

CHAPITRE 9

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Gora Mboup

Le niveau de mortalité des enfants est considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. Il est, en effet, l'une des composantes de l'indice du développement humain (IDH) élaboré par les Nations Unies. Les résultats fournis par l'EDSBF-II seront utiles pour la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Ces résultats concernent les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants selon la résidence et l'instruction des mères, le suivi des grossesses et l'assistance à l'accouchement, et selon certaines caractéristiques du comportement reproductif (l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance et l'intervalle entre naissances).

9.1 MÉTHODOLOGIE

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire individuel femme. Comme indiqué au Chapitre 3, l'enquêtrice demandait à la femme de fournir la liste de ses naissances en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie et, en cas de décès, l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins de un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus). Les indicateurs suivants sont calculés à partir de ces informations :

quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact;

quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact;

quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (le terme taux de mortalité infantile sera aussi utilisé pour désigner le quotient de mortalité infantile);

quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire;

quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente à la fois des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. La collecte des informations auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici les femmes de 15-49 ans), ne donne aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée. Dans le cas où ces enfants, *orphelins de mère*, seraient en nombre important et où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère est en vie (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. Toutefois, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour

les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, aucune information sur les naissances issues des femmes de 40-49 ans à cette époque n'est disponible.

Du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données peut être affectée par :

- le sous-enregistrement des événements, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance;
- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés;
- l'imprécision des déclarations d'âge au décès, en particulier l'attraction des 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut, à la fois, engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, sans pour autant modifier le niveau de la mortalité infanto-juvénile.

Par rapport à ces problèmes de collecte, Sullivan et al. (1990) ont montré que les limites méthodologiques inhérentes à l'historique des naissances et les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent en général qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents. Dans le cadre de ce rapport, on n'a donc procédé à aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de l'historique des naissances. Étant donné que plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus le risque d'imprécision est important, l'interprétation des changements survenus dans les niveaux de mortalité peut donc en être affectée. Aussi, pour les périodes éloignées de la date de l'enquête, nous avons calculé les quotients de mortalité sur une base décennale.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 9.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les vingt-cinq dernières années, selon cinq périodes quinquennales. Durant la période quinquennale la plus récente, 1993 à 1998-99, sur 1 000 naissances, 105 décèdent avant leur premier anniversaire (41 ‰ entre 0 et 1 mois et 65 ‰ entre 1 et 12 mois); sur 1000 enfants âgés d'un an, 127 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Finalement, sur 1000 naissances, 219 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

Comparé au niveau atteint par les autres pays du programme de SFPS, le niveau de mortalité infantile observé au Burkina Faso (105 ‰) est plus élevé que celui observé au Cameroun et au Togo où il est respectivement de 77 ‰ et 80 ‰. Durant la première année de vie de l'enfant, la situation du Burkina Faso est similaire à celle de la Côte d'Ivoire (112 ‰), mais elle est meilleure que celle du Niger où sur 1000 naissances 123 décèdent avant d'atteindre l'âge d'un an. Par rapport à la Côte d'Ivoire, il faut noter que si les niveaux de mortalité sont similaires durant la première année de vie, après le premier anniversaire, les enfants burkinabé ont moins de chance que les enfants ivoiriens d'atteindre le cinquième anniversaire (127 ‰ contre 78 ‰). Enfin, au cours des cinq premières années de vie, les enfants burkinabé ont un risque plus élevé de décéder que les enfants ivoiriens (219 ‰ contre 181 ‰).

