

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION



RAPPORT DÉFINITIF

MORTALITÉ

JUILLET 2025

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION



5^e RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT, 2023
(RGPH-5, 2023)
(Décret N° 2021-1198 du 20 Septembre 2021)

RAPPORT DEFINITIF

THEME V : MORTALITE

Juillet 2025



Directeur général, Directeur de publication : Dr. Abdou DIOUF

Directeur général adjoint	Dr. Momath CISSE
Directeur des Statistiques démographiques et sociales	Atoumane FALL
Directeur des Statistiques économique et de la Comptabilité nationales	Mamadou Ngalgou KANE
Directeur des Systèmes d'Information et de la Diffusion	Oumar FALL
Directeur de l'Administration générale et des Ressources humaines	Hawa SAMBA
Directeur p.i. de la Méthodologie, de la Coordination statistique et de l'Innovation	Fodé DIEME
Directeur de l'Ecole nationale de la Statistique et de l'Analyse économique (ENSAE, Pierre NDIAYE)	Idrissa DIAGNE
Agent Comptable (AC)	Papa Amadou Moustapha NIANG
Directeur à l'Action régionale	Dr. Jean Rodrigue MALOU
Coordonnateur de l'Unité de Mise en Œuvre du RGPH-5, 2023	Jean Pierre Diamane BAHOU

Coordination technique nationale

Dr. Abdou DIOUF	Directeur technique Comité technique de Conception et d'Exécution (CTCE)
Jean Pierre Diamane BAHOU	Coordonnateur technique national du RGPH-5, 2023
Papa Ibrahima Sylmang SENE	Conseiller technique du CTCE
Atoumane FALL	Coordinateur du Comité de veille et d'Assurance qualité
Ndeye Lala TRAVARE	Chef section conception, analyse et projections démographiques
Papa Mabeye DIOP	Chef section cartographie censitaire et opérations de terrain
Dr. Bourama MANE	Chef section Informatique, Traitement, Sécurisation bases de données
Awa DIOP	Chef section sensibilisation et communication
Aliou SEYE	Chef section ressources humaines
Dr. Jean Rodrigue MALOU	Chef section coordination des activités régionales
Babacar SEYE	Chef section finances et comptabilité
Penda AMAR	Chef section administration et logistique
Dr. El Hadji Malick GUEYE	Chef de section documentation, diffusion et archivage
Moussa NDOYE	Chef section contrôle de gestion
Fatou DIOUF	Chef section marché
El Hadji Amara DOUMBOUYA	Chef section audit interne
Seydou DIENG	Chef section régie d'avances

Comité de lecture et de validation

Dr. Abdou DIOUF	Direction technique
Jean Pierre Diamane BAHOU	Coordination technique
Papa Ibrahima Sylmang SENE	Conseiller technique
Mbaye FAYE	Membre
Dr. El Hadji Oumar SENHOR	Membre
Macoumba DIOUF	Membre
Alain François DIATTA	Membre
Awa DIOP	Membre
Ndeye Lala TRAVARE	Membre
Papa Mabeye DIOP	Membre
Dr. Jean Rodrigue MALOU	Membre
Dr. El Hadji Malick GUEYE	Membre
Fodé DIEDHIOU	Membre

Analystes du chapitre

Mamadou SIDIBE	Démographe (ANSD)
Ndiouma FAYE	Démographe (ANSD)



SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES GRAPHIQUES.....	IX
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	X
PRINCIPAUX INDICATEURS.....	XI
INTRODUCTION.....	13
V.1. DEFINITION DES CONCEPTS, EVALUATION DES DONNEES ET MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE.....	15
V.1.1. Définition des concepts et indicateurs.....	15
V.1.2. Evaluation de la qualité des données.....	17
V.1.3. Méthodologie d'analyse de la mortalité.....	35
V.2. NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITÉ.....	37
V.2.1. Taux brut de mortalité générale.....	37
V.2.2. Table de mortalité du pays	39
V.2.3. Espérance de vie à la naissance.....	40
V.2.4. Espérance de vie à partir de 5 ans	41
V.3. MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.....	42
V.3.1. Mortalité infantile.....	42
V.3.2. Mortalité juvénile.....	42
V.3.3. Mortalité infanto-juvénile.....	43
V.4. MORTALITÉ MATERNELLE	44
V.4.1. Mortalité maternelle et âge de la mère.....	44
V.4.2. Mortalité maternelle et milieu de résidence.....	44
V.4.3. Variation régionale de la mortalité maternelle.....	45
V.5. MORTALITÉ DES ADULTES.....	47
V.5.1. Niveau de mortalité des adultes.....	47
V.5.2. Taux de mortalité adulte.....	47
V.5.3. ANALYSE DE LA SURVIE DES ADULTES.....	51
V.6. ENREGISTREMENT DES DÉCÈS À L'ETAT CIVIL.....	53
V.6.1. Niveau d'enregistrement des décès selon le milieu de résidence...53	
V.6.2. Niveau d'enregistrement des décès à l'état civil par région.....53	
V.6.3. Niveau d'enregistrement selon l'âge au décès.....55	
V.7. ANALYSE DE LA SURVIE DES PARENTS DES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS...56	
CONCLUSION.....	58



LISTE DES TABLEAUX

Tableau V-1 : Répartition des décès d'âge déclarés et des décès d'âge non déclarés par sexe.....	18
Tableau V-2 : Répartition des décès de dates déclarées et des décès de dates non déclarées par sexe.....	19
Tableau V-3 : Calcul du taux brut de mortalité selon le sexe.....	19
Tableau V-4 : Comparaison des quotients de mortalité infantile et juvénile calculés avec des sources de données différentes.....	21
Tableau V-5 : Répartition des naissances des 12 derniers mois et des décès de moins d'un an selon le sexe.....	22
Tableau V-6 : Répartition des effectifs de naissances, de survivants et de décès des moins d'un an survenus au cours des 12 derniers par milieu de résidence.....	23
Tableau V-7 : Comparaison des décès infantiles enregistrés avec l'effectif de population de moins d'un an.....	23
Tableau V-8 : Proportions d'enfants décédés et nombre moyen d'enfants décédés par groupes d'âge des mères selon le milieu de résidence.....	24
Tableau V-9 : Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence.....	25
Tableau V-10 : Rapport de Masculinité (RM) des enfants nés vivants et des enfants survivants selon l'âge de la mère.....	26
Tableau V-11 : Evaluation des taux de non-réponse des variables sur la survie des parents.....	28
Tableau V-12 : Les composantes de la mortalité maternelle au Sénégal.....	29
Tableau V-13 : Le moment de survenance du décès maternel.....	30
Tableau V-14 : Population féminine et décès de femmes dans les 12 derniers mois.....	31
Tableau V-15 : Application de la méthode générale du solde d'accroissement pour évaluer la complétude de l'enregistrement des décès féminins.....	32
Tableau V-16 : Ecart par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Démeny.....	36
Tableau V-17 : Table de mortalité des deux sexes issues des données du RGPH-5 de 2023.....	40
Tableau V-18 : Espérance de vie à la naissance par région et par milieu de résidence selon le sexe.....	40
Tableau V-19 : Espérance de vie à partir de 5 ans par région et par milieu de résidence selon le sexe.....	41
Tableau V-20 : Quotients de mortalité infantile par région et par milieu de résidence selon le sexe.....	42
Tableau V-21 : Quotients de mortalité juvénile par région et par milieu de résidence selon le sexe.....	43
Tableau V-23 : Rapport de mortalité maternelle et de mortalité liée à la grossesse par groupe d'âges des mères.....	44
Tableau V-24 : Mortalité maternelle par milieu de résidence selon le moment.....	45
Tableau V-25 : Mortalité maternelle par région.....	45
Tableau V-26 : Rapport de mortalité maternelle (RMM) selon d'autres sources.....	46
Tableau V-27 : Espérance de vie des adultes (à partir de 15 ans) par groupe d'âge selon le sexe.....	50
Tableau V-28 : Espérance de vie des adultes (à partir de 15 ans) par groupe d'âge selon le sexe.....	51
Tableau V-29 : Taux de survie (%) des adultes de 15-60 ans par groupe d'âge selon le sexe.....	52
Tableau V-30 : Taux de survie (%) des adultes de 15-60 ans par région et par milieu de résidence selon le sexe.....	52
Tableau V-31 : Répartition des décès par région et par milieu de résidence selon le sexe et le statut de déclaration à l'état civil.....	54
Tableau V-32 : Répartition en pourcentage des décès par âge au décès selon le statut de déclaration à l'état civil en 2023.....	55
Tableau V-33 : Répartition des moins de 18 ans par âge, sexe, région et milieu de résidence selon l'état de survie des parents.....	57



LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique V-1 : Variation des taux de mortalité par groupe d'âge selon le sexe.....	20
Graphique V-2 : Courbe des rapports de masculinité du nombre de décès par âge.....	21
Graphique V-3 : Proportion d'enfants décédés par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence.....	24
Graphique V-4 : Nombre moyen d'enfants décédés par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence.....	24
Graphique V-5 : Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants selon le groupe d'âges des mères.....	25
Graphique V-6 : Rapport de masculinité des enfants nés vivants et survivants selon le groupe d'âges des mères.....	26
Graphique V-7 : Proportion de la population de 15 ans ou plus dont les parents biologiques (père et mère) sont encore en vie par groupe d'âge (%).....	28
Graphique V-8 : Représentation graphique de l'application de la méthode générale du solde d'accroissement avec les données sur les femmes.....	33
Graphique V-9 : Proportion des décès maternels et taux de fécondité par groupe d'âge.....	34
Graphique V-10 : Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âges des mères.....	34
Graphique V-11 : Taux brut de mortalité générale par milieu de résidence selon le sexe.....	37
Graphique V-12 : Taux comparatifs de mortalité générale par milieu de résidence.....	38
Graphique V-13 : Taux brut de mortalité générale par région selon le sexe.....	38
Graphique V-14 : Taux comparatifs de mortalité générale par la région.....	39
Graphique V-15 : Rapport de mortalité maternelle par région.....	46
Graphique V-16 : Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse.....	47
Graphique V-17 : Taux de mortalité adulte par milieu de résidence selon le sexe.....	48
Graphique V-18 : Taux comparatif de mortalité adulte par milieu de résidence selon le sexe....	48
Graphique V-19 : Taux de mortalité adulte par région selon le sexe.....	49
Graphique V-20 : Taux comparatif de mortalité adulte par région selon le sexe.....	50
Graphique V-21 : Répartition de la déclaration de décès à l'Etat Civil par milieu de résidence selon le statut.....	53
Graphique V-22: Répartition de la déclaration des décès à l'Etat Civil par région selon le statut..	54



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

L'étude du niveau de mortalité générale indique un taux brut de 5,6‰ à l'échelle nationale. Ce taux est plus élevé en milieu rural (6,0‰) qu'en milieu urbain (5,2‰). La mortalité infantile quant à elle se situe à 33,9‰ avec une légère surmortalité masculine (35,3‰ contre 32,4‰). De façon globale, au Sénégal, sur 1000 enfants nés vivants, 48 n'atteignent pas leur premier anniversaire et 66 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

Dans l'ensemble, la mortalité maternelle reste toujours à un niveau élevé au Sénégal, malgré la dynamique de baisse observée depuis plusieurs années. Le rapport de mortalité maternelle est de 236 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 239 décès en milieu urbain contre 234 décès en milieu rural pour 100 000 naissances vivantes. Au niveau régional, ce ratio est plus élevé dans la région de Kédougou avec 377 décès pour 100 000 naissances vivantes. Par contre, il est plus faible dans la région de Fatick avec 153 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les décès maternels touchent plus les femmes âgées de 45-49 ans, avec 424 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux mortalité maternelle est évalué à 26 décès maternels pour 100 000 femmes de 15-49 ans. Il est plus élevé en milieu rural (33) qu'en milieu urbain (21). Au niveau régional, il est plus élevé dans la région de Kédougou avec 59 décès maternels pour 100 000 femmes de 15-49 ans. Toutefois, il est plus faible dans les régions de Thiès et Dakar avec respectivement 16 et 17 décès maternels pour 100 000 femmes de 15-49 ans.

Les résultats de l'analyse de la mortalité montrent une espérance de vie à la naissance de 68,9 ans au niveau national. Elle est plus élevée chez les filles que chez les garçons (70,0 ans contre 67,7 ans). Par ailleurs, quel que soit le milieu de résidence, l'espérance de vie à la naissance des filles est supérieure à celle des garçons, notamment en milieu urbain avec 71,4 ans contre 68,8 ans. La même situation est observée dans le milieu rural avec 68,5 ans pour les filles contre 66,6 ans pour les garçons.

Au niveau régional, l'espérance de vie à la naissance est plus élevée à Dakar (72,0 ans) et à Thiès (71,3 ans). En revanche, elle est relativement moins élevée dans les régions de Sédhiou (62,9 ans), Kolda (62,7 ans), Ziguinchor (62,8 ans) et Kédougou (63,8 ans), avec des niveaux inférieurs à la valeur nationale (68,9 ans).

L'espérance de vie des adultes (15 ans et plus) évaluée à 53,2 ans, est plus élevée chez les femmes (54,6 ans). De plus, les adultes vivent plus longtemps dans les régions de Dakar (55,1 ans), Thiès (55 ans), Louga (54,7 ans), Diourbel (54,1 ans) et dans le milieu urbain (54,1 ans). Les taux de survie des adultes de 15-60 ans sont plus accentués pour les personnes qui ont atteint un âge supérieur, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ils sont plus élevés dans les régions de Dakar (81,1 %), Thiès (80,8%), Louga (80,3%), Diourbel (79,1 %) et dans le milieu urbain (79,1 %). Par ailleurs, dans toutes les régions, en milieu urbain comme dans la zone rurale, les femmes se distinguent par les meilleurs taux de survie.

Il ressort des résultats du RGPH-5 une non déclaration des décès, constituée de 16,2% de cas de décès dont la déclaration est inconnue (ne sait pas) et 38,1% de décès non déclarés à l'état civil. La différence est nette entre les milieux urbain et rural, avec respectivement 18,9% et 57,1% des décès non déclarés à l'état civil. Les décès masculins (47,4%) sont mieux déclarés que ceux féminins (43,7%). A l'échelle régionale, les non déclarations sont plus fréquentes dans les régions de Kolda (64,4%), Sédhiou (62,9%), Kaffrine (59,0%) et Matam (56,1%).



PRINCIPAUX INDICATEURS

Intitulé de l'indicateur	Niveau de l'indicateur		
	Urbain	Rural	National
Mortalité			
Taux brut de mortalité (‰)			
Ensemble	5,2	6	5,6
Homme	5,6	6,3	5,9
Femme	4,9	5,8	5,3
Espérance de vie à la naissance			
Ensemble	70,1	67,6	68,9
Homme	68,8	66,6	67,7
Femme	71,4	68,5	70
Espérance de vie à partir de 5 ans			
Ensemble	72,3	70,3	71,3
Homme	71,1	69,3	70,2
Femme	73,6	71,2	72,4
Espérance de vie à partir de 15 ans			
Ensemble	54,1	52,4	53,2
Homme	52,6	51,1	51,9
Femme	55,6	53,6	54,6
Quotient de mortalité infantile (‰)			
Ensemble	44,1	52,7	48,3
Garçon	45,5	54	49,7
Fille	42,6	51,4	46,9
Quotient de mortalité juvénile (‰)			
Ensemble	15,7	21,2	18,3
Garçon	14,8	19,3	17
Fille	16,7	23,2	19,8
Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)			
Ensemble	64,3	79,8	66,7
Garçon	64,9	79,1	66,6
Fille	63,6	80,5	66,7
Taux de mortalité infantile	28,1	39	33,9
Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)			
Femmes de 15-49 ans	239	234	236
Rapport de mortalité liée à la grossesse (pour 100 000 naissances vivantes)			
Femmes de 15-49 ans	242	239	241
Taux de mortalité maternelle (pour 1 000 femmes en âge de reproduction (âgées de 15-49 ans)			
Femmes de 15-49 ans	20,7	32,6	25,6
Taux de survie (%) des adultes de 15-60 ans			
Adultes de 15-60 ans	79,1	75,6	77,4
Proportion de décès déclarés à l'état civil (%)			
Ensemble	67,6	24,0	45,7
Homme	68,3	26,3	47,4
Femme	66,7	21,3	43,7
Taux de mortalité par suicide	3,4	9,3	5,9
Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes	321	290	610

INTRODUCTION

L'étude de la mortalité contribue à l'atteinte du troisième objectif du 5^{ème} Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5), qui vise à « *déterminer les différents niveaux et tendances de la fécondité, de la mortalité et de la migration, ainsi que l'accroissement naturel et global de la population* ». Dans ce chapitre, il est question de l'analyse des dynamiques de la population en rapport avec la mortalité, dont la connaissance des évidences est d'une importance capitale, surtout dans les pays en développement où l'ampleur du phénomène reste encore préoccupante.

En effet, une meilleure connaissance de la mortalité permet d'évaluer la structure par âge et par sexe de la population, sa composition et son taux de croissance. La mortalité influe sur la disponibilité de main-d'œuvre, les coûts des soins de santé et des régimes de retraite, ainsi que sur les politiques fiscales et les dépenses publiques. La maîtrise des tendances de la mortalité est très utile et facilite une meilleure planification économique à long terme des politiques, programmes et projets de développement pour le bien-être des populations. Par ailleurs, les compagnies d'assurance et les institutions financières utilisent les données sur la mortalité pour évaluer les risques et déterminer les primes d'assurance-vie, les rentes viagères et d'autres produits financiers. Une bonne compréhension de la mortalité leur permet aussi de gérer plus efficacement leurs portefeuilles et de fixer des tarifs appropriés.

Au niveau international, les données sur la mortalité permettent de répondre aux besoins d'information exprimés à travers les agendas internationaux pour le renseignement des indicateurs nécessaires dans la mise en œuvre de plusieurs programmes économique et social. En effet, dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles entre autres, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) utilise des données sur la mortalité. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), s'appuie également en partie sur des données de mortalité pour suivre le développement humain et évaluer les progrès réalisés dans la poursuite des Objectifs de Développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3, qui vise à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tout âge. Dans cette dynamique et à titre illustratif, l'Institut de Statistique de l'UNESCO (ISU), se réfère aussi aux informations sur la mortalité pour analyser les progrès en matière d'éducation et de développement humain.

Au niveau national, les données sur la mortalité recueillies lors du RGPH-5 permettent de respecter certains engagements nationaux. Elles sont utilisées pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sectoriels, tels que le Programme national de Développement sanitaire et social (PNDSS), le Programme national de Santé de la Reproduction (PNSR), le Programme élargi de Vaccination (PEV), le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP), le Programme de Santé maternelle et infantile (PSMI), entre autres. Il ressort à travers le PNDSS, que le niveau de mortalité maternelle demeure élevé et que la cible au niveau du pays, fixée à 200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes n'a pas été atteint. Par conséquent, la mesure de la mortalité maternelle reste importante pour évaluer la santé maternelle et suivre l'agenda national y relatif.

Le RGPH-5 a l'avantage comparativement aux recensements antérieurs et aux enquêtes intercensitaires, d'avoir élargi la couverture en collectant plus d'informations sur les décès. En effet, des données ont été collectées sur les causes déclarées des décès. Cela permet ainsi d'améliorer la couverture des décès survenus et de dégager des pistes de réflexion à explorer et à affiner pour déterminer les causes avérées des décès. Ces plus-values apportées par le RGPH-5 par rapport aux anciens recensements, témoignent de la richesse des informations collectées, qui offrent des potentialités d'analyse prometteuses sur la thématique relative à la mortalité.

Ainsi, pour parvenir à l'atteinte de cet objectif, un certain nombre d'indicateurs sont produits. Il s'agit notamment du taux brut de mortalité, du taux de mortalité infantile, du taux de mortalité juvénile, du taux de mortalité infanto-juvénile, de l'espérance de vie à la naissance, de l'espérance de vie à 5 ans selon l'âge et le sexe, du taux de mortalité maternelle et de la proportion des

décès déclarés à l'état civil. Dans la démarche, une approche mixte combinant deux types de méthodes (directe et indirecte) est utilisée pour le calcul des indicateurs susmentionnés.

Ce chapitre est structuré en sept (7) parties. La première expose la méthodologie utilisée, qui fait ressortir la définition des concepts et des indicateurs, ainsi que les méthodes d'analyse et d'évaluation de la qualité des données retenues. La deuxième partie présente le niveau et la structure de la mortalité. La troisième, quatrième et cinquième traitent respectivement de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, de la mortalité maternelle et de la mortalité des adultes. Les deux autres parties traitent de l'enregistrement des décès à l'Etat civil et de l'analyse de la survie des enfants de moins de 18 ans.



V.1. DÉFINITION DES CONCEPTS, EVALUATION DES DONNEES ET METHODOLOGIE D'ANALYSE

V.1.1. Définition des concepts et indicateurs

Décès : c'est la disparition permanente de tout signe de vie à un moment donné postérieur à la naissance vivante, c'est-à-dire la cessation des fonctions vitales après la naissance, sans possibilité de retour à la vie (Gendreau, 1993).

Mortalité : elle désigne l'action de la mort sur les populations. C'est un phénomène démographique qui étudie la survenance des décès dans une population. Il se traduit par des événements appelés décès (Gendreau, 1993).

Taux brut de mortalité : cet indicateur décrit la mortalité dans la population générale sans référence particulière à un sous-groupe. Il est calculé en rapportant les décès enregistrés dans la population pendant une période donnée (généralement une année) à l'effectif moyenne de cette population. Pour éviter de manipuler des fractions décimales, le taux de mortalité est généralement calculé pour 1.000.

$$\text{TBM} = \frac{\text{Nb de décès enregistrés dans la population au cours d'une période}}{\text{effectif totale moyenne de la population pendant la période}} \times 1000$$

Population moyenne : Il s'agit de la population en milieu de période qui est la somme de la population en début de période et celle en fin de période divisée par deux.

Effet d'âge : il traduit la variation liée à l'âge de la probabilité de subir un événement particulier (mariage, naissance pour une femme, décès, etc.). *Exemple* : le risque (probabilité) de décéder se modifie avec l'âge, il n'est pas le même à 15 ans et à 70 ans.

