



**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**Travail-Justice-Solidarité**

**MINISTRE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE**

**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE**

**BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT**

**TROISIEME  
RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION  
(RGPH3)**



**RAPPORT D'ANALYSE DES DONNEES DU RGPH3**

**Thème : MORTALITE**

*Rédigé par : Mamadou Dian Dilé DIALLO*

Edition Décembre 2017



Institut National de la Statistique





**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**Travail-Justice-Solidarité**

**MINISTRE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS)  
BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT (BCR)**

**TROISIEME  
RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION  
(RGPH3)**



**Réalisé avec l'appui technique et financier  
du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA),  
de l'Union Européenne (UE),  
de la Banque Africaine de Développement (BAD),  
et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).**





## SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX .....	5
LISTE DES GRAPHIQUES .....	7
LISTE DES TABLEAUX ANNEXES .....	9
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	11
AVANT PROPOS .....	13
LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS .....	15
INTRODUCTION .....	17
Chapitre 1 : CONTEXTE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES .....	19
1.1. Contexte de l'étude.....	19
1.1.1. Contexte politique.....	19
1.1.2. Contexte sanitaire.....	20
1.1.3. Contexte démographique .....	21
1.2. Aspects méthodologiques .....	22
1.2.1. Définition des concepts.....	22
1.2.2. Définition des indicateurs.....	22
1.2.3. Données .....	26
1.2.4. Évaluation de la qualité des données .....	28
1.2.5. Conclusion sur l'évaluation des données.....	45
1.2.6. Méthode d'analyse.....	46
1.2.7. Choix du modèle de mortalité .....	46
Chapitre 2 : MORTALITE DES ENFANTS .....	49
2.1. Niveau et structure de la mortalité des enfants.....	49
2.1.1. Mortalité infantile .....	49
2.1.2. Mortalité juvénile.....	50
2.1.3. Mortalité infanto-juvénile.....	51
2.1.4. Analyse différentielle de la mortalité des enfants.....	52
2.2. Évolution de la mortalité des enfants .....	54
2.2.1. Tendence des quotients de mortalité des enfants .....	54
2.2.2. Tendence de la situation nutritionnelle des enfants .....	56
Chapitre 3 : MORTALITE GENERALE .....	59
3.1. Niveau et structure de la mortalité .....	59
3.1.1. Structure par sexe et par âge de la mortalité .....	59
3.1.2. Espérance de vie à la naissance .....	62
3.2. Evolution de la mortalité générale .....	66
3.2.1. Taux brut de mortalité.....	66
3.2.2. Espérance de vie à la naissance .....	66
Conclusion sur la mortalité générale .....	68
Chapitre 4 : MORTALITE MATERNELLE.....	69
4.1. Distributions des décès des femmes de 12 à 54 ans.....	69
4.2. Niveau de la mortalité maternelle.....	69
4.2.1. Taux de mortalité maternelle .....	69
4.2.2. Proportion de décès maternel.....	70
4.2.3. Risque de décès maternel sur la durée de vie.....	71
4.2.4. Variation du rapport de mortalité maternelle selon la région.....	71
4.2.5. Variation du rapport de mortalité maternelle selon l'âge.....	72
4.3. Evolution de la mortalité maternelle.....	73
CONCLUSION GENERALE .....	75
REFERENCES .....	77
ANNEXES .....	79



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Questions relatives à la mortalité dans le questionnaire du RGPH-2014 .....	27
Tableau 1.2 : Effectif et pourcentage des non déclarés pour les décès selon quelques variables.....	28
Tableau 1.3 : Répartition de la population résidente et des décès observés au cours des 12 derniers mois selon le groupe d'âge en Guinée, RGPH 2014.....	29
Tableau 1.4 : Répartition de la population de 0 an, des enfants survivants des 12 derniers mois et écart relatif entre la population de 0 an et les enfants survivants selon le sexe .....	33
Tableau 1.5 : Répartition des naissances des 12 derniers mois, des décès de moins d'un an, taux de mortalité infantile et quotient de mortalité infantile selon le sexe .....	34
Tableau 1.6 : Taux de mortalité survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires par groupe d'âge selon le milieu de résidence et le sexe. ....	35
Tableau 1.7 : Répartition des décès observés et des décès attendus selon l'âge et le sexe .....	37
Tableau 1.8 : Enfants nés vivants et survivants par groupe d'âge de la mère selon le sexe de l'enfant. ....	39
Tableau 1.9: Rapport de masculinité des enfants nés vivants selon le milieu de résidence.....	40
Tableau 1.10 : Application de la méthode P/F de Brass pour évaluer la complétude de l'enregistrement des naissances récentes des femmes, Guinée, RGPH-2014.....	41
Tableau 1.11 : Coefficient de correction, taux d'accroissement, taux de couverture et coefficient de corrélation utilisé dans l'ajustement des données, Guinée, RGPH-2014.....	43
Tableau 1.12 : Écarts par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny (Femme) .....	47
Tableau 1.13 : Écarts par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny (Homme) .....	47
Tableau 2.1 : Quotient de mortalité des enfants entre 0 et 1 an exact (1Q0), de 1 an à 5 ans exacts (4Q1) et entre 0 à 5 ans exacts (5Q0) selon le sexe de l'enfant et certaines caractéristiques du ménage.....	50
Tableau 2.2 : Quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile par sexe selon certaines caractéristiques de la mère et le sexe de l'enfant .....	53
Tableau 2.3: Rapport du quotient de mortalité infantile (1q0) sur le quotient de mortalité juvénile (4q1) selon le milieu de résidence et le sexe en 1996 et 2014. ....	56
Tableau 3.1 : Taux brut de mortalité ajustés (pour 1000) par sexe selon le milieu, la région administrative, la région naturelle et le niveau de vie du ménage .....	59
Tableau 3.2 : Taux brut ajusté et taux comparatif de mortalité selon le milieu et la région de résidence, Guinée, 2014 .....	61
Tableau 3.3 : Taux brut de mortalité et taux comparatif de mortalité selon le milieu de résidence, Guinée, RGPH3-2014 .....	62
Tableau 3.4 : Table de mortalité – Guinée 2014 .....	63
Tableau 3.5 : Table de mortalité milieu urbain – Guinée 2014 .....	64
Tableau 3.6 : Table de mortalité milieu rural – Guinée 2014.....	65
Tableau 3.7 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe, le milieu, la région de résidence .....	66
Tableau 3.8 : Évolution des taux bruts de mortalité à différentes dates selon le sexe et milieu de résidence .....	66
Tableau 3.9 : Évolution des taux bruts de mortalité à différentes dates selon le sexe, le milieu et la région naturelle .....	67
Tableau 4.1 : Indicateurs de mortalité maternelle, Guinée, RGPH-2014 .....	70
Tableau 4.2 : Indicateurs de mortalité maternelle selon le milieu et la région de résidence, Guinée, RGPH-2014 .....	71
Tableau 4.3 : Tendance des Indicateurs de mortalité maternelle de 1996 à 2014 .....	73





## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1-1 : Distribution de la population par âge et par sexe, RGPH-2014	31
Graphique 1-2 : Courbe des rapports d'âge, Guinée, 2014	32
Graphique 1-3 : Courbe des rapports de masculinité, RGPH3-2014 et PPM2015.	33
Graphique 1-4 : Courbe des taux de mortalité par âge selon le milieu de résidence	36
Graphique 1-5 : Taux de mortalité par âge selon le sexe	36
Graphique 1-6 : Rapport de masculinité des taux de mortalité par groupes d'âges	38
Graphique 1-7 : Proportion d'enfants décédés par sexe et nombre moyen d'enfants nés vivants par groupe d'âge de la mère	39
Graphique 1-8 : Courbe des proportions de décès d'enfants par groupe d'âge de la mère selon le milieu de résidence	40
Graphique 1-9 : Proportion des personnes d'âge (x+) et des décès des groupes d'âge (x+)	42
Graphique 1-10 : Taux bruts et taux ajustés de mortalité des femmes de 10-54 ans	43
Graphique 1-11 : Taux de fécondité et proportion de décès maternels par groupe d'âge	44
Graphique 1-12 : Proportion de décès maternels par groupe d'âge selon le RGPH3 et les modèles moyen et fort de Ties Boerma.	45
Graphique 2-1 : Quotient de mortalité infantile selon la région	49
Graphique 2-2 : Quotient de mortalité juvénile selon la région	51
Graphique 2-3 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région	52
Graphique 2-4 : Quotients de mortalité des enfants selon le niveau d'instruction de la mère	53
Graphique 2-5 : Tendance de la mortalité infantile de 1983 à 2014	54
Graphique 2-6 : Tendance de la mortalité juvénile de 1983 à 2014	55
Graphique 2-7 : Tendance de la mortalité infanto-juvénile de 1983 à 2014	55
Graphique 2-8 : Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère en 1996 et 2014	56
Graphique 3-1 : Taux brut de mortalité selon le sexe et le milieu de résidence	60
Graphique 3-2 : Taux comparatif de mortalité selon la région, Guinée, 2014	61
Graphique 3-3 : Espérance de vie à la naissance selon le milieu de résidence, Guinée- 2014	64
Graphique 3-4 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1996 à 2014 dans les régions naturelles de la Guinée	68
Graphique 4-1 : Taux de fécondité des femmes et taux de mortalité maternelle selon le groupe d'âge	70
Graphique 4-2 : Rapport de mortalité maternelle selon la région, Guinée 2014	72
Graphique 4-3 : Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âge, Guinée, 2014	72



## LISTE DES TABLEAUX ANNEXES

Tableau Annexe 0-1 : Répartition des décès survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires selon le milieu de résidence et le sexe -----	79
Tableau Annexe 0-2 : Rapport de masculinité des décès survenus au cours des 12 derniers mois des ménages ordinaires par groupe d'âge selon le milieu de résidence -----	79
Tableau Annexe 0-3 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12-54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, Guinée, RGPH-2014 -----	80
Tableau Annexe 0-4 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12-54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, milieu urbain, Guinée RGPH-2014 -----	80
Tableau Annexe 0-5 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12 à 54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, milieu rural, Guinée RGPH-2014-----	81
Tableau Annexe 0-6 : Répartition des femmes de 12-54 ans décédées, selon la cause du décès et le milieu de résidence par groupe d'âge, Guinée, RGPH-2014 -----	82
Tableau Annexe 0-7 : Quotient de mortalité infantile -----	83
Tableau Annexe 0-8 : Quotients de mortalité juvénile par préfecture -----	84
Tableau Annexe 0-9 : Quotients de mortalité infanto-juvénile par préfecture -----	85
Tableau Annexe 0-10 : Répartition de population résidente totale des ménages ordinaires par âge selon le sexe, Guinée, RGPH3, 2014 -----	86
Tableau Annexe 0-11 : Répartition de population résidente totale des ménages ordinaires par groupe d'âges selon le milieu de résidence et le sexe -----	87
Tableau Annexe 0-12 : Répartition des décès survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires par groupe d'âges selon le milieu de résidence et le sexe -----	87
Tableau Annexe 0-13 : Table de mortalité, Guinée 2014 -----	88
Tableau Annexe 0-14 : Table de mortalité sexe masculin, Guinée 2014 -----	88
Tableau Annexe 0-15 : Table de mortalité sexe féminin, Guinée 2014 -----	89
Tableau Annexe 0-16 : Table de mortalité milieu urbain, Guinée 2014 -----	89
Tableau Annexe 0-17 : Table de mortalité milieu rural, Guinée 2014 -----	90



## SIGLES ET ABREVIATIONS

---

BCR	Bureau central de recensement
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et Développement
EDS	Enquête démographique et de santé
INS	Institut national de la statistique
ISF	Indice synthétique de fécondité
MDE	Monde Digne de l'Enfance
MPCI	Ministère du plan et de la coopération internationale
PDM	Proportion de décès maternels
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNMR	Programme National de Maternité sans Risque
PNPC	Programme National de la Prise en Charge des personnes vivant avec le VIH
PNP	Politique Nationale de la Population
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
RDV	Risque de décès sur la durée de vie
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RMM	Rapport de mortalité maternelle
TBN	Taux brut de natalité
TBM	Taux brut de mortalité
TMM	Taux de mortalité maternelle
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population



## AVANT PROPOS

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3) a été réalisé du 1<sup>er</sup> mars au 2 avril 2014 sur toute l'étendue du territoire national. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS 2009-2015) et de la recommandation des Nations Unies invitant les pays à réaliser un recensement de la population au cours de la période 2005-2014.

L'opération a été financée par le Gouvernement, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Union Européenne (UE), la Banque Africaine de Développement (BAD) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Pour l'exécution de cette grande investigation statistique, l'Institut National de la Statistique (INS) a bénéficié de l'assistance technique des experts de l'UNFPA à toutes les étapes du processus. La Commission Economique pour l'Afrique des Nations Unies (CEA) a aussi apporté un appui technique pendant le traitement des données.

Les résultats définitifs du RGPH-3 ont été publiés par le Décret D/2015/229/PRG/SGG du 31 décembre 2015. Ils fournissent les effectifs de la population résidente par sexe selon les unités administratives (régions, préfectures, et sous-préfectures/ communes).

La présente publication fait partie d'une série de dix-sept (17) rapports qui ont été rédigés dans le cadre de l'analyse des données du RGPH-3. Ces rapports thématiques fournissent une analyse détaillée des caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la population guinéenne ainsi que ses conditions de logement en 2014. Il s'agit des rapports suivants :

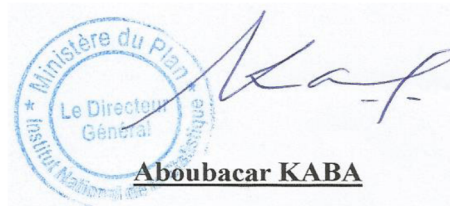
- |  |   |
|--|---|
| 1. Etat et structure de la population            | 10. Mesure et cartographie de la pauvreté           |
| 2. Etat matrimonial et nuptialité                | 11. Situation des femmes                            |
| 3. Fécondité                                     | 12. Situation des enfants et des jeunes             |
| 4. Mortalité                                     | 13. Situation des personnes âgées                   |
| 5. Migration                                     | 14. Situation des personnes vivant avec un handicap |
| 6. Caractéristiques des ménages                  | 15. Perspectives démographiques                     |
| 7. Caractéristiques des habitations              | 16. Perspectives démographiques                     |
| 8. Caractéristiques économiques de la population | 17. Evaluation de la qualité des données            |
| 9. Scolarisation, alphabétisation et instruction |   |

Par rapport aux recensements de 1983 et 1996, les données du RGPH-3 ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie pour satisfaire aux demandes multiples et variées des utilisateurs de données. En outre, une étude spécifique portant sur l'évaluation de la pauvreté des ménages à partir des données du RGPH-3 a été réalisée. Le RGPH-3 a permis aussi de mettre en place une base de sondage actualisée pour l'échantillonnage des futures enquêtes auprès des ménages. Un fichier des localités ou fichier villages est en cours de finalisation.

Tous les produits issus du RGPH-3 seront diffusés à travers le site de l'INS ([www.stat-guinee.org](http://www.stat-guinee.org)) afin de satisfaire les besoins de l'ensemble des utilisateurs de données de population.

Aux termes des travaux du RGPH-3, je remercie l'ensemble des partenaires au développement qui ont bien voulu accompagner le Gouvernement dans ce processus. Je remercie également les autorités administratives à tous les niveaux et l'ensemble de la population pour leur collaboration pendant la phase du dénombrement. Je remercie enfin tous les cadres du Bureau Central du Recensement (BCR), des Directions Régionales et Préfectorales du Plan et de la Statistiques et des autres départements ministériels, notamment du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cette opération. Que le personnel de terrain (agents recenseurs, chefs d'équipes, contrôleurs, superviseurs et coordonnateurs) trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour les efforts fournis.

Le Directeur Général de l'INS



**Aboubacar KABA**





**LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS**

Principaux indicateurs	Ensemble	Masculin	Féminin
<b>Mortalité des enfants (pour 1000)</b>			
<b>Guinée</b>			
Quotient de mortalité infantile (1Q0)	92	97	87
Quotient de mortalité juvénile (4Q1)	63	62	64
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0)	150	153	146
<b>Milieu urbain</b>			
Quotient de mortalité infantile (1Q0)	71	76	66
Quotient de mortalité juvénile (4Q1)	43	44	42
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0)	111	117	105
<b>Milieu rural</b>			
Quotient de mortalité infantile (1Q0)	100	104	95
Quotient de mortalité juvénile (4Q1)	71	69	73
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0)	164	167	161
<b>Mortalité générale (pour 1000)</b>			
Taux brut de mortalité - Guinée	11,2	12,1	10,4
Taux brut de mortalité - urbain	8,0	8,4	7,7
Taux brut de mortalité - rural	12,9	14,1	11,8
<b>Espérance de vie à la naissance (en années)</b>			
Guinée	58,8	57,3	60,4
Milieu urbain	59,1	58,2	62,8
Milieu rural	57,4	55,6	59,1
<b>Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)</b>			
Guinée			614
Milieu urbain			530
Milieu rural			657



## INTRODUCTION

---

L'analyse de la mortalité sert à l'élaboration et au suivi de la mise en œuvre des politiques de santé efficace en permettant d'identifier les groupes à hauts risques de décès. Le niveau de la mortalité des enfants, est considéré comme un bon indicateur du niveau de développement sanitaire et socio-économique d'un pays ; car les enfants sont très sensibles aux conditions de vie du moment. Une amélioration de cet indicateur traduirait une amélioration des conditions socioéconomiques et sanitaires. Par ailleurs la mortalité intervient dans le calcul des perspectives démographiques donc dans la planification du développement.

L'étude de la mortalité permet de disposer des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), notamment celui sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et sur la réduction de la mortalité maternelle. De même, les résultats de cette étude permettront d'évaluer les efforts accomplis par les pouvoirs publics et les partenaires au développement pour atteindre les objectifs de certains plans cadre de référence relatifs à la morbidité et à la mortalité tels que la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), la Politique Nationale de la Population (PNP), le Plan National de Développement de la Santé (PNDS), la Conférence Internationale pour la Population et Développement (CIPD), le Plan d'action pour un Monde Digne de l'Enfance (MDE).

Certains programmes spécifiques qui font partie intégrante de la politique nationale de santé peuvent être réexaminés à la lumière des indicateurs que fournit l'analyse de la mortalité. Il s'agit entre autres du Programme Élargi de Vaccination (PEV), du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), du Programme National de Maternité sans Risque (PNMR), du Programme National de la Prise en Charge des personnes vivant avec le VIH (PNPC).

Dans le monde, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans est passé de 12,7 millions par an en 1990 à 5,9 millions en 2015. L'Afrique subsaharienne possède le taux de mortalité des moins de 5 ans le plus élevé du monde avec un enfant sur douze qui meurt avant son cinquième anniversaire, soit plus de 12 fois plus que la moyenne de 1 sur 147 dans les pays à revenu élevé (OMS, 2015). Entre 2005-2010, l'espérance de vie à la naissance sur le continent africain était de 54 ans, alors qu'elle est de 70 ans pour l'Asie du Sud-est et de 73 ans pour les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes.

En Guinée, les taux de mortalité des enfants demeurent encore élevés. En effet, en 2012, sur 1000 enfants nés vivants 67 décèdent avant d'atteindre l'âge d'un an et 123 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire (EDS-MICS, 2012). Il existe une forte disparité entre les milieux de résidence. Globalement, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est nettement plus faible en milieu urbain (87 ‰) qu'en milieu rural (148 ‰). L'analyse par région de résidence montre que le niveau de la mortalité des enfants de moins d'un an en 2012 variait d'un minimum de 51 ‰ à Conakry (la Capitale) à un maximum de 103 ‰ dans la région de Faranah. Les variations de la mortalité juvénile sont plus grandes, son niveau passe de 20 ‰ à Conakry à 104 ‰ à Kankan.

Le risque de décéder avant le cinquième anniversaire au début des années 1990, calculée à partir des enquêtes démographiques et de santé, était de 229 ‰. L'objectif fixé par les OMD était de réduire ce taux de deux tiers. Il devrait donc se situer en 2015 à 75 ‰. Quant à la mortalité maternelle, son estimation directe fournie par la première EDS donnait un ratio de 600 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1996. Une réduction de trois quarts de cette mortalité entre 1990–2015 conduirait donc à un ratio de 150 décès pour 100 000 naissances. Mais au lieu d'une baisse on a plutôt assisté une hausse de cet indicateur.

La réduction de la mortalité reste ainsi une priorité pour le Gouvernement et ses partenaires au développement. Mais la mise en œuvre de politiques et programmes visant la réduction de la mortalité nécessite une meilleure connaissance des niveaux et tendances de celle-ci.

## Objectifs de l'étude

L'analyse de la mortalité vise principalement à mettre à la disposition des décideurs, des planificateurs et des utilisateurs des indicateurs de mortalité nécessaires pour un meilleur suivi des programmes de population et de santé.

Plus spécifiquement, elle vise, les objectifs suivants :

- 1) déterminer le niveau de la mortalité générale ;
- 2) déterminer le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans
- 3) déterminer le niveau de la mortalité maternelle ;
- 4) mettre en évidence les disparités spatiales (régions, préfectures et milieu de résidence), démographiques (sexe, âges, état matrimonial, etc.), socio-culturelles de la mortalité ;
- 5) disposer des tables de mortalité au niveau national, régional et selon le milieu de résidence (urbain et rural) ;
- 6) analyser les tendances de la mortalité en Guinée ;

Ce rapport qui analyse les données sur la mortalité en Guinée s'articule autour de quatre chapitres :

- le premier décrit le contexte et les aspects méthodologiques. Le contexte aborde la situation sanitaire, démographique, politique et économique du pays au moment du recensement et qui permet de mieux apprécier le niveau de morbidité et de mortalité observé et l'évolution de la mortalité dans à partir d'autres sources (recensements / enquêtes antérieures, statistiques hospitalières, etc.). Dans ce chapitre on traitera également des aspects méthodologiques qui permettent de préciser les types des données collectées sur la mortalité, les principaux concepts, les indicateurs à produire, l'évaluation de la qualité des données pour déterminer leur degré de fiabilité et choisir en conséquence la méthode de calcul des indicateurs (méthode directe ou indirecte) ;
- le deuxième traite de l'analyse des données qui distinguera l'analyse de la mortalité générale, de celle de la mortalité des groupes spécifiques, particulièrement les enfants de moins de 5 ans, la mortalité maternelle en présentant à chaque fois les variations dans l'espace et les variations selon certaines variables démographiques, socio-économiques et culturelles (mortalité différentielle) ;
- le troisième chapitre traite de la mortalité maternelle
- .

## Chapitre 1 : CONTEXTE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES

### 1.1. Contexte de l'étude

#### 1.1.1. Contexte politique

Dans le but d'améliorer l'état de santé de la population, la Politique Nationale de Santé a été révisé et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024 élaboré. Ce PNDS 2015-2024 a trois axes stratégiques principaux :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences,
- Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie,
- Améliorer la performance du système national de santé.

Le système de santé est actuellement caractérisé par des faiblesses et dysfonctionnements dont les principaux sont :

- la faible coordination des programmes de santé publique, renforçant ainsi la logique de la gestion verticale ;
- des insuffisances en termes de personnels qualifiés et d'équipements appropriés amplifiées par les problèmes dans la gestion des ressources humaines et techniques ;
- des déficiences dans l'organisation de l'offre de soins ;
- la faiblesse du mécanisme de surveillance épidémiologique occasionnant des retards dans le diagnostic (MS, 2015).

Le secteur de la santé souffre également d'un déficit structurel de financement, expliquant en partie les difficultés éprouvées pour contenir les épidémies. Les dépenses totales de santé par habitant en Guinée sont estimées à environ 32 \$ US contre 42\$ US au Mali, 51\$ US au Sénégal et 52\$ US en Mauritanie<sup>1</sup>. Le système de santé est financé par le budget de l'Etat, le recouvrement des coûts, les partenaires au développement et d'autres subventions. En 2012, on estimait la contribution des différents partenaires au système de santé à : 31% pour le Gouvernement, 6,2% pour le recouvrement des coûts, 62% pour les partenaires au développement et 0,8% pour les autres subventions.

Concernant de manière spécifique le budget de l'Etat, la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques a été en moyenne de 1,8% entre 2010 et 2013, soit un niveau nettement en dessous de celui préconisé par l'Union Africaine, à savoir 15%.

Le Code des collectivités locales (article 29), stipule que la gestion des soins de santé primaire est transférée aux Collectivités Locales. Ainsi, la Politique Nationale de Santé, dans son volet sur la réforme du système des soins, transforme les Centres et Postes de santé en structures communautaires relevant du patrimoine des Collectivités Locales. Dans les faits, ce niveau de décentralisation n'est pas effectif car les communautés, à travers les autorités locales, sont faiblement impliquées dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi des programmes de santé publique. Elles n'ont pas non plus une réelle maîtrise de la gestion de ces structures de santé communautaire.

<sup>1</sup> Banque Mondiale, santé : <http://datatopics.worldbank.org/hnp/HNPDash.aspx>.

### 1.1.2. Contexte sanitaire

#### Situation épidémiologique

Les principales causes de morbidité et de mortalité en Guinée sont dues principalement aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies infectieuses. Cependant, les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une parasitémie à 44% chez les enfants. Cette pathologie représente 41% des consultations et 45% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est également la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012 (EDS-MICS, 2012). En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations dans les formations sanitaires. La Tuberculose, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA. Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge.

Il faut aussi noter la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole. En 2011, 7% des décès hospitaliers ont été attribué au diabète sucré et 7% à l'hypertension artérielle (MSHP, 2011).

Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère. Il existe de fortes disparités selon le milieu de vie et le statut économique. 10% des moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe dont 4% sous la forme sévère.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine.

Au cours des trois dernières années, le système de santé guinéen a été confronté à une crise sanitaire majeure, à savoir l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) ayant eu comme conséquence une aggravation des difficultés auxquelles il a été jusque-là confronté. En effet, au début de l'année 2014, la Guinée a enregistré la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE), qui a profondément altéré l'état de santé de la population guinéenne (MS, 2015).

Le premier facteur porte sur l'infrastructure de santé publique qui est composée de 3 hôpitaux nationaux, 7 hôpitaux régionaux, 34 hôpitaux préfectoraux, 407 centres de santé et 925 postes de santé. Sur la base des normes<sup>2</sup> édictées dans la Politique nationale de santé, les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ne couvrent respectivement que 26%, 75% et 78% du niveau requis pour servir tous les besoins de la population. En outre, plusieurs infrastructures sont en mauvais état de fonctionnement faute de moyens pour entretenir les bâtiments ou renouveler le plateau technique. A ce niveau, la situation est plus inquiétante pour les hôpitaux préfectoraux (50% en mauvais état), régionaux (57% en mauvais état) et nationaux (67% en mauvais état) (MSHP2, 2012).

Au-delà du nombre limité des infrastructures et de la qualité du plateau technique dont une grande partie ne répond pas aux normes<sup>3</sup>, il y a le problème épineux des ressources humaines qui sont insuffisantes et inégalement réparties sur le territoire national. Au niveau national, le pays dispose, en moyenne, toutes catégories confondues, de 78 agents de santé pour 100.000 habitants.

### Personnel de santé

En 2014, l'effectif total des professionnels de santé s'élevait à 11 527 agents de santé dont 88% exerçaient dans le secteur public. La répartition par sexe montre que plus de la moitié du personnel est constituée de femmes (5 891).

Ce personnel se compose se repartis ainsi qu'il suit : 1 417 médecins (généralistes), 1 505 infirmiers d'État, 500 sages-femmes et 4 284 agents techniques de santé (ATS) soit 7,25 agents de santé pour 1 000 habitants. Si l'on ne prend en compte que les médecins, les infirmiers diplômés d'État et les sages-femmes, ce ratio tombe à 0,34 professionnels de santé pour 1 000 habitants. Or l'OMS recommande 2,3 agents de santé pour 1 000 habitants afin d'atteindre une couverture satisfaisante pour les interventions essentielles, notamment fournir les services de santé fondamentaux définis par les objectifs de développement durable.

Sur le plan géographique, seulement 17% des professionnels de la santé du secteur public exercent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays. Tandis que la capitale, Conakry, avec environ 15% de la population du pays, abrite 49% de l'effectif total du personnel professionnel de santé. Elle est la seule région du pays à satisfaire la norme fixant le ratio de 100 agents de santé pour 100.000 habitants.

### **1.1.3. Contexte démographique**

L'évolution de la population guinéenne reste mal connue. En effet, le premier recensement démographique de la Guinée fut organisé seulement en 1983. La population résidente était estimée à 4 660 582 habitants. Le deuxième recensement fut organisé en 1996, la population était estimée à 7 156 406 habitants. Le taux d'accroissement annuel moyen pour la période intercensitaire (1983-1996) est de 3,1%. La population est majoritairement constituée de femmes (51%), et est très inégalement répartie sur le territoire national. Il existe de grandes disparités de peuplement, d'une part entre les Régions, Préfectures et Sous-préfectures. La densité moyenne était de 19 habitants au km<sup>2</sup> en 1983 et de 29 habitants 1996.

La population guinéenne vit essentiellement en milieu rural. En 1983, 74% vivait en milieu rural contre environ 70% en 1996. En outre, plus de la moitié de la population urbaine (51%) résidait en 1996 dans la capitale, Conakry. Le rythme d'accroissement de la population urbaine (4,1% en 1996), est à l'image de la plupart des pays de la Sous-région.

Le poids des personnes âgées de moins de 15 ans était de 42% en 1983 et de 46% en 1996. Cette proportion traduit l'extrême jeunesse de la population guinéenne, qui se confirme par les âges moyen (23 ans) et médian (15 ans) de cette population. Cette croissance de la population est la conséquence d'une fécondité encore élevée, caractérisée par sa précocité et sa stabilité et, d'une mortalité en baisse.

Selon les Nations Unies, la population guinéenne était estimée à environ trois millions en 1960. Entre 1960 et 1996, la population a été multipliée par quatre ; mais alors que la population rurale a été multipliée par 2,4 ; l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par 11 et la population de Conakry par 15. Ce rythme d'accroissement est très élevé et paraît excessif au regard des performances économiques du pays.

<sup>3</sup> Il s'agit d'un poste de santé pour 3.000 habitants, d'un centre de santé pour 20.000 habitants, d'un hôpital préfectoral pour 250.000 habitants et d'un hôpital régional pour 2.400.000 habitants.

## 1.2. Aspects méthodologiques

Dans cette partie nous présentons les concepts clés utilisés dans ce thème et leurs définitions ainsi que les principaux indicateurs d'analyse de la mortalité. Avant de présenter les données collectées et leur la qualité.

### 1.2.1. Définition des concepts

#### 1.2.1.1. Naissance vivante

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entend par **naissance d'enfant vivant**, « l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché. Tout produit d'une telle naissance est considéré comme enfant né vivant » (Pressat, 1985).

#### 1.2.1.2. Décès

Le décès est défini par l'OMS comme étant la « disparition durable de toute évidence de vie à quelque moment que ce soit après la naissance », (Pressat, 1985).

Le **décès maternel** est selon l'OMS le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.

#### 1.2.1.3. Mortalité

La mortalité est le phénomène démographique qui s'intéresse à la fréquence d'apparition des décès au sein d'une population donnée. Une étude la mortalité vise ainsi à mesurer l'action de la mort sur les populations (Henry, 1981). Plus spécifiquement, il s'agira de mettre en relation les décès avec la structure de la population étudiée.

Pour mieux appréhender ce phénomène, surtout au niveau des enfants et des femmes plus vulnérables, on distingue plusieurs types de mortalités que sont :

- **mortalité générale** qui concerne tous les âges ;
- **mortalité infantile**, pour les enfants de moins d'un an ;
- **mortalité juvénile** pour les enfants de 1 à 4 ans révolus ;
- **mortalité infanto-juvénile** ou **mortalité de la prime enfance** qui s'intéresse aux enfants de moins de 5 ans ;
- **mortalité maternelle**, quant à elle, touche les femmes en âge de procréer et est liée à la grossesse et à l'accouchement ;
- **mortalité des adultes** pour les personnes de 15-60 ans.

