

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice - Solidarité

Secrétariat d'Etat au Plan

Fonds des Nations Unies
pour la Population

Direction Nationale de la Statistique
Bureau National du Recensement

Projet Gui/94/P02

**RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET
DE L'HABITATION DE 1996**

(Décret D/95/210 PRG/SGG du 26 Juillet 1995)

MORTALITE

**Daniel Fassa TOLNO, Démographe
Suivi et Evaluation
PPSG**

Conakry, 2000

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS.....	4
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I : CONTEXTE.....	6
1.1. Contexte géographique.....	6
1.2. Contexte socio-sanitaire.....	8
1.2.1. Politique et programmes de santé.....	8
1.2.2. Infrastructures sanitaire et médicaments.....	9
1.2.3. Ressources humaines.....	10
1.2.4. Situation sanitaire et épidémiologique.....	11
1.2.5. Couverture vaccinale.....	12
1.3. Contexte socioculturel.....	13
1.3.1. Revenu des populations.....	13
1.3.2. Effet du PREF sur la santé de la population.....	13
CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE COLLECTE ET QUALITE DES DONNEES.....	14
2.1. Méthode directe.....	14
2.2. Méthode indirecte.....	14
2.3. Qualité des données.....	15
2.3.1. Décès des douze derniers mois.....	16
2.3.2. Nombre d'enfants nés vivants et d'enfants décédés.....	17
CHAPITRE III : NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE.....	18
3.1. Taux brut de mortalité, taux par âge et espérance de vie à la naissance (e_0).....	18
3.2. Différences régionales de mortalité.....	26
3.3. Analyse des tendances.....	31
3.3. Estimation de la mortalité maternelle.....	33
CHAPITRE IV : ANALYSE DIFFRENTIELLE DE LA MORTALITE DES ENFANTS...	35
4.1. Différences régionales et socio-économiques.....	35
4.2. Evaluation de l'état nutritionnel des enfants à partir de leur mortalité.....	37
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 :	Nombre moyen d'habitants par type de personnel de santé et par région.....	10
Tableau 1.2 :	Principales maladie traitées dans les centres de santé et en consultations externes des hôpitaux	12
Tableau 3.1 :	Taux de mortalité par âge (%) selon le sexe et le milieu de résidence Guinée 1996	18
Tableau 3.2 :	Table de mortalité de la Guinée en décembre 1996	21
Tableau 3.3 :	Table de mortalité : sexe masculin	22
Tableau 3.4 :	Table de mortalité : sexe féminin	22
Tableau 3.5 :	Table de mortalité du milieu urbain sexes confondus.....	23
Tableau 3.6 :	Table de mortalité du milieu urbain sexe masculin.....	23
Tableau 3.7 :	Table de mortalité du milieu urbain sexe féminin.....	24
Tableau 3.8 :	Table de mortalité du milieu rural sexes confondus.....	24
Tableau 3.9 :	Table de mortalité du milieu rural sexe masculin	25
Tableau 3.10 :	Table de mortalité du milieu rurale sexe féminin.....	25
Tableau 3.11 :	Taux de mortalité par âge selon la région naturelle : RGPH Guinée 1996....	26
Tableau 3.12 :	Table de mortalité de la ville de Conakry	29
Tableau 3.13 :	Table de mortalité de la ville de Basse Guinée	29
Tableau 3.14 :	Table de mortalité de la ville de la Moyenne Guinée	30
Tableau 3.15 :	Table de mortalité de la ville de la Haute Guinée	30
Tableau 3.16 :	Table de mortalité de la ville de la Guinée Forestière.....	31
Tableau 3.17 :	Gain en espérance de vie à la naissance entre 1983 et 1996 (13 ans) selon le sexe, la région naturelle et le milieu de résidence	32
Tableau 3.18 :	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivante.....	34
Tableau 4.1 :	Quotient de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile pour mille naissances vivantes selon certaines caractéristiques des enfants et des femmes	36
Tableau 4.2 :	Rapport du taux de mortalité infantile aux taux de mortalité juvénile selon certaines caractéristiques des enfants et des femmes.....	38

LISTE DES CARTES ET GRAPHIQUES

Graphique 2.1 :	Taux de mortalité observés selon le groupe d'âges et le sexe.....	17
Graphique 3.1 :	Rapport de masculinité des taux de mortalité par âge.....	19
Graphique 3.2 :	Taux de mortalité selon le groupe d'âges et le sexe.....	20
Graphique 3.3 :	Taux de mortalité selon le groupe d'âges et le milieu de résidence.....	21
Graphique 3.4 :	Taux de mortalité par âge : Ville de Conakry	27
Graphique 3.5 :	Taux de mortalité par âge : Basse Guinée.....	27
Graphique 3.6 :	Taux de mortalité par âge : Moyenne Guinée	27
Graphique 3.7 :	Taux de mortalité par âge : Haute	28
Graphique 3.8 :	Taux de mortalité par âge : Guinée Forestière	28

AVANT PROPOS

Le deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) a été réalisé du 1^{er} au 15 Décembre 1996 sur l'ensemble du territoire national grâce à l'appui financier du FNUAP, de l'USAID, de l'UNICEF, de la Banque Mondiale, de l'ACDI, du PNUD et du Gouvernement Guinéen.

Au cours des différentes étapes de l'exécution de cette importante opération, la Direction Nationale de la Statistique (DNS) a bénéficié de l'appui technique du Bureau Régional du FNUAP basé à Dakar, et de l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD) de Yaoundé.

Les résultats définitifs du RGPH de 1996 ont été publiés par arrêté du Ministre du Plan et de la Coopération, Président du Conseil National de la Statistique, en date du 15 mars 2000. Ils fournissent les effectifs globaux de la population résidente par sexe et selon les Unités Administratives (Régions, Préfectures et Sous-Préfectures) et le Milieu de Résidence.

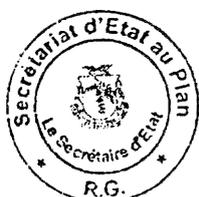
La présente publication, composée de 15 volumes fournit d'amples informations sur les principales caractéristiques socio-démographiques et économiques de la population guinéenne en 1996. Il s'agit des rapports suivants :

- Evaluation de la qualité des données ;
- Etat de la population ;
- Caractéristiques d'éducation ;
- Caractéristiques économiques ;
- Etat matrimonial et nuptialité ;
- Fécondité ;
- Mortalité ;
- Migrations en Guinée ;
- Caractéristiques des ménages ;
- Caractéristiques de l'habitation ;
- Situation des enfants en Guinée ;
- Femme guinéenne en 1996 ;
- Handicapés ;
- Situation socio-économique des personnes âgées ;
- Perspectives démographiques.

Par rapport au premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1983, de nouveaux sujets concernant les personnes handicapées, les personnes du troisième âge, la situation des enfants et des femmes ont été développés à la demande des utilisateurs.

L'exploitation des données du RGPH-96 a également permis de réactualiser la base de sondage issue du Recensement de 1983 et de mettre sur pied un fichier des localités.

Je remercie les autorités administratives à tous les niveaux et l'ensemble de la population guinéenne pour leur bonne collaboration durant la collecte des données. Je voudrais également au nom du Gouvernement, marquer toute mon appréciation au FNUAP et aux autres partenaires au développement impliqués dans cet important projet (USAID, UNICEF, Banque Mondiale, ACDI et PNUD) pour leur assistance financière et technique.




El Hadj Oumar KOUYATÉ
Secrétaire d'Etat au Plan

INTRODUCTION

Le deuxième recensement général de la population et de l'habitation de Guinée (RGPH) s'est déroulé du 1er au 15 décembre 1996. Il a été institué par décret présidentiel D/95/210/PRG/SGG du 26 juillet 1995. La mesure de la mortalité était l'un des objectifs assignés à cette opération. Les objectifs spécifiques poursuivis dans ce domaine étaient les suivants :

- améliorer la connaissance du niveau et de la structure de la mortalité et de ses aspects différentiels ;
- fournir des indicateurs de mortalité fiables aux utilisateurs potentiels, notamment les services de santé et aux sociétés d'assurance vie ;
- fournir les données nécessaires à l'élaboration des politiques de santé et des projections démographiques.

Ce rapport comprend quatre chapitres. Le premier présente le contexte de la mortalité au moment du recensement. Le deuxième traite de la méthodologie de la collecte et de la qualité des données. L'analyse du niveau et de la structure fait l'objet du troisième chapitre. Enfin, les inégalités des enfants devant la mort et une évaluation de leur état nutritionnel sont analysées dans le dernier chapitre.

Chapitre 1

CONTEXTE

Le niveau et les différences des phénomènes démographiques sont influencés par le contexte dans lequel vivent les individus. Dans le cas de la mortalité, ce contexte est géographique, environnemental, socio-sanitaire et socio-économique. L'objet de ce chapitre est de présenter ces différents aspects.

1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

Située à l'Ouest du continent africain et couvrant une superficie de 245.857 Km², la Guinée présente une grande diversité du milieu naturel : les effets combinés du climat, de la végétation et du relief engendrent quatre régions naturelles distinctes.

La Basse Guinée est une vaste plaine côtière de 50 à 90 km de large, avec un climat chaud et humide. Elle est marquée par une pluviométrie particulièrement abondante (3.137 mm par an), notamment sur la côte où souffle la mousson. L'abondance des pluies et la végétation luxuriante expliquent en partie la fréquence de certaines maladies comme le paludisme et les diarrhées, notamment le choléra.

L'arrivée massive des réfugiés sierra-léonais et libériens dans cette région a accru la pression sur les ressources alimentaires disponibles, entraînant ainsi une aggravation des problèmes de sous-alimentation et de malnutrition. Or, selon les statistiques disponibles au Ministère de la Santé, la sous-alimentation et la malnutrition sont citées parmi les principales causes de morbidité et de mortalité en Guinée.

La Moyenne Guinée est une région essentiellement montagneuse au climat foutanien, marqué par des températures relativement basses de novembre à mai. La pluviométrie y atteint 1823 mm par an. L'environnement est menacé par la dégradation des sols, liée au surpâturage et à l'agriculture extensive sur brûlis. Cela a un impact négatif sur la production agricole et entraîne ainsi des problèmes d'alimentation pour la population en général et les enfants en particulier.

La Haute Guinée est une région de savane, caractérisée par le climat sud-soudanien, prolongement naturel de la zone soudanienne du Mali et du Sénégal. C'est un climat chaud et sec. La pluviométrie y est faible (1558 mm). Certains cours d'eau sont infestés et favorisent la prolifération de maladies telles que l'onchocercose et la bilharziose. La pratique fréquente des feux de brousse par les populations constitue un des principaux problèmes environnementaux que connaît cette région. Elle contribue à l'appauvrissement des sols et par conséquent à la baisse de la production.

La Guinée Forestière est caractérisée par une forêt dense humide liée à une pluviométrie abondante (2249 mm de pluies par an). La chaleur humide favorise la prolifération des moustiques, vecteurs du paludisme qui constitue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité du pays, en particulier dans cette région. Comme la Basse Guinée, la Guinée Forestière a connu un afflux massif des réfugiés sierra-léonais et libériens. Ce phénomène a également accru la pression démographique sur les ressources alimentaires.