Effet de structure : il traduit l'intervention de la structure d'une population en tant que facteur influant sur les manifestations d'un phénomène durant une période donnée. L'effet de structure peut traduire aussi la perturbation qu'introduisent, lors d'une comparaison de deux phénomènes démographiques, des structures différenciées (structure par sexe, par âge, par état matrimonial, etc.).

Taux comparatif : il permet d'analyser les différences de niveau d'un phénomène dans deux populations à partir des taux bruts. Pour pouvoir faire cette comparaison, deux méthodes sont utilisées : la méthode de la population-type et celle du phénomène-type. Dans le cadre de cette analyse de la mortalité, c'est la méthode de la population-type qui est utilisée. A partir de cette méthode, le taux comparatif est calculé en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

Mortalité infantile : c'est la mortalité des enfants âgés de moins de 1 an, c'est-à-dire ceux qui décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité infantile. Ces derniers mesurent la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire.

Mortalité juvénile : c'est la mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans révolus. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité juvénile qui représentent la probabilité de décéder entre le premier et le quatrième anniversaire. Il s'obtient en rapportant les décès survenus entre 1 et 4 ans à l'effectif de la population survivante à 1 an.

Mortalité infanto-juvénile : c'est la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité infanto-juvénile, qui représentent la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire. Il s'obtient en rapportant les décès entre 0 et 5 ans à l'effectif de la population de 0 an.



Par ailleurs, étant donné que le recensement ne permet pas de disposer des effectifs aux différents anniversaires successifs, il est impossible de calculer les quotients de façon directe. Ainsi, les quotients présentés dans ce rapport ont été obtenus par déduction à partir des taux de mortalité.

$$nqx = \frac{2 \times a \times t(x, x + a)}{2 + a \times t(x, x + a)}$$

nqx = quotient de mortalité à l'âge x ;

a = amplitude de la classe d'âge x $x+a$;

$t(x, x+a)$ = taux de mortalité du groupe d'âge x $x+a$.

Mortalité maternelle : elle se définit par « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (OMS, 1993). Les décès maternels se répartissent en deux groupes : décès par cause obstétricale directe et décès par cause obstétricale indirecte.

Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse, sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Rapport de mortalité maternel (RMM) : il mesure le risque de décès maternel chez les femmes enceintes ou chez celles l'ayant été récemment. Cet indicateur s'obtient en rapportant le nombre de décès maternels au cours d'une période au nombre de naissances vivantes au cours de la même période. Le RMM est habituellement multiplié par un facteur de 100 000.

$$RMM = \frac{d(x, x + a)}{n(x, x + a)} \times 100000$$

$d(x, x+a)$ = le nombre de décès maternels au cours de la période x $x+a$

$n(x, x+a)$ = le nombre de naissances vivantes au cours de la même période x $x+a$

Rapport de Mortalité liée à la Grossesse (RMG) : il mesure le risque de décès lié à la grossesse. Cet indicateur s'obtient en rapportant le nombre de décès liés à la grossesse au cours d'une période au nombre de naissances vivantes au cours de la même période. Le RMG est habituellement multiplié par un facteur de 100 000.

Taux de mortalité maternelle (TMM) : il mesure le risque de décès chez les femmes âgées de 15-49 ans. Cet indicateur s'obtient en rapportant le nombre de décès maternels au cours d'une période au nombre de femmes de 15-49 ans au cours de la même période.

Le TMM est habituellement multiplié par un facteur de 1000 :

$$TMM = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de femmes de 15-49 ans}} * 1,000$$

$$RMM = \frac{\text{TMM}}{\text{Taux de fécondité général}}$$



Mortalité adulte : La mortalité adulte est en général définie comme la mortalité des personnes âgées de 15 ans ou plus. Cependant, dans certains contextes, elle se réfère plus particulièrement à la mortalité entre les âges de 15 et 60 ans et ne concerne pas la mortalité aux âges élevés, c'est-à-dire la mortalité des personnes âgées de 60 ans ou plus. La probabilité qu'une personne décède entre son 15e et son 60e anniversaire (notée ${}_{45}q_{15}$ dans la table de mortalité), est devenue l'indicateur usuel de la mortalité adulte définie dans ce sens restrictif. Dans le cadre de cette étude, la mortalité adulte se réfère au nombre de décès survenus au sein de la population âgée de 15 ans et plus et celle de 15-60 ans. Cette dernière s'obtient à partir de la formule suivante :

$${}_{45}q_{15} = (l_{15} - l_{60}) / l_{15}$$

Espérance de vie à la naissance : c'est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né espère vivre, si les taux de mortalité observés au moment de sa naissance restent les mêmes tout au long de sa vie. Elle correspond à l'âge moyen au décès dès la naissance.

De la même façon, l'espérance de vie peut être définie pour un âge x donné. C'est la moyenne des âges au décès des personnes encore survivantes à l'âge x , pour une génération fictive.

Espérance de vie à 5 ans : pour $x=5$ ans, l'espérance de vie renvoie au nombre moyen d'années qu'un enfant âgé de 5 ans espère vivre si les taux de mortalité du moment restent les mêmes tout au long de sa vie.

Table de mortalité : elle désigne, à proprement parler, la série des quotients de mortalité observés aux différents âges dans un certain ensemble d'individus. Il peut aussi s'agir d'une collection de tables relatives à un même ensemble d'individus, chacune d'elles décrivant la mortalité de cet ensemble sous une forme particulière, correspondant à une certaine fonction des tables de mortalité. Les tables de mortalité permettent de construire des tables types de mortalité et de dégager des indices de niveau de mortalité aux différents âges dans une génération en fonction des données globales ou fragmentaires. L'élaboration d'une table de mortalité nécessite des informations sur les âges, les décès, les quotients et les survivants au sein d'une population donnée.

Etat civil : il se réfère à l'ensemble des actes et des registres relatifs à la naissance, au mariage, au divorce, à la filiation, à l'adoption et au décès des individus. Ces actes et registres sont tenus par les autorités compétentes, généralement les officiers d'état civil, et servent de preuves légales de l'existence et de la situation juridique des personnes. L'état civil est essentiel pour l'établissement de l'identité légale des individus et pour l'exercice de nombreux droits civils et sociaux.

V.1.2. Evaluation de la qualité des données

Cette section traite de l'évaluation de la qualité des données et de la définition du schéma de mortalité. Dans le cadre du 5^{ème} Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) de 2023, le questionnaire administré aux ménages ordinaires a permis de recueillir trois types d'informations relatives à la mortalité. Il s'agit :

- du nombre de décès survenus dans le ménage au cours des 12 derniers mois précédant le passage de l'agent recenseur, c'est-à-dire entre mai 2022 et juin 2023 répartis par âge et par sexe ;
- de la survie des enfants, notamment le nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants pour chacune des femmes âgées de dix (10) ans ou plus ;
- et enfin de la survie du père et de la mère pour chaque personne résidente recensée.

Cependant, il faut préciser que les questions relatives aux décès survenus au cours des 12 derniers mois n'ont pas été posées aux ménages collectifs.



Les données recueillies à partir des réponses à ces questions permettent de calculer les indices de mortalité. Toutefois, elles sont souvent sujettes à des erreurs liées entre autres au cadrage de la période de référence, notamment celle relative aux décès des 12 derniers mois. En effet, dans les pays à statistiques déficientes, l'étude de la mortalité bute souvent sur un problème d'exhaustivité, d'exactitude et de qualité des informations recueillies sur le terrain relatif à :

- une omission parfois très importante des décès surtout des enfants de moins de 5 ans ;
- une mauvaise déclaration de l'âge au décès ;
- une prise en compte à tort dans les déclarations des enquêtés des décès survenus hors de l'intervalle de temps des 12 mois précédant le dénombrement ou l'inverse, c'est-à-dire la non prise en compte (oubli) à tort des décès de cet intervalle considéré comme ne faisant pas partie de la période antérieure, communément appelé « effet de télescopage » (négatif pour le premier cas et positif pour le second).

Ainsi, les indicateurs de mortalité obtenus de manière directe ne sont pas toujours fiables. C'est la raison pour laquelle l'analyse commence toujours par une évaluation de la qualité des données observées, avant de calculer les indicateurs classiques de la mortalité générale, ceux relatifs à la mortalité des enfants et à celle des adultes.

L'évaluation de la qualité des données vise à apprécier l'ampleur des omissions de décès, la mauvaise déclaration de l'âge au décès, ainsi que leur impact sur le niveau et la structure de la mortalité. Les résultats de l'évaluation de la qualité des données déterminent la nécessité ou pas de recourir aux méthodes d'estimation indirecte de la mortalité.

V.1.2.1. Evaluation des données sur la mortalité générale

V.1.2.1.1. Décès d'âge non déclaré

L'âge au décès est un indicateur important qui permet d'apprécier la santé de la population. En effet, son analyse peut permettre aux autorités en charge de la santé publique d'identifier les groupes d'âge les plus vulnérables et les facteurs de risque associés à leurs décès. Les données sur l'âge au décès sont essentielles pour suivre les tendances démographiques sur la survie des populations. Elles permettent de cerner comment l'âge au décès est réparti dans une population donnée pour une meilleure planification des politiques de santé, des programmes sociaux et des services publics dédiés au bien être des personnes. Le **Tableau V-1** donne l'information sur la déclaration de l'âge au décès pour les 85 153 décès recensés en 2023.

Tableau V-1 : Répartition des décès d'âge déclarés et des décès d'âge non déclarés par sexe

Sexe	Décès d'âge déclarés	Décès d'âge non déclarés	
		Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	45 688	0	0
Féminin	39 465	0	0
Ensemble	85 153	0	0

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.1.2.1.2. Décès avec date non déclarée

L'examen de la déclaration de l'âge au décès montre que l'information relative à la date de décès (mois) n'a pas été collectée pour l'ensemble des 85 153 décès recensés. En effet, 5754 décès enregistrés (6,8%) ne disposent pas d'informations relatives au mois de décès. Cette situation est presque la même aussi bien chez les hommes (6,6%) que chez les femmes (6,9%).

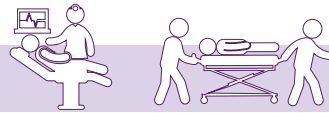


Tableau V-2 : Répartition des décès de dates déclarées et des décès de dates non déclarées par sexe

Sexe	Total décès déclarés	Décès avec dates (mois en) déclarée	Décès avec dates (en mois) non déclarées	
			Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	45 688	42 668	3 021	6,6
Féminin	39 465	36 731	2 734	6,9
Ensemble	85 153	79 399	5 754	6,8

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.1.2.1.3. Examen de la structure des décès des douze (12) derniers mois

- **Calcul du taux brut de mortalité**

Le nombre total de décès dénombrés au cours des douze (12) derniers mois s'élève à 85 153 décès. Les résultats définitifs du 5e Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) donnent un effectif total de 17 683 038 personnes résidant dans les ménages ordinaires, constitués de 8 799 436 d'hommes et 8 883 603 de femmes. La population moyenne calculée est estimée à 17 451 308¹ individus, soit un taux brut de mortalité de 4,9‰, représentant environ 5 décès pour 1000 habitants. Le taux de mortalité varie selon le sexe et il est plus élevé chez les hommes (5,3‰) que chez les femmes (4,5‰).

Tableau V-3 : Calcul du taux brut de mortalité selon le sexe

Indicateurs	Masculin	Féminin	Ensemble
Effectif total des décès	45 688	39 465	85 153
Effectif total de la population en début de période	8 799 436	8 883 603	17 683 038
Effectif total de la population en fin de période	8 555 987	8 663 618	17 219 605
Effectif total de la population moyenne calculée	8 677 704	8 773 604	17 451 308
Taux Brut de Mortalité (‰)	5,3	4,5	4,9²

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Ces taux brut mortalité susmentionnés ne reflèteraient pas le niveau de développement économique et de couverture sanitaire atteint par le Sénégal. En effet, la comparaison du taux brut de mortalité du RGPH-5 de 2023 (4,9‰) avec celui issu du RGPHAE de 2013 estimé à 6,5 pour mille, laisse apparaître que la mortalité générale a baissé de 1,6 point entre ces deux dates (2013 et 2023). Ce repli d'environ 32,7% en 10 ans, mérite d'être examiné en profondeur.

Par ailleurs, le faible niveau du taux brut de mortalité (TBM) (4,9‰) obtenu, comparativement aux pays en développement où les taux dépassent généralement 10‰, pourrait présager une certaine sous-déclaration des décès.

- **Rapprochement des taux démographiques**

La comparaison du niveau du taux brut de mortalité calculé à partir des décès survenus au cours des douze (12) derniers mois, avec ceux du taux brut de natalité, du taux d'accroissement intercensitaire 2013-2023 et du solde migratoire, permet d'avoir une idée beaucoup plus précise. En effet, le RGPH-5 de 2023 a fourni un nombre total de naissances vivantes survenues au cours des douze (12) derniers mois, qui s'élèvent à 541 473 enfants nés vivants.

¹ Cette population a été obtenue en faisant la moyenne entre la population en début de période et celle en fin de période des ménages ordinaires.

² Valeur non ajustée du taux brut de mortalité



Le rapport entre ces naissances et la population moyenne calculée donne un taux brut de natalité de 27,9 pour mille, soit un taux d'accroissement naturel de 2,3% par an, tandis que le taux d'accroissement intercensitaire (2013-2023) est estimé à 2,9%. Il en ressort un écart de 0,6% plus ou moins important entre le taux d'accroissement naturel et le taux d'accroissement intercensitaire.

De plus, le rapprochement entre les deux taux d'accroissement intercensitaire de 2002-2013 et 2013-2023, met en évidence une différence de 0,23% due à une baisse du taux d'accroissement naturel de (-0,72%) et à une légère hausse du taux net de migration de (+0,08%). (Cf. Chapitre: « *Etat et Structure, Urbanisation et Caractéristiques socioculturelles de la population* »).

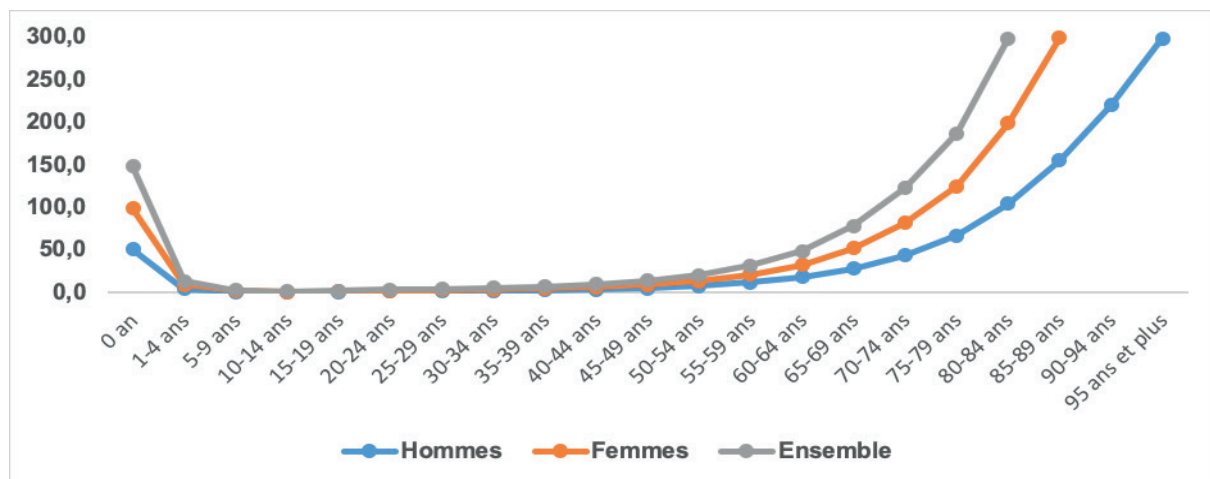
Par conséquent, cette situation ne pourrait s'expliquer que par une émigration de la population sénégalaise assez soutenue ou par une sous-estimation du niveau de la mortalité générale. Toutefois, cet indice d'émigration ne suffit pas à lui seul pour expliquer cette différence importante entre le taux d'accroissement naturel et le taux d'accroissement intercensitaire. En effet, il est très probable que les déclarations de décès survenus au cours des douze (12) derniers mois soient sous-estimées. Le taux brut de mortalité étant un indicateur très sensible à la structure par âge et sexe, pour affiner l'analyse, il convient d'examiner la structure par âge et sexe de la mortalité générale.

V.1.2.2. Examen de la structure par âge selon le sexe de la mortalité générale

V.1.2.2.1. Taux de mortalité par âge

Le taux de mortalité par groupe d'âge est une autre forme de taux spécifique de mortalité. Selon Pressat (1985), c'est un instrument d'analyse plus précis que le taux brut de mortalité dans la mesure où il offre une vision fine de la mortalité liée à l'âge. La mortalité est généralement plus élevée chez les personnes âgées et chez celles d'un jeune âge. En effet, l'allure de la courbe de mortalité construite à partir des taux de mortalité par groupe d'âge, montre une évolution normale en forme de U indiquant une baisse régulière de la mortalité jusqu'à l'âge de cinq ans, suivie d'une quasi constance des niveaux de mortalité entre 15 et 55 ans, puis une remontée aux âges adultes, quel que soit le sexe.

Graphique V-1 : Variation des taux de mortalité par groupe d'âge selon le sexe



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Il ressort de la comparaison entre les quotients de mortalité infantile et juvénile calculés à partir des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois et ceux issus d'autres sources de données démographiques différentes du RGPH-5, que les niveaux de mortalité infantile et juvénile varient d'une opération à une autre. Cependant, les résultats de la mesure de la mortalité des enfants à partir des déclarations de décès des 12 derniers mois mettent en



évidence une couverture des décès infantile et juvénile issus du RGPH-5 plus exhaustive que celle des deux dernières enquêtes démographiques (2017 et 2023).

Tableau V-4 : Comparaison des quotients de mortalité infantile et juvénile calculés avec des sources de données différentes

Quotient	EDS, 2005	EDS-MICS, 2010-11	RGPHAE, 2013	EDS, 2017	EDS, 2023	RGPH-5, 2023
1Q ₀	61	47	53	42	31	48,3
4Q ₁	64	26	27,2	15	9	18,3

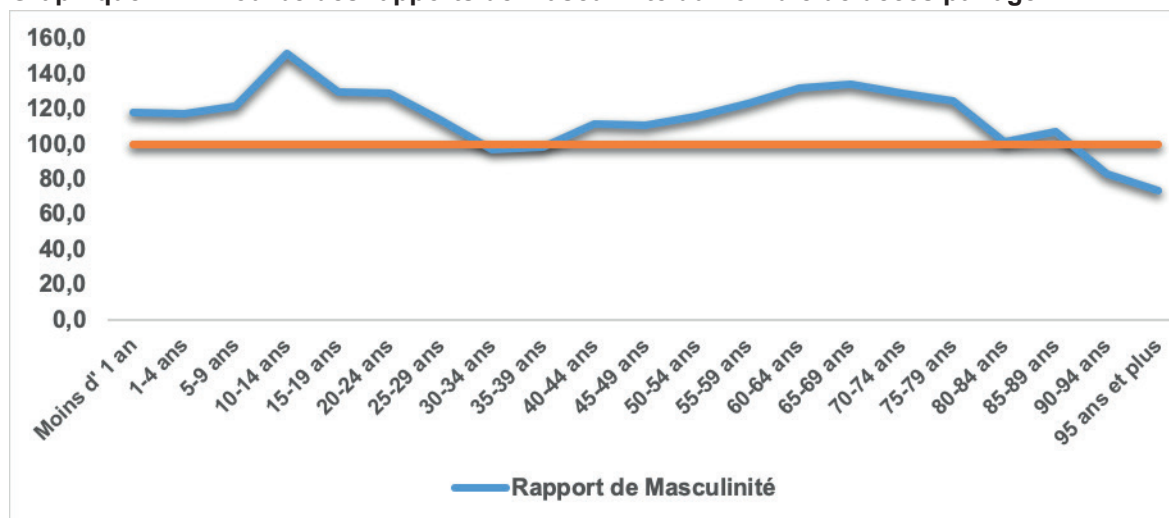
Source : ANSD. EDS, 2005; EDS-MICS, 2010-11; RGPHAE, 2013; EDS, 2017 et 2023; RGPH-5, 2023.

L'examen du rapport de masculinité des décès par âge observés au cours des 12 derniers mois, permet aussi d'apprécier la complétude et le niveau de la mortalité au sein de la population en fonction du sexe.

V.1.2.2.1. Rapport de masculinité du nombre de décès par âge

L'évaluation du rapport de masculinité du nombre de décès par âge montre qu'il existe des variations du niveau de mortalité par sexe selon le groupe d'âge. En effet, à l'exception des groupes d'âges 30-34 ans ; 35-39 ans (mortalité maternelle) et 90 ans ou plus, où il est noté une surmortalité féminine, le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le groupe d'âge. Par contre, il faut rappeler que ce rapport de masculinité inférieur à 100 pour ces groupes d'âges susmentionnés pourrait résulter des omissions ou d'une mauvaise déclaration des âges qui entraînerait des transferts d'effectifs.

Graphique V-2 : Courbe des rapports de masculinité du nombre de décès par âge



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.1.2.3. Examen du gain annuel moyen d'espérance de vie entre 2013 et 2023

Les niveaux de mortalité observés à partir des déclarations de décès des 12 derniers mois, sont mis en évidence par l'évaluation de la structure des décès du moment et l'examen de la structure par âge et par sexe de la mortalité générale. Par ailleurs, ils sont confirmés par les niveaux observés de l'espérance de vie à la naissance. En effet, à l'échelle nationale il apparait à travers la table brute de mortalité générée, obtenue avec les données brutes du recensement que l'espérance de vie à la naissance est de 66,4 ans pour le sexe masculin et 68,5 ans pour le sexe féminin. Ainsi, elle met en évidence une surmortalité masculine avec un écart de 2,1 ans en 2023.