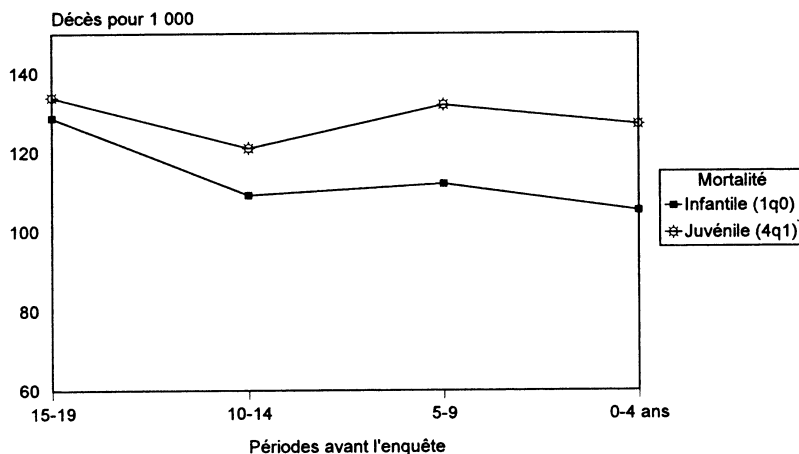
Tableau 9.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans précédant l'enquête, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité				Mortalité infanto-juvénile (5q0)
	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	
0-4	40,8	64,6	105,3	127,1	219,1
5-9	46,6	65,4	112,1	132,0	229,2
10-14	51,2	58,0	109,2	121,0	217,0
15-19	63,0	65,8	128,8	133,9	245,4
20-24	74,5	66,3	140,8	191,6	305,4

Sur la période des 15 dernières années, la mortalité des enfants de moins de cinq ans ne semble pas connaître une baisse (graphique 9.1). Les fluctuations des taux aussi bien sur la période infantile que juvénile témoignent d'une absence d'une évolution régulière de la mortalité. N'eût été les erreurs de sondage qui sont inévitables, les taux seraient identiques.

Graphique 9.1
Tendances de la mortalité infantile et juvénile



EDSBF-II 1998-99

9.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 9.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période des 10 ans précédant l'enquête (1988 à 1998-99). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous-groupe de population, d'un nombre d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des différentes

Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

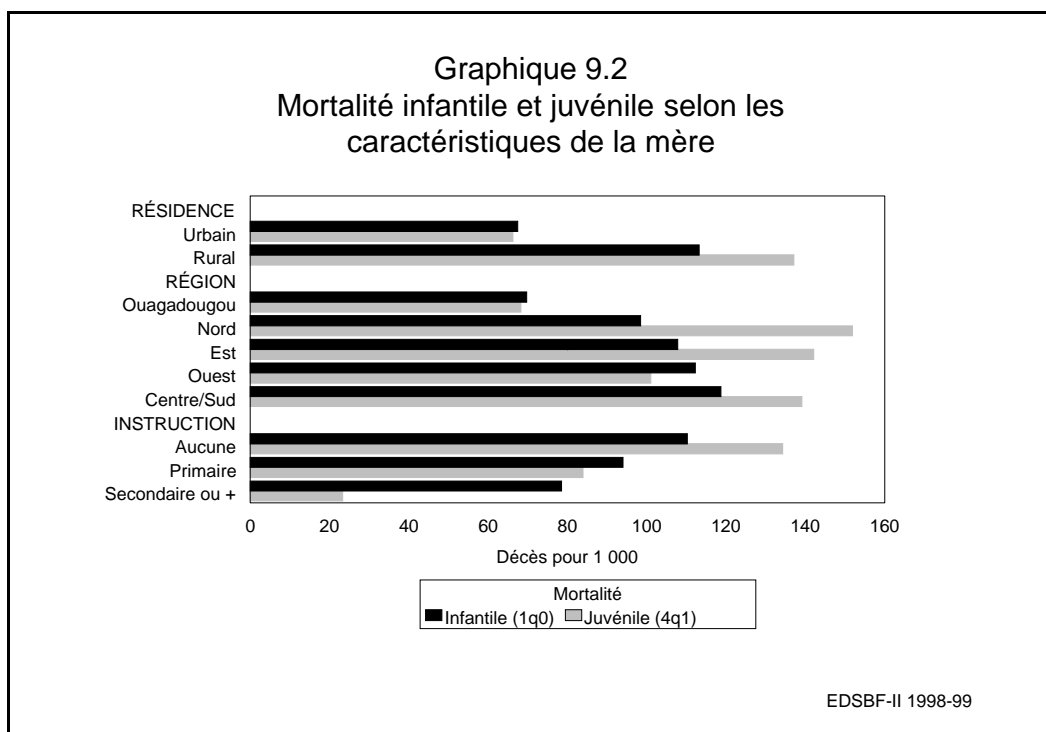
Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	30,9	36,5	67,4	66,2	129,1
Rural	45,1	68,1	113,2	137,1	234,7
Région					
Ville de Ouagadougou	33,5	36,2	69,7	68,2	133,2
Nord	47,5	50,9	98,4	151,9	235,3
Est	41,8	66,0	107,8	142,1	234,6
Ouest	44,5	67,8	112,2	101,0	201,9
Centre/Sud	44,8	73,9	118,7	139,1	241,3
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	43,8	66,3	110,2	134,3	229,7
Primaire	41,3	52,7	94,0	83,9	170,0
Secondaire ou plus	(43,1)	(35,3)	(78,5)	(23,3)	(100,0)
Soins prénatals et assistance à l'accouchement¹					
Ni l'un ni l'autre	50,9	77,3	128,2	-	-
L'un ou l'autre	31,9	60,5	92,4	-	-
Les deux	38,2	54,5	92,7	-	-
Ensemble	43,7	65,0	108,6	129,5	224,1

