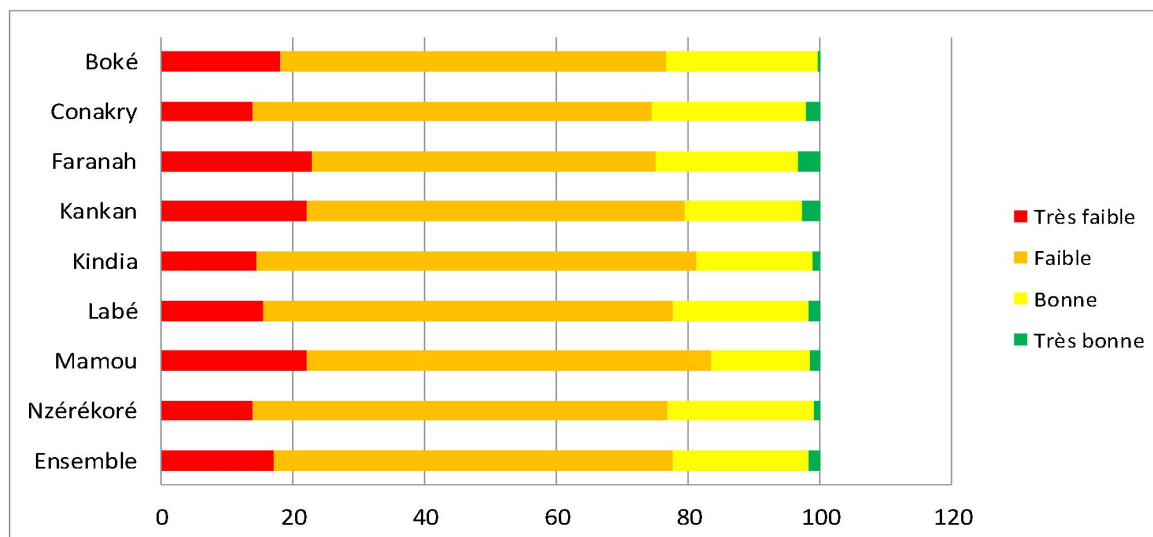


Figure 1 : Niveau de diversité alimentaire des adolescentes et femmes en âge de procréer par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

IV.5.2. Vaccination anti-rougeoleuse des enfants de 9 à 59 mois

Le tableau ci-dessous présente, la couverture de la vaccination contre la rougeole chez les enfants de 9 à 59 mois par région administrative. Ces résultats montrent qu’au niveau national 59,9% de ces enfants ont reçu au moins une dose du vaccin anti-rougeoleux. Au niveau régional, la couverture varie entre 36% dans la région de Kankan et 77% dans la ville de Conakry.

Tableau 44 : Couverture de la vaccination anti-rougeoleuse chez les enfants de 9 à 59 mois par région administrative, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Enfants vaccinés selon carte de vaccination		Enfants vaccinés selon les mères		Enfants vaccinés selon Carte + Mères	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Boké	414	160	38,7	77	18,6	237	57,3 [52,4-61,9]
Conakry	676	192	28,4	331	49,0	523	77,4 [74,1-80,4]
Faranah	394	82	20,8	117	29,7	199	50,5 [45,6-55,4]
Kankan	605	60	9,9	158	26,1	218	36,0 [32,3-39,9]
Kindia	504	173	34,3	87	17,7	262	52,0 [47,6-56,3]
Labé	361	110	30,5	164	45,4	274	75,9 [71,2-80,0]
Mamou	538	61	11,3	342	63,6	403	74,9 [71,1-78,4]
Nzérékoré	651	255	39,2	172	26,4	427	65,6 [61,9-69,1]
Ensemble	4143	1093	26,4	1450	35,0	2543	59,9 [45,9-73,9]

IV.5.3. Prévalence des morbidités infantiles

Le tableau ci-dessous présente la prévalence des morbidités chez les enfants de moins de 5 ans par région administrative. L'examen des données de ce tableau révèle que les maladies infantiles restent encore très présentes au sein de cette catégorie vulnérable.

Selon les résultats de cette enquête, 39,8% des enfants de moins de 5 ans ont eu une fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, contre 14,7% qui ont fait une diarrhée et 43,1% ayant développé une Infection Respiratoire Aigüe (IRA).

Au niveau régional, la prévalence de ces morbidités varie d'une région à une autre. En effet, la prévalence de la fièvre oscille entre 24% dans la région de Kindia et 59% dans la région de Labé. La prévalence de la diarrhée varie entre 2,3% à Kindia et 20% à Labé. De par la prévalence les IRA sont apparues comme la morbidité la plus fréquente parmi les enfants de moins de 5 ans, oscillant entre 34,3% dans la région de Kindia et 53,2% dans la région de Mamou.

Tableau 45 : Prévalence des morbidités chez les enfants de moins de 5 ans par région administrative au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Fièvre		Diarrhée		IRA	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Boké	447	250	55,9 [51,3-60,5]	84	18,8 [15,4-22,7]	214	47,9 [43,3-52,5]
Conakry	744	253	34,0 [30,7-37,5]	111	14,9 [12,5-17,7]	301	40,5 [37,0-44,1]
Faranah	463	177	38,2 [33,9-42,7]	59	12,7 [10,0-16,1]	221	47,7 [43,2-52,3]
Kankan	698	267	38,3 [34,7-42,7]	108	15,5 [13,0-18,3]	275	39,5 [35,9-43,1]
Kindia	578	139	24,1 [20,7-27,7]	13	2,3 [1,3-2,3]	198	34,3 [30,6-38,3]
Labé	391	231	59,1 [54,1-63,8]	78	20,0 [16,3-24,2]	207	52,9 [47,9-57,8]
Mamou	581	299	51,5 [47,4-55,5]	114	19,6 [16,6-23,1]	309	53,2 [49,1-57,2]
Nzérékoré	730	254	36,2 [32,8-39,7]	136	18,6 [16,0-21,6]	305	41,8 [38,3-45,4]
Ensemble	4632	1880	39,8 [30,4-49,3]	703	14,7 [9,2-20,1]	2030	43,1 [37,9-48,2]

IV.5.4. Eau Assainissement et Hygiène

Type de source d'eau utilisée par les ménages

Le tableau ci-dessous présente les principales sources d'eau utilisées par les ménages. La lecture de ce tableau montre que le robinet/bornes fontaines et le forage constituent les principales sources d'eau prédominantes utilisées par les ménages comme source d'eau de boisson. Il apparaît ainsi que 81,9% des ménages utilise une source d'eau de boisson acceptable.

Tableau 46 : Type de source d'Eau au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Principales sources d'eau des ménages					
	Eau minérale	Borne Fontaine/R obinet	Forage motricité humaine	Puits cimenté	Puits traditionnels	Eau de surface
	%	%	%	%	%	%
Boké	2,79	30,48	31,60	13,20	7,06	14,87
Conakry	24,48	60,34	14,41	0,62	0,15	0,00
Faranah	0,29	2,16	81,29	7,19	6,04	3,02
Kankan	2,18	15,29	54,29	17,16	7,80	3,28
Kindia	2,00	14,69	45,51	7,28	1,71	28,82
Labé	0,89	30,62	29,29	17,60	10,95	10,65
Mamou	0,55	7,81	47,40	7,53	10,82	25,89
Nzérékoré	0,50	4,78	56,23	10,94	18,62	8,93
Ensemble	6,18	24,08	42,51	9,08	7,33	10,81

Utilisation d'une source d'eau acceptable

La figure ci-dessous illustre l'utilisation des sources d'eau de boisson acceptable par les ménages. L'examen de cette figure montre que la majorité des ménages s'approvisionnent en eau de boisson à partir de sources pouvant être considérées acceptables.

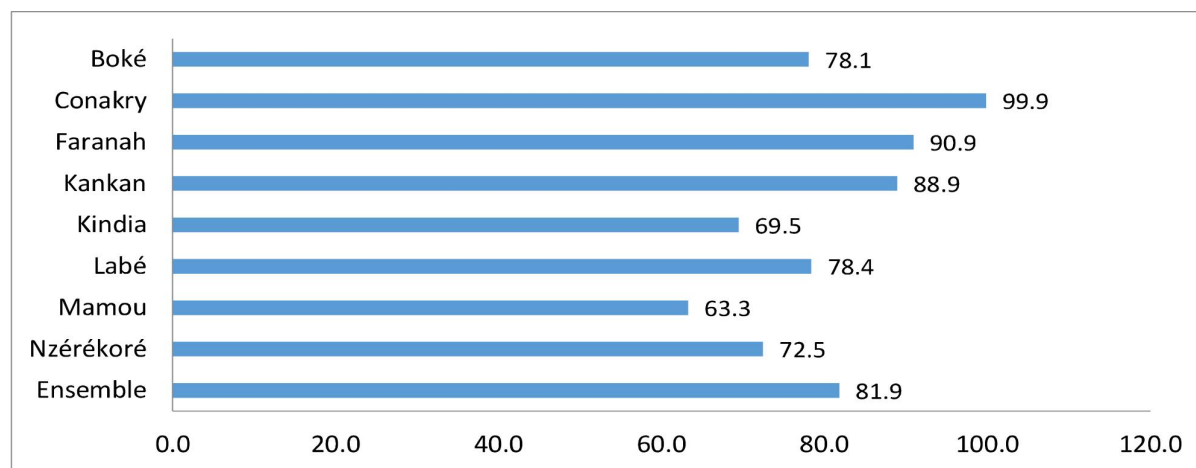


Figure 2 : Proportion de ménages utilisant une source d'eau buvable acceptable par région et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Type de latrine utilisé par les ménages

Le tableau ci-dessous présente les types de toilettes utilisés par les ménages. Il y apparaît que dans l'ensemble des régions administratives du pays, les latrines avec dalles améliorées ont été les plus utilisées (48,5%). Cependant, il apparaît une grande variabilité dans le type de latrine utilisé au niveau des régions. Par ailleurs, la lecture du tableau révèle qu'à l'exception de la ville de Conakry, une proportion non négligeable de ménages continue à déféquer dans la nature.

Tableau 47 : Type de Latrine au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2020.

Régions	Type de latrine					
	Latrine à chasse d'eau liée à une fosse septique	Latrines avec dalle améliorées	Latrines sans dalle/trou ouvert	Latrines à chasse d'eau liée à un système d'égout	Pas de toilettes/nature	Seau / tinette
	%	%	%	%	%	%
Boké	6,2	22,8	64,6	0,6	5,8	0,2
Conakry	35,1	59,6	0,9	4,4	0,0	0,0
Faranah	23,2	47,6	13,7	0,1	13,8	1,6
Kankan	0,6	52,4	34,1	0,0	1,9	10,9
Kindia	4,7	43,8	49,8	0,1	1,6	0,0
Labé	2,4	57,5	22,4	0,6	17,2	0,0
Mamou	0,8	27,1	62,4	0,0	9,5	0,1
Nzérékoré	1,4	61,5	17,2	0,1	19,8	0,0
Ensemble	11,8	48,5	29,1	1,1	8,2	1,4

Pratique de lavage des mains

Le tableau ci-dessous présente les moments clés de lavage des mains au sein des ménages enquêtés selon leurs pratiques quotidiennes. Ces résultats montrent que dans l'ensemble, le lavage des mains est plus effectué avant et après les repas (61,6%), alors que très peu de ménage (12,45%) pratiquent le lavage des mains avant de donner à manger aux enfants.

Tableau 48 : Pratiques de lavage des mains au niveau des ménages et par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Connaissance du moment de lavage des mains							
	Effectif	Avant de préparer repas	Avant de donner à manger aux enfants	Sorties des toilettes	Après nettoyage anal	Avant et après repas	Après toucher objet sale	Autres Circonstances
		%	%	%	%	%	%	%
Boké	537	14,3	3,9	59,4	8,01	53,1	72,4	0,9
Conakry	1260	35,9	18,0	68,0	18,7	45,2	66,8	13,9
Faranah	695	13,5	13,1	19,7	16,1	89,4	29,4	35,3
Kankan	627	19,5	14,9	57,7	36,7	47,1	38,1	30,3
Kindia	699	18,5	9,2	29,0	17,3	91,6	19,3	6,0
Labé	672	15,2	15,5	52,4	36,0	61,0	70,5	0,3
Mamou	722	15,4	7,2	53,3	8,6	32,6	59,0	28,7
Nzérékoré	795	23,1	11,9	60,3	25,0	81,4	49,1	3,0
Ensemble	5470	21,18	12,45	51,51	20,71	61,63	51,59	14,83

La figure ci-dessous illustre le niveau de connaissance des moments clés de lavage des mains au sein des ménages enquêtés. Il apparaît sur cette figure que peu de ménages soit moins de 1% connaissent effectivement les moments clés de lavage de mains. Il y a une proportion non négligeable (6,7%) qui ne connaît aucun moment clé de lavage de mains recommandés.

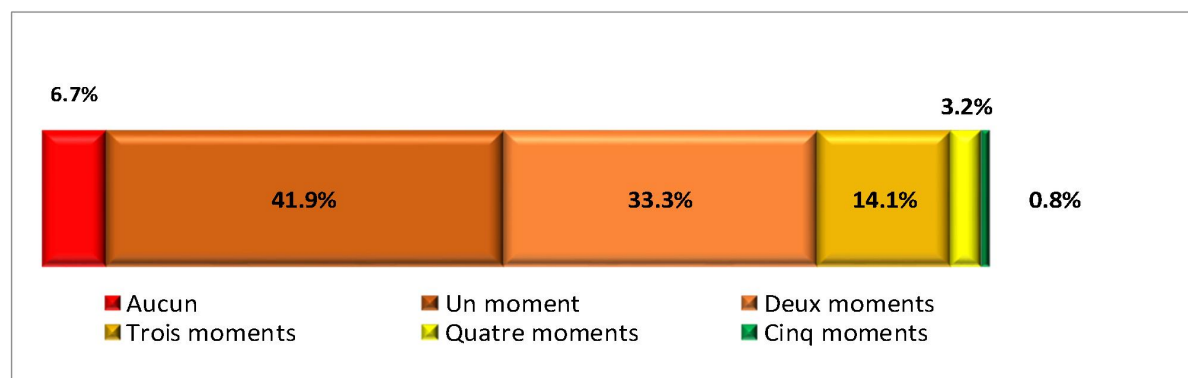


Figure 3 : Niveau de connaissance des ménages sur les moments clés de lavage des mains septembre-octobre 2022.

La disponibilité des kits de lavage de mains au sein des ménages. La figure ci-dessous montre que dans l'ensemble des régions, moins de 1% des ménages dispose d'un kit de lavage de mains au moment de passage des enquêteurs.

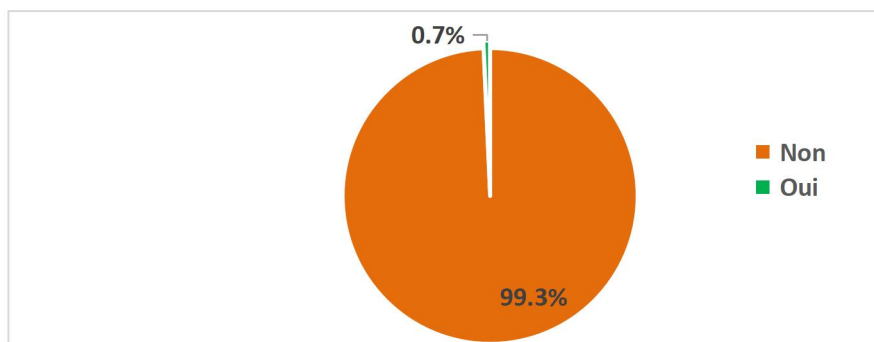


Figure 4 : Disponibilité des kits de lavage de mains au niveau national septembre-octobre 2022.

IV.5.5. Pratique de l'excision et du mariage précoce au sein des communautés

La figure ci-dessous présente la proportion de ménages par nombre de filles de 5 à 17 ans et la proportion de ménages par nombre de filles de 5 à 17 ans non excisées.

La lecture de cette figure révèle qu'il y a de plus en plus de ménages et de communautés au sein desquels il existe des filles non excisées qui sont reconnues comme telles et acceptées par les membres de ces communautés.