De plus, le gain total d'espérance de vie observé entre 2013 et 2023 s'élèverait à 3,8 ans ; soit un gain annuel moyen de 0,4 an. Or, le record mondial en gain annuel d'espérance de vie à la naissance est de 1,5 an. Par ailleurs, le gain annuel moyen mondialement observé tourne au tour de 0,5 an. Ainsi, ce gain de vie de 0,4 an issu du RGPH-5 suggère une déclaration des décès des 12 derniers mois relativement correcte et proche de la réalité, aussi bien pour la mortalité des adultes que celle des enfants.

Toutefois, une comparaison des effectifs de décès infantiles issus des naissances survenues au cours des 12 derniers mois avec les décès d'enfants de moins d'un an observés au cours de la même période, permet de mieux apprécier le niveau de la mortalité infantile.

V.1.2.4. Evaluation des données sur la mortalité des enfants

V.1.2.4.1. Qualité des données sur le nombre d'enfants de moins d'un an décédés au cours des 12 derniers mois

L'effectif des décès infantiles des 12 derniers mois permet de calculer le taux de mortalité infantile (obtenu en rapportant les décès de moins d'un an aux naissances vivantes de la période). Ainsi, il ressort de l'analyse du tableau **tableau V-5** que le taux de mortalité infantile (chez les enfants de moins de 1 an) est de 33,9‰. Ce taux issu du RGPH-5 (33,9‰) est très proche du niveau de mortalité infantile enregistré par la dernière EDS réalisée au Sénégal en 2023 (31 ‰). Il est plus élevé chez les garçons (35,3‰) que chez les filles (32,4‰).

Tableau V-5 : Répartition des naissances des 12 derniers mois et des décès de moins d'un an selon le sexe

Indicateurs	Masculin	Féminin	Ensemble
Décès de moins d'un an	8 960	7 558	16 518
Naissances vivantes 12 derniers mois	253 954	233 153	487 107
TMI (en ‰)	35,3	32,4	33,9

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.1.2.4.2. Examen de concordance des naissances des 12 derniers mois et des décès de moins d'un an avec les effectifs de population de ce groupe d'âge

La date de référence du RGPH-5 correspond au 4 juin 2023. Par conséquent, les décès infantiles observés au cours des 12 derniers mois ayant précédé le dénombrement général de la population proviennent de deux générations. La première génération concerne les enfants nés entre le 4 juin 2021 et le 3 juin 2022, alors que la deuxième génération est constituée des enfants nés entre le 4 juin 2022 et le 3 juin 2023.

Les décès infantiles issus de cette seconde génération peuvent être identifiés à travers les informations recueillies sur les naissances vivantes et les survivants des 12 derniers mois. En effet, la soustraction des effectifs des survivants (issus des naissances des 12 derniers mois) de ceux des enfants nés vivants (naissances survenues au cours des 12 derniers mois), permet d'obtenir l'effectif total des décès infantiles issus de la seconde génération.

Une comparaison des effectifs de décès infantiles issus des naissances survenues au cours des 12 derniers mois aux décès d'enfants de moins d'un an observés au cours de la même période permet d'apprécier le degré de sous-estimation du niveau de la mortalité infantile. De plus, les décès d'enfants âgés de moins d'un an enregistrés au cours des 12 derniers mois, devraient être supérieurs à ceux issus des naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois.

Ainsi, les résultats du **Tableau V-6** montrent que les décès d'enfants âgés de moins d'un an observés au cours des 12 derniers mois sont supérieurs à l'effectif des décès calculés à partir



des naissances survenues durant les 12 derniers mois, au niveau national et quel que soit le milieu de résidence. A cet effet, il n'y aurait pas une sous-déclaration des décès des moins d'un an.

Tableau V-6 : Répartition des effectifs de naissances, de survivants et de décès des moins d'un an survenus au cours des 12 derniers par milieu de résidence

Milieu de résidence	Naissances survenues au cours des 12 derniers mois			Survivants issus des naissances des 12 derniers mois			Décès issus des naissances survenues au cours des 12 derniers mois			Décès des enfants âgés de moins d'un an enregistrés au cours des 12 derniers mois		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	117 996	108 993	226 989	114 978	106 563	221 540	3 018	2 430	5 449	3 486	2 885	6 371
Rural	135 958	124 160	260 118	130 976	119 856	250 832	4 982	4 304	9 286	5 474	4 673	10 147
National	253 954	233 153	487 107	245 953	226 419	472 372	8 001	6 734	14 735	8 960	7 558	16 518

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Par ailleurs, les décès infantiles enregistrés au cours des 12 derniers mois cumulés avec les effectifs de population de moins d'un an, devraient être supérieurs aux naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois. Si cette relation d'ordre n'est pas respectée et que les naissances et effectifs de population sont non erronés, alors il y aurait omission des décès de moins d'un an.

Il ressort de l'analyse du **tableau V-7** que les naissances survenues au cours des 12 derniers mois dépassent l'effectif de la population de moins d'un an cumulé avec les décès infantiles observés au cours des 12 derniers mois. Contrairement au résultat précédant, cela suppose qu'il y aurait une certaine sous-estimation du niveau de la mortalité infantile.

Tableau V-7 : Comparaison des décès infantiles enregistrés avec l'effectif de population de moins d'un an

Milieu de résidence	Effectif de la population de moins d'un an			Décès des enfants âgés de moins d'un an enregistrés au cours des 12 derniers mois			Décès infantiles enregistrés au cours des 12 derniers mois cumulés avec les effectifs de population de moins d'un an			Naissances survenues au cours des 12 derniers mois		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	119 792	110 257	230 049	3 486	2 885	6 371	123 278	113 142	236 420	117 996	108 993	226 989
Rural	112 115	102 403	214 518	5 474	4 673	10 147	117 589	107 076	224 665	135 958	124 160	260 118
National	231 906	212 661	444 567	8 960	7 558	16 518	240 866	220 219	461 085	253 954	233 153	487 107

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Le questionnaire du RGPH-5 a permis de collecter des informations sur la survie des enfants nés vivants. En effet, pour chacune des femmes âgées de 10 ans et plus, il a été demandé le nombre total d'enfants nés vivants et le nombre total d'enfants survivants. Dès lors, à partir de ces informations sur la survie des enfants, il est possible de calculer les proportions d'enfants décédés, ainsi que le nombre moyen d'enfants décédés par groupe d'âges des mères.

De plus, les proportions d'enfants décédés par groupe d'âge des mères et le nombre moyen d'enfants décédés classés en fonction de l'âge des mères, devraient augmenter de manière constante. Lorsqu'il est constaté que l'une de ces deux (2) proportions n'augmente pas ou baisse au moment où l'âge augmente, alors cela signifie que les omissions d'enfants décédés dans les déclarations des mères sont plus importantes que les omissions d'enfants survivants.

Les résultats du **Tableau V-8** indiquent que, quel que soit le milieu de résidence, les proportions d'enfants décédés et le nombre moyen d'enfants décédés augmentent systématiquement avec l'âge des mères, ce qui confirme la fiabilité de ces informations.



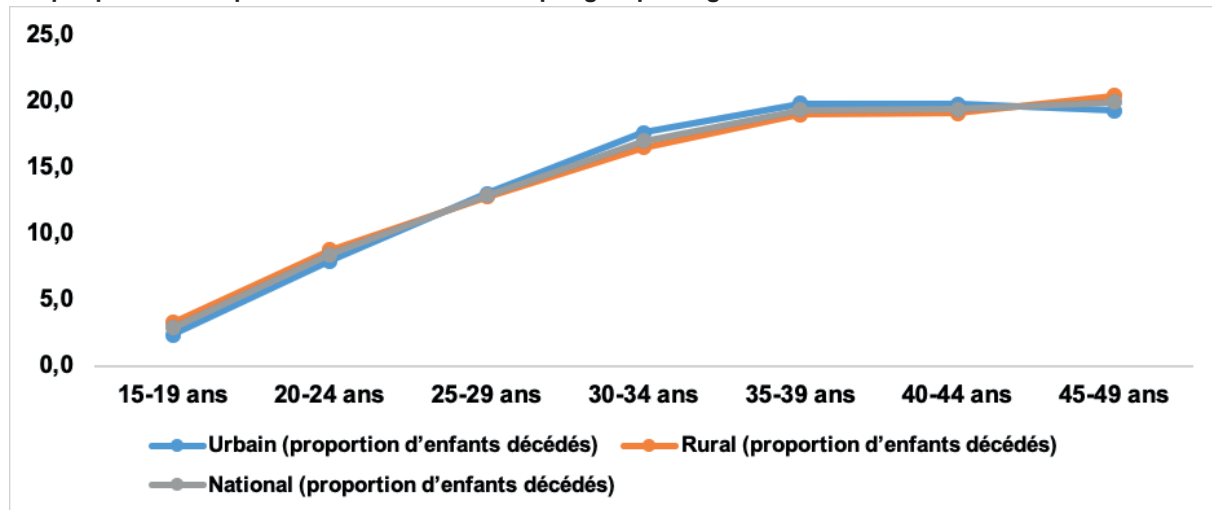
Tableau V-8 : Proportions d'enfants décédés et nombre moyen d'enfants décédés par groupes d'âge des mères selon le milieu de résidence

Groupes d'âge des mères	Proportion d'enfants décédés			Nombre moyen d'enfants décédés		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
15-19 ans	2,4	3,3	2,9	0,00	0,01	0,01
20-24 ans	7,9	8,8	8,4	0,01	0,03	0,02
25-29 ans	13,0	12,8	12,9	0,03	0,06	0,04
30-34 ans	17,6	16,6	17,0	0,04	0,09	0,06
35-39 ans	19,9	19,1	19,4	0,06	0,12	0,08
40-44 ans	19,8	19,1	19,4	0,07	0,16	0,11
45-49 ans	19,3	20,4	20,0	0,09	0,21	0,14

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Toutefois, il apparaît à travers les **Graphique V-3** et **Graphique V-4** qu'à partir du groupe d'âge 40-44 ans les proportions d'enfants décédés commencent à baisser pour le niveau national et pour le milieu urbain. Cependant, cette situation n'entache en rien la qualité des données car les femmes d'un âge avancé ont souvent tendance à moins déclarer leurs enfants décédés à cause des effets mémoire.

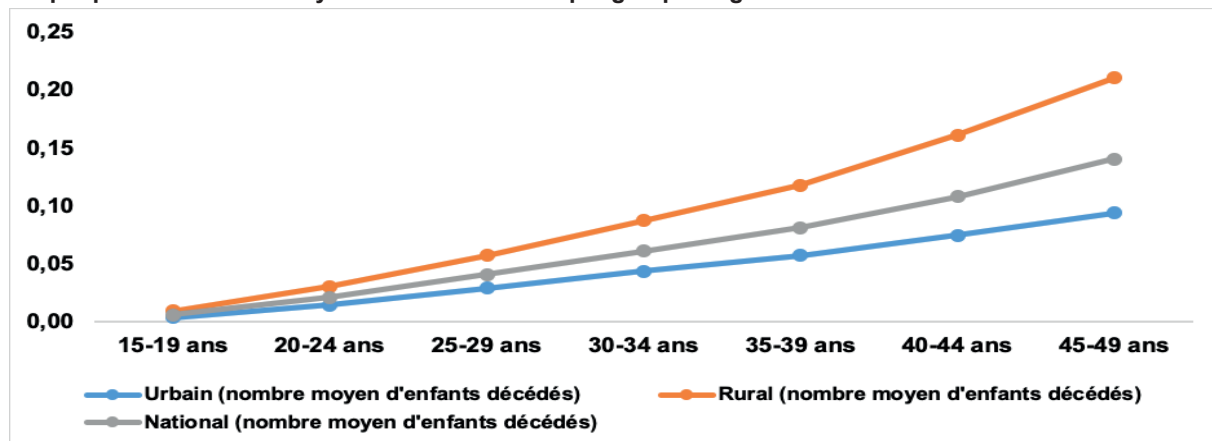
Graphique V-3 : Proportion d'enfants décédés par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

S'agissant du nombre moyen d'enfants décédés, il est noté une augmentation systématique pour tous les groupes d'âge. Cela dénote de la qualité des données.

Graphique V-4 : Nombre moyen d'enfants décédés par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence



Source: ANSD. RGPH-5, 2023



b) Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants

La parité moyenne désigne le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme. Elle peut aussi être calculée en ne considérant que les enfants encore en vie. Dans ce cas, elle désigne le nombre moyen d'enfants (encore) en vie par femme. Les résultats obtenus montrent des écarts relativement faibles au niveau national et quel que soit le milieu de résidence, entre les deux types de parité pour tous les groupes d'âge. En effet, du fait de la mortalité, les parités moyennes des enfants nés vivants sont supérieures à celles des enfants survivants. Par ailleurs, cet écart de parité est plus important chez les femmes en « fin de vie génésique » (45-49 ans).

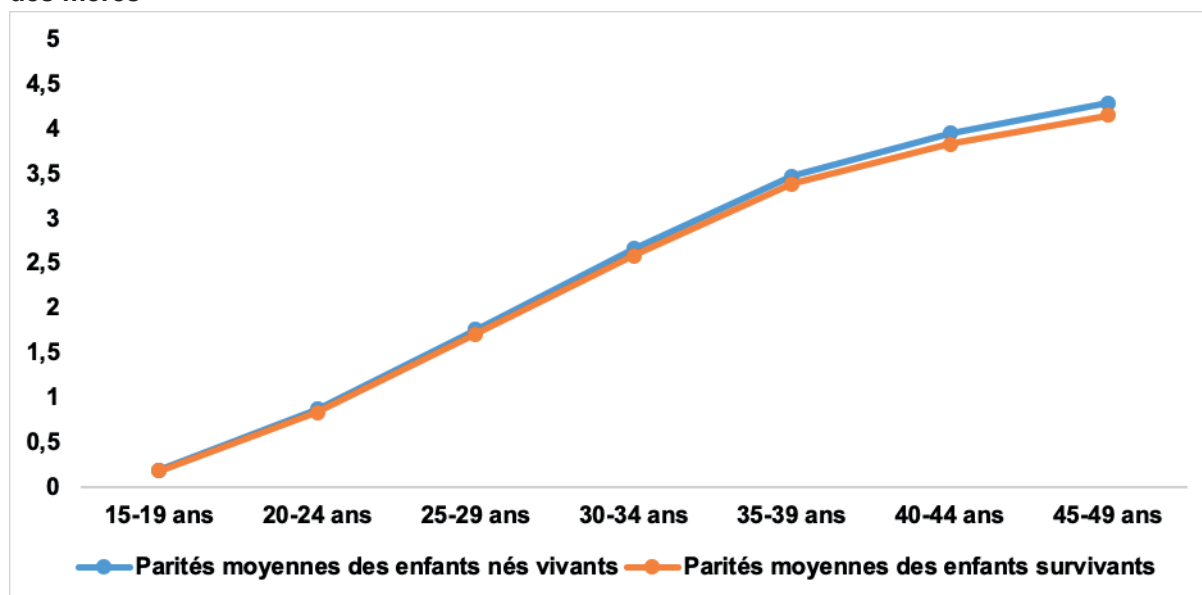
Tableau V-9 : Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants par groupe d'âges des mères selon le milieu de résidence

Groupes d'âge des mères	Parités moyennes des enfants nés vivants			Parités moyennes des enfants survivants		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
15-19 ans	0,09	0,22	0,15	0,08	0,21	0,14
20-24 ans	0,55	1,08	0,77	0,53	1,05	0,75
25-29 ans	1,28	2,23	1,67	1,25	2,17	1,63
30-34 ans	2,11	3,35	2,60	2,07	3,26	2,54
35-39 ans	2,89	4,23	3,42	2,84	4,11	3,34
40-44 ans	3,41	4,74	3,93	3,34	4,58	3,82
45-49 ans	3,77	5,07	4,29	3,67	4,86	4,15

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Le **Graphique V-5** montre une augmentation régulière du nombre moyen d'enfants nés vivants avec l'âge des mères. En effet, la courbe des survivants se situe en dessous de celle des naissances vivantes et l'écart entre les deux représente les décès enregistrés. Par conséquent, l'allure des deux courbes est conforme à ce qui est attendu.

Graphique V-5 : Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants selon le groupe d'âges des mères



Source: ANSD. RGPH-5, 2023



c) Rapport de masculinité des enfants nés vivants et des enfants survivants

Il est admis de façon empirique que le rapport de masculinité à la naissance se situe au tour de l'intervalle [102% ; 107%] et n'augmente pas avec l'âge. En plus, il naît plus de garçons que de filles. Ainsi, il ressort de l'analyse du **Tableau V-10** que, quel que soit le groupe d'âge des mères, les rapports de masculinité des enfants nés vivants et des enfants survivants sont tous supérieurs à 100 et augmentent en fonction de l'âge des mères. Par ailleurs, ils sont plus élevés chez les femmes âgées de 15-19 ans aussi bien pour les enfants nés vivants (112,5%) que pour ceux survivants (114,2%).

Pour tous les groupes d'âge à l'exception de la tranche d'âges 40-49 ans, les rapports de masculinité des enfants survivants sont supérieurs à ceux des enfants nés vivants. Ce résultat indique qu'il y aurait plus de garçons que de filles qui restent en vie, quel que soit l'âge de la mère (sauf pour les mères âgées de 40-44 ans et 45-49 ans). En d'autres termes, les garçons ont un gain de survie supérieur à celui des filles, sauf pour les groupes d'âge des mères susmentionnés.

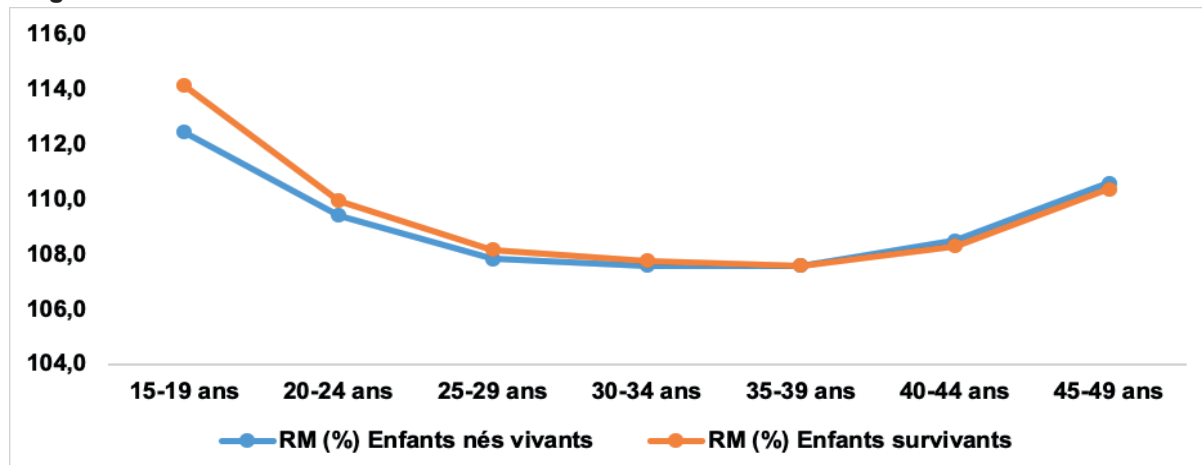
Tableau V-10 : Rapport de Masculinité (RM) des enfants nés vivants et des enfants survivants selon l'âge de la mère

Groupes d'âge des mères	Nombre moyen d'enfants nés vivants			RM (%)	Nombre moyen d'enfants survivants			RM (%)
	Garçons	Filles	Total		Garçons	Filles	Total	
15-19 ans	0,1	0,1	0,1	112,5	0,1	0,1	0,1	114,2
20-24 ans	0,4	0,4	0,8	109,4	0,4	0,4	0,8	110,0
25-29 ans	0,9	0,8	1,7	107,8	0,8	0,8	1,6	108,2
30-34 ans	1,3	1,3	2,6	107,6	1,3	1,2	2,5	107,8
35-39 ans	1,8	1,6	3,4	107,6	1,7	1,6	3,3	107,6
40-44 ans	2,0	1,9	3,9	108,5	2,0	1,8	3,8	108,3
45-49 ans	2,3	2,0	4,3	110,6	2,2	2,0	4,1	110,4

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

En outre, l'analyse de la variation du rapport de masculinité en fonction de l'âge des mères, à travers sa visualisation (**Graphique V-6**), aide à mieux évaluer la qualité des données. En effet, l'examen des courbes des rapports de masculinité des enfants nés vivants et survivants, montre qu'à l'exception de celui des mêmes enfants du groupe d'âge des mères âgées de 15-19 ans, les rapports de masculinité sont globalement dans l'intervalle [107% ; 111%] (voir **Graphique V-6**, ci-dessous). Ainsi, les valeurs se situent en dehors de l'intervalle de référence. Ce résultat indique que les données collectées sur les naissances vivantes et survivantes présentent quelques anomalies. Toutefois, les rapports de masculinité n'augmentent pas avec l'âge, cela correspond à ce qui est attendu.

Graphique V-6 : Rapport de masculinité des enfants nés vivants et survivants selon le groupe d'âges des mères



Source: ANSD. RGPH-5, 2023



En résumé, au terme de l'évaluation des données sur la mortalité des enfants (enfants nés vivants et enfants encore en vie), il convient de préciser que les informations collectées sont de qualité, malgré l'existence d'un problème de concordance des déclarations de décès infantiles des 12 derniers mois par rapport aux naissances vivantes et survivantes de la même période. Par ailleurs, les données relatives au nombre moyen d'enfants nés vivants et d'enfants survivants par groupe d'âge des mères, sont aussi de bonne qualité. En conséquence, ce sont ces données qui sont utilisées pour l'estimation et l'analyse des indices de la mortalité des enfants.

V.1.2.5. Evaluation des données sur la survie des parents

V.1.2.5.1. Evaluation des taux de non réponse sur les questions relatives à la survie des parents

Dans le questionnaire du RGPH-5, des questions sur la survie des parents (père en vie, mère en vie) ont été posées à l'ensemble de la population résidente recensée : « votre mère est-elle en vie ? » et « votre père est-il en vie ? ». Les réponses à ces questions permettent, non seulement d'estimer les niveaux de la mortalité adulte, mais également de déterminer la proportion des orphelins de père, de mère ou des deux parents.