Note : Les quotients calculés sur 250-499 cas figurent entre parenthèses.

¹ Quotients pour la période de 5 ans précédant l'enquête

caractéristiques de la mère, à savoir la région et le milieu de résidence, le niveau d'instruction, ainsi que les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence (graphique 9.2). La mortalité, surtout infantile, est nettement moins élevée en milieu urbain (67 ‰) qu'en milieu rural (113 ‰). En outre, on peut noter que la mortalité post-néonatale des enfants du milieu urbain est de 1,8 fois inférieure à celle des enfants du milieu rural (37 ‰ contre 68 ‰); en ce qui concerne la mortalité néonatale, les différences sont moins importantes (31 ‰ contre 45 ‰). Après le premier anniversaire, les différences de mortalité selon le milieu de résidence demeurent importantes : en milieu urbain, sur 1 000 naissances survivantes au premier anniversaire, 66 décèdent avant le cinquième anniversaire. En milieu rural 137 n'atteignent pas le cinquième anniversaire. Dans l'ensemble, la mortalité infanto-juvénile est moins importante en milieu urbain (129 ‰) qu'en milieu rural (234 ‰). L'amélioration des conditions sanitaires et l'accessibilité aux services de santé dans les zones urbaines expliqueraient ces différences de mortalité.



Au niveau régional, on note qu'à l'exception de la capitale Ouagadougou, toutes les régions se caractérisent par des niveaux de mortalité infantile et juvénile relativement élevés, généralement supérieur à 100 ‰. La mortalité infantile varie de 98 ‰ dans la région Nord à 118 ‰ dans celle du Centre/Sud. Concernant la mortalité juvénile, elle varie de 101 ‰ dans la région Ouest à 152 ‰ dans la région Nord.

Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que la mortalité néonatale ne varie pratiquement pas. Par contre, la mortalité post-néonatale est nettement moins importante chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus ou a uniquement le niveau d'instruction primaire que chez ceux dont la mère est sans instruction (respectivement, 35 ‰ et 79 ‰ contre 66 ‰). En somme, un enfant dont la mère est sans instruction a une probabilité de mourir avant le premier anniversaire nettement supérieure à celle d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction primaire ou le niveau secondaire ou plus (110 ‰ contre 94 ‰ et 79 ‰). Cette différence de mortalité devient nettement plus importante pour la période juvénile (134 ‰ contre respectivement 84 ‰ et 23 ‰). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq ans est de 230 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, et de 170 ‰ lorsque celle-ci a atteint le niveau primaire et 100 ‰ lorsque celle-ci a, au moins, le niveau secondaire.

Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important des femmes instruites aux services de santé (leurs enfants sont plus vaccinés que les enfants dont la mère est sans instruction) pourraient expliquer l'essentiel de ces différences de mortalité (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Comme l'indique le tableau 9.2, lorsque la mère n'a fait aucune visite prénatale pendant sa grossesse et n'a pas été assistée par du personnel médical lors de l'accouchement, son enfant court un risque de décéder de 128 ‰ avant d'atteindre son premier anniversaire, contre 92 ‰ pour un enfant dont la mère a été en consultation prénatale et/ou a été assistée lors de l'accouchement. Ainsi le suivi de la grossesse et les conditions de l'accouchement sont-ils complémentaires pour jouer un rôle essentiel sur les niveaux de mortalité néonatale et post-néonatale. La mortalité post-néonatale est influencée par des causes exogènes, telles que les maladies infectieuses, les conditions d'hygiène et l'alimentation, etc. alors que la mortalité néonatale est influencée, en grande partie, par des causes endogènes (malformations et maladies congénitales, etc.). Toutefois, les femmes qui ont le meilleur suivi de grossesse et qui accouchent dans les

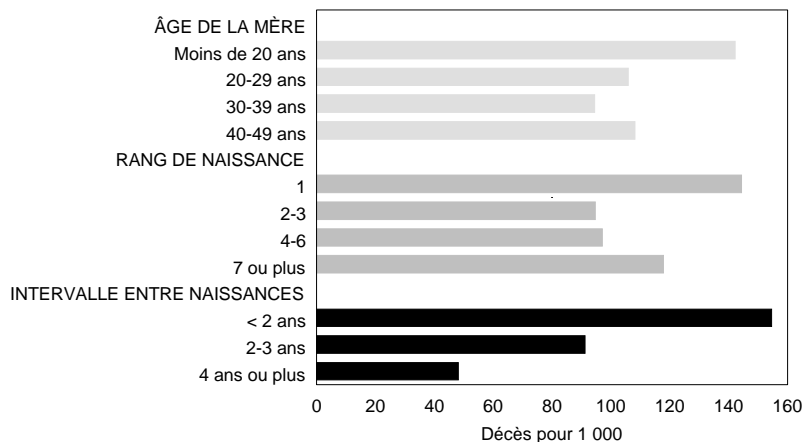
meilleures conditions sont aussi les femmes les plus instruites ou résidant dans les zones urbaines (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Les résultats présentés ci-dessus permettent ainsi de conclure que l'environnement socio-économique des mères apparaît comme un facteur déterminant de la mortalité des enfants.

Le tableau 9.3 et le graphique 9.3 présentent également les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin : à la naissance, sur 1 000 garçons, 116 n'atteignent pas le premier anniversaire contre 101 pour 1 000 filles. L'essentiel de cet écart se produit durant le premier mois d'existence où 52 garçons pour mille et 35 filles pour 1 000 décèdent. Au niveau juvénile, les écarts sont négligeables (131 ‰ contre 128 ‰).

Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants					
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99					
Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Sexe					
Masculin	51,8	64,3	116,1	130,9	231,8
Feminin	35,2	65,7	100,9	128,1	216,1
Âge de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	68,3	73,9	142,2	143,2	265,1
20-29 ans	40,2	65,8	105,9	130,0	222,1
30-39 ans	34,6	59,8	94,4	121,3	204,3
40-49 ans	52,4	55,7	108,1	124,1	218,8
Rang de naissance					
1	67,5	76,8	144,3	130,6	256,0
2-3	40,2	54,4	94,6	125,1	207,9
4-6	30,3	66,7	97,0	133,9	217,9
7 ou plus	50,3	67,5	117,8	127,4	230,2
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	63,5	91,1	154,6	164,8	293,9
2-3 ans	32,7	58,5	91,2	127,8	207,4
4 ans ou plus	20,3	27,8	48,1	62,1	107,2
Taille à la naissance¹					
Très petit ou petit	76,2	76,2	152,4	-	-
Moyen ou gros	33,6	62,6	96,2	-	-
Ensemble	43,7	65,0	108,6	129,5	224,1