### 1.2.2. Définition des indicateurs

#### 1.2.2.1. Mortalité générale

##### **Taux brut de mortalité (TBM)**

C'est le rapport entre le nombre total de décès d'une année donnée et la population moyenne de la même année. Ce taux est annuel. Pour la présente étude, nous considérerons la population au moment du recensement comme la population moyenne en 2014.

$$TBM = \frac{\text{Nombre total de décès d'une année donnée}}{\text{Population totale moyennede la même année}} * 1000$$

Le taux brut de mortalité est l'indice le plus facile à calculer puisqu'il ne demande que la connaissance des décès et des effectifs, sans ventilation par âge. En fait, ce rapport n'a pas grande signification si



l'on ne tient pas compte de la population qui s'y rapporte. Contrairement aux taux par âge qui éliminent l'effet de structure de la population, dans la mesure où les classes d'âges retenues sont petites, le rapport des décès annuels aux effectifs moyens (tous âges réunis) dépend de l'importance relative des effectifs de chaque groupe d'âges. Il représente la somme des taux par âge pondérés par leurs effectifs respectifs.

L'utilisation du taux brut ne se justifie donc que pour des comparaisons de populations ayant des structures par âge très ressemblantes ou encore, pour connaître l'évolution du phénomène dans le temps, sous la condition que la population observée n'ait pas subi de mouvements profonds (fécondité, migrations), ayant modifié sa structure initiale (Waltisperger, 1977).

### **Taux de mortalité par groupe d'âges ou par année d'âge**

Ce sont les rapports entre les décès et les populations moyennes d'un âge ou un groupe d'âges donné.

$$T_x = \frac{\text{Nombre total de décès d'un âge à une année donnée}}{\text{Population totale moyenne du même âge à la même année}} * 1000$$

### **Taux comparatifs de mortalité**

Pour comparer les niveaux de mortalité de régions (pays) dont les structures par âge diffèrent sensiblement, on rapporte les taux par âge de chacune d'elles à une répartition commune appelée population-type (ou population standard). La raison de recourir à cette technique de taux comparatifs ou taux standardisés est dû principalement au fait que :

- le niveau de la mortalité varie beaucoup avec l'âge ;
- la composition par âge des populations varie avec les pays et les régions ;
- la composition de la population par âge est déterminée par l'histoire de la natalité, de la mortalité et de la migration ;
- les données sur les décès et l'effectif de la population par âge sont le plus souvent disponibles.

#### Standardisation directe

Il s'agit de calculer pour une population (dite standard ou « population-type ») les taux bruts correspondants à chaque assortiment des taux par âge, qu'on observe dans des populations réelles.

#### Standardisation indirecte

Estimer la différence (rapport) entre le nombre de décès observé dans une population, avec celui qui pourrait avoir lieu, si la mortalité par âge était comme dans une population de référence (mortalité standard). Ainsi on peut calculer une série des taux comparatifs (« standardisés ») par rapport à un taux brut d'une population de référence. Donc on combine les structures par âge de chaque population avec un assortiment des taux par âge. On appelle cette méthode « standardisation indirecte » puisqu'on compare les niveaux de la mortalité par l'intermédiaire d'un indicateur médiateur.

L'avantage de la méthode de la mortalité-type par rapport à celle de la population-type est qu'elle ne nécessite pas de connaître les taux de mortalité par âge des zones que l'on veut comparer. Il suffit d'avoir ceux de la zone témoin et le nombre annuel de décès, dans les régions étudiées. Il faut cependant rappeler que ces indices n'ont pas de valeur en soi ; ils dépendent de la structure de mortalité-type choisie. Leur objet est uniquement comparatif (Waltisperger, 1977).

### **1.2.2.2. Mortalité des enfants**

#### **Les quotients et taux de mortalité dans l'enfance**

Les quotients de mortalité des enfants sont les probabilités de décéder entre les âges  $x$  et  $x+n$ .

- ${}_1q_0$  est le risque pour un enfant qui naît de décéder avant son premier anniversaire.
- ${}_4q_1$  est la probabilité de décéder entre 1 et 5 ans exacts et
- ${}_5q_0$  donne le niveau du risque pour un enfant de décéder entre 0 et 5 ans exacts.

Le taux de mortalité est une simple proportion des décès d'un âge donné sur la moyenne des survivants entre l'âge  $x$  et  $x+n$ .

Il faut distinguer le taux de mortalité du quotient pour la mortalité. Cependant, le taux de mortalité à 0 an et le quotient de mortalité ( $1q_0$ ) sont identiques parce qu'utilisant les mêmes dénominateurs.

- Taux ou quotient de mortalité infantile<sup>4</sup> :  $1q_0 = \frac{D(0-1)}{N}$

Avec :  $D(0-1)$  = Décès des individus de d'un an ;

$N$  = Naissances vivantes au cours de l'année

- Taux de mortalité juvénile :  $m(1-4) = \frac{D(1-4)}{S(1-4)}$

Avec :  $m(1-4)$  = Taux de mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans révolus.

$D(1-4)$  = Nombre de décès des individus âgés de 1 à 4 ans révolus.

$S(1-4)$  = Effectif de la population âgée de 1 à 4 ans révolus.

- Quotient de mortalité juvénile :  $4q_1 = \frac{D(1-4)}{S_1}$

Avec :  $4q_1$  = Probabilité pour un individu qui atteint un an de mourir avant son 5<sup>ème</sup> anniversaire.

$D(1-4)$  = Nombre de décès des individus âgés de un à 4 ans révolus.

$S_1$  = Survivants à un an.

- Taux de mortalité infanto-juvénile :  $m(0-4) = \frac{D(0-4)}{S(0-4)}$

Avec :  $m(0-4)$  = Taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans.

$D(0-4)$  = Nombre de décès des individus âgés de moins de 5 ans.

$S(0-4)$  = Effectif de la population âgée de moins de 5 ans.

- Quotient de mortalité infanto-juvénile :  $5q_0 = \frac{D(0-4)}{N}$

Avec :  $5q_0$  = Probabilité pour un individu de décéder avant son 5<sup>ème</sup> anniversaire.

$D(0-4)$  = Nombre de décès des individus âgés de moins de 5 ans.

$N$  = Naissances vivantes au cours de l'année.

Le quotient de mortalité infanto-juvénile peut également être obtenu à partir des risques de décès infantile et juvénile. Ce rapport s'exprime sous la formule suivante :

$$5q_0 = 1 - [(1-1q_0) \times (1-4q_1)]$$

### Indice de parité des quotients de mortalité

L'indice de parité des quotients de mortalité entre les sexes (IPS) est le rapport du quotient de mortalité des filles sur le quotient de mortalité des garçons. Il exprime le niveau de mortalité des filles pour 100 garçons.

$$IPS = \frac{\text{Quotient de mortalité des filles}}{\text{Quotient de mortalité des garçons}} * 100$$

<sup>4</sup> Le taux et le quotient de mortalité infantile ont la même valeur lorsqu'ils sont calculés par la méthode directe.

### La table de mortalité du moment

La table de mortalité est composée de 8 d'indicateurs et fournit l'évolution d'une génération fictive de la naissance à son extinction totale. Ces indicateurs sont :

- i. Les taux  ${}_nM_x$  (risque de décès selon l'âge) ;
- i. Les quotients  $Q_x$  (risque de décès selon l'âge) ;
- ii. La série des fonctions de survie et de décès  $l_x$  (survivants) et  $d_x$  (décès). La racine de la table est ici 100 000 ;
- iii. La probabilité de survie  $P_x$  (probabilité de survie conditionnelle) ;
- iv. La série des nombres de personnes-années vécues par la cohorte fictive  $L_x$  (effectif de la population stationnaire associée à la table) ;
- v. La série des nombres collectifs d'années vécues  $T_x$  (nombre total d'années que la génération va vivre à partir de l'âge  $x$ ) ;
- vi. La série des espérances de vie :  $e_x$  (nombre moyen d'années vécues par la génération fictive après l'âge  $x$ ) ;
- vii. La série de taux de survie ou probabilités de survie entre âges révolus :  $P_x$  (probabilités pour un individu âgé de  $x$  ans révolus de survivre à  $x+1$  ans révolus) ;
- viii. La série de fonction de survie pour le dernier groupe d'âges :  $e_k$ .

Avec des données du recensement (données transversales), on calcule des tables du moment qui résument l'effet des conditions actuelles sur une génération fictive qui aurait subi, de sa naissance à sa disparition, les conditions sanitaires actuelles.

### L'espérance de vie à la naissance ( $e_0$ )

Plusieurs méthodes permettent de calculer l'espérance de vie à la naissance. Ces méthodes dépendent en grande partie de la qualité des données (âge, décès, etc.). Dans les pays à statistiques déficientes, l'espérance de vie à la naissance ne se calcule pas généralement par la méthode directe. Il est calculé après correction des taux et quotients de mortalité par les méthodes indirectes. Du fait que les décès et les âges sont très mal déclarés.

Dans chaque intervalle d'âges, si on multiplie les décès de la table par l'âge moyen auquel ils ont eu lieu, on obtient le nombre d'années vécues par les décédés de chaque classe d'âges. C'est le nombre d'années qu'un enfant né en 2014 vivrait, si les conditions sanitaires et les risques de mortalité restaient constants pendant toute la vie de cet enfant.

L'espérance de vie est un indice commode et plus précis que le taux brut de mortalité pour effectuer des comparaisons entre régions et entre pays. Il doit cependant être employé avec précaution et ceci pour deux raisons :

- Il donne une idée du niveau de mortalité sans indication sur la structure à laquelle il se rapporte: une même somme d'années vécues par une cohorte peut être obtenue à partir de répartitions de décès sensiblement différentes ;
- Pour les pays sous-développés, la connaissance approximative des âges fausse souvent son estimation.

De plus, les omissions des enfants décédés juste après la naissance risquent de rendre peu significative la valeur de l'espérance de vie à la naissance ( $e_0$ ). Ainsi, est-il préférable de se servir de l'espérance de vie à cinq ans ( $e_5$ ) pour établir des comparaisons (Waltisperger, 1977).

### 1.2.2.3. Mortalité maternelle

Les indicateurs ont été développés pour mesurer la mortalité maternelle sont : Rapport de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle, la proportion de décès maternels, le risque de décès maternel sur la durée de vie.

#### Rapport de mortalité maternelle (RMM)

Le rapport de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels rapporté au nombre de naissances vivantes au cours d'une année donnée. Le rapport de mortalité maternelle est l'indicateur le plus employé pour juger la mortalité maternelle car il exprime mieux le risque obstétrique.

$$\text{RMM} = \frac{\text{Nombre de décès maternels au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois}} * 100000$$

Le RMM peut surestimer le risque obstétrique en excluant du dénominateur les naissances empêchées par des décès maternels, mais qui peuvent être la cause d'un décès maternel. Cet indicateur n'étant pas une mesure standardisée par âge il ne se prête donc pas pour une comparaison dans le temps et dans l'espace (Dackam, 2004).

#### Taux de mortalité maternelle (TMM)

Cet indicateur exprime le risque de mortalité parmi les femmes en âge de reproduction. Il traduit l'impact de la mortalité maternelle sur la population féminine adulte. Toutefois, il cache l'effet des niveaux différents de fécondité lors des comparaisons entre pays.

$$\text{TMM} = \frac{\text{Nombre de décès maternels au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre de femmes de 15-49 ans}} * 1000$$

#### Proportion de décès de femmes adultes reliés à des causes maternelles (PDCM)

La PDCM encore appelée proportion maternelle traduit la part des femmes décédées des causes maternelles sur l'ensemble des décès des femmes en âge de procréation.

$$\text{PDCM} = \frac{\text{Nombre de décès maternels au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre de décès chez les femmes de 15-49 ans}}$$

#### Risque de décès maternel sur la durée de la vie (RDV)

Le risque de décès maternel sur la durée de vie est calculé à partir du rapport de mortalité maternelle et de l'indice synthétique de fécondité à l'aide de la formule suivante :

$$1 - \text{RDV} = (1 - \text{RMM})^{\text{ISF}}$$

Le RDV est aussi estimé de façon grossière par la relation suivante  $\text{RDV} = 35 * \text{TMM}$ .

### 1.2.3. Données

L'analyse de la mortalité nécessite que l'on dispose de données sur les décès survenus au sein d'une population donnée, à un moment donné. Ce genre d'informations provient entre autres de l'état civil, du recensement et des enquêtes démographiques.

Dans les recensements les questionnaires sont courts et la formation des enquêteurs est limitée, alors que dans les enquêtes comme les EDS et MICS, les questionnaires sont plus longs et les enquêteurs sont formés plus soigneusement pour recueillir une information beaucoup plus détaillée. Des informations plus détaillée peuvent permettre l'analyse d'un éventail plus large d'indicateurs, alors que des données simples tirées de l'ensemble de la population, permettent une désagrégation beaucoup plus fine en fonction de facteurs géographiques ou socio-économiques. Les deux sources peuvent ainsi être considérées comme complémentaires plutôt que concurrentes.

Dans la section qui suit, nous présentons les données et décrivons les processus d'évaluation de leur qualité et les méthodes d'analyse.

### 1.2.3.1. Questions permettant de mesurer la mortalité à partir du RGPH3

Trois types de questions permettent de calculer les indices de mortalité à partir des données du RGPH. Il s'agit des questions directes sur les décès survenus dans le ménage au cours des 12 derniers mois ayant précédé le passage de l'agent recenseur (mesure directe) ; des questions indirectes portant sur le nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants posées pour chacune des femmes âgées de 12 ans ou plus (mesure indirecte) ; et enfin des questions sur la survie des parents posées pour chacun des enfants âgés de moins de 18 ans résidentes et recensées.

En outre, dans le but de saisir la mortalité maternelle, le RGPH3 a recueilli des informations sur les décès liés à des causes maternelles survenus dans le ménage au cours des 12 derniers mois. La qualité des estimations de la mortalité dépend donc de la complétude avec laquelle ces événements ont été déclarés et enregistrés.

**Tableau 1.1 : Questions relatives à la mortalité dans le questionnaire du RGPH-2014**

Variables	Questions
Décès des 12 derniers mois	- Est-ce qu'un ou plusieurs membre(s) de ce ménage est décédé au cours des 12 derniers mois ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, demandez et inscrivez le nombre de personnes décédées au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Si non, inscrivez 0 et allez à la section V</li> </ul> - Enregistrez le nom, le sexe, et l'âge au décès des personnes décédées                     - Si la personne décédée <b>est une femme âgée de 12 à 54 ans</b> , demandez si le décès est survenu <ul style="list-style-type: none"> <li>• durant la grossesse;</li> <li>• pendant l'accouchement,</li> <li>• durant les 2 mois suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse</li> </ul>
Survie des enfants	<b>Aux femmes résidentes âgées de 12 ans et plus :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Combien d'enfants nés vivants NOM a-t-elle eus au cours de sa vie ?</li> <li>- Parmi ces enfants, combien sont encore en vie ?</li> <li>- NOM a-t-elle eu des naissances vivantes au cours des 12 derniers mois ?</li> <li>- Parmi ces enfants combien sont encore en vie?</li> </ul>
Survie et résidence de chacun des parents biologiques (père et mère)	<b>Pour tous les enfants âgés de 0 à 17 ans<sup>5</sup> : on a demandé</b> <b>Le père ..... la mère .....sont-ils en vie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En vit dans le ménage ?</li> <li>- En vit ailleurs?</li> <li>- Décédé(e)?</li> <li>- Ne sait pas?</li> </ul>

- Décès des 12 derniers mois

Pour chacun des ménages ordinaires interrogés, on a demandé le nombre total de décès survenus au cours des 12 derniers mois, l'âge au décès et le sexe des personnes décédées. Ces données sur les décès des 12 derniers mois permettent, lorsqu'elles sont de bonne qualité, d'estimer directement le niveau actuel de la mortalité par sexe et par âge, de calculer le taux brut de mortalité et de construire les tables de mortalité du moment.

- Proportions d'enfants décédés

Pour chaque femme âgée de 12 ans ou plus, l'on a demandé le nombre total d'enfants nés vivants et le nombre total d'enfants survivants. Et pour chacune des femmes âgées de 12-54 ans, on dispose du

<sup>5</sup>Les questions sur la survie des parents (père en vie, mère en vie, père et mère en vie) n'ont été posées que pour les enfants âgés de 0-17 ans résidents recensés, ce qui fait qu'on ne peut pas estimer la mortalité adulte avec ces données.

nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants au cours des 12 derniers mois. Ces informations sur la survie des enfants permettent de calculer les proportions d'enfants décédés par groupe d'âges de la mère. Ces proportions sont converties en probabilités de décéder qui permettent à leur tour de générer les autres indices de la table de mortalité.

### 1.2.3.2. Limites des données collectées

En dépit des précautions prises dans la préparation du recensement, notamment dans la rédaction des manuels et la formation des agents recenseurs, les données recueillies sont sujettes à des erreurs, liées principalement au cadrage de la période de référence (avril 2013 – mars 2014), à l'oubli ou effet de mémoire, etc. Il peut donc y avoir une sous-estimation de la période de référence dans certains cas et une surestimation dans d'autres du fait que la période de référence ne coïncide pas exactement à l'année calendaire. Ainsi, les effectifs des décès enregistrés au cours des 12 derniers mois peuvent avoir été faussés.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, un problème potentiel de l'emploi du recensement pour mesurer la mortalité maternelle est une certaine tendance des ménages de se dissoudre suite au décès d'un des adultes. Cela peut créer des problèmes dans la compilation d'estimations sur la mortalité provenant de données au niveau du ménage (NU, 1998).

En outre, les réponses sur les causes de décès de femmes en âge de procréer sont fournies par les chefs de ménages, donc des personnes non qualifiées en la matière. Cela peut conduire à l'introduction des décès non maternels parmi les informations collectées.

### 1.2.4. Évaluation de la qualité des données

Compte tenu de toutes les erreurs susceptibles d'entraver la qualité des données des recensements, une évaluation critique des informations collectées lors du dénombrement est indispensable. Nous procéderons ici essentiellement à une évaluation interne des données. Celle-ci consiste à examiner la cohérence et la fiabilité des données collectées lors du dénombrement.

#### 1.2.4.1. Évaluation interne de la qualité des données


Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer au niveau interne la qualité des données collectées. Pour la présente étude, nous utiliserons *les taux de non-réponses, les taux par âge et la courbe du rapport de masculinité des taux par âge*.

##### Taux de non réponse

Avant les travaux d'analyse, le Bureau Central de Recensement (BCR) a procédé à la vérification et à l'apurement du fichier des données. Des imputations furent faites pour redistribuer les non-déclarés. Ainsi, très peu de variables possèdent des non-réponses dans les données finales analysées. Le tableau 1.3 donne pour les décès, les effectifs et les pourcentages des non-réponses ou des réponses aberrantes issues des données brutes pour le sexe, l'âge, le milieu et la région de résidence. Comme on peut le constater, bien que faibles, des réponses manquantes figuraient bien dans les données saisies. Mais l'on ne sait pas comment elles ont été redistribuées entre les différentes modalités.

**Tableau 1.2 : Effectif et pourcentage des non déclarés pour les décès selon quelques variables**

Variable	Effectif des non déclarés	Pourcentage des non déclarés	Effectif total
Région	0	0	131 398
Milieu de résidence	238	0,2	131 398
Sexe	4 758	3,6	131 398
Age	6 463	4,9	131 398

 Structure par sexe et âge de la population

Un problème classique dans les pays à statistique déficiente est l'attraction ou la répulsion pour certains âges. Les individus connaissant mal leur âge ont tendance à l'arrondir. Quand cette pratique prend une certaine ampleur, la pyramide d'âge prend des effectifs anormalement élevés pour les âges se terminant par 0 et par 5. En compensation, les autres âges sont sous-estimés (Pressat, 1985).

Le tableau 1.3 donne la distribution de la population guinéenne par groupe d'âge et par sexe au RGPH-2014. Les populations âgées de moins d'un an et de 1-4 ans sont présentées séparément ; elles sont maintenues ainsi pour permettre une meilleure compréhension des changements rapides de la mortalité dans les cinq premières années de vie. Selon Waltisperger « *il est souhaitable que les décès avant 5 ans soient donnés par année. C'est en effet au cours des premières années de la vie que la mortalité est la plus forte. Une répartition précise des décès des moins de 5 ans est donc nécessaire pour avoir une bonne estimation de la vie moyenne* » (Waltisperger, 1977).

Le graphique 1.1 présente la distribution de la population par âge individuel et par groupe d'âges quinquennaux. Le graphique par âge individuel (graphique 1 de gauche) fait apparaître une forte attraction pour les âges se terminant par 0 et par 5. Par exemple, la population des hommes et des femmes<sup>6</sup> dénombrés à 15 ans est 1,3 fois plus élevée que celle de 14 ans ; celle âgée de 20 ans est deux fois plus élevée que celle âgée de 19 ou de 21 ans ; la population âgée de 30 ans est le triple de celle âgée de 29 ou de 31 ans et la population âgée de 50 ans 4,5 fois supérieur à la population âgée de 49 ans. L'attraction est également visible pour les âges se terminant par 2 et par 8. La population de 18 ans est quant à elle une fois et demie plus élevée que celle de 17 ans. Un fort déficit est également perceptible pour la population de moins de cinq ans qui a été dénombrée. En effet, la population à un an exact est 1,4 fois plus petite que la population à 5 ans. Vraisemblablement, les jeunes enfants ont été sous-dénombrés dans ce recensement.

**Tableau 1.3 : Répartition de la population résidente et des décès observés au cours des 12 derniers mois selon le groupe d'âge en Guinée, RGPH 2014**

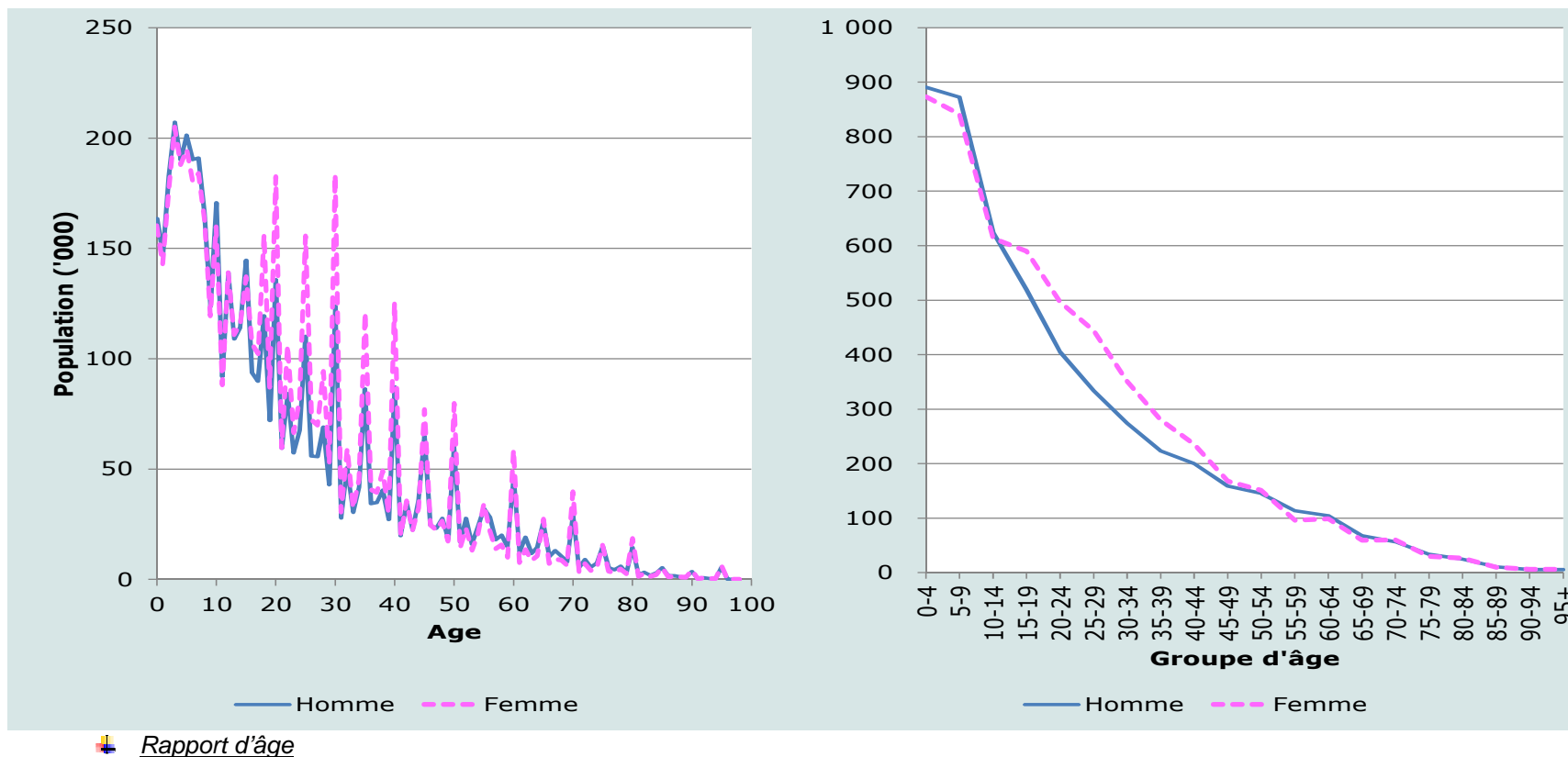
Age	Population			Décès		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0	163 557	160 330	323 887	20 751	15 805	36 556
1 à 4 ans	727 278	712 832	1 440 110	11 308	9 775	21 083
5 à 9 ans	872 505	841 332	1 713 837	3 128	2 533	5 661
10 à 14 ans	624 566	613 540	1 238 106	1 821	1 416	3 237
15 à 19 ans	519 492	589 555	1 109 047	1 630	1 955	3 585
20 à 24 ans	404 561	496 263	900 824	1 806	1 969	3 775
25 à 29 ans	333 642	444 157	777 799	1 934	2 416	4 350
30 à 34 ans	274 415	350 747	625 162	2 077	2 289	4 366
35 à 39 ans	223 033	280 112	503 145	1 986	1 923	3 909
40 à 44 ans	200 019	235 595	435 614	2 226	1 942	4 168
45 à 49 ans	158 814	167 746	326 560	2 063	1 504	3 567
50 à 54 ans	145 009	150 935	295 944	2 562	1 899	4 461
55 à 59 ans	113 467	95 924	209 391	1 857	1 106	2 963
60 à 64 ans	104 513	98 878	203 391	2 695	1 964	4 659
65 à 69 ans	67 453	58 925	126 378	2 070	1 420	3 490
70 à 74 ans	56 572	59 703	116 275	2 884	2 297	5 181
75 à 79 ans	33 364	29 477	62 841	2 029	1 432	3 461
80 à 84 ans	24 528	26 235	50 763	2 248	2 052	4 300
85 ans et +	21 901	22 157	44 058	3 601	3 175	6 776
Ensemble	5 068 689	5 434 443	10 503 132	70 676	58 872	129 548


<sup>6</sup> Voir tableau A-11 en annexe

La représentation de la distribution de la population par groupes d'âges quinquennaux (graphique 1 de droite) permet de lisser les données et d'atténuer les distorsions. Le déficit de la population âgée de moins de 5 ans n'apparaît plus sur ce graphique. On observe un déficit important des hommes par rapport aux femmes entre 10 et 50 ans. Hors dans cet intervalle d'âge, la mortalité des femmes est plus élevée que celle des hommes.



Graphique 1-1 : Distribution de la population par âge et par sexe, RGPH-2014



 Rapport d'âge

Le calcul des rapports d'âges<sup>7</sup> fournit des indications utiles concernant d'éventuels sous-dénombrements ou des déplacements d'effectifs entre groupes d'âges.

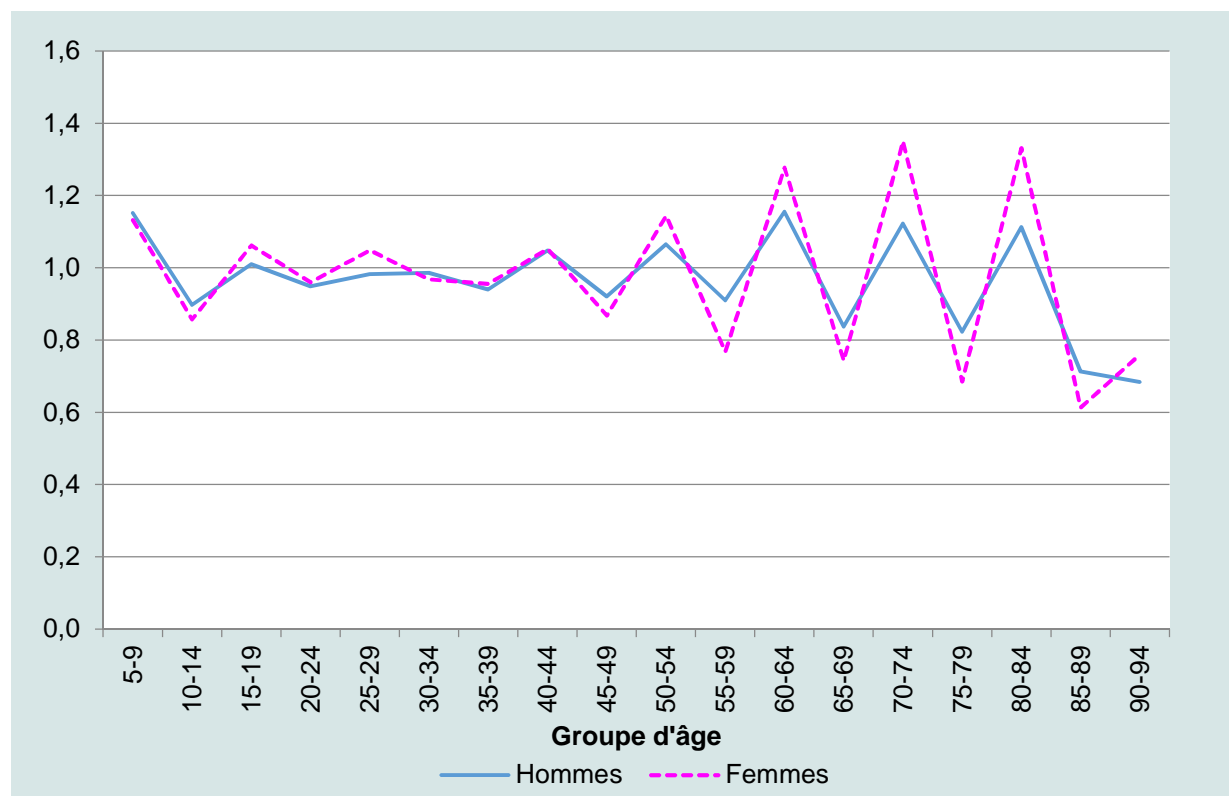
Le rapport d'âge pour un groupe d'âge donné est le ratio du double de la population dans ce groupe d'âge à la somme de la population dans chacun des groupes d'âge adjacents.

$$nRAx = \frac{2 * nNx}{(nNx - 5 + nNx + 5)} * 100$$

Le graphique 1.2 présente les rapports d'âges par groupe quinquennal selon le sexe. Si les âges sont bien déclarés, les rapports d'âges sont généralement proches de l'unité. La courbe oscillerait légèrement autour de un. L'examen du graphique ci-dessous montre que les rapports d'âges sont proches de un entre 15 et 50 ans. Mais aux plus jeunes âges (0-4 ans) et aux âges avancés (plus de 50 ans) on note une forte fluctuation indiquant des omissions et des déplacements d'âge. L'allure de la courbe fait croire à un déplacement des d'enfants âgés de 5-9 ans vers le groupe 10-14 ans.

A partir de 60 ans on devrait normalement assister à une chute régulière des rapports d'âges, étant donné l'accroissement rapide de la mortalité aux âges élevés. Ce qui n'est pas le cas sur la figure ci-dessous. Ces résultats confirment également la mauvaise qualité des données collectées.