En outre, à travers les réponses sur la survie du père, le calcul de la proportion d'enfants dont le père est en vie est effectué. Cette proportion permet de générer les autres indices de la table de mortalité des hommes âgés de 10 ans et plus. De même, les réponses données aux questions sur la survie de la mère permettent de calculer les proportions d'enfants dont la mère est encore en vie.

Cependant, dans cette analyse ces informations sur la survie des parents ne sont pas utilisées pour estimer la mortalité des adultes. Elles servent à estimer les effectifs d'enfants âgés de 0 à 17 ans orphelins de père, de mère ou des deux parents. En effet, ces informations peuvent être sous-estimées, compte tenu du fait qu'elles n'ont été recueillies que dans les ménages ordinaires, alors qu'une part importante des orphelins peut ne pas y résider et élire domicile dans les ménages collectifs ou être sans domicile fixe. Cela peut être dû aussi à « l'effet d'adoption » et à un problème de répondant univoque capable de fournir les différents types de données sur les décès adultes. D'où la nécessité de vérifier le nombre de personnes pour lesquelles le répondant a déclaré ne pas savoir si leur mère ou, plus fréquemment, leur père était vivant, ainsi que les non réponses aux questions.

Les deux questions ci-après ont été posées à toute la population résidente dans les ménages ordinaires.

Le père de [NOM] est-il actuellement en vie ?

1=Oui, Père vit dans le ménage

2=Oui, Père vit en dehors du ménage

0=Non

8=NSP

La mère de [NOM] est-elle actuellement en vie ?

1=Oui, mère vit dans le ménage

2=Oui, mère vit en dehors du ménage

0=Non

8=NSP



En général, les taux de réponse à ces questions susmentionnées sont généralement très élevés. Ainsi, il ressort de l'évaluation des taux de non-réponse, que toutes les personnes concernées ont une réponse valide sauf un seul individu.

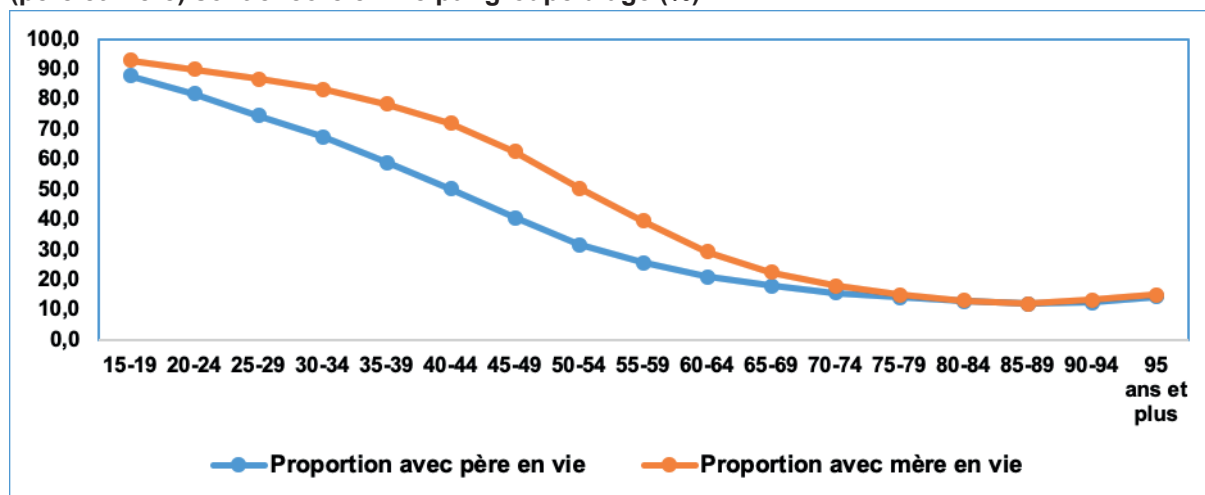
Tableau V-11 : Evaluation des taux de non-réponse des variables sur la survie des parents

N° d'ordre	Libellé de la variable	Nom de variable	(a) Cas valides	(b) Cas manquants	(c) Taux de valeurs manquantes (%)
1.	Le père de [NOM] est-il actuellement en vie ?	B27	17 683 038	0	0,0
2.	La mère de [NOM] est-elle actuellement en vie ?	B28	17 683 037	1	0,0

ANSD. RGPH-5, 2023 ; NB : Le taux de systèmes manquants est calculé par : $c = [b/(a+b)] * 100$

De façon concrète, les données du RGPH-5 montrent que les deux courbes de survie des parents baissent avec l'âge des individus. Elles illustrent aussi la surmortalité masculine chez les individus âgés de 30 ans et plus. En effet, l'écart entre les deux courbes indique que les proportions de personnes âgées de 30-59 ans dont les pères sont survivants sont inférieures à celles des personnes dont les mères sont survivantes.

Graphique V-7 : Proportion de la population de 15 ans ou plus dont les parents biologiques (père et mère) sont encore en vie par groupe d'âge (%)



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Les résultats susmentionnés montrent que les données sur la survie des parents sont de bonne qualité. Elles peuvent bien être utilisées sans précaution préalable pour l'analyse de la situation des enfants âgés de 0 à 17 ans orphelins de père, de mère ou des deux parents.

V.1.2.5.2. Evaluation des données sur les décès maternels

Les questions suivantes ont été posées à tous les ménages où une femme âgée de 10 à 54 ans est décédée au cours des 12 derniers mois :

Le décès est-il survenu pendant une grossesse ?

Le décès est-il survenu pendant l'accouchement ?

Le décès est-il survenu pendant les 42 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?



Pour chacune des questions posées, les modalités de réponses suivantes ont été prévues :

1= OUI

0=NON

8=NSP

La question relative aux causes de décès, notamment les modalités 3 « *maladie* », 6 « *cause naturelle* » et 7 « *cause liée à la maternité* », a permis d'avoir des données pour procéder à une meilleure classification des décès maternels en excluant systématiquement les décès dus aux accidents, violences domestiques, suicides, homicides et catastrophes naturelles.

Cependant, compte tenu des problèmes souvent constatés dans les données utilisées, l'évaluation de la qualité est particulièrement importante pour mesurer la mortalité maternelle. En effet, les données de recensement nécessaires à l'estimation de la mortalité maternelle incluent la distribution de la population par âge et par sexe, le nombre de décès par âge et par sexe pour la période de référence, le nombre de naissances vivantes au cours de la même période et le nombre de décès maternels. Leur utilisation nécessite souvent une évaluation de la qualité qui se fait donc en quatre étapes : 1) évaluation de la structure de la population; 2) évaluation de la complétude de l'enregistrement du nombre de décès; 3) évaluation de la complétude de l'enregistrement du nombre de naissances vivantes; et 4) évaluation de la classification des décès de femmes adultes par causes maternelles.

Cependant, dans ce chapitre l'évaluation de la structure de la population et de la complétude du nombre de naissances vivantes étant déjà prise en charge dans d'autres chapitres, ne sera pas reprise ici. L'accent sera mis uniquement sur l'évaluation du taux non-réponse des variables, de la complétude de l'enregistrement des décès féminins et de la classification des décès par causes reliées à la grossesse. Les résultats issus de l'évaluation déterminent le recours à l'ajustement qui permettrait de s'assurer de la qualité des indicateurs de mesure de la mortalité maternelle.

- ✓ **Evaluation des taux de non-réponse sur les questions relatives à la mortalité maternelle**

L'analyse du **Tableau V-12** indique qu'il n'existerait pas de données manquantes pour l'ensemble des variables qui composent la mortalité maternelle. En effet, la couverture des réponses aux questions en rapport avec la mortalité maternelle est complète, lorsque les modalités de réponse de la variable cause de décès, relatives aux décès maternels sont mises à contribution.

Tableau V-12 : Les composantes de la mortalité maternelle au Sénégal

N° d'ordre	Libellé de la variable	Nom de variable	(a) Cas valides	(b) Cas manquants	(c) Taux de valeurs manquantes (%)
1	Décès survenus durant la grossesse	C09	8 398	0	0,0%
2	Décès survenus durant l'accouchement	C10	8 398	0	0,0%
3	Décès survenus durant les 42 jours suivants la fin d'une grossesse ou d'un accouchement	C11	8 398	0	0,0%

ANSD. RGPH-5, 2023 ; NB : Le taux de systèmes manquants est calculé par : $c = [b/(a+b)]*100$

Par contre, l'absence d'une réponse pour les questions portant sur le moment de survenance de la mortalité maternelle s'élève à moins de 10%. Cependant, ce niveau de non réponse n'entache pas la qualité des données, malgré le fait que les proportions de « ne sait pas » dépassent 5%, quel que soit le moment du décès maternel.



Tableau V-13 : Le moment de survenance du décès maternel

Moment du décès	Effectif	Proportion (%)
Durant la grossesse		
Non	6 933	82,6
Oui	752	9,0
NSP	713	8,5
Total	8 398	100,0
Durant l'accouchement		
Non	7 588	90,3
Oui	209	2,5
NSP	602	7,2
Total	8 398	100,0
Durant les 24 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement		
Non	7 566	90,1
Oui	191	2,3
NSP	641	7,6
Total	8 398	100,0

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

✓ Evaluation de la complétude de l'enregistrement des décès féminins

En général, il est utile de savoir si le nombre de décès enregistrés au cours du recensement reflète exactement le taux réel de décès dans la population. De plus, quelques ajustements sont souvent nécessaires pour transformer le taux de décès observés en une mesure plus exhaustive de la mortalité actuelle. Ainsi, pour ce faire diverses méthodes d'évaluation de la complétude de l'enregistrement des décès existent. Elles utilisent des hypothèses simplificatrices des schémas d'erreurs. Une technique simple consiste à recourir à l'équation du solde d'accroissement de Brass (Brass, 1975; Nations Unies, 1984) et ses extensions.

Ainsi l'extension de cette méthodologie, en l'occurrence la *méthode générale du solde d'accroissement*, peut être appliquée à des populations où les taux de croissance selon l'âge varient dans le temps. Elle compare uniquement les taux de décès par âge sur la base du nombre de décès enregistrés, avec les taux de décès implicites aux changements de la répartition par âge pour deux recensements successifs.

Dans un contexte de croissance démographique non stable, il est possible d'estimer la complétude de l'enregistrement des décès en calculant les taux d'entrée, de sortie et de croissance dans chaque groupe d'âge ouvert de la population (population âgée de "a" ans et plus). A cet effet, la méthode générale du solde d'accroissement est utilisée pour évaluer la complétude de l'enregistrement des décès féminins. Il s'agit d'abord de faire le cumul de la population et des décès (ajustés) des femmes, des plus âgées vers les plus jeunes, (Cf. **Tableau V-14**).



Tableau V-14 : Population féminine et décès de femmes dans les 12 derniers mois

Groupe d'âge	Nombre ajusté de femmes (RGPH-5, 2023)	Décès ajustés de femmes dans les 12 derniers mois (RGPHAE, 2013)	Décès ajustés de femmes dans les 12 derniers mois (RGPH-5, 2023)	Nombre annuel moyen de décès ajustés de femmes pour la période (2013-2023)	Nombre cumulé de femmes à l'âge a	Décès cumulés de femmes à l'âge a
(a, a+5)	${}_5N_{aja}$	${}_5D_{aja}$ (2013)	${}_5D_{aja}$ (2023)	${}_5D_{aja}$ (2013-2023)	N_{a+}	D_{a+}
0 - 4	1 076 043	9 233	10 142	9 687	8 883 603	40 790
5 - 9	1 142 453	2 230	996	1 613	7 807 559	31 103
10 - 14	1 114 519	987	604	795	6 665 106	29 490
15 - 19	1 035 009	1 204	784	994	5 550 587	28 695
20 - 24	889 061	1 389	973	1 181	4 515 578	27 701
25 - 29	705 802	1 520	1 085	1 302	3 626 517	26 520
30 - 34	620 868	1 789	1 396	1 593	2 920 715	25 218
35 - 39	531 200	1 486	1 354	1 420	2 299 847	23 625
40 - 44	400 547	1 726	1 403	1 564	1 768 647	22 205
45 - 49	317 149	1 372	1 404	1 388	1 368 100	20 640
50 - 54	288 260	1 764	1 763	1 764	1 050 952	19 253
55 - 59	205 377	1 309	1 382	1 346	762 691	17 489
60 - 64	201 128	2 069	2 284	2 176	557 314	16 143
65 - 69	129 036	1 545	1 818	1 681	356 186	13 967
70 - 74	107 365	3 015	2 697	2 856	227 151	12 286
75 +	119 786	10 694	8 165	9 430	119 786	9 430
15-49	4 499 636	10 487	8 398	9 442	-	-
Total	8 883 603	43 332	38 248	40 790	-	-

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

L'étape qui suit porte sur l'estimation du nombre d'entrées ou d'anniversaires (B_a) dans chaque groupe d'âge ouvert pour la période intercensitaire. Pour ce faire, il est nécessaire de tenir compte des changements dans la distribution de la population selon l'âge entre les deux derniers recensements. En effet, une bonne estimation du nombre d'anniversaires intercensitaires à l'âge (a) peut être obtenue à travers le calcul d'une moyenne géométrique qui considère à la fois les observations de cohortes qui atteindront l'âge (a) après le premier recensement et celles qui auraient déjà atteint l'âge (a) au moment du deuxième recensement.

S'agissant du taux d'entrées (anniversaires) et du taux de sorties (décès) pour chaque groupe d'âge ouvert, leur estimation s'appuie sur le nombre d'anniversaires et de décès pour chaque groupe d'âge, ainsi que sur la population intercensitaire d'âge donné. Elle s'obtient en divisant respectivement le nombre d'anniversaires et de décès pour chaque groupe d'âge ouvert par la population intercensitaire d'âge donné, (Cf. **Tableau V-15**).


Tableau V-15 : Application de la méthode générale du solde d'accroissement pour évaluer la complétude de l'enregistrement des décès féminins

Âge (1)	Nombre de femmes par groupe d'âge en 2013 (2)	Nombre cumulé de femmes à l'âge a en 2013 (3)	Nombre cumulé de femmes à l'âge a en 2023 (4)	Décès cumulés de femmes à l'âge a en 2023 (5)	Nombre d'anniversaires intercensitaires de femmes à l'âge a entre 2013-2023 (6)	Taux d'entrée à l'âge a en 2013-2023 (7)	Taux de croissance à l'âge a entre 2013-2023 (8)	Taux d'entrée - taux de croissance à l'âge a entre 2013-2023 = (7) - (8) $b_{a+} - r_{a+}$ (9)	Taux de décès à l'âge a entre 2013-2023 d_{a+} (10)
a	${}_5N_{1a}$	N_{1a+}	N_{2a+}	D_{a+}	B_a	b_{a+}	r_{a+}	$b_{a+} - r_{a+}$	d_{a+}
0	972 150	6 754 553	8 883 603	40 790	-	-	0,011899250	-	0,00526580
5	966 931	5 782 404	7 807 559	31 103	210 773	0,031369235	0,013040690	0,01832854	0,00462904
10	796 913	4 815 473	6 665 106	29 490	207 621	0,036647837	0,014116812	0,02253103	0,00520537
15	706 847	4 018 560	5 550 587	28 695	158 547	0,033570199	0,014026846	0,01954335	0,00607574
20	624 517	3 311 713	4 515 578	27 701	132 783	0,03433687	0,013466070	0,02087080	0,00716327
25	569 980	2 687 195	3 626 517	26 520	118 976	0,038112286	0,013019051	0,02509323	0,00849528
30	456 711	2 117 215	2 920 715	25 218	98 510	0,03961436	0,013972426	0,02564193	0,01014090
35	361 530	1 660 504	2 299 847	23 625	76 108	0,038945694	0,014145907	0,02479979	0,01208935
40	306 735	1 298 974	1 768 647	22 205	62 380	0,041154952	0,013404071	0,02775088	0,01464965
45	236 154	992 239	1 368 100	20 640	52 182	0,044787099	0,013950144	0,03083696	0,01771548
50	222 505	756 085	1 050 952	19 253	42 754	0,047962184	0,014301179	0,03366101	0,02159790
55	150 279	533 580	762 691	17 489	34 771	0,054505529	0,015514897	0,03899063	0,02741511
60	138 004	383 302	557 314	16 143	26 689	0,057744562	0,016255960	0,04148860	0,03492802
65	76 488	245 297	356 186	13 967	18 124	0,06131575	0,016198466	0,04511728	0,04725168
70	75 430	168 810	227 151	12 286	19 011	0,09708456	0,012891672	0,08419289	0,06273913
75+	93 379	93 379	119 786	9 430			0,010815469		0,08915955
Total	6 754 553								

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

A travers le **Graphique V-8**, il apparaît que certains points pour les différentes tranches d'âge s'alignent de façon linéaire. Cependant, d'autres s'écartent plus ou moins de la droite. Cette situation indique que le degré de complétude de l'enregistrement des décès n'est pas constant pour tous les groupes d'âge. D'où la nécessité d'appliquer aux données des techniques de régression statistique standard pour déterminer le meilleur ajustement linéaire.

Ainsi, grâce au recours à la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), la régression produit une ligne droite avec l'intercepte de 0,0122 et la pente de 0,9815. La proximité de l'intercepte avec zéro indique qu'il y a peu de changements dans la couverture du recensement. Par ailleurs, la complétude de l'enregistrement des décès obtenue à partir de la pente (1/0,9815 ou 1,02), fait ressortir à travers ce résultat, une faible surestimation des décès féminins observés durant le RGPH-5.

Par conséquent, il est possible de procéder à un ajustement du nombre enregistré de décès de femmes adultes en 2023, en utilisant les résultats de l'estimation de la complétude de l'enregistrement des décès, afin d'avoir une estimation du nombre annuel moyen "complet" des décès pour la période intercensitaire 2013-2023. Le facteur d'ajustement approprié est la pente de la droite du **Graphique V-8**, appliquée au nombre de décès observés chez les femmes en âge de reproduction (15-49 ans). Le résultat est présenté ci-après.

Nombre complet de décès féminins entre 15-49 ans

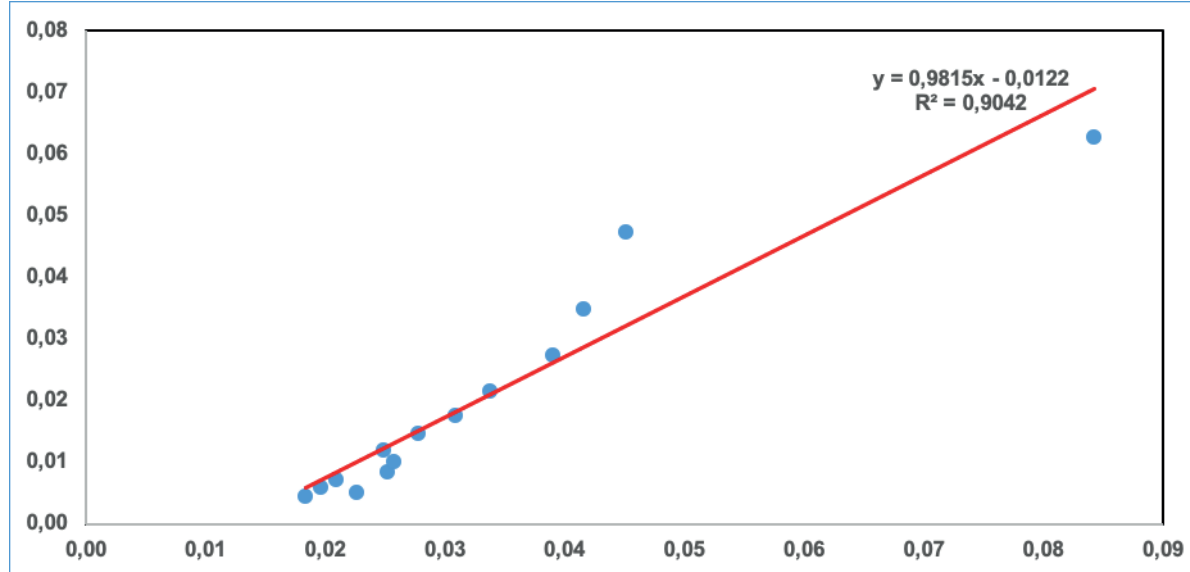
= Nombre ajusté de décès féminins entre 15-49 ans * (1/Complétude des décès enregistrés)

$$\begin{aligned}
 {}_{35}D_{\text{complet}15} &= {}_{35}D_{\text{aj}15} * (1/c) \\
 &= 9\,442 * 0,9815 \\
 &= 9\,268
 \end{aligned}$$



La valeur susmentionnée représenterait l'estimation du "vrai" nombre annuel moyen de décès de femmes adultes de 15-49 ans pendant la période intercensitaire 2013 à 2023.