Note : Les quotients calculés sur 250-499 cas figurent entre parenthèses.
¹ Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Graphique 9.3
Mortalité infantile et comportement
en matière de procréation



EDSBF-II 1998-99

Au moment de l'enquête, on a demandé à la mère de fournir une évaluation de la grosseur de son enfant à la naissance (est-ce qu'à la naissance, l'enfant était très petit, petit, moyen ou gros). Ainsi, le tableau 9.3 fournit les niveaux de mortalité selon la grosseur de l'enfant à la naissance. Il apparaît que les bébés petits ou très petits (dont les prématurés) ont une mortalité infantile beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros (152 ‰ contre 96 ‰). La probabilité de décéder durant le premier mois est pratiquement deux fois plus élevée chez les enfants très petits ou petits que parmi les enfants moyens ou gros (76 ‰ contre 34 ‰). Toutefois, après le seuil critique des 30 premiers jours, les différences de mortalité se réduisent considérablement. En effet, les probabilités de décès post-néonataux sont de 76 ‰ chez les enfants petits ou très petits, contre 63 ‰ chez les enfants moyens ou gros.

Les trois autres caractéristiques présentées au tableau 9.3 et au graphique 9.3 concernent le comportement procréateur (âge de la mère à la naissance de l'enfant, rang de naissance et intervalle entre naissances).

Du point de vue de l'âge de la mère, les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les enfants nés de mères adolescentes (moins de 20 ans) : en ce qui concerne la mortalité infantile, le taux est de 142 ‰ contre 106 ‰ et 94 ‰ pour, respectivement, les enfants de mère âgée de 20-29 ans et ceux de mère âgée de 30-39 ans. En particulier, le risque de décéder en période néonatale est nettement plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de moins de 20 ans que pour un enfant né d'une mère appartenant au groupe d'âges 20-29 ans ou 30-39 ans (68 ‰ contre, respectivement, 40 ‰ et 35 ‰). Au niveau post-néonatal, les écarts sont considérablement réduits.

Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile très élevés pour le rang 1 (144 ‰), baissent nettement pour les rangs suivants (95 ‰ et 97 ‰ pour, respectivement, les rangs 2-3 et 4-6) pour augmenter à nouveau pour les enfants de rangs les plus élevés (118 ‰ pour les rangs 7 ou plus). La même tendance s'observe lorsqu'on considère seulement la mortalité néonatale : elle est de 68 ‰ pour le rang 1, baisse jusqu'à 40 ‰ pour les rangs 2-3 puis à 30 ‰ pour les rangs 4-6, et remonte ensuite à 50 ‰ pour les rangs 7 ou plus.

Par ailleurs, la durée de l'intervalle intergénérisique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles très courts, qui sont supposés réduire chez la femme le degré de récupération des capacités physiologiques, entraînent une mortalité néonatale (64 ‰) de près deux fois et plus de trois fois plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 2-3 ans ou 4 ans ou plus (respectivement, 33 ‰ et 20 ‰). Les différences de mortalité post-néonatale sont aussi prononcées (91 ‰ lorsque l'intervalle est inférieur à 24 mois, contre 59 ‰ lorsqu'il est entre 2-3 ans et 28 ‰ lorsqu'il est supérieur ou égal à 4 ans). Globalement, la mortalité infantile, estimée à 155 pour 1 000 naissances survenues à moins de 24 mois de leur aîné, passe à 91 ‰ et à 48 ‰, lorsque les naissances surviennent, respectivement, 2-3 ans et 4 ans ou plus après leur aîné. Après le premier anniversaire, les différences de mortalité se réduisent, entre les deux premières catégories (165 ‰, contre, respectivement, 128 et 62 ‰).

La mortalité différentielle selon ces trois dernières caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée surtout par des naissances précoces et des intervalles intergénérisiques courts.