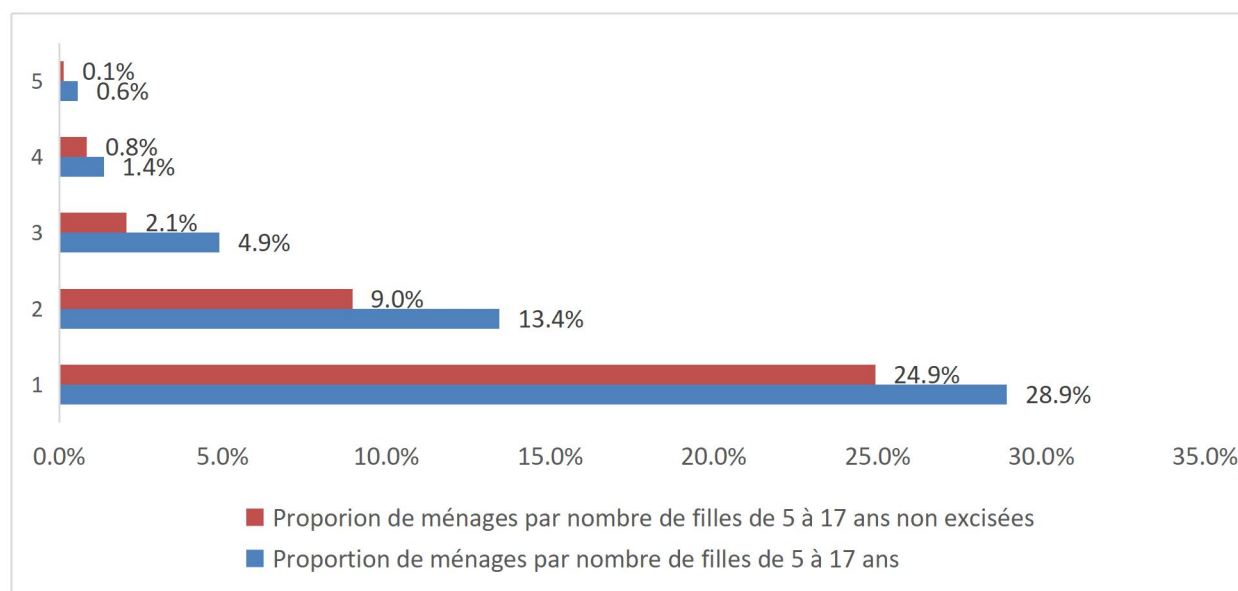


Figure 5 : Proportion de ménages par nombre de filles de 5 à 17 ans et la proportion de ménages par nombre de filles de 5 à 17 ans non excisées, septembre-octobre 2022.

Pratique de l'excision au sein des communautés

La figure ci-dessous présente la proportion de ménages ayant confirmé la pratique de l'excision au sein de leurs communautés. Ces résultats montrent que l'excision est encore pratiquée dans

la plupart des communautés guinéennes (58,2%). Au niveau des régions administratives de Kankan et Kindia, plus de 80% des ménages ont confirmé la pratique de l'excision au sein de leurs communautés. La plus faible proportion a été observée dans la région de Mamou (41,4%) et la plus élevée dans la région de Kindia (89%).

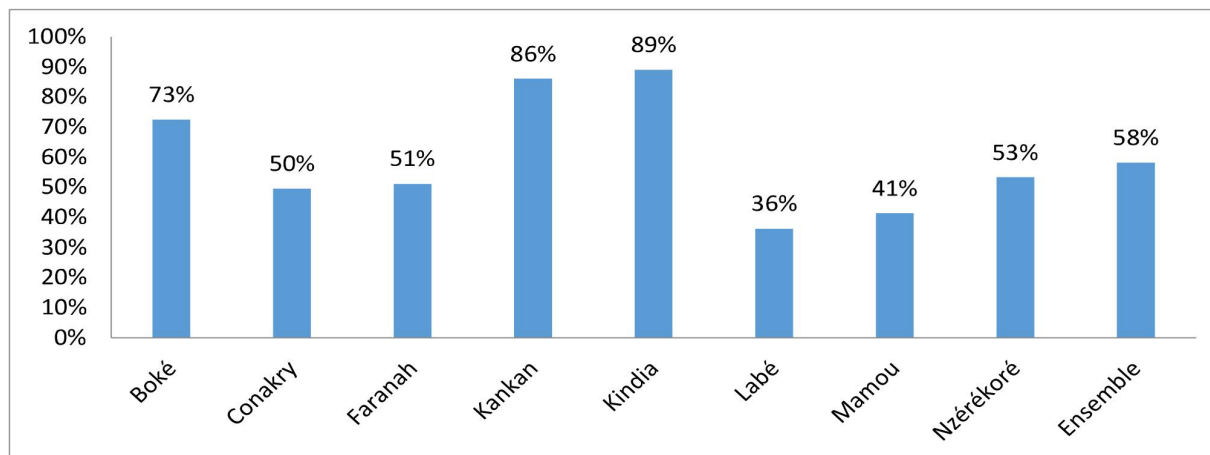


Figure 6 : Proportion des ménages ayant confirmé la pratique de l'excision au sein de leurs communautés par région administrative, septembre-octobre 2022.

Positions/Attitudes des ménages sur l'excision et le mariage précoce

En ce qui concerne la perception, la plupart des ménages (55%) ne sont pas d'accord sur le fait que la réaction d'une tierce personne fait que les membres de sa communauté hésitent à exciser leur fille. Seulement très peu (5%) sont tout à fait d'accord avec cette attitude des membres de leurs communautés. Également, la majorité des ménages (55%) ne sont pas d'accord sur le fait que les membres de leurs communautés craignent la réaction des autres personnes à ne pas reporter le mariage de leurs filles à 18 ans ou plus et seulement 2% sont tout à fait d'accord. Par rapport à l'attitude des personnes qui décident de ne pas exciser leurs filles, on note que 46,3% des ménages ne sont pas d'accord et 3,9% sont tout à fait d'accord. Par rapport à l'attitude des personnes qui décident de reporter le mariage de leurs filles au-delà de ses 18 ans, les résultats montrent que près de la moitié des ménages (47% environ) est d'accord pour la prise d'une décision de report du mariage des jeunes filles après 18 ans. Par ailleurs, 60% des ménages ne sont pas d'accord par rapport à l'idée de perdre le respect ou leur statut dans la communauté s'ils décident de ne pas exciser leurs filles. De même, 49,7% des ménages pensent qu'ils ne devraient pas perdre le respect ou leur statut dans la communauté s'ils décident de reporter le mariage de leurs filles. Les résultats montrent également 52% des ménages ne sont pas d'accord qu'ils devraient avoir honte si une fille ou un membre de leur famille décidait de ne pas faire l'excision. En revanche, très peu de ménage sont d'accord (28,5%) et tout à fait d'accord (3,6%) à prendre cette décision.

Tableau 49 : Positions/Attitudes des enquêtées (chefs de ménage) vis-à-vis de l'appréciation des membres de leurs communautés par rapport à l'excision des filles, septembre-octobre 2022.

Excision des filles																
Région	La crainte de la réaction des autres personnes fait que les membres de votre communauté sont hésitants/peu enclins à ne pas exciser leur fille			L'intention/ attitude des personnes qui décident de ne pas exciser leur fille			Les personnes qui décident de ne pas exciser leurs filles perdent le respect ou leur statut dans la communauté			J'aurais honte si un membre de ma famille décidait de ne pas exciser sa fille						
	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Boké	2,0	67,8	29,6	2,0	1,5	48,3	49,1	1,1	0,9	43,1	53,5	2,4	0,7	24,0	69,3	6,0
Conakry	7,9	45,3	39,5	7,3	18,2	18,2	17,7	1,9	24,4	54,9	20,3	0,4	6,9	65,3	26,2	1,6
Faranah	10,9	59,0	22,0	8,1	15,7	48,9	30,1	5,3	10,7	65,5	14,2	9,6	7,3	61,1	19,6	11,9
Kankan	22,6	62,9	14,3	0,2	5,3	76,1	18,6	0	10,9	54,3	33,9	0,9	11,1	59,6	26,9	2,3
Kindia	0,9	44,5	54,5	0,9	0,7	80,9	18,1	0,3	3,0	57,9	39,1	0	5,3	54,8	39,9	0
Labé	9,8	34,5	54,9	0,9	31,1	49,3	19,4	0,3	13,8	69,4	16,3	0,6	13,5	45,3	41,1	0,2
Mamou	24,8	36,2	32,9	6,2	32,1	21,2	40,7	6,0	33,3	18,6	34,4	13,7	28,4	26,9	38,1	6,7
Nzérékoré	19,9	29,8	46,8	3,5	20,9	51,3	26,8	1,0	19,3	49,7	28,4	2,6	7,7	44,3	33,5	14,6
Ensemble	12,9	55,1	27,0	5,1	12,3	46,3	37,6	3,9	16,1	51,9	28,5	3,6	3,6	49,7	35,0	5,2

Tableau 50 : Positions/Attitudes des enquêtées (chefs de ménage) vis-à-vis de l'appréciation des membres de leurs communautés par rapport au mariage des filles avant l'âge de 18 ans, septembre-octobre 2022.

Mariage des filles avant 18 ans (Mariages précoces)																
Région	La crainte de la réaction des autres personnes fait que les membres de votre communauté sont hésitants/ peu enclins à reporter le mariage de leurs filles à 18 ans ou plus			L'intention/attitude des personnes qui décident de reporter le mariage de leur fille au-delà de ses 18 ans dans votre communauté				Les personnes qui décident de reporter le mariage de leur fille à 18 ans perdent le respect ou leur statut dans la communauté			J'aurais honte si un membre de ma famille décidait de reporter le mariage de sa fille jusqu'à 18 ans					
	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas du tout à fait d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Boké	2,2	40,7	56,3	0,7	1,5	68,2	28,4	1,9	0,7	70,3	26,8	2,2	1,1	57,8	37,7	3,4
Conakry	7,5	7,5	45,2	17,3	20,0	54,4	24,7	0,9	18,6	58,9	21,8	0,8	11,1	74,1	14,1	0,8
Faranah	11,2	58,9	21,3	8,6	3,9	42,5	35,3	18,4	10,4	67,2	13,0	9,5	8,5	68,6	11,4	11,5
Kankan	16,2	55,4	28,1	0,3	0	76,0	20,6	3,4	11,9	56,6	29,6	1,9	10,9	62,6	24,5	2,0
Kindia	0,7	26,5	72,3	0,4	0,7	83,9	15,3	0,1	2,7	77,8	19,4	0,1	6,0	75,2	18,5	0,3
Labé	10,8	23,2	65,1	0,9	21,9	56,4	21,3	0,4	12,6	78,0	9,3	0,2	23,5	59,9	16,4	0,2
Mamou	20,1	34,7	38,0	7,3	26,9	23,6	29,9	19,7	41,5	27,9	27,1	3,4	38,9	34,1	23,8	3,2
Nzérékoré	19,8	25,5	51,2	3,5	14,6	43,9	39,9	1,6	23,7	47,9	26,5	1,9	14,7	44,9	30,6	30,6
Ensemble	16,5	55,3	26,2	2,0	11,1	35,8	46,9	6,3	16,3	59,8	21,6	2,3	14,5	60,7	21,1	3,7

V.6. Enquête de couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage

V.6.1. Caractéristiques des enfants enquêtés

Les tableaux 51 et 52 ci-dessous présente la repartition de l'échantillon des enfants par sexe.

Tableau 51: Répartition des enfants par sexe et par milieu de résidence, septembre-octobre 2022

Milieu de résidence	Sexe des enfants			
	Filles		Garçons	
	Effectif	%	Effectif	%
Milieu Rural	466	49,3	480	50,7
Milieu Urbain	406	51,8	378	48,2
Conakry	356	51,2	339	48,8

Tableau 52: Répartition des enfants par tranches d'âge et par milieu de résidence, septembre-octobre 2022

Milieu de résidence	Tranches d'âge des enfants					
	6-11 mois		12-23 mois		24-59 mois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Milieu Rural	133	14,1	260	27,6	550	58,3
Milieu Urbain	106	13,5	190	24,2	488	62,2
Conakry	97	14,0	168	24,2	430	61,9

V.6.2. Supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois

Couverture nationale de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois.

L'examen de la figure ci-dessous montre qu'un peu plus de trois enfants sur dix n'ont pas reçu leur dose de vitamine A au cours de l'année 2022.

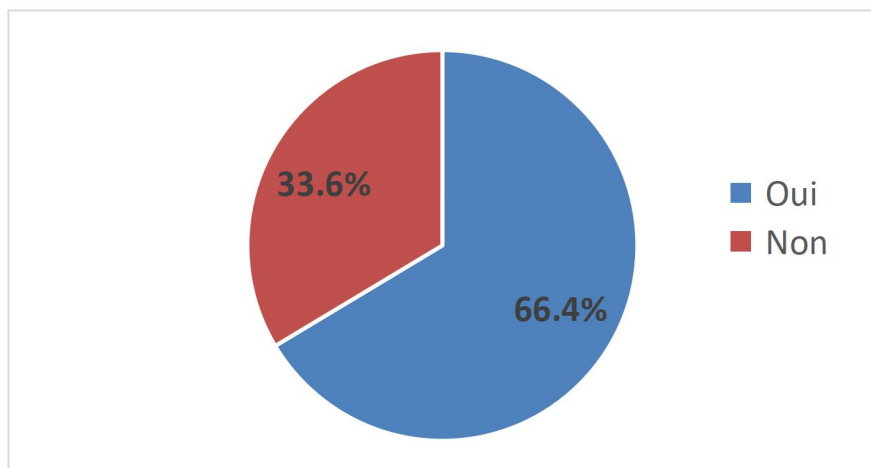


Figure 7: Couverture nationale de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois, septembre-octobre 2022

Le tableau ci-dessous présente, la couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois par milieu de résidence (milieu rural, milieu urbain et Conakry). L'examen des données de ce tableau montre que la couverture de la supplémentation en vitamine A est en dessous de la cible de 80% dans toutes les strates (milieu rural, milieu urbain et Conakry). Il apparaît aussi que la couverture de la supplémentation justifiée par une carte est extrêmement faible, soit inférieure à 2 enfants sur dix.

Tableau 53 : Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu rural, milieu urbain et Conakry), septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Supplémentation en vitamine A confirmée par carte		Supplémentation en vitamine A confirmée par la mère		Supplémentation en vitamine A (carte + mère)	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Milieu Rural	914	115	12,6	491	53,7	606	66,3 [63,2-69,3]
Milieu Urbain	774	110	14,2	459	59,3	569	73,5 [70,3-76,5]
Conakry	676	71	10,5	418	61,8	489	72,3 [68,8-75,6]
Ensemble	4143	504	12,2	2254	54,4	2758	66,4 [54,3-78,4]

Supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois par sexe

Le tableau ci-dessous présente, la couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe. L'analyse basée sur l'examen des intervalles de confiance révèle qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les couvertures des garçons et celle des filles à l'intérieur d'une même strate (milieu de résidence).

Tableau 54 : Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.

Milieu de résidence	Enfants de 6 à 59 supplémentés en vitamine A					
	Garçons			Filles		
	Effectif	n	%	Effectif	n	%
Milieu Rural	465	309	66,5	449	297	66,2
Milieu Urbain	370	275	74,3	404	294	72,8
Conakry	326	239	73,3	350	250	71,4

Supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois par tranche d'âge

Le tableau ci-dessous présente, la couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois en fonction des tranches d'âge. Il est apparu que la couverture de la supplémentation en vitamine A est plus basse chez les jeunes enfants que chez les grands enfants dans toutes les strates (milieu de résidence).

Tableau 55 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge des enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.

Milieu de résidence	Enfants de 6-11 mois		Enfants de 12-23 mois		Enfants de 24-59 mois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Milieu Rural	132	41,7	253	69,2	529	71,1
Milieu Urbain	106	54,7	189	65,6	479	80,8
Conakry	96	52,1	165	68,5	415	78,6

Couverture de la supplémentation en vitamine A en fonction des régions administratives

Le tableau ci-dessous présente, la couverture de la supplémentation en vitamine A par région administrative. Ces résultats montrent qu'au niveau national, seuls 66,4% des enfants ont reçu une dose de vitamine A lors de la dernière campagne de supplémentation en vitamine A. Au niveau régional, la couverture variait entre 44,6% dans la région de Kankan et 78,7% dans la région de Kindia.

