

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE



MINISTRE DU PLAN ET
DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE



DIRECTION
NATIONALE
POPULATION ET
DÉVELOPPEMENT



BULLETIN

DE POPULATION ET DEVELOPPEMENT

Jun 2020 / NUMERO 09



ICPD25

International Conference on
Population and Development

25 ANS
APRES LA CONFERENCE
INTERNATIONALE SUR
LA POPULATION ET
LE DEVELOPPEMENT (CIPD),
QUEL BILAN ?

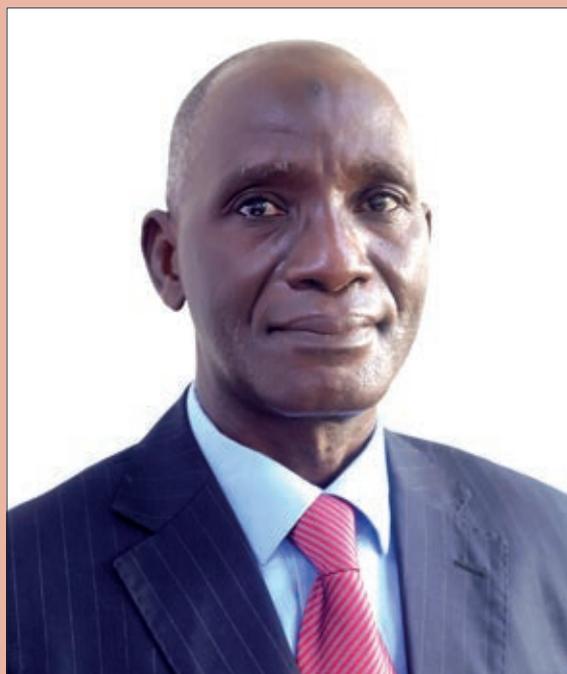
SOMMAIRE

EDITORIAL	2
I. 25 ANS APRES LA CONFERENCE I	4
1.2. SANTE DE LA REPRODUCTION	8
1.2.1. SANTÉ MATERNELLE	8
1.2.2. CIBLAGE DE POPULATION	10
II. FECONDITE EN GUINEE	13
2.1. FECONDITE EN GUINEE	14
2.2. CONTRACEPTION	16
2.2. MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE	17
III. SITUATION DE COVID-19 EN GUINEE	19
3.1. INDICATEURS DE LA COVID-19	21
3.2. IMPACT SUR L'ACCES A	25

LEXIQUE

AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial
DD	Dividende Démographique
DNPD	Direction Nationale Population et Développement
EDS	Enquête Démographique et de Santé
INS	Institut National de la Statistique
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples de Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PTA	Plan de Travail Annuel
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SR	Santé de la Reproduction
SONU	Soin Obstétrical National d'Urgence
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population

EDITORIAL



El Mohamed Sano
DIRECTEUR NATIONAL

Le bulletin population et développement vise la vulgarisation des informations sur la population pour l'amélioration continue des connaissances sur les questions de population en vue d'une prise en compte des variables démographiques dans les projets et programmes de développement socio-économiques de notre pays. Il traduit la nécessité de présenter les données (concepts, indicateurs,) disponibles dans un document synthétique et facile à exploiter dans le cadre de la formulation des politiques et programmes de développement.

Le présent bulletin de Population et Développement de la Guinée dans son numéro 9 de publication par la Direction Nationale Population et Développement a bénéficié

du soutien du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Dans le cadre de la prise en compte des données sociodémographiques au niveau national cette fois ci marque une étape comme à l'accoutumé dans la publication de la présente édition. Le bulletin population et développement vise l'amélioration des connaissances sur les questions de population en vue d'une prise en compte des variables sociodémographiques dans les projets et programmes de développement de notre pays. De plus, il favorise une analyse des interrelations entre population-développement et la diffusion de données fiables régulièrement mises à jour.

Il comporte des informations relatives aux principaux indicateurs de l'EDS V 2018 et les données de routine à travers les informations fournies par l'INS et les services des Ministères sectoriels et ONG intervenant dans le cadre des questions de population et Développement sur la contraception, la santé de la reproduction, le dividende démographique au niveau national et la situation de la COVID-19 de mars à Juillet 2020. L'analyse constitue une vitrine de renseignement qui fournit aux planificateurs, chercheurs et décideurs les données sur les questions de population, plus ou moins disponibles mais diluées le plus souvent dans les rapports sectoriels, des résultats des enquêtes et autres publications voire même dans les registres peu exploités de certaines sources d'informations.

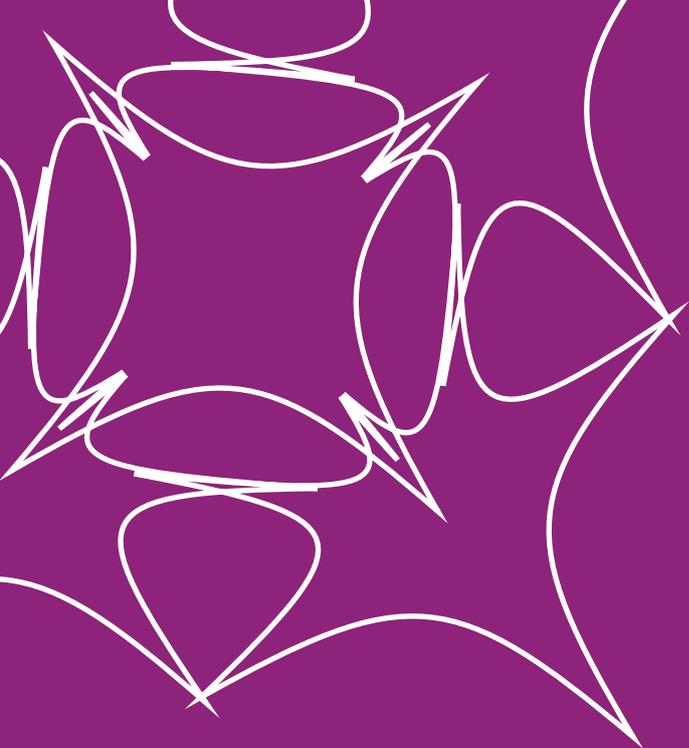
Ainsi, l'analyse des données collectées sur les thématiques citées plus haut et les comparaisons avec les informations issues des

enquêtes ou des données de routine permettent de situer le niveau et les tendances de ces phénomènes indiqués. Les indicateurs contenus dans ce rapport de bulletin constituent des outils nécessaires pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes en matière de la Santé de la Reproduction, de la planification familiale et de la contraception.

La rédaction du rapport est effectuée par un groupe de personnes ressources. La version finale sera faite à travers le logiciel Publisher et elle fera l'objet d'une validation dans la forme et dans le fonds par l'équipe technique.

Le prochain numéro couvrira la célébration de la Journée Mondiale de la Population 2021 aux niveaux national et régional, le lancement du rapport sur l'état de la population mondiale 2021, les principaux indicateurs sur les résultats de l'enquête sur les conditions de vie des ménages, et la mise à jour du profil pays du Dividende Démographique ainsi que le Policy Brief des cinq (5) dimensions de l'ONDD.