Graphique V-8 : Représentation graphique de l'application de la méthode générale du solde d'accroissement avec les données sur les femmes



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

✓ **Évaluation de la classification des décès par causes reliées à la grossesse**

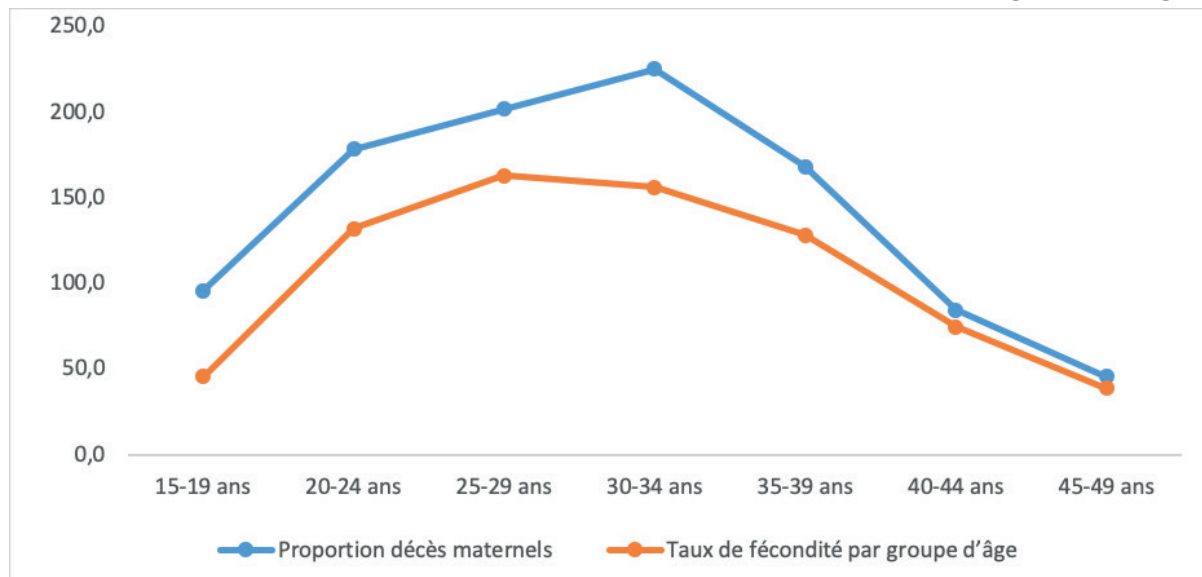
La classification des décès de femmes adultes durant la période de référence selon qu'ils sont reliés ou pas à une grossesse (c'est-à-dire, les décès survenus durant une grossesse, un accouchement ou au cours de la période postpartum), doit être évaluée pour mesurer la mortalité maternelle. La comparaison des courbes des proportions des décès maternels et des taux de fécondité par groupe d'âge, constitue une démarche adaptée pour contrôler la régularité des données sur les décès maternels. Pour ce faire, la meilleure approche consiste à observer les tendances à travers les groupes d'âge. En général, il est attendu 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. Cette situation serait le reflet des risques obstétriques plus grands pour ces catégories de femmes.

✓ **Analyse de la proportion des décès maternels et des taux de fécondité par groupe d'âge**

Le **Graphique V-9** montre que la courbe des proportions de décès maternels suit l'allure de celle des taux de fécondité par âge. En effet, les deux courbes présentent approximativement la même allure. Toutefois, compte tenu des risques obstétriques plus grands pour les femmes de 15-19 ans et 40-49 ans, il est souvent observé que la courbe de mortalité maternelle soit au-dessus de celle de fécondité pour ces groupes d'âges. Ainsi, les résultats indiquent que la courbe des proportions de décès maternels est restée au-dessus de celle relative aux taux de fécondité par âge pour tous les groupes d'âges. Par conséquent, les données utilisées sont de bonne qualité.



Graphique V-9 : Proportion des décès maternels et taux de fécondité par groupe d'âge

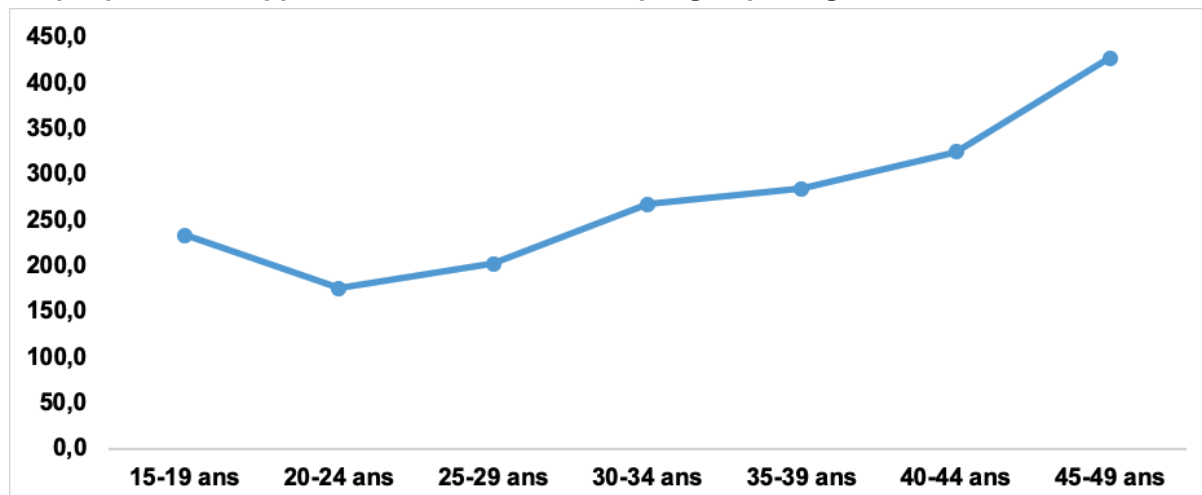


Source: ANSD. RGPH-5, 2023

✓ **Analyse des rapports de mortalité maternelle (RMM) par groupe d'âge**

L'allure de la courbe des rapports de mortalité maternelle devrait avoir une forme de J selon l'âge, diminuant entre 15-19 ans à 20-24 ans, changeant progressivement jusqu'à 35 ans et augmentant plus rapidement par la suite. Le **Graphique V-10** met en évidence cette tendance à travers les groupes d'âge. Ainsi, des ajustements ne seront pas nécessaires car les données sont de qualité. De plus, il n'est généralement pas recommandé d'ajuster la distribution des décès dus à des causes maternelles.

Graphique V-10 : Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âges des mères



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

En somme, les deux graphiques ci-dessus présentent la configuration prévue, ce qui signifie que la qualité de la classification des décès maternels est assez bonne. Par conséquent, il ressort des résultats de l'évaluation que les données sont de bonne qualité et offrent également des possibilités de recourir à une méthodologie d'analyse de la mortalité qui utilise la méthode d'estimation directe.



V.1.3. Méthodologie d'analyse de la mortalité

V.1.3.1. Choix de la méthode d'estimation

Dans ce chapitre les indicateurs de mortalité sont calculés selon la méthode d'estimation directe ou indirecte. En effet, pour la mesure de la mortalité maternelle, l'analyse de l'enregistrement des décès à l'état civil et l'étude de la survie des parents des enfants de moins de 18 ans, la méthode d'estimation directe est utilisée. Le choix de cette approche méthodologique est guidé par les résultats de l'évaluation des données et du taux de non réponse des variables d'analyse, qui ont confirmés que la qualité des données est satisfaisante.

Par contre, l'évaluation interne et externe effectuée sur les décès enregistrés par âge et par sexe, sur les enfants nés vivants et survivants, justifie le choix des méthodes d'estimations indirectes. Ces dernières permettent de calculer le niveau de mortalité générale, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'espérance de vie et les quotients de mortalité. D'où la nécessité de choisir le schéma de mortalité qui correspond à la situation du pays.

V.1.3.2. Définition du schéma de mortalité

Le travail consiste à retenir le modèle qui correspond au schéma de mortalité du Sénégal. Ce choix se fait à partir de la procédure COMPAR de MORTPAK. Celle-ci compare les taux de mortalité observés par groupe d'âges à chacun des taux bruts des modèles de mortalité des neufs (9) tables des Nations Unies et de Coal et Demeny. Elle fournit ainsi les niveaux de mortalité qui seraient obtenus pour le Sénégal, si l'un ou l'autre modèle de mortalité était retenu.

La procédure COMPAR de MORTPAK fournit aussi les écarts par rapport à la médiane pour les groupes d'âges 0-10 ans, 10 ans et plus et 0 an et plus, pour chacun des modèles de mortalité. La recommandation consiste à retenir le modèle de mortalité pour lequel l'écart moyen par rapport à la médiane du groupe d'âge 10 ans et plus est le plus faible. La deuxième approche consiste à comparer les valeurs des groupes d'âge pour retenir la plus petite valeur correspondant à l'indice le plus pertinent pour l'estimation indirecte de l'espérance de vie.

Dans la pratique, les données de base sur la répartition des décès par sexe et par âge font d'abord l'objet d'ajustement avant leur utilisation pour l'élaboration des tables de mortalité. Le point de départ pour la construction des tables de mortalité consiste à calculer les taux de mortalité des divers groupes d'âges. A partir de ces taux, les quotients de mortalité générés, grâce à la relation entre taux et quotients de mortalité, sont introduits dans l'application COMPAR du logiciel MORTPAK pour le choix du modèle table-type approprié. Ensuite, la procédure BESTFT du logiciel MORTPAK est mise à contribution pour la génération de nouveaux quotients ajustés, à partir des quotients de mortalité et du modèle choisi des tables types des Nations Unies.

La nouvelle structure des quotients de mortalité obtenue, est utilisée comme paramètre d'entrée pour générer la table de mortalité par sexe avec la procédure BESTFT de MORTPAK. Ainsi, ces tables permettent de générer la table de mortalité globale.

L'analyse du Tableau V 16 montre l'existence de plusieurs modèles de tables-types proches du schéma de mortalité observé au Sénégal. Il ressort de l'examen des résultats qui y sont consignés que l'écart le plus petit par rapport à la médiane est observé au niveau du groupe d'âge 0-10 ans et correspond au modèle de l'Amérique latine.

Ainsi, c'est ce modèle de mortalité qui s'apparente le plus au schéma de mortalité du Sénégal. Par conséquent, il est retenu pour l'analyse de la mortalité dans le cadre du 5^{ème} Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) de 2023.



Tableau V-16 : Ecart par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Démeny

Groupe d'âge	Empirique		Espérance de vie implicite à la naissance				Coale-Demeny Models			
	q(x,n)		Modèles des Nations unies							
			Latin Am.	Chilean	So. Asian	Far East	General	West	North	East
HOMMES										
Écart absolu moyen par rapport à la médiane										
0 à 10 ans	0,8516373	3,3982041	1,3488057	0,637711438	0,95709977	0,81247213	0,9362147	1,7040221	2,9616195	
10 ans et plus	2,7244324	4,1130754	6,4112028	5,177657	4,05269367	3,90416951	2,49501	4,5032905	3,5013871	
0 an et plus	2,4735912	4,3696166	5,9591944	5,246750177	3,57080262	3,76724201	2,4361461	4,2840617	3,5630089	
Médiane(0-10 ans)-Médiane (10 ans+)	1,682538	-7,008287	6,7956857	-7,1119434	-2,0005514	-3,3362488	-3,264159	-4,778164	2,7629553	
FEMMES										
Écart absolu moyen par rapport à la médiane										
0 à 10 ans	0,7753743	3,78212635	1,8492533	1,2326518	8,63E-01	0,36000114	0,9856159	1,3508685	2,9496016	
10 ans et plus	3,3347905	3,88068324	5,6883579	4,1489465	3,616858	3,27847033	2,8525424	3,8523863	3,7479186	
0 an et plus	3,3299016	3,89393971	5,8495695	3,9732884	3,1813917	3,14067533	2,781839	3,4828703	3,8233142	
Médiane(0-10 ans)-Médiane (10 ans+)	4,2816212	-1,1382742	7,4207451	-4,985042	1,0731831	-2,3596373	-2,470749	-1,561386	3,7067259	

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Le choix du modèle de l'Amérique latine a permis de faire l'estimation des niveaux de mortalité globale, infantile, juvénile et infanto-juvénile, de l'espérance de vie et des quotients de mortalité des enfants.

Pour l'étude de la mortalité adulte, plusieurs techniques d'estimation indirecte existent. En effet, la mortalité adulte est appréhendée comme une probabilité de décès entre l'âge exact de 15 ans (15e anniversaire) et l'âge exact de 60 ans (60e anniversaire). Par conséquent, elle peut être calculée à l'aide de la technique de la table de mortalité. Ainsi, c'est cette approche qui est retenue dans le cadre de cette analyse de la mortalité adulte des 15-60 ans.



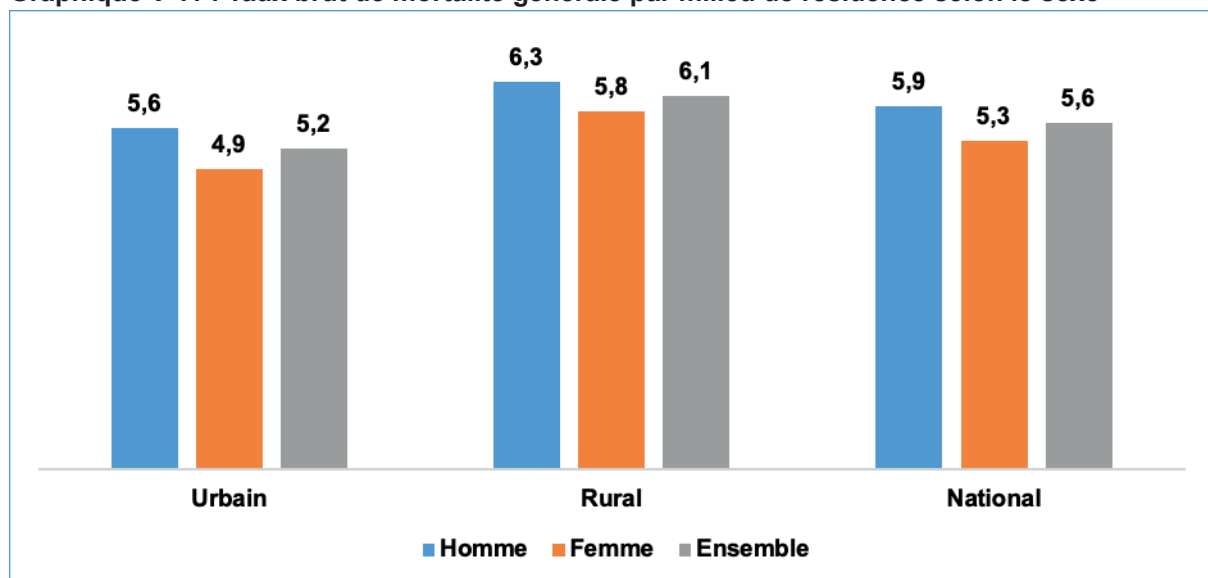
V.2. NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITÉ

Le niveau de mortalité est un indicateur clé de la santé globale de la population. Il peut permettre d'évaluer les progrès réalisés dans le domaine de la santé et aide les autorités du secteur à planifier et à mettre en œuvre des projets, programmes et politiques adaptés. La structure de la mortalité facilite la priorisation des interventions de santé publique en permettant la mise en évidence des inégalités au sein de la population. En somme, la connaissance du niveau et de la structure de la mortalité est essentielle pour comprendre l'état de santé de la population, orienter les politiques de santé, allouer les ressources de manière appropriée, détecter les problèmes de santé publique potentiels et améliorer la qualité de vie de la population. Cette partie présente la variation du niveau et de la structure de la mortalité en fonction du milieu de résidence et de la région.

V.2.1. Taux brut de mortalité générale

Au Sénégal, le taux brut de mortalité est estimé à 5,6‰. En d'autres termes, sur 1000 individus, en moyenne près de 6 décèdent chaque année. Le niveau de mortalité est plus élevé en milieu rural (6,1‰) qu'en zone urbaine (5,2‰). De plus, quel que soit le milieu de résidence, la mortalité touche plus les hommes que les femmes.

Graphique V-11 : Taux brut de mortalité générale par milieu de résidence selon le sexe

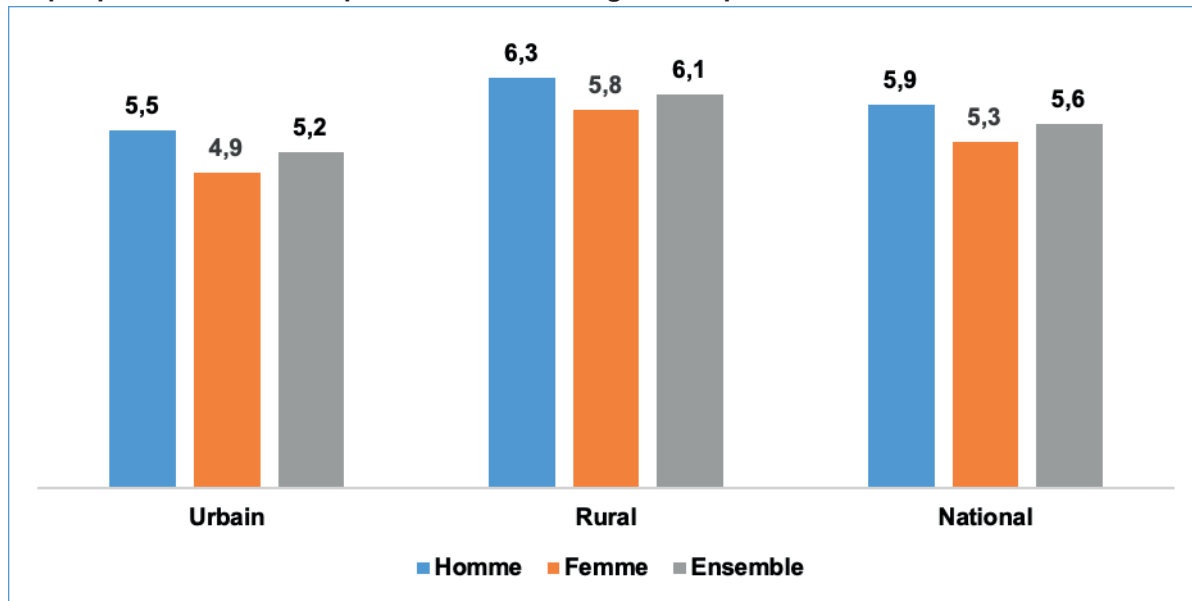


Source: ANSD. RGPH-5, 2023

De plus, l'application de la structure par âge de la population-type nationale sur la structure des décès de chaque milieu de résidence, montre que le niveau de mortalité reste presque inchangé. Par conséquent, la structure par âge de la population n'influe que légèrement sur la surmortalité du milieu rural et sur celle des hommes.



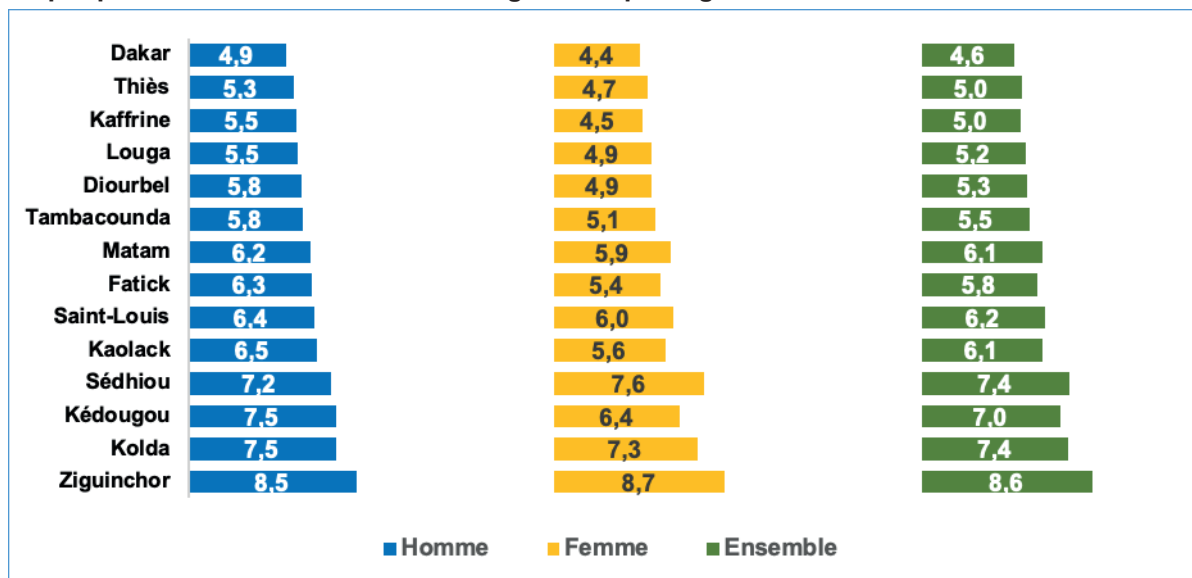
Graphique V-12 : Taux comparatifs de mortalité générale par milieu de résidence



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Le niveau de mortalité présente des disparités régionales. En effet, le taux brut de mortalité se situe entre 7 et 8‰ dans les régions de Ziguinchor (8,6‰), Sédhiou (7,4‰), Kolda (7,4‰) et Kédougou (7,0‰). Il tourne au tour de 6,0‰ dans celles de Saint-Louis (6,2‰), Matam et Kaolack (chacune 6,1‰). Par contre, dans la région de Dakar le niveau de mortalité évaluée à 4,6‰, est relativement plus faible. Cette même situation est observée dans toutes les régions, indépendamment du sexe.

Graphique V-13 : Taux brut de mortalité générale par région selon le sexe



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Au niveau régional, l'analyse des taux comparatifs met en évidence l'existence d'une influence de la structure de la population sur les niveaux de mortalité. Autrement dit, si toutes les régions avaient une structure de population identique à celle du niveau national, elles auraient enregistré des niveaux de mortalité plus ou moins élevés, à l'exception de la région de Dakar (4,6‰), où le même niveau serait observé. Par contre, pour les régions de Ziguinchor (7,9‰) et Saint-Louis (6,0‰), Matam (6,0‰), Fatick (5,5‰), Diourbel (5,2‰), Louga (5,0‰) et Thiès (4,8‰), les niveaux seraient en baisse. Tandis que, pour celles de Tambacounda (6,0‰),

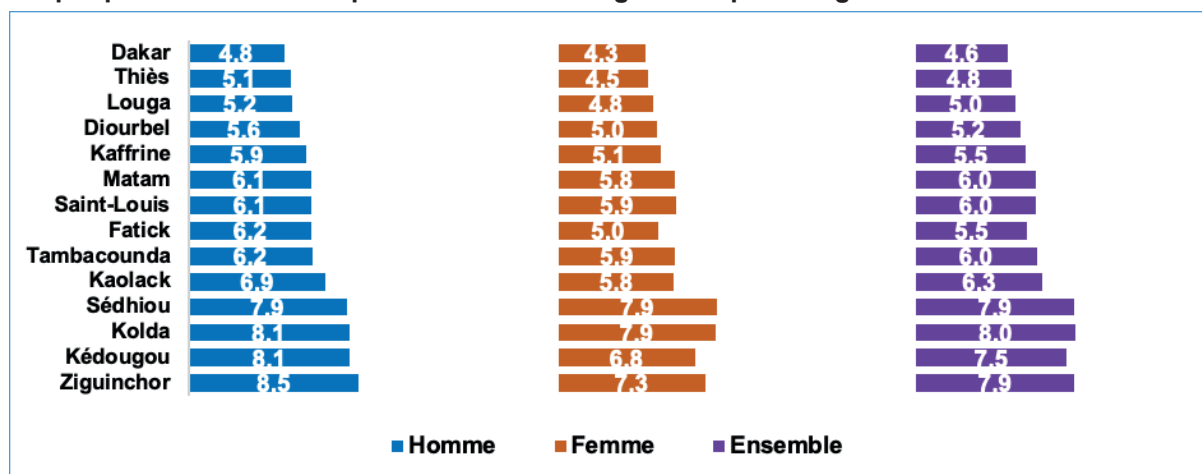


Kaolack (6,3‰), Kolda (8,0‰), Kaffrine (5,5‰), Kédougou (7,5‰), Sédhiou (7,9‰), la mortalité serait en hausse.