Tableau 56 : Couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois par région administrative, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Enfants supplémentés en vitamine A selon la carte		Enfants supplémentés en vitamine A selon les mères		Enfants supplémentés en vitamine A (Carte + Mères)	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Boké	414	14	3,4	264	63,8	278	67,1 [62,5-71,5]
Conakry	676	71	10,5	418	61,8	489	72,3 [68,9-75,6]
Faranah	394	27	6,9	166	42,1	193	49,0 [44,1-53,9]
Kankan	605	85	14,1	185	30,6	270	44,6 [40,7-48,6]
Kindia	504	135	26,8	262	52,0	397	78,7 [75,0-82,1]
Labé	361	1	0,3	257	71,2	258	71,5 [66,6-75,9]
Mamou	538	70	13,0	309	57,4	379	70,5 [66,5-74,2]
Nzérékoré	651	101	15,5	393	60,4	494	75,9 [72,5-79,0]
Ensemble	4143	504	12,2	2254	54,4	2758	66,4 [54,3-78,4]

Connaissance des mères sur la vitamine A

Le tableau ci-dessous résume les connaissances des mères sur la vitamine A évaluée à travers la reconnaissance visuelle de ce produit et les avantages. Ces résultats montrent qu'au niveau national, seulement 24,9% ont pu donner l'appellation «vitamine A» quand les enquêteurs leur avaient présenté le produit en question. Par ailleurs, en réponse à la question, connaissez-vous la vitamine A ? Seulement 16% des femmes enquêtées ont répondu oui au niveau national. Quant aux avantages de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois, ils sont plus ou moins connus parmi les femmes comme le montrent les données du tableau ci-dessous. Au niveau national, c'est la protection contre les maladies qui est le plus connu (51,5%) contre 39,8% pour la bonne croissance et 20,8% pour la protection de la vue. Ces proportions varient d'une région à une autre comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 57 : Connaissance de la vitamine A et avantages par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022

Région	Femmes ayant été capables de nommer le produit (vitamine A)	Pourcentage de Femmes ayant déclaré connaître la vitamine A	Bonne croissance	Protection contre maladies	Protection vue ou vision
Boké	15,9	26,6	22,8	43,6	5,9
Conakry	14,2	2,3	56,4	45,3	24,9
Faranah	39,0	6,0	59,5	55,7	50,0
Kankan	8,0	20,9	40,3	34,7	7,3
Kindia	25,7	5,5	19,3	84,4	6,9
Labé	33,3	41,1	13,4	18,8	9,8
Mamou	19,6	11,6	21,3	69,7	20,0
Nzérékoré	47,3	38,7	60,1	61,5	27,7
Ensemble	24,9	16,2	39,8	51,5	20,8

Le niveau de connaissance des femmes a été évalué sur une échelle de quatre niveaux basée sur le nombre de bonne réponse qu’elles ont donné sur les avantages de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois. Ainsi lorsque la femme ne donnait aucune bonne réponse (aucun avantage), son niveau de connaissance était considérée « médiocre », une bonne réponse (un avantage) était considérée comme un niveau « faible », deux bonnes réponses (deux avantages) correspondaient à un niveau « bon » et trois bonnes réponses étaient classées « très bon » niveau.

La figure ci-dessous illustre le niveau de connaissance des femmes au niveau national. Il y apparaît que plus de trois femmes sur dix ont un niveau faible alors que trois d’entre elles sur dix ont un niveau de connaissance médiocre sur l’utilité de la vitamine A chez un enfant de 6 à 59 mois.

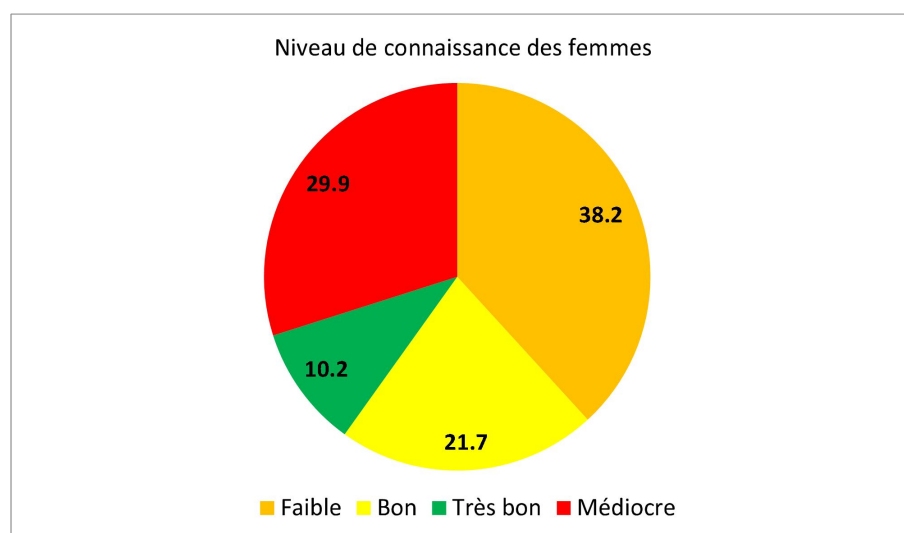


Figure 8 : Niveau de connaissance des femmes de 20 à 49 ans sur les avantages de la supplémentation vitamine A chez les enfants, septembre-octobre 2022.

IV.6.3. Couverture du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois

Couverture nationale du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois. La lecture de la figure ci-dessous montre qu'environ quatre enfants sur dix n'ont pas été déparasités au cours de la dernière campagne.

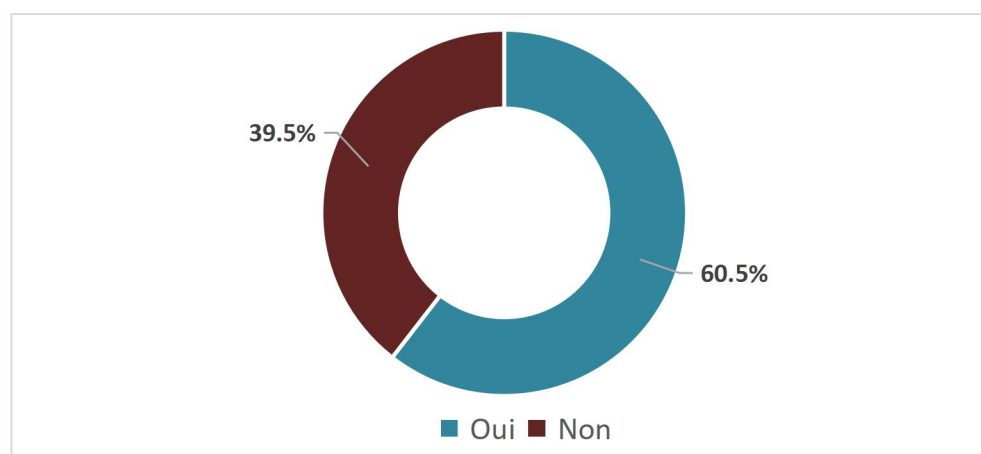


Figure 9 : Couverture nationale du déparasitage chez les enfants de 6 à 59 mois, septembre-octobre 2022

Le tableau ci-dessous présente la couverture du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois par milieu de résidence (milieu rural, milieu urbain et Conakry). La couverture du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois est apparue faible et en dessous de la cible de 80% dans toutes les strates. Il y apparaît également que la couverture est plus faible en milieu rural (62,7%).

Tableau 58: Couverture du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois par strate (milieu rural, milieu urbain et Conakry), septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Déparasitage confirmé par carte		Déparasitage confirmé par la mère		Déparasitage (carte + mère)	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Milieu Rural	782	86	11,0	404	51,7	490	62,7 [59,2-65,9]
Milieu Urbain	668	92	13,8	372	55,7	464	69,4 [65,4-72,5]
Conakry	580	59	10,2	350	60,3	409	70,5 [66,1-73,6]
Ensemble	3537	384	10.9	1797	50.8	2181	60.5 [49.6-71.4]

Le tableau ci-dessous présente la couverture du déparasitage en fonction du sexe des enfants

Tableau 59 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois en fonction du sexe par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.

Milieu de résidence	Enfants de 6 à 59 supplémentés en vitamine A					
	Garçons			Filles		
	Effectif	n	%	Effectif	n	%
Milieu Rural	381	238	62,5	401	252	62,8
Milieu Urbain	316	219	69,3	352	245	69,6
Conakry	284	198	69,7	296	211	71,2

Le tableau ci-dessous présente la couverture du déparasitage en fonction de l'âge des enfants

Tableau 60 : Couvertures de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge des enfants de 6 à 59 mois par strate (milieu de résidence), septembre-octobre 2022.

Milieu de résidence	Enfants de 12-23 mois			Enfants de 24-59 mois		
	Effectif	n	%	Effectif	n	%
Milieu Rural	253	146	57,7	529	344	65,0
Milieu Urbain	189	107	56,6	479	357	74,5
Conakry	165	107	64,9	415	302	72,8

Le tableau ci-dessous présente la couverture du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois par région administrative. L'examen de ces données montre que les couvertures oscillent entre 39,8% dans la région de Kankan à 74,3% dans la région de Mamou.

Tableau 61 : Couverture du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois par région administrative et au niveau national, septembre-octobre 2022.

Régions	Effectif	Enfants déparasités selon la carte		Enfants déparasités selon les mères		Enfants déparasités (Carte + Mères)	
		n	%	n	%	n	% IC 95%
Boké	360	12	3,3	234	65,0	246	68,3 [63,3-72,9]
Conakry	580	59	10,2	350	60,3	409	70,5 [66,7-74,1]
Faranah	314	27	8,6	132	42,0	159	50,6 [45,1-56,1]
Kankan	507	47	9,3	155	30,6	202	39,8 [35,7-44,2]
Kindia	427	121	28,3	118	27,6	239	56,0 [51,2-60,6]
Labé	318	1	0,3	224	70,4	225	70,8 [65,5-75,5]
Mamou	460	55	12,0	287	62,4	342	74,3 [70,2-78,1]
Nzérékoré	571	62	10,9	297	52,0	359	62,9 [58,8-66,7]
Ensemble	3537	384	10,9	1797	50,8	2181	60,5 [49,6-71,4]

Contrôle de qualité des données

Le contrôle de la qualité des données est basé sur la comparaison des données collectées par les enquêteurs avec celles des superviseurs. L'indicateur utilisé dans ce cas est la couverture de la supplémentation en vitamine A. Le tableau ci-dessous présente la couverture de la supplémentation calculée sur la base des données des enquêteurs (70.4%) et celle sur la base des données des superviseurs (66,9%).

Tableau 62: Comparaison des données des enquêteurs avec celles des superviseurs, septembre-octobre 2022

Enfants supplémentés en vitamine A	Enquêteurs		Superviseurs	
	Effectif	%	Effectif	%
Non	617	26,1	57	33,1
Oui	1664	70,4	115	66,9
Ne sait pas	83	3,5	0	0
Total	2364	100	172	100

L'analyse des données du tableau ci-dessus montre un grand écart entre le nombre de sujets touchés par les enquêteurs et celui touché par les superviseurs. Cependant, les couvertures de la supplémentation en vitamine A observées par dans les deux cas sont quasiment identiques.

V. INTERPRETATION ET ANALYSE

V.1. Qualité des données

Les dispositions prises en amont et le long du processus telles que listées ci-dessous, ont permis de garantir la qualité des données issues de cette enquête. En effet, dans le but d'assurer la qualité des données, plusieurs mesures ont été prises au niveau des différentes étapes du processus. A commencer par la planification en passant par la formation des enquêteurs et superviseurs et la collecte de données sur le terrain. Parmi ces mesures figurent :

- La formation des enquêteurs : une formation de 10 jours a été organisée à l'attention des enquêteurs et superviseurs afin de leur permettre d'avoir une maîtrise plus ou moins totale de la méthodologie et des outils de collecte de données. Pour être efficace, cette session de formation comportait à la fois des modules théoriques et pratiques tels que mentionné dans la méthodologie (cf. : chapitre méthodologie).
- Le recrutement des agents de collecte : tous les candidats présélectionnés ont été soumis à trois tests (pré-test, post-test et le test de standardisation) dont les résultats ont permis de réaliser une sélection rigoureuse aux postes de superviseur, chef d'équipe et mesureurs. Cela a permis de recruter les participants les plus performants à ces postes.

Les mesureurs ont été sélectionnés et affectés au poste de mesureur principal et mesureur assistant en fonction de leur performance durant le test de standardisation. En effet, ont été désignés au poste de mesureur principal, les participants ayant validé à la fois les mesures du poids, taille et périmètre brachial, alors que les assistants étaient ceux qui ont validé au moins une mesure (soit la taille ou le périmètre brachial).

- Une enquête pilote conduite à la fin de la formation et avant le déploiement des équipes sur le terrain a permis aux agents de s'approprier de la méthodologie, des procédures de terrain, ainsi que des outils de collecte y compris l'utilisation du smartphone. Elle a aidé aussi les coordinateurs à identifier les faiblesses du processus et en apporter des corrections avant le déploiement des équipes sur le terrain.
- Une supervision rapprochée des équipes sur le terrain : la supervision des enquêteurs sur le terrain était structurée en trois niveaux: un premier niveau assuré par les chefs d'équipe qui étaient eux-mêmes membres des équipes et chargés de valider les données de tous les ménages. Au-dessus des chefs d'équipe, se trouvaient une équipe de supervision nationale composée de deux cadres dont un de l'équipe cadre de chaque région et l'autre indépendant du niveau central. Cette équipe était chargée de soutenir et apporter un appui technique aux équipes d'enquêteurs en difficultés dans les différentes régions. Elle devait s'assurer également du respect de la méthodologie de l'enquête par les équipes sur le terrain. Le troisième niveau de la supervision était assuré par l'équipe technique de coordination de l'enquête dont le consultant.

- Un étalonnage quotidien des équipements anthropométriques (balance et toise) suivi de façon rigoureuse par toutes les équipes, a permis de détecter tout dysfonctionnement des matériels et éviter aux équipes de prendre des mesures erronées. Pour alléger le contrôle de qualité aux équipes il leur a été recommandé d'utiliser un ruban PB par grappe, ce qui les épargnait du calibrage de cet instrument.
- Avec l'utilisation de l'outil Computer Assisted Personal Interview (CAPI), la collecte et la saisie des données se faisaient concomitamment sur le terrain. Cela a permis non seulement de minimiser les erreurs de saisie mais aussi d'apporter des corrections sur place en cas d'erreurs de mesure grâce à un rappel fait par le logiciel ODK à travers le smartphone.
- Le contrôle quotidien de la qualité des données collectées par l'équipe de coordination, suivi de feedback aux équipes à travers une plate-forme whatsapp créée à cet effet.

L'examen de la qualité des données à travers le rapport de plausibilité de la base de données nationale a montré un score global de 16%, ce qui correspond à un niveau acceptable (voir annexes). Cependant l'analyse de la qualité au niveau des régions prises isolément a montré une qualité plus bien meilleure dans la plupart d'entre elles, comparativement au niveau national. La qualité globale des données par strate varie entre 8 et 20%. Sur un total de 8 strates, 3 ont eu un score excellent contre 3 strates ayant eu un score bon et 2 strates qui ont eu un score acceptable (voir annexes).

V.2. Situation nutritionnelle

Cette enquête a permis d'avoir une mise à jour de la situation nutritionnelle avec des données valides et de bonne qualité à la fois au niveau national qu'au niveau régional (voir en annexe les rapports de plausibilité). Les principaux indicateurs issus de la présente enquête sont calculés à la fois avec une représentativité régionale et nationale.

V.2.1. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois

Les résultats de cette étude montrent que la malnutrition aigüe demeure toujours un problème de santé publique en Guinée avec une prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale estimée à **6,7% IC à 95% [5,8 - 7,7]**. Issue d'une enquête conduite en période de soudure, cette prévalence est une photographie de la situation nutritionnelle au moment où elle est jugée être la plus critique. Analysée sur l'échelle de classification de l'OMS, cette prévalence correspond à une situation nutritionnelle précaire. Vu la volatilité de la situation nutritionnelle, cette précarité pourrait se dégrader sous l'influence de facteurs externes, tels que les crises politiques, l'instabilité socio-économique, la hausse des prix alimentaires et autres.

La prévalence nationale de la malnutrition aigüe sévère est estimée à **1,3% IC à 95% [0,9-1,7]**. Cela constitue un facteur clé à prendre en compte dans l'analyse de la situation car cette proportion d'enfants coure un risque très élevé de décès si des actions urgentes ne sont pas mises en place pour une prise en charge adéquate.