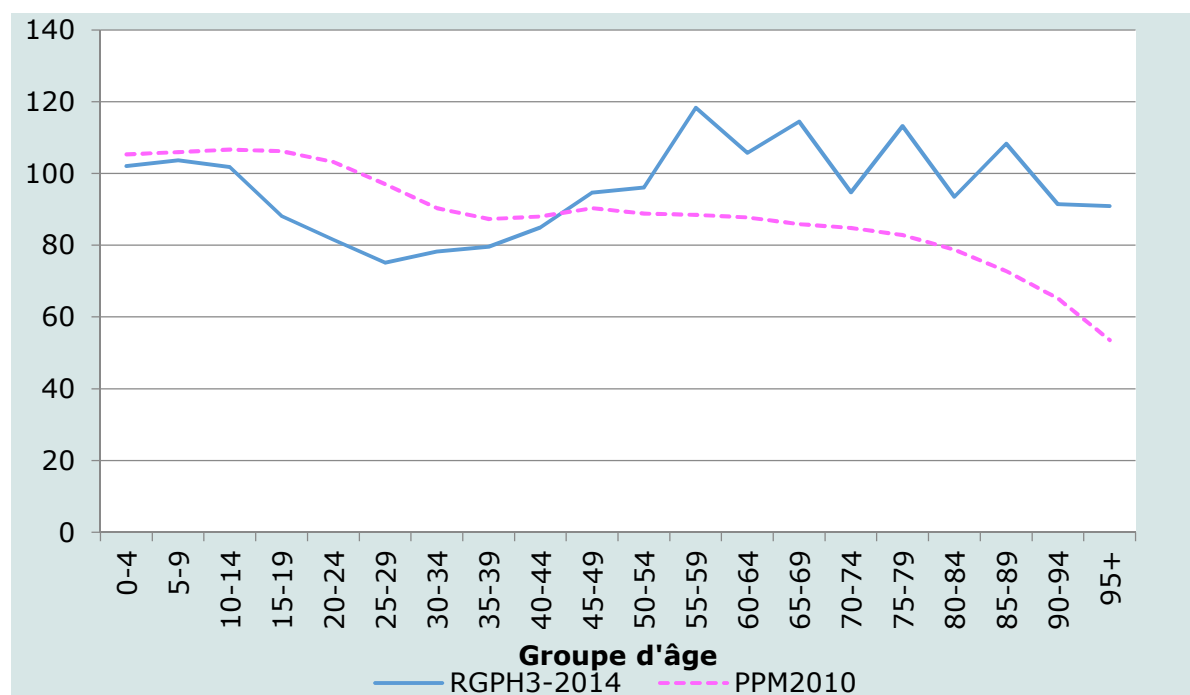
**Graphique 1-2 : Courbe des rapports d'âge, Guinée, 2014**



#### Rapport de masculinité

Une autre façon d'évaluer la qualité des données sur l'âge est de comparer les rapports de masculinité de la population guinéenne aux rapports de masculinité d'une population type, en l'occurrence la population mondiale. Le graphique 1.3 donne les courbes des rapports de masculinité de la population guinéenne (RGPH-2014) et de la population mondiale<sup>8</sup>. L'examen de l'allure des deux courbes montre que les rapports de masculinité trouvés pour la Guinée sont très différents de ceux attendus. En effet, entre 15 et 45 ans la courbe de la population guinéenne est nettement en dessous de celle de la population mondiale, montrant des proportions d'âge nettement inférieures à ceux attendus. Par contre à partir de 45 ans la courbe de la population guinéenne est nettement au-dessus. Ces résultats suggèrent qu'il y a une sous-estimation de la population dénombrée entre 15 et 45 ans. A l'opposé, la situation observée à partir de 45 ans signifie que la moyenne d'âge de la population guinéenne en 2014 est supérieure à la moyenne mondiale. Visiblement les déclarations d'âge sont très mauvaises dans ces données.

<sup>8</sup> PPM 2010 : Nations Unies perspectives population mondiale 2010.

**Graphique 1-3 : Courbe des rapports de masculinité, RGPH3-2014 et PPM2015.**


**Comparaison des naissances des 12 derniers mois aux enfants âgés de 0 an révolu**


Si les âges à la naissance et au décès des enfants de moins d'un an sont bien déclarés, le nombre attendu de naissances « N » devrait être presque égal à la somme des effectifs des enfants âgés de 0 an révolu « O » et les décès d'enfants de moins d'un an « D » survenus au cours des 12 derniers mois ( $N=O+D$ ) ; si les migrations des jeunes enfants sont considérées négligeables (Wakam, 2003).

Dans l'ensemble, on note une différence de 7% entre les effectifs d'enfants de 0 ans révolus survivants au cours des 12 derniers mois et la population de 0 an recensée. Autrement dit, la population de 0 an révolu dénombrée est inférieure de 7% à l'effectif des enfants survivants des 12 derniers mois. Cet écart est important. Il peut provenir de trois sources :

- un sous-dénombrement des enfants de moins d'un an;
- une omission des décès infantiles;
- une surestimation des naissances des 12 derniers mois.

**Tableau 1.4 : Répartition de la population de 0 an, des enfants survivants des 12 derniers mois et écart relatif entre la population de 0 an et les enfants survivants selon le sexe**


Région administrative	Population de 0 an par sexe			Enfants survivants masculins 12 derniers mois	Enfants survivants féminins 12 derniers mois	Total Enfants survivants 12 derniers mois	Ecart (naissances 12 derniers mois et-population de 0 an)		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Boké	16 459	16 258	32 717	17 548	17 977	35 525	-6%	-10%	-8%
Conakry	22 105	21 423	43 528	24 275	24 460	48 735	-9%	-12%	-11%
Faranah	13 848	13 403	27 251	15 697	16 008	31 705	-12%	-16%	-14%
Kankan	36 722	35 655	72 377	38 960	39 158	78 118	-6%	-9%	-7%
Kindia	25 148	24 984	50 132	26 714	27 462	54 176	-6%	-9%	-7%
Labé	14 374	14 394	28 768	14 641	14 898	29 539	-2%	-3%	-3%
Mamou	10 140	9 899	20 039	10 393	10 202	20 595	-2%	-3%	-3%
Nzérékoré	24 761	24 314	49 075	25 376	26 215	51 591	-2%	-7%	-5%
<b>Guinée</b>	<b>163 557</b>	<b>160 330</b>	<b>323 887</b>	<b>173 604</b>	<b>176 380</b>	<b>349 984</b>	<b>-6%</b>	<b>-9%</b>	<b>-7%</b>

 Calcul du taux de mortalité infantile et du quotient de mortalité infantile à partir des naissances et des décès des 12 derniers mois

Le tableau 1.5 donne la répartition des naissances vivantes des 12 derniers mois, des décès survenus ainsi que le taux et quotient de mortalité infantile. Dans l'ensemble, il y a eu 416 607 naissances vivantes au cours des 12 derniers mois et 36 556 décès d'enfants âgés de moins d'un an. Les indices calculés (TMI et 1Q0) montrent que le niveau de la mortalité est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain et pour les garçons que pour les filles. Ce schéma correspond à ce qui est attendu et n'indique pas une sous-estimation ou une surestimation de la mortalité infantile.

**Tableau 1.5 : Répartition des naissances des 12 derniers mois, des décès de moins d'un an, taux de mortalité infantile et quotient de mortalité infantile 9 selon le sexe**

	Masculin	Féminin	Ensemble
<b>Guinée</b>			
Naissances vivantes	204 318	212 289	416 607
Décès de < 1 an	20 751	15 805	36 556
TMI(en pour 1000)	101,6	74,5	87,7
${}_1Q_0$ (en pour 1000)	95,1	85,7	99,1
<b>Urbain</b>			
Naissances vivantes	61 383	64 448	125 831
Décès de < 1 an	5 579	4 280	9 859
TMI(en pour 1000)	90,9	66,4	78,4
${}_1Q_0$ (en pour 1000)	85,7	63,6	74,4
<b>Rural</b>			
Naissances vivantes	142 935	147 841	290 776
Décès de < 1 an	15 172	11 525	26 697
TMI(en pour 1000)	106,1	78,0	91,8
${}_1Q_0$ (en pour 1000)	99,1	74,1	86,5

 Taux de mortalité par âge

Les mauvaises déclarations des âges et les fortes variations par âge des taux de couverture des personnes recensées peuvent influencer substantiellement sur les niveaux de la mortalité estimés à partir des décès des 12 derniers mois. Il est dès alors important d'examiner les taux de mortalité par âge. Le tableau 1.5 et les graphiques 1.4 et 1.5 présentent les taux de mortalité observés par groupe d'âge. Les courbes sont une forme en « U » qui est la caractéristique des pays à mortalité élevée.

Les taux de mortalité observés sont très élevés aux jeunes âges (avant 10 ans) et aux âges élevés (après 50 ans). Chez les enfants de moins de cinq ans les taux sont respectivement (113 pour 1000 avant un an et 14 pour 1000 entre 1 et 4 ans révolus). A partir de cinq ans, on constate une baisse des taux de mortalité qui atteint son minimum vers l'âge de 10 ans (2,8 ‰) ; ce niveau se maintient jusqu'à 40 ans environ, avant de croître de nouveau jusqu'à l'âge limite de 85 ans (154 ‰).

<sup>9</sup> Le quotient de mortalité infantile a été déduit du TMI à l'aide de la relation suivante (hypothèse linéaire) :  ${}_1Q_0 = \frac{1t_0}{(1 + 0,67*1t_0)}$

**Tableau 1.6 : Taux de mortalité survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires par groupe d'âge selon le milieu de résidence et le sexe.**

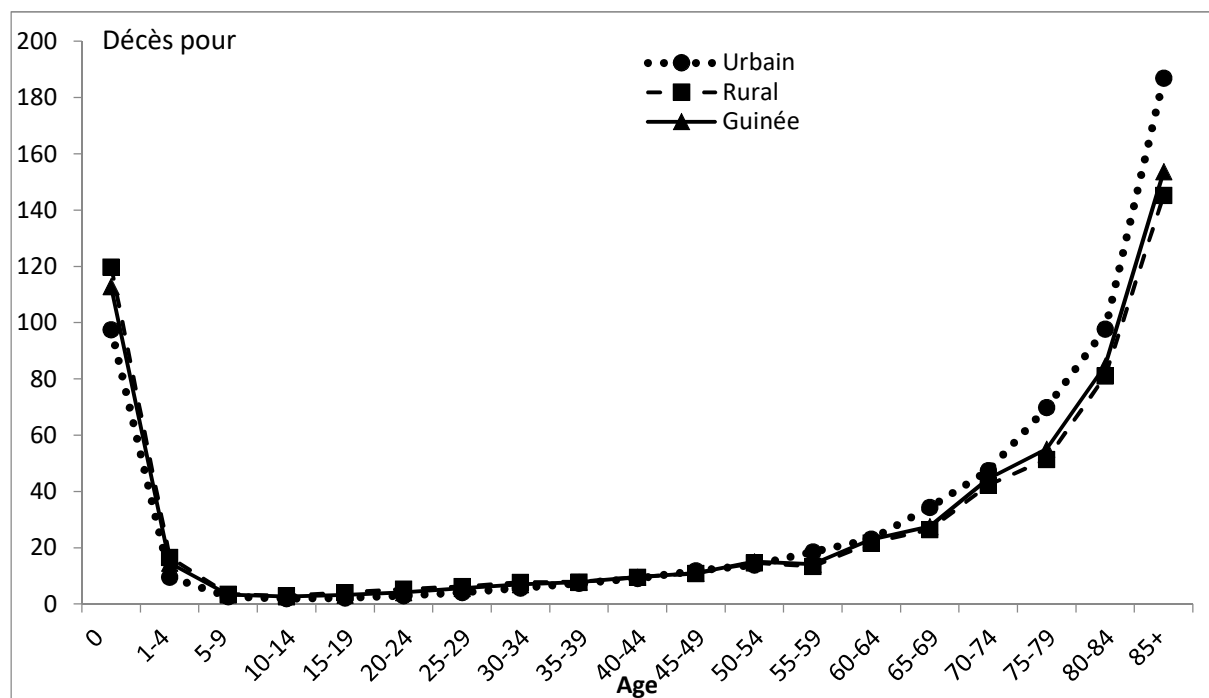
Age	Guinée			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0	126,9	98,6	112,9	109,2	85,7	97,5	134,9	104,4	119,8
1 à 4 ans	15,5	13,7	14,6	10,1	9,1	9,6	17,7	15,5	16,6
5 à 9 ans	3,6	3,0	3,3	2,8	2,5	2,7	3,9	3,2	3,6
10 à 14 ans	2,9	2,3	2,6	2,3	1,6	2,0	3,2	2,7	3,0
15 à 19 ans	3,1	3,3	3,2	2,1	2,0	2,0	4,0	4,3	4,1
20 à 24 ans	4,5	4,0	4,2	2,8	2,9	2,9	6,4	4,8	5,4
25 à 29 ans	5,8	5,4	5,6	4,2	4,8	4,5	7,2	5,8	6,3
30 à 34 ans	7,6	6,5	7,0	5,3	6,1	5,7	9,3	6,8	7,8
35 à 39 ans	8,9	6,9	7,8	7,8	7,3	7,5	9,7	6,7	7,9
40 à 44 ans	11,1	8,2	9,6	10,2	8,8	9,5	11,7	8,0	9,6
45 à 49 ans	13,0	9,0	10,9	11,5	10,2	10,9	13,8	8,4	10,9
50 à 54 ans	17,7	12,6	15,1	16,7	15,1	16,0	18,2	11,6	14,7
55 à 59 ans	16,4	11,5	14,2	16,5	14,7	15,7	16,3	10,1	13,4
60 à 64 ans	25,8	19,9	22,9	28,2	22,5	25,8	24,6	18,9	21,8
65 à 69 ans	30,7	24,1	27,6	31,7	29,4	30,7	30,3	22,3	26,5
70 à 74 ans	51,0	38,5	44,6	56,9	46,4	51,7	49,0	36,1	42,3
75 à 79 ans	60,8	48,6	55,1	75,8	59,3	67,6	56,8	45,3	51,5
80 à 84 ans	91,7	78,2	84,7	115,1	84,2	97,7	86,1	76,4	81,2
85 ans et +	164,4	143,3	153,8	224,8	162,9	187,0	153,0	136,9	145,4
<b>Ensemble</b>	<b>13,9</b>	<b>10,8</b>	<b>12,3</b>	<b>10,4</b>	<b>8,8</b>	<b>9,6</b>	<b>15,9</b>	<b>11,9</b>	<b>13,8</b>

 *Variation des taux de mortalité selon le milieu de résidence*

Le graphique 1-4 donne l'allure des taux des taux de mortalité par âge selon le milieu de résidence. Avant 10 ans, la courbe des taux de mortalité en milieu rural est légèrement au-dessus de celle du milieu urbain. Ceci signifie que la mortalité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain à ces âges. Cette situation est logique compte tenu de la disponibilité plus grande des infrastructures sanitaires en ville qu'en campagne. Entre 10 ans et 55 ans, les courbes sont confondues, indiquant qu'il n'y a pratiquement pas de différence de mortalité entre les deux milieux de résidence à ces âges. A partir de 60 ans, les taux de mortalité observés en milieu urbain sont plus élevés que ceux du milieu rural, ce qui suggère une mortalité plus élevée en milieu urbain dans cette tranche d'âge.

Le fait que la séquence des taux, dans chacune des deux sous-populations, ne présente pas d'anomalies frappantes signifie que les sous-déclarations de décès varient peu selon l'âge ; sans doute en raison d'une même erreur d'estimation de la période des 12 derniers mois.

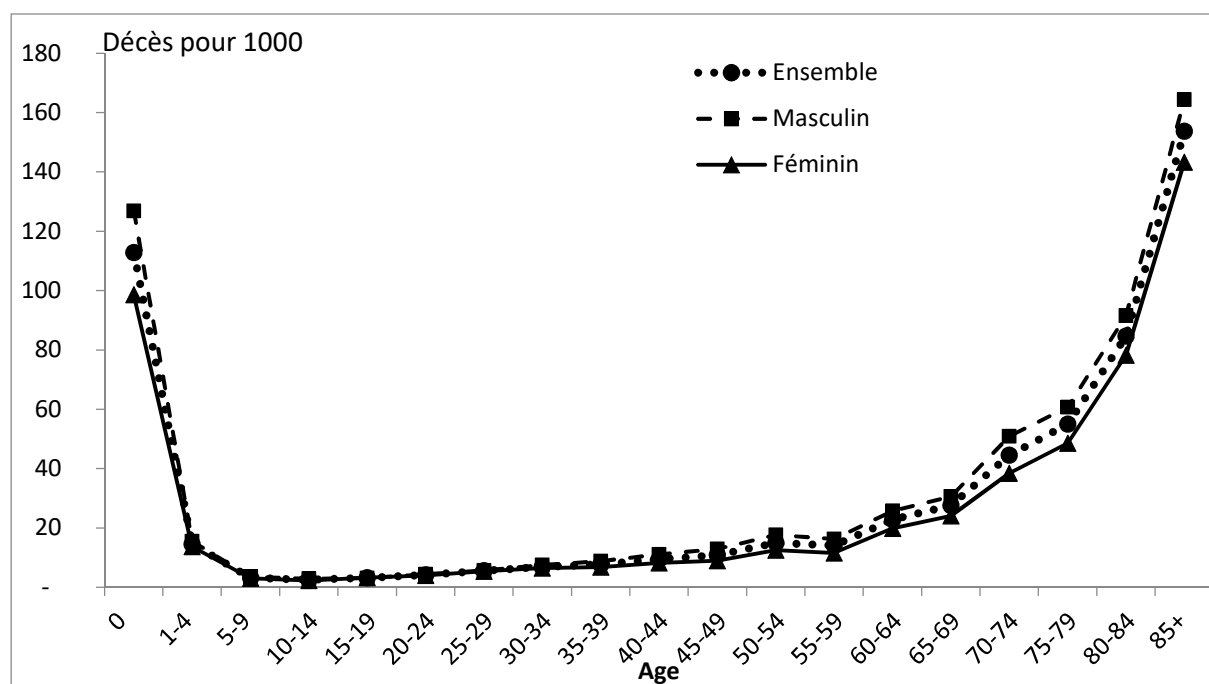
Graphique 1-4 : Courbe des taux de mortalité par âge selon le milieu de résidence



 Variation des taux de mortalité selon le sexe

L'analyse des courbes des taux de mortalité par âge indique qu'à tous les âges la mortalité est plus élevée pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. De légères fluctuations sont observées, notamment aux âges élevés suggérant des cas d'omissions des décès ou des mauvaises déclarations d'âge.

Graphique 1-5 : Taux de mortalité par âge selon le sexe



### Comparaison des décès observés et des décès attendus

Une autre technique d'évaluation de la complétude des décès enregistrés lors du dénombrement est de comparer les décès observés à ceux attendus si le niveau de la mortalité restait inchangé entre les deux recensements. Les décès attendus ont été calculés sous l'hypothèse que le niveau de la mortalité en 2014 est le même que celui de 1996. Les taux de mortalité de 1996 ont été donc appliqués à la structure par âge de la population observée en 2014. Sous cette hypothèse, on aurait dénombré dans l'ensemble du pays 136 374 décès, dont 52% de décès masculins et 48% de décès féminins. Par rapport à l'effectif absolu des décès dénombrés (129 548) on note une baisse sensible. Cette situation correspond bien à ce qui est attendu car la mortalité des enfants a significativement baissé selon les résultats des précédentes enquêtes démographiques et de santé (EDS-1999, EDS-2005 et EDS-2012). Le quotient de mortalité infantile étant passé de 98 pour mille en 1999 à 67 pour mille en 2012.

**Tableau 1.7 : Répartition des décès observés et des décès attendus selon l'âge et le sexe**

Age	Décès observés			Décès attendus		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0	20 751	15 805	36 556	21 753	20 843	42 753
1 à 4 ans	11 308	9 775	21 083	18 618	16 609	35 283
5 à 9 ans	3 128	2 533	5 661	3 403	3 197	6 684
10 à 14 ans	1 821	1 416	3 237	1 624	1 472	3 095
15 à 19 ans	1 630	1 955	3 585	1 662	2 004	3 660
20 à 24 ans	1 806	1 969	3 775	1 537	1 737	3 243
25 à 29 ans	1 934	2 416	4 350	1 568	1 643	3 267
30 à 34 ans	2 077	2 289	4 366	1 482	1 613	3 063
35 à 39 ans	1 986	1 923	3 909	1 294	1 317	2 616
40 à 44 ans	2 226	1 942	4 168	1 440	1 296	2 788
45 à 49 ans	2 063	1 504	3 567	1 366	1 074	2 449
50 à 54 ans	2 562	1 899	4 461	1 798	1 404	3 196
55 à 59 ans	1 857	1 106	2 963	1 884	921	2 785
60 à 64 ans	2 695	1 964	4 659	2 184	1 572	3 702
65 à 69 ans	2 070	1 420	3 490	1 450	1 131	2 578
70 à 74 ans	2 884	2 297	5 181	2 240	1 863	4 081
75 ans et +	7 878	6 659	14 537	5 913	5 256	11 131
<b>Ensemble</b>	<b>70 676</b>	<b>58 872</b>	<b>129 548</b>	<b>71 216</b>	<b>64 953</b>	<b>136 374</b>

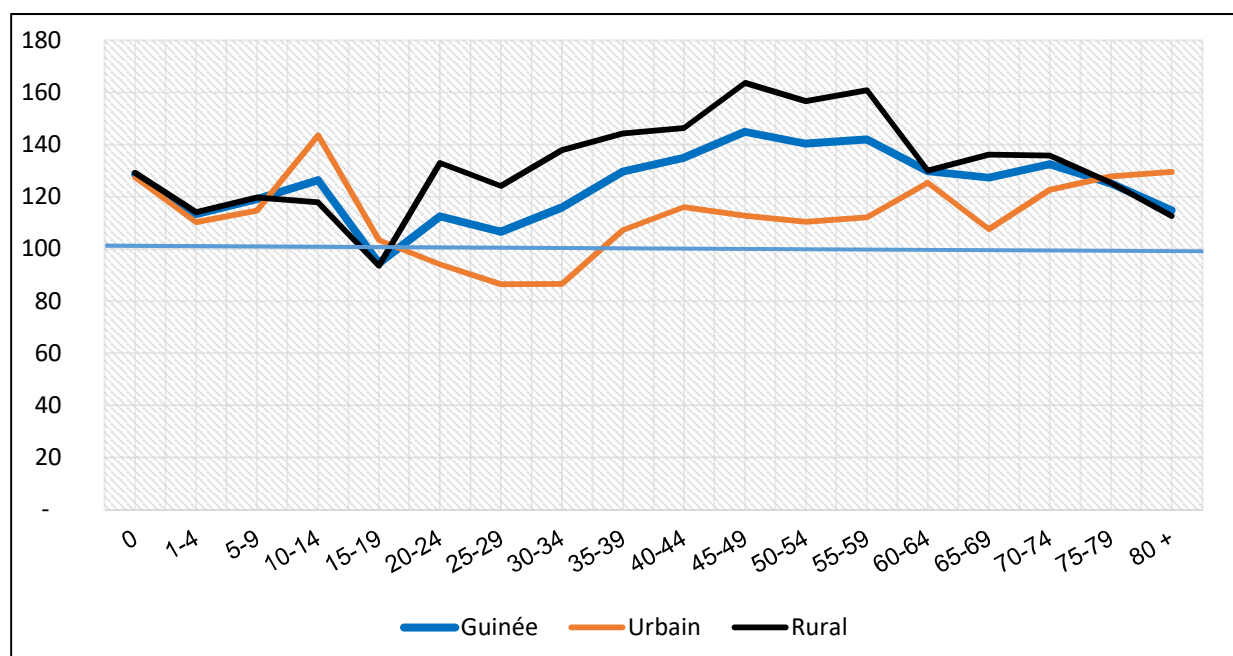
### Rapport de masculinité des décès par âge

Pour évaluer la qualité de la mortalité, on examine également les rapports de masculinité des décès par âge. De façon générale, le niveau de mortalité féminine est inférieur, aux bas âges (avant 10 ans) et aux âges élevés (au-delà de 55 ans), à celui des hommes (Akoto & al, 1998). Dans les pays développés, le rapport de masculinité à la naissance est typiquement de l'ordre de 105, alors qu'il est plus proche de 100 en Afrique subsaharienne. Le rapport de masculinité aux âges avancés est plus faible pour les populations âgées (pays développés à faible fécondité) et plus élevé pour les populations jeunes (pays en développement à forte fécondité).

Le graphique 1.6 présente les courbes des rapports de masculinité des décès selon le milieu de résidence. L'allure de la courbe indique que dans l'ensemble, à tous les âges, la mortalité masculinité est supérieure à celle féminine.

En général, la mortalité féminine est supérieure à celle masculine aux âges de procréation (15-49 ans). Dans l'ensemble, les rapports de masculinité de décès sont supérieurs à 100 dans tous les groupes d'âges, indiquant une surmortalité féminine, hormis pour le groupe d'âge 15-19 ans. Mais en milieu urbain, on observe une surmortalité masculine entre 20 et 40 ans. Ces résultats confirment la mauvaise qualité des données sur les décès des 12 derniers mois.

**Graphique 1-6 : Rapport de masculinité des taux de mortalité par groupes d'âges**



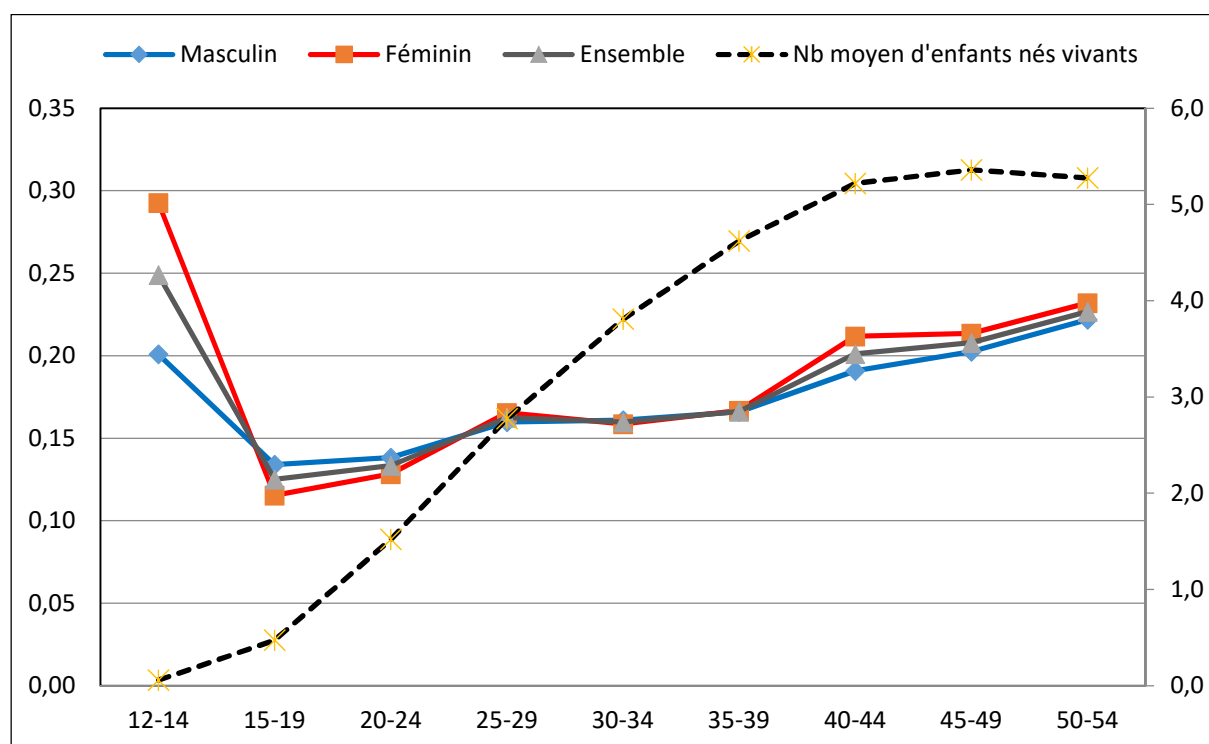
#### Proportion d'enfants survivants

La proportion d'enfants décédés<sup>10</sup> est aussi un indicateur d'évaluation de la qualité des données sur la mortalité des enfants. Le tableau 1.6 donne les proportions d'enfants décédés selon le groupe d'âge de la mère et le sexe de l'enfant.

Le graphique 1.7 montre qu'on a une surmortalité des enfants issus des femmes âgées de moins de 15 ans et de celles de 35 à 54 ans. Généralement, on s'attend à un pourcentage plus important d'enfants décédés pour les femmes ayant moins de 20 ans du fait de leur immaturité physiologique. Mais avec ces données on remarque qu'à partir de 15 ans la proportion d'enfants décédés augmente régulièrement jusqu'à 54 ans. Cette situation n'est pas correcte à moins qu'il n'y ait transfert des événements du groupe d'âge 15-19 ans vers les groupes d'âges adjacents 12-14 ans et 20-24 ans. Mais si on ne s'en tient qu'aux femmes âgées de 15-49 ans on observe une croissance régulière de la proportion d'enfants décédés avec l'âge de la mère.

<sup>10</sup> La proportion d'enfants décédés parmi les enfants nés vivants,  ${}_5PD_x$ , est calculée comme le complément à l'unité du rapport entre le nombre d'enfants survivants et le nombre d'enfants nés vivants.



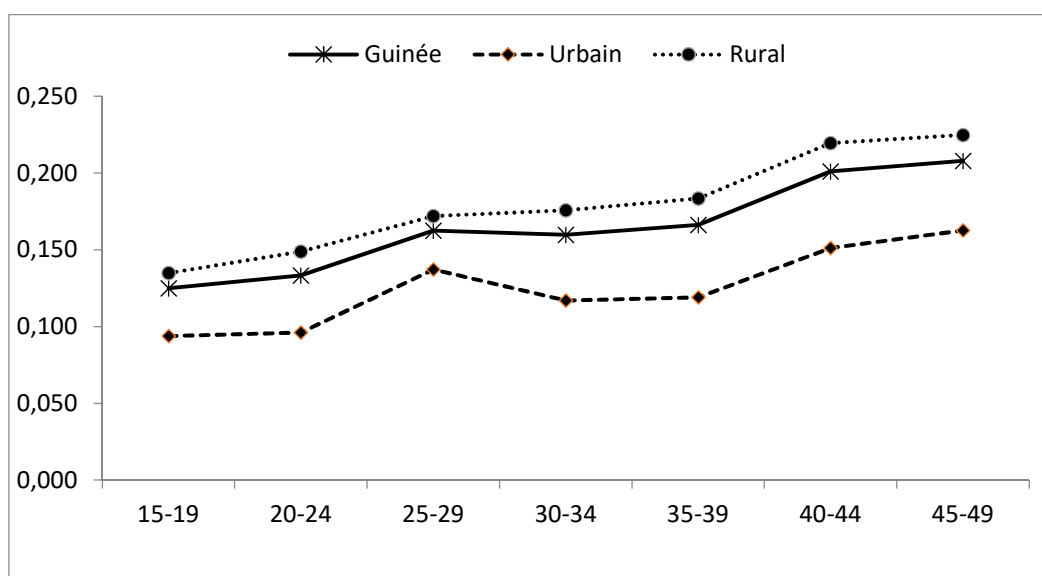
**Graphique 1-7 : Proportion d'enfants décédés par sexe et nombre moyen d'enfants nés vivants par groupe d'âge de la mère**


Cependant, la descendance moyenne calculée augmente régulièrement avec l'âge de la mère. Ce constat est conforme à ce qui est généralement observé. En effet, si la structure de la fécondité ne souffre pas de mauvaises déclarations d'âge, la parité moyenne devrait croître avec l'âge des mères et se stabiliser aux derniers groupes d'âge. Ce qui est le cas ici car à partir de 40-44 ans, le nombre moyen d'enfants nés vivants par femmes est constant.