Conakry est particulièrement marquée par de graves problèmes d'habitat liés à la pression de la demande sur l'offre insuffisante de logements et à la précarité des habitations. A cela s'ajoutent l'insalubrité caractérisée par des systèmes d'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères inappropriés.

Pour terminer, il convient de noter que les besoins de la population en eau potable sont considérables et ne sont pas couverts par les infrastructures existantes. En 1992, environ 37% des ménages disposaient de l'eau courante à domicile ; 39% des ménages utilisaient l'eau des puits ordinaires ou des cours d'eau (EDS, 1992). La situation est encore pire en milieu rural où à peine 10% dispose de l'eau courante, contre plus de 61% en milieu urbain. Ce déficit en eau potable est un facteur déterminant de la prévalence de maladies infectieuses ou parasitaires.

1.2. CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE

1.2.1. Politique et les programmes de santé

La politique sanitaire repose sur la stratégie des soins de santé primaires. Cette stratégie consiste à rendre accessibles géographiquement, culturellement et financièrement les soins de santé à l'ensemble de la population du pays.

Elle s'appuie sur les composantes suivantes :

- l'intégration harmonieuse des soins curatifs, préventifs et promotionnels ;
- la promotion de la santé individuelle, familiale et communautaire ;
- la participation des bénéficiaires à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes de santé.

Le but de la politique sanitaire du gouvernement est d'améliorer la santé de l'ensemble de la population par la réduction de la morbidité et de la mortalité, notamment celles des groupes les plus vulnérables : les mères et les enfants.

Les principaux objectifs de cette politique sont :

- assurer la disponibilité des services de santé de qualité et à un coût abordable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- mettre à la disposition des populations des services de santé géographiquement accessibles et culturellement acceptables ;
- assurer la viabilité et la pérennité du système sanitaire.

Les premiers programmes ont été élaborés et exécutés à partir de 1988. Parmi les plus importants, on peut citer:

- les programmes de lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les maladies nutritionnelles chez l'enfant ;
- les endémies telles que la lèpre, la tuberculose, l'onchocercose, les troubles dus à la carence en iode (TDCI) ;
- les MST et le SIDA ;
- le PEV/SSP/ME lancé en 1988 ;

- les programmes de promotion de la Santé de la Reproduction et de l'allaitement maternel
- la lutte contre les carences en micronutriments, eau et assainissement et santé mentale.

La mise en œuvre de ces programmes a contribué à l'amélioration de l'état de santé des populations entre 1983 et 1992. En effet, la mortalité infantile est passée de 146 ‰ en 1983 à 136 ‰ pour la période 1988 et 1992 (EDS 1992). De même, l'espérance de vie à la naissance estimée à 45 ans en 1983 serait passée à 50 ans en 1991 (estimation de l'Unité de population).

1.2.2. Infrastructures sanitaires et médicaments

Le pays compte 898 formations sanitaires réparties comme suit : 330 centres de santé, 240 postes de santé, 28 hôpitaux préfectoraux (y compris les deux hôpitaux d'entreprises de Fria et Kamsar), 7 hôpitaux régionaux, deux hôpitaux nationaux (Donka et Ignace Deen), deux centres médico-communaux, 104 cabinets privés et 213 pharmacies. Cependant, la plupart de ces formations sanitaires rencontrent d'énormes difficultés pour leur fonctionnement. La plupart d'entre elles sont sous-équipées.

Le médicament occupe une place primordiale dans le système de santé en Guinée. D'importantes mesures ont été prises pour améliorer leur disponibilité, leur accessibilité et leur utilisation. La distribution des médicaments est assurée aussi bien par le secteur formel public et privé que par le secteur informel. Soumis à aucun contrôle, celui-ci met en danger la santé de la population. A cela s'ajoute la pratique de l'automédication répandue dans le pays.

En ce qui concerne en particulier le secteur privé, le développement des structures privées est récent. Celles-ci sont inégalement réparties dans le pays.

Plusieurs ONG interviennent également dans le domaine de la santé. On peut citer, entre autres : l'Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial (AGBEF), Plan International Guinée, OIC Guinée, Option Planification Familiale (OSFAM), l'Association des Sages Femmes de Guinée (ASFEGUI), le Comité de lutte contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes à la Santé de la Fille (CPTAF), Association des Sages Femmes pour la lutte contre les MST/SIDA (ASFEGMASSI), la Société Guinéenne de Gynécologie et

d'obstétrique (SOGO), Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Guinée (CERREGUI), SIDALERTE Guinée, l'Association des Sages Femmes pour la Santé de la Jeune Fille en Guinée (ASSJFG) et l'Association Guinéenne pour la Réinsertion des Toxicomanes (AGRETO).

1.2.3. Ressources humaines

Le nombre d'habitants par médecin est 8048. Ce ratio est meilleur que ceux enregistrés dans les pays voisins. Cependant, on note une insuffisance du personnel spécialisé (médecins spécialistes, dentistes, sages-femmes, infirmiers spécialisés), et de gestionnaires et les administrateurs sanitaires. Le nombre d'habitants par sage-femme, Aide santé et Agent technique de santé est respectivement de 21310, 5261 et 2975. Ce personnel de santé est inégalement réparti entre le milieu rural et les centres urbains, ainsi qu'entre les régions. Conakry est nettement plus favorisé que le reste du pays (tableau 1.1).

Tableau 1.1 : Nombre moyen d'habitants par type de personnels de santé et par région.

Région	Médecins	Sage femme	Aide santé	Agent technique Santé
Conakry	2826	5941	2140	3060
Boké	8518	74531	6343	3797
Faranah	10113	35734	6232	2447
Kankan	16167	48501	8946	2128
Kindia	81165	24495	5368	2208
Labé	11808	49594	11271	2861
Mamou	11928	48907	8580	2843
N'zérékoré	22790	56305	7719	4483
Guinée	8048	21310	5261	2975

Source: Fichier du personnel de la Direction des Affaires Administratives et Financière (DAAF) du Ministère de la Santé, 1996.

Pour atténuer ces inégalités, le Gouvernement a élaboré, en 1990, un plan de redéploiement du personnel médico-sanitaire. Cependant, sur le terrain, son application se heurte à de nombreuses difficultés liées, entre autres, à l'enclavement de certaines zones en milieu rural. Par ailleurs, la productivité du personnel, sa motivation et son niveau de formation sont dans l'ensemble faibles.

1.24. Situation sanitaire et épidémiologique

Malgré les progrès accomplis au cours de la période 1985-1991, la situation sanitaire du pays demeure préoccupante. Les niveaux de morbidité et de mortalité sont élevés. Les maladies infectieuses et parasitaires telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques sont prédominantes. En outre, la résurgence de certaines maladies autrefois en voie d'éradication (la trypanosomiase humaine et la tuberculose). L'onchocercose et la lèpre sont en déclin ; l'incidence de la méningite et du choléra reste préoccupante. A ces principales maladies s'ajoute le SIDA dont l'impact démographique est pour le moment difficile à évaluer à cause de l'incertitude des statistiques disponibles sur le phénomène.

Le paludisme, les infections respiratoires et les helminthiases sont les trois premières pathologies traitées dans les structures sanitaires en 1996 (tableau 1.2). Toutefois, ce classement varie selon les tranches d'âge. Chez les enfants de moins d'un an, le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée prédominent.

Tableau 1.2 : Principales maladies traitées dans les centres de santé et en consultations externes des hôpitaux

Maladies	Nombre de cas et taux d'incidence (en %) annuel/1000 par tranche d'âge				
	0-11 mois	1-4ans	5-14 ans	15ans et plus	Total
Paludisme	94278	202145	146789	329519	772731
	327,2	200,5	78,4	81,7	107,3
Infections respiratoires aiguës	92981	127446	54776	115862	391065
	322,7	126,4	29,2	28,7	54,3
Helminthiases	12459	89046	70227	149693	321425
	43,2	88,3	37,5	3,1	44,0
Maladies diarrhéiques	52532	68678	23299	66581	211090
	182,3	68,1	12,4	16,5	29,3
Diarrhées sanglantes	12316	20873	9209	33497	75895
	42,7	20,7	4,9	8,3	10,5
Diarrhées non sanglantes	40216	47805	14090	33084	135195
	139,6	47,4	7,5	8,2	18,8
Aff. Dermatologies	13532	19760	14694	30725	78711
	47,0	19,6	7,8	7,6	10,9
Maladies génito-urinaires	405	1500	3382	115682	120969
	1,4	1,5	1,8	28,7	16,8
M.S.T	-	-	986	45131	41260
			0,5	9,9	5,7
Traumatismes	2720	8960	19415	45131	76226
	9,4	8,9	10,4	11,2	10,6
Anémies	7018	14502	8194	24273	53987
	24,4	14,4	4,4	6,0	7,5
Infections oculaires	6204	6600	4143	14369	31316
	21,5	6,5	2,2	3,6	4,3
Malnutrition	5725	13083	1933	1833	22574
	19,9	13,0	1,0	0,5	3,1

Source : Annuaire des statistiques sanitaires, Guinée, 1996.

1.2.5. Couverture vaccinale

En 1992, environ 3 enfants de moins de 5 ans sur 10 étaient vaccinés en Guinée (EDS 1992). Plus de 60% d'enfants l'ont été au moins une fois, par contre 36,4 % des enfants n'ont jamais été vaccinés. Le taux de vaccination le plus élevé est observé à Conakry, ville au sein de laquelle, un peu plus d'un enfant sur deux a été vacciné contre toutes les 6 maladies du PEV/SSP/ME. La Haute Guinée, quant à elle, demeure la région qui a enregistré le plus faible taux avec un peu plus d'un enfant vacciné sur 5. Aussi, si en milieu urbain près de la moitié des enfants sont vaccinés, dans les zones rurales, sur 5, un peu plus d'un enfant l'est. En dehors de quelques exceptions, ces taux sont fortement corrélés avec les niveaux de mortalité infantile et juvénile.

1.3. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

1.3.1. Revenu des populations

Selon les résultats de l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages avec module Budget-Consommation réalisée en 1994, environ 40% guinéens vivent au dessous du seuil de pauvreté (revenu inférieur à 293.714 FG, soit 300 \$ US). Environ 15% de gens vivent dans une situation d'extrême pauvreté (revenu inférieur à 172.284 FG, soit 180 \$ US). Cette pauvreté exclut la majorité de la population du système de soins de santé.

1.3.1. Effet du PREF sur la santé de la population

A partir de 1985, le gouvernement, en collaboration avec les bailleurs de fonds (IDA, FMI), a entrepris un ambitieux programme de réformes économiques et financières (PREF). Ce programme visait les objectifs suivants :

- réduire le poids de l'Etat dans la conduite des activités économiques ;
- redéfinir et renforcer son rôle dans l'orientation de la politique économique ;
- promouvoir le secteur privé.

Si l'application du PREF a permis d'enregistrer des résultats encourageants dans maints domaines, au plan social, la dévaluation de la monnaie nationale a provoqué des tensions inflationnistes affectant les marchés de biens et services de base, en particulier en milieu urbain. A titre d'illustration, les prix des produits alimentaires ont plus que triplé entre 1986 et 1991 à Conakry. Ceux des médicaments importés par le secteur privé formel et les services de santé ont été multipliés par 3,25. Au même moment, l'augmentation du taux de chômage a contribué à la réduction du revenu par tête. Par ailleurs, l'accroissement des besoins sanitaires d'une part, et la réduction des ressources financières de l'Etat d'autre part, ont eu pour corollaire, la dégradation du système national de santé.