L'appréciation de la situation nutritionnelle basée sur la prévalence de la MAG au niveau national et régional, à l'aide de l'échelle de classification de l'OMS a révélé que seules deux régions (Nzérékoré et Conakry) sont dans une situation acceptable avec une prévalence de MAG < 5% donc dans le vert ; alors que le niveau national et toutes les autres régions sont dans une situation précaire avec des prévalences de MAG situées dans l'intervalle de 5-9% comme le montre la figure ci-dessous. La précarité est un état de vulnérabilité certes moins alarmant du point de vue magnitude mais cela peut évoluer rapidement vers une dégradation sous l'influence de facteurs externes conjoncturels.

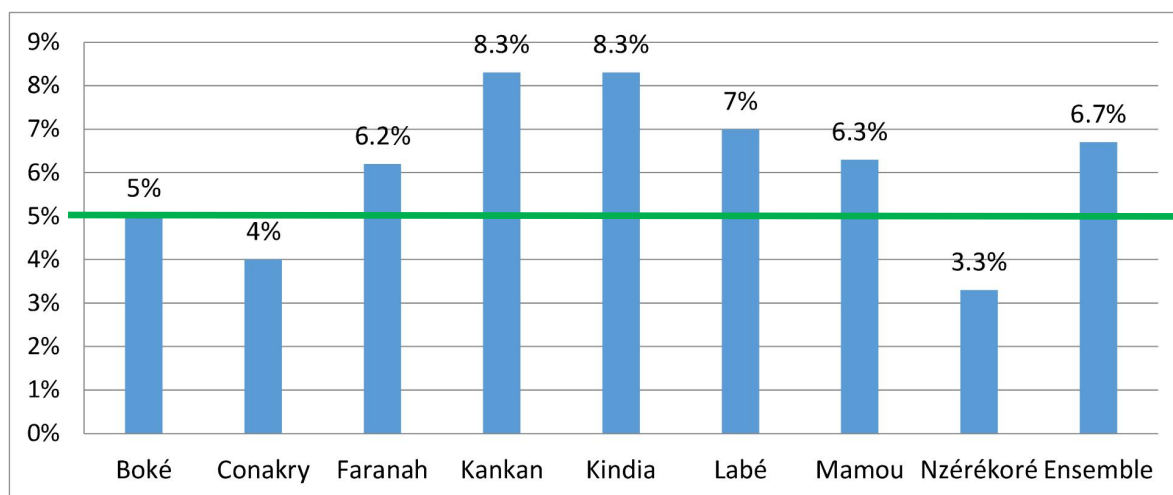


Figure 10 : Appréciation de la situation nutritionnelle des régions sur l'échelle de classification de l'OMS

L'analyse de la situation nutritionnelle à l'aide du périmètre brachial a montré des prévalences de malnutrition aigüe sévère plus élevées dans toutes les régions sauf à Conakry et Kankan. Ce constat démontre la sensibilité du PB dans la détection de la forme sévère de la malnutrition aigüe d'où son avantage d'être utilisé lors des séances de dépistage actif au sein des communautés.

Par ailleurs, l'analyse de la malnutrition aigüe par tranche d'âge a montré que ce sont les enfants de 6-23 mois qui subissent l'essentiel du fardeau de cette forme de malnutrition par rapport aux grands enfants de deux ans et plus.

Cette situation nutritionnelle doit nécessiter à la fois une attention des acteurs de la nutrition non seulement en termes de surveillance mais aussi d'interventions efficaces pouvant sauver la vie des centaines de milliers d'enfants souffrant de la malnutrition aigüe sévère et réduire le risque de survenu des nouveaux cas.

Comparaison de la prévalence de la MAG de 2015 avec celle de 2022

La comparaison des résultats de l'enquête de cette année (SMART 2022) avec ceux de la SMART 2015, en fonction du degré de sévérité sur l'échelle de classification de l'OMS, montre un grand changement dans la situation nutritionnelle de certaines régions telles que : Nzérékoré, Conakry, Boké, Faranah, Kankan. En effet, la prévalence de la MAG a baissé dans ces régions de plus d'un point en moyenne. Ce

changement est aussi observé au niveau national dont la prévalence est passée de 8% en 2015 à 6,7% en 2022.

En dépit de ce constat, la situation nutritionnelle n’a pas connu de changement significatif sur l’échelle de classification de l’OMS, selon laquelle la plupart des régions et le niveau national demeurent encore dans la précarité. Ces régions dites précaires se caractérisent toutes par des prévalences de MAG supérieures ou égales à 5% et inférieures à 10%.

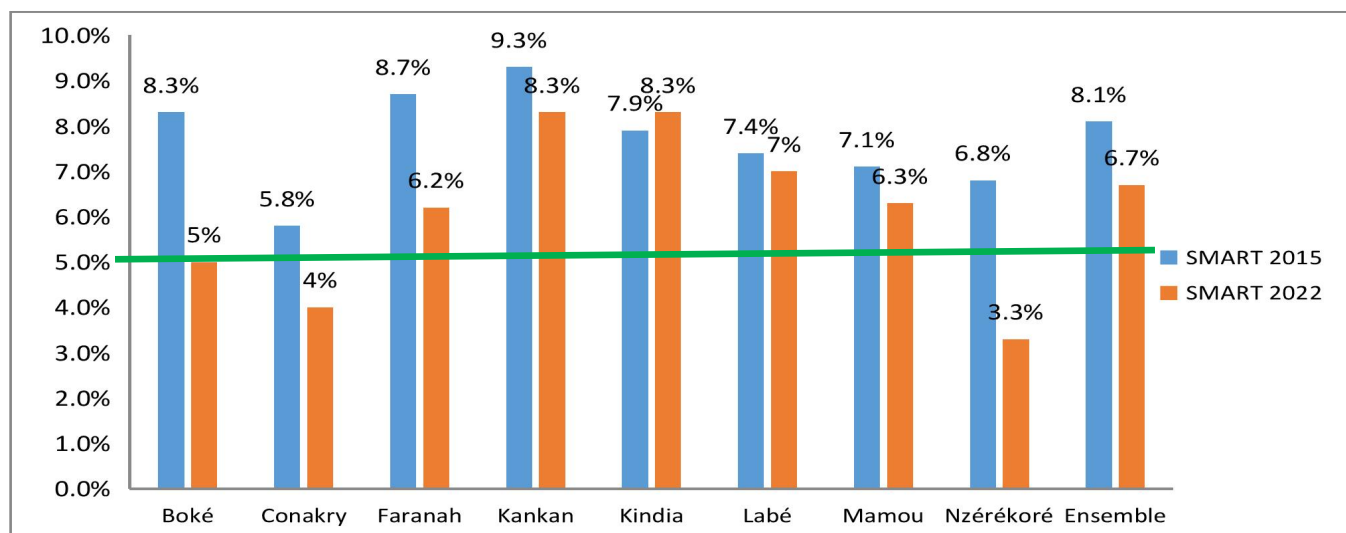


Figure 11 : Comparaison des prévalences de la malnutrition aigüe globale issues des SMART 2022 versus SMART 2015 par région.

Comparaison de la prévalence de la malnutrition aigüe sévère (2015 versus 2022)

La comparaison de la SMART 2022 versus SMART 2015 a mis en exergue un changement notable dans le niveau de la malnutrition aigüe sévère par région. En effet, les prévalences de cette forme de malnutrition sont passées à plus de 1,5% en 2015 à moins de 1,5% y compris la prévalence nationale en 2022, sauf dans la ville de Conakry où la prévalence était déjà à moins de 1%. La prévalence nationale est passée de 2% en 2015 à 1,4% en 2022, soit une baisse de 0,6 points.

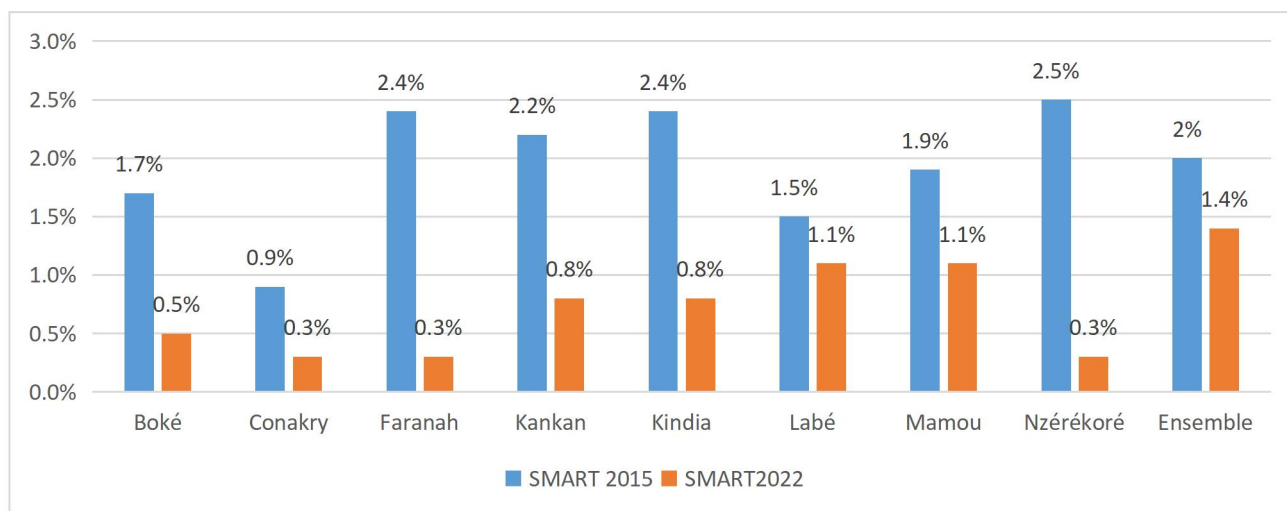


Figure 12 : Prévalences de la malnutrition aigüe sévère de 2022 versus celles de 2025

V.2.2. Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans

La malnutrition chronique peut avoir une origine remontant de la conception ou des premiers jours de la vie. Elle peut perdurer toute la vie et entraîner à long terme des conséquences irréversibles chez les individus atteints. Avec une prévalence nationale de **25,5% IC à 95% [23,9-27,1]**, la malnutrition chronique reste encore un problème de santé publique préoccupant en Guinée. Cette proportion représente plus de deux enfants sur dix souffrant d'une faible croissance par rapport à l'âge. Sur l'échelle de classification de l'OMS, cette prévalence correspond à une situation précaire.

Les prévalences régionales varient entre 10,8% dans la ville de Conakry et 33% dans la région de Nzérékoré. L'analyse de ces prévalences régionales sur l'échelle de classification de l'OMS montre trois catégories de région à savoir : la région où la situation est devenue acceptable avec une prévalence en dessous de 20%, seule Conakry est dans cette situation. Les régions où la situation est précaire avec une prévalence située entre 20 et 29% ; il s'agit des régions de Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé et Mamou. La dernière catégorie de région concerne Nzérékoré où la situation est sérieuse avec une prévalence dépassant la barre de 30% (voir figure ci-dessous).

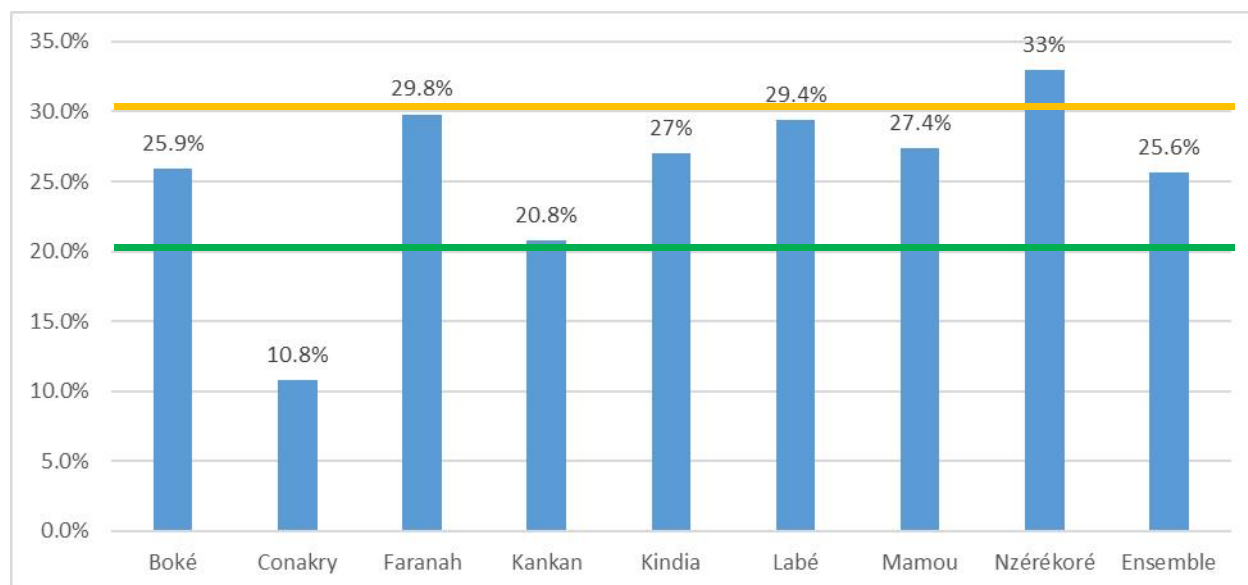


Figure 13 : Appréciation de la situation sur l'échelle de classification de l'OMS

Cette situation apparaît très sérieuse du fait des conséquences néfastes de la malnutrition chronique à moyen et long termes sur la santé des futures générations. Une telle ampleur de la malnutrition chronique doit être perçue comme un facteur pouvant freiner le développement social et économique de ces communautés dans l'avenir, à cause de ses conséquences dévastatrices à la fois sur l'état de santé et la productivité.

En dépit de la situation décrite ci-dessus, les résultats de cette enquête montrent que la prévalence de la malnutrition chronique a connu une certaine baisse au regard des prévalences observées tant au niveau national que régional.

Par ailleurs, cette amélioration ne devrait pas être prise pour une victoire mais devrait plutôt constituer une source de motivation pour continuer la lutte jusqu'à ce que la malnutrition chronique ne soit plus un problème de santé publique en Guinée.

Comparaison des prévalences de la malnutrition chronique (2015 versus 2022)

La comparaison des résultats de l'enquête 2022 avec ceux de la SMART 2015 montre que la situation n'a pas connu de changement significatif car la prévalence nationale est restée stable durant toute cette période. Si une baisse significative de prévalence a été constatée dans les régions de Boké, Conakry et Kankan ; c'est plutôt une augmentation de prévalence qui a été enregistrée dans d'autres telles que : Faranah, Kindia, Labé, Mamou.

En dépit de ces constats, cette analyse comparative montre que la situation est toujours précaire comme elle l'était globalement en 2015.

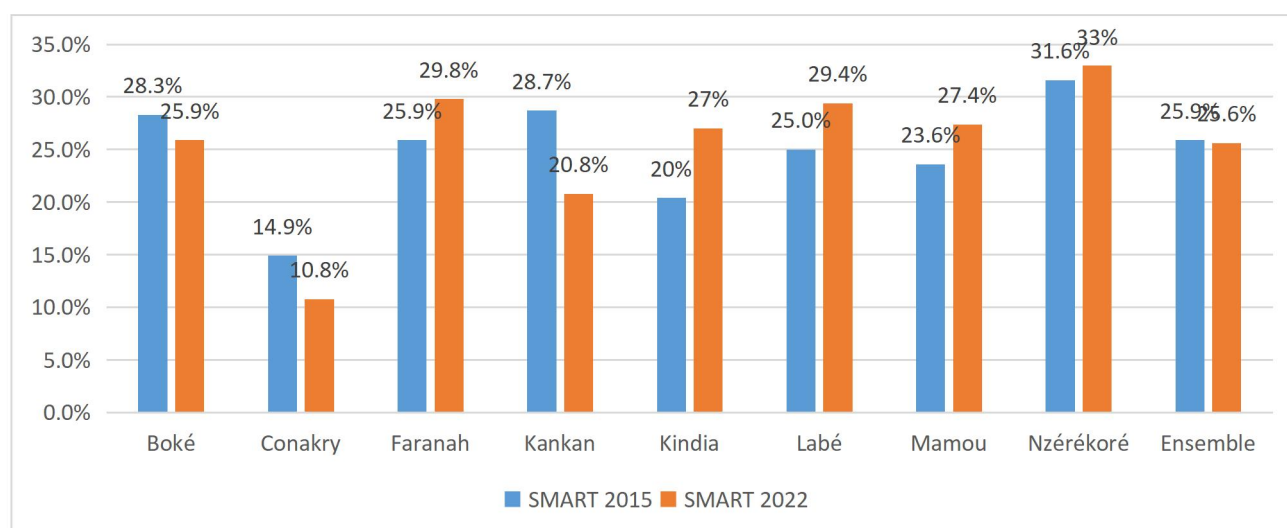


Figure 14 : Prévalences de la malnutrition chronique par région issues de SMART 2022 versus SMART 2015

Les facteurs qui contribuent à l'apparition du retard de croissance incluent entre autres : le mauvais état de santé et de nutrition des mères, les pratiques inadéquates de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi que des infections répétées mal soignées. Plus particulièrement les états de santé et le statut nutritionnel des mères avant et après les grossesses y compris le stade intra-utérin. Une pratique d'allaitement maternel non optimal en particulier un allaitement non exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie, et la pratique d'une alimentation de complément pauvre (c'est à dire limitée en quantité, en qualité et en variété), sont des pratiques d'ANJE qui contribuent à l'apparition du retard de croissance chez un enfant. Les maladies infectieuses sévères entraînent des pertes en micronutriments qui peuvent avoir des conséquences à long terme sur le développement staturo-pondéral de l'enfant dépendant de la sévérité, la fréquence, et la durée, surtout de l'état nutritionnel de base. Le retard de croissance est aussi considéré comme étant lié au niveau socio-

économique du ménage, un faible niveau de soins aux enfants, une stimulation inadéquate de l'enfant, et l'insécurité alimentaire au sein des ménages.