**Tableau 1.8 : Enfants nés vivants et survivants par groupe d'âge de la mère selon le sexe de l'enfant.**

Groupe d'âge	Nombre moyen d'enfants nés vivants			Nombre moyen d'enfants survivants			Proportion décédés, ${}_5PD_x$		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
12 à 14 ans	0,03	0,03	0,06	0,02	0,02	0,04	0,20	0,29	0,25
15 à 19 ans	0,24	0,23	0,48	0,21	0,20	0,42	0,13	0,12	0,13
20 à 24 ans	0,78	0,74	1,52	0,67	0,65	1,32	0,14	0,13	0,13
25 à 29 ans	1,42	1,36	2,78	1,19	1,13	2,32	0,16	0,17	0,16
30 à 34 ans	1,94	1,87	3,81	1,63	1,57	3,20	0,16	0,16	0,16
35 à 39 ans	2,36	2,26	4,62	1,97	1,88	3,85	0,17	0,17	0,17
40 à 44 ans	2,65	2,58	5,22	2,14	2,03	4,17	0,19	0,21	0,20
45 à 49 ans	2,72	2,64	5,36	2,17	2,07	4,25	0,20	0,21	0,21
50 à 54 ans	2,69	2,59	5,28	2,09	1,99	4,08	0,22	0,23	0,23

L'examen des données par milieu et région montre que c'est en milieu urbain, notamment à Conakry que les données sur les naissances sont les plus défectueuses. Des naissances vivantes ont probablement été omises ou mal classées principalement à Conakry. Ces erreurs de déclaration peuvent provenir d'un sous-dénombrement des enfants ou d'inclusion d'enfants morts nés alors qu'on ne s'intéresse qu'aux enfants nés vivants.

**Graphique 1-8 : Courbe des proportions de décès d'enfants par groupe d'âge de la mère selon le milieu de résidence**


#### Rapport de masculinité des enfants décédés

Si les données des enfants survivants sont classées par sexe, on peut s'assurer de leur cohérence en calculant les taux de masculinité (rapports numériques des garçons sur les filles) pour les enfants nés vivants classés par âge de la mère. L'idéal serait que les taux ne varient pas systématiquement avec l'âge et que leurs valeurs se situent entre 1,02 et 1,07. Des taux supérieurs à 1,07 ou inférieurs à 1,02 indiqueraient des omissions différentes selon le sexe ou des erreurs de déclaration de sexe ou d'âge (NU, 1984).

Le calcul des rapports de masculinité d'enfants nés vivants n'indique pas de discordance apparente. Dans l'ensemble, le rapport de masculinité est de 1,04 ; il est proche de la valeur idéal de 1,05. Les données du tableau 1.7 ne montrent pas d'écart important entre les taux des différents groupes d'âge sauf pour les femmes de 12-14 ans. Il n'y a pas omission manifeste d'enfants d'un sexe par rapport à l'autre.

**Tableau 1.9: Rapport de masculinité des enfants nés vivants selon le milieu de résidence**

Groupe d'âge de la mère	Rapport de masculinité		
	Ensemble	Urbain	Rural
12 à 14 ans	0,909	1,089	0,847
15 à 19 ans	1,055	1,056	1,054
20 à 24 ans	1,051	1,063	1,046
25 à 29 ans	1,043	1,044	1,042
30 à 34 ans	1,041	1,050	1,038
35 à 39 ans	1,045	1,053	1,042
40 à 44 ans	1,028	1,026	1,028
45 à 49 ans	1,033	1,041	1,030
50 à 54 ans	1,041	1,054	1,036
Ensemble	1,040	1,047	1,038

#### 1.2.4.2. Évaluation de la qualité des données sur la mortalité maternelle

Un avantage important de mesurer la mortalité maternelle à travers le recensement est la possibilité de désagréger l'analyse au niveau sous-national (milieu de résidence et régions) et pour certains sous-groupes de population. Ces estimations de la mortalité maternelle ne sont pas affectées par les erreurs d'échantillonnage puisque toute la population est couverte.

Il existe une expertise substantielle sur l'évaluation des données du recensement sur les décès récents par âge et les naissances récentes par âge de la mère (Hill & al, 2001). Des méthodes démographiques standards peuvent être appliquées pour évaluer la qualité des données utilisées pour calculer les indicateurs de mortalité maternelle. Dans certains cas, des ajustements peuvent être faits pour corriger les omissions et les déplacements de date de naissance ou de décès.

#### Estimation de la complétude d'enregistrement des naissances

La méthode des rapports P/F de William BRASS, permet de comparer les parités moyennes ( $P_i$ ) des femmes à un indicateur équivalent ( $F_i$ ) calculé à partir des naissances vivantes des 12 derniers mois. Dans le cas d'une bonne déclaration des naissances, le rapport entre les  $P_i$  et les  $F_i$  sera proche de l'unité. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si les naissances des 12 derniers mois n'ont pas été bien déclarées, les rapports seront supérieurs à 1. Cette dernière situation correspond au cas où il y a sous-estimation du nombre de naissances des douze derniers mois. Dans ce cas, un facteur de correction est calculé et appliqué pour ajuster ces naissances. Les parités moyennes des femmes de 20-24 ans et 25-29 ans sont utilisées pour corriger les niveaux de fécondité observés. En effet, la méthode repose sur l'hypothèse que les parités déclarées à l'enquête par les femmes jeunes (moins de 30 ans ou 35 ans) sont plus proches du niveau réel que celles déclarées par les femmes plus âgées.

Les résultats des calculs de la parité moyenne, de la fécondité par groupe d'âge, de la fécondité moyenne cumulée et des rapports P/F sont présentés dans le tableau 1.10. L'application de cette méthode aux données du RGPH-2014 a permis de déceler un taux de sous-estimation assez élevé des naissances des douze derniers mois. En effet, pour tous les groupes d'âges, le rapport P/F dépasse 1 comme on peut le constater au tableau 1.10. La moyenne des rapports P/F pour les groupes des 20-24 ans et 25-29 ans est 1,32. Cela suggère que le nombre observé de naissances dans les 12 mois précédents le recensement a été sous enregistré, et devrait être augmenté d'environ 32%.

**Tableau 1.10 : Application de la méthode P/F de Brass pour évaluer la complétude de l'enregistrement des naissances récentes des femmes, Guinée, RGPH-2014**

Groupe d'âge $i$	Nombre de femmes (12-54 ans) $N_i$	Nombre enfants nés vivants $CEB_i$	Naissances vivantes des 12 derniers mois $T_i$	Parité moyenne $P_i$	Fécondité par groupe d'âge $i$ , $f_i$	Fécondité moyenne cumulée $F_i$	Rapport P/F par groupe d'âge, $P_i/F_i$
15 à 19 ans	589 555	280 325	62 085	0,475	0,1053	0,281	1,692
20 à 24 ans	496 263	754 108	96 498	1,520	0,1944	1,097	1,385
25 à 29 ans	444 157	1 230 499	101 210	2,770	0,2279	2,191	1,265
30 à 34 ans	350 747	1 329 478	72 323	3,790	0,2062	3,276	1,157
35 à 39 ans	280 112	1 286 435	44 261	4,593	0,1580	4,170	1,101
40 à 44 ans	235 595	1 223 789	21 347	5,194	0,0906	4,745	1,095
45 à 49 ans	167 746	890 587	9 266	5,309	0,0552		
50 à 54 ans	150 935	790 767	6 123	5,239	0,0406		
<b>Total</b>	<b>2 715 110</b>	<b>7 785 988</b>	<b>413 113</b>				

Mais l'utilisation de ce facteur d'ajustement pour compenser l'imperfection de l'enregistrement des naissances récentes n'est appropriée que dans un contexte de fécondité stable au cours d'une période prolongée (Hill & al, 2001). Ce qui est le cas en Guinée car, l'ISF qui était de 5,7 en 1996 est resté pratiquement constant. Il a été estimé en 2014 à 5,6 enfants par femme.

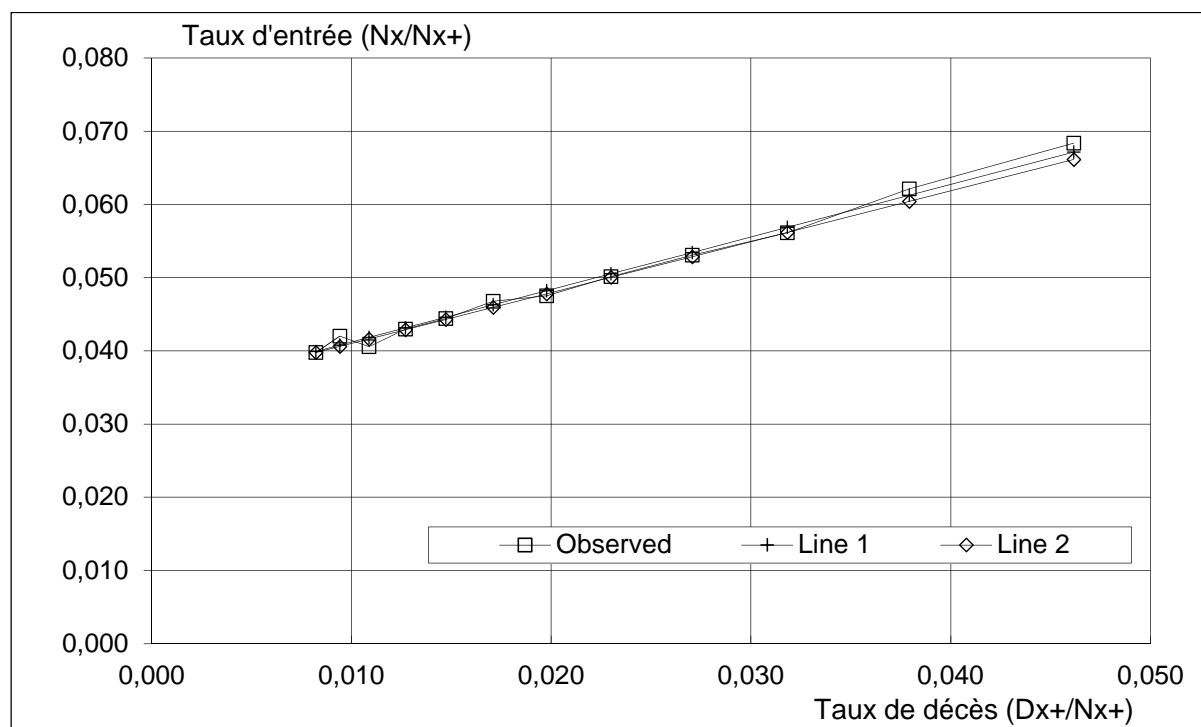
#### Estimation de la complétude d'enregistrement des décès

La méthode générale du solde d'accroissement de Brass est l'une des méthodes d'estimations du taux d'enregistrement des décès parmi les plus utilisées. Elle compare les taux de décès selon l'âge basés sur le nombre enregistré de décès dans le recensement aux taux de décès implicites à la répartition de la population selon l'âge (Hill & al, 2001). Si la déclaration des âges est bonne et/ou la sous-estimation

des décès ne varie pas selon l'âge, on a donc une relation linéaire entre la proportion de personnes d'âge  $x$  dans la population d'âge  $(x \text{ et } +)$  et le taux de mortalité du groupe d'âges  $(x \text{ et } +)$ . La pente de la droite d'ajustement donne le facteur de correction qui est l'inverse du taux de couverture ; son ordonnée à l'origine sera le taux d'accroissement (Tabutin, 1999).

L'application de la méthode du solde d'accroissement de Brass aux données du RGPH3 (procédure GRBAL du logiciel PAS) montre que les points pour les différentes tranches d'âges sont quasiment tous alignés. Ce qui signifie que le degré de complétude de l'enregistrement des décès est le même pour tous les groupes d'âge.

**Graphique 1-9 : Proportion des personnes d'âge  $(x+)$  et des décès des groupes d'âge  $(x+)$**



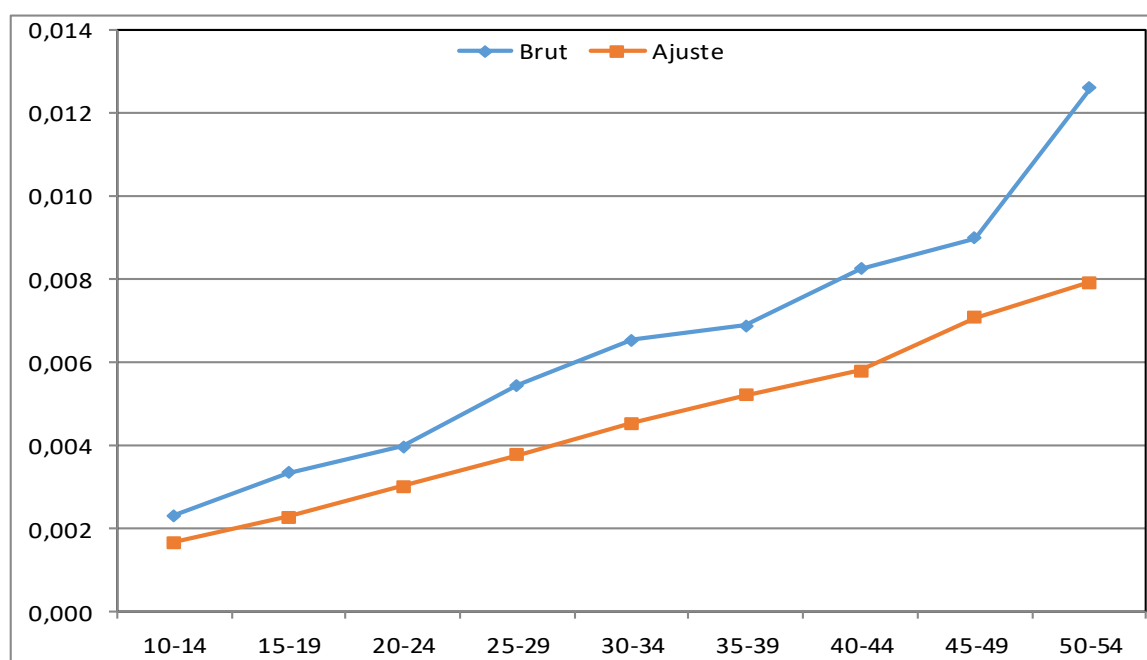
Les calculs effectués donnent un facteur de correction (pente) de 0,718. Le taux de complétude de l'enregistrement des décès étant l'inverse de ce coefficient, il est donc de 1,39. Ce résultat suggère que lors du RGPH3 les décès ont été sur-déclarés d'environ 39% (10% en milieu urbain et 52% en milieu rural). De même, le taux d'accroissement intercensitaire en Guinée serait de 3,4% (3,6% en milieu urbain et 3,2% en milieu rural).

Ce résultat pourrait être dû à deux raisons principales : la première c'est l'inclusion de décès qui sont survenus plus de 12 mois avant le dénombrement, et la deuxième raison est liée à un sous-dénombrement de la population. En effet, selon Hill « *si le recensement a manqué une proportion substantielle de la population, mais que les décès ont été adéquatement enregistrés, l'estimation donnerait une couverture des décès plus que complète* » (Hill & al, 2001).

**Tableau 1.11 : Coefficient de correction, taux d'accroissement, taux de couverture et coefficient de corrélation utilisé dans l'ajustement des données, Guinée, RGPH-2014**

	Coefficient de correction	Taux d'accroissement	Taux de complétude des décès (%)	Coefficient de corrélation R <sup>2</sup>	Coefficient de correction utilisé
<b>Guinée</b>	0,7181	0,0340	139,26	0,997	0,7181
Urbain	0,9091	0,0365	110,00	0,916	0,7181
Rural	0,6557	0,0325	152,50	0,900	0,7181
<b>Régions</b>					
Boké	0,6946	0,0348	143,96	0,996	0,6946
Conakry	1,0860	0,0340	66,04	0,900	0,7181
Faranah	0,7796	0,0327	128,27	0,914	0,7796
Kankan	0,5779	0,0402	173,04	0,976	0,5779
Kindia	0,7007	0,0351	142,71	0,993	0,7007
Labé	0,9708	0,0245	103,00	0,804	1,0000
Mamou	1,1600	0,0236	86,21	0,801	1,0000
N'Zérékoré	0,4859	0,0317	205,81	0,987	0,4859

Le graphique 1.10 présente la courbe des taux de mortalité par âge pour les femmes âgées de 10 à 54 ans avant et après ajustement. L'allure des courbes montre que l'ajustement des données effectué a permis de redresser les taux de mortalité, notamment aux âges avancés. La courbe des taux ajustés est rectiligne et les taux sont inférieurs dans tous les groupes d'âge aux taux bruts.

**Graphique 1-10 : Taux bruts et taux ajustés de mortalité des femmes de 10-54 ans**


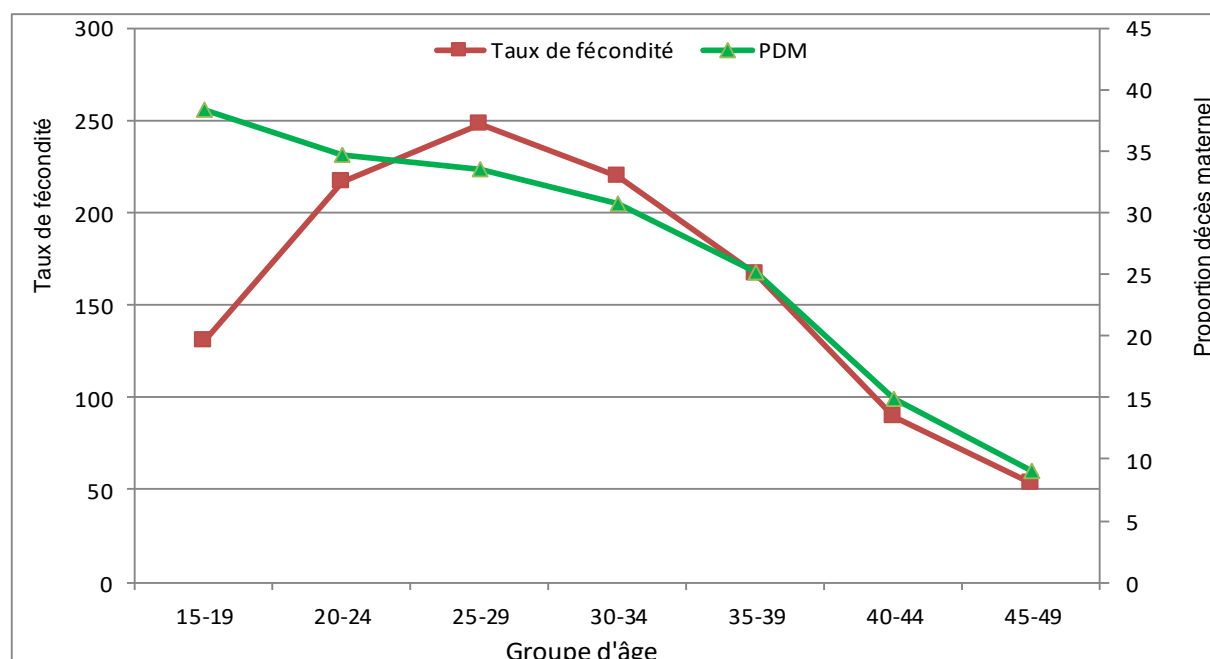
#### Évaluation de la classification des décès maternels

Contrairement aux naissances et aux décès, il n'y a aucun procédé formel pour évaluer le nombre de décès maternels (Hill & al, 2001). Mais « *puisque les données sur la mortalité des femmes adultes constituent la base des données pour la mortalité maternelle, si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage* » (Ayad, 2000; Ayad M. , 2006).

Ainsi, pour évaluer la classification des décès de femmes adultes durant la période de référence selon qu'ils soient reliés ou non à une grossesse, un accouchement ou ayant eu lieu au cours de la période post-partum, on représentera sur le même graphique les taux de fécondité par groupe d'âge et les proportions des décès par causes maternelles. Si les données sont de bonne qualité, on s'attend à ce que la proportion des décès liés à des causes maternelles suive la répartition par âge de la fécondité, tout en étant plus élevée aux âges les plus jeunes et les plus avancés. Cela refléterait les risques obstétriques plus grands pour les femmes de ces catégories. En effet, « *dans la mesure où le risque est constitué par la grossesse, les proportions de décès associés à une grossesse par âge devraient ressembler aux proportions de naissances. Avec peut-être un certain aplatissement qui reflète les risques plus élevés pour les classes d'âge les plus jeunes et les plus âgées* » (Hill & al, 2001).

Le graphique 1.11 donne les taux de fécondité et la proportion de décès maternels pour les femmes de 15-49 ans. La courbe de la PDM n'a pas l'allure attendue. Elle devrait être supérieure dans le groupe d'âges 25-34 ans compte tenu du fait que c'est dans ce groupe d'âges que la fécondité est plus élevée. À partir de 35 ans les deux courbes suivent la configuration attendue, suggérant que la qualité de la classification des décès maternels est acceptable à ces âges adultes.

**Graphique 1-11 : Taux de fécondité et proportion de décès maternels par groupe d'âge**

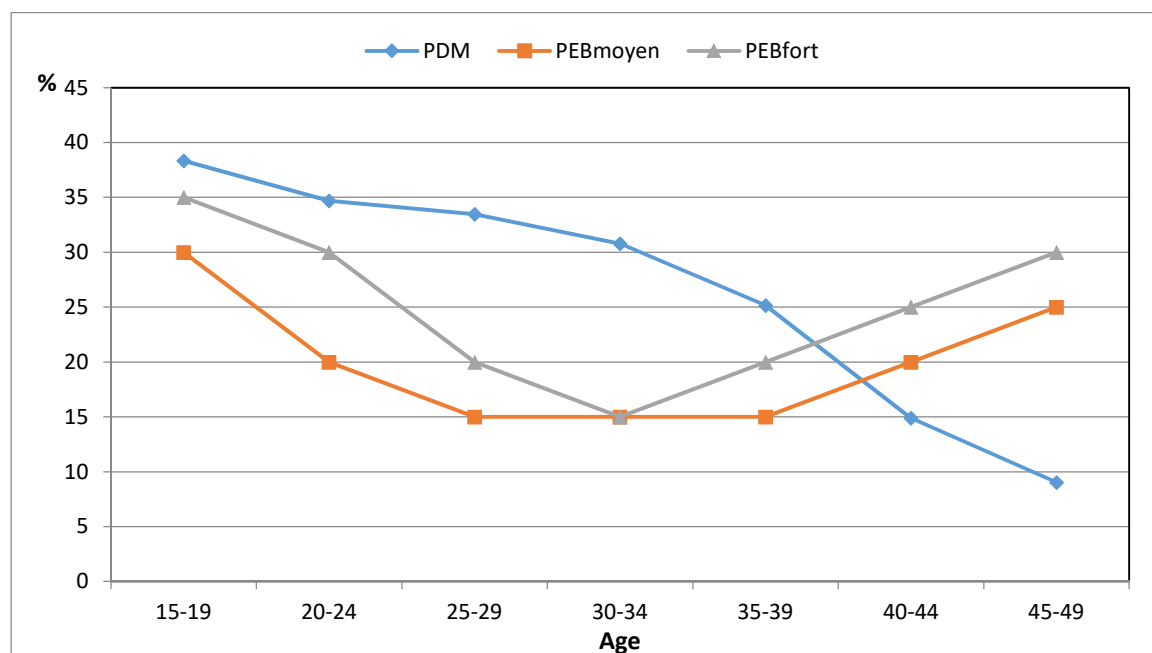


#### Évaluation des proportions de décès maternels

Ties Boerma (1987) a proposé un modèle théorique de distribution des décès maternels pour estimer le taux de mortalité maternelle et le rapport de mortalité maternelle. Le modèle comporte trois niveaux (faible, moyen et fort). Pour chaque modèle, il a proposé des proportions attendues de décès maternels.

Le graphique 1.12 présente les courbes des proportions de décès maternels au recensement de 2014 et la PDM du modèle théorique de Ties Boerma (niveau moyen et fort). La courbe des données observées en 2014 n'épouse pas l'allure du modèle théorique établi par Boerma. Pour les données du RGPH-2014, on note une baisse continue de la proportion de décès maternels observés.

**Graphique 1-12 : Proportion de décès maternels par groupe d'âge selon le RGPH3 et les modèles moyen et fort de Ties Boerma.**



### 1.2.5. Conclusion sur l'évaluation des données

La mortalité est un phénomène qui varie fortement avec l'âge. Les omissions des personnes et les fausses déclarations des âges entraînent des erreurs dans le calcul des taux de mortalité par âge avec comme conséquence directe une sous-estimation ou une surestimation du niveau de la mortalité. C'est pour cette raison que l'évaluation de la qualité des données doit être rigoureuse.

Les différentes techniques utilisées pour évaluer la qualité des données ont montré que les données du RGPH-2014 sont entachées de nombreuses irrégularités : mauvaise déclaration d'âge ou transfert d'effectifs d'un âge à un autre (notamment au niveau des âges ronds) ; sous-estimation des femmes par rapport aux hommes à partir de 50 ans. On a constaté également une sous-estimation de la population de 0 an comparativement aux naissances survivantes. En effet, la population de 0 an révolu est inférieure d'environ 7% des naissances survivantes des 12 derniers mois.

Les courbes des taux de mortalité obtenus à partir des décès des 12 derniers mois ont une forme en « U » qui est la caractéristique des pays à mortalité élevée. Les taux de mortalité observés sont plus élevés aux jeunes âges (avant 10 ans) et aux âges élevés (après 50 ans). A tous les âges la mortalité est plus élevée pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. Le fait que la séquence des taux, dans chacune des deux sous-populations, ne présente pas d'anomalies frappantes signifie que les données seraient de bonne qualité ou que les sous-déclarations de décès varient peu selon l'âge ; sans doute en raison d'une même erreur d'estimation de la période des 12 derniers mois. En général, la mortalité féminine est supérieure à celle masculine aux âges de procréation (15-49 ans).

Dans l'ensemble, les rapports de masculinité de décès sont supérieurs à 100 dans tous les groupes d'âges, indiquant une surmortalité féminine, hormis pour le groupe d'âge 15-19 ans. Mais en milieu urbain, on observe une surmortalité masculine entre 20 et 40 ans. Ces résultats confirment la mauvaise qualité des données sur les décès des 12 derniers mois.

En outre, la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans sur l'ensemble des décès est de 45%, alors que le niveau habituellement observé dans les pays en développement est d'environ 30%, d'où une surestimation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

En conclusion, on peut affirmer que la qualité des données sur la mortalité est médiocre. Comme l'estimation de la couverture des décès est fonction de la couverture de la population, l'on peut également croire que la couverture du dénombrement est aussi imparfaite. Compte tenu des faiblesses constatées, il n'est pas judicieux de mesurer le niveau de la mortalité par les méthodes directes<sup>11</sup>. Pour obtenir des estimations acceptables de la mortalité on emploiera les méthodes indirectes.

### 1.2.6. Méthode d'analyse

Plusieurs techniques ont été développées pour l'estimation de la mortalité des enfants à partir des données imparfaites. Les informations qui sont requises pour calculer les différents indicateurs de la mortalité des enfants à partir des méthodes indirectes sont :

- a) le nombre d'enfants nés vivants, classés par sexe et par groupe quinquennal d'âge de la mère ;
- b) le nombre d'enfants survivants classés par sexe et par groupe quinquennal d'âge de la mère ;
- c) le nombre total de femmes, quel que soit leur statut matrimonial, classées par groupe quinquennal d'âge.

A partir de ces informations on déduit le nombre moyen d'enfants décédés par sexe et par groupe d'âge des femmes. Les estimations peuvent également se faire sans distinction de sexes.

Pour l'estimation de la mortalité, c'est la méthode de Brass<sup>12</sup> qui sera employée. En effet, cette méthode permet de convertir la proportion d'enfants décédés parmi les enfants nés vivants déclarés par les femmes enquêtées en quotient de mortalité non-conditionnelle à un âge donné. Pour appliquer cette méthode, on peut utiliser le logiciel Mortpak (Nations Unies) ou les outils Toolkit développés par l'IUSSP (Union internationale pour l'étude scientifique de la population). Dans notre cas, c'est la procédure QFIVE<sup>13</sup> de Mortpak qui a été utilisée.

En ce qui concerne la mortalité générale (détermination la table de mortalité), plusieurs outils du logiciel d'analyse des données démographiques (PAS) développés par l'US Bureau of Census seront utilisés.

La démarche suivante sera adoptée :

- production des tables de mortalité observées (tables brutes) à partir des effectifs de population et des décès survenus au cours des 12 derniers mois en utilisant la procédure LTPOPDTH du logiciel PAS ;
- détermination des coefficients d'ajustement des décès par la méthode du solde d'accroissement de Brass (méthode GRBAL de PAS) ;
- production des tables de mortalité qui tiennent compte des quotients de mortalité des enfants obtenus par la méthode indirecte, en employant la procédure LTMXQXAD de PAS.

### 1.2.7. Choix du modèle de mortalité

L'étape la plus délicate dans l'emploi des méthodes indirectes est le choix d'un modèle de mortalité adapté aux données collectées. En Afrique, ce sont les tables types des Nations Unies et de Coale et Demeny (table type de Princeton) qui sont les plus utilisées. Toutefois, l'option COMPAR du logiciel MORTPAK compare les taux de mortalité observés par groupe d'âges à chacun des taux bruts des modèles de mortalité des Nations Unies et de Coale & Demeny. Elle fournit ainsi les niveaux de mortalité qu'on aurait obtenus pour la Guinée si on choisissait l'un ou l'autre modèle de mortalité. Elle fournit également les écarts par rapport à la médiane pour les groupes d'âges 0-10 ans, 10 ans et plus et 0 an

<sup>11</sup> Le calcul direct des taux de mortalité se fait en rapportant les décès par sexe et par âge aux effectifs correspondants de la population résidente. Mais cette méthode est très sensible aux omissions et aux mauvaises déclarations d'âges.

<sup>12</sup> Pour plus de détails sur la méthode de Brass voir Annexe 2

<sup>13</sup> Le module QFIVE fournit des estimations de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en appliquant les deux versions de la méthode de Brass : la version de Trussell basée sur les tables de mortalité de Coale-Dememy et la version de Palloni-Heligman basée sur les tables de mortalité des Nations Unies.



et plus pour chacun des modèles de mortalité. Il est recommandé de retenir le modèle de mortalité pour lequel l'écart par rapport à la médiane du groupe d'âge 10 ans et plus est le plus faible. Les différents écarts sont présentés aux tableaux 1.12 et 1.13. Le modèle Nord des tables-types de Coale et Demeny sera choisi comme modèle de mortalité pour les données du RGPH-2014 car la déviation calculée par rapport à ce schéma de mortalité est la plus faible (5,9).

**Tableau 1.12 : Écarts par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny (Femme)**

Population de référence	Modèles des Nations Unies					Modèles de Coale et Demeny			
	Amérique latine	Chilien	Asiatique	Est	Général	Ouest	Nord	Est	Sud
0 à 10 ans	1,1	4,1	1,3	0,5	0,6	0,5	3,1	2,1	1,8
10 ans et plus	5,9	6,7	9,3	7,1	6,5	6,4	<b>5,9</b>	7,7	7,1
0 an et plus	5,4	6,5	9,4	7,4	5,5	5,4	5,4	7,0	6,9
Medn(0-10)- Medn(10+)	3,8	-5,3	11,8	-10,9	-1,2	-0,8	<b>0,7</b>	3,6	7,2

**Tableau 1.13 : Écarts par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny (Homme)**

Population de référence	Modèles des Nations Unies					Modèles de Coale et Demeny			
	Amérique latine	Chilien	Asiatique	Est	Général	Ouest	Nord	Est	Sud
0 à 10 ans	0,6	3,7	1,3	1,2	0,3	0,5	3,5	2,1	1,4
10 ans et plus	6,2	7,2	11,3	8,4	7,3	8,0	<b>6,3</b>	10,4	8,5
0 an et plus	5,3	7,0	10,9	8,4	6,3	6,7	5,8	8,9	7,5
Médian (0-10)- Médian (10+)	1,7	-9,5	11,1	-11,2	-2,1	-3,0	<b>-1,5</b>	0,2	5,1

Le tableau 1.10 présente les quotients de mortalité infantile fournis par l'équation de Trussell et le modèle nord des tables-types de Coale et Demeny selon le sexe de l'enfant et l'âge de la mère.