Le Comité de rédaction reste ouvert à toutes critiques et suggestions concernant des articles à soumettre ou des questions à aborder afin que le bulletin puisse refléter autant que possible vos centres d'intérêt dans ses prochaines publications. Il tient à remercier principalement l'UNFPA pour son appui technique et financier à travers le huitième programme de Coopération Guinée-UNFPA 2018-2022 ainsi que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce numéro.



25 ANS APRES LA CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT (CIPD), QUEL BILAN ?

En 1994, la communauté internationale réunie au Caire (Egypte) et a adopté le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Ce programme d'action appelait à assurer l'accès de toutes les femmes à des soins complets de santé reproductive, notamment une planification familiale volontaire, des grossesses sans risque et des services d'accouchement, ainsi qu'à la prévention et au traitement des infections sexuellement transmissibles. La CIPD a clairement établi que les droits et la dignité des individus étaient le meilleur moyen pour ceux-ci de mettre en place leurs propres objectifs de fécondité, de façon bien plus efficace que des objectifs globaux chiffrés. Il a aussi reconnu que la santé reproductive et l'émancipation des femmes

sont interdépendantes, et qu'elles sont toutes deux nécessaires au progrès social. En ce sens, la CIPD a représenté l'affirmation résolue de l'obligation de réalisation de la santé reproductive, des droits individuels et de l'émancipation des femmes, pour tous les pays et toutes les communautés.

Cependant, 25 ans après, au sommet de Nairobi (novembre 2019), les Nations Unies ont mis en lumière l'étendue du travail qui reste à faire. Malgré le consensus général sur le sujet, les progrès ont pour la plupart stagné, et des reculs ont même été constatés en certains endroits. L'émancipation des femmes, et l'éducation des filles, et de l'élimination de la violence basée sur le genre et des pratiques dangereuses sont encore des défis dans des nombreux pays indique l'UNFPA.



ICPD25

International Conference on
Population and Development





Ciblage de **population** en âge de **procréer.**

1.2. SANTE DE LA REPRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé de la reproduction est un bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle concerne prioritairement deux couches

sociales majoritaires dans la population et auxquelles toutes les sociétés humaines réservent un statut spécial sur le plan affectif : les femmes et les enfants. En Guinée, le programme de santé maternelle et infantile remonte à la période coloniale et constitue une priorité de premier ordre de l'Etat depuis l'indépendance du pays.

1.2.1. Santé maternelle

Les indicateurs de la santé maternelle sont considérés comme des indicateurs pertinents du niveau de développement d'un pays. L'estimation du niveau de la santé de la reproduction est primordiale afin d'orienter les politiques sanitaires visant à améliorer la santé des enfants et de leurs mères. Ils permettent, en effet, d'évaluer leurs état sanitaire et l'efficacité des politiques en matière de santé maternelle et infantile qui y ont été mises en place. Les données collectées permettent d'estimer les niveaux, les tendances de l'évolution de la santé maternelle et de l'enfant. La mortalité maternelle et néonatale demeure un fléau préoccupant en guinée. Les causes de cette mortalité, reconnues évitables, sont surtout associées à une qualité insuffisante des soins maternels et néonataux. Pour contrer cette situation, les stratégies suggèrent entre autres des soins maternels et néonataux de haute qualité rendus disponibles, accessibles et acceptables à toutes personnes concernées.

36 % à 21%. Ce résultat traduirait les efforts des autorités à tous les niveaux pour faire appliquer l'âge légal du mariage à 18 ans conformément au code de l'enfant, élaborer et diffuser les textes d'application de la loi SR, améliorer l'accès des populations locales à toutes les méthodes de planification familiale notamment par la stratégie des services à base communautaire.

Même si la grande majorité (81 %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années a effectué au moins une visite prénatale auprès d'un prestataire formé (médecin, infirmière/sage-femme, Agents Techniques de santé). Le nombre et le moment des visites sont également importants. Moins de deux femmes sur cinq (35 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales recommandées et pour trois femmes sur dix (29 %) la première visite s'est déroulée avant quatre mois de grossesse.

Soins prénatals

Le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) ayant eu une naissance vivante a sensiblement baissé entre 2016 et 2018, passant de

Accouchements et Soins postnatals

Plus de la moitié des naissances (53 %) se sont déroulées dans un établissement de

santé, la plupart dans le secteur public. Par contre, 47 % des naissances se sont déroulées à la maison. Globalement, 55 % des naissances ont été assistées par un prestataire formé, la majorité a été assistée par une infirmière ou sagefemme. La proportion des naissances qui ont été assistées par un prestataire formé varie sensiblement par région, passant de 34 % dans la région de Labé à 96 % à Conakry.

L'assistance à la naissance par un prestataire formé augmente avec le niveau d'ins-

truction de la mère et avec le niveau du bien-être économique du ménage. Les soins postnatals aident à prévenir des complications après l'accouchement. Près de la moitié des mères (49 %) ont reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs à l'accouchement, mais près de la même proportion (43 %) n'ont pas reçu de soins postnatals. De même, 43 % des nouveau-nés ont reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs à la naissance, mais 51 % des nouveau-nés n'ont pas reçu de soins postnatals.

Tableau 1: Evolution des indicateurs de la santé maternelle et néonatale entre 2016 et 2018

INDICATEURS	2016	2018
Pourcentage de femmes (15-19 ans) ayant eu une naissance vivante	36	21,3
Pourcentage de femmes (15-49 ans) ayant eu des soins prénatals d'un prestataire qualifié	84,3	80,9
Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal	70,8	59,2
Pourcentage de femmes qui ont eu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance	57,5	49
Pourcentage accouchement effectué dans un établissement de santé	57,2	52,6
Pourcentage de naissances assiste par un prestataire formé	63	55
Pourcentage de naissances assiste par un prestataire formé	63	55

Sources : EDS 2012 et 2018

L'examen des résultats de l'EDS 2018 avec ceux des enquêtes précédentes révèle une situation mixte en termes de santé maternelle. La proportion de femmes ayant effectué 4 visites prénatals ou plus a augmenté entre 1999 et 2012, puis elle a diminué à un minimum de 35 % en 2018. Par contre, la proportion de naissances vivantes ayant eu lieu dans un établissement de santé a augmenté graduellement de 29 % en 1999 à 40 % en 2012, puis augmenté sensiblement à 53 % en 2018.



1.2.2. Ciblage de population en âge de procréer et en âge vaccinal pour faciliter la capture du dividende démographique

Dans le but d'obtenir un dividende démographique, cette étude analyse la population en âge de procréer, le changement de la structure de la population conduisant à un dividende démographique. Elle indique aussi l'approche basée sur la planification et la santé de la reproduction pour la capture du dividende démographique à partir de l'évolution des taux de fécondité, d'utilisation des méthodes contraceptives, la population d'âge vaccinal, la vaccination complète des enfants de 12 à 23 mois et l'évolution des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

I. Structure de la population par âge et le dividende démographique.

L'approche intégrant la dimension « structure par âge » est une approche qui se base sur l'analyse de la dépendance intergénérationnelle et la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique afin d'obtenir le premier dividende. Le dividende démographique peut être réalisé pendant la phase intermédiaire de la transition démographique. La transition démographique correspond au passage de taux de natalité et de mortalité élevés aux taux de natalité et de mortalité faibles lorsqu'un pays passe d'un système économique préindustriel à un système économique industrialisé.