Sachant les conséquences néfastes de la malnutrition qu'elle soit aigüe ou chronique sur l'individu, la communauté et toute une nation, il s'avère que la population guinéenne est entrain de payer un lourd tribut vis à vis des prévalences anormalement élevées de la malnutrition dans ce pays.

La malnutrition chronique est une conséquence irréversible d'une alimentation pauvre associée à des épisodes d'infections répétées pendant les premiers 1000 jours de la vie de l'enfant. Parmi les conséquences de la malnutrition chronique sur les individus et sur la société figurent la réduction des capacités cognitives et du développement physique, la diminution de la productivité, le mauvais état de santé, et l'augmentation du risque de maladies dégénératives tel que le diabète.

L'apparition d'un retard de croissance avant l'âge de deux ans prédit des résultats médiocres sur le plan cognitif et éducationnel plus tard durant la grande enfance et l'adolescence. Elle a aussi des conséquences économiques importantes au niveau des individus, des ménages et des communautés.

Parce que le retard de croissance est associé aux ménages nombreux (grand taille), facteurs environnementaux immédiats, caractéristiques socio-économiques et culturelles; la lutte contre la malnutrition exige des interventions plus efficaces et intégrées à d'autres actions telles que la communication pour le changement social et comportemental.

Vue la position qu'occupe la lutte contre la malnutrition en particulier le retard de croissance (cible N°2 de l'Objectif de Développement Durable N°2 (ODD2) : «Mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici 2025, les objectifs relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation (*amaigrissement*) parmi les enfants de moins de 5 ans arrêtés à l'échelle internationale, et répondre aux besoins en matière de nutrition des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées», il est impératif que le pays place cette problématique au centre de ses priorités.

V.3. Couverture de la supplémentation en vitamine A

Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois

L'analyse des couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois issues de l'enquête PECS-SMART 2022 ont montré que ni la couverture nationale, ni les couvertures par strate n'ont atteint la couverture cible de la supplémentation (80%).

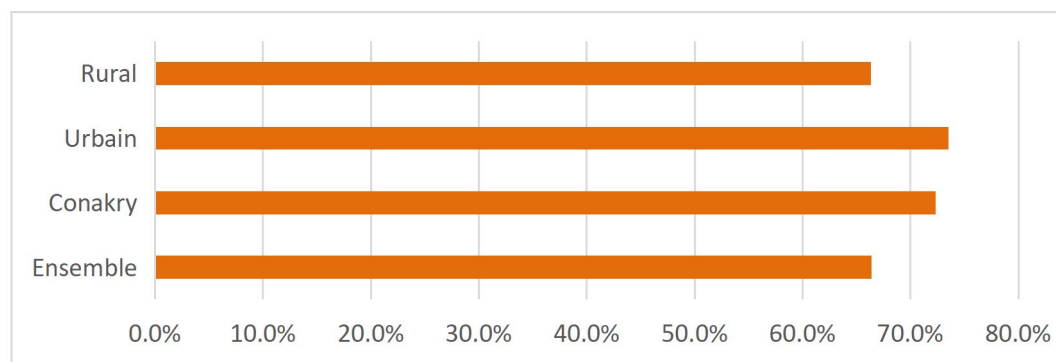


Figure 15: Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois par milieu de résidence, septembre-octobre 2022.

Comparaison des couvertures de la supplémentation en vitamine A issues de l'enquête PECS 2021 versus PECS 2022.

L'analyse comparative des couvertures de la supplémentation en vitamine A issues de l'enquête PECS 2021 avec celles de l'enquête PECS 2022, montre que les couvertures de PECS 2021 dépassent largement celles de PECS 2022 dans toutes les strates et au niveau national.

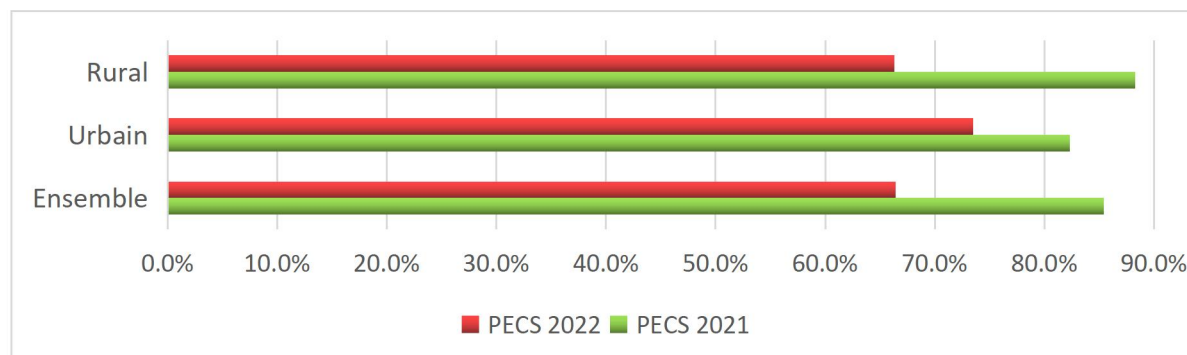


Figure 16: Comparaison des couvertures de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 - 59 mois PECS 2021 versus PECS 2022.

La comparaison des couvertures administratives avec les couvertures d'enquête

La comparaison des couvertures administratives avec les couvertures issues de l'enquête PECS 2022 montre des écarts importants avec des couvertures administratives dépassant de loin les couvertures d'enquête. La majorité des Couvertures administratives atteint ou dépasse 100% alors que les couvertures d'enquête sont toutes inférieures à 80%.



Figure 17: Comparaison des couvertures administratives de supplémentation en vitamine A versus couvertures d'enquête PECS 2022.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI.1. Conclusion

Cette enquête a permis d'évaluer la situation nutritionnelle à la fois au niveau national et dans les régions administratives du pays. Troisième de son genre après les deux premières éditions de 2012 et 2015, elle est venue combler le manque criard de données sur la situation nutritionnelle en dotant le pays de données actualisées et valides à la grande satisfaction des planificateurs, décideurs et acteurs de la nutrition. Les résultats issus de cette enquête ont montré que la malnutrition quel que soit le type et la forme, reste un sérieux problème de santé publique en Guinée.

En effet, avec une prévalence nationale de 6,7% de MAG, 25,5% de malnutrition chronique et 14,6% d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, la situation nutritionnelle globale du pays est jugée précaire.

L'évaluation de la situation nutritionnelle des adolescentes et femmes en âge de procréer a révélé la problématique du double fardeau de la malnutrition, se manifestant par une coexistence de la sous-nutrition et de la surnutrition. Il est apparu ainsi que 4,4% des adolescentes souffrent de maigreur et 15% d'entre elles de surcharge pondérale ; alors que 7,5% et 39% des femmes de 20 à 49 ans souffrent respectivement de maigreur et de surcharge pondérale.

La prévalence nationale de l'allaitement maternel exclusif est estimée à 43,7% chez les enfants de moins de 6 mois. Cela montre une augmentation de plus de 10 points. Cependant, il n'y a pas eu de progrès dans l'alimentation de complément car seul 11% des enfants bénéficient d'une diversité alimentaire et 4% qui bénéficient d'un minimum alimentaire acceptable.

Les couvertures de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage sont au dessous de 80% dans toutes les strates (milieu rural, urbain, et Conakry).

Les morbidités infantiles sont d'une prévalence très élevée : Fièvre (39,8%), diarrhée (14,7%) et IRA (43,1%).

La majorité des ménages consomment l'eau venant principalement d'une source acceptable 81,9%. Cependant, l'hygiène reste encore rudimentaire avec moins de 1% des ménages disposant d'un kit de lavage des mains et moins de 1% de répondant des ménages ayant une bonne connaissance sur les moments clés de lavage des mains. Par ailleurs, une proportion non négligeable (8%) des ménages enquêtés continuent à pratiquer la défécation à l'air libre.

Cette étude a permis de décrire la problématique de la malnutrition ainsi que ces principaux déterminants dans le pays. Il y ressort donc la nécessité d'actions plus fortes et multisectorielles en vue d'améliorer la situation nutritionnelle à travers la mise en place d'interventions à haut impact à la fois spécifique et sensible à la nutrition dans une approche holistique.

VI.2. Recommandations

Au vu des résultats mentionnés ci-dessus, il convient de recommander les actions suivantes :

- Renforcer la Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (PCIMAS) à travers le renforcement de capacités des structures déconcentrées, l’approvisionnement continu des formations sanitaires en intrants et outils de gestion ainsi que la dotation en équipements anthropométriques ;
- Relancer la Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Modérée (PECMAM) au sein des communautés ;
- Renforcer le dépistage de la malnutrition aigüe à travers l’organisation des séances de dépistage actif d’enfants malnutris et de référencement vers les structures de prise en charge mais aussi la continuation du dépistage passif au sein des formations sanitaires ;
- Relancer la promotion du suivi de la croissance dans les formations sanitaires de première ligne sur toute l’étendue du territoire national ;
- Renforcer la promotion des pratiques de l’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans toutes les régions à travers la mise en œuvre du plan de passage à l’échelle des pratiques d’ANJE ;
- Renforcer la surveillance nutritionnelle à travers une analyse et le partage des données de routine de façon trimestrielle ;
- Organiser une évaluation nationale nutritionnelle tous les deux ans et chaque année dans les régions de Kankan, Kindia et Nzérékoré pour un suivi régulier de la situation nutritionnelle par le moyen des évaluations périodiques et régulières afin de disposer des données valides et fiables utiles pour une prise de décision efficiente ;
- Renforcer la prise en charge intégrée des maladies infectieuses de l’enfant et du nouveau-né
- Renforcer la promotion des bonnes pratiques familiales à travers la communication pour le changement social et comportemental
- Adapter la stratification des enquêtes PECS au découpage administratif ou naturel de la République de Guinée. Cela facilitera la lecture et l’interprétation des résultats de ces enquêtes ainsi que la prise de décision pour la réponse aux problèmes de faible couverture (exploitation des résultats des enquêtes PECS).

VII. REFERENCES

- 1 INS. Rapport final : Projection démographique de 2014 à 2040.
- 2 INS. Rapport final. Enquête Démographique et de Santé 2018.
Institut National et de la Statistique (INS). Rapport du troisième (3ième) Recensement Général de
3 la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014.
- 4 ACF-Canada. Manuel SMART version 1. Mesure de la Mortalité, du Statut Nutritionnel et de la
Sécurité Alimentaire en Situations de Crise : 2006.
- 5 ACF-Canada. Méthodologie SMART. Logiciel ENA : www.nutrisurvey.de/ena/ena.html
- 6 World Health Organization (WHO). Infant and Young Children Feeding practices guidelines.
World Health Organization (WHO). The World Health Organization The management of nutrition
7 in major emergencies: 2000.
- 8 World Health Organization (WHO) Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.
- 9 Dietz, W. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. JAMA 2001: 285:2506–2507
- 10 UNICEF. Cadre conceptuel des causes de la malnutrition chez l'enfant : 1990. Disponible à partir
de : <http://www.unicef.org/french/sowc98/f025.htm>

VIII. ANNEXES

VIII.1. Résumés des rapports de plausibilité par région administrative

REGION DE BOKE

Plausibility check for: BOK_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (1.2 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	2 (p=0.056)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	4 (p=0.001)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	4 (13)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 0	<1.15 and 0.85 5	<1.20 and 0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	0 (0.99)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.08)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.11)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.173)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	12 %

The overall score of this survey is 12 %, this is good.

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 7 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.018 (significant difference)

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 13 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 8 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.008 (significant difference)

Plausibility check for: CON_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (2.0 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0.519)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	4 (p=0.007)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (9)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and 0	<1.15 and 5	<1.20 and 10	>=1.20 or <=0.80 20	0 (1.01)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (0.19)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (0.29)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.180)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	9 %

The overall score of this survey is 9 %, this is excellent.

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 7 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.008 (significant difference)

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 9 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 8 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

REGION DE FARANAH

Plausibility check for: FAR_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (2.3 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0.842)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	10 (p=0.000)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (6)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (6)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and >0.9 0	<1.15 and >0.85 5	<1.20 and >0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	0 (1.07)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0.23)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0.21)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.406)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	12 %

The overall score of this survey is 12 %, this is good.

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **6** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.131

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **4** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.745

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **6** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.147

REGION DE KANKAN

Plausibility check for: KAN_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (1.2 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	4 (p=0.036)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	10 (p=0.000)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and >0.9 0	<1.15 and >0.85 5	<1.20 and >0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	0 (1.04)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.08)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0.23)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.198)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	19 %

The overall score of this survey is 19 %, this is acceptable.

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **8** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **4** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.393

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **8** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)

Plausibility check for: LAB_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (2.1 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0.474)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	4 (p=0.005)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (10)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (9)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and .	<1.15 and	<1.20 and	>=1.20 or	
	Excl	SD	>0.9 0	>0.85 5	>0.80 10	<=0.80 20	0 (1.03)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (0.05)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (0.01)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.054)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	8 %

The overall score of this survey is 8 %, this is excellent.

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **5** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.531

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **10** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **9** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Plausibility check for: MAM_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	5 (3.0 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0.230)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	4 (p=0.002)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and >0.9 0	<1.15 and >0.85 5	<1.20 and >0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	0 (1.08)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.08)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.16)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=0.072)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	11 %

The overall score of this survey is 11 %, this is good.

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 7 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.013 (significant difference)

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 5 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.305

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: 8 (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)

REGION DE NZEREKORE

Plausibility check for: NZE_SMART_2022.as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation. Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel.	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2.5 0	>2.5-5.0 5	>5.0-7.5 10	>7.5 20	0 (2.0 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0.434)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	2 (p=0.065)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	4 (13)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and >0.9 0	<1.15 and >0.85 5	<1.20 and >0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	10 (1.19)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (-0.13)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0.37)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	3 (p=0.006)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	20 %

The overall score of this survey is 20 %, this is acceptable.