## Chapitre 2 : MORTALITE DES ENFANTS

Les mesures de la mortalité infantile 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. 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.

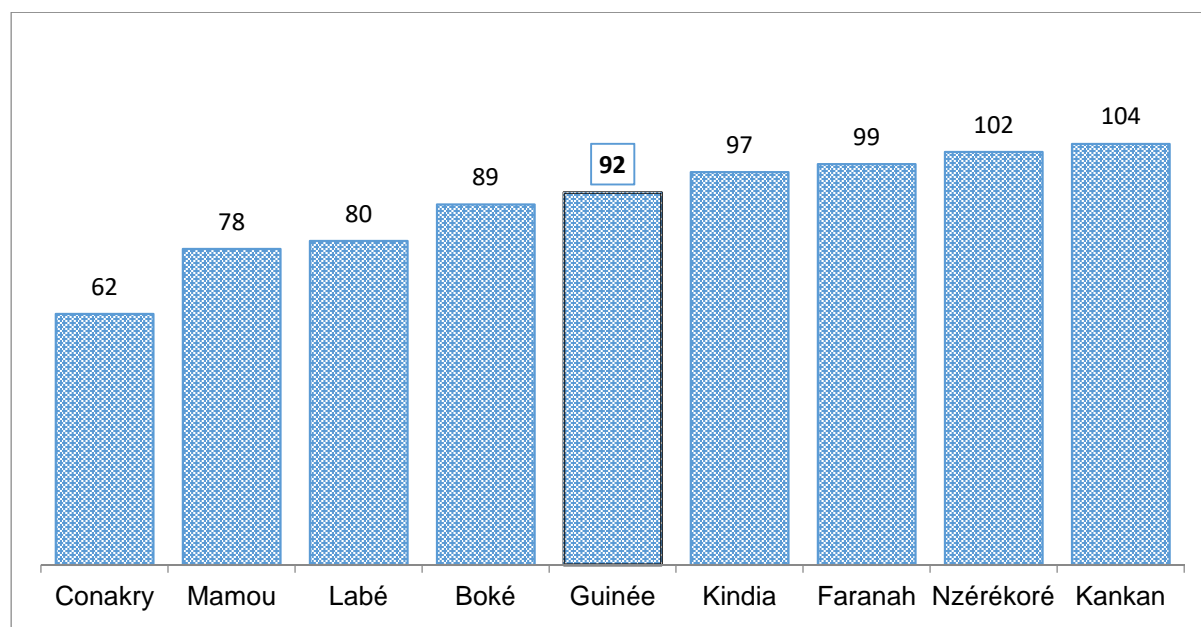
Les décès des enfants âgés entre 1 et 4 ans sont pour la plupart évitables, de sorte que la mortalité des jeunes enfants indique un grave problème de santé. En outre, les taux de mortalité parmi les filles et les garçons de ces âges ne devraient pas être très différents. Mais dans les pays où il y a une préférence marquée pour les garçons, la mortalité des filles est plus élevée que celle des garçons. C'est pour ces raisons que les indicateurs de la mortalité des enfants sont très utiles pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes de santé.

### 2.1. Niveau et structure de la mortalité des enfants

#### 2.1.1 Mortalité infantile

Le tableau 2.1 et le graphique 2.1 donnent les quotients de mortalité infantile estimés à partir des données sur les enfants nés vivants et survivants par groupe d'âge de la mère. Dans l'ensemble, en Guinée, sur 1000 enfants nés vivants 92 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Le risque de mortalité est, plus élevé chez les garçons (97‰) que chez les filles (87‰). La mortalité infantile varie fortement selon le milieu de résidence. En effet, en milieu urbain, le quotient de mortalité infantile est de 71‰ contre 100‰ en milieu rural. Cette différence peut s'expliquer par l'accessibilité aux soins de santé et les pratiques d'hygiène mieux maîtrisées en milieu urbain.

**Graphique 2-1 : Quotient de mortalité infantile selon la région**



L'examen des résultats selon la région de résidence, indique des disparités importantes des quotients de mortalité infantile entre les régions. Les niveaux de mortalité infantile les plus faibles sont observés dans les régions de Conakry (62‰), Mamou (78‰) et Labé (80‰). Les régions de Kankan, Nzérékoré et Faranah enregistrent les niveaux de mortalité les plus élevés avec respectivement 104‰, 102‰ et 99‰.

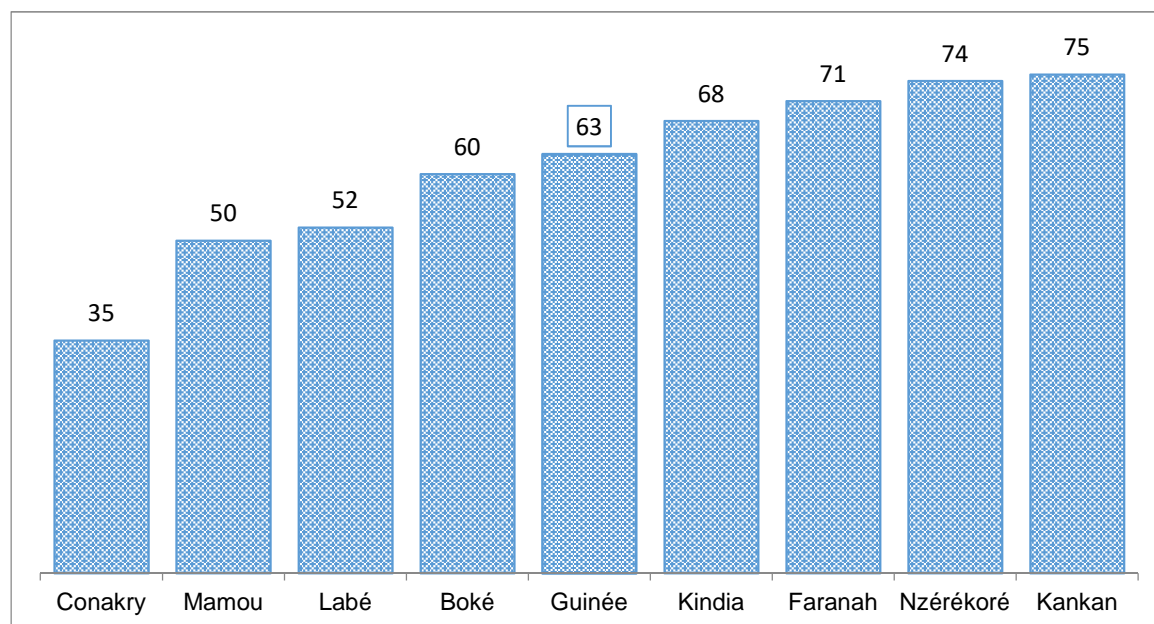
**Tableau 2.1 : Quotient de mortalité des enfants entre 0 et 1 an exact (1Q0), de 1 an à 5 ans exacts (4Q1) et entre 0 à 5 ans exacts (5Q0) selon le sexe de l'enfant et certaines caractéristiques du ménage**

Caractéristique	Quotient de mortalité infantile (1Q0) (‰)			Quotient de mortalité juvénile (4Q1) (‰)			Quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0) (‰)		
	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin
Urbain	71	76	66	43	44	42	111	117	105
Rural	100	104	95	71	69	73	164	167	161
<b>Région administrative</b>									
Boké	89	94	84	60	60	60	144	149	139
Conakry	62	66	57	35	35	35	95	99	90
Faranah	99	103	96	71	68	74	163	163	162
Kankan	104	107	100	75	72	78	171	172	171
Kindia	97	115	93	68	53	70	159	162	156
Labé	80	87	74	52	53	50	128	135	120
Mamou	78	83	73	50	50	50	124	129	119
Nzérékoré	102	110	95	74	75	73	169	176	161
<b>Région naturelle</b>									
Basse Guinée	94	99	90	65	64	67	153	156	150
Moyenne Guinée	82	87	76	53	54	53	131	137	125
Haute Guinée	101	104	98	72	69	76	166	166	166
Guinée Forestière	105	112	97	76	77	75	173	180	165
<b>Niveau de vie</b>									
Le plus pauvre	90	95	85	62	61	62	146	150	142
Le second	92	97	86	63	63	63	149	154	144
Le moyen	87	91	84	59	57	60	141	143	139
Le quatrième	81	86	77	53	52	54	130	133	127
Le plus riche	62	68	56	36	37	34	96	103	88
<b>Guinée</b>	<b>92</b>	<b>97</b>	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>150</b>	<b>153</b>	<b>146</b>

### 2.1.2 Mortalité juvénile

Le risque de décès pour un enfant ayant un an d'atteindre le quatrième anniversaire (4 ans révolus) est de 63 ‰. Ce risque est plus élevé pour les garçons (64‰) que pour les filles (62‰). Selon le milieu de résidence, on remarque que ce risque de mortalité est une fois et demie plus levé en milieu rural (71‰) qu'en milieu urbain (43‰). Et ce, tant pour les garçons que pour les filles. Le rapport<sup>14</sup> du quotient de mortalité juvénile sur quotient de mortalité infantile est de 0,68 ceci traduirait l'absence de problèmes nutritionnels graves chez les enfants.

<sup>14</sup>Selon plusieurs auteurs (Dackam, 1980 ; Akoto, 1989; Quenum, 1969), quand le rapport «du quotient de mortalité juvénile sur quotient de mortalité infantile est de 0,7 ceci traduit l'absence de problèmes nutritionnels graves chez les enfants.

**Graphique 2-2 : Quotient de mortalité juvénile selon la région**


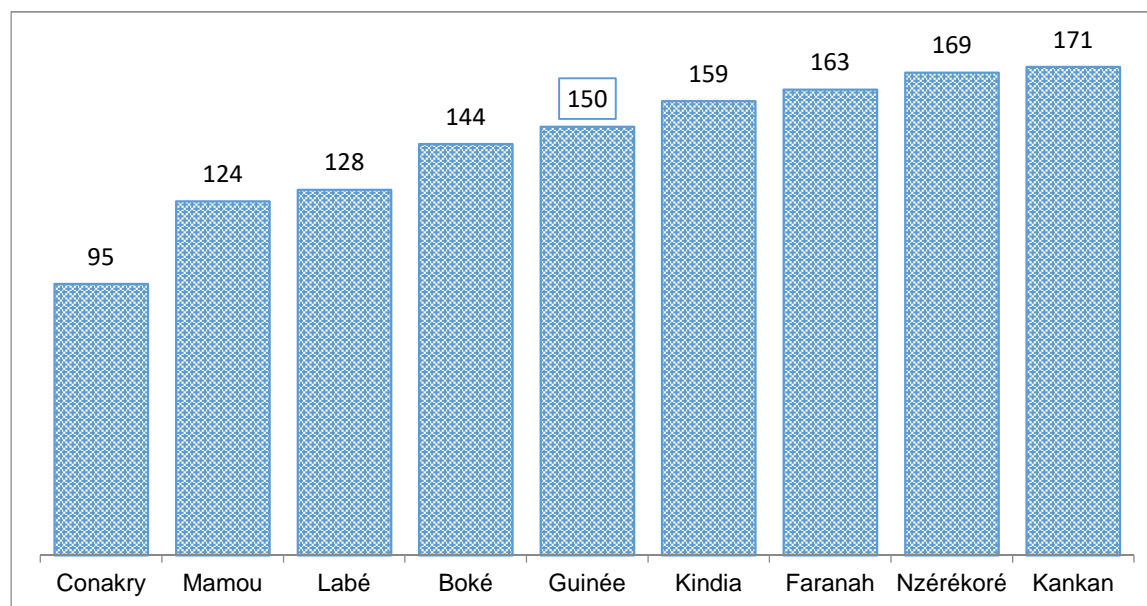
Au niveau régional, on observe que les régions de Conakry (35‰), Mamou (50‰) et Labé (52‰) et Boké (60‰) enregistrent des quotients de mortalité juvénile plus faibles que la moyenne nationale. A l’opposé, les régions de Kindia (68‰), Faranah (71‰), N’Zérékoré (74‰) et Kankan (75‰), ont les niveaux de mortalité juvénile les plus élevés. Dans l’ensemble, la mortalité des filles est plus faible que celle des garçons sauf dans les régions de Faranah (74 contre 68), Kankan (78 contre 72) et Kindia (70 contre 53). Cette situation pourrait refléter une discrimination à l’égard des filles. En effet, en calculant l’indice de surmortalité<sup>15</sup> on trouve que pour ces trois régions les filles ont respectivement 9%, 8% et 32% de risques de décéder que les garçons.

### 2.1.3 Mortalité infanto-juvénile

En Guinée, sur 1000 enfants nés vivants, 150 meurent avant de fêter leur cinquième anniversaire. On observe une forte inégalité entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, les quotients de mortalité infanto-juvénile est de 123 ‰ en milieu urbain contre 167 ‰ en milieu rural. Autrement dit, les enfants de milieu rural courent 26% plus de risque de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire que ceux du milieu urbain. Les disparités urbain–rural en matière de mortalité s’expliqueraient par les inégalités en matière d’infrastructures, d’équipements et de personnel soignant qui plus disponibles en milieu urbain qu’en milieu rural.

Au niveau régional, les disparités observées suivent la même tendance que celles notées pour les deux premières composantes de la mortalité des enfants. Le quotient de mortalité infanto-juvénile varie entre 95 ‰ pour Conakry à 171 ‰ pour la région de Kankan. Hormis la capitale, Conakry, le quotient de mortalité infanto-juvénile est supérieur à 100 dans toutes les autres régions.

<sup>15</sup> L’intensité de la surmortalité féminine est trouvée en divisant la différence entre les quotients de mortalité masculine et féminine par le quotient de mortalité masculine/féminine et en multipliant le résultat par cent :  $[(qG - qF)/qG] * 100$  ou  $[(qF - qG)/qF] * 100$ .

**Graphique 2-3 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région**


### 2.1.4 Analyse différentielle de la mortalité des enfants

Bon nombre de variables sociales, économiques, culturelles et environnementales influencent d'une certaine manière la mortalité dans l'enfance. La présente section analyse la variation de la mortalité des enfants selon certaines variables sociodémographiques de la mère à savoir l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la religion et le statut d'handicap.

#### Etat matrimonial

L'état matrimonial est l'une des variables les plus discriminantes dans l'analyse de la mortalité des enfants. Le tableau 2.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère. Il ressort des résultats que, quelle que soit la composante de la mortalité des enfants considérée, la probabilité de décéder est plus élevée chez les enfants dont la mère n'est pas en union (célibataires, veuve ou divorcée/séparée) que c'est ceux dont la mère est en union. Le quotient de mortalité infantile est de 88‰ chez les enfants de mère célibataire, 93‰ chez ceux de mère divorcée ou séparée et 100‰ chez les enfants dont la mère est veuve. A l'opposé, les enfants de mère monogame ont les quotients de mortalité les plus faibles. On retrouve la même tendance au niveau de la mortalité juvénile et infanto-juvénile.

La probabilité de décéder des enfants est plus élevée chez les femmes polygames que chez les enfants dont la mère est en union monogamique ou chez celles dont la mère est divorcée/séparée/veuve ou en union libre, et ce, quelle que soit la composante de la mortalité. Le quotient de mortalité des enfants de moins d'un an est de 87‰ chez les femmes polygames contre 66‰ chez les femmes monogames. Pour la mortalité juvénile (1 à 4 ans révolus) le quotient de mortalité est de 58‰ contre 39‰ chez les enfants de mère monogame.

#### Niveau instruction

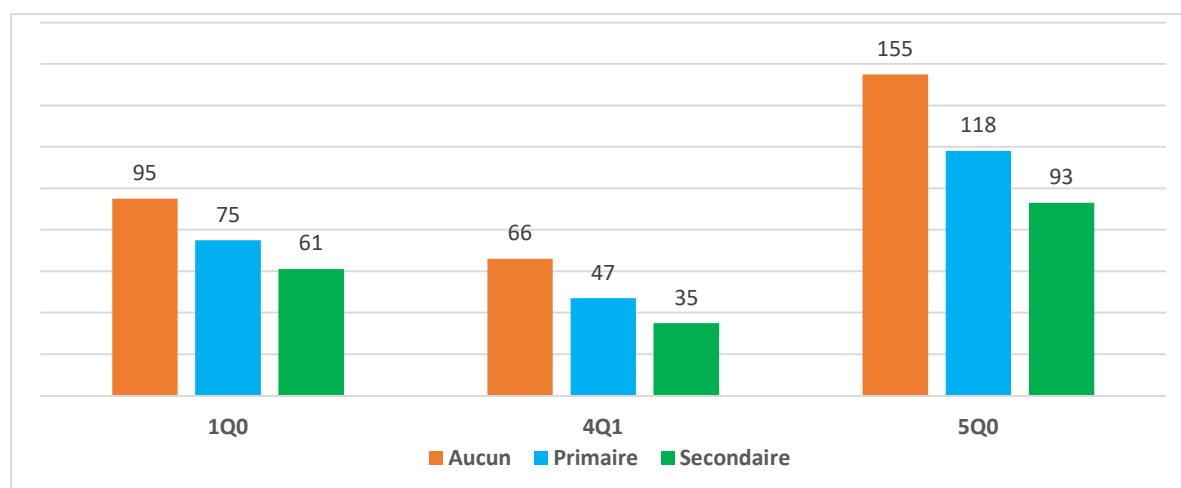
L'analyse de la mortalité des enfants en fonction du niveau d'instruction de la mère (tableau 2.2) montre que la survie des enfants s'améliore avec le niveau d'instruction de la mère. En d'autres termes, le niveau de mortalité diminue lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente. En effet, le quotient de mortalité infantile passe de 86 ‰ pour les enfants issus de mères sans niveau d'instruction à 79 ‰ pour les enfants de mères ayant un niveau primaire, à 49 ‰ pour les enfants dont la mère a atteint le secondaire ou plus. La différence de mortalité observée dans la période infantile devient encore plus importante au cours de la période juvénile (respectivement 58 ‰, 51 ‰ et 25 ‰ pour les trois niveaux

d'instruction). Globalement, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 139 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, 126 ‰ pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 72 ‰ lorsque celle-ci a atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus.

**Tableau 2.2 : Quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile par sexe selon certaines caractéristiques de la mère et le sexe de l'enfant**

Caractéristique de la mère	Quotient de mortalité infantile (1Q0) (‰)			Quotient de mortalité juvénile (4Q1) (‰)			Quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0) (‰)		
	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin
<b>État matrimonial</b>									
Célibataire	88	87	89	59	53	66	142	135	149
Mariée monogame	72	77	67	45	45	44	114	119	108
Mariée polygame	88	92	85	60	58	62	143	144	141
Union libre	83	91	86	54	57	63	143	142	144
Divorcée/séparée	93	102	85	65	67	62	152	162	141
Veuve	100	98	103	72	63	82	165	155	176
<b>Niveau d'instruction</b>									
Aucun niveau	95	97	93	66	62	70	155	153	157
Primaire	75	75	74	47	43	51	118	114	121
Secondaire+	61	51	71	35	24	48	93	73	115
<b>Religion</b>									
Musulmane	93	94	93	65	59	70	152	148	156
Chrétienne	93	97	90	65	62	67	152	153	151
Animiste/Autres	91	94	90	62	59	67	147	148	130
<b>Statut d'handicap</b>									
Avec handicap	101	104	98	72	69	76	166	165	167
Sans handicap	83	88	79	55	54	55	134	138	129
<b>Guinée</b>	<b>92</b>	<b>97</b>	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>150</b>	<b>153</b>	<b>146</b>

**Graphique 2-4 : Quotients de mortalité des enfants selon le niveau d'instruction de la mère**



### Religion

L'analyse de la mortalité des enfants selon la religion de la mère montre que la survie des enfants varie peu selon la religion de la mère. En effet, les enfants des femmes de religion musulmane ont 83 ‰ de risques de mourir par rapport à ceux des femmes de religion chrétienne (87 ‰) et animiste ou autres (86 ‰). Dans l'ensemble, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 133 ‰ pour les enfants dont la mère est de religion musulmane, 138 ‰ pour les enfants dont la mère est animiste ou sans religion et

140 ‰ pour les enfants de mère chrétienne. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés au niveau des régions. En effet la région de la Guinée forestière est celle qui enregistre les quotients de mortalité des enfants les plus élevés ; c'est cette région qui abrite également l'essentiel de la population de confession chrétienne ou animiste.

### Statut d'handicap

Le statut d'handicap est l'une des variables les plus discriminantes dans l'analyse de la mortalité des enfants. La comparaison entre le niveau de mortalité des enfants dont la mère vit avec un handicap et les enfants de mère sans handicap montre que les enfants des premières courent 18% plus de risques de mourir pendant la première année de vie que les enfants des femmes n'ayant aucun handicap. Concernant les enfants de 1 à 4 ans, les enfants des handicapées sont également défavorisé (72 ‰ contre 55 ‰). Globalement, le quotient de mortalité infanto-juvénile s'élève à 166 ‰ chez les enfants des femmes vivant avec un handicap et de 134 ‰ chez les enfants des femmes sans handicap.

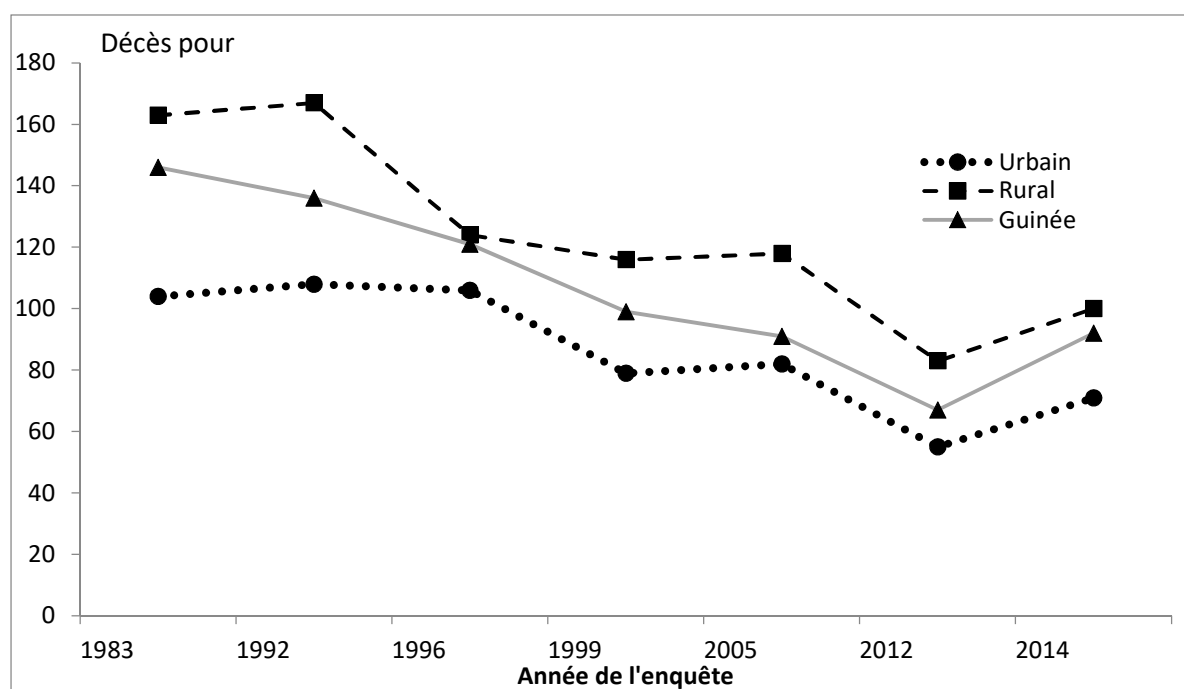
## 2.2. Évolution de la mortalité des enfants

### 2.2.1. Tendances des quotients de mortalité des enfants

Malgré son niveau encore élevé, comparée à certains pays voisins, la mortalité des enfants a connu une forte baisse en Guinée au cours des trente dernières années. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile pour l'ensemble des deux sexes est passé de 242 ‰ en 1983 à 150 ‰ en 2014, soit une baisse de 38%. Cette baisse est plus marquée chez les enfants âgés de 1 à 4 ans révolus que chez les enfants âgés de moins d'un an (respectivement 44% et 37%).

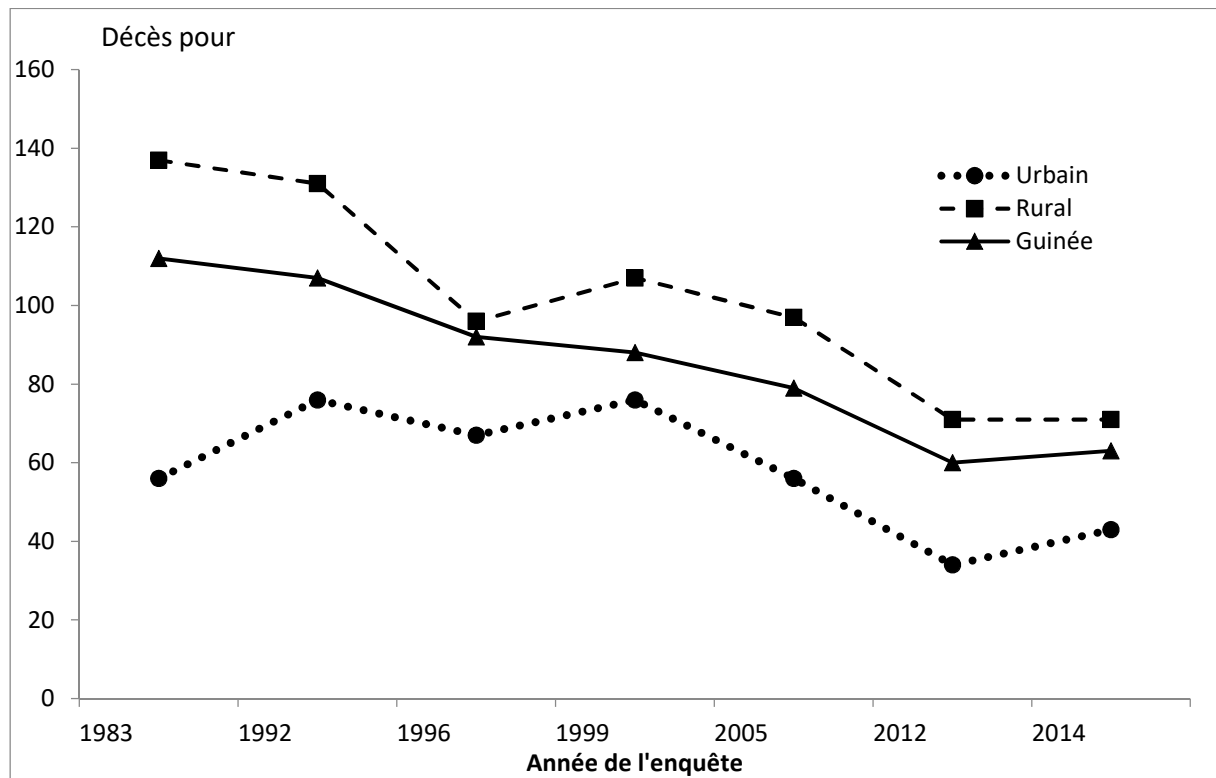
Par rapport aux résultats de l'EDS-MICS 2012, on constate une hausse spectaculaire de la mortalité des enfants, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile pour l'ensemble des deux sexes est passé de 123 ‰ en 2012 à 150 ‰ en 2014, soit une augmentation de 22%. Cette hausse est plus marquée en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (11%). Dans l'évaluation de la qualité des données, on avait cependant observé un sous-dénombrement des enfants de moins d'un an. Ceci peut justifier, en partie, la hausse de cet indicateur par la diminution du dénominateur.

Graphique 2-5 : Tendances de la mortalité infantile de 1983 à 2014

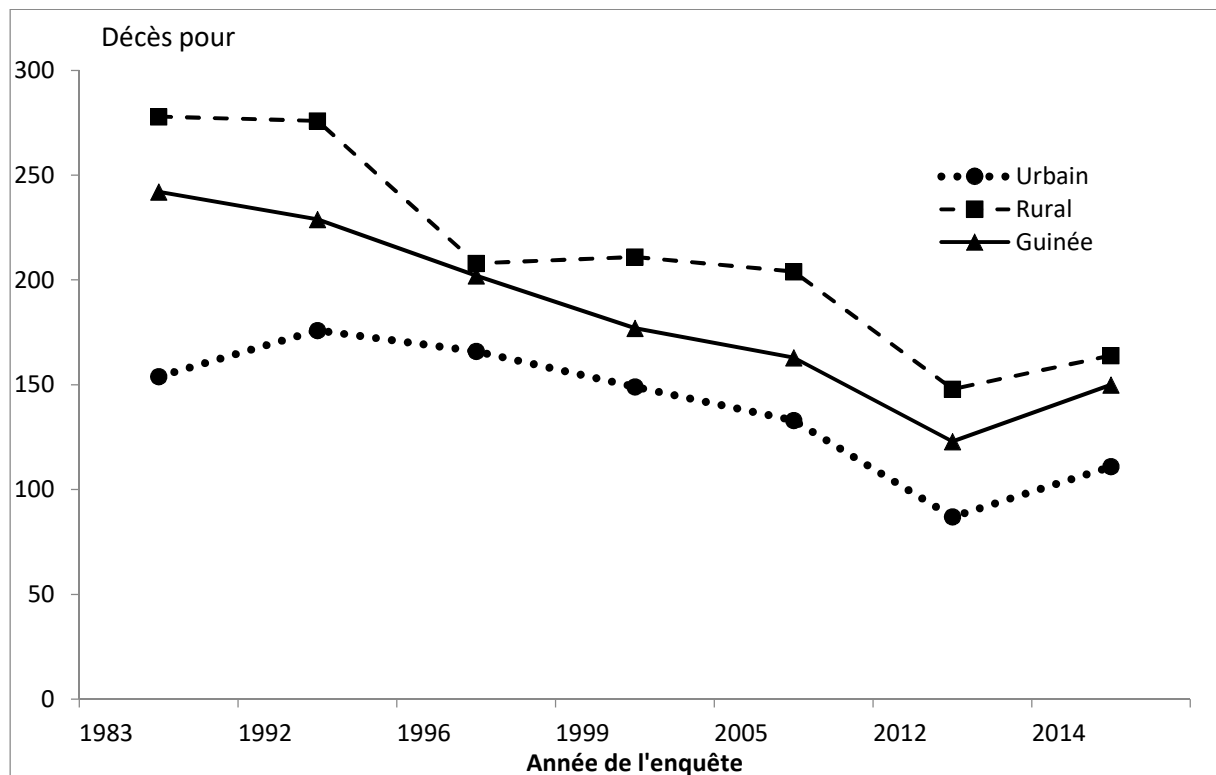




Graphique 2-6 : Tendence de la mortalité juvénile de 1983 à 2014

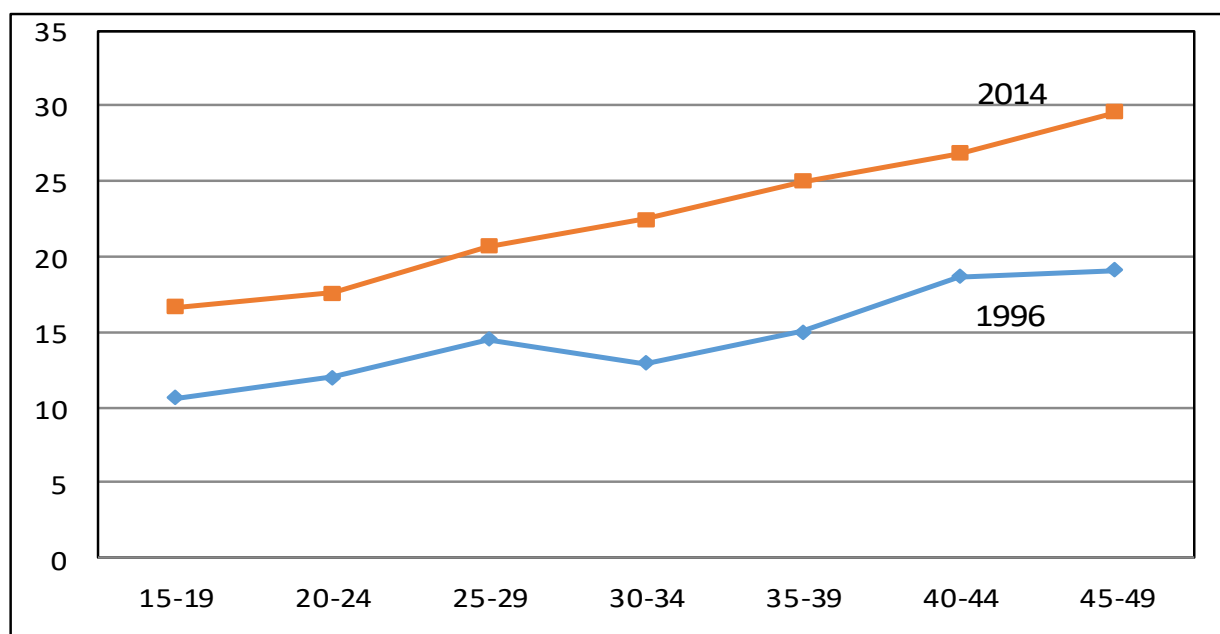


Graphique 2-7 : Tendence de la mortalité infanto-juvénile de 1983 à 2014



Toutefois, en comparant la proportion d'enfants décédés par groupe d'âge de la mère en 2014 et en 1996 on remarque que la courbe de 2014 est placée nettement en dessous de celle de 1996. Ceci prouve qu'entre les deux dates la mortalité des enfants a baissé de façon significative.