En effet, la plus grande proportion de la population active, en raison d'une baisse ra-

pide de la fécondité, est à même d'accroître le ratio du revenu de l'activité économique à la consommation (à condition que la main d'œuvre soit rémunérée). Cette baisse de la fécondité réduit les dépenses publiques et privées de la prise en charge des enfants à charge (nutrition, santé, éducation), ce qui génère pour les parents des revenus plus importants à investir dans le capital humain de chaque enfant (augmentant ainsi leur productivité en tant qu'adultes travailleurs). Les gouvernements et les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus à l'épargne et aux investissements productifs. Ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première fenêtre d'opportunité qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années, jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux ouvre ce que certains auteurs ont appelé la période du « second dividende démographique ».

II. Evolution de la population et celle en âge de procréer

Dans l'ensemble, l'analyse de l'évolution de la population, révèle que la proportion des

femmes en âge de procréer, a varié en dent de scie. Elle a connu une baisse entre 1983 et 1996, passant de 24% à 21% et une hausse

entre 1996 et 2014 allant de 21% à 24%.

Tableau 2 : Evolution de la proportion des femmes en âge de procréer par classe d'âge de 1983 à 2014

CLASSE D'ÂGE	1983	1996	2014
15-19	4,7	4,9	5,6
20-24	4,1	4,0	4,7
25-29	4,4	4,4	4,2
30-34	3,4	3,3	3,3
35-39	2,8	2,8	2,7
40-44	2,4	2,2	2,2
45-49	1,8	1,6	1,6
Ensemble	23,6	21,2	24,3

Source : Rapport RGPH-3, état et structure de population. 2014

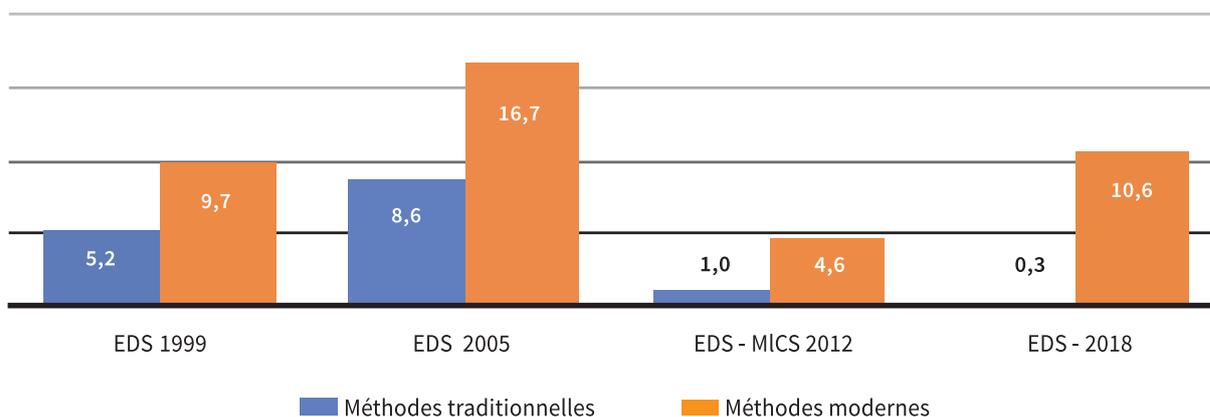
Les différentes tranches d'âges indiquées dans le tableau sont à quelques exceptions près restées constantes. Le pourcentage de femmes de 15-19 ans et 20-24 ans en 2014 est nettement plus élevé que pour les deux premiers recensements, ce qui se justifierait par le rajeunissement de la population guinéenne.

III. Utilisation des méthodes contraceptives

Au niveau de cette partie, il s'agira globalement d'analyser l'évolution des deux méthodes contraceptives (traditionnelles et moderne) des différentes EDS de 1999 à 2018. Selon les résultats, les femmes en union sont beaucoup intéressées par la méthode moderne que traditionnelle.

Graphique 1 : Evolution de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Prévalence contraceptive parmi les femmes en union



La prévalence contraceptive parmi les femmes en union, subit des variations d'une EDS à l'autre. Selon le graphique ci-dessus, en 1999, près de 10% des femmes en union, ont utilisé une méthode contraceptive moderne. Cette proportion a varié significativement entre en 2005 et 2018, passant de 17% à 11%.

Quant à la méthode traditionnelle, sa prévalence parmi les femmes en union, était de 5% en 1999. Elle a subi une forte baisse entre 2005 et 2018 passant ainsi de 9% à moins d'un pourcent.

Les résultats des enquêtes menées en Guinée en 1999 et 2005 indiquent non seulement des niveaux très faibles d'utilisation de la contraception, mais aussi un recours important à des méthodes traditionnelles d'efficacité moindre (en 2005, 3,4% contre 4,0% pour les méthodes modernes). En 2018, la proportion de femmes utilisatrices de méthode contraceptive traditionnelle est de 0,3%.



FECONDITE EN GUINEE : NIVEAU ET DETERMINANTS DE 1992-2018

L'étude des niveaux, des tendances et des différentiels de la fécondité demeure un objectif majeur pour la politique de population. La fécondité d'une femme dépend de plusieurs facteurs, comme l'âge auquel elle commence à avoir des enfants, l'intervalle entre les naissances et son aptitude à la reproduction. Le report

de la première naissance et l'allongement de l'intervalle inter génésique ont joué un rôle important dans la réduction des niveaux de fécondité dans de nombreux pays. L'aspect de fécondité traité ici est le niveau et les déterminants de 1992-2018 selon les différentes enquêtes EDS et MICS.

2.3. FECONDITE EN GUINEE

Cette partie décrit l'évolution du niveau de la fécondité. Elle analyse une fécondité à travers les taux de fécondité par groupe d'âges, l'indice synthétique de fécondité,

le taux global de fécondité générale et l'âge moyen à la procréation selon les différentes sources : EDS, RGPH et MICS de 1992 à 2018.

Tableau 3: Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon différentes sources

GROUPE D'ÂGES	EDS 1992	RGPH 1996	EDS 1999	EDS 2005	EDS-MICS 2012	RGPH 2014	MICS 2016	EDS 2018
15-19	157	158	168	154	146	130,5	132	120
20-24	247	235	238	240	207	194,6	205	202
25-29	248	247	246	247	224	228,3	205	215
30-34	215	209	214	226	198	207,2	183	192
35-39	154	157	144	169	139	159	131	139
40-44	74	82	69	85	73	91,1	61	73
45-49	39	40	26	20	32	55,8	34	24
ISF	5,67	5,6	5,5	5,7	5,1	5,3	4,8	4,8
TGFG	195	170	193	194	176	159,2	157	165
TBN	41		36,9	38,4	34		33	33,6

(Source : INS/MICS 2016 et INS/EDS 2018)

En Guinée, la Planification Familiale s'inscrit dans un contexte socioculturel où le mariage et la dynamique familiale constituent des valeurs sociales qui guident la plupart des communautés. Le besoin économique et le mariage précoce sont des conséquences pour les adolescentes de tomber en enceintes de leur premier enfant. Le Pourcentage des adolescentes ayant eu au moins une naissance vivante s'est amélioré de 26,2 à 21 respectivement en 2016 et 2018. Cela est dû aux interventions menées par le Gouvernement dans ce secteur. Notamment, au niveau des mécanismes, l'accent a été mis sur les agents de santé communautaires pour l'extension de l'approche SBC en milieu rural et péri urbain à travers le renforcement de capacités des prestataires de 25%

des FS pour les SAJ, l'intégration de l'offre des services de PF dans 100% des infirmeries scolaires, universitaires et des espaces jeunes (Blue zones), les centres d'écoute et d'orientation des jeunes, et dans les milieux non traditionnels dont 140 salons de coiffure, 70 ateliers de coutures.