L'analyse des taux comparatifs montre également que le niveau de mortalité est plus élevé dans les régions de Kolda (8,0‰), Ziguinchor (7,9‰), et Sédhiou (7,9‰). En revanche, les régions de Louga (5,0‰), Diourbel (5,2‰), Fatick (5,5‰) et Kaffrine (5,5‰) affichent des niveaux de mortalité proches de la valeur nationale (5,6‰). Cependant, les taux comparatifs de mortalité les plus faibles sont observés dans les régions de Dakar (4,6‰) et Thiès (4,8‰).

En tenant compte du sexe, l'analyse des taux comparatifs donne une situation presque similaire à celle susmentionnée.

Graphique V-14 : Taux comparatifs de mortalité générale par la région



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

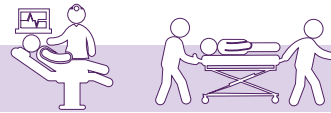
V.2.2. Table de mortalité du pays

La construction d'une table de mortalité de l'ensemble du pays constitue un des objectifs majeurs de l'étude de la mortalité. Ainsi, à partir des données observées, les taux de mortalité du moment calculés sont transformés par la suite en quotients de mortalité. Cette série des quotients de mortalité débouche sur le calcul de l'espérance de vie à la naissance et des espérances de vie par âge et par sexe. Ces indicateurs donnent une idée précise de la mortalité générale.

La série des survivants (S_x) de la table s'obtient par soustraction des décès d'un âge donné des survivants du même âge : $S_{x+1} = S_x - D_x$, avec $x = \text{âge}$. Les décès de la table s'obtiennent par cette formule $D_x = S_x \cdot {}_aQ_x$ et la population stationnaire associée à la table est calculée par la formule suivante : ${}_aL_x = a \cdot S_x + S_{x+a}/2$.

En ce qui concerne L_0 , la formule de calcul est la suivante: $L_0 = a l_0 + (1-a) l_1$ ou $L_0 = 0,3l_0 + 0,7l_1$, avec $a = 0,33$ pour $l=0$ et $a = 0,67$ pour $l=1$.

Les effectifs de population stationnaire sont cumulés à partir de l'âge le plus élevé jusqu'à l'âge le plus bas (0 an). Ces effectifs cumulés désignés par T_x sont les années-vécues. La série des espérances de vie par âge est obtenue en divisant le nombre d'années vécues par les survivants à chaque âge. Ce processus de calcul permet d'aboutir à l'espérance de vie à la naissance et d'obtenir ainsi la table de mortalité pour les deux sexes au niveau national, à partir des décès observés au recensement de 2023 et ajustés pour les besoins de l'application de la méthode d'estimation indirecte.


Tableau V-17 : Table de mortalité des deux sexes issues des données du RGPH-5 de 2023

Ages	nQx	Sx	Dx	Lx	Tx	Ex
0 - 1	48,3	100 000	4 834	98 405	6 885 457	68,9
1 - 5	18,3	95 166	1 744	377 176	6 787 052	71,3
5 - 10	5,1	93 422	478	465 913	6 409 876	68,6
10 - 15	3,0	92 943	276	464 026	5 943 963	64,0
15 - 20	4,2	92 667	390	462 360	5 479 937	59,1
20 - 25	6,1	92 277	566	459 970	5 017 578	54,4
25 - 30	7,6	91 711	696	456 813	4 557 608	49,7
30 - 35	9,2	91 015	833	452 990	4 100 795	45,1
35 - 40	12,2	90 181	1 104	448 147	3 647 804	40,4
40 - 45	16,6	89 077	1 478	441 693	3 199 657	35,9
45 - 50	23,4	87 600	2 052	432 867	2 757 964	31,5
50 - 55	33,7	85 547	2 883	420 529	2 325 097	27,2
55 - 60	51,3	82 664	4 242	402 715	1 904 568	23,0
60 - 65	78,3	78 422	6 142	376 754	1 501 853	19,2
65 - 70	123,2	72 280	8 905	339 138	1 125 099	15,6
70 - 75	185,9	63 375	11 783	287 419	785 961	12,4
75 - 80	269,1	51 592	13 883	223 255	498 542	9,7
80 - 85	397,7	37 710	14 997	151 056	275 287	7,3
85-90	543,7	22 713	12 349	82 690	124 231	5,5
90-95	698,3	10 363	7 237	33 725	41 541	4,0
95 ou plus	847,4	3 126	2 649	7 816	7 816	2,5

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.2.3. Espérance de vie à la naissance

En 2023, l'espérance de vie à la naissance est évaluée à 68,9 ans, avec une variation selon le sexe. Elle est plus élevée chez les filles (70,0 ans) que chez les garçons (67,7 ans). Cette variation est notée aussi en fonction du milieu de résidence avec une espérance de vie à la naissance plus élevée en zone urbaine (70,1 ans) que dans le milieu rural (67,6 ans).

L'espérance de vie à la naissance varie également selon la région. Ainsi, les régions de Dakar (71,9 ans), Thiès (71,3 ans), Louga (70,9 ans) et Diourbel (70,0 ans) affichent les niveaux les plus élevés. En revanche, les espérances de vie à la naissance relativement moins élevées sont observées dans de Sédhiou (62,9 ans), Kolda (62,7 ans), Ziguinchor (62,8 ans) et Kédougou (63,8 ans). Par ailleurs, la comparaison avec la valeur de l'indicateur pour le niveau national indique que l'espérance de vie à la naissance dans les autres régions tourne autour de la moyenne, puisqu'elle varie entre 67 ans et 69 ans.

Tableau V-18 : Espérance de vie à la naissance par région et par milieu de résidence selon le sexe

Résidence	Homme	Femme	Ensemble
Région			
Dakar	70,7	73,1	71,9
Ziguinchor	61,2	64,5	62,8
Diourbel	68,8	71,2	70,0
Saint-Louis	67,1	68,4	67,8
Tambacounda	67,0	68,4	67,7
Kaolack	66,1	69,5	67,8



Résidence	Homme	Femme	Ensemble
Thiès	70,0	72,7	71,3
Louga	69,9	71,8	70,9
Fatick	67,1	71,1	69,1
Kolda	62,3	63,2	62,7
Matam	67,2	68,6	67,9
Kaffrine	67,9	70,7	69,2
Kédougou	62,2	65,8	63,8
Sédhiou	62,6	63,0	62,9
Milieu de résidence			
Urbain	68,8	71,4	70,1
Rural	66,6	68,5	67,6
National	67,7	70	68,9

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.2.4. Espérance de vie à partir de 5 ans

L'espérance de vie à 5 ans est estimée à 71,3 ans et reste plus élevée chez les filles (72,4 ans) que chez les garçons (70,2 ans). L'analyse par milieu de résidence indique d'elle se situe à 72,3 ans en milieu urbain, contre 70,3 ans pour la zone rurale.

Sur le plan régional, l'espérance de vie à 5 ans est plus élevée dans les régions de Dakar (73,7 ans), Thiès (72,9 ans), Louga (73,3 ans) et Diourbel (72,2 ans), avec des niveaux qui dépassent la valeur nationale (71,3 ans). Par contre, elle est moins élevée dans celles de Sédhiou et Ziguinchor (66,5 ans chacune), Kolda (66,4 ans) et Kédougou (67,3 ans).

Tableau V-19 : Espérance de vie à partir de 5 ans par région et par milieu de résidence selon le sexe

Résidence	Homme	Femme	Ensemble
Région			
Dakar	72,6	74,9	73,7
Ziguinchor	65,2	67,9	66,5
Diourbel	71,0	73,4	72,2
Saint-Louis	69,7	71,1	70,5
Tambacounda	69,7	70,8	70,2
Kaolack	68,9	72,0	70,5
Thiès	72,0	74,6	73,3
Louga	71,9	73,9	72,9
Fatick	69,7	73,3	71,6
Kolda	66,0	66,8	66,4
Matam	69,8	71,3	70,6
Kaffrine	70,3	73,0	71,6
Kédougou	65,9	69,0	67,3
Sédhiou	66,3	66,7	66,5
Milieu de résidence			
Urbain	71,1	73,6	72,3
Rural	69,3	71,2	70,3
National	70,2	72,4	71,3

Source: ANSD. RGPH-5, 2023



V.3. MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les données collectées sur les décès des 12 derniers mois ont permis avec la méthode indirecte décrite plus haut, d'estimer les niveaux de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile. Ainsi, dans cette partie il est question de faire l'analyse différentielle de ces types de mortalité par région de résidence milieu de résidence selon le sexe.

V.3.1. Mortalité infantile

Le risque pour un enfant de décéder avant son premier anniversaire est de 48,3‰ au niveau national. Il est plus élevé dans le milieu rural (52,7‰) qu'en zone urbaine (44,1‰). De plus, les décès infantiles restent élevés dans les régions de Ziguinchor (70,1‰), Kolda (69,9‰), Sédhiou (69,3‰) et Kédougou (66,3‰). A l'opposé, ils sont relativement moins élevés dans la région de Fatick (17,8‰).

En outre, l'analyse de la mortalité infantile selon le sexe montre que les garçons (49,7‰) décèdent plus que les filles (46,9‰). Cette situation est valable quelle que soit la région sauf pour Dakar et indépendamment du milieu de résidence.

Tableau V-20 : Quotients de mortalité infantile par région et par milieu de résidence selon le sexe

Résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Région			
Dakar	38,8	37,6	38,2
Ziguinchor	75,7	64,1	70,1
Diourbel	45,8	43,3	44,6
Saint-Louis	52	51,7	51,8
Tambacounda	52,3	47,1	49,8
Kaolack	56,0	48,5	52,4
Thiès	41,2	38,7	40
Louga	41,7	41,5	41,6
Fatick	41,7	17,4	17,8
Kolda	71,2	68,4	69,9
Matam	51,7	51,1	51,4
Kaffrine	49,1	44,8	47,1
Kédougou	71,5	60	66,3
Sédhiou	69,7	68,8	69,3
Milieu de résidence			
Urbain	45,5	42,6	44,1
Rural	54	51,4	52,7
National	49,7	46,9	48,3

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.3.2. Mortalité juvénile

Les décès juvéniles (entre le premier et le quatrième anniversaire) sont estimés à 18,3‰ au Sénégal. En plus, la mortalité juvénile touche plus les enfants du milieu rural (21,2‰) contre (15,7‰) pour le milieu urbain. A l'échelle régionale, les régions de Kolda (34,0‰), Sédhiou (33,7‰), Ziguinchor (33,6‰) et Kédougou (30,3‰) affichent les niveaux de mortalité juvénile les plus élevés. Par contre, les niveaux de décès relativement faibles sont observés dans les régions de Dakar (12,4 ‰), Thiès (13,4‰) et Louga (14,4‰).



Il ressort de l'analyse selon le sexe que la mortalité juvénile est plus accentuée chez les filles que chez les garçons, indépendamment du milieu de résidence et quel que soit la région sauf pour Tambacounda et Fatick.

Tableau V-21 : Quotients de mortalité juvénile par région et par milieu de résidence selon le sexe

Résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Région			
Dakar	11,5	13,4	12,4
Ziguinchor	33,0	34,3	33,6
Diourbel	14,9	17,2	16,0
Saint-Louis	18,2	23,5	20,8
Tambacounda	18,4	15,6	17,1
Kaolack	20,5	21,0	20,7
Thiès	12,7	14,2	13,4
Louga	12,9	16,0	14,4
Fatick	18,3	17,4	17,8
Kolda	29,9	38,5	34,0
Matam	18,1	23,0	20,4
Kaffrine	16,7	18,3	17,5
Kédougou	30,1	30,5	30,3
Sédhiou	29,0	38,9	33,7
Milieu de résidence			
Urbain	14,8	16,7	15,7
Rural	19,3	23,2	21,2
National	17,0	19,8	18,3

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.3.3. Mortalité infanto-juvénile

S'agissant de la mortalité infanto-juvénile (décès survenus avant le cinquième anniversaire), le risque est estimé à 66,7‰. La mortalité infanto-juvénile ne varie presque pas selon le sexe (soit 66,6 ‰ pour les garçons et 66,7‰ pour les filles). Toutefois, des disparités de niveaux de mortalité par milieu de résidence et par région selon le sexe sont notées. En effet, le risque de décès est de 79,8‰ en milieu rural contre 64,3‰ pour le milieu urbain, où il reste plus élevé chez les garçons 64,9‰ que chez les filles 63,6‰. Par contre, en milieu rural les filles (80,5‰) décèdent plus que les garçons (79,1‰).

De plus, l'analyse par région met en évidence des niveaux de mortalité infanto-juvénile plus importants dans les régions de Sédhiou (100,7‰), Ziguinchor (101,4‰) et Kolda (101,5‰) avec plus de 100 décès pour 1000 enfants âgés de 0 à 5 ans.

Tableau V-22 : Quotients de mortalité infanto-juvénile par région et par milieu de résidence selon le sexe

Résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Région			
Dakar	50,3	51,0	51,1
Ziguinchor	106,2	96,2	101,4
Diourbel	60,1	59,8	59,9
Saint-Louis	69,2	73,9	71,5
Tambacounda	69,7	62,0	66,0
Kaolack	76,4	69,4	73,1
Thiès	53,4	52,4	52,9
Louga	54,1	56,8	55,4



Résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Fatick	59,2	34,4	35,4
Kolda	99,0	104,2	101,5
Matam	68,8	72,9	70,8
Kaffrine	65,0	62,3	63,7
Kédougou	99,5	88,7	94,6
Sédhiou	96,7	105,0	100,7
Milieu de résidence			
Urbain	64,9	63,6	64,3
Rural	79,1	80,5	79,8
National	66,6	66,7	66,7

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.4. MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle fait référence au nombre de décès dû à une cause maternelle, survenus durant la grossesse, l'accouchement ou durant les 42 jours qui suivent la fin d'une grossesse. Dans cette section, la variation de la mortalité maternelle par groupe d'âge, par milieu de résidence et par région est analysée pour les femmes en âge de procréer (âgées de 15-49 ans).

V.4.1. Mortalité maternelle et âge de la mère

L'analyse des résultats met en évidence une surmortalité des mères âgées de 45-49 ans, avec un RMM évalué à 424 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce résultat indique aussi un risque de décès maternels qui dépasse la moyenne nationale au niveau de la tranche d'âge 35-44 ans. Cependant, les femmes âgées de 20-29 ans sont relativement moins touchées par les décès maternels.

Tableau V-23 : Rapport de mortalité maternelle et de mortalité liée à la grossesse par groupe d'âges des mères

Groupes d'âge	Effectifs Femmes 15-49 ans	Décès maternels	Décès liés à la grossesse	Naissances vivantes des 12 derniers mois	RMM (pour 100 000)	RMG (pour 100 000 NV)	TMM (pour 1000 FAR)
15-19	1 035 009	110	114	47 256	241	233	10,6
20-24	889 061	206	209	117 351	178	176	23,2
25-29	705 802	233	237	115 045	206	203	33,0
30-34	620 868	259	266	97 002	274	267	41,7
35-39	531 200	194	196	68 242	287	284	36,5
40-44	400 547	97	98	29 936	327	324	24,2
45-49	317 149	52	52	12 276	424	424	16,4
TOTAL	4 499 636	1 152	1 172	487 107	241	236	25,6

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.4.2. Mortalité maternelle et milieu de résidence

Le rapport de mortalité maternelle (RMM) s'élève à 236 décès maternels à l'échelle nationale. Il varie selon le milieu de résidence. En effet, il est plus élevé en milieu urbain (239 décès maternels) qu'en zone rurale, (234 décès maternels). Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle (TMM) qui mesure le risque de décès maternels chez les femmes en âge de procréer (celles âgées de 15-49 ans) se situe à 26 décès maternels pour 100 000 femmes âgées de 15-49 ans à l'échelle nationale. Contrairement au RMM, il est plus élevé en milieu rural (33 décès maternels) qu'en milieu urbain, (21 décès maternels).



Tableau V-24 : Mortalité maternelle par milieu de résidence selon le moment

Mlieu de résidence	Durant la grossesse	Durant l'accouchement	42 jours suivant la fin d'une grossesse	Décès maternels	Décès liés à la grossesse	Naissances vivantes des 12 derniers mois	Effectifs Femmes 15-49 ans	RMG (pour 100 000 naissances vivantes)	RMM (pour 100 000 NV)	TMM (pour 100 000 FAR)
Urbain	347 (63,8%)	103 (19,0%)	100 (18,4%)	543	549	226 989	2 647 861	242	239	20,5
Rural	423 (69,5%)	108 (17,7%)	92 (15,1%)	609	622	260 118	1 851 775	239	234	32,9
National	770 (66,8%)	211 (18,3%)	192 (16,7%)	1 152	1 172	487 107	4 499 636	241	236	25,6

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.4.3. Variation régionale de la mortalité maternelle

La mortalité maternelle varie selon la région de résidence. En effet, les régions de Kédougou (59 décès maternels pour 100 000 femmes de 15-49 ans), Kolda (50), Sédhiou (46) et Matam (39) se caractérisent par les taux de mortalité maternelle les plus élevés. A l'opposé, le risque de décès maternel chez les femmes en âge de procréer est moins fréquent dans les régions de Thiès (16) et de Dakar (17).

Tableau V-25 : Mortalité maternelle par région

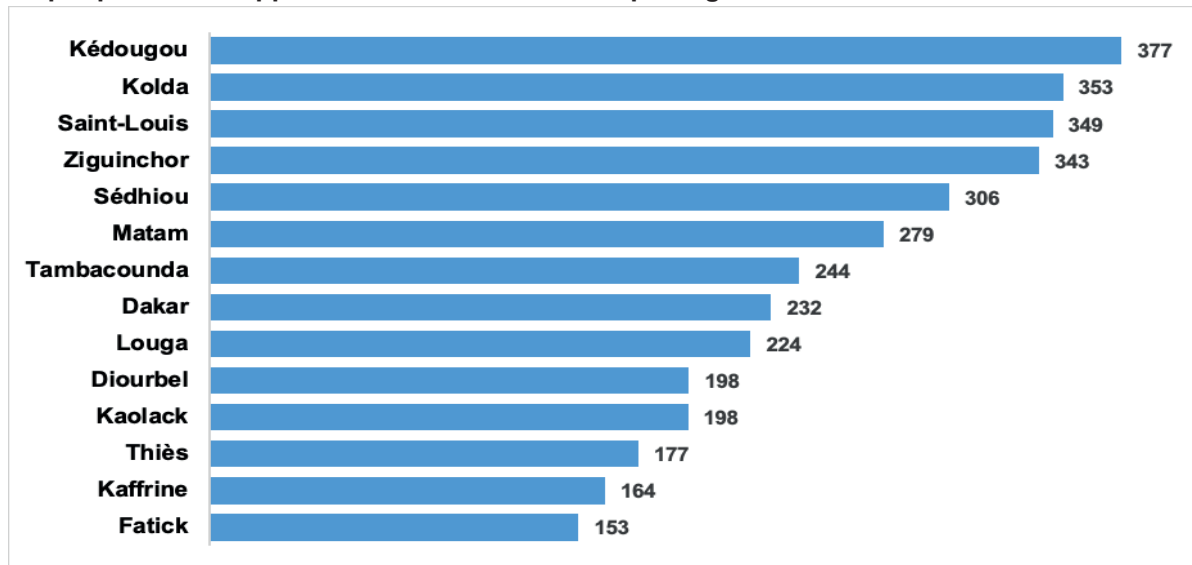
Région	Décès maternels	Décès liés à la grossesse	Naissances vivantes des 12 derniers mois	Effectifs Femmes 15-49 ans	RMG (pour 100 000 naissances vivantes)	RMM (pour 100 000 naissances vivantes)	TMM (pour 100 000 FAR)
Dakar	189	189	81 402	1 136 807	232	232	16,6
Ziguinchor	49	50	14 289	144 629	350	343	33,9
Diourbel	126	128	63 526	518 297	202	198	24,3
Saint-Louis	107	108	30 693	291 173	351	349	36,7
Tambacounda	80	82	32 802	228 560	250	244	35,0
Kaolack	83	83	41 950	312 378	199	198	26,6
Thiès	101	103	56 915	616 194	180	177	16,4
Louga	65	66	29 049	279 077	226	224	23,3
Fatick	40	40	26 220	206 694	153	153	19,4
Kolda	105	111	29 759	210 477	374	353	49,9
Matam	72	73	25 831	188 038	285	279	38,3
Kaffrine	44	46	26 896	185 575	171	164	23,7
Kédougou	32	32	8 484	54 565	382	377	58,6
Sédhiou	59	60	19 291	127 173	309	306	46,4
National	1 152	1 172	487 107	4 499 636	241	236	25,6

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Les rapports de mortalité maternelle les plus élevés sont observés dans les régions de Kédougou (377 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), Kolda (353), Saint-Louis (349), Ziguinchor (343), Sédhiou (306), Matam (279), et Tambacounda (244). Par ailleurs, ces niveaux de mortalité maternelle se situent tous au-dessus de la moyenne nationale (236). En revanche, dans les autres régions, la mortalité maternelle est inférieure à la moyenne nationale, avec un niveau qui varie entre 232 et 153 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. De plus, la région de Fatick affiche le niveau de mortalité maternelle le plus faible (153 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), comparée aux autres régions du pays.