**Graphique 2-8 : Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère en 1996 et 2014**



### 2.2.2. Tendence de la situation nutritionnelle des enfants

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans peut être appréciée par le calcul du rapport du quotient de mortalité infantile sur le quotient de mortalité juvénile. Lorsque ce rapport est supérieur à 5 cela signifie que les enfants ne souffrent pas de problèmes nutritionnels graves (Tolno, 2000). Un rapport ( $1q0/4q1$ ) inférieur à 5 traduit l'existence des problèmes nutritionnels ; plus il est faible, plus la situation sanitaire des enfants est médiocre et les problèmes nutritionnels graves.

Le rapport du quotient de mortalité infantile sur le quotient de mortalité juvénile est très faible en Guinée (1,3 en 1996 et 1,5 en 2014) montrant ainsi que les enfants guinéens ont des problèmes nutritionnels graves. En 2014, la malnutrition frapperait plus les filles que les garçons ; alors qu'en 1996 c'était la situation inverse.

**Tableau 2.3: Rapport du quotient de mortalité infantile (1q0) sur le quotient de mortalité juvénile (4q1) selon le milieu de résidence et le sexe en 1996 et 2014.**

	RGPH 1996			RGPH 2014		
	1Q0	4Q1	1Q0/4Q1	1Q1	4Q1	1Q0/4Q1
<b>Milieu</b>						
Urbain	105,9	67,3	1,6	71	43	1,7
Rural	123,8	95,6	1,3	100	71	1,4
<b>Sexe</b>						
Garçon	122,1	95,9	1,3	97	62	1,6
Fille	119,9	87,8	1,4	87	64	1,4
<b>Guinée</b>	121,3	92,0	1,3	92	63	1,5

### **Conclusion sur la mortalité des enfants**

En résumé, nous avons observé que les niveaux de mortalité des enfants sont encore très élevés en Guinée. Environ neuf enfants sur dix (92‰) décèdent avant de fêter le premier anniversaire. Plus d'un enfant sur six (150‰) meurent avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Le niveau de mortalité varie significativement selon le milieu de résidence (urbain/rural) et selon les régions du fait notamment des inégalités en matière de répartition des infrastructures socio-sanitaires (personnel soignant, équipements, ressources financières) mais aussi du fait des conditions de vie inégales des ménages où vivent les enfants (pauvreté, autosuffisance alimentaire, approvisionnement en eau potable, couverture vaccinale, etc.) entre les deux milieux de résidence mais aussi entre les régions, notamment la capitale et le reste du pays.

Cette étude montre que les caractéristiques sociodémographiques de la mère (niveau d'instruction, état matrimonial et le statut par rapport au handicap) influence fortement le niveau de mortalité des jeunes enfants. En effet, on constate que les enfants qui vivent en milieu urbain ou dans les ménages ayant un niveau de bien-être élevé ou qui sont nés de femmes en union monogamique ou encore qui ont des mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ou ceux dont la mère n'a aucun handicap, enregistrent des risques de mortalité plus faibles que les enfants des autres catégories.

Par rapport aux résultats de l'EDS-MICS 2012, on constate une hausse de la mortalité des enfants, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile pour l'ensemble des deux sexes est passé de 123‰ en 2012 à 150‰ en 2014, soit une augmentation de 22%. Cette hausse est plus marquée en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (11%). Toutefois, par rapport au RGPH de 1996, on trouve que la proportion d'enfants décéder a baissé de façon significative dans tous les groupes d'âge de la mère.



## Chapitre 3 : MORTALITE GENERALE

### 3.1. Niveau et structure de la mortalité

Dans ce chapitre nous décrivons le niveau de la mortalité générale à travers le taux brut de mortalité, les taux par âge et l'espérance de vie à la naissance.

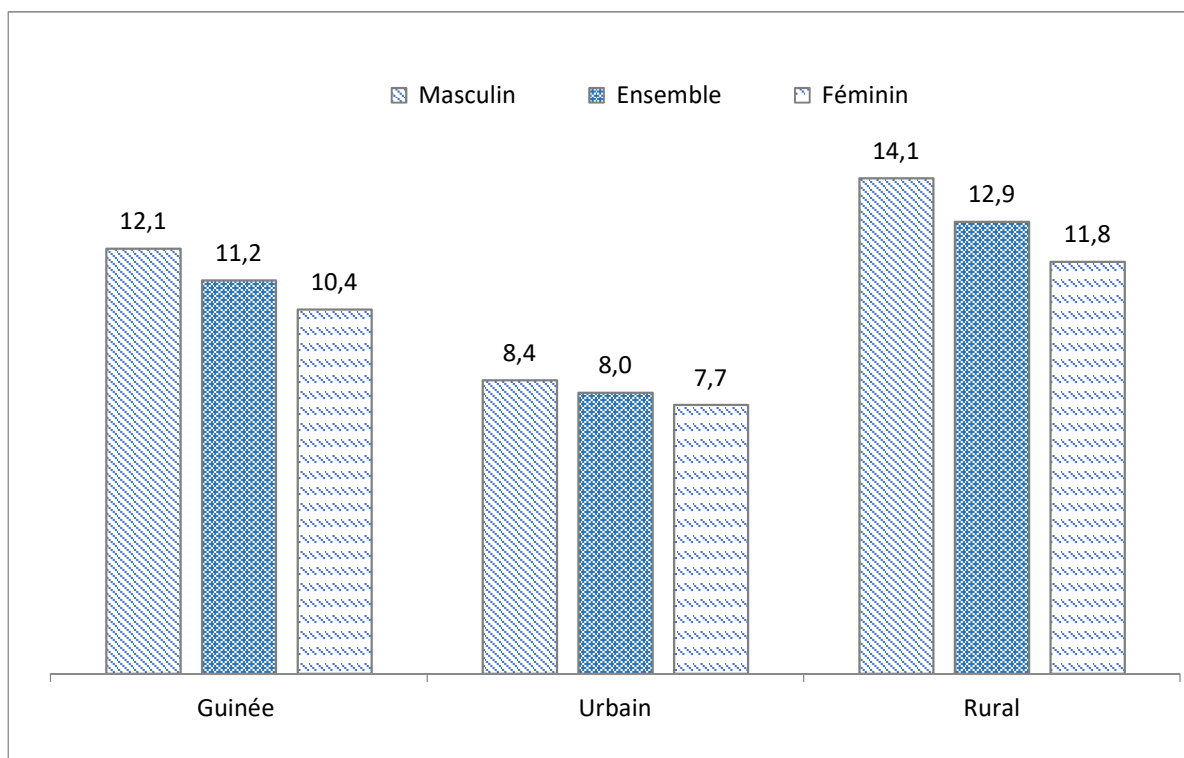
#### 3.1.1. Structure par sexe et par âge de la mortalité

Le graphique 3.1 présente les taux brut de mortalité par sexe selon le milieu de résidence. En 2014, le taux brut de la mortalité (TBM) est évalué à 11 pour 1000. Il est plus élevé pour les hommes que pour les femmes (respectivement 12‰ et 10‰). Le rapport de masculinité des TBM est de 127. Ce qui signifie que pour 100 décès féminins on a enregistré 127 décès masculins en 2014.

En milieu urbain le TBM est de 8‰, tandis qu'en milieu rural il est de 13‰. La surmortalité du milieu rural par rapport au milieu urbain est essentiellement imputable aux inégalités d'accès aux soins de santé, l'essentiel du personnel de santé qualifié résidant dans les grandes villes. Quel que soit le milieu de résidence, le taux brut de mortalité est, comme attendu, plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

**Tableau 3.1 : Taux brut de mortalité ajustés (pour 1000) par sexe selon le milieu, la région administrative, la région naturelle et le niveau de vie du ménage**

Variable	Masculin (‰)	Féminin (‰)	Ensemble (‰)
Urbain	8,4	7,7	8,0
Rural	14,1	11,8	12,9
<b>Région administrative</b>			
Boké	10,8	11,5	11,1
Conakry	6,6	6,0	6,3
Faranah	13,0	11,1	11,9
Kankan	11,9	11,2	11,6
Kindia	12,6	10,8	11,7
Labé	13,9	10,4	12,0
Mamou	13,8	10,0	11,7
N'Zérékoré	14,0	11,7	12,8
<b>Région naturelle</b>			
Basse Guinée	12,4	10,7	11,5
Moyenne Guinée	13,7	10,3	11,9
Haute Guinée	11,7	10,8	11,2
Guinée Forestière	13,6	12,5	13,0
Conakry	6,6	6,0	6,3
<b>Niveau de vie</b>			
Le plus pauvre	14,1	10,7	12,3
Le deuxième	14,4	11,0	12,7
Le moyen	14,4	11,2	12,7
Le quatrième	12,5	10,1	11,2
Le plus riche	10,1	8,9	9,5
<b>Guinée</b>	<b>12,1</b>	<b>10,4</b>	<b>11,2</b>

**Graphique 3-1 : Taux brut de mortalité selon le sexe et le milieu de résidence**


Les disparités sont également très accentuées entre les régions. En effet, les taux bruts de mortalité varient de 6‰ à Conakry à 13‰ à Nzérékoré. Seules les régions de Conakry et de Boké enregistrent un TBM inférieur à la moyenne nationale. A l’opposé, les régions qui ont un TBM supérieur à la moyenne nationale sont : Nzérékoré, Labé et Faranah.

#### Taux comparatifs de mortalité

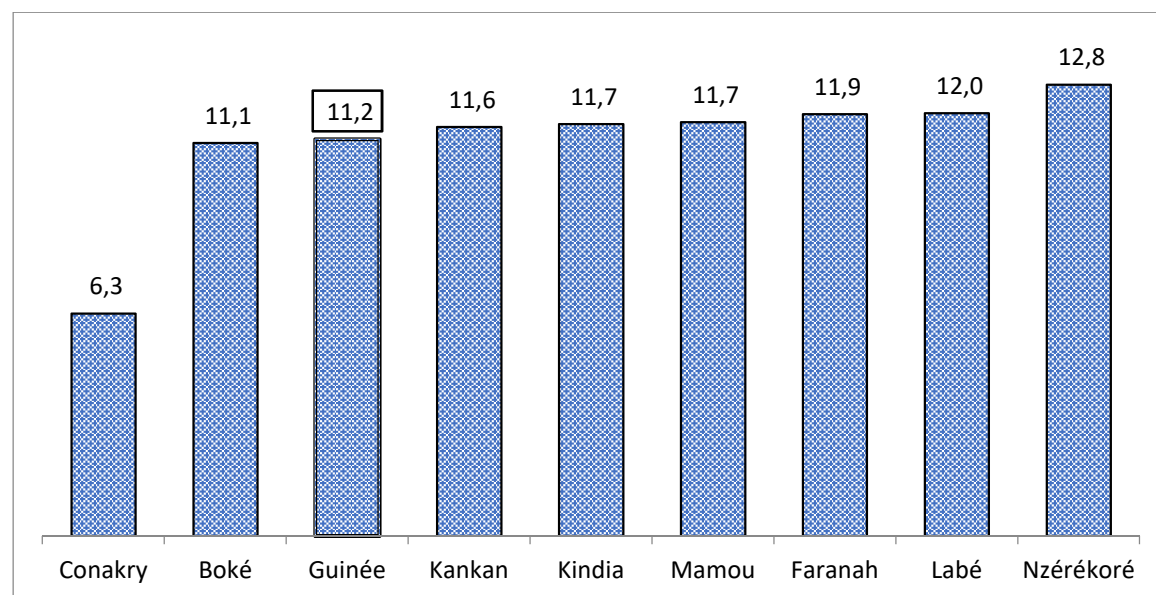
Pour bien apprécier la différence de mortalité entre les régions de la Guinée nous avons calculé les taux comparatifs de mortalité (tableau 3.2). Le calcul des taux comparatifs de mortalité permet de classer les différentes régions selon le niveau de la mortalité. La structure par âge de la population guinéenne (ensemble des deux sexes) a été prise comme population de référence (population-type). Il se dégage du tableau 3.2, illustré par le graphique 3.2, trois groupes de régions. Le premier groupe est constitué de : Nzérékoré (12,7‰), Faranah (12,0‰) et Kindia (12,0‰) qui ont les plus forts taux de mortalité. Le deuxième groupe est constitué des régions de Boké (11,2‰), de Kankan (11,1‰) et de Mamou (11,1‰) qui ont le même niveau de mortalité que le niveau national. Le troisième groupe comprend les régions de Labé (10,7‰) et Conakry (9,1‰) sont les seules régions qui enregistrent des taux de mortalité plus faibles que le niveau national.

L’analyse des résultats montre également que le niveau de mortalité du milieu urbain augmenterait de 32% et celui du milieu rural baisserait de 10% si ces entités avaient la même structure par âge que le niveau national. Au niveau régional, on remarque que le TBM de Conakry augmenterait de deux points et celui de Kindia d’un point. A l’opposé, les niveaux de mortalité des régions de Mamou (-0,7), Labé (-1,3) baissent de près d’un point si on considère que ces régions avaient la même structure par âge que le niveau national. Cependant, la standardisation n’a pas influencée significativement le niveau de la mortalité des régions de Nzérékoré, Faranah et Boké. Ce qui signifie que ces régions ont sensiblement la même structure par âge que le niveau national.

**Tableau 3.2 : Taux brut ajusté et taux comparatif de mortalité selon le milieu et la région de résidence, Guinée, 2014**

Caractéristique	Taux brut ajusté de mortalité (%)			Taux comparatif de mortalité (%)			Écart	
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Absolu	Relatif
<b>Milieu</b>								
Urbain	8,4	7,7	8,0	11,1	10,1	10,6	2,6	32%
Rural	14,1	11,8	12,9	12,3	11,0	11,6	-1,3	-10%
<b>Région</b>								
Boké	11,9	10,4	11,1	11,7	10,6	11,2	0,0	0%
Conakry	7,4	6,7	7,1	9,4	8,7	9,1	2,0	28%
Faranah	13,0	11,1	11,9	12,5	11,7	12,0	0,1	1%
Kankan	11,9	11,2	11,6	11,2	11,0	11,1	-0,5	-4%
Kindia	12,6	10,8	11,3	11,1	11,0	12,0	0,7	6%
Labé	13,9	10,4	12,0	12,1	9,6	10,7	-1,3	-11%
Mamou	13,8	10,0	11,7	10,0	9,1	11,1	-0,7	-6%
N'Zérékoré	14,0	11,7	12,8	13,7	11,8	12,7	-0,1	0%
<b>Guinée</b>	<b>12,1</b>	<b>10,4</b>	<b>11,2</b>	<b>11,8</b>	<b>10,7</b>	<b>11,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0%</b>

Le taux comparatif confirme le niveau plus élevé de la mortalité chez les hommes (12,1‰) que chez les femmes (10,4‰). De même, le niveau de la mortalité en milieu rural (12,8‰) est supérieur à celui du milieu urbain (8,0‰), quel que soit le sexe.

**Graphique 3-2 : Taux comparatif de mortalité selon la région, Guinée, 2014**


Pour bien apprécier le niveau de la mortalité au niveau national, on a calculé le taux comparatif de mortalité en utilisant comme standard la structure par sexe et par âge de la population mondiale<sup>16</sup>. Le tableau 3.3 indique que le niveau de la mortalité en Guinée en 2014 serait de 10,7‰ soit une diminution de 0,5 point par rapport au taux brut calculé précédemment. C'est en milieu rural qu'on a noté la plus forte diminution (-1,6 points) principalement chez les hommes (-2,4 points). Par contre, en milieu urbain on observe une augmentation du niveau du TBM ce qui indique que les données sur l'âge collectées sont plus défectueuses.

<sup>16</sup>Nations Unies : Perspectives de la population mondiale 2010

**Tableau 3.3 : Taux brut de mortalité et taux comparatif de mortalité selon le milieu de résidence, Guinée, RGPH3-2014**

<b>Taux ajusté de mortalité (‰) – Guinée 2014</b>			
<b>Milieu de résidence</b>	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	<b>Ensemble</b>
Urbain	8,4	7,7	8,0
Rural	14,1	11,8	12,9
<b>Guinée</b>	<b>12,1</b>	<b>10,4</b>	<b>11,2</b>
<b>Taux standardisé – population mondiale</b>			
Urbain	9,4	9,6	9,5
Rural	11,8	10,8	11,3
<b>Guinée</b>	<b>11,0</b>	<b>10,4</b>	<b>10,7</b>
<b>Ecart entre taux</b>			
Urbain	1,1	1,9	1,5
Rural	- 2,4	- 0,9	- 1,6
<b>Guinée</b>	<b>- 1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>- 0,5</b>

### 3.1.2. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est un meilleur indicateur que le taux de brut de mortalité pour mesurer dans le temps et/ou dans l'espace des niveaux de mortalité. Le tableau 3.2 fournit pour la Guinée, les taux brut et le quotient de mortalité par âge, ainsi l'espérance de vie à la naissance pour la population de 0 à 85 ans. Dans l'ensemble, l'espérance de vie à la naissance est estimée en 2014 en Guinée à 59 ans. L'espérance de vie à un an est de 64 ans. Autrement dit, si les conditions socio-sanitaires restent inchangées, les enfants qui fêteront leur premier anniversaire peuvent espérer vivre 64 ans. La durée de vie moyenne à cinq ans est pratiquement la même qu'à un an exact. À partir de 10 ans on observe une chute régulière de l'espérance de vie. À tous les âges l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes. En comparant l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes on peut dire qu'une fille qui naît à la même date qu'un garçon peut espérer vivre 3 ans de plus.

L'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes est considérable. A la naissance cet écart est de trois ans en faveur des femmes (60 ans pour les femmes et 57 ans pour les hommes). Même aux âges adultes, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. À partir de 45 ans, l'écart se réduit d'un an ; les femmes n'ayant plus que deux ans de plus que les hommes (respectivement 32 ans et 30 ans). À partir de 65 ans, l'écart se réduit encore d'un an. L'espérance de vie des femmes est de 16 ans contre 15 ans pour les hommes.

Ce résultat est conforme à ce qui a été observés dans d'autres pays. Dans les pays développés, l'espérance de vie des femmes est plus élevée de sept ans que celle des hommes (77 ans contre 70) alors que dans les pays en développement, la différence n'est que de trois ans (62 ans pour les femmes contre 59 ans pour les hommes).



**Tableau 3.4 : Table de mortalité – Guinée 2014**

Age	Guinée			Masculin			Féminin		
	nM <sub>x</sub>	nQ <sub>x</sub>	e <sub>x</sub>	nM <sub>x</sub>	nQ <sub>x</sub>	e <sub>x</sub>	nM <sub>x</sub>	nQ <sub>x</sub>	e <sub>x</sub>
0 an	98,1	92,0	58,82	103,6	97,0	57,37	92,6	87,0	60,38
1 an	16,4	63,0	63,74	16,1	62,0	62,49	16,6	64,0	65,11
5 ans	2,4	11,8	63,92	2,6	12,8	62,52	2,2	10,8	65,45
10 ans	1,9	9,3	59,66	2,1	10,4	58,3	1,7	8,3	61,13
15 ans	2,4	11,8	55,2	2,5	12,3	53,89	2,4	11,8	56,62
20 ans	3,0	15,1	50,82	3,1	15,4	49,52	2,9	14,1	52,27
25 ans	3,9	19,5	46,56	4,2	20,6	45,26	3,9	19,3	47,98
30 ans	4,8	23,9	42,44	5,2	25,9	41,16	4,7	23,2	43,88
35 ans	5,8	28,5	38,42	6,5	32,0	37,19	4,9	24,4	39,86
40 ans	6,7	33,0	34,47	7,8	38,2	33,33	5,9	29,2	35,79
45 ans	8,4	41,0	30,56	9,8	47,8	29,56	6,4	31,7	31,79
50 ans	9,5	46,6	26,76	11,1	54,2	25,92	9,0	44,2	27,75
55 ans	12,2	59,3	22,95	14,0	67,6	22,26	8,3	40,6	23,92
60 ans	14,9	72,0	19,24	16,8	80,8	18,69	14,3	68,9	19,83
65 ans	21,9	103,8	15,53	24,6	115,8	15,12	17,3	82,9	16,11
70 ans	29,3	136,7	12,04	32,7	151,2	11,77	27,6	129,2	12,34
75 ans	42,6	192,6	8,56	47,1	210,8	8,42	34,9	160,4	8,75
80 ans et +	200,0	1000,0	5,00	200,0	1000,0	5,00	200,0	1000,0	5,00

### Espérance de vie selon le milieu de résidence

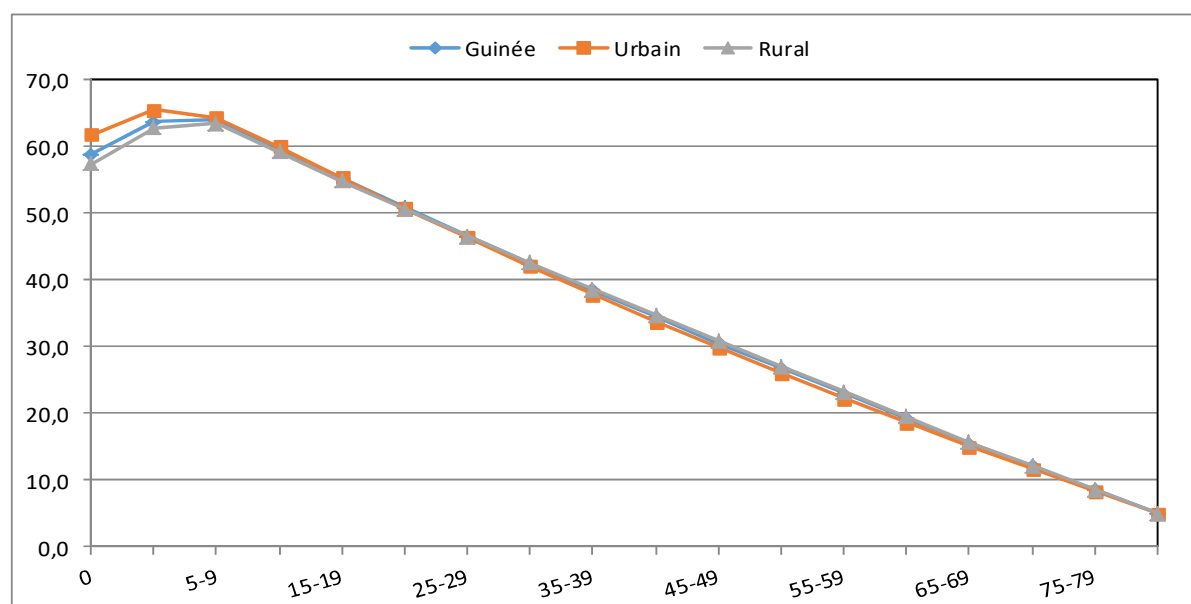
Les tableaux 3.6 et 3.7 résument les niveaux de mortalité générale pour les milieux urbain et rural. On note que l'espérance de vie à la naissance est de 59 ans pour la population urbaine et de 57 ans pour celle rurale. En d'autres termes, un enfant né en milieu urbain espère vivre en moyenne 4 ans de plus que celui qui est né en milieu rural guinéen si les conditions de mortalité de 2014 restent inchangées.

En milieu urbain, l'espérance de vie pour les enfants qui ont atteint leur premier anniversaire est de 66 ans. L'espérance de vie à 10 ans est de 60 ans, 55 ans à 15 ans et 30 ans à 45 ans d'âge. Les écarts entre hommes et femmes sont moins accentués pour ce milieu de résidence (environ un an en faveur des femmes).

**Tableau 3.5 : Table de mortalité milieu urbain – Guinée 2014**

Age	Guinée- Urbain			Masculin			Féminin		
	nMx	nQx	ex	nMx	nQx	ex	nMx	nQx	ex
0 an	74,9	71,0	59,15	80,5	76,0	58,2	69,5	66,0	62,80
1 an	11,0	43,0	62,65	11,3	44,0	62,0	10,8	42,0	66,22
5 ans	2,4	12,0	61,39	2,6	12,8	60,8	1,8	8,8	65,05
10 ans	1,8	8,9	57,11	2,1	10,6	56,5	1,2	5,8	60,61
15 ans	2,0	10,2	52,60	2,1	10,7	52,1	1,5	7,6	55,95
20 ans	2,7	13,4	48,11	2,6	12,9	47,7	2,2	10,9	51,36
25 ans	3,8	18,8	43,73	3,6	17,6	43,2	3,2	15,8	46,90
30 ans	5,2	25,9	39,52	5,0	24,8	39,0	4,3	21,3	42,61
35 ans	6,7	33,1	35,50	6,8	33,3	34,9	5,3	26,0	38,48
40 ans	8,4	41,0	31,63	8,8	43,0	31,0	6,3	30,8	34,44
45 ans	10,8	52,4	27,88	11,3	55,1	27,3	8,0	39,1	30,45
50 ans	12,7	61,5	24,28	13,3	64,3	23,7	9,5	46,3	26,59
55 ans	16,9	81,2	20,71	17,9	85,9	20,2	12,3	59,8	22,76
60 ans	21,0	99,9	17,32	22,2	105,2	16,9	15,4	74,2	19,05
65 ans	31,3	145,1	13,96	33,6	154,8	13,6	22,6	106,9	15,37
70 ans	43,2	194,8	10,91	46,6	208,9	10,6	31,2	144,6	11,91
75 ans	63,5	274,1	7,94	71,7	304,1	7,7	44,3	199,3	8,51
80 ans et +	200,0	1000,0	5,00	200,0	1000,0	5,0	200,0	1000,0	5,00

En milieu rural, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 57,4 ans. Elle passe ensuite à 62,7 ans pour un enfant qui échappe à la mortalité infantile. Soit un gain de vie de 5 ans. L'espérance de vie des enfants qui survivent jusqu'à 10 ans (59 ans) est encore supérieure à la durée moyenne de vie pour une personne qui réside en milieu rural. A partir de 10 ans, l'espérance de vie est pratiquement la même tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

**Graphique 3-3 : Espérance de vie à la naissance selon le milieu de résidence, Guinée- 2014**


**Tableau 3.6 : Table de mortalité milieu rural – Guinée 2014**

Age	Guinée-rural			Masculin			Féminin		
	nMx	nQx	ex	nMx	nQx	ex	nMx	nQx	ex
0 an	107,0	100,0	57,41	111,8	104,0	55,62	101,4	95,0	59,15
1 an	18,6	71,0	62,76	18,0	69,0	61,04	19,1	73,0	64,33
5 ans	2,6	12,7	63,43	2,8	13,8	61,45	2,3	11,6	65,27
10 ans	2,1	10,6	59,22	2,3	11,4	57,27	2,0	9,7	61,00
15 ans	2,9	14,5	54,83	3,1	15,4	52,91	2,8	13,8	56,58
20 ans	3,8	18,6	50,6	4,1	20,1	48,7	3,6	17,7	52,33
25 ans	4,7	23,0	46,51	5,4	26,6	44,65	4,2	20,6	48,23
30 ans	5,3	26,0	42,55	6,2	30,6	40,8	4,7	23,0	44,19
35 ans	6,1	29,8	38,62	7,3	35,9	37,01	5,2	25,6	40,17
40 ans	6,8	33,3	34,73	8,3	40,8	33,29	5,6	27,5	36,16
45 ans	8,3	40,8	30,84	10,3	50,1	29,6	6,7	33,0	32,11
50 ans	9,3	45,5	27,04	11,5	55,8	26,03	7,3	35,6	28,12
55 ans	11,7	56,9	23,21	13,9	67,3	22,43	9,5	46,4	24,06
60 ans	14,3	68,9	19,46	16,5	79,3	18,86	11,8	57,3	20,11
65 ans	20,9	99,4	15,71	23,8	112,5	15,27	18,0	86,2	16,18
70 ans	27,9	130,3	12,17	31,5	145,9	11,89	24,1	113,6	12,47
75 ans	40,5	183,8	8,62	44,6	200,5	8,5	36,3	166,5	8,75
80 ans et +	200,0	1 000,0	5,00	200,0	1 000,0	5,00	200,0	1 000,0	5,00

**Espérance de vie selon la région de résidence**

Le tableau 3.7 montre que la région de Conakry (la capitale) est celle où l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée (65 ans) et N'Zérékoré celle où elle est la plus faible (55 ans). Hormis Faranah et N'Zérékoré, l'espérance de vie à la naissance des autres régions est proche de 60 ans. L'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes dans toutes les régions.

L'analyse par région naturelle montre que c'est en Guinée Forestière (55 ans) que l'espérance de vie la faible a été enregistrée, suivie de la Basse Guinée (59 ans). La Haute et la Moyenne Guinée ont une espérance de vie d'environ 60 ans ; Conakry se détache largement en tête avec une vie moyenne de 65 ans. L'analyse selon le sexe montre que l'écart d'espérance de vie entre homme et femme est nul dans la région de la Haute Guinée, il est de un an dans les régions de la Moyenne Guinée et de la Guinée Forestière et de 2,5 en Basse Guinée.

**Tableau 3.7 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe, le milieu, la région de résidence**

Caractéristique démographique	Espérance de vie à la naissance, Guinée-2014		
	Homme	Femme	Ensemble
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	58,2	62,8	59,2
Rural	55,6	59,2	57,4
<b>Région administrative</b>			
Boké	57,6	60,3	59,0
Conakry	64,4	66,0	65,1
Faranah	56,0	58,2	57,2
Kankan	59,5	60,3	59,8
Kindia	57,3	59,9	58,7
Labé	56,2	62,9	60,4
Mamou	56,9	62,8	60,1
N'Zérékoré	53,5	57,6	55,5
<b>Région naturelle</b>			
Basse Guinée	57,5	60,0	58,8
Moyenne Guinée	59,9	60,7	60,3
Haute Guinée	60,5	60,5	60,5
Guinée Forestière	54,6	55,7	55,1
<b>Guinée</b>	<b>57,4</b>	<b>60,4</b>	<b>58,8</b>

### 3.2. Evolution de la mortalité générale

#### 3.2.1. Taux brut de mortalité

L'examen des tendances de la mortalité générale entre 1983 et 2014 révèle dans l'ensemble une baisse du niveau de mortalité quel que soit le milieu de résidence ou le sexe considéré. En effet, au niveau global, le taux brut de mortalité est passé de 18,1% en 1983 à 14,2% en 1996 et à 11,2% en 2014 (tableau 3.8). La baisse est notable, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le TBM a baissé d'environ quatre points de pourcentage entre 1983 et 1996 et de trois points entre 1996 et 2014. Selon le sexe, on remarque que le TBM a baissé dans les mêmes proportions tant chez les femmes que chez les hommes.