Pour les adolescents mariés et les non mariés, il faut souligner l'existence de la promotion PF, VIH et IST chez les jeunes dans les centres d'écoute et conseil. En termes de Changement social et comportemental (CSC), l'Etat a fait des campagnes d'informations et de sensibilisation sur la PF : stratégies novatrices de communication SAJ ; Ecoles des maris, Population générale et des femmes en milieu urbain et péri-urbain en particulier, Leaders religieux, groupements

de femmes, corps de métiers, OSC intervenant dans VIH, palu, malnutrition et VBG, mutuelles de santé.

Le Pourcentage des adolescentes enceintes d'un 1er enfant est passé de 4,5 en 2016 à 5 en 2018, ce qui dénote un manque d'informations sur la sexualité, sur les droits qui s'y rattachent et sur les services de PF et de SR existants qu'ils peuvent utiliser. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait :

- Pour les jeunes et adolescents qui sont en milieu scolaire, l'éducation sexuelle com-

plète est insuffisante dans les curricula d'enseignements. Pour ceux qui ne sont pas scolarisés, les parents sont très souvent mal outillés pour informer et discuter avec les enfants à propos de la sexualité et de la contraception et rejettent le dialogue sur la PF comme une « incitation » à la débauche.

- L'offre de services de PF est inadaptée aux jeunes pour une raison du manque de confidentialité et même parfois des jugements sévères de la part du personnel des centres de santé et de l'accès du point de vue géographique ou financier.

2.3.1. Déterminants de la planification familiale et du dividende démographique en Guinée

Plusieurs facteurs peuvent influencer les décisions des femmes par rapport à l'utilisation des méthodes de contraception moderne. Pour ces constats, ces influences sont classées selon les caractéristiques socioculturelles, socioéconomiques, et sociodémographiques de la femme. Elles s'appuient sur les motivations individuelles, sur les valeurs et les normes, les coutumes des sociétés africaines, favorables à une fécondité élevée, pour expliquer la faible prévalence contraceptive.

I. Analyse socioculturelles et utilisation de méthodes contraceptives modernes

L'environnement socioculturel auquel appartient la femme influence beaucoup sa procréation et par ricochet l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les facteurs socioculturels les plus souvent ci-

tés sont : le milieu de résidence, l'ethnie et la religion. Les résultats concernant la religion montrent que les deux religions les plus importantes sont l'islam et le catholicisme (respectivement 86 % et 13 % chez les femmes et 83 % et 16 % chez les hommes). La répartition par ethnie quant à elle, montre une prédominance du groupe Peulh, Malinké et Soussou ; respectivement 36 %, 28 % et 21 % chez les femmes et 27 %, 32 % et 23 % chez les hommes. Selon le milieu de résidence, la prévalence contraceptive moderne à Conakry atteint 59 % et même en milieu rural, une méthode moderne est utilisée par 37 % de ces femmes non en union mais sexuellement actives.

II. Analyse socioéconomique et utilisation de méthodes contraceptives modernes

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes est souvent influencée par les variables du niveau d'instruction, de l'occupation, du secteur d'activité et des conditions de vie de la femme. Le renforcement de l'accessibilité à l'éducation au plus grand nombre notamment les filles est parmi les recommandations et stratégies pour la promotion de la Planification Familiale. Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les femmes en union ayant le niveau secondaire ou plus utilisent plus les méthodes modernes de contraception que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (9%) contre (4%) en 2012 et (19%) contre (9%) en 2018.

En termes de conditions de vie, les femmes en union issues des ménages ayant des conditions de vie meilleures ont une certaine maîtrise de leur procréation et une propension plus élevée à recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes en union issues des ménages ayant des conditions de vie médiocres. Les femmes en union vivant dans les ménages appartenant au quintile du bien être le plus élevé (4%) EDS 2012 et (17%) EDS 2018 utilisent plus les méthodes modernes contraceptives que celles vivant dans les ménages appartenant au quintile le plus bas (2%) EDS 2012 et (9%) EDS 2018.

1.1. CONTRACEPTION

2.1. Contraception et préférences en matière de fécondité chez les femmes célibataires en Guinée entre 1992 et 2018

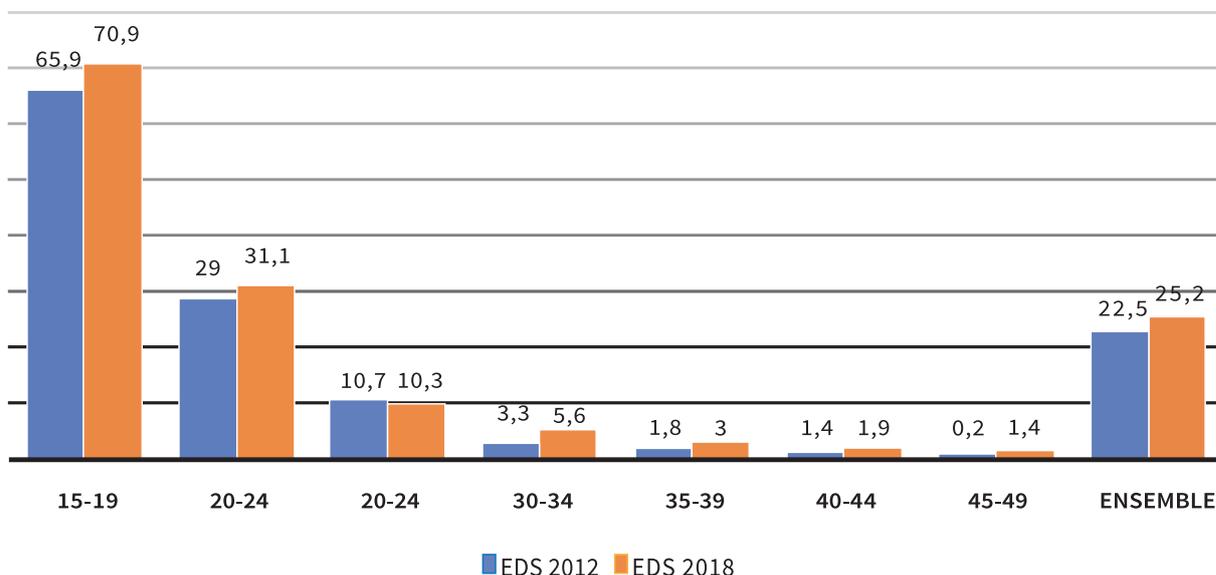
L'analyse de la Contraception et préférences en matière de fécondité chez les femmes célibataires porte sur la Connaissance de la contraception par les célibataires entre 2012 et 2018 et la mortalité infanto-juvénile précoce en Guinée 1992 à 2018.