Chapitre 2

METHODOLOGIE DE COLLECTE ET QUALITE DES DONNEES

La mortalité sera étudiée à partir de décès de douze derniers mois précédant le dénombrement (méthode directe) et de la proportion d'enfants survivants parmi les enfants nés vivants des femmes (méthode indirecte). Ces deux méthodes ne sont pas exemptes d'inconvénients liés à la qualité de données.

2.1. METHODE DIRECTE

Pendant le dénombrement, on a enregistré dans chaque ménage recensé le sexe et l'âge au décès de toutes les personnes (résidentes) décédées au cours des douze derniers mois ayant précédé le passage de l'agent recenseur. Ces données, lorsqu'elles sont de bonne qualité, permettent d'estimer le niveau de la mortalité générale, par sexe et par âge au cours de la période de référence. L'avantage de cette méthode réside dans le calcul direct des taux de mortalité, en rapportant les décès par sexe et par âge aux effectifs correspondants de la population totale résidente. La génération des tables de mortalité pour chaque sexe et l'ensemble des deux sexes, devient ainsi aisée. Cependant, comme partout ailleurs en Afrique au sud du Sahara, en Guinée l'utilisation de cette méthode se heurte à quelques inconvénients liés notamment à des omissions volontaires et involontaires de personnes décédées (surtout les enfants décédés quelques instants après leur naissance) et à des mauvaises déclarations des âges au décès (notamment les enfants et les personnes âgées). En outre, la mauvaise appréciation de la période de référence par les répondants (effet de télescopage) peut entraîner une sous-estimation ou surestimation du nombre de décès et par conséquent, des niveaux de mortalité qui en résultent.

2.2. METHODE INDIRECTE

Pour chaque femme âgée de douze ans et plus, on a enregistré le nombre total d'enfants nés vivants, par sexe, ainsi que le nombre de survivants parmi ceux-ci. À partir de ces informations, il est possible de déterminer la proportion d'enfants décédés par sexe et selon le groupe d'âges des mères (15-19 ans, 20-24 ans, ..., 45-49 ans). Ces proportions permettent d'estimer de façon indirecte le niveau de mortalité des enfants de moins d'un an et de moins de cinq ans.

A l'instar de la méthode basée sur les décès des douze derniers mois, cette méthode comporte des risques d'erreurs dues à des omissions d'enfants nés vivants et survivants. Ces erreurs sont liées, entre autres, au fait que :

- l'enfant ne réside plus avec sa mère ;
- la femme a eu plusieurs enfants nés il y a longtemps ou décédés, au point d'en omettre ;
- l'enfant, bien que né vivant, est décédé peu de temps après sa naissance.

Ce faisant, l'hypothèse principale qui sous-tend l'utilisation de cette méthode est que le risque de décès d'un enfant ne dépend que de son âge et non d'autres facteurs tels que le rang de naissance et l'âge de la mère. Cependant, le risque de mortalité des enfants nés de mères jeunes est bien supérieur à la moyenne. Cette méthode est aussi fondée sur la constance des niveaux de fécondité et de mortalité des enfants dans le temps. Mais, dans la plupart des pays africains, celle-ci connaît une baisse depuis plusieurs décennies. Toutefois, ce déclin est très lent en Guinée et, de ce fait, ne peut influencer que très peu les estimations obtenues. Par ailleurs, l'application de cette méthode suppose que la mortalité des enfants des femmes décédées ne soit pas significativement différente de celle des enfants dont les mères sont encore en vie au moment du dénombrement.

Enfin, cette approche indirecte ne permet pas, à elle seule, de générer une table de mortalité. Lorsqu'il existe une estimation de la mortalité adulte à partir des renseignements sur la survie des parents ou des conjoints, un appariement des indicateurs issus des deux méthodes (enfants et adultes) conduit à une meilleure appréciation du niveau de la mortalité.

2.3. QUALITE DES DONNEES

Compte tenu de tout ce qui vient d'être dit, il est indispensable d'évaluer les données sur les décès des douze derniers mois, le niveau et la structure de la mortalité observés et la survie des enfants avant d'envisager l'estimation du niveau du phénomène. Les principaux résultats de l'évaluation de la qualité des données sur la mortalité sont fournis par le rapport spécifique¹. Seuls quelques résultats pertinents sont repris ici.

¹ Pour plus de détail, se référer à ce rapport.

Mais, étant donné que l'évaluation des données du recensement fait l'objet d'un thème d'étude au même titre que l'analyse de la mortalité, seules les grandes lignes seront reprises ici.

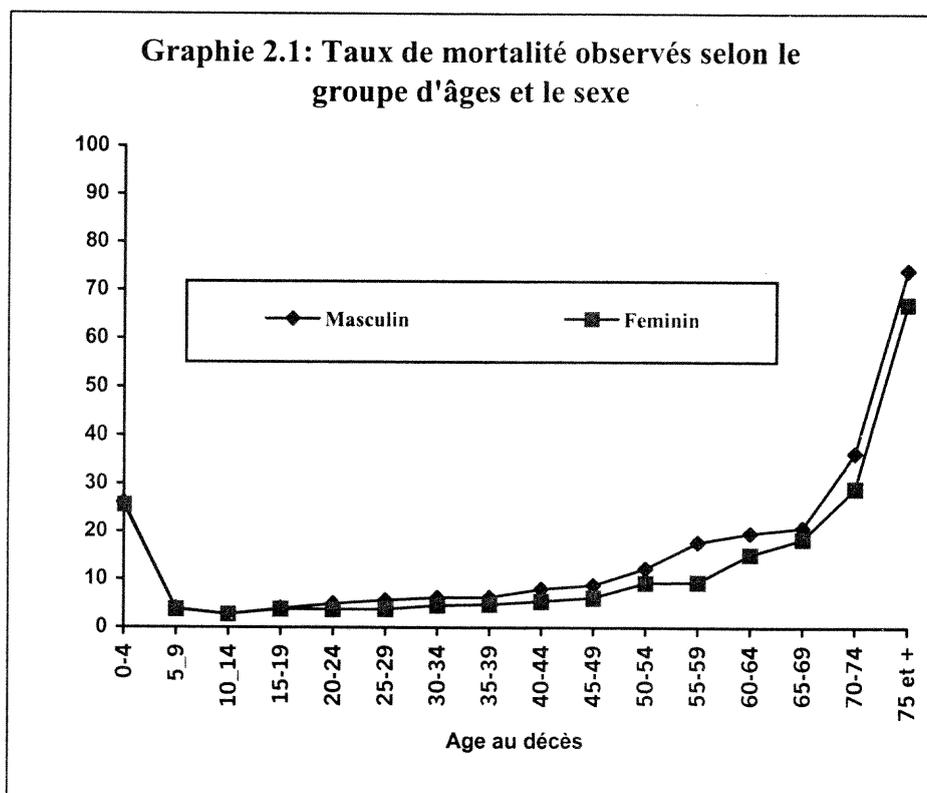
2.3.1. Décès des douze derniers mois

Cette évaluation sera appréciée à partir des taux bruts de mortalité et la structure par âge des taux observés.

Le taux brut de mortalité déduit des données observées est de l'ordre de 10,4 ‰ . Pour le sexe masculin et féminin, cet indicateur est respectivement égal à 11,2 ‰ et à 9,7 ‰. La structure par âge épouse le schéma général d'évolution des taux de mortalité par sexe et âge observés dans les pays à forte mortalité. Toutefois, ces taux demeurent très faibles, plus particulièrement durant la petite enfance (graphique 2.1). En outre, la mortalité est sous-estimée aux âges avancés.

L'évolution des taux de mortalité par âge et par sexe suit le schéma classique faisant ressortir la surmortalité masculine. Ceci dénote soit une bonne qualité des données en présence, soit des erreurs touchant de même la façon les deux sexes.

On peut donc retenir qu'il y a eu un sous-enregistrement des décès d'enfants de moins de 5 ans, et une sous-estimation de la mortalité aux âges avancés. Cela conduit à un taux brut de mortalité très faible de 10,4‰ et à une espérance de vie particulièrement élevée de 60 ans.



2.3.2. Nombre d'enfants nés vivants et d'enfants décédés

L'évaluation de la qualité des données sur la mortalité montre une augmentation de la proportion d'enfants décédés avec l'âge de la femme. Autrement dit, il n'y aurait pas eu d'omissions importantes d'enfants décédés que d'enfants survivants par les femmes. Par ailleurs, l'évolution des rapports de masculinité des enfants nés vivants selon le groupe d'âges des femmes montre une surestimation du nombre de garçons nés vivants au détriment des filles, chez les femmes de 30-49 ans.

Chapitre 3

NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE

L'estimation du niveau de la mortalité se fera à partir d'un indicateur de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et du redressement de la courbe de survie aux âges adultes. Dans le premier cas, on retiendra les résultats issus de la méthode de survie des enfants (méthode de Trussel, famille sud Coale et Demeny).

Aux âges adultes, pour estimer les décès non déclarés au niveau de certains groupes d'âges, on a procédé à l'interpolation linéaire des taux de mortalité afin de corriger la courbe de survie.

3.1. TAUX DE MORTALITE, TAUX PAR AGE ET ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (e_0)

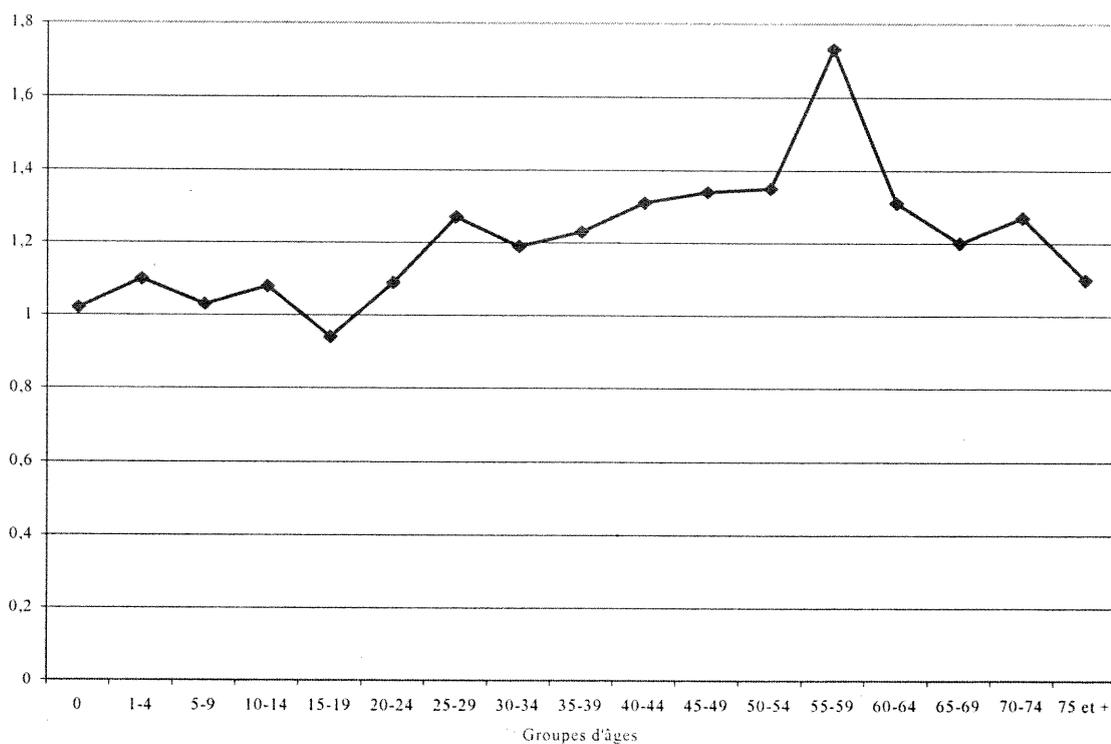
Ces indicateurs seront examinés l'ensemble du pays, les régions, les deux sexes et les milieux de résidence.