**Tableau 3.8 : Évolution des taux bruts de mortalité à différentes dates selon le sexe et milieu de résidence**

Caractéristique démographique	Taux brut de mortalité (‰)		
	RGPH 1983	RGPH 1996	RGPH 2014
<b>Sexe</b>			
Masculin	19,8	15,2	12,1
Féminin	17,4	13,3	10,4
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	9,3	10,7	8,0
Rural	21,9	14,8	12,9
<b>Ensemble</b>	<b>18,1</b>	<b>14,2</b>	<b>11,2</b>

#### 3.2.2. Espérance de vie à la naissance

Le tableau 3.9 présente le gain en espérance de vie à la naissance selon le sexe, le milieu de résidence et la région naturelle aux trois recensements passés. Sur la période 1996 à 2014 le gain moyen annuel d'espérance de vie est d'environ 0,3 ans. Ce gain est identique pour les hommes et pour les femmes.

L'augmentation annuel moyen de l'espérance de vie à la naissance est aussi la même entre les deux milieux de résidence (0,2 ans). C'est au niveau des régions naturelles qu'on observe des légères différences. En effet, dans la région de Conakry, le gain est de 0,5 ans ; de 0,4 ans en Haute Guinée et de 0,3 ans en Moyenne Guinée.

Pa rapport à la période intercensitaire 1983 – 1996 on note une légère baisse du gain annuel moyen d'espérance de vie (de 0,7 à 0,3 ans). Cette diminution du gain annuel moyen d'espérance de vie indique que la mortalité est en baisse. En effet, il est admis que les pays qui ont gain annuel d'espérance de vie supérieur à 0,5 ans sont des pays à mortalité élevée.

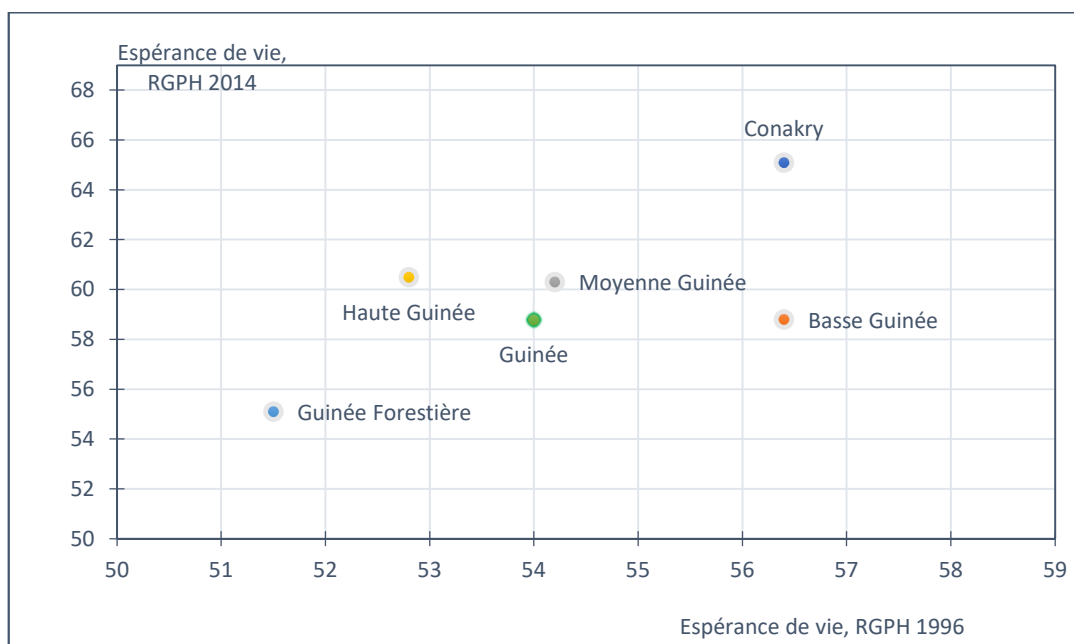
**Tableau 3.9 : Évolution des taux bruts de mortalité à différentes dates selon le sexe, le milieu et la région naturelle**

Caractéristique	RGPH			Gain en espérance de vie (eo)	
	1983	1996	2014	1983– 1996	1996 – 2014
<b>Sexe</b>					
Masculin	43,2	52,7	57,4	0,7	0,3
Féminin	45,7	55,4	60,4	0,7	0,3
<b>Milieu</b>					
Urbain	54,9	56,0	59,2	0,1	0,2
Rural	41,2	53,4	57,4	0,9	0,2
<b>Région naturelle</b>					
Basse Guinée	46,9	56,4	58,8	0,7	0,1
Moyenne Guinée	40,8	54,2	60,3	1,0	0,3
Haute Guinée	38,4	52,8	60,5	1,1	0,4
Guinée Forestière	40,8	51,5	55,1	0,8	0,2
Conakry	59,2	56,4	65,1	-0,2	0,5
<b>Guinée</b>	<b>45,0</b>	<b>54,0</b>	<b>58,8</b>	0,7	0,3

Le graphique 3.3 présente l'évolution de l'espérance de vie à la naissance dans les quatre régions naturelles<sup>17</sup> plus la capitale Conakry. On remarque deux cas de figure : Conakry et la Guinée Forestière qui se trouvent aux extrêmes et les trois autres régions qui sont plus ou moins à la même hauteur. Conakry, la capitale a gardé sa première position avec l'espérance de vie la plus élevée et à l'opposé la région de la Guinée forestière a l'espérance de vie la plus faible. La Basse Guinée aurait stagné tandis que la Moyenne et la Haute Guinée ont vu le niveau de leur espérance de vie augmenté par rapport à celui observé en 1996.

<sup>17</sup> L'espérance de vie n'avait pas été calculée par région administrative en 1996, c'est ce qui fait que nous ne pouvons pas faire les comparaisons à ce niveau.

**Graphique 3-4 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1996 à 2014 dans les régions naturelles de la Guinée**



### Conclusion sur la mortalité générale

L'estimation des niveaux de mortalité générale a été faite à l'aide du taux brut de mortalité et de l'espérance de vie à la naissance. Mais l'évaluation de la qualité des données avait montré que les données du RGPH-2014 sont entachées de nombreuses irrégularités : mauvaise déclaration d'âge et/ou transfert d'effectifs d'un âge à un autre ; omission ou sous-estimation des femmes par rapport aux hommes principalement à partir de 50 ans. En effet, l'emploi de la méthode du solde d'accroissement de Brass a montré que les décès collectés au cours des 12 derniers mois seraient surajoutés d'environ 39% et que le taux d'accroissement intercensitaire qui en découle serait de 3,4%.

Compte tenu de toutes les faiblesses constatées dans l'évaluation de la qualité des données, le taux brut de mortalité et l'espérance de vie à la naissance ont été estimés de manière indirecte après ajustement des taux de mortalité par la méthode de Brass. Les quotients de mortalité infantile (1q0) et juvénile (4q1) calculés à partir des données sur la survie des enfants ont été imputés dans la table de mortalité afin d'avoir des résultats cohérents avec ceux sur la mortalité des enfants.

Il ressort ainsi des données ajustées du RGPH-2014 que le taux brut de mortalité s'élève à 11,2 pour mille dont 12,1 pour mille pour le sexe masculin et 10,4 pour mille pour le sexe féminin. Par rapport au recensement général de la population et de l'habitation de 1996, on relève une baisse relative de 21%. Le TBM est 38% plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement 12,9 ‰ et 8 ‰).

Comme en 1996, la région de la Guinée Forestière a l'espérance de vie la plus faible comparativement aux autres régions. La Basse Guinée qui était en deuxième position juste derrière Conakry en termes d'espérance de vie en 1983 et 1996 se retrouve en quatrième position en 2014. En outre, les régions de Labé et de Mamou étant dans leur très grande majorité rurale, on s'attend à ce que leurs niveaux de mortalité soient proches du niveau enregistré pour l'ensemble du milieu rural. Or l'espérance de vie estimée pour chacune de ces régions est d'environ 60 ans. Cet âge est supérieur au niveau estimé pour l'ensemble du milieu urbain, à savoir 59 ans.

Étant donné que les différences de niveau de mortalité entre régions s'expliquent très largement par les différences d'offres d'infrastructures sanitaires et de personnels soignants, la forte régression de la Basse Guinée (région la plus urbanisée après Conakry) par rapport aux autres régions confirme les interrogations sur la qualité des données du RGPH-2014.

## Chapitre 4 : MORTALITE MATERNELLE

Le rapport de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du niveau de développement humain et social d'un pays ou d'une région. C'est un indicateur très sensible à l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins (Ayad M. , 2006). Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles renseignent sur la santé des femmes, et indirectement, sur leur situation économique et sociale.

Le risque de décès maternels est 23 fois plus important dans les pays en développement que dans les pays développés (OMS, 2015). La majorité des décès maternels sont provoqués par des hémorragies sévères (27%) ou des infections (11%) pendant l'accouchement, par une hypertension artérielle durant la grossesse (14%) ou des complications lors d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (8%). Dans 28% des cas, le décès maternel est lié, en partie, à des maladies préexistantes, comme le paludisme ou le sida<sup>18</sup>.

### 4.1. Distributions des décès des femmes de 12 à 54 ans

Le graphique 4.2 et tableau 4.1 (en annexe) fournit la distribution des femmes en âge de procréer décédées selon la circonstance du décès. Le nombre total de décès des femmes de 15-49 ans enregistrés au cours des 12 derniers mois précédents le recensement est de 10 043. Le nombre total de décès liés à des causes maternelles est quant à lui de 2 743 décès. La proportion des femmes décédées des causes maternelles sur l'ensemble des décès des femmes âgées de 15-49 ans est de 27%. Cette proportion est très élevée aux jeunes âges. Il atteint son maximum dans le groupe d'âge 15 à 19 ans et baisse rapidement à partir de 35 ans.

On note une forte disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, la proportion de décès maternels (PDM) est de 31% en milieu rural contre 22% en milieu urbain. Par ailleurs, le risque de décès est de 43% durant la grossesse, 36% pendant l'accouchement et 22% durant les 42 jours suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse. La même tendance s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural avec respectivement 44% et 42% du risque de décès durant la grossesse.

### 4.2. Niveau de la mortalité maternelle

Le tableau 4.2 fournit les différents indicateurs permettant de mesurer la mortalité maternelle (proportion de décès maternel, rapport de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle, risque de décès maternel sur la durée de vie). Mais de tous ces indicateurs cités, le rapport de mortalité maternelle est l'indicateur le plus utilisé dans les comparaisons internationales.

#### 4.2.1. Taux de mortalité maternelle

Le tableau 4.2 présente différents indicateurs de mortalité maternelle par groupe d'âge pour des femmes. Pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans le taux de mortalité maternelle est estimé à 1,07 décès pour 1000 femmes. Ce taux croît légèrement avec l'âge à partir de 15 ans jusqu'à 35 ans puis décroît rapidement (graphique 4.1). On remarque que le taux de mortalité maternelle atteint son maximum entre 30 et 34 ans : il est de 1,4 ‰ chez les femmes de 30-34 ans et de 1,3 ‰ chez celles âgées de 35-39 ans. Le niveau le plus faible est enregistré dans le groupe d'âge 45-49 ans (0,64 ‰).

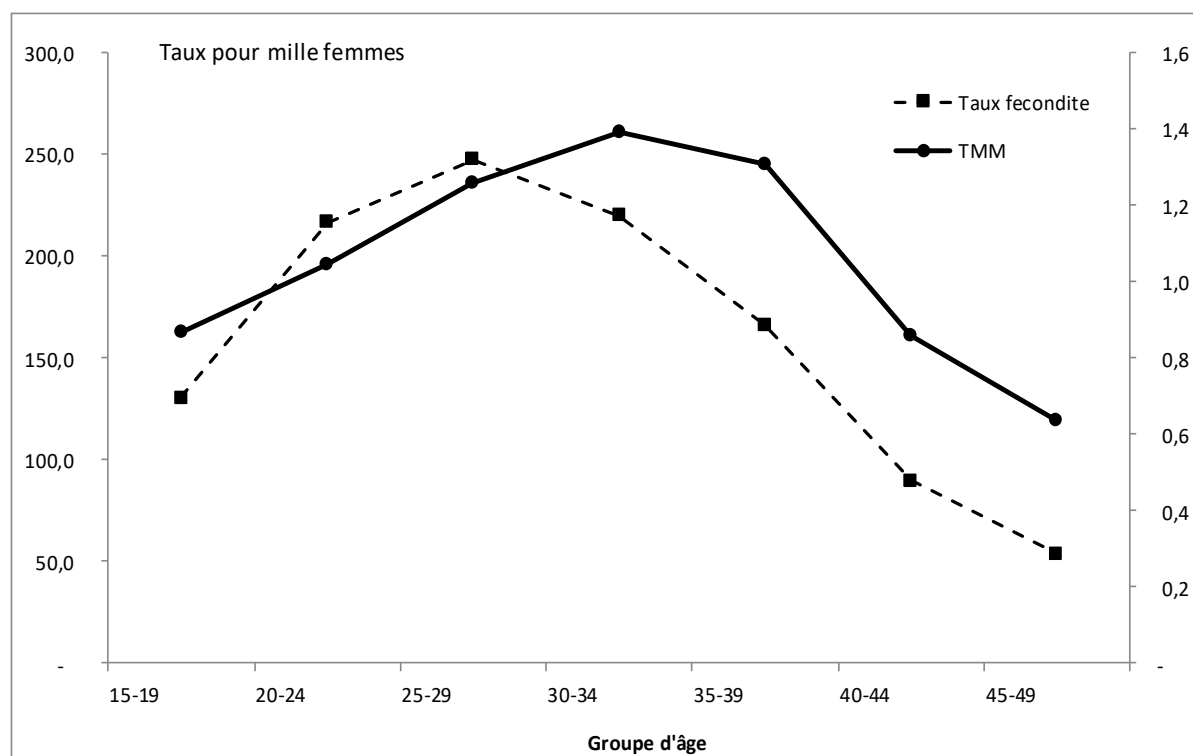
<sup>18</sup>Say L. et al, "Global causes of maternal deaths, 2014", cité par INED  
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes>

**Tableau 4.1 : Indicateurs de mortalité maternelle, Guinée, RGPH-2014**

Groupe d'âge	Nombre de femmes	Nombre décès de femmes 12 derniers mois	Nombre décès par causes maternelles	Naissances vivantes des 12 derniers mois	Taux de mortalité maternelle pour 1000	Proportion de décès maternels pour 100	Rapport de mortalité maternelle pour 100 000	Risque de décès maternel sur la durée de vie pour 1000
15 à 19 ans	589 406	1 331	511	76 941	0,87	38	664	4,3
20 à 24 ans	495 868	1 490	517	107 364	1,04	35	482	5,2
25 à 29 ans	443 338	1 670	559	109 680	1,26	33	509	6,3
30 à 34 ans	349 042	1 578	486	76 741	1,39	31	633	7,0
35 à 39 ans	278 329	1 446	363	46 291	1,31	25	785	6,5
40 à 44 ans	234 368	1 353	201	21 012	0,86	15	958	4,3
45 à 49 ans	166 135	1 174	106	8 953	0,64	9	1182	3,2
<b>Total</b>	<b>2 556 486</b>	<b>10 043</b>	<b>2 743</b>	<b>446 982</b>	<b>1,07</b>	<b>27</b>	<b>614</b>	<b>30,3*</b>

\*Calculé à l'aide de la formule  $RDV = 1 - (1 - RMM)^{ISF}$ ; avec ISF=5,6

Le graphique 4.1 présente également la courbe des taux de fécondité par groupe d'âge de la femme. Globalement les deux courbes présentent la même allure. Toutefois, on note un léger décalage entre les deux courbes. La courbe des taux de fécondité atteint son maximum entre 25-29 ans tandis que la courbe des taux de mortalité maternelle atteint le maximum dans le groupe d'âge 30-34 ans. Normalement, si les données sont de bonne qualité, les deux séries atteignent leur maximum dans le même groupe d'âge.

**Graphique 4-1 : Taux de fécondité des femmes et taux de mortalité maternelle selon le groupe d'âge**


#### 4.2.2. Proportion de décès maternel

Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), plus d'un décès sur quatre (27 %) serait dû à des causes maternelles. La proportion de décès maternels est beaucoup plus élevée



chez les jeunes femmes (moins de 35 ans). La proportion des décès maternels passe de 38% chez les femmes de 15-19 ans, à 35% chez les femmes de 20-24 ans, à 31% chez les femmes de 30-34 ans et tombe à 9% chez les femmes âgées de 45-49 ans. Cette situation ne corrobore l'évolution des taux de fécondité observée. En effet, on s'attend à ce que la PDM suive la répartition par âge de la fécondité, tout en étant plus élevée aux âges les plus jeunes et les plus avancés.

#### 4.2.3. Risque de décès maternel sur la durée de vie

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV), est calculé à partir du rapport de mortalité maternelle (tableau 4.2). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder de cause maternelle durant les âges de procréation. En 2014, ce risque est estimé à 0,04 pour la période des 12 derniers précédant le recensement. Autrement dit, en Guinée, les femmes courent un risque de 1 sur 25 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation. Cet indicateur croît avec l'âge des femmes. Plus l'âge des femmes augmente, plus elles procréent et plus elles courent des risques de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement.

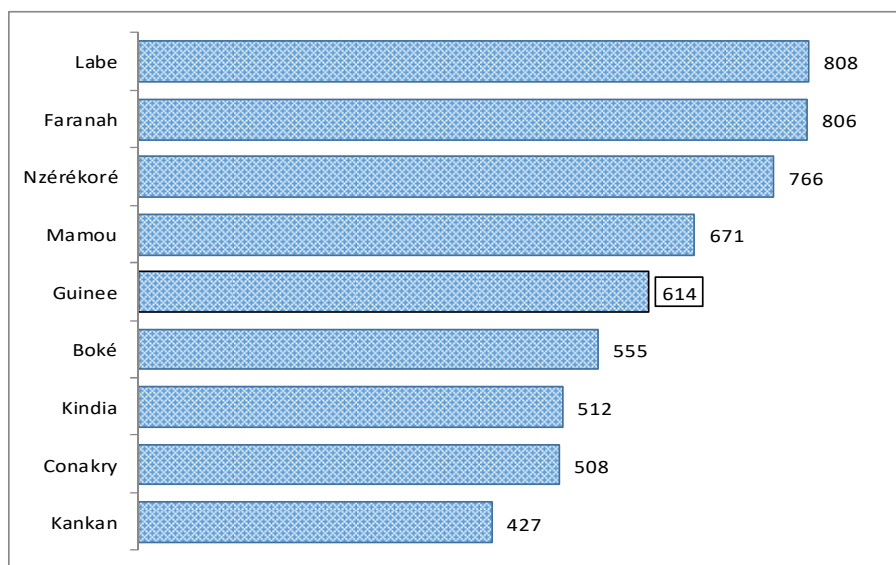
#### 4.2.4. Variation du rapport de mortalité maternelle selon la région

En Guinée, le niveau de la mortalité maternelle demeure très élevé. Les estimations faites à partir des données du recensement de 2014 indiquent que le rapport de mortalité maternelle est de 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio est plus élevé en milieu rural avec 657 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes contre 530 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en milieu urbain. Au niveau des régions administratives, on remarque que ce ratio est plus faible dans les régions de Kankan (427), Conakry (508), Kindia (512), Boké (555). A l'opposé, les niveaux les plus élevés sont observés à Labé (808), Faranah (806), Nzérékoré (766) et Mamou (671).

Ces résultats ne reflètent pas le contexte sanitaire global des régions administratives. La région de Conakry (la capitale) disposant de plus d'infrastructures sanitaires et de personnels soignants devrait logiquement avoir les niveaux de mortalité les plus faibles comparé aux autres régions.

**Tableau 4.2 : Indicateurs de mortalité maternelle selon le milieu et la région de résidence, Guinée, RGPH-2014**

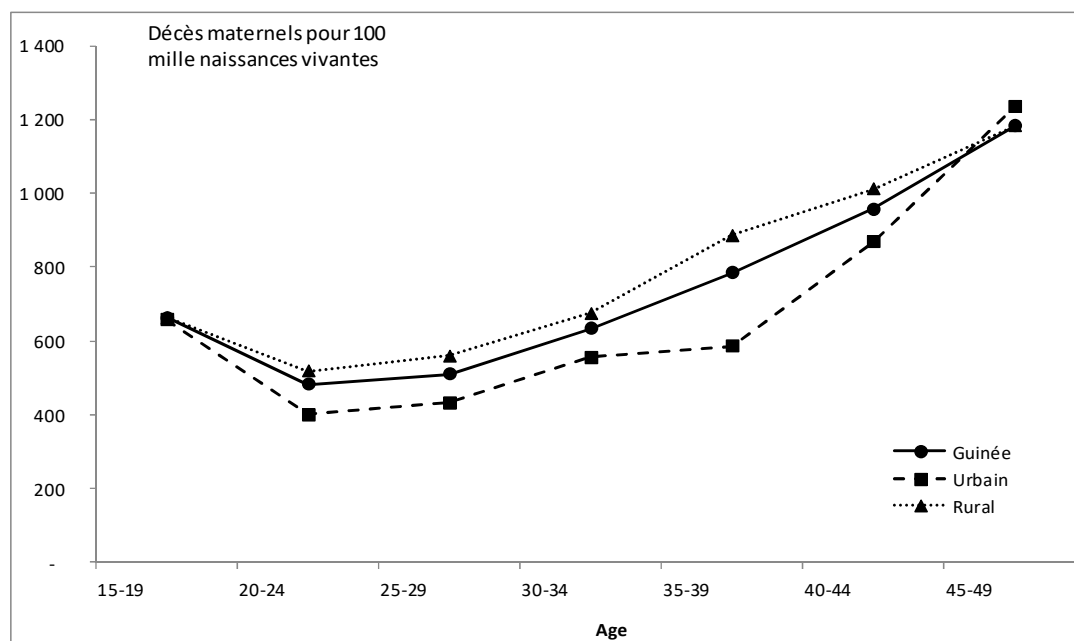
Caractéristique	Proportion de décès maternels pour 100 femmes	Rapport de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	Taux de mortalité maternelle pour 1000 femmes	Risque de décès sur la durée de vie pour 1000 femmes
Urbain	22	530	0,73	25,6
Rural	31	657	1,27	44,6
<b>Région</b>				
Boké	22	555	1,02	35,6
Conakry	23	508	0,58	20,4
Faranah	36	806	1,56	54,6
Kankan	33	427	0,92	32,1
Kindia	26	512	0,91	31,8
Labé	30	808	1,27	44,6
Mamou	29	671	1,08	37,9
N'Zérékoré	29	766	1,34	47,0
<b>Guinée</b>	<b>28</b>	<b>614</b>	<b>1,07</b>	<b>37,6</b>

**Graphique 4-2 : Rapport de mortalité maternelle selon la région, Guinée 2014**


#### 4.2.5. Variation du rapport de mortalité maternelle selon l'âge

Le graphique 4.3 présente le rapport de mortalité maternelle par groupe d'âge. Les résultats indiquent un rapport de mortalité maternel élevée pour les jeunes mères (15-19 ans) et de celles âgées de 35 ans et plus. Les femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 45-49 ans ont un RMM respectivement de 1,1 et 1,9 fois supérieur à la moyenne nationale. Le rapport de mortalité maternelle est dans tous les groupes d'âge plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain sauf pour le dernier groupe d'âge (45-49 ans).

Les courbes des rapports de mortalité maternelle par groupe d'âges obtenues n'ont pas tout à fait la forme en J attendue. La courbe du milieu urbain présente plus de déformations que celle du milieu rural, suggérant ainsi qu'il y aurait plus d'omissions ou de mauvaises déclarations d'âge en milieu urbain qu'en milieu rural.

**Graphique 4-3 : Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âge, Guinée, 2014**


### 4.3. Evolution de la mortalité maternelle

Le tableau 4.3 donne le rapport de mortalité maternelle à différentes dates et selon différentes sources. Bien que les méthodologies de calcul du rapport de mortalité maternelle des enquêtes EDS et MICS soient différentes de celle des RGPH mais les niveaux de mortalité maternelle estimés à partir de ces deux sources sont comparables.

Le rapport de mortalité maternelle estimé en 2014 est de 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce rapport est inférieur à celui trouvé en 2012 (724 décès pour 100 000 naissances vivantes). Cependant il se situe bien dans l'intervalle de confiance calculé lors de l'EDS-MICS 2012, et qui était compris entre 530 et 916 décès pour 100 000 naissances vivantes. De ce fait, on ne peut pas conclure à une baisse significative de la mortalité maternelle entre 2012 et 2014.

Selon l'OMS (2011), la proportion de décès maternels est mieux indiquée pour comparer des niveaux de mortalité maternelle estimés par les recensements et les enquêtes démographiques (méthodes des sœurs). En effet, « des études ont montré que la méthode directe des sœurs pouvait introduire un biais dans les estimations des taux de mortalité maternelle, mais pas nécessairement dans celles de la proportion de décès maternels (PDM). En effet, dans ces données, il y a tendance à la sous-déclaration des décès maternels comme du nombre total de décès de femmes en âge de procréer, ce qui affecte de façon similaire le numérateur et le dénominateur de la PDM ». De ce fait, la proportion de décès maternels trouvée à l'EDS 2012 peut être comparée sans réserve avec celle trouvée avec les données du recensement.

**Tableau 4.3 : Tendances des Indicateurs de mortalité maternelle de 1996 à 2014**

Source et année	Taux de mortalité adulte pour 1000	Rapport de mortalité maternelle pour 100 000	Proportion de décès maternels pour 100	Risque de décès sur la durée de vie
RGPH – 1996	-	600	-	-
EDS – 1999	3,5	528	33	0,05
EDS – 2005	5,5	980	36	0,06
EDS – 2012	4,9	724	28	0,04
RGPH – 2014	3,9	617	28	0,04

Quand on examine les autres indicateurs de mesure de la mortalité maternelle, on note que la part des décès maternels représente 28% de l'ensemble des décès de femmes de 15-49 ans en 2014. Cette proportion est identique à celle trouvée à l'EDS de 2012 (28%). Il en est de même du risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) qui s'établit à 0,04. En conclusion, la mortalité maternelle n'a pas baissé de façon significative entre l'EDS 2012 et le RGPH 2014, contrairement à ce que laisse croire le RMM.



## CONCLUSION GENERALE

---

L'objectif de ce rapport était de présenter les niveaux, structures et tendances de la mortalité en Guinée à la lumière des données recueillies lors du RGPH-2014. Il apparaît des résultats que le niveau de la mortalité en Guinée est encore très élevé. Les quotients de mortalité infantile ( $_{1q_0}$ ), juvénile ( $_{4q_1}$ ) et infanto-juvénile ( $_{5q_0}$ ) sont respectivement de 92 pour mille, 63 pour mille et 150 pour mille. De façon globale, en Guinée, sur 1000 enfants nés vivants, 150 ne survivent pas jusqu'à leur cinquième anniversaire. La mortalité des enfants est 1,5 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Quel que soit le milieu de résidence considéré, on constate dans l'enfance une surmortalité masculine.

Le taux brut de mortalité s'élève à 11,2 pour mille dont 12,1 pour mille pour le sexe masculin et 10,4 pour mille pour le sexe féminin. Par rapport au recensement général de la population et de l'habitation de 1996, on relève une baisse relative de ce taux de 21%. Le TBM est de 38% plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement 12,9 pour mille et 8 pour mille).

L'espérance de vie à la naissance est pratiquement de 59 ans : 60 pour les femmes et 57 ans pour les hommes. Par rapport au milieu de résidence, l'espérance de vie est, comme attendu plus élevée en milieu urbain (59 ans) qu'en milieu rural (57 ans). Au niveau régional, on a relevé l'espérance de vie la plus élevée dans les régions de Conakry (65 ans), suivie de Mamou, Labé et Kankan avec 60 ans. L'espérance de vie la plus faible a été enregistrée à Nzérékoré (55 ans).

Au RGPH 1996, la Basse Guinée était en deuxième position, juste derrière Conakry en termes d'espérance de vie en 1983 et 1996 se retrouve en quatrième position en 2014. En outre, les régions de Labé et de Mamou étant dans leur très grande majorité rurale, on s'attendait à ce que leurs niveaux de mortalité soient proches du niveau enregistré pour le milieu rural. Or l'espérance de vie estimée pour chacune de ces régions est d'environ 60 ans. Cet âge est supérieur au niveau estimé pour l'ensemble du milieu urbain, à savoir 59 ans.

Étant donné que les différences de niveau de mortalité entre les régions s'expliquent très largement par les différences d'offre d'infrastructures sanitaires et de personnels soignants, la forte régression de la Basse Guinée (région la plus urbanisée après Conakry) par rapport aux autres régions confirme les interrogations sur la qualité des données du RGPH-2014.

Le rapport de mortalité maternelle estimé en 2014 est de 617 décès pour cent mille naissances vivantes. Ce rapport est inférieur à celui trouvé en 2012 (724 décès pour cent mille naissances vivantes). Cependant il se situe bien dans l'intervalle de confiance calculé lors de l'EDS-MICS 2012 (compris entre 530 et 916 décès pour cent mille naissances vivantes). Par ailleurs, on remarque que la proportion des décès maternels représente 28% de l'ensemble des décès de femmes de 15-49 ans en 2014. Cette proportion est identique à celle trouvée à l'EDS-MICS de 2012 (28%). Il en est de même du risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) qui s'établit à 0,04. De ce fait, on ne peut pas conclure à une baisse significative de la mortalité maternelle au cours de la période 2007-2014.

L'examen minutieux des données recueillies indique que les données du RGPH-2014 sont de qualité médiocre. En effet, l'évaluation de la qualité des données a fait apparaître une forte attraction pour les âges se terminant par 0 et 5 dans ces données. Par exemple, la population des hommes et femmes dénombrés à 20 ans est deux fois plus élevée que celle âgée de 19 ou de 21 ans ; la population âgée de 30 ans est le triple de celle âgée de 29 ou 31 ans et la population âgée de 50 ans est 4,5 fois supérieure à la population de 49 ans. Un fort déficit est également perceptible pour la population de moins de 5 ans qui a été dénombrée. En effet, la population à un an exact est 1,4 fois inférieure que la population à 5 ans. Dans l'ensemble, on note une différence de 7% entre l'effectif d'enfants de 0 an révolu survivants au cours des 12 derniers mois et la population de 0 an recensée. Vraisemblablement, les jeunes enfants ont été sous-dénombrés dans ce recensement. Ce sous-dénombrement des enfants peut justifier, en partie, la hausse des indicateurs de mortalité, par la diminution du dénominateur.

L'estimation de la couverture de l'enregistrement des décès effectué à l'aide de la méthode du solde d'accroissement de Brass a montré que les décès ont été sur-dénombrés d'environ 39%. Cette situation est atypique car très souvent c'est à une sous-déclaration des décès qu'on est confronté en Afrique subsaharienne. Par exemple, en 1983 le taux de couverture des décès n'était que de 53% autrement dit, près de la moitié des décès n'avaient pas été enregistré lors du recensement. Au RGPH de 1996, on était parvenu à la conclusion qu'il y a eu sous-enregistrement des décès d'enfants de moins de 5 ans et une sous-estimation de la mortalité aux âges avancés sans toutefois les quantifier.

Le calcul de la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans sur l'ensemble des décès montre que la valeur de cet indicateur est de 44,8%, alors que le niveau habituellement observé dans les pays en développement est d'environ 30%. Il y aurait donc eu une surestimation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans ce recensement.

En conclusion, le niveau des indicateurs de mortalité calculés avec les données du recensement de 2014 montrent que des efforts importants doivent encore être faits dans le domaine de l'amélioration de la santé en vue d'une réduction du niveau de la mortalité en Guinée. La qualité médiocre des données, signalée plus-haut, a des incidences sur le degré de validité des résultats trouvés, sans pour autant qu'on ne puisse en mesurer exactement l'ampleur. En conséquence, les indicateurs présentés dans ce rapport doivent être utilisés avec prudence et considérés plutôt comme des ordres de grandeur.

## REFERENCES

Akoto, & al. (1998). Baisse récente et future de la mortalité dans les pays en voie de développement : mythe ou réalité ?