I. Connaissance de la contraception par les célibataires

Dans cette partie, nous aborderons la connaissance l'évolution de la proportion

de femmes célibataires parmi les groupes d'âges 15-19 ans, 25-24 ans et 30-34 ans entre 2012 et 2018. Cette étude s'intéresse aux groupes d'âges qui connaissent la contraception et qu'elles sont en mesure de citer réellement au moins une méthode moderne ou si, après description d'une méthode, elle déclare connaître celle-ci. Une femme célibataire est considérée comme connaissant la contraception lorsqu'elle est en mesure de citer ou de reconnaître, après description, au moins une de ces méthodes modernes et qu'elle connaît au moins une source d'approvisionnement.

Graphique 2 : Evolution de la proportion de femmes célibataires parmi les groupes d'âges 15-19 ans, 25-24 ans et 30-34 ans entre 2012 et 2018



Il ressort de ce graphique que 65,9% des célibataires sont âgés de 15 à 19 ans ; 29% ont une tranche d'âge variant entre 20 et 24 ans ; les tranches 30 – 34 ans ne représentent que 3,3%. Plus de deux célibataires sur trois (plus précisément 71%) a moins de 20 ans, une sur quatre à un âge compris entre 20 et 24 ans (31%) et le reste, soit 22% est âgé de plus de 30 ans. On observe dans l'ensemble,

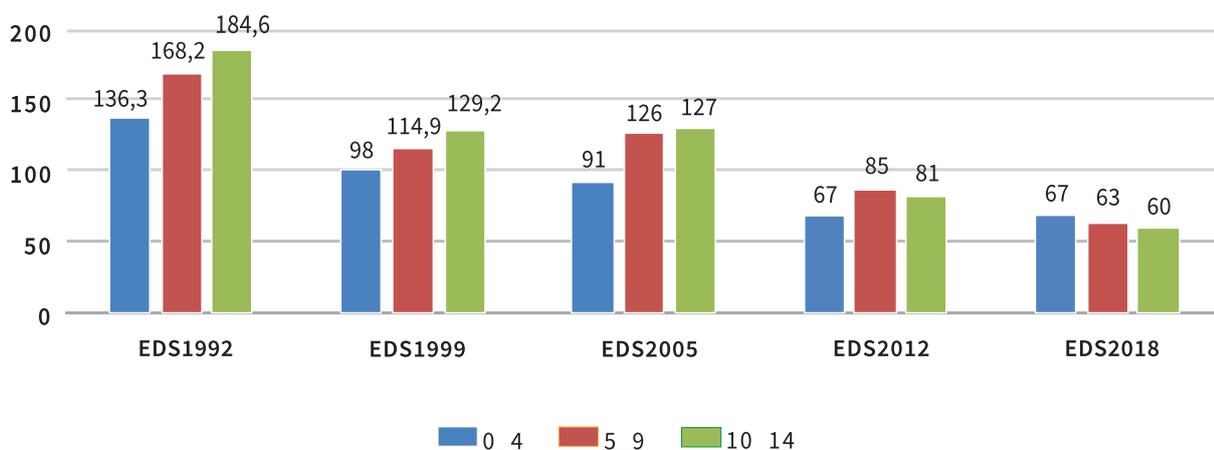
la proportion des femmes célibataires d'utilisatrices des méthodes contraceptives a augmenté de 22,5 % en 2012 à 25,2 % en 2018. Cela est due aux multiples sensibilisations de la population aux questions concernant la planification familiale dans les médias et dans les formations sanitaires qui ont aussi des améliorations en capacités.

2.2. MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE PRÉCOCE EN GUINÉE 1992 - 2018

L'analyse de la situation de la mortalité infanto-juvénile précoce se détermine par des études comparatives des quotients selon les sources d'EDS de 1992 à 2018 en Guinée. Les mesures de la mortalité infantile et in-

fanto-juvénile sont considérées comme les indicateurs les plus pertinents pour apprécier le développement sanitaire d'un pays et de l'efficacité de son système de prévention en santé maternelle et infantile.

Graphique 3 : Quotient de mortalité infantile de 1992 à 2018



Sources : Etudes sur les déterminants de la mortalité infanto-juvénile précoce en Guinée-INS

Le graphique ci-dessus montre que dans l'ensemble, on constate une tendance baissière de la mortalité des enfants des trois intervalles d'âge. Le quotient de mortalité des enfants âgés de 0 à 4 ans est de 136,3‰ en 1992, 98‰ en 1999, 91‰ en 2005, 67‰ en 2012 et 67‰ en 2018. Pour les enfants âgés de 5 à 9 ans, le quotient varie de 168,2‰ en 1992 à 63‰ en 2018. Selon le sexe, ce quotient de mortalité pour toutes les composantes de la mortalité des enfants, sauf pour la mortalité juvénile qui est légèrement plus élevée chez les filles que chez les garçons (50 ‰ contre 47 ‰).

Le niveau de la mortalité infanto-juvénile des garçons est supérieur d'environ 5 % par rapport à celui des filles (114 ‰ contre 108 ‰). Pendant la période infantile, ce risque

de décéder est de 15 % plus élevé pour les garçons. Un niveau de mortalité élevé parmi les enfants est, bien souvent, le reflet d'une situation nutritionnelle précaire, d'un faible accès aux soins de santé, à de l'eau salubre et à des toilettes adéquates. Les conditions sanitaires, démographiques, socio-économiques, environnementales et culturelles sont autant de facteurs qui déterminent les niveaux de mortalité infantile et juvénile. Ce n'est qu'avec l'amélioration de la qualité des soins, la lutte contre la pauvreté, l'ignorance, que l'on pourra diminuer de façon considérable le taux de mortalité.



SITUATION DE COVID-19 EN GUINEE EN 2020

Le 31 décembre 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été alertée de plusieurs cas de pneumonie dans la ville de Wuhan, province du Hubei en Chine. Une semaine plus tard, les autorités chinoises ont confirmé qu'elles avaient identifié un nouveau coronavirus responsable de la pneumonie. Le 30 janvier 2020, l'OMS a annoncé que l'épidémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), était une « urgence de santé publique de portée internationale » avec des recommandations provisoires à l'usage de tous les pays. Le 11

mars la maladie a été qualifiée de pandémie. Ainsi, le monde entier fait face à une crise sanitaire sans précédent.

Depuis, le nombre de cas ne cesse de progresser affectant plus de 35 pays dont sept pays ayant enregistré une transmission locale, dont la Guinée. La Guinée fait face, depuis plusieurs semaines, à la progression rapide du COVID-19. Elle a enregistré son premier cas confirmé le 12 mars 2020 dans la capitale (Conakry) et le nombre de cas n'a cessé d'augmenter.



3.1. INDICATEURS DE LA COVID-19

Les indicateurs touchés dans cette étude sont analysés selon les aspects suivants : L'évolution en général, le sexe, les résidences

et la situation des contacts de provenance d'un pays touché durant la période du mois de Mars au mois de Juillet 2020.