Digit preference Height:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **13** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

Digit preference Weight:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **5** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.062

Digit preference MUAC:

Digit .0 : #####
Digit .1 : #####
Digit .2 : #####
Digit .3 : #####
Digit .4 : #####
Digit .5 : #####
Digit .6 : #####
Digit .7 : #####
Digit .8 : #####
Digit .9 : #####

Digit preference score: **7** (0-7 excellent, 8-12 good, 13-20 acceptable and > 20 problematic)
p-value for chi2: 0.000 (significant difference)

SUIVI DE LA QUALITE DES DONNEES

BULLETIN DE SUIVI DE LA QUALITE DES DONNEES SUR LE TERRAIN PAR EQUIPE (SMART GUINEE 2022)

Données du 06/10/2022

EQUIP	PRENOM	NOM	TELEPHONE	REGION	GRAPPE TERMINEES	QUALITE DES DONNEES				OBSERVATION
						AGE	POIDS	TAILLE	PB	
18	Lancine 2	CAMARA	620 12 86 85	Boké	8	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
15	Sira	DIAKITE	628 07 07 15	Boké	8	BON	ACCEPTABLE	BON	BON	PROGRESSION
22	Bountouraby	TOURE	621 05 97 81	Boké	8	BON	BON	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
3	Mory 1	KOUROUMA	628 66 23 37	Conakry	9	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
4	Rokiatou	CAMARA	620 64 11 93	Conakry	10	BON	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	STABLE
16	Nanfadima	KONATE	622 63 54 56	Conakry	10	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	PROGRESSION
25	Sogbè	CAMARA	622 37 61 46	Conakry		BON	ACCEPTABLE	BON	ACCEPTABLE	PROGRESSION
1	Alima	KOUYATE	622 27 77 28	Faranah	8	BON	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
5	Mohamed	CAMARA	662 36 43 27	Faranah	11	BON	BON	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
14	Faya Janvier	MAMANDOUNO	620 06 80 47	Faranah	12	BON	BON	BON	EXCELLENT	STABLE
9	Mamadi	SIDIBE	622 30 22 28	Kankan	8	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	STABLE
11	Sékou	CAMARA	625 24 40 73	Kankan		BON	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
17	Sidafa	DIAKITE	628 02 99 21	Kankan	9	BON	BON	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
7	Makhissa Oumar	FOFANA	657 02 68 15	Kindia	8	BON	BON	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
10	Alhousseine Oumar	FOFANA	620 84 35 02	Kindia	10	BON	EXCELLENT	EXCELLENT	BON	PROGRESSION
24	Moussa	DIABY	620 35 50 87	Kindia	8	BON	ACCEPTABLE	BON	ACCEPTABLE	STABLE
8	Hadiatou	DIALLO	628 46 16 03	Labé	8	BON	EXCELLENT	BON	ACCEPTABLE	PROGRESSION
13	Aissatou Lamarana	BALDE	628 24 57 92	Labé	8	BON	BON	MEDIOCRE	MEDIOCRE	PROGRESSION
20	Mamadou	DIALLO	628 18 76 34	Labé	9	BON	BON	MEDIOCRE	BON	STABLE
2	Lancinet	KEITA	620 39 38 85	Mamou	9	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
6	Billo	DIABY	626 51 41 45	Mamou	9	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	REGRESSION
23	Ousmane	DIALLO	622 26 34 59	Mamou	8	BON	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	PROGRESSION
12	Balla	KAMANO	627 42 16 56	Nzérékoré	6	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
19	Jérôme	LOUA	626 33 83 33	Nzérékoré	6	ACCEPTABLE	BON	MEDIOCRE	BON	PROGRESSION
21	Barthélémy Daké	SAOROMOU	622 67 39 50	Nzérékoré	7	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	MEDIOCRE	REGRESSION

BULLETIN DE SUIVI DE LA QUALITE DES DONNEES SUR LE TERRAIN PAR EQUIPE (SMART GUINEE 2022)

Données du 06/10/2022

EQUIP	PRENOM	NOM	TELEPHONE	REGION	GRAPPE TERMINEES	QUALITE DES DONNEES				OBSERVATION
						AGE	POIDS	TAILLE	PB	
18	Lancine 2	CAMARA	620 12 86 85	Boké	8	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
15	Sira	DIAKITE	628 07 07 15	Boké	8	BON	ACCEPTABLE	BON	BON	PROGRESSION
22	Bountouraby	TOURE	621 05 97 81	Boké	8	BON	BON	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
3	Mory 1	KOUROUMA	628 66 23 37	Conakry	9	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
4	Rokiatou	CAMARA	620 64 11 93	Conakry	10	BON	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	STABLE
16	Nanfadima	KONATE	622 63 54 56	Conakry	10	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	PROGRESSION
25	Sogbé	CAMARA	622 37 61 46	Conakry		BON	ACCEPTABLE	BON	ACCEPTABLE	PROGRESSION
1	Alima	KOUYATE	622 27 77 28	Faranah	8	BON	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
5	Mohamed	CAMARA	662 36 43 27	Faranah	11	BON	BON	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
14	Faya Janvier	MAMANDOUNO	620 06 80 47	Faranah	12	BON	BON	BON	EXCELLENT	STABLE
9	Mamadi	SIDIBE	622 30 22 28	Kankan	8	BON	EXCELLENT	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	STABLE
11	Sékou	CAMARA	625 24 40 73	Kankan		BON	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
17	Sidafa	DIAKITE	628 02 99 21	Kankan	9	BON	BON	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	PROGRESSION
7	Makhissa Oumar	FOFANA	657 02 68 15	Kindia	8	BON	BON	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
10	Alhousseine Oumar	FOFANA	620 84 35 02	Kindia	10	BON	EXCELLENT	EXCELLENT	BON	PROGRESSION
24	Moussa	DIABY	620 35 50 87	Kindia	8	BON	ACCEPTABLE	BON	ACCEPTABLE	STABLE
8	Hadiatou	DIALLO	628 46 16 03	Labé	8	BON	EXCELLENT	BON	ACCEPTABLE	PROGRESSION
13	Aissatou Lamarana	BALDE	628 24 57 92	Labé	8	BON	BON	MEDIOCRE	MEDIOCRE	PROGRESSION
20	Mamadou	DIALLO	628 18 76 34	Labé	9	BON	BON	MEDIOCRE	BON	STABLE
2	Lancinet	KEITA	620 39 38 85	Mamou	9	BON	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	BON	PROGRESSION
6	Billo	DIABY	626 51 41 45	Mamou	9	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	REGRESSION
23	Ousmane	DIALLO	622 26 34 59	Mamou	8	BON	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	PROGRESSION
12	Balla	KAMANO	627 42 16 56	Nzérékoré	6	ACCEPTABLE	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	ACCEPTABLE	STABLE
19	Jérôme	LOUA	626 33 83 33	Nzérékoré	6	ACCEPTABLE	BON	MEDIOCRE	BON	PROGRESSION
21	Barthélémy Daké	SAOROMOU	622 67 39 50	Nzérékoré	7	BON	ACCEPTABLE	MEDIOCRE	MEDIOCRE	REGRESSION

PERSONNEL DE L'ENQUETE

Consultant national

Dr Sidikiba SIDIBE, MD, MSc, MPH, PhD_c

Comité de Coordination de l'enquête

N°	PRENOMS ET NOM	STRUCTURE	CONTACT
1	Dr Mohamed Lamine YANSANE	SGMSHP	622 93 13 89
2	Mme Kaité SALL	CB/MSHP	629 58 33 15
3	Dr Diene Fadima KABA	DNSFN/MSHP	622 01 47 23
4	Dr. Makan DOUMBOUYA	DG/INS	620 86 13 27
5	Dr Souleymane DIAKITE	BSD/MSHP	622 71 90 28
6	Dr Facely CAMARA	DNSFN/MSHP	664 53 44 30
7	Dr Théophile BANSIMBA	UNICEF	610 00 65 07
8	Dr Moustapha GROVOGUI	PRSCS/BM	621 85 99 12
9	Dr Mamadou Midiaou BAH	Helen Keller INTL	625 25 90 02

Comité technique de l'enquête

N°	Prénoms et Nom	CONTACT	STRUCTURE
1	Dr. Facely CAMARA	664 53 44 30	DNSFN/MSHP
2	Dr. Makan DOUMBOUYA	620 86 13 27	INS
3	Dr. Souleymane DIAKITE	622 71 90 28	BSD/MSHP
4	Dr. Aissatou TOURE	628 24 16 59	DAN/MSHP
5	Dr. Adama Hawa BALDE	628 46 12 73	DNSFN/MSHP
6	M. Amara TOURE	620 50 06 50	Assistant/MSHP
7	M. Abdoulaye Marco SOUMAH	622 17 74 24	DNSFN/MSHP
8	Dr. Alpha Amadou DIALLO	622 25 13 17	MSHP
9	M. Oumar KABA	623 46 81 19	Assistant/MSHP
10	M. Lamine SIDIBE	622 86 84 11	INS
11	Dr. Lanfia TOURE	622 36 49 29	UNICEF
12	Dr. Chana Badié SAKOU	625 73 47 05	PRSCS/BM
13	Dr. Kadiatou SANOH	625 25 90 35	HELEN KELLER INTL
14	Dr. Malado KABA	628 97 27 75	PAM
15	Dr. Bernadette DRAMOU	628 26 80 56	OMS
16	Dr. Abdoulaye DIALLO	625 85 85 37	ChildFund
17	Dr. Fassou Kolié	628 40 11 90	NI
18	Dr. Zalika ALI ABDOULAYE	624 39 81 45	Plan International
19	M. Albdoul Aziz DIALLO	625 25 90 11	HELEN KELLER INTL

ENQUETEURS ET SUPERVISEURS

NO	PRENOMS	NOM	SEXE
ENQUETEURS			
1	Lancinet	KEITA	M
2	Mory 1	KOUROUMA	M
3	Rokiatou	CAMARA	F
4	Mohamed	CAMARA	M
5	Billo	DIABY	M
6	Makhissa Oumar	FOFANA	F
7	Hadiatou	DIALLO	F
8	Mamadi	SIDIBE	M
9	Alhousseine Oumar	FOFANA	M
10	Sékou	CAMARA	M
11	Balla	KAMANO	M
12	Aissatou Lamarana	BALDE	F
13	Faya Janvier	MAMANDOUNO	M
14	Sira	DIAKITE	F
15	Nanfadima	KONATE	F
16	Sidafa	DIAKITE	M
17	Moussa	DIABY	M
18	Mamadou	DIALLO	M
19	Barthélémy Daké	SAOROMOU	M
20	Bountouraby	TOURE	F
21	Ousmane	DIALLO	M
22	Sogbè	CAMARA	F
23	Alima	KOUYATE	F
24	Fanta Doussou	OULARE	F
25	Marie Madeleine	TOLNO	F
26	Kadiatou	DIALLO	F
27	Oumou Abana	DIALLO	F
28	Kadiatou	BALDE	F
29	Abdourahamane	DIALLO	M
30	Hawa	CONDE	F
31	Daouda	CAMARA	M
32	Djebel	BANGOURA	M
33	Suzane	BEAVOGUI	F
34	Saran	CONDE	F
35	Foulematou	CISSE	F
36	Sia Thérèse	IFONO	F
37	Michel Faya	KAMANO	M
38	Fatoumata	CONDE	F
39	Esther	Zoumanigui	F
40	Yvette	KOLIE	F
41	Jeannette	ZOUMANIGUI	F
42	Alpha Mamadou Bailo	DIALLO	M

NO	PRENOMS	NOM	SEXE
43	Boubacar Sidy	DIALLO	M
44	Souleymane	TOURE	M
45	Sanaba	CISSE	F
46	M'Mahawa	CAMARA	F
47	Oumou	TOURE	F
48	Marie Louise	NAIMY	F
49	Mamadou	DIAWARA	M
50	Abdoulaye Telly	DIALLO	M
51	Aminata	CAMARA	F
52	Aissatou Baïlo	DIALLO	F
53	Karifa	CAMARA	M
54	Thierno Moussa	KANTE	M
55	Fatoumata Binta	DIALLO	F
56	Alhassane Tiro	CAMARA	M
57	Amara	FOFANA	M
58	Cécile	KAMANO	F
59	Hawa Mamady	KOUROUMA	F
60	Fatou	KONE	F
61	Alamako	DOUMBOUYA	M
62	Bhama Angel	KOLIE	F
63	Hawa	KEITA	F
64	Thierno Ibrahima	DIALLO	M
65	Yagouba	CONDE	M
66	Adama	CAMARA	M
67	Fanta	CAMARA	F
68	Mamadou	KOUYATE	M
69	Lancinet	KEITA	M
70	Madeleine	MAOMOU	F
71	Mohamed Salif	TOURE	M
72	Ousmane	DOUKOURE	M
73	Sékou	KONATE	M
74	Mamadou	TAMBADOU	M
75	Thierno Sadou	DRAME	M
76	Ousmane	CAMARA	M
77	Jérôme	LOUA	M
78	Nounkè	DOUMBOUYA	M
SUPERVISEURS			
79	Aboubacar	BANGOURA	M
80	Lansana	OULARE	M
81	Ibrahima	DOUMBOUYA	M
82	Moussa	KOULIBALY	M
83	Mamadou Falilou	SOW	M
84	Adama	DIALLO	F
85	Mamadou Binta	BAH	F
86	Mamoudou	TOURE	M
87	Fassou	KOLIE	M

N0	PRENOMS	NOM	SEXE
88	Djiba	DIAKITE	M
89	Pokpa	KOIVOGUI	M
90	Moussa	CONDE	M
91	Abdoul Gadri	DIALLO	M
92	Mariama Ciré	BARRY	F

SECTION I : IDENTIFICATION DU MENAGE

GRAPPE	REGION	COMMUNE	SE	MILIEU	MENAGE
_ _ _	_	_ _	_ _ _	1 = Urbain _ 2 = Rural 3 = Conakry	_

Bonjour, Mon nom est _____, nous travaillons au compte du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour la réalisation d'une enquête nutritionnelle. Je souhaiterais si vous le permettez, vous posez des questions à propos de votre ménage et prendre les mesures de poids et de taille des femmes et des enfants du ménage. Les informations collectées resteront confidentielles. Avez-vous des questions ?
Pouvons-nous commencer ?

NOM ET PRENOM CHEF DE MENAGE : ----- -----	CODE
Résultat 1=Commencer l'enquête ménage 2=Pas de membre du ménage à la maison ou pas d'enquêté compétent 3=Ménage totalement absent pour une longue période 4=Différé 5=Refusé 9=Autre	_
TOTAL ACTUELLEMENT PRESENTS DANS LE MENAGE	_
TOTAL FEMMES DE 15-49 ANS	_
TOTAL ADOLESCENTES 10-19 ANS	_
TOTAL ADOLESCENTS 10-19 ANS	_
TOTAL 0-23 MOIS	_
TOTAL ENFANTS DE 0-59 MOIS	_
TOTAL ENFANTS DE 6-59 MOIS	_
TOTAL AYANT QUITTE DEPUIS LA DERNIERE FETE DE RAMADAN	_
TOTAL DECEDE DEPUIS LA DERNIERE FETE DE RAMADAN	_

Jour/Mois/Année	Code agent de collecte	Heure
_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _

REPENDANT 1 = Chef de ménage 2 = Conjoint du chef 3 = Autres personnes apparentées 4 = Autres personnes non apparentées	_
--	---

MORTALITE RETROSPECTIVE

L1. ID	L2. Nom	L3. Sexe	L4. Age en Années révolues	Depuis le jour de la dernière fête de ramadan			
				L5. A rejoint le ménage	L6. A quitté le ménage	L7. Est né dans le ménage	L8. Est décédé dans le ménage
ID	Prénom et Nom	(1=M, 2=F)	(Si l'enfant < 1 an, écrire '0')	(1=Oui, 2=Non) exclure les naissances	(1=Oui)	(1=Oui, 2=Non)	(1=Oui)

I. S'il vous plaît, donnez-moi les Prénoms et Nom des personnes actuellement présentes dans votre ménage en commençant par le chef de ménage

1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

II. S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui ont quitté votre ménage depuis la dernière fête de Ramadan

1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III. S'il vous plaît, donnez-moi les Prénom et Nom des personnes du ménage décédées depuis la dernière fête de Ramadan

1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

SECTION AN : ANTHROPOMETRIE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Si l'âge ou la date de naissance de l'enfant n'est pas connu, mesurer l'enfant seulement s'il/elle mesure moins de 110 cm.