Tableau 3.1: Taux de mortalité par âge (%) selon le sexe et le milieu de résidence Guinée 1996

Groupe d'âges	Guinée				Milieu rural			Milieu urbain		
	Ens.	M	F	Rm	Ens.	M	F	Ens.	M	F
TBM	14,2	15,2	13,3	1,02	14,8	16,7	13,3	10,7	11,2	10,1
0	132,0	133,0	130,0	1,10	135,0	136,0	135,0	114,0	120,0	107,0
1-4	24,5	25,6	23,3	1,03	25,2	25,8	25,2	17,6	19,5	15,5
5-9	3,9	3,9	3,8	1,08	3,9	3,9	3,8	3,9	3,9	3,8
10-14	2,5	2,6	2,4	0,94	2,7	2,7	2,7	2,1	2,4	1,8
15-19	3,3	3,2	3,4	1,09	3,8	3,9	3,8	2,4	2,5	2,7
20-24	3,6	3,8	3,5	1,27	4,2	4,9	3,8	2,8	2,6	3,1
25-29	4,2	4,7	3,7	1,19	4,5	5,6	3,8	3,5	3,5	3,5
30-34	4,9	5,4	4,6	1,23	5,2	6,1	4,6	4,4	4,4	4,4
35-39	5,2	5,8	4,7	1,31	5,4	6,2	4,8	4,9	5,1	4,6
40-44	6,4	7,2	5,5	1,34	6,5	7,9	5,4	6,0	6,2	5,8
45-49	7,5	8,6	6,4	1,35	7,4	8,7	6,1	7,9	8,1	7,6
50-54	10,8	12,4	9,3	1,73	10,5	12,2	9,2	11,6	13,0	9,8
55-59	13,3	16,6	9,6	1,31	13,8	15,9	9,3	12,2	13,2	11,0
60-64	18,2	20,9	15,9	1,20	17,1	19,6	15,1	22,8	25,6	19,8
65-69	20,4	21,5	19,2	1,27	19,6	20,8	18,4	30,1	35,9	23,2
70-74	35,1	39,6	31,2	1,10	32,4	36,3	29,0	49,7	57,0	43,2
75 et +	70,6	74,1	67,5	1,10	66,5	70,0	92,8	92,9	100,2	87,2

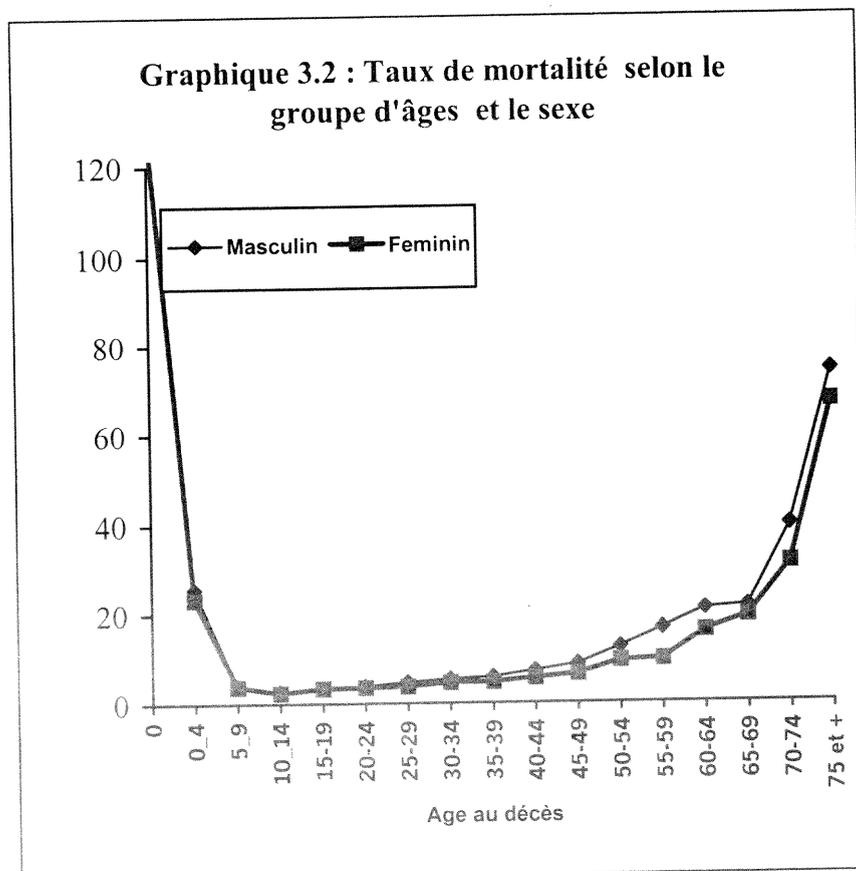
En 1996, le taux brut de mortalité pour l'ensemble du pays était de 14,2 ‰, soit 14 décès en moyenne pour une population de 1000 personnes. Il est de 15,2 ‰ chez les hommes et de 13,3 ‰ au sein de la population féminine. Cela indique une surmortalité masculine, qui est confirmée par l'évolution par âge des rapports de masculinité et des taux de mortalité (graphique 3.1). Cette situation s'explique en partie par le niveau élevé de la mortalité maternelle comme annoncé plus haut dans le chapitre consacré au contexte.

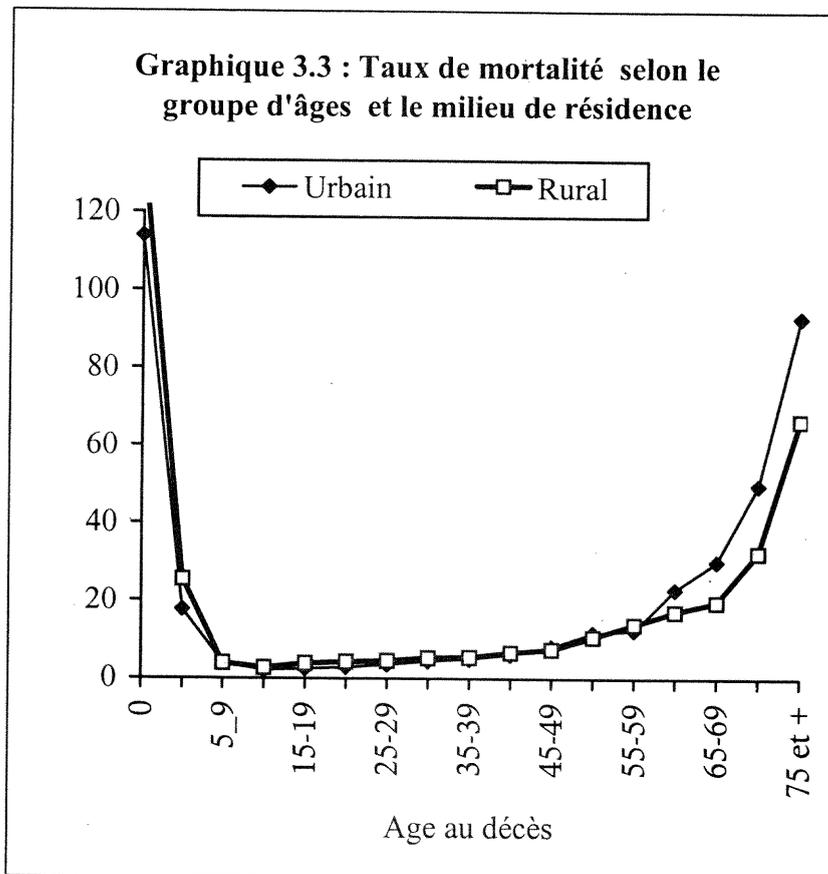
Graphique 3.1 : Rapport de masculinité des taux de mortalité par âge



Quant au milieu de résidence, les populations urbaines connaissent en général une mortalité moins élevée que celle des zones rurales. En effet, le taux brut de mortalité est de 10,7 ‰ en milieu urbain contre 14,8 ‰ en milieu rural ; le taux de mortalité infantile en ville est de 11% inférieur à celui des campagnes. Par ailleurs, il existe une surmortalité masculine à tous les âges, quel que soit le milieu de résidence.

Les graphiques 3.2 et 3.3 montrent que la structure par âge et par sexe de la mortalité en Guinée suit une allure qui correspond bien au schéma général d'évolution des taux de mortalité des pays à forte mortalité. On constate en effet des niveaux de mortalité très élevés aux âges extrêmes (moins d'un an et plus de 70 ans).





Compte tenu de l'influence de la structure par âge dans le calcul du TBM, l'espérance de vie à la naissance se prête mieux à la comparaison dans le temps et/ou dans l'espace des niveaux de mortalité. Aussi, les taux de mortalité par âge ont été convertis en quotients de mortalité en vue de générer différentes tables de mortalité (tableaux 3.3 à 3.11).