Tableau 4 : Situation de l'évolution des cas de COVID-19 de 12 Mars au 31 Juin 2020

INDICATEURS		PÉRIODES				
		MARS	AVRIL	MAI	JUIN	TOTAL
Nombre de cas total confirmés par sexe	M	8	939	1582	984	3513
	F	1	447	818	412	1678
Nombre de cas confirmés du personnel médical		2	13	122	57	194
Nombre de dépistage		249	5528	11587	12923	30287
Nombre de malades prise en charge		41	1188	2075	1203	4507
Taux de létalité		0	8%	15%	6%	0,29
Nombre de guéri par sexe	M	200	1083	869	674	2828
	F	98	574	363	352	1387
Nombre de personnel médical infecté		2	13	122	57	194
Nombre de personnel médical infecté guéri		0	1	72	38	111
Nombre de personnel médical infecté décédé		0	0	0	1	1

Sources : ANSS Rapport CTRS

Durant les quatre premiers mois de l'apparition de la COVID-19, on constate que sur un nombre de 30287 dépistés, seulement 5191 sont déclarés positifs, 4215 guéris, soit un taux de 81% de guérissons, ce qui signifie une très large amélioration dans la pratique médicale au sein des centres hospitaliers d'accueils. Parmi les personnes contaminées, on remarque un malaise au sein du corps médicale, au moins 194 du personnel médical ont été déclarés positifs, 111 guéris et ces décès serait due à des complications cardiaques ou autres maladies notamment : le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle etc.

Selon le sexe, les femmes sont les moins touchées avec un nombre de 1674 contre 3513 chez les hommes, soit un taux guérison de 83% chez la femme contre 81% chez l'homme. Selon JEAN-CHARLES GUERY, (responsable de l'équipe de recherche Inserm en France), plusieurs éléments pourraient expliquer cette disparité entre les sexes. Certains seraient liés au mode de vie. Par exemple, les hommes ont un taux plus élevé de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle. D'autres facteurs seraient d'ordre biologique, les femmes développant des réponses immunitaires de plus forte amplitude et de meilleure qualité que les hommes.

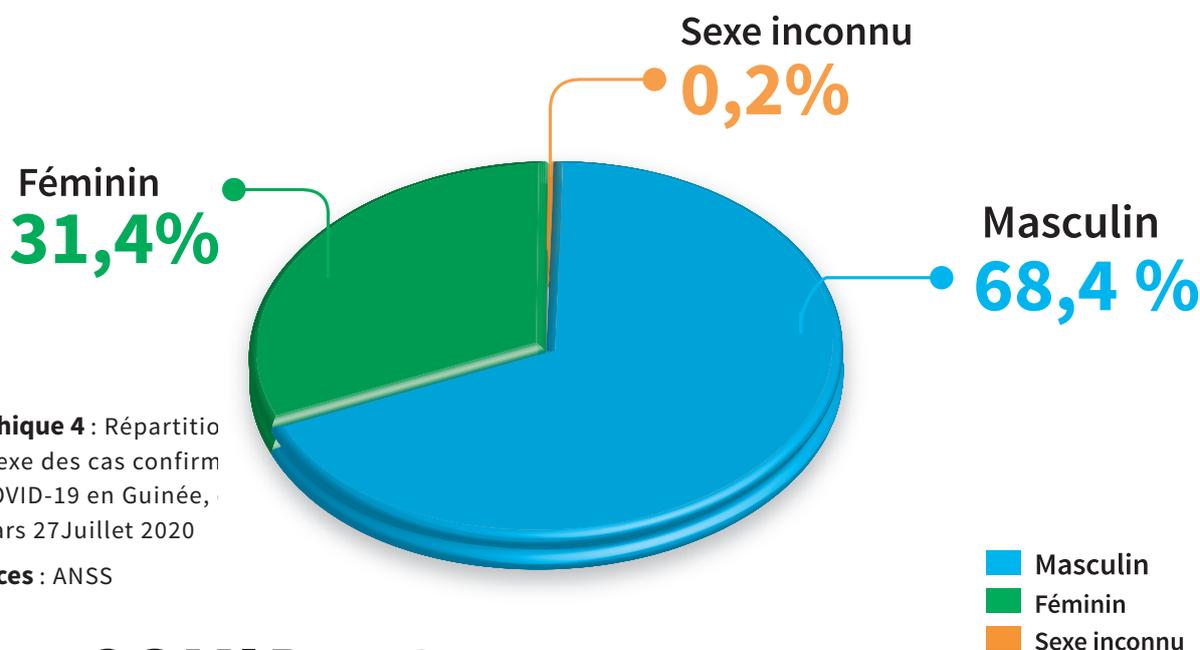
Tableau 4 : Indicateurs de surveillance et de prise en charge des cas de COVID-19, Guinée le 23 août 2020

INDICATEURS	NOUVEAUX CAS	CUMUL À DATE
Nombre de personnes testées	1469	85 177
Nombre de cas confirmés	62	9013
Nombre de cas guéris	115	7823
Nombre de décès hospitaliers	01	54

Source : rapport ANSS Août 2020

En termes de surveillance et de prise en charge des cas, nous constatons un taux de létalité de global de 0,5% contre un taux de guérison de 86,7%. Ce qui signifie un réel effort au niveau des mesures curatives dans les centres hospitaliers d'accueils de COVID-19. S'agissant de l'évolution dans la rupture de la chaîne de contamination, on constate aussi une amélioration avec taux de contamination de 10,6% qui est dû à la mesure de surveillance de respect strict de mesures barrières exigés par le gouvernement. La mise en œuvre de la Stratégie communautaire "Stop COVID-19 en 60 jours" a

été adoptée dans l'optique d'interrompre la chaîne de transmission de la pandémie. Elle repose sur la décentralisation des interventions et la responsabilisation des acteurs communautaires avec le soutien de toutes les parties prenantes. Dans chacun des cinq districts sanitaires de la capitale, les résultats sont encourageants. Le taux de réalisation des interventions de riposte varie entre 70 à 80%. Le nombre de sites de prélèvement a augmenté avec la mise en service de nouveaux sites pour les tests de diagnostics rapides dans différents lieux publics (gare routières et centres communaux de santé).



Graphique 4 : Répartition par sexe des cas confirmés de COVID-19 en Guinée, du 12 Mars au 27 Juillet 2020