Graphique V-15 : Rapport de mortalité maternelle par région



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

L'analyse de l'évolution dans le temps des rapports de mortalité maternelle et des rapports de mortalité liée à la grossesse, indique globalement une tendance à la baisse pour tous ces indicateurs de décès maternels. Ainsi, le rapport de mortalité liée à la grossesse (RMG) a reculé de 193 points entre 2013 et 2023.

Tableau V-26 : Rapport de mortalité maternelle (RMM) selon d'autres sources

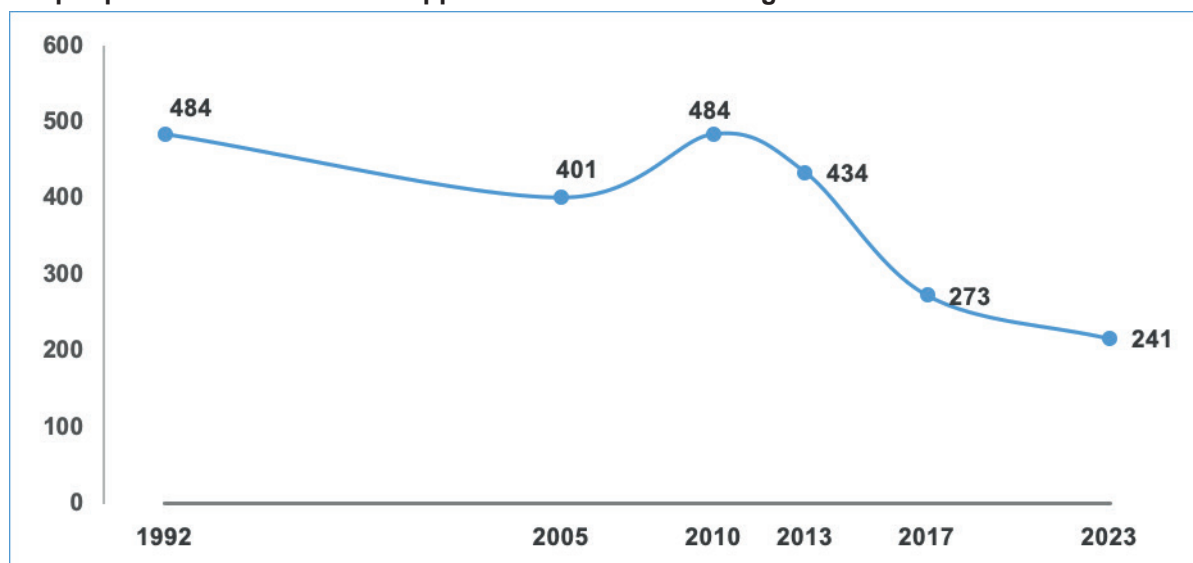
Sources	Rapport de mortalité maternelle (RMM) (pour 100 000 naissances vivantes)	Rapport de mortalité liée à la grossesse (RMG) (pour 100 000 naissances vivantes)
EDS-1992	ND	484
EDS 2005	ND	401
EDS-MICS 2010-2011	ND	484
RGPHAE 2013	ND	434
EDS-C 2017	236	273
RGPH-5 2023	236	241

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Cependant, le rapport de mortalité lié à la grossesse a connu une évolution irrégulière dans le temps. En effet, la première baisse s'est réalisée entre 1992 à 2005, elle est suivie d'une hausse en 2010 qui a remis le niveau de mortalité liée à la grossesse à la situation de 1992. Toutefois, de 2013 à 2023, le rapport de mortalité liée à la grossesse n'a pas cessé de diminuer en passant de 434 (en 2013) à 241 (en 2023).



Graphique V-16 : Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.5. MORTALITÉ DES ADULTES

La connaissance précise des niveaux et tendances de la mortalité adulte dans les pays en développement comme le Sénégal est limitée par une absence généralisée de systèmes d'Etat Civil dont la couverture est complète. Toutefois, la surveillance de la mortalité adulte est importante pour évaluer la santé globale de la population, identifier les tendances de mortalité, comprendre les principales causes de décès et orienter les politiques de santé publique. Elle contribue également à la planification des services de santé et à l'identification des besoins en matière de prévention des maladies au sein de la population adulte.

Cette section traite de l'analyse du niveau et de la structure de la mortalité adulte (15 ans et plus), selon l'âge, le sexe, le milieu de résidence et la région. L'analyse porte également sur l'estimation de l'espérance de vie des adultes de 15 ans et plus et la mesure du taux de survie des 15-60 ans, à travers la technique de la table de mortalité.

V.5.1. Niveau de mortalité des adultes

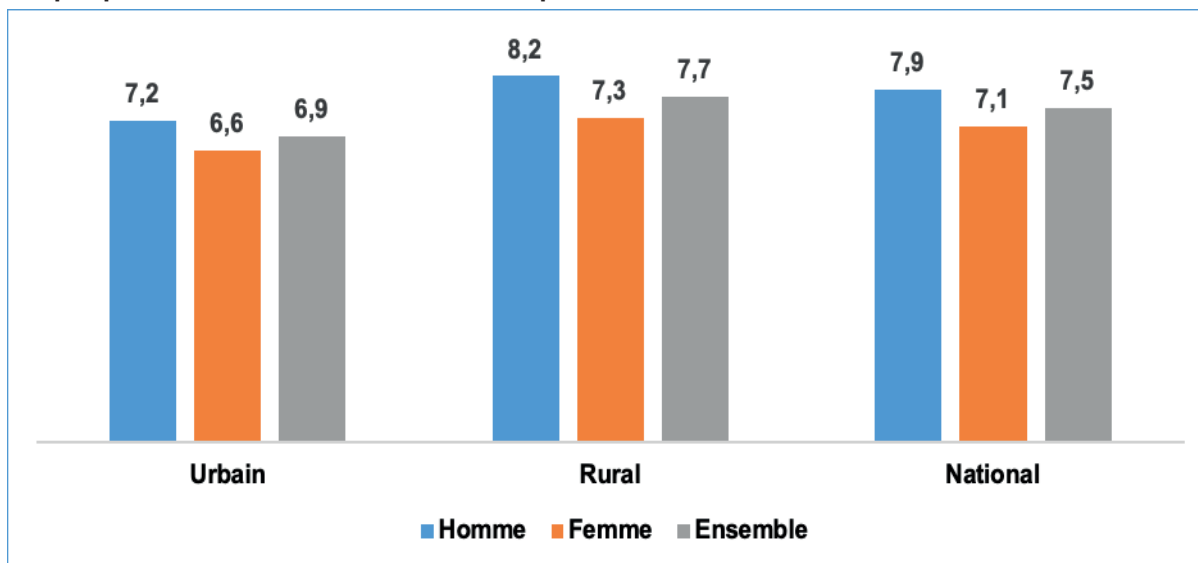
Dans le cadre de l'analyse démographique, la mortalité adulte est en général définie comme la mortalité des personnes âgées de 15 ans et plus. Cependant, dans certains contextes, le terme de « mortalité adulte » se réfère plus particulièrement à la mortalité entre les âges de 15 et 60 ans. Ainsi, la probabilité qu'une personne décède entre son 15e et son 60e anniversaire (notée $45q_{15}$ dans la table de mortalité), est devenue l'indicateur usuel de la mortalité adulte définie dans ce sens restrictif. Par ailleurs, les décès d'adultes étant des événements relativement rares, l'ordre de grandeur des taux de mortalité adulte est considérablement plus faible que celui des enfants pour la plupart des âges.

V.5.2. Taux de mortalité adulte

La mortalité adulte varie en fonction du milieu de résidence selon le sexe. En effet, le taux de mortalité adulte s'élève à 7,5‰ au niveau national. Le phénomène est plus accentué dans le milieu rural (7,7‰) qu'en zone urbaine (6,9‰). De plus, globalement les hommes adultes (7,9‰) décèdent plus que les femmes adultes (7,1‰). Cette situation est valable indépendamment du milieu de résidence, avec respectivement 7,2‰ contre 6,6‰ pour le milieu urbain et 8,2‰ contre 7,3‰ pour le milieu rural.



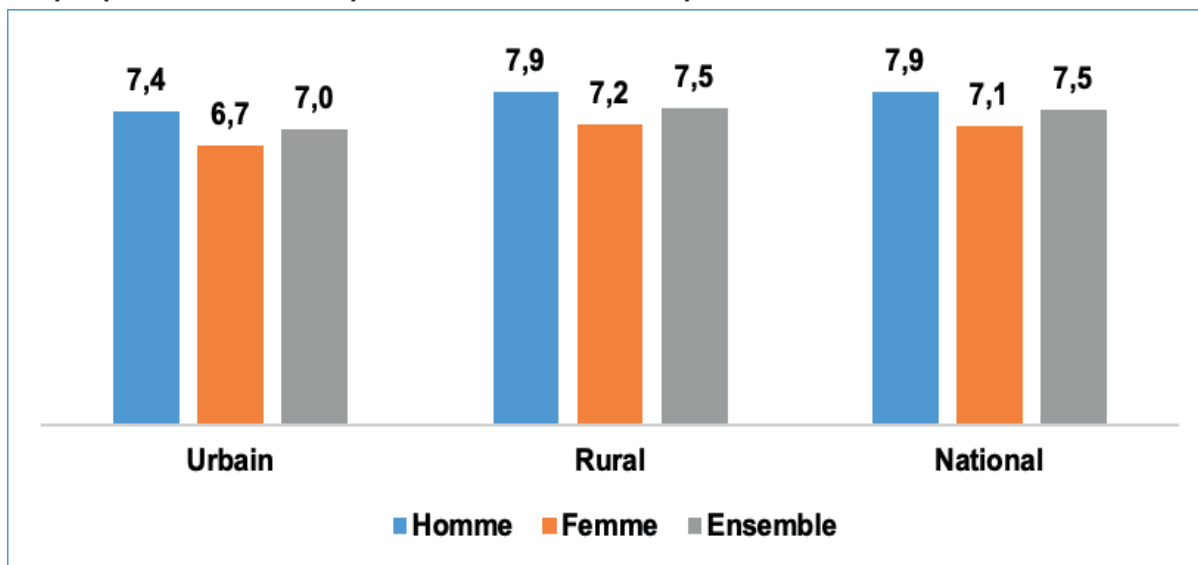
Graphique V-17 : Taux de mortalité adulte par milieu de résidence selon le sexe



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Le recours à la méthode de la population-type indique une hausse de la mortalité adulte dans le milieu urbain marquée par une surmortalité masculine. A cela s'ajoute une baisse du niveau de mortalité des adultes dans le milieu rural, quel que soit le sexe, surtout chez les hommes adultes. Ainsi, la structure par âge de la population influe différemment sur la mortalité adulte en fonction du milieu de résidence.

Graphique V-18 : Taux comparatif de mortalité adulte par milieu de résidence selon le sexe

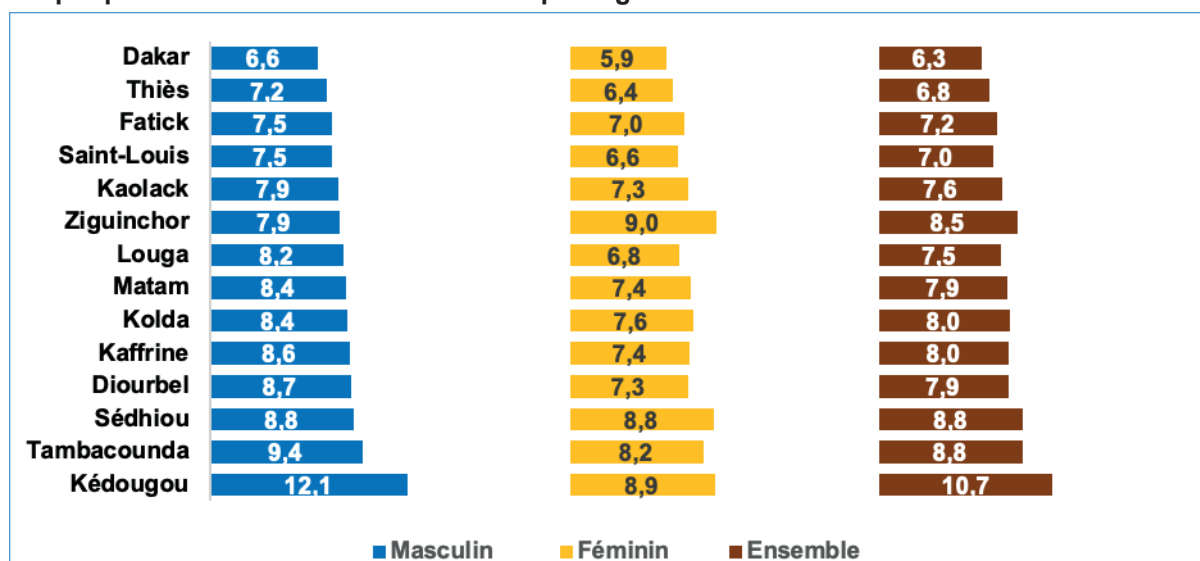


Source: ANSD. RGPH-5, 2023

La mortalité adulte est plus accentuée dans les régions de Kédougou (10,7‰), Tambacounda (8,8‰), Sédhiou (8,8‰) et Ziguinchor (8,5‰). En revanche, les régions les moins touchées par le phénomène sont Dakar (6,3‰) et Thiès (6,8‰). Par ailleurs, l'analyse selon le sexe indique que les niveaux de mortalité adulte les plus élevés chez les hommes sont observés dans les régions de Kédougou (12,1‰), Tambacounda (9,4‰), Sédhiou (8,8‰), Diourbel (8,7‰) et Kaffrine (8,6‰). Tandis que chez les femmes, les régions de Ziguinchor (9,0‰), Kédougou (8,9‰) et Sédhiou (8,8‰) affichent les taux de mortalité adulte les plus élevés.



Graphique V-19 : Taux de mortalité adulte par région selon le sexe



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

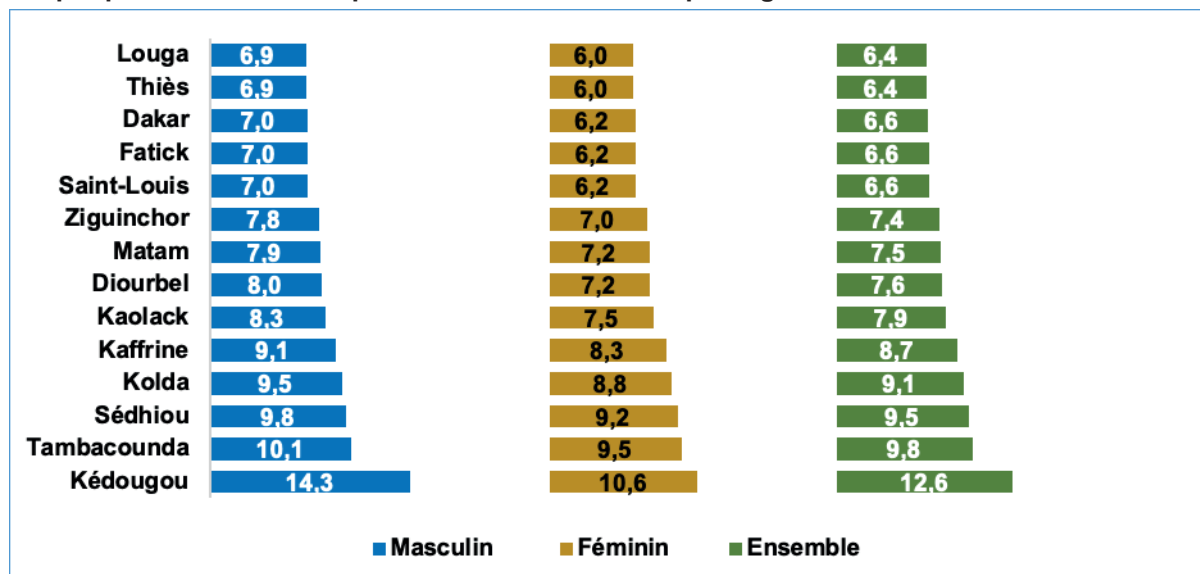
Il ressort de l'application de la structure par âge de la population-type sur la structure des décès de chaque région, un changement du niveau de mortalité dans toutes les régions. En effet, la mortalité adulte baisse dans les régions de Thiès (6,4‰), Fatick (6,6‰), Saint-Louis (6,6‰), Ziguinchor (7,4‰), Louga (6,4‰), Matam (7,5‰) et Diourbel (7,6‰). Par contre, elle connaît une hausse dans les régions de Dakar (6,6‰), Kaolack (7,9‰), Kolda (9,1‰), Kaffrine (8,7‰), Sédhiou (9,5‰), Tambacounda (9,8‰) et Kédougou (12,6‰).

L'analyse selon le sexe montre que la mortalité adulte augmente chez les hommes après application de la structure de la population-type, notamment dans les régions de Dakar (7,0‰), Kaolack (8,3‰), Kolda (9,5‰), Kaffrine (9,1‰), Sédhiou (9,8‰), Tambacounda (10,1‰) et Kédougou (14,1‰). Tandis qu'une baisse est observée toujours chez les hommes dans les régions de Thiès (6,9‰), Fatick (7,0‰), Saint-Louis (7,0‰), Ziguinchor (7,8‰), Louga (6,9‰), Matam (7,9‰) et Diourbel (8,0‰).

De plus, chez les femmes la mortalité adulte change également lorsque la structure de la population-type est utilisée. Ainsi, à l'instar des hommes, la mortalité des femmes adultes recule dans les mêmes régions telles que Thiès (6,0‰), Fatick (6,2‰), Saint-Louis (6,2‰), Ziguinchor (7,0‰), Louga (6,0‰), Matam (7,2‰) et Diourbel (7,2‰). Il en est de même dans les régions de Dakar (6,2‰), Kaolack (7,5‰), Kolda (8,8‰), Kaffrine (8,3‰), Sédhiou (9,2‰), Tambacounda (9,5‰), Kédougou (10,6‰), où la mortalité des femmes adultes connaît un relèvement de son niveau à l'image de celle de leurs homologues hommes.



Graphique V-20 : Taux comparatif de mortalité adulte par région selon le sexe



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.5.2.1. Espérance de vie des adultes de 15 ans et plus

Les résultats du **tableau V-27** indiquent que, quel que soit le groupe d'âge, l'espérance de vie des femmes adultes de 15 ans et plus est supérieure à celle des hommes. En effet, des âges relativement jeunes aux âges avancés, l'écart varie entre 2,7 ans et 0,4 an en faveur des femmes.

Tableau V-27 : Espérance de vie des adultes (à partir de 15 ans) par groupe d'âge selon le sexe

Groupe d'âge	Homme	Femme	Ensemble
15-19	51,9	54,6	53,2
20-24	47,2	49,9	48,5
25-29	42,7	45,2	44,0
30-34	38,3	40,6	39,5
35-39	33,9	36,1	35,0
40-44	29,5	31,7	30,6
45-49	25,3	27,4	26,3
50-54	21,2	23,2	22,2
55-59	17,4	19,1	18,2
60-64	13,9	15,3	14,6
65-69	10,7	11,9	11,3
70-74	7,9	8,9	8,4
75-79	5,6	6,5	6,1
80-84	3,8	4,5	4,2
85-89	3,8	4,4	4,1
90-95	3,6	4,0	3,8
95 et plus	2,5	2,5	2,5

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

En outre, l'espérance de vie des adultes (15 ans et plus) est plus élevée dans les régions de Dakar (55,1 ans), Thiès (55 ans), Louga (54,7 ans) et Diourbel (54,1 ans) et aussi dans le milieu urbain (54,1 ans). Par contre, les personnes adultes vivraient moins longtemps dans les régions de Kolda (49,1 ans), Ziguinchor (49,2 ans), Sédhiou (49,2 ans) et Kédougou (49,8 ans).



De plus, quels que soient la région et le milieu de résidence, les femmes adultes ont une espérance de vie plus longue que celle de leurs homologues hommes. Elles vivent plus longtemps que ces derniers, indépendamment de la région et du milieu de résidence.

Tableau V-28 : Espérance de vie des adultes (à partir de 15 ans) par groupe d'âge selon le sexe

Contexte de résidence	Homme	Femme	Ensemble
Région			
Dakar	53,5	56,9	55,1
Ziguinchor	47,6	50,8	49,2
Diourbel	52,6	55,5	54,1
Saint-Louis	51,4	53,5	52,5
Tambacounda	51,4	52,3	51,9
Kaolack	50,2	53,7	52,0
Thiès	53,5	56,6	55,0
Louga	53,4	55,9	54,7
Fatick	51,4	55,4	53,4
Kolda	48,3	49,9	49,1
Matam	51,5	53,6	52,6
Kaffrine	52,0	55,1	53,5
Kédougou	48,3	51,7	49,8
Sédhiou	48,5	49,9	49,2
Milieu de résidence			
Urbain	52,6	55,6	54,1
Rural	51,1	53,6	52,4
National	51,9	54,6	53,2

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.5.3. ANALYSE DE LA SURVIE DES ADULTES

Le taux de survie mesure la probabilité pour un individu ayant un âge donné d'atteindre un âge supérieur. Généralement, les taux de survie sont plus élevés chez les personnes d'un âge avancé et aussi chez les femmes.

V.5.3.1. Survie des adultes de 15-60 ans par groupe d'âge selon le sexe

Les personnes ayant survécu jusqu'à un âge avancé affichent les taux de survie les plus élevés. Ainsi, de 77,4% à 15-19 ans, le taux de survie des adultes de 15-60 ans s'accroît de manière significative pour atteindre son niveau le plus élevé entre 55 et 59 ans. Cette situation reste valable indépendamment du sexe.

Par ailleurs, les femmes adultes ont un taux de survie supérieur à celui des hommes adultes, quel que soit le groupe d'âge. De plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les adultes de 15-60 ans ayant atteint un âge avancé ont les taux de survie les plus élevés.