Tableau 3.2 : Table de Mortalité de la Guinée Décembre 1996

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	l(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	121,3	12127	132,0	100000	91875	5397404	54,0	0
1	92,0	8087	24,5	87873	330076	5305529	60,4	1
5	19,3	1541	3,9	79786	395076	4975453	62,4	5
10	12,4	972	2,5	78245	388794	4580376	58,5	10
15	16,4	1265	3,3	77273	383290	4191582	54,2	15
20	17,8	1356	3,6	76008	376708	3808292	50,1	20
25	20,8	1552	4,2	74652	369466	3431584	46,0	25
30	24,2	1770	4,9	73100	361137	3062118	41,9	30
35	25,7	1831	5,2	71331	352157	2700981	37,9	35
40	31,5	2190	6,4	69499	342160	2348824	33,8	40
45	36,8	2479	7,5	67310	330581	2006664	29,8	45
50	52,6	3412	10,8	64830	315951	1676083	25,9	50
55	64,4	3957	13,3	61418	297518	1360133	22,1	55
60	87,1	5006	18,2	57461	275046	1062615	18,5	60
65	97,2	5100	20,4	52455	250006	787569	15,0	65
70	162,3	7686	35,1	47355	218985	537562	11,4	70
75	1000	-	70,6	39669	169724	318578	8,0	75

Tableau 3.3 : Table de Mortalité : sexe masculin

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	122,1	12212	133,0	100000	91818	5266509	52,7	0
1	95,9	8419	25,6	87788	328860	5174691	58,9	1
5	19,3	1533	3,9	79369	393015	4845832	61,0	5
10	12,9	1005	2,6	77837	386670	4452817	57,2	10
15	15,9	1220	3,2	76831	381195	4066147	52,9	15
20	18,8	1423	3,8	75611	374601	3684952	48,7	20
25	23,2	1724	4,7	74188	366740	3310350	44,6	25
30	26,6	1931	5,4	72464	357557	2943610	40,6	30
35	28,6	2017	5,8	70533	347722	2586053	36,7	35
40	35,4	2424	7,2	68517	336686	2238331	32,7	40
45	42,1	2784	8,6	66093	323767	1901645	28,8	45
50	60,2	3812	12,4	63308	307434	1577878	24,9	50
55	79,8	4747	16,6	59496	285964	1270444	21,4	55
60	99,3	5438	20,9	54749	260205	984479	18,0	60
65	102,2	5040	21,5	49311	234400	724274	14,7	65
70	181,3	8027	39,6	44271	202696	489874	11,1	70
75	1000,0	-	74,1	36244	153892	287179	7,9	75

Tableau 3.4 : Table de mortalité: sexe féminin

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	l(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	119,9	11987	130,0	100000	92208	5539743	55,4	0
1	87,8	7728	23,3	88013	331658	5447534	61,9	1
5	18,8	1511	3,8	80285	397649	5115876	63,7	5
10	11,9	940	2,4	78774	391522	4718227	59,9	10
15	16,9	1312	3,4	77835	385986	4326706	55,6	15
20	17,3	1328	3,5	76522	379306	3940720	51,5	20
25	18,3	1379	3,7	75195	372595	3561414	47,4	25
30	22,7	1679	4,6	73816	364951	3188820	43,2	30
35	23,2	1676	4,7	72137	356543	2823869	39,1	35
40	27,1	1912	5,5	70462	347629	2467326	35,0	40
45	31,5	2160	6,4	68550	337554	2119697	30,9	45
50	45,5	3019	9,3	66389	324596	1782143	26,8	50
55	46,9	2973	9,6	63370	309692	1457547	23,0	55
60	76,6	4626	15,9	60397	290937	1147855	19,0	60
65	91,8	5118	19,2	55772	266576	856918	15,4	65
70	145,5	7372	31,2	50653	236279	590342	11,7	70
75	1000,0	-	67,1	43281	186616	354063	8,2	75

Tableau 3.5 : Table de mortalité milieu urbain sexes confondus

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	105,9	10591	114,0	100000	92904	5589080	55,9	0
1	67,3	6014	17,6	89409	341710	5496176	61,5	1
5	19,3	1610	3,9	83395	412948	5154465	61,8	5
10	10,5	854	2,1	81784	406786	4741517	58,0	10
15	11,9	965	2,4	80930	402290	4334731	53,6	15
20	13,9	1112	2,8	79965	397124	3932441	49,2	20
25	17,3	1368	3,5	78853	390961	3535317	44,8	25
30	21,8	1687	4,4	77484	383308	3144356	40,6	30
35	24,2	1835	4,9	75798	374501	2761048	36,4	35
40	29,6	2187	6,0	73963	364536	2386548	32,3	40
45	38,8	2783	7,9	71775	352257	2022012	28,2	45
50	56,4	3892	11,6	68993	335492	1669755	24,2	50
55	59,3	3859	12,2	65101	316303	1334263	20,5	55
60	108,2	6625	22,8	61242	290579	1017960	16,6	60
65	140,4	7666	30,1	54617	254683	727381	13,3	65
70	222,3	10438	49,7	46951	210028	472698	10,1	70
75	1000,0	-	92,9	36512	148616	262670	7,2	75

Tableau 3.6: Table de mortalité milieu urbain sexe masculin

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	111,1	11107	120,0	100000	92558	5443991	54,4	0
1	74,2	6593	19,5	88893	338113	5351433	60,2	1
5	19,3	1589	3,9	82300	407526	5013320	60,9	5
10	11,9	963	2,4	80710	401145	4605794	57,1	10
15	12,4	991	2,5	79748	396273	4204649	52,7	15
20	12,9	1017	2,6	78757	391307	3808376	48,4	20
25	17,3	1349	3,5	77740	385463	3417068	44,0	25
30	21,8	1663	4,4	76390	377911	3031605	39,7	30
35	25,2	1882	5,1	74728	369048	2653694	35,5	35
40	30,5	2225	6,2	72846	358851	2284647	31,4	40
45	39,7	2806	8,1	70621	346473	1925796	27,3	45
50	63,0	4273	13,0	67814	328707	1579323	23,3	50
55	64,0	4066	13,2	63541	308003	1250616	19,7	55
60	120,8	7182	25,6	59475	280537	942612	15,8	60
65	165,2	8640	35,9	52294	240663	662076	12,7	65
70	250,6	10941	57,0	43654	191956	421412	9,7	70
75	1000,0	-	100,2	32712	130850	229456	7,1	75

Tableau 3.7 : Table de mortalité milieu urbain sexe féminin

x=âge	Q(x)	D(x)	M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	Ex)	x=âge
0	100,0	10004	107,0	100000	93497	5747891	57,5	0
1	59,6	5360	15,5	89996	345836	5654394	62,8	1
5	18,8	1593	3,8	84635	419194	5308557	62,7	5
10	9,0	744	1,8	83042	413351	4889364	58,9	10
15	13,4	1104	2,7	82298	408850	4476013	54,4	15
20	15,4	1249	3,1	81194	402909	4067162	50,1	20
25	17,4	1387	3,5	79945	396350	3664254	45,8	25
30	21,8	1710	4,4	78558	388597	3267904	41,6	30
35	22,7	1748	4,6	76848	379956	2879307	37,5	35
40	28,6	2148	5,8	75100	370331	2499351	33,3	40
45	37,3	2722	7,6	72953	358211	2129020	29,2	45
50	47,8	3361	9,8	70230	342939	1770809	25,2	50
55	53,6	3584	11,0	66869	325829	1427870	21,4	55
60	94,5	5983	19,8	63285	302153	1102041	17,4	60
65	109,9	6298	23,2	57303	271486	799888	14,0	65
70	196,4	10016	43,2	51004	231843	528402	10,4	70
75	1000,0	-	87,2	40988	169404	296559	7,2	75

Tableau 3.8 : Table de mortalité milieu rural sexes confondus

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	123,8	12380	135,0	100000	91705	5344408	53,4	0
1	95,6	8372	25,5	87620	328310	5252702	59,9	1
5	19,3	1530	3,9	79248	392413	4924392	62,1	5
10	13,4	1042	2,7	77717	385982	4531979	58,3	10
15	18,8	1444	3,8	76675	379889	4145997	54,1	15
20	20,8	1564	4,2	75232	372291	3766108	50,1	20
25	22,2	1639	4,5	73668	364300	3393817	46,1	25
30	25,7	1849	5,2	72029	355572	3029517	42,1	30
35	26,7	1870	5,4	70180	346290	2673945	38,1	35
40	32,0	2185	6,5	68310	336200	2327655	34,1	40
45	36,3	2404	7,4	66125	324817	1991456	30,1	45
50	51,2	3263	10,5	63721	310798	1666639	26,2	50
55	66,8	4036	13,8	60458	292491	1355841	22,4	55
60	82,1	4629	17,1	56421	270706	1063350	18,8	60
65	93,6	4847	19,6	51792	247290	792644	15,3	65
70	150,7	7075	32,4	46945	218362	545353	11,6	70
75	1000,0	-	66,5	39870	172071	326992	8,2	75

Tableau 3.9 : Table de mortalité milieu rural sexe masculin

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	124,6	12464	136,0	100000	91649	5201735	52,0	0
1	96,6	8456	25,8	87536	327752	5110086	58,4	1
5	19,3	1527	3,9	79080	391581	4782335	60,5	5
10	13,4	1040	2,7	77553	385163	4390754	56,6	10
15	19,3	1478	3,9	76513	379039	4005591	52,4	15
20	24,2	1817	4,9	75034	370749	3626551	48,3	20
25	27,6	2022	5,6	73218	361102	3255803	44,5	25
30	30,0	2139	6,1	71196	350649	2894701	40,7	30
35	30,5	2109	6,2	69057	340098	2544052	36,8	35
40	38,8	2594	7,9	66948	328395	2203954	32,9	40
45	42,6	2741	8,7	64354	315113	1875560	29,1	45
50	59,3	3651	12,2	61612	299298	1560447	25,3	50
55	76,5	4436	15,9	57961	279005	1261148	21,8	55
60	93,4	5002	19,6	53525	255194	982144	18,3	60
65	99,0	4805	20,8	48523	231010	726950	15,0	65
70	167,4	7318	36,3	43718	201591	495940	11,3	70
75	1000,0	-	70,0	36400	155887	294349	8,1	75

Tableau 3.10: Table de mortalité milieu rural sexe féminin

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	124,1	12411	135,0	100000	91933	5387783	53,9	0
1	94,5	8278	25,2	87589	328509	5295850	60,5	1
5	18,8	1493	3,8	79311	392821	4967341	62,6	5
10	13,4	1043	2,7	77818	386481	4574520	58,9	10
15	18,8	1445	3,8	76774	380350	4188039	54,6	15
20	18,8	1418	3,8	75329	373090	3807689	50,5	20
25	18,8	1391	3,8	73911	366123	3434599	46,5	25
30	22,7	1649	4,6	72520	358542	3068476	42,3	30
35	23,7	1681	4,8	70871	350191	2709935	38,2	35
40	26,7	1844	5,4	69190	341412	2359744	34,1	40
45	30,1	2024	6,1	67346	331869	2018332	30,0	45
50	45,0	2939	9,2	65322	319463	1686463	25,8	50
55	45,5	2837	9,3	62383	305059	1367000	21,9	55
60	72,9	4339	15,1	59546	287361	1061940	17,8	60
65	88,1	4864	18,4	55207	264348	774579	14,0	65
70	136,2	6858	29,0	50343	236466	510232	10,1	70
75	1000,0	-	92,8	43485	178414	273765	6,3	75

Ces résultats montrent que l'espérance de vie à la naissance en Guinée était de 54,0 ans en 1996. Elle est de 52,7 ans pour les hommes et de 55,4 ans pour les femmes ; autrement dit, une fille qui vient de naître peut espérer vivre en moyenne 2,7 ans de plus qu'un garçon. Cette espérance de vie est plus faible en milieu rural (53,4 ans) qu'en milieu urbain (55,9 ans).

La mortalité infantile quant à elle s'élève à 121 ‰. En milieu rural, elle est de 17 supérieure à celle du milieu urbain : sur 1000 naissances vivantes, 124 décèdent avant un an en zone rurale contre 106 en-ville.