Akoto, E. (2002). Notes de cours Analyse de la morbidité et de la mortalité. Yaoundé, Cameroun: IFORD.

Ayad. (2000). Mortalité maternelle. *Enquete Démographique et de Santé en Guinée*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.

Ayad, M. (2006). Mortalité maternelle. *Enquete Démographique et de Santé en Guinée*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.

Dackam, R. (2004). *RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION EN AFRIQUE (RGPH)*. Dakar, Sénégal: EAT.

EDS-MICS. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS)*. Institut National de la Statistique. Conakry: ICF Macro.

Henry, L. (1981). *Dictionnaire démographique multilingue* (éd. Deuxième édition, Vol. ). Liège, Belgique.

Hill, & al. (2001). *Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement : Guide pour les utilisateurs potentiels. MEASURE Evaluation N° 4, (Vol. N°4)*. GENEVE: OMS.

MS. (2015). *Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024*. Conakry: Ministère de la Santé.

MSHP. (2011). *Annuaire Statistique*. Conakry: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

MSHP2. (2012). *Analyse de situation des ressources humaines pour la santé*. Conakry: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

NU. (1984). *Manuel X*. New York.

NU. (1998). *Manuel pour l'établissement des rapports statistiques nationaux sur les femmes et les hommes*. New York: Nations Unies.

OMS. (2010). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève: OMS.

OMS. (2015). *Tendances de la mortalité maternelle 1990-2015*. Consulté le Octobre 2016, sur <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015>

Pressat, R. (1985). *Manuel d'Analyse de la mortalité*. (OMS, Éd.) PARIS: INED.

Tabutin. (1999). *Méthodes d'Analyses des données imparfaites et techniques indirectes. DEMO 3542*,. Louvain: UCL.

Tolno. (2000). *Mortalité, Analyse des données du RGPH 1996, BCR, Ministère du Plan*. Conakry, Guinée.

Wakam. (2003). Notes de cours IFORD: Analyse des données imparfaites. Yaounde, Cameroun.

Waltisperger, D. (1977). *La Mortalité in «Analyses des données démographiques»*. Paris: INED/INSEE.





**ANNEXES**
**Tableau Annexe 0-1 : Répartition des décès survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires selon le milieu de résidence et le sexe**

	Guinée			Urbain			Rural		
	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin
0	36 556	20 751	15 805	9 859	5 579	4 280	26 697	15 172	11 525
1 à 4 ans	21 083	11 308	9 775	3 907	2 068	1 839	17 176	9 240	7 936
5 à 9 ans	5 661	3 128	2 533	1 310	693	617	4 351	2 435	1 916
10 à 14 ans	3 237	1 821	1 416	871	492	379	2 366	1 329	1 037
15 à 19 ans	3 585	1 630	1 955	950	466	484	2 635	1 164	1 471
20 à 24 ans	3 775	1 806	1 969	1 242	593	649	2 533	1 213	1 320
25 à 29 ans	4 350	1 934	2 416	1 436	645	791	2 914	1 289	1 625
30 à 34 ans	4 366	2 077	2 289	1 352	622	730	3 014	1 455	1 559
35 à 39 ans	3 909	1 986	1 923	1 329	691	638	2 580	1 295	1 285
40 à 44 ans	4 168	2 226	1 942	1 424	795	629	2 744	1 431	1 313
45 à 49 ans	3 567	2 063	1 504	1 166	657	509	2 401	1 406	995
50 à 54 ans	4 461	2 562	1 899	1 464	824	640	2 997	1 738	1 259
55 à 59 ans	2 963	1 857	1 106	1 048	618	430	1 915	1 239	676
60 à 64 ans	4 659	2 695	1 964	1 505	935	570	3 154	1 760	1 394
65 à 69 ans	3 490	2 070	1 420	1 021	579	442	2 469	1 491	978
70 à 74 ans	5 181	2 884	2 297	1 438	798	640	3 743	2 086	1 657
75 à 79 ans	3 461	2 029	1 432	952	539	413	2 509	1 490	1 019
80 à 84 ans	4 300	2 248	2 052	1 053	543	510	3 247	1 705	1 542
85 ans et +	6 776	3 601	3 175	1 669	781	888	5 107	2 820	2 287
Total	129 548	70 676	58 872	34 996	18 918	16 078	94 552	51 758	42 794

**Tableau Annexe 0-2 : Rapport de masculinité des décès survenus au cours des 12 derniers mois des ménages ordinaires par groupe d'âge selon le milieu de résidence**

Age	Guinée	Urbain	Rural
0	129	127	129
1 à 4 ans	113	110	114
5 à 9 ans	119	115	120
10 à 14 ans	126	144	118
15 à 19 ans	95	103	94
20 à 24 ans	113	94	133
25 à 29 ans	107	87	124
30 à 34 ans	116	87	138
35 à 39 ans	130	107	144
40 à 44 ans	135	116	146
45 à 49 ans	145	113	164
50 à 54 ans	140	110	157
55 à 59 ans	142	112	161
60 à 64 ans	130	125	130
65 à 69 ans	127	108	136
70 à 74 ans	133	123	136
75 à 79 ans	125	128	125
80 ans et +	115	130	113
Ensemble	129	119	134

**Tableau Annexe 0-3 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12-54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, Guinée,**

	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans ayant déclaré une naissance	Enfants nés vivants masculins	Enfants nés vivants féminins	Enfants survivants masculins	Enfants survivants féminins	Total enfants nés vivants	Total enfants survivants
12 à 14 ans	365 646	365 634	10 365	11 407	8 282	8 069	21 772	16 351
15 à 19 ans	589 555	589 406	143 893	136 432	124 613	120 681	280 325	245 294
20 à 24 ans	496 263	495 868	386 486	367 622	333 061	320 441	754 108	653 502
25 à 29 ans	444 157	443 338	628 131	602 368	527 778	502 750	1 230 499	1 030 528
30 à 34 ans	350 747	349 042	678 233	651 245	569 122	547 907	1 329 478	1 117 029
35 à 39 ans	280 112	278 329	657 384	629 051	548 244	524 193	1 286 435	1 072 437
40 à 44 ans	235 595	234 368	620 267	603 522	501 931	475 762	1 223 789	977 693
45 à 49 ans	167 746	166 135	452 568	438 019	360 930	344 514	890 587	705 444
50 à 54 ans	150 935	149 892	403 288	387 479	313 807	297 585	790 767	611 392
<b>Total</b>	<b>3 080 756</b>	<b>3 072 012</b>	<b>3 980 615</b>	<b>3 827 145</b>	<b>3 287 768</b>	<b>3 141 902</b>	<b>7 807 760</b>	<b>6 429 670</b>

**Tableau Annexe 0-4 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12-54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, milieu urbain, Guinée**

	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans ayant déclaré une naissance	Enfants nés vivants masculins	Enfants nés vivants féminins	Enfants survivants masculins	Enfants survivants féminins	Total enfants nés vivants	Total enfants survivants
12 à 14 ans	145 677	145 674	3 159	2 902	2 732	2 535	6 061	5 267
15 à 19 ans	243 667	243 603	34 731	32 901	31 197	30 087	67 632	61 284
20 à 24 ans	220 195	219 980	114 059	107 257	102 437	97 620	221 316	200 057
25 à 29 ans	164 151	163 606	172 448	165 248	150 395	140 919	337 696	291 314
30 à 34 ans	120 261	119 466	185 590	176 775	162 965	157 013	362 365	319 978
35 à 39 ans	87 979	87 188	176 709	167 748	154 788	148 619	344 457	303 407
40 à 44 ans	71 397	70 697	168 145	163 846	144 667	137 133	331 991	281 800
45 à 49 ans	49 937	49 504	124 196	119 340	104 144	99 773	243 536	203 917
50 à 54 ans	42 370	41 999	108 905	103 330	89 474	84 965	212 235	174 439
<b>Total</b>	<b>1 145 634</b>	<b>1 141 717</b>	<b>1 087 942</b>	<b>1 039 347</b>	<b>942 799</b>	<b>898 664</b>	<b>2 127 289</b>	<b>1 841 463</b>

**Tableau Annexe 0-5 : Répartition des enfants nés vivants et des enfants survivants des femmes âgées de 12 à 54 ans résidentes des ménages ordinaires par groupe d'âges de la mère, milieu rural, Guinée**

	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans	Nombre total de femmes de 12 à 54 ans ayant déclaré une naissance	Enfants nés vivants masculins	Enfants nés vivants féminins	Enfants survivants masculins	Enfants survivants féminins	Total enfants nés vivants	Total enfants survivants
12 à 14 ans	219 969	219 960	7 206	8 505	5 550	5 534	15 711	11 084
15 à 19 ans	345 888	345 803	109 162	103 531	93 416	90 594	212 693	184 010
20 à 24 ans	276 068	275 888	272 427	260 365	230 624	222 821	532 792	453 445
25 à 29 ans	280 006	279 732	455 683	437 120	377 383	361 831	892 803	739 214
30 à 34 ans	230 486	229 576	492 643	474 470	406 157	390 894	967 113	797 051
35 à 39 ans	192 133	191 141	480 675	461 303	393 456	375 574	941 978	769 030
40 à 44 ans	164 198	163 671	452 122	439 676	357 264	338 629	891 798	695 893
45 à 49 ans	117 809	116 631	328 372	318 679	256 786	244 741	647 051	501 527
50 à 54 ans	108 565	107 893	294 383	284 149	224 333	212 620	578 532	436 953
<b>Total</b>	<b>1 935 122</b>	<b>1 930 295</b>	<b>2 892 673</b>	<b>2 787 798</b>	<b>2 344 969</b>	<b>2 243 238</b>	<b>5 680 471</b>	<b>4 588 207</b>

**Tableau Annexe 0-6 : Répartition des femmes de 12-54 ans décédées, selon la cause du décès et le milieu de résidence par groupe d'âge, Guinée,**

Age	Total femmes décédées	Durant la grossesse	Pendant l'accouchement	Durant les 42 jours <sup>19</sup> suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse	Autre	Proportion décès maternels
Guinée						
15 à 19 ans	1 320	227	177	102	814	38,3
20 à 24 ans	1 381	213	157	109	902	34,7
25 à 29 ans	1 692	258	192	116	1126	33,5
30 à 34 ans	1 541	185	183	106	1067	30,8
35 à 39 ans	1 305	114	135	79	977	25,1
40 à 44 ans	1 230	82	59	42	1047	14,9
45 à 49 ans	894	37	24	20	813	9,0
Total 15 à 49 ans	9 363	1 116	927	575	6 745	28,0
Urbain						
15 à 19 ans	322	54	34	20	214	33,6
20 à 24 ans	443	57	48	23	315	28,9
25 à 29 ans	527	60	61	22	384	27,1
30 à 34 ans	470	52	45	22	351	25,3
35 à 39 ans	431	26	26	20	359	16,8
40 à 44 ans	403	23	12	13	355	11,8
45 à 49 ans	304	11	7	7	279	8,2
Total 15 à 49 ans	2 900	283	233	127	2 257	22,2
Rural						
15 à 19 ans	998	173	143	82	600	39,9
20 à 24 ans	938	156	109	86	587	37,4
25 à 29 ans	1 165	198	131	95	742	36,4
30 à 34 ans	1 071	133	138	85	715	33,2
35 à 39 ans	874	88	109	59	618	29,3
40 à 44 ans	827	59	47	29	692	16,4
45 à 49 ans	590	26	17	13	534	9,4
Total 15 à 49 ans	6 463	833	694	448	4 488	30,6

<sup>19</sup> Pour faciliter la collecte, la question a été posée pour les 2 mois suivant l'accouchement mais les données ont été ajustées afin de tenir compte des 42 jours.

**Tableau Annexe 0-7 : Quotient de mortalité infantile**

Préfectures	1Q0		
	Ensemble	Masculin	Féminin
Boffa	91	94	88
Boké	84	90	78
Fria	100	11	90
Gaoual	99	106	93
Koundara	79	83	75
Conakry	62	66	57
Dabola	86	86	87
Dinguiraye	85	88	82
Faranah	99	102	97
Kissidougou	120	127	112
Kankan	99	105	94
Kérouané	112	116	108
Kouroussa	113	113	113
Mandiana	105	107	103
Siguiri	100	105	95
Coyah	92	99	84
Dubrêka	87	90	84
Forécariah	113	113	108
Kindia	93	97	89
Télimélé	102	106	98
Koubia	90	93	86
Labé	65	69	61
Lélouma	86	93	80
Mali	89	99	80
Tougué	77	84	71
Dalaba	70	74	65
Mamou	85	90	80
Pita	72	76	67
Beyla	110	115	105
Guéckédou	121	133	109
Lola	98	105	90
Macenta	98	104	92
N'Zérékoré	89	96	81
Yomou	82	89	76

**Tableau Annexe 0-8 : Quotients de mortalité juvénile par préfecture**

Préfectures	4Q1		
	Ensemble	Masculin	Féminin
Boffa	62	59	65
Boké	55	56	55
Fria	72	76	66
Gaoual	71	71	70
Koundara	51	50	52
Conakry	35	35	35
Dabola	58	52	64
Dinguiraye	57	55	59
Faranah	71	67	75
Kissidougou	93	93	92
Kankan	71	70	71
Kérouané	84	81	88
Kouroussa	85	78	93
Mandiana	77	72	82
Siguiri	72	70	73
Coyah	63	64	60
Dubrèka	58	56	60
Forécariah	83	78	88
Kindia	65	62	66
Télimélé	74	71	75
Koubia	61	59	62
Labé	38	38	38
Lélouma	58	59	56
Mali	60	64	56
Tougué	49	51	47
Dalaba	42	43	42
Mamou	57	56	57
Pita	44	44	43
Beyla	82	80	85
Guéckédou	94	99	89
Lola	69	70	67
Macenta	69	69	69
N'Zérékoré	60	62	58
Yomou	54	55	52

**Tableau Annexe 0-9 : Quotients de mortalité infanto-juvénile par préfecture**

Préfectures	5Q0		
	Ensemble	Masculin	Féminin
Boffa	147	148	147
Boké	135	141	128
Fria	165	178	150
Gaoual	163	169	156
Koundara	127	129	123
Conakry	95	99	90
Dabola	139	133	145
Dinguiraye	137	138	136
Faranah	163	162	164
Kissidougou	201	208	194
Kankan	163	167	158
Kérouané	187	187	187
Kouroussa	189	782	196
Mandiana	174	172	176
Siguiri	165	167	162
Coyah	148	157	139
Dubrèka	141	142	139
Forécariah	184	182	186
Kindia	152	153	150
Télimélé	168	170	166
Koubia	145	147	143
Labé	100	104	96
Lélouma	139	146	131
Mali	144	156	131
Tougué	123	130	114
Dalaba	109	114	104
Mamou	137	141	133
Pita	112	117	107
Beyla	183	185	181
Guéckédou	204	218	189
Lola	160	168	151
Macenta	160	165	154
N'Zérékoré	144	152	134
Yomou	132	139	124

**Tableau Annexe 0-10 : Répartition de population résidente totale des ménages ordinaires par âge selon le sexe, Guinée**

Age	Homme	Femme	Total	Age	Homme	Femme	Total
0	163 557	160 330	323 887	48	27 692	26 383	54 075
1	147 334	142 943	290 277	49	18 508	17 334	35 842
2	182 700	176 952	359 652	50	60 341	79 774	140 115
3	207 202	204 970	412 172	51	16 877	14 211	31 088
4	190 042	187 967	378 009	52	27 699	23 029	50 728
5	201 309	194 801	396 110	53	16 021	13 215	29 236
6	190 233	180 527	370 760	54	24 071	20 706	44 777
7	190 939	183 982	374 921	55	32 208	34 279	66 487
8	166 340	162 515	328 855	56	28 409	22 193	50 602
9	123 683	119 507	243 190	57	17 957	13 913	31 870
10	170 660	159 758	330 418	58	20 021	15 540	35 561
11	91 872	88 136	180 008	59	14 872	9 999	24 871
12	139 025	139 024	278 049	60	46 759	58 693	105 452
13	108 938	110 867	219 805	61	12 333	7 645	19 978
14	114 072	115 755	229 827	62	19 056	13 463	32 519
15	144 650	137 127	281 777	63	11 775	8 471	20 246
16	93 636	106 650	200 286	64	14 590	10 606	25 196
17	89 810	102 327	192 137	65	25 516	27 424	52 940
18	119 435	156 291	275 726	66	10 317	7 238	17 555
19	71 961	87 160	159 121	67	13 061	9 057	22 118
20	135 811	182 548	318 359	68	10 566	8 863	19 429
21	59 425	59 677	119 102	69	7 993	6 343	14 336
22	84 251	105 918	190 169	70	29 599	39 693	69 292
23	57 337	66 463	123 800	71	5 147	3 529	8 676
24	67 737	81 657	149 394	72	8 940	7 027	15 967
25	110 160	155 623	265 783	73	5 554	3 994	9 548
26	55 901	72 166	128 067	74	7 332	5 460	12 792
27	55 628	69 878	125 506	75	14 833	15 478	30 311
28	69 044	94 197	163 241	76	5 219	3 757	8 976
29	42 909	52 293	95 202	77	4 362	2 965	7 327
30	123 804	183 436	307 240	78	5 966	4 691	10 657
31	27 876	30 533	58 409	79	2 984	2 586	5 570
32	50 567	59 337	109 904	80	14 501	18 544	33 045
33	30 376	32 297	62 673	81	2 109	1 411	3 520
34	41 792	45 144	86 936	82	3 208	2 728	5 936
35	86 308	120 923	207 231	83	1 805	1 309	3 114
36	34 371	40 696	75 067	84	2 905	2 243	5 148
37	34 816	39 482	74 298	85	5 335	5 410	10 745
38	40 425	49 161	89 586	86	1 655	1 300	2 955
39	27 113	29 850	56 963	87	1 616	1 254	2 870
40	87 271	125 484	212 755	88	1 134	1 060	2 194
41	19 760	19 968	39 728	89	1 000	895	1 895
42	34 772	35 580	70 352	90	3 501	4 163	7 664
43	22 362	22 159	44 521	91	370	346	716
44	35 854	32 404	68 258	92	820	794	1 614
45	64 849	77 019	141 868	93	401	358	759
46	24 600	24 636	49 236	94	490	442	932
47	23 165	22 374	45 539	95	5 579	6 135	11 714
<b>Total</b>	<b>5 068 689</b>	<b>5 434 443</b>	<b>10 503 132</b>				



**Tableau Annexe 0-11 : Répartition de population résidente totale des ménages ordinaires par groupe d'âges selon le milieu de résidence et le sexe**

Age	Guinée			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
0	163 557	160 330	323 887	51 107	49 962	101 069	112 450	110 368	222 818
1 à 4 ans	727 278	712 832	1 440 110	205 262	201 281	406 543	522 016	511 551	1 033 567
5 à 9 ans	872 504	841 332	1 713 836	244 241	249 385	493 626	628 263	591 947	1 220 210
10 à 14 ans	624 567	613 540	1 238 107	210 384	232 715	443 099	414 183	380 825	795 008
15 à 19 ans	519 492	589 555	1 109 047	226 916	243 667	470 583	292 576	345 888	638 464
20 à 24 ans	404 561	496 263	900 824	213 826	220 195	434 021	190 735	276 068	466 803
25 à 29 ans	333 642	444 157	777 799	154 730	164 151	318 881	178 912	280 006	458 918
30 à 34 ans	274 415	350 747	625 162	118 394	120 261	238 655	156 021	230 486	386 507
35 à 39 ans	223 033	280 112	503 145	88 895	87 979	176 874	134 138	192 133	326 271
40 à 44 ans	200 019	235 595	435 614	77 766	71 397	149 163	122 253	164 198	286 451
45 à 49 ans	158 814	167 746	326 560	57 145	49 937	107 082	101 669	117 809	219 478
50 à 54 ans	145 009	150 935	295 944	49 386	42 370	91 756	95 623	108 565	204 188
55 à 59 ans	113 467	95 924	209 391	37 481	29 227	66 708	75 986	66 697	142 683
60 à 64 ans	104 513	98 878	203 391	33 101	25 299	58 400	71 412	73 579	144 991
65 à 69 ans	67 453	58 925	126 378	18 285	15 017	33 302	49 168	43 908	93 076
70 à 74 ans	56 572	59 703	116 275	14 027	13 806	27 833	42 545	45 897	88 442
75 à 79 ans	33 364	29 477	62 841	7 113	6 965	14 078	26 251	22 512	48 763
80 ans et +	46 429	48 392	94 821	8 192	11 507	19 699	38 237	36 885	75 122
Guinée	5 068 689	5 434 443	10 503 132	1 816 251	1 835 121	3 651 372	3 252 438	3 599 322	6 851 760

**Tableau Annexe 0-12 : Répartition des décès survenus au cours des 12 derniers mois dans les ménages ordinaires par groupe d'âges selon le milieu de résidence et le sexe**

Age	Guinée			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
0	20 751	15 805	36 556	5 579	4 280	9 859	15 172	11 525	26 697
1 à 4 ans	11 308	9 776	21 084	2 068	1 839	3 907	9 240	7 937	17 177
5 à 9 ans	3 128	2 533	5 661	693	617	1 310	2 435	1 916	4 351
10 à 14 ans	1 821	1 416	3 237	492	379	871	1 329	1 037	2 366
15 à 19 ans	1 630	1 955	3 585	466	484	950	1 164	1 471	2 635
20 à 24 ans	1 806	1 969	3 775	593	649	1 242	1 213	1 320	2 533
25 à 29 ans	1 934	2 416	4 350	645	791	1 436	1 289	1 625	2 914
30 à 34 ans	2 077	2 289	4 366	622	730	1 352	1 455	1 559	3 014
35 à 39 ans	1 986	1 923	3 909	691	638	1 329	1 295	1 285	2 580
40 à 44 ans	2 226	1 942	4 168	795	629	1 424	1 431	1 313	2 744
45 à 49 ans	2 063	1 504	3 567	657	509	1 166	1 406	995	2 401
50 à 54 ans	2 562	1 899	4 461	824	640	1 464	1 738	1 259	2 997
55 à 59 ans	1 857	1 106	2 963	618	430	1 048	1 239	676	1 915
60 à 64 ans	2 695	1 964	4 659	935	570	1 505	1 760	1 394	3 154
65 à 69 ans	2 070	1 420	3 490	579	442	1 021	1 491	978	2 469
70 à 74 ans	2 884	2 297	5 181	798	640	1 438	2 086	1 657	3 743
75 à 79 ans	2 029	1 432	3 461	539	413	952	1 490	1 019	2 509
80 ans et +	5 988	5 436	11 424	1 344	1 457	2 801	4 644	3 979	8 623
Guinée	70 815	59 082	129 897	18 938	16 137	35 075	51 877	42 945	94 822

**Tableau Annexe 0-13 : Table de mortalité, Guinée 2014**

Age	nMx	nQx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0 an	0,09808	0,09200	100 000	9 200	93 799	0,88635	5 881 826	58,82
1 an	0,01637	0,06300	90 800	5 720	349 376	0,95423	5 788 027	63,74
5 ans	0,00237	0,01179	85 080	1 003	422 890	0,98943	5 438 651	63,92
10 ans	0,00188	0,00934	84 077	786	418 419	0,98946	5 015 761	59,66
15 ans	0,00236	0,01175	83 291	978	414 009	0,98658	4 597 342	55,20
20 ans	0,00304	0,01511	82 313	1 244	408 454	0,98272	4 183 333	50,82
25 ans	0,00394	0,01949	81 069	1 580	401 395	0,97833	3 774 879	46,56
30 ans	0,00484	0,02389	79 489	1 899	392 697	0,97383	3 373 485	42,44
35 ans	0,00578	0,02851	77 590	2 212	382 421	0,96927	2 980 787	38,42
40 ans	0,00671	0,03301	75 378	2 488	370 670	0,96306	2 598 367	34,47
45 ans	0,00837	0,04101	72 890	2 989	356 977	0,95626	2 227 696	30,56
50 ans	0,00954	0,04659	69 901	3 257	341 363	0,94723	1 870 720	26,76
55 ans	0,01221	0,05925	66 644	3 948	323 351	0,93456	1 529 357	22,95
60 ans	0,01494	0,07202	62 696	4 515	302 192	0,91268	1 206 006	19,24
65 ans	0,02190	0,10381	58 181	6 040	275 804	0,88066	903 814	15,53
70 ans	0,02934	0,13667	52 141	7 126	242 889	0,83741	628 009	12,04
75 ans	0,04263	0,19261	45 015	8 670	203 398	0,47186	385 120	8,56
80 ans	0,20000	1,00000	36 344	36 344	181 722		181 722	5,00

**Tableau Annexe 0-14 : Table de mortalité sexe masculin, Guinée 2014**

Age	nMx	nQx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0 an	0,10362	0,09700	100 000	9 700	93 608	0,88246	5 736 890	57,37
1 an	0,01611	0,06200	90 300	5 599	347 624	0,95369	5 643 282	62,49
5 ans	0,00257	0,01279	84 701	1 083	420 799	0,98839	5 295 658	62,52
10 ans	0,00209	0,01041	83 618	871	415 914	0,98867	4 874 859	58,30
15 ans	0,00247	0,01227	82 747	1 015	411 199	0,98618	4 458 946	53,89
20 ans	0,00310	0,01540	81 732	1 259	405 516	0,98202	4 047 746	49,52
25 ans	0,00416	0,02060	80 474	1 658	398 226	0,97680	3 642 230	45,26
30 ans	0,00524	0,02586	78 816	2 038	388 987	0,97109	3 244 005	41,16
35 ans	0,00651	0,03204	76 778	2 460	377 742	0,96491	2 855 018	37,19
40 ans	0,00780	0,03824	74 318	2 842	364 488	0,95707	2 477 276	33,33
45 ans	0,00980	0,04781	71 477	3 418	348 840	0,94907	2 112 788	29,56
50 ans	0,01114	0,05420	68 059	3 689	331 074	0,93927	1 763 948	25,92
55 ans	0,01400	0,06764	64 371	4 354	310 968	0,92603	1 432 874	22,26
60 ans	0,01683	0,08076	60 016	4 847	287 966	0,90246	1 121 906	18,69
65 ans	0,02458	0,11579	55 170	6 388	259 878	0,86758	833 941	15,12
70 ans	0,03272	0,15123	48 782	7 377	225 466	0,82144	574 062	11,77
75 ans	0,04712	0,21076	41 405	8 727	185 207	0,46871	348 597	8,42
80 ans	0,20000	1,00000	32 678	32 678	163 390		163 390	5,00

**Tableau Annexe 0-15 : Table de mortalité sexe féminin, Guinée 2014**

Age	nMx	nQx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0 an	0,09255	0,08700	100 000	8 700	94 006	0,89026	6 038 209	60,38
1 an	0,01664	0,06400	91 300	5 843	351 126	0,95474	5 944 203	65,11
5 ans	0,00216	0,01075	85 457	919	424 987	0,99049	5 593 077	65,45
10 ans	0,00166	0,00825	84 538	698	420 946	0,98996	5 168 090	61,13
15 ans	0,00238	0,01184	83 840	992	416 721	0,98702	4 747 144	56,62
20 ans	0,00285	0,01414	82 848	1 172	411 311	0,98328	4 330 422	52,27
25 ans	0,00391	0,01934	81 676	1 580	404 432	0,97877	3 919 112	47,98
30 ans	0,00469	0,02316	80 096	1 855	395 845	0,97625	3 514 680	43,88
35 ans	0,00493	0,02435	78 241	1 905	386 445	0,97327	3 118 835	39,86
40 ans	0,00592	0,02916	76 336	2 226	376 116	0,96960	2 732 391	35,79
45 ans	0,00644	0,03168	74 110	2 348	364 681	0,96217	2 356 275	31,79
50 ans	0,00903	0,04418	71 762	3 170	350 885	0,95759	1 991 594	27,75
55 ans	0,00828	0,04056	68 592	2 782	336 005	0,94558	1 640 709	23,92
60 ans	0,01426	0,06886	65 810	4 532	317 721	0,92435	1 304 704	19,83
65 ans	0,01730	0,08294	61 278	5 082	293 686	0,89493	986 983	16,11
70 ans	0,02763	0,12921	56 196	7 261	262 828	0,85626	693 296	12,34
75 ans	0,03488	0,16043	48 935	7 851	225 048	0,47720	430 469	8,80
80 ans	0,20000	1,00000	41 084	41 084	205 421		205 421	5,00

**Tableau Annexe 0-16 : Table de mortalité milieu urbain, Guinée 2014**

Age	nMx	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0 an	0,0749	0,0710	100 000	7 100	94 767	0,9137	6 181 637	61,8
1 an	0,0110	0,0430	92 900	3 995	362 083	0,9684	6 086 870	65,5
5 ans	0,0019	0,0095	88 905	843	442 419	0,9917	5 724 787	64,4
10 ans	0,0014	0,0070	88 062	619	438 763	0,9925	5 282 369	60,0
15 ans	0,0016	0,0080	87 443	703	435 458	0,9907	4 843 606	55,4
20 ans	0,0021	0,0106	86 740	918	431 407	0,9873	4 408 149	50,8
25 ans	0,0030	0,0149	85 823	1 278	425 919	0,9823	3 976 741	46,3
30 ans	0,0041	0,0205	84 545	1 732	418 395	0,9767	3 550 823	42,0
35 ans	0,0053	0,0262	82 813	2 173	408 634	0,9707	3 132 428	37,8
40 ans	0,0066	0,0325	80 640	2 622	396 647	0,9630	2 723 793	33,8
45 ans	0,0085	0,0416	78 018	3 246	381 978	0,9548	2 327 146	29,8
50 ans	0,0100	0,0489	74 773	3 659	364 717	0,9434	1 945 169	26,0
55 ans	0,0134	0,0647	71 114	4 600	344 070	0,9280	1 580 452	22,2
60 ans	0,0166	0,0798	66 514	5 307	319 303	0,9027	1 236 382	18,6
65 ans	0,0247	0,1164	61 207	7 124	288 226	0,8645	917 078	15,0
70 ans	0,0341	0,1571	54 083	8 495	249 180	0,8128	628 852	11,6
75 ans	0,0502	0,2229	45 589	10 162	202 538	0,4665	379 672	8,3
80 ans	0,2000	1,0000		35 427	35 427		177 134	

**Tableau Annexe 0-17 : Table de mortalité milieu rural, Guinée 2014**

Age	nMx	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
0 an	0,10695	0,10000	100 000	10 000	93 500	0,87595	5 741 475	57,41
1 an	0,01855	0,07100	90 000	6 390	344 474	0,94844	5 647 975	62,76
5 ans	0,00256	0,01272	83 610	1 063	415 391	0,98832	5 303 501	63,43
10 ans	0,00214	0,01063	82 547	877	410 539	0,98744	4 888 110	59,22
15 ans	0,00292	0,01451	81 669	1 185	405 383	0,98344	4 477 571	54,83
20 ans	0,00376	0,01864	80 484	1 500	398 669	0,97920	4 072 187	50,60
25 ans	0,00465	0,02300	78 984	1 816	390 377	0,97550	3 673 518	46,51
30 ans	0,00528	0,02603	77 167	2 009	380 813	0,97211	3 283 141	42,55
35 ans	0,00605	0,02980	75 158	2 240	370 192	0,96848	2 902 328	38,62
40 ans	0,00677	0,03330	72 918	2 428	358 522	0,96303	2 532 136	34,73
45 ans	0,00832	0,04077	70 490	2 874	345 266	0,95691	2 173 615	30,84
50 ans	0,00931	0,04551	67 616	3 077	330 388	0,94893	1 828 349	27,04
55 ans	0,01171	0,05690	64 539	3 672	313 515	0,93729	1 497 961	23,21
60 ans	0,01427	0,06888	60 867	4 192	293 854	0,91640	1 184 446	19,46
65 ans	0,02092	0,09940	56 675	5 634	269 289	0,88596	890 592	15,71
70 ans	0,02787	0,13029	51 041	6 650	238 579	0,84483	621 303	12,17
75 ans	0,04047	0,18377	44 391	8 158	201 559	0,47336	382 724	8,62
80 ans	0,20000	1,00000	36 233	36 233	181 165		181 165	5,00