Sources : ANSS

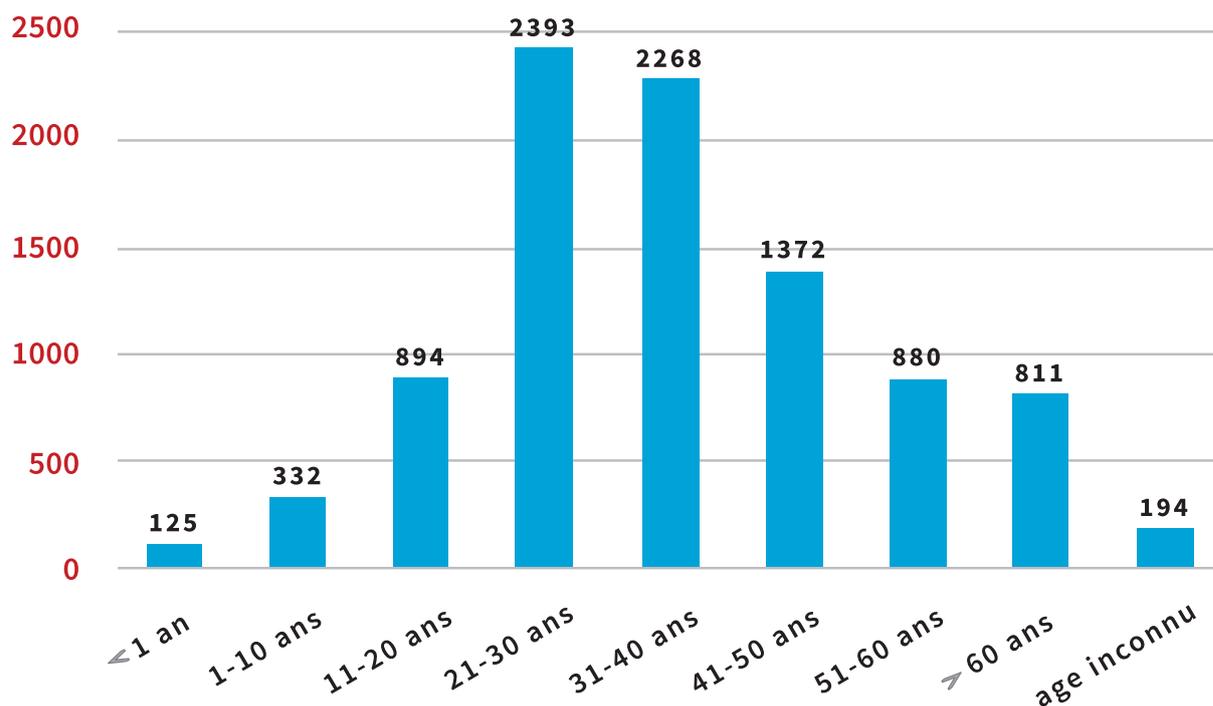
COVID-19 | Cas confirmés

3.2. CAS CONFIRMES PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR MOIS (12 MARS AU 22 AOUT 2020)

Dans l'ensemble la tranche d'âge fait remarquer la fluctuation en termes d'évolution de la COVID-19. Selon les résultats les personnes

adultes sont les plus frappées et par contre les enfants et les vieux sont épargnés en général due aux non expositions.

Graphique 5 : Répartition par sexe des cas confirmés de COVID-19 en Guinée, du 12 Mars - 22 Aout 2020



Sources : ANSS Rapport CTRS

Il ressort de ce graphique que la tranche d'âge de 21-30 ans sont beaucoup infectés avec un nombre de 2393 suivi de de la tranche de 31-40 ans, 2268 cas confirmés. Par contre les enfants sont les moins touchés respectivement 125 cas et 332 pour l'âge inférieurs à 1 an et de 1 à 10 ans. Cela signifie qu'il se peut que les enfants aient un système immunitaire plus fort, prêt à combattre les virus, ou que la maladie elle-même se présente de manière moins agressive chez les enfants que chez les adultes,

de sorte que les enfants ne sont pas amenés à chercher de l'aide médicale et ne sont pas testés et enregistrés. Pourtant les personnes de troisième âge (60 ans et plus) sont les plus faibles en matière de l'immunité, on constate qu'ils sont moins exposés à cause des mesures de l'urgence sanitaires décidés par les autorités notamment, la moindre circulation et le confinement de la ville de Conakry par rapport aux autres régions du pays.

Tableau 5 : Situation des contacts des personnes en provenance d'un pays touché et des cas Confirmés du 6 février au 22 Août 2020.

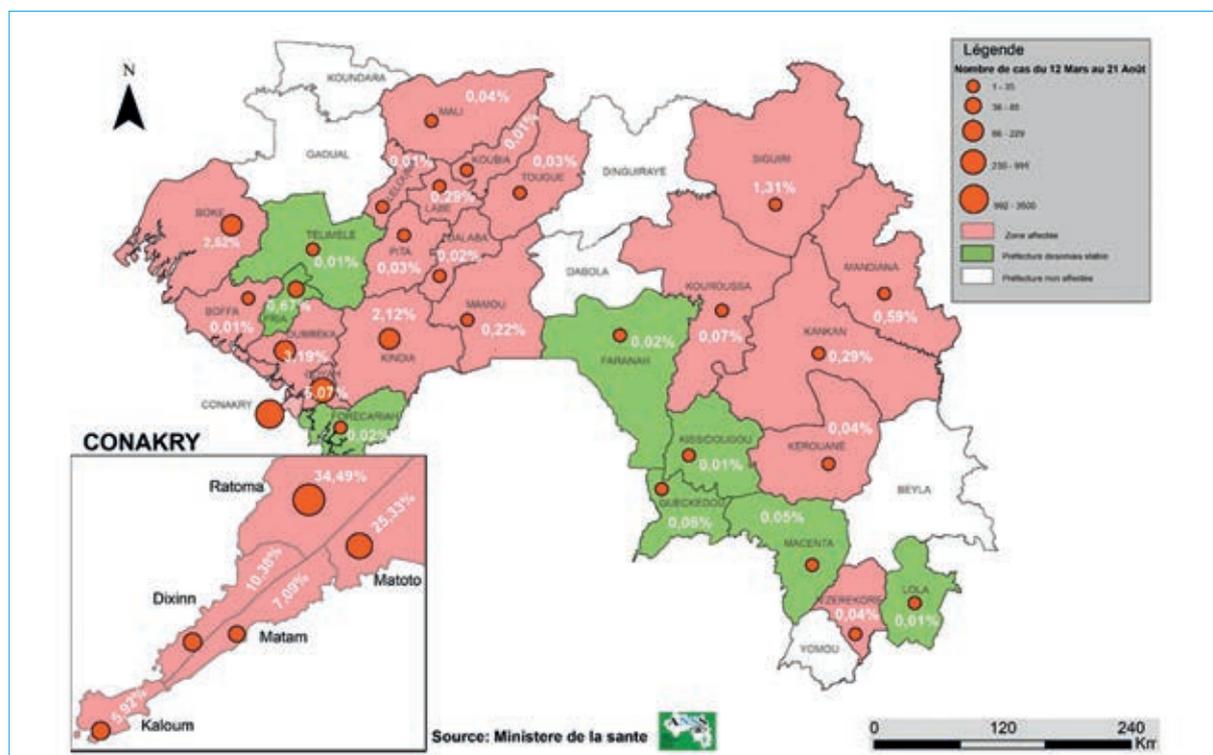
VARIABLES/RUBRIQUES DE SUIVI DES CONTACTS	CONTACTS DE CAS CONFIRMÉS	CONTACTS VOYAGEURS	TOTAL
Nbre de contacts enregistrés (depuis le début jusqu'à la veille)	1331	370	1701
Nbre de contacts suivis	1264	370	1634
Nbre de contacts non suivi	67	0	67
Nbre de contacts sortis du suivi ce jour	10	91	101
% de contacts suivi ce jour	95%	100%	96%
Cumul de contacts enregistrés	22150	5491	27641

Sources : ANSS Rapport CTRS

Selon les résultats des recherches, parmi les cumuls de contacts enregistrés, les contacts voyageurs occupent la plupart avec 5491 cas, soit 24,7 %. Pour quoi les voyageurs parce que la COVID-19 est apparue en chine et est devenue un phénomène mondial dont la contamination se fait à travers les voyages

entre les pays. Parmi les contacts, il a eu des contacts non suivis, 67 cas dont 0 parmi les voyageurs venants des pays les plus affectés par cette pandémie. En général, on peut dire qu'il y a eu de suivi appréciable. On a enregistré 10 cas de sortie de suivi dont 91 sont des voyageurs.