ANE1. Numéro d'ordre de l'individu	ANE2. Prenom et Nom de l'enfant	ANE3. Sexe (1=M, 2=F)	ANE4. Date de Naissance JJ/MM/AA	ANE5. Age en mois (à remplir seulement si pas date de naissance)	ANE6. Poids (kg) (00.0)	ANE7. Taille (cm) (000.0)	ANE8. Position : Taille (1=Debout, 2=Couchée)	AN9. Œdèmes Bilatéraux (y=Oui, n=Non)	AN10. PB (mm) (000) Bras Gauche	AN11. Lors de la campagne passée, est ce que (nom) a reçu une supplémentation en Vitamine « A » (6 à 59 mois) ? <small>1=Oui/Carte 2=Oui/mère 3=Non 8=NSP.</small>	AN12. Lors de la campagne passée, est ce que (nom) a été déparasité au mébendazole (12 à 59 mois) ? <small>1=Oui/Carte 2=Oui/mère 3=Non 8=NSP.</small>

N°AGENT	N°GRAPPE	N°MENAGE	SECTION ME : MORBIDITES DES ENFANTS		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Inclure tous les enfants âgés de moins de 5 ans		

Numéro d'ordre de l'individu	01	02	03	04	05
SE0.Prénom de l'enfant					
MORBIDITE DE L'ENFANT : Au cours de deux semaines précédant l'enquête, l'enfant a-t-il souffert des maladies suivantes ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)					
SE1. EPISODES DE DIARRHEE (Plus de trois fois les selles molles ou liquide par jour) Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SE2. FIEVRE /PALU AVEC OU SANS CONVULSION Est-ce qu'au cours des deux dernières semaines, (<i>nom</i>) a eu de la fièvre/palu à n'importe quel moment ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SE3. IRA (Infection Respiratoire Aigüe = toux aigüe + fièvre, ou écoulement nasal et difficulté respiratoire) Est-ce qu'au cours des deux dernières semaines, (<i>nom</i>) a été malade de la toux ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION ANJE : ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Inclure tous les enfants âgés de moins de 0 à 23 mois

Numéro d'ordre de l'individu	Enf1	Enf2	Enf3
ANJE0. Prénom de l'enfant			
ANJE1. Numéro de la mère de l'enfant (référer à la fiche de composition du ménage)	_ _	_ _	_ _
ANJE2. Sexe de l'enfant	_	_	_
ANJE3. Age de l'enfant en mois	_ _	_ _	_ _
ANJE4. Avez-vous allaité (NOM) après l'accouchement ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)	_	_	_
ANJE5. Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? IMMÉDIATEMENT (<30 min) 0=moins d'1 heure 1=1 heure et 24 heures 2=plus de 24 heures	_	_	_
ANJE6. Avez-vous nourri (NOM) avec le colostrum ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)	_	_	_
ANJE7. Allaitiez-vous encore (NOM) ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)	_	_	_
ANJE8. (NOM) a-t'il été allaité hier ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)	_	_	_
ANJE9. Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	_ _	_ _	_ _
ANJE10. Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier durant le jour ou la nuit ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)	_	_	_
ANJE11. Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide (NOM) a-t-il bu hier pendant le jour ou la nuit (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)			
a. Eau?	_	_	_
b1. Lait artificiel pour bébé : Formule infantile commercialisée comme substitut du lait maternel (comme Nursie, Nativa Guigoz, etc.) ?	_	_	_
b2. Si Oui à b1. Combien de fois (NOM) a-t-il bu la formule infantile commercialisée Si <7 écrire le nombre Si >= 7 écrire 7	_	_	_
c1. Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal (Nido, Bonnet Rouge, etc.) ?	_	_	_
C2 Si Oui à c1. Combien de fois (NOM) a-t-il bu tout autre type de lait Si <7 écrire le nombre Si >= 7 écrire 7	_	_	_
d1. Yaourt	_	_	_
d2 Si Oui à d1. Combien de fois (NOM) a-t-il bu du yaourt Si <7 écrire le nombre Si >= 7 écrire 7	_	_	_
e. Jus de fruit?	_	_	_
f. Thé, café?	_	_	_
g. Autres liquides tels que l'eau sucrée, les boissons gazeuses, soupes ou bouillons ?	_	_	_
ANJE12. Hier durant le jour ou la nuit (NOM) a-t-il consommé des aliments solides ou semi-solides ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP) ? Si non ou NSP passez à la question ANJE14	_	_	_
ANJE13 Si oui à ANJE12 Combien de fois (NOM) a consommé des aliments solides, ou semi-solides hier durant le jour et la nuit Si <7 écrire le nombre Si >= 7 écrire 7	_	_	_

Numéro d'ordre de l'individu	Enf1	Enf2	Enf3
ANJE14. Est-ce que (NOM) a mangé hier durant le jour et la nuit ces aliments suivant ? (1=Oui, 2=Non, 8=NSP)			
A. CEREALES : Bouillie, Pain, Biscuits, Beignets autres aliments à base de céréales tels que Couscous, Riz avec sauce, ou Pâte à base mil, sorgho, fonio sauvage, cram-cram, ou autre céréale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. RACINES ET TUBERCULES : Patate douce blanche, pomme de terre, manioc, banane plantin (aloco), Nénuphars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. LEGIMINEUSES, NOIX ET GRAINES : Arachides, Niébé, Sésame, Lentilles, et autres noix ou légumineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. LAIT ET PRODUITS LAITIERS : Produits Lactés - fromage, yaourt ou lait caillé, lait frais, lait en poudre, lait concentré sucré ou non ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ABATS : Foie, rein, cœur, poumon, ou tout autre abat (de veau, de mouton, de chèvre, de volailles), viscères, (soupe de viscères)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. VIANDES ET PRODUITS CARNES : Bœuf, mouton, chèvre, lapin, poulet, pintade, oiseaux, canard, viande de brousse (gazelle, varan, tortue, rats sauvages ; agoutis, écureuils ; perdrix, serpent, souris, biches,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. POISSONS ET FRUITS DE MER : Poissons frais, poisson fumé, poisson salé, conserves (sardine, thon.....) crevettes, escargot, crabe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. OEUFS : de poule, de pintade, canard, de caille, oie... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. LEGUMES FEUILLES VERTES FONCEES : de baobab, feuille d'échalote vert foncé, toutes feuilles sauvages vertes foncées,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. RACINES TUBERCULES ET LEGUMES RICHES EN VITAMINE A : Patate douce à chair orangée, feuilles d'oseille (dah), feuilles de courges, feuille de haricot, feuilles de moringa, feuilles de patates, feuilles de manioc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. FRUITS RICHES EN VITAMINES A : Mangue, Papaye, Citrouille, Courges, Melon à chair orange ; néré ou poudre de néré,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. AUTRES LEGUMES : Tomates fraîches, gombo frais ou sec ; aubergines, aubergines locales, courgettes, concombre, choux, oignons, échalotes fraîches, poivrons verts, haricots verts, laitue (salade), épinards, , , , , ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. AUTRES FRUITS : Banane, goyave, pastèque, orange, citron, datte, jujube, fruits sauvages, ("raisins"/Mpéku, pain de singe/fruit de baobab), dattes sauvages, pulpe de karité, pulpe, fruit de liane/zaban, chair de fruit de rônier, ananas, avocats, jus de fruits frais (fruits pressés) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. HUILE DE PALME ROUGE : Aliments préparés avec de l'huile de palme rouge, de la noix de palme rouge ou de la pulpe de noix de palme rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. INSECTES : Insectes, chenilles, œufs d'insectes, criquets, sauterelles, éphémères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. HUILE ET GRAISSE : huile végétale (d'arachide, de sésame, de coco, etc.- pour sauce, assaisonnement, fritures...), beurre/huile de karité, beurre de vache, (sirimè) , graisse végétale/margarine, mayonnaise, graisses animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. SUCRES ET PRODUITS SUCRES : Sucre en poudre ou en morceaux (dans le thé, le café, la bouillie, etc.), chocolats, bonbons, friandises, pâtisseries, gâteaux ou biscuits, boissons sucrées (boissons gazeuses/sucreries, bissap, jus de gingembre, jus de feuilles ou de fruit de tamarin sucré, citronnelle), miel, confitures, bonbons ; beignets sucrés, galettes sucrées, biscuits sucrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. CONDIMENTS ET EPICES : <u>Epices, condiments</u> : piment, poivre, vinaigre, ail, sachets d'épices, sel, cube Maggi, Maggi blanc, laurier, tomates concentrées, condiments à base d'oseille (graine/datou ; feuille ou pulpe), condiments à base d'oignons ou de feuille d'oignon séchées/transformées ou condiment à base de soja <u>Petite quantité</u> : de poudre de poisson, de poudre de gombo ; de feuille de baobab séché, de poivron, de soubala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION ANF : ANTHROPOMETRIE DES MEMBRES AGES DE 10 A 49 ANS

Dans ce module tous les adolescents, toutes les adolescentes de 10 à 19 ans dans le ménage seront mesurés ainsi que toutes les femmes de 15 à 49 ans

Numéro d'ordre de l'individu	Ind1	Ind2	Ind3	Ind4	Ind5
ANF0. Prénom et Nom de l'enquêté					
ANF1. Age en année révolue	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
ANF2. Sexe (1=Masculin, 2=Féminin)	□	□	□	□	□
ANF3. Poids (kg) (00.0)	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□
ANF4. Taille (cm (000.0))	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□	□□□□,□
ANF5. PB (mm) (000) Bras Gauche	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
ANF6. Statut physiologique pour les femmes de 15 à 49 ans					
1= Enceinte 2= Allaitante 3 = Enceinte et allaitante 4= Non enceinte non allaitante	□	□	□	□	□

Diversité Alimentaire des femmes de 10 à 49 ans - Rappel de 24h

Numéro d'ordre de la femme de 10 à 49 ans	Femme1	Femme2	Femme3	Femme4
DAFa. Votre consommation alimentaire d'hier était-elle différente que d'habitude ? 0= non → DAFc 1= oui 8= ne sait pas	□	□	□	□
DAFb. Si oui, pourquoi était-elle différente ? 1= malade 2= cérémonie 8= ne sait pas	□	□	□	□
DAFc. Veuillez indiquer ce que vous avez mangé et bu hier (repas et grignotage), que ce soit pendant la journée ou la nuit, à votre domicile ou à l'extérieur.				
	Détails (quels ingrédients contenait l'aliment ? ...Et encore ? ...Et encore ? ...)			
Repas de la journée	Réponse de l'enquêté			
	Après s'être réveillé			
	Autres aliments après cela			
	Autres aliments après cela			
	Autres aliments après cela			
	Autres aliments après cela			
Dans la nuit				

à remplir par l'enquêteur/-rice	Non= 2 Oui = 1	Non= 2 Oui = 1	Non= 2 Oui = 1	Non= 2 Oui = 1
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Considérer les quantités !!!! Au minimum 15g ~ = une cuillerée à soupe.

DAFA. CÉRÉALES : Sorgho, crème de sorgho, couscous de sorgho, mil (petit mil, brisure, farine), crème de mil/dégué, couscous de mil, tô (à base de céréales), maïs (brisure ou farine), maïs grillé doux, fonio, riz, pâtes alimentaires (macaronis, etc.), blé, pain, « pâte » de mil/de blé, farini (de blé), galettes de mil/de riz (non sucré), bouillie de maïs/de mil, beignets de mil/ de maïs/de riz (non sucré) , MISOLA, Superfood (ex-CSB etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFB. TUBERCULES BLANCS, RACINES ET PLANTAIN : Patate douce blanche, pomme de terre, manioc, taro, banane plantain (aloco), ignames, racines de rônier, tô à base de patates douces blanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFC. LEGUMINEUSES : Haricots (niébé), fari, pois de terre/woandzou, pois chiches, lentilles, graine de nénuphar, autres légumes secs, sésame, pois sucrés, datou ou soumbala (en grande quantité pour sauce), soja, lait de soja, fromage de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFD. NOIX ET GRAINES : Tous les aliments fabriqués à partir de l'arachide (arachide fleurs), arachide (en pâte ou nature), beurre d'arachide, les graines d'arachide, graines de citrouille, noix de cajou, beurre de karité, tourteau d'arachide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFE. LAIT ET PRODUITS LAITIERS : Fromage, le yaourt, lait frais, dèguè, lait en poudre, lait concentré (sucré ou non), lait caillé naturel, ou d'autres produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFF. ABATS : Foie, reins, cœur, poumons, ou tout autre abat (de veau, de mouton, de chèvre, de volailles), viscères (soupe de viscères)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFG. VIANDES : Chameaux, Bœuf, mouton, chèvre, lapin, viande de brousse, poulet, pintades, oiseaux, gazelle, canard, varan, tortue, insectes, chenilles/vers, margouillats, rats sauvages, agoutis, écureuils, perdrix, serpent, souris, phacochères, biches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFH. POISSONS : Poisson frais, poisson fumé, salé, séché (sauf pincée de poudre), conserves (sardines, thon...), crustacés (crabes et crevettes), escargots, grenouilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFI. ŒUFS : Œufs de poule, de pintade, de canard, de toute sorte d'oiseaux ou volaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFJ. LÉGUMES A FEUILLES VERT FONCÉ : Feuilles d'oseille (dah), de baobab, de courge, feuilles de lélé, feuilles d'échalote vert foncé, feuilles d'oignon frais, feuilles de jaxatou (goyo), feuilles de haricot, m'poron, feuilles de patates, épinards, toutes feuilles sauvages vertes foncées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFK. LÉGUMES ET TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A : Carotte, poivron rouge, patate douce à chair orange, courge à chair orange (tô de courge à chair orange), tô à base de patates douces à chair orange, citrouille, igname qui sont jaunes ou orange à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFL. FRUITS RICHES EN VITAMINE A : Fruits riches en vitamine A: Mangues mûres, papayes mûres, melon à chair orange, néré/poudre de néré, d'autres fruits locaux riche en vitamine A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAFM. AUTRES LÉGUMES : Tomates fraîches, gombo frais ou sec, aubergines, aubergines locales (jaxatus ou goïo), courgettes, concombres, choux, oignons, échalote fraîche, poivrons verts, haricots verts, betteraves, fleurs de kapokié, laitue (salade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>DAFN. AUTRES FRUITS : Banane, goyave, pastèque, orange, citron, dattes, jujube, fruits sauvages ("raisin"/bembé, pain de singe/fruit de baobab), tamarin sec, « dattes » sauvages (zéguené/mono), pulpe de karité, fruit de liane, chair de fruit de rônier, dana, oundouré, tabanoro, tabakoumba, dramo, béré, yiriba-den, sounoun, ananas, avocats, Jus de fruits frais (fruits pressés), jus de fruit de prunier, gel de raisin</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFO. INSECTES : termites, sauterelles, grillons, œufs d'insectes, les escargots, chenilles</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFP. HUILES ET GRAISSES : Huile végétale (d'arachide, de sésame, de coco, etc. - pour sauces, assaisonnements, fritures...), beurre/huile de karité, beurre de vache (sirimè), graisses végétales/margarine, mayonnaise, graisses animales. Huile de palme rouge, noix de palme rouge</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFQ. FRITURES : Chips et frites, beignets, d'autres collations frites, galettes, alococo</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFR. SUCRES ET PRODUITS SUCRÉS : Sucre en poudre ou en morceaux (dans le thé, le café, la bouillie...), boissons sucrées (boisson gazeuse/sucrière, bissap, jus de gingembre, jus de feuilles ou de fruits de tamarin sucré, jus de fruit de pain de singe, citronnelle), vin de palme (bandji), miel, confiture, bonbons, beignets sucrés, galettes sucrées, biscuits sucrés</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFS. BOISSONS : Thé, café, chikoré, choukolan, kinkeliba, jus de feuille ou de fruit de tamarin non sucré, les boissons gazeuses (Fanta, Coca-Cola, Sprite, etc.), chocolat, jus de mil, jus de néré, jus de liane, jus de pain de singe, bissap, jus de gingembre</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>DAFT. EPICES, CONDIMENTS <u>Epices, condiments</u> : piment, poivre, vinaigre, ail, sachet d'épices, sel, cube Maggi, Maggi blanc, laurier, tomate concentrée, condiment à base d'oseille (graine/datou, feuilles ou pulpe/dah-sogo), condiment à base d'oignon ou de feuilles d'oignon séchée/transformatée ou d'échalotes séchées, « potasse », condiment à base de racines de navet, condiment à base de soja. <u>Petite quantité</u> de poudre de poisson, de poudre de gombo, de feuille de baobab sèche, de poivron, de poudre de lélé, nanogonifing, de soubala</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION HWF : LAVAGE DES MAINS DES FEMMES AGES DE 10 A 49 ANS

Numéro du ménage					
Le ménage dispose-t-il de kit de lavage de mains ? (A vérifier objectivement) (1=Oui, 2=Non)	_ _				
Le kit de lavage de mains contient-il de l'eau ? (1=Oui, 2=Non)	_ _				
Le kit de lavage de mains dispose-t-il du savon ? (1=Oui, 2=Non)	_ _				
Numéro d'ordre de l'individu	1	2	3	4	5
HWF0.Prenom et Nom de (NOM)					
HWF 1. À quel moment lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon ? (Poser la question NE PAS LIRE LES RÉPONSES et enregistrez tout ce qui est mentionné).					
a. Avant de commencer à préparer (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
b. Avant de donner à manger aux enfants (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
c. Au sorti des toilettes (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
d. Après le nettoyage anal des enfants (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
e. Avant et après les repas (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
f. Après avoir touché à un objet sale ou jouet (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
g. Autres circonstances (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
HWF 2. Port de masque/autre tissu, utilisation de l'eau potable et toilettes					
1. Avez-vous porté le masque-nez/autre tissu deux semaines précédant l'enquête ? (1=Oui, 0=Non)	_	_	_	_	_
2. Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau de boisson de votre ménage ? 01 = Eau minérale 02 = Robinet intérieur 03 = Robinet extérieur 04 = Forage 05 = Puits aménagé 06 = Puits traditionnel 07 = Borne fontaine 08 = Eaux de surface 09 = Porteur d'eau 10 = Autre _____	_	_	_	_	_

3. Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent habituellement ? (NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)) 01 = Chasse d'eau à un système d'égout 002 = Chasse d'eau à une fosse septique 03 = Fosses/latrines ventilées améliorées 04 = Latrines avec dalle 05 = Latrines sans dalle/trou ouvert 06 = Latrines sans dalle/trou ouvert 07= Seau/tinette 08= Pas de toilettes/nature 98 = Autre (Préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Instruction : les questions ci-dessous sont posées aux femmes/filles

Q34-A-SR121-Pratique de l'excision dans la communauté ?

