

Soumaïla MARIKO et Idrissa ALICHINA KOURGUENI

12.1 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont déterminés par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles de la population. Les résultats qui sont présentés dans ce chapitre seront donc utiles, non seulement aux chercheurs et spécialistes de la population, mais aussi à ceux qui s'intéressent à la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Ces résultats portent sur les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants selon le milieu de résidence et l'instruction de la mère, le suivi des grossesses et le type d'assistance à l'accouchement, et selon d'autres caractéristiques du comportement reproductif.

12.1.1 Méthodologie et qualité des données

Les indicateurs de mortalité qui sont présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies auprès de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées au cours de l'EDSN-MICS III à l'aide du questionnaire Femme. En effet, au cours de cette opération, l'enquêtrice enregistre toutes les naissances vivantes de la femme, en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances des mères interviewées présente à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement.

Limites d'ordre méthodologique

La collecte d'informations auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (les femmes de 15-49 ans) ne fournit aucune information sur la survie ou le décès des enfants dont la mère était décédée au moment de l'interview. Cela peut introduire un biais dans l'estimation du niveau général de la mortalité des enfants si ces enfants « orphelins de mère » sont en nombre important et si leur mortalité est différente de celle des enfants de mères survivantes.

En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête, les informations obtenues ne sont donc pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée : par exemple, pour la période 10-14 ans avant l'enquête, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances de femmes de 40-49 ans à cette période. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans à ce moment-là ne sont plus éligibles au moment de l'enquête. Donc, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues des femmes de 40-49 ans et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un biais important dans l'estimation de la mortalité des enfants pour la période en question. Selon les résultats de l'enquête ménage, 1,3 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages (tableau 16.2) étaient orphelins de mère. Par ailleurs, au cours des cinq dernières années, les

femmes de 40 ans et plus n'ont contribué que pour 10 % à la fécondité totale. Les biais envisagés précédemment devraient donc être minimes.

Risques d'erreurs d'enregistrement

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

1) **le sous-enregistrement des événements.** Il peut provenir de la double omission systématique de naissances et de décès ou de l'omission de l'un des deux événements. Les mères ont parfois tendance à omettre de déclarer des naissances et/ou des décès d'enfants, surtout quand l'enfant meurt très jeune, quelques heures ou quelques jours après la naissance. Ces cas d'omission peuvent induire une sous-estimation de la mortalité ; de plus, généralement, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus ces cas d'omission sont importants et plus les niveaux de la mortalité estimés peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation succincte du sous enregistrement des décès de très jeunes enfants consiste à calculer la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent, on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité des enfants : une proportion inférieure à environ 60 % indiquerait un sous enregistrement important des décès précoces. Dans le cas de l'EDSN-MICS III, cette proportion est de 64 % (tableau C.5 en Annexe C), ce qui indique qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement très important des décès précoces sur la période des cinq années qui ont précédé l'enquête.

2) **les déplacements différentiels de dates de naissances des enfants.** Ces mauvais enregistrements des naissances par période peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période au profit des périodes adjacentes. Par exemple, un mauvais classement des enfants décédés 0-4 ans avant l'enquête, entraînerait une sous-estimation de la mortalité pour cette période et, par conséquent, une surestimation de la mortalité de la période précédente (5-9 ans avant l'enquête). L'annexe C, tableau C.4, fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un déficit des naissances en 2003 (rapport $90 < 100$), 2004 (rapport $97 < 100$) et un *surplus* à l'année adjacente, 2002 (rapport $121 > 100$), et un déficit des naissances en 2001 (rapport $67 < 100$) et un *surplus* aux années adjacentes, 2002 et surtout 2000 (rapport $149 > 100$). Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale avant l'enquête, soit 2002-2006 pour la période la plus récente, et 1997-2001 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés de façon significative par ces transferts qui se produisent, dans leur majorité, à l'intérieur de l'intervalle de référence.