Carte : Répartition spatiale des cas confirmés de COVID- 19 en Guinée, du 12 Mars au 22 Aout 2020



Sources : ANSS Rapport CTRS

Dans la répartition spéciale, la ville de Conakry regorge la plus grande majorité des cas avec un taux de 83% de cas confirmés. Parmi les communes de Conakry, Ratoma constitue la zone rouge suivi de Matoto avec des taux respectivement 34,49% et 25,33%. Ceci est due à son niveau d'accueil des voyageurs et de sa concentration démogra-

phique. Quant aux autres villes de l'intérieur du pays, les préfectures les plus touchées sont Coyah (5,07%) ; Dubreka (3,19%) ; Boké (2,52%) et Kindia (2,12%). Ces villes constituent les périphéries de Conakry et elles partagent les réalités socioéconomiques et culturelles.

3.3. IMPACT SUR L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

La Guinée a officiellement annoncé le premier cas de COVID-19, le 12 mars 2020. A la date du 18 avril 2020, le nombre de cas confirmés est de 518 dont 65 guéris et 3 décès en milieu hospitalier. La prise en charge de ces cas est concentrée dans un service spécialisé à l'Hôpital Donka. Le dépistage est disponible dans 3 structures, dont 2 à Conakry et 1 à Kindia. La pandémie à COVID-19 est venue contrarier les efforts de renforcement des capacités du système de santé qui commençait à se relever de l'épidémie d'Ebola. La propagation rapide de l'épidémie pourrait être très préjudiciable aux acquis obtenus en matière de soins de santé notamment maternelle, infantile et de prise en charge du VIH-Sida, du paludisme et d'autres endémies. Cet impact pourrait entamer le cycle observé d'amélioration des indicateurs sociaux de base et entamer les avancées en direction des Objectifs de Développement Durable.

Il est attendu que la crise du COVID-19 et les mesures de restriction à la mobilité humaine (mesures de confinement partielles et les restrictions liées aux déplacements infrarégionaux) impactent fortement l'accès des ménages aux services sociaux essentiels et aux activités génératrices de revenu. Cette

crise exacerbe les inégalités sociales et remet en cause le droit à la protection sociale et indirectement, les droits du travailleur. La vulnérabilité généralisée de la population (respectivement 55% et 60% de la population vit dans la pauvreté monétaire et/ou multidimensionnelle) et notamment celle des femmes, des enfants, des personnes handicapées, celles, atteintes d'albinisme, et l'absence de mesures de protection sociale d'envergure (moins de 3% de la population bénéficie d'une couverture sociale) limitent fortement la capacité de résilience de la population guinéenne face à la pandémie du COVID-19.

L'épidémie de COVID-19 pourrait compromettre les avancées précaires durement acquises en termes de couverture des services de santé notamment de santé maternelle et infantile y compris pour le VIH et le Sida mais aussi le paludisme, la tuberculose et les autres endémies. En effet, l'offre des services de santé se fait au niveau de 1.433 structures publiques toutes catégories confondues (925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux na-

tionaux) dont 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards nationaux. Le système sanitaire, rappelons-le, a été durement affecté pendant la crise de Ebola dont les conséquences sont encore perceptibles, notamment :

- Dans le domaine de la SRMNIA-N, les indicateurs sociaux de base restent contraints :
- La mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 naissances vivantes,
- La mortalité néo natale de 67 sur 1 000 naissances vivantes,
- La mortalité infanto-juvénile à 111 ‰ et l'insuffisance pondérale à 16% des enfants de moins de 5 ans.
- Autre facteur de vulnérabilité, une adolescente sur quatre (26 %) a déjà commencé sa vie reproductive avant 18 ans et 21 % ont déjà eu une naissance vivante et 5 % sont enceintes d'un premier enfant alors même que les besoins en matière de planification familiale sont peu satisfaits (EDS, 2018).

3.3.1. Impacts sanitaires de la pandémie sur les femmes et filles

L'année 2020, qui marque le vingt-cinquième anniversaire du Programme d'action de Beijing, devait être une année charnière en matière d'égalité des genres. Au lieu de cela, avec la propagation de la pandémie de COVID-19, même les progrès limités réalisés au cours des dernières décennies risquent d'être réduits à néant. La pandémie accen-

tuée les inégalités préexistantes, exposant les vulnérabilités des systèmes sociaux, politiques et économiques qui, à leur tour, amplifient les effets de la pandémie.

La crise de COVID-19 a de graves répercussions sur les individus, les communautés et les économies du monde entier. Mais tout le monde n'est pas touché de la même manière et, comme nous le constatons si souvent, ce sont les femmes et les filles qui tendent à souffrir le plus. Ainsi, il peut être plus difficile pour les femmes et les filles de bénéficier de traitements et de services de santé. À cela viennent s'ajouter des inégalités multiples ou croisées, telles que l'origine ethnique, le statut socioéconomique, le handicap, l'âge, la race, la situation géographique et l'orientation sexuelle, qui influent sur l'accès aux services de santé essentiels et aux informations sur la COVID-19 ainsi que sur la prise de décision en la matière.

Les femmes et les filles ont des besoins spécifiques en matière de santé. Or, elles sont moins susceptibles d'avoir accès à des services de santé de qualité, aux médicaments et vaccins essentiels, aux soins de santé maternelle et procréative ou à une assurance qui couvre les frais de santé courants et extraordinaires, en particulier dans les communautés rurales et marginalisées. Des normes sociales restrictives et des stéréotypes de genre peuvent également limiter la capacité des femmes à accéder aux services de santé. Tout cela n'est pas sans incidence en période de crise sanitaire généralisée.



DIRECTION NATIONALE POPULATION ET DEVELOPPEMENT

SLOGAN

Population sujet et objet
de développement

CONTACTS

+224 664 204 614 / 628 581 803

EMAIL

Mohamed.sano@mplan.gov.gn
Sanomohamed60@gmail.com
Momadoudian.diallo@mpla.gov.gn
dilediallo@gmail.com

DIRECTEUR NATIONAL

El Mohamed Sano

DIRECTEUR NATIONAL ADJOINT

EQUIPE DE RELECTURE

El Mohamed Sano
Mr. Mamadou Dian Dilé Diallo

EQUIPE DE REDACTION

M.Mamadou Dian Dilé Diallo
Mme Lucas Mariame Sidibé
M. Namory Kamissoko
M. Oumar Chérif

EQUIPE DE COLLECTE

M.Namory Kamissoko
M. Alpha Sy
M. Oumar Chérif
M.Sandaly Touré
Moussa Sanguiana Diallo
M.Kerfala Sangare
M.Amadou Niare

Réalisé avec l'appui
technique et financier