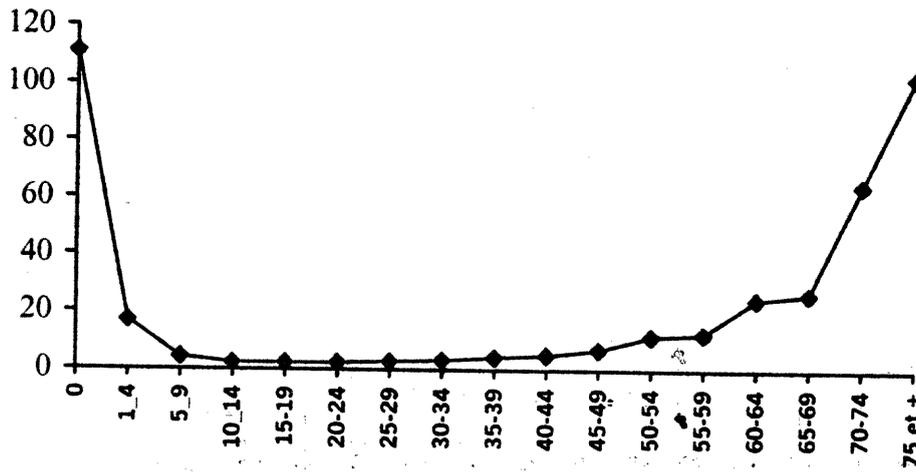
3.2. DIFFERENCES REGIONALES DE LA MORTALITE

Comme on pouvait s'y attendre, Conakry a le taux de mortalité brut de mortalité le plus faible (9,6‰). Elle est suivie de la Basse Guinée (13‰). Les trois autres régions ont des taux relativement élevés. Ceci reflète, entre autres, les inégalités régionales en matière d'infrastructures et d'équipements sanitaires. Toutefois, ce résultat n'est pas entièrement confirmé par le taux de mortalité infantile. Selon ce dernier indice, Conakry et la Basse Guinée conservent leur position avec respectivement 103‰ et 117‰, tandis que le classement des autres régions est totalement modifié : la Moyenne Guinée enregistre le taux le plus élevé des trois (126‰) et la Guinée Forestière, le plus faible (123‰). Cette discordance entre le TBM et le TMI reflète le fait que le premier taux est un indice hybride qui subit l'influence de la structure par âge.

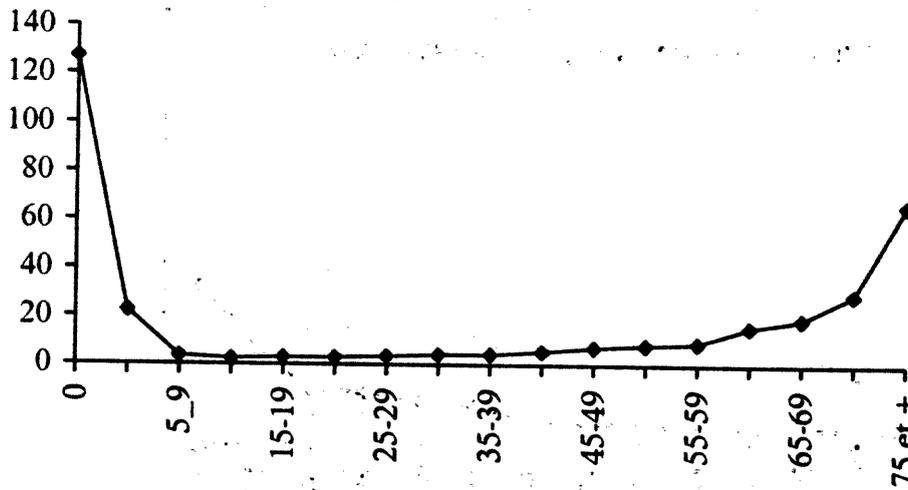
Tableau 3.11 : Taux de mortalité par âge selon la région naturelle: RGPH Guinée 1996 (‰)

Groupe d'âges	Conakry	BG	MG	HG	GF
TBM	9,6	13,0	14,6	15,9	16,1
0	111,0	127,0	137,0	136,0	134,0
1-4	16,8	22,3	26,3	25,8	24,7
5-9	4,3	3,5	3,8	3,9	4,1
10-14	2,4	2,4	2,3	2,6	2,7
15-19	2,4	2,9	3,3	3,7	4,4
20-24	2,4	2,9	4,3	4,1	4,8
25-29	2,8	3,4	4,4	4,8	5,5
30-34	3,2	4,1	5,2	5,8	6,4
35-39	4,3	4,2	5,5	5,9	6,4
40-44	5,0	5,4	5,8	7,0	8,4
45-49	6,9	7,1	6,1	7,9	9,5
50-54	11,6	8,2	8,3	11,2	15,8
55-59	12,5	9,0	8,4	12,7	18,1
60-64	24,4	15,6	14,5	19,9	22,1
65-69	26,4	18,9	18,0	20,6	23,2
70-74	64,5	29,2	29,6	34,5	42,1
75 et +	102,5	66,2	68,8	70,9	69,5

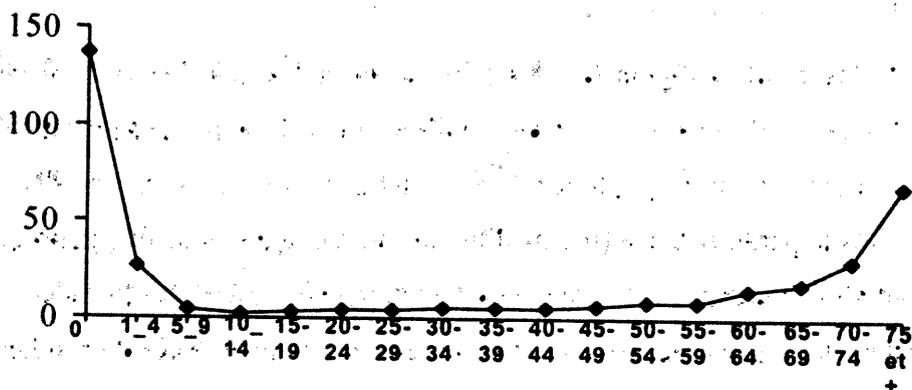
Graphique 3.4 : Taux de mortalité par âge : Ville de Conakry

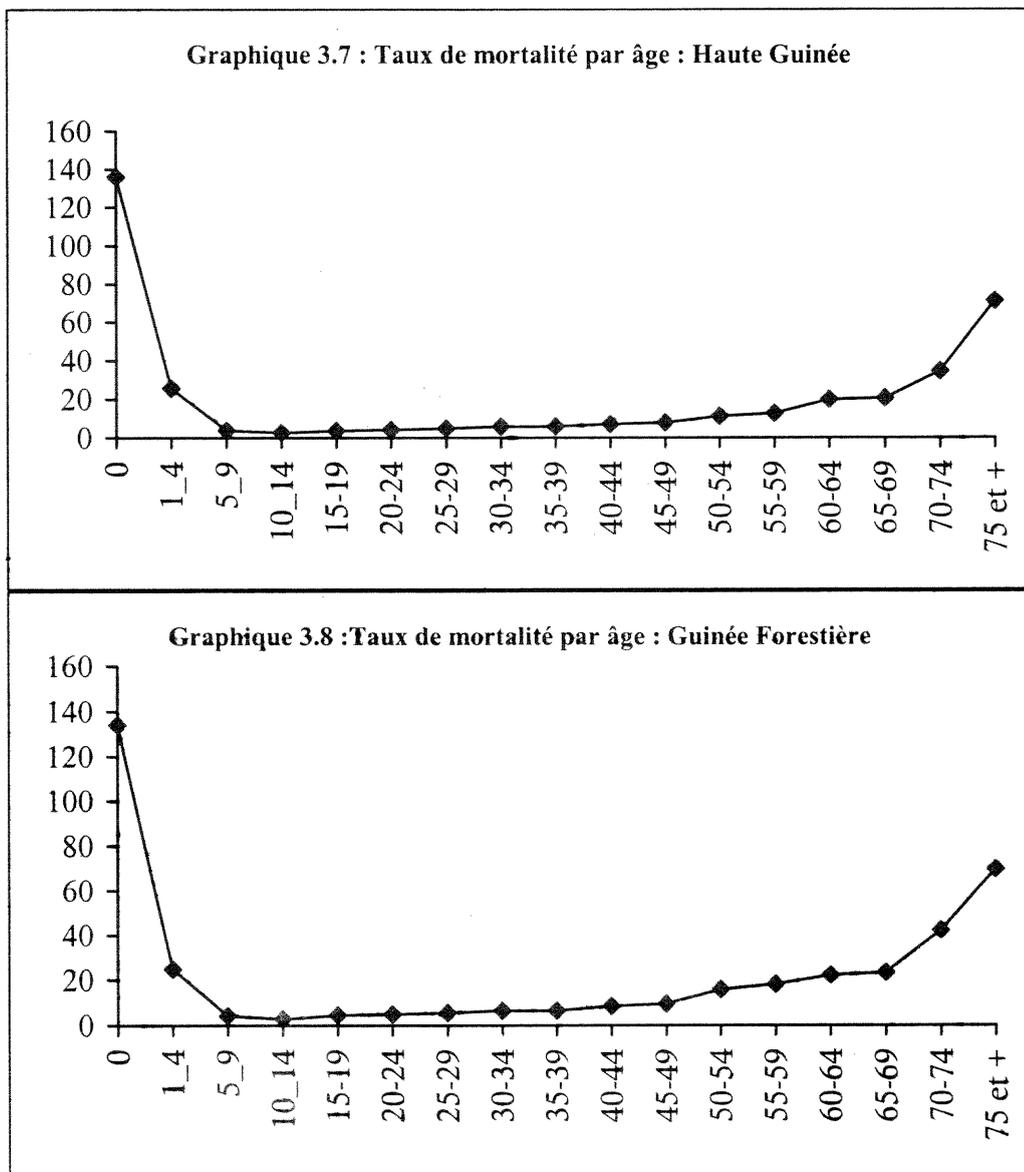


Graphique 3.5 : Taux de mortalité par âge : Basse Guinée



Graphique 3.6 : Taux de mortalité par âge : Moyenne Guinée





La comparaison des courbes régionales des taux de mortalité par âge montre que Conakry se distingue des autres régions. En effet, cette ville se caractérise par des niveaux de mortalité très élevés aux âges extrêmes (graphique 3.4), tandis que qu'ailleurs, la mortalité est nettement plus élevée dans la petite enfance (moins d'un an) qu'aux âges avancés (graphique 3.5 à 3.8). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les décès enregistrés parmi les malades ont le plus souvent à Conakry, les agents recenseurs ont pu enregistrer comme décès de résidents les décès de parents relativement âgés venus en visite.