Tableau V-29 : Taux de survie (%) des adultes de 15-60 ans par groupe d'âge selon le sexe

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Ensemble
15-19	74,6	80,1	77,4
20-24	75,2	80,5	77,9
25-29	76,0	81,1	78,6
30-34	77,1	81,9	79,5
35-39	78,3	82,9	80,6
40-44	79,9	84,3	82,1
45-49	82,1	86,3	84,3
50-54	85,5	89,1	87,4
55-59	90,9	93,2	92,1

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.5.3.2. Survie des adultes de 15-60 ans par région et par milieu de résidence selon le sexe

Le taux de survie des adultes de 15-60 ans s'élève à 77,4%. Il est plus élevé chez les femmes (80,1%). Ainsi, quels que soient la région et le milieu de résidence, les femmes adultes de 15-60 ans ont les taux de survie les plus importants. En outre, les régions de Dakar (81,1%), Thiès (80,8%), Louga (80,3%), Diourbel (79,1%) et le milieu urbain (79,1%), affichent les taux de survie des adultes de 15-60 ans les plus élevés. A l'opposé, les taux de survie qui sont relativement moins élevés sont enregistrés dans les régions de Kolda (68,5%), Ziguinchor (68,6%) et Sédhiou (68,8%).

Tableau V-30 : Taux de survie (%) des adultes de 15-60 ans par région et par milieu de résidence selon le sexe

Contexte de résidence	Homme	Femme	Ensemble
Région			
Dakar	78,0	84,2	81,1
Ziguinchor	64,9	72,5	68,6
Diourbel	76,1	81,7	79,1
Saint-Louis	73,7	78,0	75,9
Tambacounda	73,6	75,6	74,6
Kaolack	70,9	78,3	74,7
Thiès	78,0	83,7	80,8
Louga	77,8	82,5	80,3
Fatick	73,6	81,6	77,7
Kolda	66,5	70,5	68,5
Matam	73,8	78,2	76,2
Kaffrine	74,8	81,0	77,9
Kédougou	66,4	74,3	70,0
Sédhiou	67,0	70,4	68,8
Milieu de résidence			
Urbain	76,2	82,0	79,1
Rural	72,9	78,1	75,6
National	74,6	80,1	77,4

Source: ANSD. RGPH-5, 2023



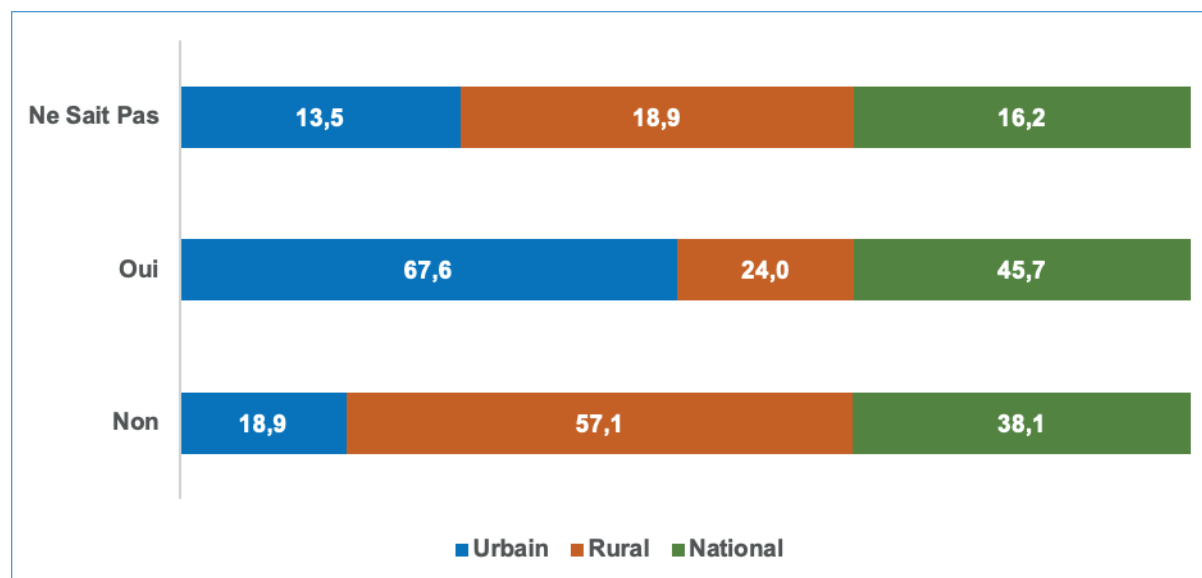
V.6. ENREGISTREMENT DES DÉCÈS À L'ÉTAT CIVIL

Ce point vise à examiner la variation du niveau d'enregistrement des décès à l'état civil selon l'âge au décès, le milieu de résidence et la région.

V.6.1. Niveau d'enregistrement des décès selon le milieu de résidence

Le niveau de déclaration des décès à l'état civil est évalué à 45,7% contre 38,1% pour les décès non déclarés. En outre, la déclaration des décès est plus élevée en milieu urbain (67,6%) qu'en milieu rural (24,0%), où la non déclaration des décès à l'Etat civil concerne plus de la moitié des décès (57,1%).

Graphique V-21 : Répartition de la déclaration de décès à l'Etat Civil par milieu de résidence selon le statut



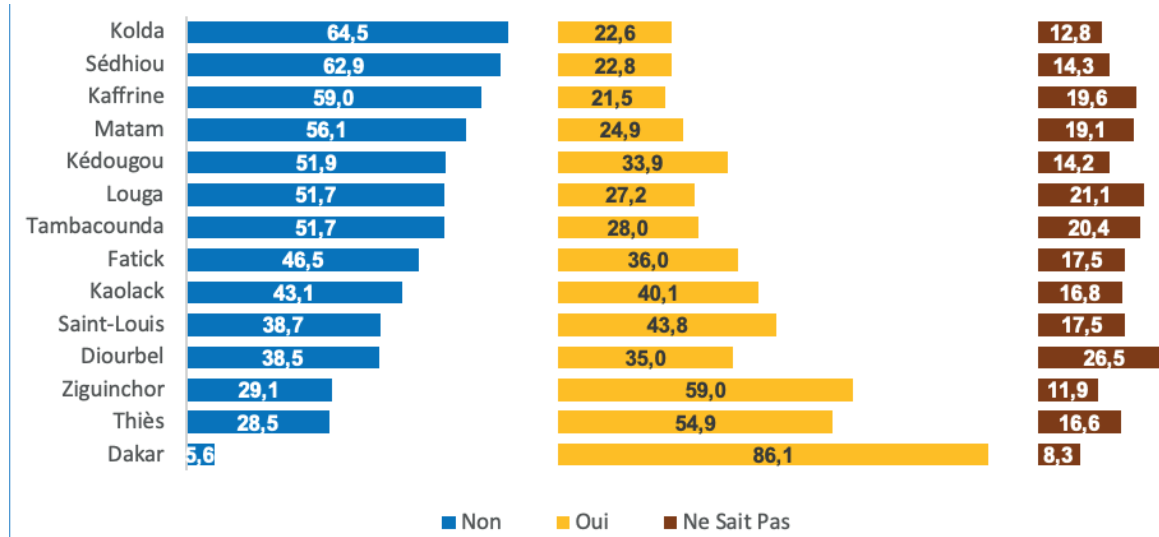
Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.6.2. Niveau d'enregistrement des décès à l'état civil par région

La déclaration des décès à l'Etat Civil varie en fonction des régions. En effet, les proportions les plus élevées sont observées dans les régions de Dakar (86,1%), Ziguinchor (59,0 %) et Thiès (54,9%). A l'opposé, les régions de Kaffrine (21,5%), Kolda (22,6%), Sédhiou (22,8%) et Matam (24,9%), affichent les plus faibles proportions de décès déclarés à l'Etat Civil.



Graphique V-22: Répartition de la déclaration des décès à l'Etat Civil par région selon le statut



Source: ANSD. RGPH-5, 2023

Dans l'ensemble, le niveau de déclaration des décès à l'Etat Civil est plus élevé chez les hommes (47,4%) que chez les femmes (43,7%), avec des proportions qui varient selon le milieu de résidence. En effet, elles sont plus importantes en milieu urbain, quel que soit le sexe, soit 68,3% pour les hommes et 66,7% pour les femmes en milieu urbain, contre respectivement, 26,3% et 21,3% dans la zone rurale.

De plus, les niveaux de déclaration des décès les plus importants sont relevés dans les régions de Dakar (85,9%), Ziguinchor (61,7%) et Thiès (55,8%) quel que soit le sexe. Par contre, chez les hommes ils sont relativement moins élevés dans les régions de Kaffrine (22,3%), Sédhiou (24,6%) et Kolda (24,8%) et chez les femmes il s'agit des régions de Kaffrine (19,7%), Kolda (20,1%), Sédhiou (21,2%), Matam (21,4%) et Louga (24,5%).

Tableau V-31 : Répartition des décès par région et par milieu de résidence selon le sexe et le statut de déclaration à l'état civil

Région de résidence	Homme				Femme			
	Statut de déclaration à l'Etat Civil			Total	Statut de déclaration à l'Etat Civil			Total
	Non déclaré	Déclaré	NSP		Non déclaré	Déclaré	NSP	
Région								
Dakar	5,3	85,9	8,8	100,0	5,8	86,4	7,9	100,0
Ziguinchor	26,3	61,7	12,0	100,0	31,7	56,7	11,6	100,0
Diourbel	37,0	36,0	27,1	100,0	40,0	34,0	26,0	100,0
Saint-Louis	36,8	45,0	18,2	100,0	40,4	43,3	16,4	100,0
Tambacounda	51,1	29,0	19,8	100,0	52,8	25,8	21,4	100,0
Kaolack	42,0	42,0	16,0	100,0	44,0	37,8	18,2	100,0
Thiès	27,8	55,8	16,4	100,0	29,4	53,4	17,2	100,0
Louga	49,2	30,3	21,0	100,0	54,1	24,5	21,3	100,0
Fatick	44,1	38,8	17,1	100,0	49,7	32,4	17,9	100,0
Kolda	63,1	24,8	12,0	100,0	66,3	20,1	13,6	100,0
Matam	53,7	27,9	18,4	100,0	58,2	21,4	20,4	100,0
Kaffrine	58,2	22,3	19,4	100,0	59,9	19,7	20,4	100,0



Région de résidence	Homme				Femme			
	Statut de déclaration à l'Etat Civil			Total	Statut de déclaration à l'Etat Civil			Total
	Non déclaré	Déclaré	NSP		Non déclaré	Déclaré	NSP	
Kédougou	53,2	32,8	14,0	100,0	50,5	35,0	14,4	100,0
Sédhiou	60,6	24,6	14,8	100,0	64,8	21,2	14,1	100,0
Milieu de résidence								
Urbain	18,4	68,3	13,3	100,0	19,5	66,7	13,8	100,0
Rural	54,8	26,3	18,9	100,0	59,8	21,3	18,9	100,0
National	36,5	47,4	16,1	100,0	39,9	43,7	16,4	100,0

Source: ANSD. RGPH-5, 2023

V.6.3. Niveau d'enregistrement selon l'âge au décès

Le statut de déclaration des décès varie d'un groupe d'âge à un autre. En effet, le taux de déclaration est plus élevé chez les adultes dont l'âge est compris entre 35 et 79 ans, avec plus de la moitié des décès déclarés à l'Etat Civil. En revanche, les déclarations les plus faibles et les non déclarations concernent davantage les décès de jeunes enfants âgés de moins de 15 ans.

Tableau V-32 : Répartition en pourcentage des décès par âge au décès selon le statut de déclaration à l'état civil en 2023

Groupes d'âge	Statut de déclaration des décès à l'état civil			Total
	Décès non déclarés	Décès déclarés	NSP	
Moins d' 1 an	47,6	34,2	18,2	100,0
1-4	51,9	30,8	17,2	100,0
5-9	52,6	33,3	14,2	100,0
10-14	47,3	36,6	16,2	100,0
15 - 19	44,5	40,3	15,2	100,0
20 - 24	41,4	42,9	15,7	100,0
25 - 29	37,3	47,6	15,1	100,0
30 - 34	34,7	48,4	16,9	100,0
35 - 39	32,3	52,1	15,6	100,0
40 - 44	31,9	52,9	15,2	100,0
45 - 49	28,5	54,8	16,6	100,0
50 - 54	30,0	54,7	15,3	100,0
55 - 59	26,7	58,9	14,3	100,0
60 - 64	30,1	54,1	15,9	100,0
65 - 69	26,6	58,1	15,4	100,0
70 - 74	31,8	51,6	16,6	100,0
75 - 79	31,6	52,8	15,6	100,0
80 - 84	35,5	48,8	15,7	100,0
85 - 89	31,9	54,1	14,0	100,0
90 - 94	35,3	48,9	15,8	100,0
95 et plus	40,1	43,0	17,0	100,0
Total	37,9	45,8	16,3	100,0

Source: ANSD. RGPH-5, 2023



V.7. ANALYSE DE LA SURVIE DES PARENTS DES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

Dans le cadre du RGPH-5, la survie des parents a été analysée pour les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans, orphelins de père, de mère ou des deux parents. En général, la majorité (61,8%) des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents biologiques, quels que soient l'âge, le sexe, la région et le milieu de résidence. Par ailleurs, la proportion d'enfants de moins de 18 ans qui « vit avec la mère mais pas avec le père » (16,7%) est plus élevée que celle d'enfants du même groupe d'âge qui « vit avec le père mais pas la mère » (4,9%) indépendamment de l'âge, du sexe, de la région et du milieu de résidence.

De plus, parmi les enfants de moins de 18 ans qui « ne vivent avec aucun des deux parents biologiques » représentant (14,3%), les proportions de ceux dont « les deux parents sont vivants » (12,5%) restent plus importantes. En revanche, les plus faibles proportions concernent les enfants pour lesquels, « seul le père est en vie » (0,6%), ou ceux pour qui « seule la mère est vivante » (0,8%), ainsi que les enfants orphelins de père et de mère (0,3%), et ceci quels que soient l'âge, le sexe, la région et le milieu de résidence.



Tableau V-33 : Répartition des moins de 18 ans par âge, sexe, région et milieu de résidence selon l'état de survie des parents

Caractéristiques	Vit avec la mère mais pas avec le père			Vit avec le père mais pas avec la mère			Ne vit avec aucun des deux parents					Ne Sait Pas	Total		
	Père en vie	Père décédé	Ne sait pas si Père en vie	Mère en vie	Mère décédée	Ne sait pas si Mère en vie	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux décédés	Un des parents est décédé et l'autre ne sait pas				
Groupe d'âge															
0 - 4 ans	67,8	16,6	0,7	1,1	2,3	0,2	1,0	1,0	7,0	0,4	0,3	0,1	0,0	2,3	100
5 - 9 ans	64,5	13,2	1,6	1,1	3,2	0,5	1,0	1,0	11,4	0,5	0,6	0,2	0,1	2,2	100
10 - 14 ans	59,4	11,9	3,1	1,2	3,7	0,9	1,0	1,0	14,5	0,7	1,0	0,3	0,1	2,2	100
14 - 17 ans	50,7	10,8	4,6	1,3	3,6	1,2	0,9	0,9	20,7	1,0	1,8	0,6	0,1	2,6	100
Sexe															
Masculin	63,1	12,8	2,3	1,1	3,7	0,7	1,1	1,1	11,3	0,5	0,8	0,3	0,1	2,3	100
Féminin	60,6	14,0	2,2	1,2	2,7	0,6	0,9	0,9	13,7	0,7	0,8	0,3	0,1	2,4	100
Région															
DAKAR	60,0	16,9	2,2	1,3	3,6	0,5	1,3	1,3	10,7	0,6	0,6	0,2	0,0	2,0	100
ZIGUINCHOR	49,5	15,6	2,7	0,7	4,7	0,6	0,6	0,6	20,5	0,9	1,7	0,5	0,1	1,7	100
DIOURBEL	59,5	15,9	1,8	1,6	3,1	0,5	1,1	1,1	12,1	0,5	0,7	0,2	0,1	2,9	100
SAINT-LOUIS	59,8	14,5	2,1	0,9	3,5	0,7	0,9	0,9	13,9	0,8	0,8	0,3	0,1	1,7	100
TAMBACOUNDA	65,5	10,1	2,3	1,3	3,0	0,9	1,3	1,3	10,4	0,5	0,7	0,3	0,1	3,5	100
KAOLACK	64,5	10,8	2,3	1,1	2,6	0,6	0,8	0,8	12,9	0,6	1,0	0,3	0,1	2,4	100
THIES	62,0	14,5	2,2	1,1	3,3	0,5	0,9	0,9	11,8	0,5	0,6	0,2	0,1	2,2	100
LOUGA	63,8	13,3	1,6	1,0	2,6	0,6	0,8	0,8	12,8	0,5	0,6	0,2	0,1	2,1	100
FATICK	59,9	15,0	2,6	1,0	2,6	0,6	0,7	0,7	13,8	0,6	0,9	0,2	0,1	2,1	100
KOLDA	66,9	8,3	2,9	0,6	2,9	1,3	0,9	0,9	12,2	0,6	1,2	0,6	0,1	1,4	100
MATAM	57,1	15,5	2,4	1,4	3,8	0,7	0,9	0,9	13,9	0,7	0,8	0,3	0,1	2,5	100
KAFFRINE	72,1	5,8	1,8	0,7	2,3	0,7	0,9	0,9	11,3	0,4	0,8	0,2	0,1	2,8	100
KEDOUGOU	69,1	7,3	2,6	1,2	2,6	0,9	1,4	1,4	10,1	0,5	0,9	0,5	0,1	2,9	100
SEDHIOU	60,8	8,0	2,8	0,8	3,1	0,9	1,2	1,2	16,4	0,7	1,4	0,6	0,1	3,1	100
Milieu de résidence															
Urbain	57,7	16,7	2,3	1,3	3,5	0,5	1,0	1,0	13,0	0,7	0,8	0,3	0,1	2,2	100
Rural	65,8	10,3	2,2	1,0	2,8	0,8	1,0	1,0	12,1	0,5	0,8	0,3	0,1	2,4	100
National	61,8	13,4	2,2	1,1	3,2	0,7	1,0	1,0	12,5	0,6	0,8	0,3	0,1	2,3	100

Source: ANSD, RGPH-5, 2023



CONCLUSION

De l'analyse de la mortalité, il est ressorti un taux brut de 5,6‰ au niveau national, ce taux étant plus élevé en milieu rural (6,0‰) qu'en milieu urbain (5,2‰). Le taux de mortalité infantile est évalué à 33,9‰ avec une légère surmortalité masculine (35,3‰ contre 32,4‰). Sur 1000 enfants nés vivants, 48 enfants n'atteignent pas leur premier anniversaire et 66 ne fêtent pas leur cinquième anniversaire.

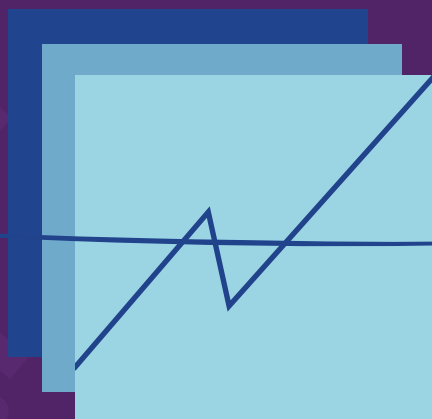
Le rapport de mortalité maternelle est de 236 décès pour 100 000 naissances vivantes avec une légère supériorité dans le milieu urbain (239 décès) comparée au milieu rural (234 décès) pour 100 000 naissances vivantes. Au niveau régional, ce ratio est plus élevé à Kédougou avec 377 décès pour 100 000 naissances vivantes. Par contre, il est plus faible à Fatick avec 153 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité maternelle est de 26 décès maternels pour 1000 femmes de 15-49 ans avec une prédominance du milieu rural (33) par rapport au milieu urbain (21). Il est plus élevé dans la région de Kédougou qui a enregistré 59 décès maternels pour 1000 femmes de 15-49 ans. Toutefois, le taux de mortalité maternelle est plus faible dans les régions de Thiès et Dakar, avec respectivement 16 et 17 décès maternels pour 1000 femmes en âge de procréer.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 68,9 ans et est plus élevée chez les filles (70,0 ans) que les garçons (67,7 ans). Elle est plus élevée en milieu urbain (70,1 ans) qu'en milieu rural (67,6 ans). Au niveau régional, les régions de Dakar (72,0 ans) et Thiès (71,3 ans) se distinguent par les espérances de vie à la naissance les plus élevées. En revanche, elles sont moins élevées à Sédhiou (62,9 ans), Kolda (62,7 ans), Ziguinchor (62,8 ans) et Kédougou (63,8 ans).

Les femmes adultes de 15-60 ans ont une espérance de vie plus élevée que celle des hommes à l'échelle nationale, quels que soient la région et le milieu de résidence. Par ailleurs, les taux de survie les plus élevés concernent les adultes qui ont atteint un âge supérieur, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les espérances de vie chez les adultes les plus élevées sont observées dans les régions de Dakar, Thiès, Louga et Diourbel et dans le milieu urbain. Il en est de même pour les taux de survie des adultes de 15-60 ans avec une situation plus favorable chez les femmes quels que soient la région et le milieu de résidence.

La proportion de décès déclarés à l'état civil est estimée à 45,7%. La proportion de décès non déclarés à l'état civil est plus élevée en milieu rural (57,1%) qu'en milieu urbain (18,9%). Malgré la baisse continue du niveau de mortalité, il est encore loin des objectifs fixés par les programmes internationaux à travers l'ODD-3. La sous déclaration des décès à l'état civil demeure elle aussi un problème majeur au niveau de la société sénégalaise. Ainsi, des efforts supplémentaires devraient être faits pour baisser davantage le niveau de mortalité mais aussi et surtout mettre en place des stratégies pour rehausser le niveau de déclaration des décès à l'état civil.



ANSD

Agence Nationale de la
Statistique et de la Démographie



Rocade Fann Bel-air Cerf-volant, Colobane. BP 116 Dakar RP - SENEGAL



(+221) 33 869 21 39 Fax : (+221) 33 824 36 15