SR121Q1- L'excision est-elle pratiquée par les populations dans votre localité ?	0.Non 1.Oui	<input type="checkbox"/>
SR121Q3-Combien de filles âgées de 5 à 17 ans avez-vous actuellement en charge de votre ménage	Total filles 5-17 ans	<input type="text"/>
SR121Q3-Parmi ces filles combien ne sont pas excisées	Total filles non excisées	<input type="text"/>

Q34B-SR122-Perception des communautés sur les filles non excisées (Ménage AEJ- 14-24 ans)

Dans quelle mesure êtes-vous ? (Tout à fait d'accord, d'accord, Pas tout à fait d'accord et pas d'accord) avec chacune des affirmations suivantes ?	Choix unique coché une seule réponse			
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas tout à fait d'accord	Pas d'accord
SR122-Q11- La crainte de la réaction des autres personnes fait que les membres de votre communauté sont hésitants/ peu enclins à ne pas exciser leur fille et reporté le mariage de leur fille à 18 ans ou plus ?	3	2	1	0
SR122-Q12-L'intention/ attitude des personnes qui décident de ne pas exciser leur fille ou reporté le mariage de leur fille au-delà de ses 18 ans dans votre communauté ?	3	2	1	0
SR122-Q13- Les personnes qui décident de ne pas exciser leur et reporter leur mariage perdent le respect ou leur statut dans la communauté ?	3	2	1	0
SR122-Q13-J'aurais honte si un membre de ma famille décidait de ne pas exciser sa fille et reporter le mariage de sa fille ?	3	2	1	0

DATE DE FIN DE COLLECTE : / /

Heure de fin : H MN

L'enquêteur a-t-il des observations sur ce ménage ?

1=Oui ou 2=Non

OBSERVATIONS :

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

CALENDRIER DES EVENEMENTS-SMART- 2022 GUINEE (SEPTEMBRE 2022)					
Saisons/activités culturelles (semis et récoltes)	Fêtes religieuses	Autres évènements	Evènements locaux	Mois/années	Âge (mois)
Début récolte de maïs, arachides, fonio				Septembre 2022	0
Pleine saison de pluies, Soudure, Désherbage	Assomption (15 Août)			Août 2022	1
Fin de semi de riz, maïs,	Fête de Tabaski			Juillet 2022	2
Début de semi riz, maïs, fonio				Juin 2022	3
Début des pluies, Semi d'arachides, riz de plaines		Fête internationale de travail	Fête de la mare de Baro	Mai 2022	4
Nettoyage des champs	Fête de Ramadan, Fête de paques			Avril 2022	5
Pleine chaleur, pêche, chasse	Mois de Ramadan, Fin carême chrétien	Fête des femmes		Mars 2022	6
Fin de froid, fin récolte de riz de plaine	Début du carême chrétien			Février 2022	7
Froid, harmattan, pleine récolte	Fête de nouvel an			Janvier 2022	8
Plein froid, harmattan, récolte de riz	Fête de Noel			Décembre 2021	9
Fin des pluies, Début de froid, récolte de riz des plateaux		Fête de l'armée (01 novembre)		Novembre 2021	10
Récolte d'arachides, fonio		Fête de l'indépendance		Octobre 2021	11
Début récolte de maïs, arachides, fonio		Changement de régime du 05 septembre 2021		Septembre 2021	12
Pleine saison de pluies, Soudure, Désherbage	Assomption (15 Août)			Août 2021	13
Fin de semi de riz, maïs,		Fête de Tabaski		Juillet 2021	14
Début de semi riz, maïs, fonio		Fête de Ramadan		Juin 2021	15
Début des pluies, Semi d'arachides, riz de plaines		Fête internationale de travail	Fête de la mare de Baro	Mai 2021	16
Nettoyage des champs				Avril 2021	17
Pleine chaleur, pêche, chasse		Fête des femmes		Mars 2021	18
Fin de froid, fin récolte de riz de plaine				Février 2021	19
Froid, harmattan, pleine récolte	Fête de nouvel an			Janvier 2021	20
Plein froid, harmattan, récolte de riz	Fête de Noel			Décembre 2020	21
Fin des pluies, Début de froid, récolte de riz des plateaux	Maouloud	Fête de l'armée (01 novembre)		Novembre 2020	22

Récolte d'arachides, fonio		Fête d'indépendance, Election du 3 ^{em} mandat		Octobre 2020	23
Début récolte de maïs, arachides, fonio				Septembre 2020	24
Pleinne saison de pluies, Soudure, Désherbage				Août 2020	25
Fin de semi de riz, maïs,	Fête de Tabaski (31 juillet)			Juillet 2020	26
Début de semi riz, maïs, fonio				Juin 2020	27
Début des pluies, Semi d'arachides, riz de plaines	Fête de Ramadan (23 mai)	Fête internationale de travail	Fête de la mare de Baro	Mai 2020	28
Nettoyage des champs	Fête de Paque			Avril 2020	29
Pleinne chaleur, pêche, chasse		Début de la pandémie covid 19 en Guinée, Réferendum pour 3 ^{eme} mandat		Mars 2020	30
Fin de froid, fin récolte de riz de plaine				Février 2020	31
Froid, harmattan, pleine récolte	Fête de nouvel an	Début de la pandémie de covid 19 en Chine		Janvier 2020	32
Plein froid, harmattan, récolte de riz	Fête de Noel			Décembre 2019	33
Fin des pluies, Début de froid, récolte de riz des plateaux	Maouloud	Fête de l'armée (01 novembre)		Novembre 2019	34
Récolte d'arachides, fonio		Fête d'indépendance		Octobre 2019	35
Début récolte de maïs, arachides, fonio	Fête de Tabaski (01 Septembre)			Septembre 2019	36
Pleinne saison de pluies, Soudure, Désherbage	Assomption (15 Août)			Août 2019	37
Fin de semi de riz, maïs,				Juillet 2019	38
Début de semi riz, maïs, fonio	Fête de Ramadan (14 juin)			Juin 2019	39
Début des pluies, Semi d'arachides, riz de plaines	Début Ramadan (16 Mai)	Fête internationale de travail	Fête de la mare de Baro	Mai 2019	40
Nettoyage des champs	Fête de Pâques (01 avril)			Avril 2019	41
Pleinne chaleur, pêche, chasse		Fête des femmes		Mars 2019	42
Fin de froid, fin récolte de riz de plaine				Février 2019	43
Froid, harmattan, pleine récolte	Fête de nouvel an, Maouloud			Janvier 2019	44
Plein froid, harmattan, récolte de riz	Fête de Noel			Décembre 2018	45
Fin des pluies, Début de froid, récolte de riz des plateaux		Fête de l'armée (01 novembre)		Novembre 2018	46

Récolte d'arachides, fonio		Fête d'indépendance		Octobre 2018	47
Début récolte de maïs, arachides, fonio	Fête de Tabaski (01 Septembre)			Septembre 2018	48
Pleine saison de pluies, Soudure, Désherbage	Assomption (15 Août)			Août 2018	49
Fin de semi de riz, maïs,				Juillet 2018	50
Début de semi riz, maïs, fonio	Fête de Ramadan (14 juin 2028)			Juin 2018	51
Début des pluies, Semi d'arachides, riz de plaines	Début Ramadan (16mai 2018)	Fête internationale de travail	Fête de la mare de Baro	Mai 2018	52
Nettoyage des champs	Fête de Pâques (01 avril 2018)			Avril 2018	53
Pleine chaleur, pêche, chasse		Fête des femmes		Mars 2018	54
Fin de froid, fin récolte de riz de plaine				Février 2018	55
Froid, harmattan, pleine récolte	Fête de nouvel an, Maouloud			Janvier 2018	56
Plein froid, harmattan, récolte de riz	Fête de Noel			Décembre 2017	57
Fin des pluies, Début de froid, récolte de riz des plateaux		Fête de l'armée (01 novembre)		Novembre 2017	58
Récolte d'arachides, fonio		Fête d'indépendance		Octobre 2017	59
Fin récolte				Septembre 2017	60

Nom du chef d'équipe :.....

FICHE DE SELECTION DES MENAGES

FICHE POUR LA SELECTION DES MENAGES A ENQUETER (Méthode aléatoire systématique)

Date : _____ N° Equipe : _____
 Sous-préfecture : _____
 N° ZD : _____
 N° Grappe : _____
 Nombre de ménages à enquêter = _____
 Nombre de ménages estimé (N) = _____
 Pas de sondage (P=N/X) = _____
 Nombre aléatoire (a) = _____ (A tirer par ENA)

N.B : Ne pas arrondir le pas de sondage lors du calcul.

N° ménage	Calcul (a) + (P)	Résultat du calcul	Numéro du ménage à enquêter
1 ^{er}	(a) =		
2 ^{ème}			
3 ^{ème}			
4 ^{ème}			
5 ^{ème}			
6 ^{ème}			
7 ^{ème}			
8 ^{ème}			
9 ^{ème}			
10 ^{ème}			
11 ^{ème}			
12 ^{ème}			
13 ^{ème}			
14 ^{ème}			
15 ^{ème}			
16 ^{ème}			
17 ^{ème}			
18 ^{ème}			
19 ^{ème}			
20 ^{ème}			

N.B : Le ménage à enquêter est à arrondir selon le nombre entier le plus proche (ex : calcul de 92,6, donc on arrondit au ménage 93 ; calcul de 174,2, donc on arrondit au ménage 174 ; calcul de 335,5, donc on arrondit à 335).

AGENDA DE FORMATION DES ENQUETEURS/SUPERVISEURS

Enquête SMART Nationale 2022

Jour 1		
Horaires	Activités	Responsables
8h30-9h15	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enregistrement des participants ➤ Mot d’ouverture ➤ Présentation du contenu de la formation ➤ Informations administratives ➤ Introduction générale des participants 	DNSFN, UNICEF, Helen Keller, PAM, PRSCS/BM Partenaires, Participants
9h 15 – 9h45	Pré-test	Participants
9h45-11h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introduction à la formation SMART et contexte de la nutrition en Guinée ➤ Présentation de l’enquête : <ul style="list-style-type: none"> ○ Objectifs ○ Composantes ○ Populations cibles ○ Présentation des données à collecter : mortalité, anthropométrie femme & enfant, morbidité enfants, couverture de la Supplémentation en vitamine A, ANJE, diversité alimentaire femmes, WASH femmes 	Facilitateurs,
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice
11h15-13h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelques définitions clefs : enquête, enquête nutritionnelle, ménage, malnutrition, M. aigüe, M. chronique, insuffisance pondérale ; ➤ Indices nutritionnels : P/T, P/A, T/A ; ➤ Utilisation des coupons de référence 	Facilitateurs
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Notions générales sur les enquêtes ➤ Comportement des enquêteurs 	Facilitateurs
Jour 2		
8h00- 8h30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rappel des matières du jour 1 	Facilitateurs
8h30 -11h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Méthodologie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Introduction à l’échantillonnage ○ Sélection des grappes (1^{er} degré) ➤ Sélection des ménages (2^{ème} degré) ➤ Technique de segmentation 	Facilitateurs
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice

11h15-13h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rôles des membres de l'équipe ➤ Procédure sur terrain ➤ Cas particuliers 	Facilitateurs
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prise des mesures anthropométriques (poids, taille, PB), œdèmes et populations cibles. ➤ Conclusion de la journée ➤ Evaluation jour 2 	Facilitateurs
Jour 3		
8h00-11h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rappel des matières jour 2 ➤ Détermination de l'âge ➤ Utilisation du calendrier des événements 	Facilitateurs, Participants
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice
11h15-13h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisation du questionnaire sur smartphone 	Facilitateurs, Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisation du questionnaire sur smartphone (suite) ➤ Conclusion de la journée ➤ Evaluation jour 3 	Facilitateurs
Jour 4		
8h00-11h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rappel des matières jour 3 ➤ Pratique (simulation de l'administration du questionnaire) 	Participants
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice
11h15-13h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pratique (simulation de l'administration du questionnaire) 	Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pratique (simulation de l'administration du questionnaire) 	Participants
Jour 5		
8h00 – 9h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Post-test 	Participants
9h00 -10h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exercice pratique d'anthropométrie 	Participants
10h00 – 10h15	Pause-café	Restauratrice
10h15-13h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exercice pratique d'anthropométrie (suite) 	Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00 – 16h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exercice pratique d'anthropométrie (suite) 	Participants
Jour 6		
8h00 – 9h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Synthèse du jour 5 	Facilitateurs, Participants
9h00 -10h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exercice pratique d'anthropométrie 	Participants
10h00 – 10h15	Pause-café	Restauratrice

10h15-13h00	➤ Exercice pratique d'anthropométrie (suite)	Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00- 16h00	➤ Orientation sur le test de standardisation	Facilitateurs
Jour 7		
8h00-11h00	➤ Test de standardisation (groupe 1) ➤ Test de standardisation (groupe 2)	Participants
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice
11h15-13h00	➤ Test de standardisation (groupe 3) ➤ Test de standardisation (groupe 4)	Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	➤ Test de standardisation (groupe 5) ➤ Test de standardisation (groupe 6)	Participants
Jour 8		
8h00-11h00	➤ Test de standardisation Rattrapage	Participants
11h00-11h15	Pause-café	Restauratrice
11h15-13h00	➤ Test de standardisation Rattrapage	Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h00	➤ Rappel général (révision) ➤ Orientation sur l'enquête pilote	Facilitateurs, Participants
Jour 9		
8h00-16h00	➤ Enquête pilote sur le terrain (Coyah et Dubreka)	Facilitateurs, Participants
Jour 10		
8h00-13h00	➤ Enquête pilote sur le terrain (Coyah et Dubreka)	Facilitateurs, Participants
13h00-14h00	Pause-déjeuner	Restauratrice
14h00-16h30	➤ Restitution des équipes : problèmes rencontrés et pistes de solutions. ➤ Fin de la formation	Facilitateurs, Participants

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE L'ENQUETE SMART 2022

NO	ACTIVITES	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	
1	Conception/budget/chronogramme	Réalisé					
2	Conception échantillon, tirage ZD			Avant le 10			
3	Adaptation des questionnaires		Du 25	Au 05			
4	Préparation de manuels de formation		Du 25	Au 05			
5	Confirmation des financements		Réalisée				
7	Finalisation de la constitution des dossiers cartographiques			Avant le 15			
8	Finalisation des programmes de saisie (CAPI)			Avant le 10			
9	Elaboration du guide d'orientation sur les mesures préventives du COVID-19		Réalisée				
10	Formation des enquêteurs/trices			Du 10 au 19			
11	Déploiement des équipes sur le terrain			Du 22 au 23			
12	Collecte de données sur le terrain			Du 24	Au 24		
13	Compilation et apurement des données				Du 25 au 30		
14	Production du tableau des Indicateurs Clés					Du 01 au 15	
15	Résultats préliminaires					Avant le 25	
16	Atelier de rédaction du rapport final					Du 26 au 30	
17	Présentation du Rapport final						le 14
18	Dissémination nationale et régionale						Du 15 au 30