Tableau 3.12: Table de mortalité ville de Conakry

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	103,3	10332	111,0	100000	93078	5636146	56,4	0
1	64,3	5769	16,8	89668	343397	5543068	61,8	1
5	21,3	1785	4,3	83899	415035	5199671	62,0	5
10	11,9	979	2,4	82115	408124	4784636	58,3	10
15	11,9	968	2,4	81135	403251	4376512	53,9	15
20	11,9	956	2,4	80167	398472	3973260	49,6	20
25	13,9	1101	2,8	79211	393361	3574789	45,1	25
30	15,9	1240	3,2	78110	387550	3181428	40,7	30
35	21,3	1636	4,3	76869	380395	2793877	36,3	35
40	24,7	1858	5,0	75234	371686	2413482	32,1	40
45	33,9	2491	6,9	73375	361049	2041796	27,8	45
50	56,4	4000	11,6	70884	344819	1680746	23,7	50
55	60,7	4060	12,5	66884	324794	1335927	20,0	55
60	115,3	7241	24,4	62824	296778	1011133	16,1	60
65	124,3	6908	26,4	55583	261664	714355	12,9	65
70	280,0	13630	64,5	48675	211320	452692	9,3	70
75	1000,0	-	102,5	35045	140272	241372	6,9	75

Tableau 3.13: Table de mortalité Basse Guinée

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	117,0	11704	127,0	100000	92158	5640170	56,4	0
1	84,2	7437	22,3	88296	333491	5548012	62,8	1
5	17,3	1403	3,5	80859	400788	5214521	64,5	5
10	11,9	948	2,4	79456	394912	4813733	60,6	10
15	14,4	1130	2,9	78509	389755	4418821	56,3	15
20	14,4	1114	2,9	77378	384136	4029066	52,1	20
25	16,9	1286	3,4	76264	378190	3644930	47,8	25
30	20,3	1522	4,1	74978	371142	3266740	43,6	30
35	20,8	1527	4,2	73457	363541	2895598	39,4	35
40	26,7	1917	5,4	71930	355044	2532058	35,2	40
45	34,9	2443	7,1	70013	344131	2177013	31,1	45
50	40,2	2715	8,2	67569	331146	1832882	27,1	50
55	44,0	2857	9,0	64854	317456	1501737	23,2	55
60	75,2	4663	15,6	61997	298896	1184281	19,1	60
65	90,4	5182	18,9	57334	274187	885385	15,4	65
70	136,8	7135	29,2	52152	244351	611198	11,7	70
75	1000,0	-	66,2	45017	194484	366847	8,1	75

Tableau 3.14: Table de mortalité Moyenne Guinée

x=âge	1000*Q(x)	D(x)	1000*M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	125,5	12548	137,0	100000	91593	5420009	54,2	0
1	98,4	8601	26,3	87452	327032	5328416	60,9	1
5	18,8	1484	3,8	78851	390544	5001384	63,4	5
10	11,4	885	2,3	77367	384622	4610840	59,6	10
15	16,4	1252	3,3	76482	379435	4226218	55,3	15
20	21,3	1601	4,3	75230	372230	3846782	51,1	20
25	21,8	1602	4,4	73629	364190	3474552	47,2	25
30	25,7	1849	5,2	72027	355578	3110362	43,2	30
35	27,1	1904	5,5	70178	346152	2754784	39,3	35
40	28,6	1952	5,8	68274	336510	2408632	35,3	40
45*	30,1	1993	6,1	66322	326753	2072122	31,2	45
50	40,7	2616	8,3	64329	315234	1745370	27,1	50
55	41,2	2541	8,4	61713	302463	1430136	23,2	55
60	70,1	4147	14,5	59172	286025	1127673	19,1	60
65	86,3	4748	18,0	55025	263781	841647	15,3	65
70	138,6	6970	29,6	50277	235475	577866	11,5	70
75	1000,0	-	68,8	43307	186242	342391	7,9	75

Tableau 3.15: Table de mortalité Haute Guinée

x=âge	Q(x)	D(x)	M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	124,6	12464	136,0	100000	91649	5281803	52,8	0
1	96,6	8456	25,8	87536	327752	5190154	59,3	1
5	19,3	1527	3,9	79080	391581	4862402	61,5	5
10	12,9	1002	2,6	77553	385259	4470822	57,6	10
15	18,3	1404	3,7	76551	379368	4085563	53,4	15
20	20,3	1525	4,1	75147	371993	3706195	49,3	20
25	23,7	1746	4,8	73622	363853	3334202	45,3	25
30	28,6	2055	5,8	71876	354304	2970349	41,3	30
35	29,1	2030	5,9	69821	344082	2616045	37,5	35
40	34,4	2333	7,0	67791	333229	2271963	33,5	40
45	38,8	2537	7,9	65458	321154	1938734	29,6	45
50	54,5	3430	11,2	62921	306287	1617580	25,7	50
55	61,6	3666	12,7	59490	288630	1311293	22,0	55
60	94,9	5297	19,9	55825	266195	1022663	18,3	60
65	98,1	4956	20,6	50528	240602	756468	15,0	65
70	159,7	7280	34,5	45571	211007	515866	11,3	70
75	1000,0	-	70,9	38291	163713	304858	8,0	75

Tableau 3.16: Table de mortalité Guinée Forestière

x=âge	Q(x)	D(x)	M(x)	I(x)	L(x)	T(x)	E(x)	x=âge
0	123,0	12296	134,0	100000	91762	5152686	51,5	0
1	92,7	8133	24,7	87704	329279	5060924	57,7	1
5	20,3	1615	4,1	79571	393817	4731645	59,5	5
10	13,4	1045	2,7	77956	387167	4337828	55,6	10
15	21,8	1674	4,4	76911	380553	3950661	51,4	15
20	23,7	1785	4,8	75236	371785	3570108	47,5	20
25	27,1	1993	5,5	73452	362373	3198323	43,5	25
30	31,5	2251	6,4	71459	351707	2835950	39,7	30
35	31,5	2180	6,4	69208	340682	2484243	35,9	35
40	41,2	2759	8,4	67027	328419	2143561	32,0	40
45	46,5	2985	9,5	64269	314215	1815142	28,2	45
50	76,1	4665	15,8	61284	295230	1500927	24,5	50
55	86,6	4905	18,1	56619	270991	1205697	21,3	55
60	104,7	5416	22,1	51714	245062	934707	18,1	60
65	110,	5086	23,2	46298	219214	689645	14,9	65
70	191,5	7891	42,1	41212	187445	470432	11,4	70
75	1000,0	-	69,5	33321	142650	282986	8,5	75

L'examen de l'espérance de vie à la naissance confirme la position privilégiée de Conakry et de la Basse Guinée qui ont chacune une espérance de vie de 56,4 ans. Cela représente un avantage de 2,2 ans par rapport à la Moyenne Guinée, de 3,6 ans par rapport à la Haute Guinée et 4,9 ans par rapport à la Guinée Forestière. Ces écarts reflètent les disparités du contexte socio-sanitaire et environnemental plus favorable aux deux premières régions qu'aux autres. Des efforts devraient donc être déployés par les pouvoirs publics, notamment dans le cadre de la politique de santé, en vue de réduire ces inégalités régionales.

3.3. ANALYSE DES TENDANCES

Compte tenu du fait que les méthodes d'estimation des niveaux de mortalité appliqués aux données de 1983 et de 1996 sont différentes, même si la structure de la mortalité est restée pratiquement inchangée, l'analyse des tendances sera uniquement faite à l'aide du gain annuel d'espérance de vie entre 1983 et 1996.

Le tableau 3. 17 présente le gain en espérance de vie à la naissance selon le sexe, le milieu de résidence et la région naturelle. En principe, le gain moyen en espérance de vie est de 0,5 an par an. Un gain inférieur à cette valeur moyenne indique une population à faible

mortalité et un gain supérieur, une population à forte mortalité. Il en découle qu'avec un gain annuel de 0,7 ans, la Guinée reste un pays à mortalité élevée.

Durant la période intercensitaire 1983-1996, les hommes et les femmes ont connu une amélioration identique de leur espérance de vie à la naissance. En revanche, on observe des différences considérables dans l'évolution de cet indicateur tant entre les milieux de résidence qu'entre les régions. Avec un gain de 0,9 an, le milieu rural a connu une amélioration beaucoup plus rapide que le milieu urbain. Par ailleurs, les trois régions à mortalité élevée (Moyenne Guinée, Haute Guinée et Guinée Forestière) sont aussi celles qui ont enregistré les gains en espérance de vie les plus élevés. Quant à Conakry, la perte en espérance de vie de 0,2 ans en moyenne refléterait moins une détérioration des conditions de vie que des problèmes de collecte (prise en compte des décès de visiteurs).

Bien que les niveaux de mortalité demeurent élevés en Moyenne Guinée, en Haute Guinée et en Guinée forestière, les écarts par rapport à Conakry se sont amenuisés entre 1983 et 1996.

Tableau 3.17: Gain en espérance de vie à la naissance entre 1983 et 1996 (13 ans) selon le sexe, la région naturelle et le milieu de résidence

Région, Sexe et Milieu de Résidence (1)	Espérance de vie à la naissances		Gain en E(0) entre 1983 et 1996 (4)=[(3)-(2)]/13
	1983 (2)	1996 (3)	
Ensemble	45,0	54,0	0,7
Sexe Masculin	43,2	52,7	0,7
Sexe Féminin	45,7	55,4	0,7
Milieu urbain	54,9	56,0	0,1
Milieu Rural	41,2	53,4	0,9
Conakry	59,2	56,4	-0,2
Basse Guinée	46,9	56,4	0,7
Moyenne Guinée	40,8	54,2	1,0
Haute Guinée	38,4	52,8	1,1
Guinée Forestière	40,8	51,5	0,8

3.4. ESTIMATION DE LA MORTALITE MATERNELLE

Même si certaines études, enquêtes ou les statistiques sanitaires fournissent quelques estimations sur la mortalité maternelle, ce phénomène reste encore mal connu dans la mesure où aucune des sources n'a fait une évaluation approfondie des décès maternels².

En raison de l'inexistence des données sur les décès maternels classés par groupe d'âges au niveau national, cette analyse sera basée sur une répartition théorique des décès maternels selon le groupe d'âges des femmes et dans les pays à fort taux de mortalité générale³.

Cette répartition théorique sera utilisée suivant trois hypothèses : forte, moyenne et faible. Toutefois, a priori, on admet que la proportion des décès maternels est très élevée dans les groupes d'âges à haut risque de mortalité maternelle à cause notamment de l'immaturation physiologique (moins de 20 ans) et de la fatigue physiologique (40 à 49 ans) de l'organisme des femmes.

Le nombre de naissances annuelles utilisées dans le calcul du taux de mortalité maternelle (TMM) est déduit de la structure de la fécondité du RGPH de 1996 sur la base d'un taux brut de natalité de 40 ‰⁴. Ainsi défini, on a estimé pour chacune des trois hypothèses, la valeur du TMM. Les résultats apparaissent dans le tableau 3.19 :

² On entend par décès maternel, tout décès d'une femme survenu soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement ou dans la période des 40 jours après l'accouchement.

³ Dackam N. R., "Mesure de la mortalité maternelle appliquée au cas du Cameroun" in *maternal Mortality Days*, Yaoundé (Centre de Reproduction Humaine, Centre Universitaire des science de la santé), 1989.

⁴ On rappelle au passage que le Taux de Mortalité Maternelle est le rapport des décès maternels survenus au cours d'une année à l'effectifs des naissances vivantes enregistrées pendant la même année. Il s'exprime en décès maternels pour 100. 000 naissances vivantes.