3) **l'imprécision des déclarations de l'âge au décès** et, en particulier, l'attraction de certains âges au décès, peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, en transformant une partie des décès d'enfants de moins d'un an en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois). Pour minimiser ce type d'erreur, les enquêtrices devaient enregistrer les âges aux décès *en jours* pour ceux survenus dans les 29 jours suivant la naissance, *en mois* pour ceux survenus aux âges de 1 à 23 mois, et *en années* pour le reste. À l'Annexe C, les tableaux C.5 et C.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours et mois). On note que l'attraction pour « 12 mois » (tableau C.6) est très importante : par exemple, pour la période 0-4 ans qui précède l'enquête, les décès enregistrés à 12 mois (196) sont plus de deux fois plus nombreux que ceux enregistrés aux mois 9, 10 et 11 confondus (91). Ceci dénote une très forte attraction pour l'âge au décès 12 mois, qui a pour conséquence une sous estimation du niveau de

la mortalité infantile et par contrecoup une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant que peu affectée¹.

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'erreur ou d'imprécisions de collecte n'induisent, en général, qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents. On n'a donc procédé à aucun ajustement des données et les résultats sur les tendances de la mortalité peuvent être considérés comme valables pour les dernières années avant l'enquête.

12.2 NIVEAUX ET TENDANCES

À partir des informations recueillies dans l'historique des naissances, on calcule les indicateurs suivants :

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 ;

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

Quotient de mortalité infanto juvénile (${}_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

Le tableau 12.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés par périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1992 à 2006.

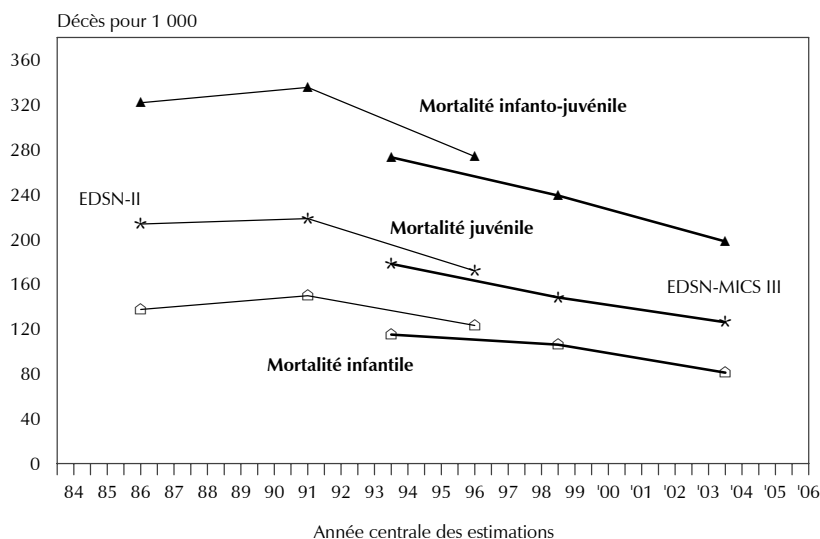
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	33	48	81	126	198
5-9	51	54	106	148	239
10-14	46	70	115	178	273

¹ Une correction de l'attraction de l'âge au décès à 12 mois consiste à transférer une partie des décès à 12 mois avant l'âge d'un an. Pour la période 0-4 ans avant l'enquête, en supposant que 50 % des décès à 12 mois se seraient produits avant cet âge, le niveau de mortalité infantile serait supérieur d'environ 13 % et celui de la mortalité juvénile inférieur d'environ 10 % à ceux présentés ici.

Pour la période 0-4 ans avant l'enquête (2002-2006), les résultats montrent que sur 1 000 naissances, 81 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (33 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 48 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 126 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 198 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur cinq.