Le tableau 9.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1, qui présentent un risque plus élevé de mortalité;
- les naissances issues de mères appartenant à une autre catégorie à haut risque unique : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (après 35 ans), intervalle intergénérisique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 3);
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'intervalle intergénérisique, le rang de naissance, l'âge de la mère à la naissance;
- et, enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à hauts risques définies ci-dessus.

À la lecture du tableau 9.4, il ressort que 23 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 12 % correspondent à des risques élevés parce qu'elles sont de rang 1, 39 % correspondent à d'autres catégories à haut risque unique et 25 % correspondent à des catégories à hauts risques multiples. Dans l'ensemble, près des deux tiers des enfants courent (64 %) un risque de décéder plus élevé parce qu'ils sont nés de mère trop jeune (moins de 18 ans), ou trop âgée (35 ans ou plus), ou ils sont de rang élevé (4 ou plus) ou ils sont nés à moins de 24 mois après leur aîné.

Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, on a calculé des *rappports de risque*, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans haut risque.

Tableau 9.4 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risque, et répartition (en %) des femmes actuellement en union, à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDSBF-II Burkina Faso 1998-99

Catégories à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union ¹
	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
Dans aucune catégorie à haut risque	23,3	1,00	15,6 ^a
Haut risque inévitable			
Rang (RG) 1 et âge >=18 ans	12,4	1,53	5,8
Un seul haut risque			
Âge < 18 ans	5,8	1,71	1,0
Âge > 34 ans	0,3	*	1,9
Intervalle intergénésiq (IN) < 24 mois	4,6	1,23	9,1
RG > 3	28,6	0,97	17,8
Ensemble des hauts risques simples	39,2	1,10	29,8
Hauts risques multiples			
Âge < 18 et IN < 24	0,7	(1,67)	0,4
Âge > 34 et RG > 3	15,5	0,99	27,9
IN < 24 et RG > 3	6,8	2,00	12,9
Âge > 34 et IN < 24 et RG > 3	2,0	1,83	7,5
Ensemble des hauts risques multiples	25,1	1,35	48,8
Ensemble des catégories à risques	64,3	1,20	78,6
Total	100,0	-	100,0
Effectif	6 218	-	5 181

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les 5 dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à haut risque.

* Les ratios sont basés sur trop peu de cas et ont été supprimés.

() Basés sur moins de 200 cas.

¹ Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

^a Y compris les femmes stérilisées

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, lorsqu'elles interviennent à un âge trop précoce, c'est-à-dire avant 18 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risque puisque le risque de décéder pour un enfant de rang 1 est 1,5 fois supérieur à celui de la catégorie de référence.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque de haut risque unique (39 % des enfants) court un risque de décéder 1,1 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque (23 % des enfants). Considérés isolément, les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) font courir aux enfants (5 % des enfants) un risque de mortalité près de 1,2 fois plus importants que pour la catégorie de référence. Les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples (25 %) sont les plus exposés, puisque leur mortalité est de 1,4 fois plus élevée que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque. Les enfants de rang supérieur à 4 et avec un intervalle intergénésiq court (7 % des enfants) sont particulièrement exposés avec un rapport de risque de 2.

À partir de cette analyse relative à la santé reproductive des mères, on a procédé à l'estimation de la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir une naissance à haut

risque. À partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de celle-ci, on détermine dans quelle catégorie se trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité, la proportion des futures naissances qui appartiendraient aux catégories à hauts risques évitables. Au regard du tableau 9.4, cette proportion est estimée à 79 %. Elle est nettement supérieure à celle estimée chez les enfants nés durant les cinq dernières années (64 %). Ainsi, la planification familiale et les programmes de santé maternelle et infantile s'avèrent indispensables pour réduire la mortalité des enfants liée à la reproduction, en se concentrant sur les actions suivantes : un effort pour le meilleur suivi des grossesses, notamment la première naissance, une réduction de la fécondité précoce, et un meilleur espacement des naissances.