Tableau 3.18 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

Groupe d'âges	Décès annuels des femmes	Hypothèse forte		Hypothèse moyenne		Hypothèse faible	
		%	Décès	%	Décès	%	Décès
<15 ans	862	30	258,60	25	21550	20	17240
15-19	1184	25	296,00	20	23680	15	17760
20-24	999	15	149,85	15	14985	10	9990
25-29	1176	15	176,40	15	17640	10	11760
30-34	1085	15	162,75	15	16275	10	10850
35-39	939	20	187,80	20	18780	15	14085
40-44	855	25	213,75	20	17100	15	12825
45-49	734	30	220,20	25	18350	25	18350
Total	7834	-	1665,35	-	148360	-	112860
TMM	-	-	586,2	-	522,2	-	397,2

La mortalité maternelle en Guinée se situerait entre 397 et 586 décès pour cent mille naissances vivantes. Selon l'EDS 1992, ce taux était de 666 décès pour cent mille naissances vivantes dans les années 1990. Par ailleurs, une étude réalisée par la SOGO en 1985 dans les structures sanitaires a estimé à 588 décès maternels pour cent mille naissances vivantes. Il y a donc lieu de penser que l'hypothèse forte est la plus plausible ; autrement dit le niveau de mortalité maternelle en Guinée tournerait autour de 600 décès pour 100.000 naissances

Chapitre 4

ANALYSE DIFFERENTIELLE DE LA MORTALITE DES ENFANTS

L'analyse des inégalités devant la mort sera faite à partir des indicateurs de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Elle met en évidence les différences de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques géographiques et socio-démographiques. On évaluera en outre la situation nutritionnelle des enfants à partir de leur mortalité.

4.1. DIFFERENCES GEOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

Parmi les variables retenues, le niveau d'instruction semble être le facteur de différenciation le plus important. Les enfants nés de mères non instruites courraient un risque de mourir avant 5 ans de 61% plus supérieur à celui des enfants nés de mère instruites. Suivent par ordre décroissant d'importance la région, le milieu de résidence, l'alphabétisation, la source d'approvisionnement en eau et le sexe de l'enfant.

Par ailleurs, il convient de noter que pour chacune de ces variables, les écarts observés sont plus importants entre 1 et 5 ans qu'entre 0 et 1 an. Ainsi, alors que la mortalité infantile observée chez les enfants des mères non instruites est de 41% supérieure à celle enregistrée chez les enfants des mères instruites, les premiers connaissent une mortalité juvénile deux fois plus élevée que les derniers. Ce phénomène s'explique, entre autres, par le poids différentiel des facteurs endogènes et exogènes dans les deux tranches d'âge. L'influence des premiers est plus marquée avant un an tandis que celle des seconds l'est surtout entre 1 et 5 ans.

Concernant en particulier l'écart entre les deux sexes, on note une différence en faveur des filles, beaucoup plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (15% contre 1%). Autrement dit, les petites filles des zones rurales souffriraient de discrimination en matière de soins plus que les petites citadines.

On notera enfin, en ce qui concerne le statut d'occupation, que les enfants des femmes économiquement occupées ont paradoxalement un niveau de mortalité plus élevé que ceux des femmes non occupées. Cette situation serait liée au fait que la quasi-totalité des femmes occupées résidant en milieu rural travaillent dans les champs et disposent donc de peu de

temps pour les soins accordés aux enfants. En outre, cette différence reflète aussi celle observée entre les villes et les campagnes.

Tableau 4.1 : Quotient de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile pour mille naissances vantes selon certaines caractéristiques des enfants et des femmes

Caractéristiques des femmes et des enfants	1Q0	4Q1	5Q0
Ensemble	121,3	92,0	202,14
Sexe des enfants			
Garçons	122,1	95,9	206,3
Filles	119,9	87,8	197,2
Milieu de résidence			
Urbain	105,9	67,3	166,1
Urbain sexe masculin	111,1	74,2	177,1
Urbain sexe féminin	100	60,0	154,0
Rural	123,8	95,6	207,6
Rural sexe masculin	124,6	96,6	209,2
Rural sexe féminin	124,1	94,5	206,9
Région naturelle			
Conakry	103,3	64,3	161,0
Basse Guinée	117	84,2	191,4
Moyenne Guinée	125,5	98,3	211,5
Haute Guinée	124,6	96,2	208,8
Guinée Forestière	123	92,7	204,3
Statut d'occupation			
Occupées	125,5	99	212,1
Non occupées	114,5	82	187,1
Alphabétisation			
Alphabétisées	109,4	73	174,4
Illettrées	123	95	206,3
Niveau d'instruction			
Instruites	87,3	44	127,5
Non instruites	123	95	206,3
Source d'approvisionnement en eau			
Disposant eau potable	114,5	81	186,2
Autres sources d'eau	123	92	203,7

4.2. EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS A PARTIR DE LEUR MORTALITE

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans peut être appréciée à partir du rapport du taux de mortalité infantile au quotient de mortalité juvénile. Lorsque ce rapport est supérieur ou égal à 5, cela signifie que les enfants ne souffrent pas de problèmes nutritionnels. Un rapport inférieur à 5 traduit l'existence de problèmes nutritionnels. Plus il est faible, plus la situation nutritionnelle est grave.

Pour l'ensemble du pays, ce rapport vaut 1,32, montrant ainsi que les enfants connaissant des problèmes nutritionnels graves en Guinée. La malnutrition frapperait un peu plus les garçons (1,27) que les filles (1,37).

En ce qui concerne le milieu de résidence, les problèmes nutritionnels sont beaucoup plus graves en milieu urbain qu'en milieu rural. L'écart entre les filles et les garçons est toutefois relativement plus marqué en milieu urbain qu'il ne l'est en milieu rural.

Concernant les différences régionales, Conakry occupe une position privilégiée avec un rapport de 1,61. A l'opposé, la Moyenne Guinée est la région la plus défavorisée avec un rapport de 1,28.

Quant aux autres caractéristiques, les valeurs obtenues indiquent clairement que les enfants des femmes non occupées, des illettrées et des non instruites ainsi que ceux de celles qui utilisent l'eau potable pour boire, souffrent plus de malnutrition que les autres. Il est important de noter à ce niveau que la valeur du rapport chez les enfants des femmes instruites (1,98) est plus élevée que celle de n'importe quelle autre caractéristique. En d'autres termes, cela traduit le fait que l'instruction de la mère constitue le facteur de différenciation de l'état nutritionnel des enfants le plus important, à l'instar de la mortalité.

Tableau 4.2: Rapport du taux de mortalité infantile au taux de mortalité Juvénile selon certaines caractéristiques des femmes et des enfants

Caractéristiques des femmes et des enfants	1Q0	4Q1	1Q0/4Q1
Ensemble	121,3	92,0	1,32
Sexe des enfants			
Garçons	122,1	95,9	1,27
Filles	119,9	87,8	1,37
Milieu de résidence			
Urbain	105,9	67,3	1,57
Urbain sexe masculin	111,1	74,2	1,50
Urbain sexe féminin	100	60,0	1,67
Rural	123,8	95,6	1,29
Rural sexe masculin	124,6	96,6	1,29
Rural sexe féminin	124,1	94,5	1,31
Région naturelle			
Conakry	103,3	64,3	1,61
Basse Guinée	117	84,2	1,39
Moyenne Guinée	125,5	98,3	1,28
Haute Guinée	124,6	96,2	1,30
Guinée Forestière	123	92,7	1,33
Statut d'occupation			
Occupées	125,5	99	1,27
Non occupées	114,5	82	1,40
Alphabétisation			
Alphabétisées	109,4	73	1,50
Illettrées	123	95	1,29
Niveau d'instruction			
Instruites	87,3	44	1,98
Non instruites	123	95	1,29
Source d'approvisionnement en eau			
Disposant eau potable	114,5	81	1,41
Autres sources d'eau	123	92	1,34

CONCLUSION

L'objectif de ce rapport était de présenter les résultats sur les niveaux et tendances de la mortalité en Guinée. De dégager l'effet de certains facteurs sur le niveau observé.

Il ressort des analyses effectuées les principaux résultats suivants :

Le taux brut de mortalité pour l'ensemble du pays est de 14,2 ‰, soit 14 décès en moyenne pour une population de 1000 personnes. Il est de 15,2 pour mille chez les hommes et de 13,3‰ au sein de la population féminine. Quant au milieu de résidence, les populations urbaines ont enregistré une mortalité moins importante (10,7‰) que celles vivant dans les zones rurales (15,3 ‰). La Haute et la Guinée Forestière ont les taux bruts de mortalité les plus élevés (16‰), Conakry le plus faible (9,6‰).

L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans. Elle est de 52,7 ans pour les hommes et de 55,4 ans pour les femmes. Ce indice est plus faible en milieu rural (53,4 ans) qu'en milieu urbain (55,9 ans).

La mortalité infantile, quant à elle s'élève, à 121 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Par ailleurs, sur 1000 enfants ayant survécu à 1 an, 92 enfants décèdent avant l'âge de 5 ans. Au total, sur 1000 enfants qui naissent, environ 200, c'est-à-dire un cinquième, décèdent avant l'âge de 5 ans. A l'instar de la mortalité générale, les indicateurs de la mortalité infantile et juvénile sont un peu plus élevés chez les hommes que parmi les femmes. Quel que soit le milieu de résidence, la mortalité frappe plus les garçons que les filles. En outre, l'espérance de vie à la naissance s'est nettement améliorée entre 1983 et 1996, avec un gain annuel de 0,7 an. Ce gain est cependant est variable selon le milieu de résidence et les régions. La mortalité est assez élevée et tourne autour de 600 décès maternels pour 100.000 naissances.

Bien que les niveaux de mortalité des enfants soient plus faibles dans les centres urbaines, le risque de décès d'un garçon par rapport à une fille est beaucoup plus grand en milieu urbain qu'en milieu rural. Conakry détient les meilleurs indicateurs de mortalité des enfants par comparaison aux trois autres régions qui ont quasiment les mêmes niveaux.

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans demeure précaire en Guinée.

Conakry connaît cependant moins de problèmes que les autres régions.

Ces résultats suggèrent une réévaluation des politiques et stratégies actuelles en matière de santé et de nutrition, et la mise en place des programmes vigoureux adaptés aux réalités régionales. Pour terminer, il est souhaitable que les structures nationales de recherche entreprennent des études approfondies sur les causes et les déterminants de la mortalité, en particulier celle des enfants et des mères. Des résultats de telles recherches permettraient d'élaborer des politiques et programmes de santé appropriés.

BIBLIOGRAPHIE

Arriaga E. et al. (1994), Population analysis with Microcomputers, New-York, USAID, UNFPA, Volume I, 379p.

Arriaga E. et al. (1994), Population analysis with Microcomputers, New-York, USAID, UNFPA, Volume II, 406p.

Dackam N. (1989), Mesure de la mortalité maternelle appliquée au cas du Cameroun, in *Mternal Mortality Days*, Yaoundé (Centre de Reproduction Humaine, Centre Universitaire des science de la santé).

Direction Nationale de la Statistique (1987), Rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1983, Rép. de Guinée.

Direction Nationale de la Statistique (1993), Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé 1992, République de Guinée.

Ministère de la santé Publique (1997), Annuaire des statistiques sanitaires 1996, Rép. de Guinée

Ministère de la santé Publique (1996), Annuaire des statistiques sanitaires 1995, Rép. de Guinée.

Ministère de la santé Publique (1995), Annuaire des statistiques sanitaires 1994, Rép. de Guinée.