Les données du tableau 12.1, représentées au graphique 12.1 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des quinze dernières années. Bien que le niveau de la mortalité infanto juvénile enregistré aujourd'hui au Niger se situe parmi les plus élevés au monde, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué régulièrement depuis quinze ans. De 1994 (année centrale de la période 10-14 ans avant l'enquête, à 2003 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'enquête), la mortalité infantile est passée de 115 ‰ à 81 ‰, soit une baisse de 30 ‰ ; et au cours de la même période, la mortalité juvénile a également diminué de manière rapide. Globalement la mortalité infanto juvénile est passée de 273 ‰ à 198 ‰. De façon générale, toutes les composantes de la mortalité des jeunes enfants, ont donc enregistré une baisse importante et, parmi les composantes de la mortalité infantile, les deux auraient toutes diminué : la mortalité néonatale de 46 ‰ à 33 ‰ et la mortalité post-néonatale de 70 ‰ à 48 ‰. Globalement, le niveau de mortalité infanto juvénile au Niger est donc aujourd'hui assez différent de ce qu'il était il y a une quinzaine d'années. Cependant, à la lumière de certains résultats, il convient de nuancer ces commentaires. En effet, on a vu au chapitre sur la fécondité que des transferts de naissance s'étaient produits de 2001 vers 2000 ce qui pourrait avoir eu pour conséquence une légère sous estimation de la fécondité mais aussi de la mortalité pour la période la plus récente et une légère surestimation pour la période précédente. Il se peut donc que la baisse de la mortalité au cours des dix dernières années soit légèrement moins importante qu'il n'y paraît. En outre, il faut rappeler l'attraction pour l'âge au décès à 12 mois qui a été mentionnée précédemment et qui a pu induire une sous estimation du niveau de la mortalité infantile et de manière parallèle une surestimation de la mortalité juvénile.

Graphique 12.1 Tendances de la mortalité infantile et juvénile selon l'EDSN-II 1998 et l'EDSN-MICS III 2006



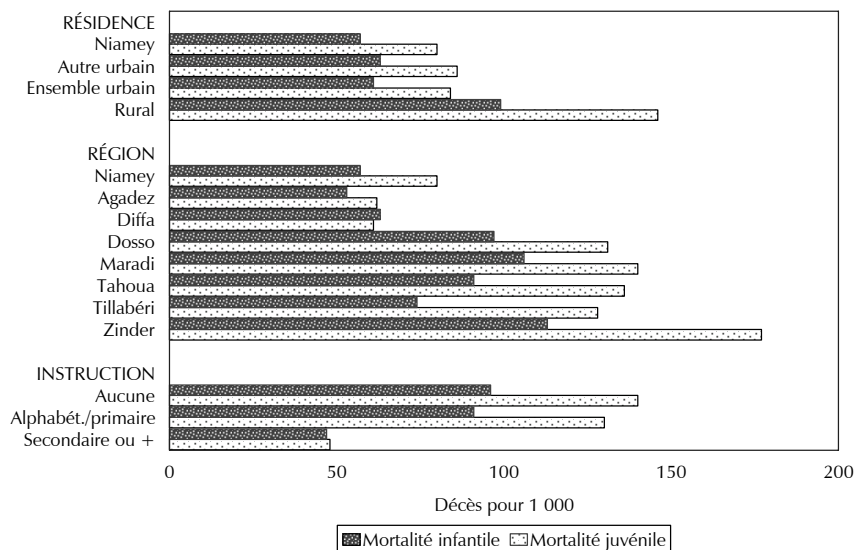
12.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Les tableaux 12.2 et 12.3 présentent les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant pour la période des dix années ayant précédé l'enquête (1997-2006). Une période de dix ans est nécessaire pour disposer d'un effectif d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu. Le graphique 12.2 présente les différences de mortalité infantile et juvénile selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Tableau 12.2 Mortalité des enfants par caractéristiques sociodémographiques					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDSN-MICS III Niger 2006					
Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Milieu de résidence					
Niamey	29	28	57	80	132
Autres Villes	30	34	63	86	144
Ensemble urbain	29	32	61	84	139
Rural	45	55	99	146	231
Région					
Niamey	29	28	57	80	132
Agadez	29	24	53	62	111
Diffa	31	32	63	61	120
Dosso	49	48	97	131	215
Maradi	46	61	106	140	231
Tahoua	40	51	91	136	214
Tillabéri	27	48	74	128	193
Zinder	56	57	113	177	269
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	44	52	96	140	222
Primaire	34	57	91	130	209
Secondaire ou plus	28	19	47	48	92
Quintiles de bien-être					
Le plus pauvre	43	48	91	127	206
Second	49	54	103	144	232
Moyen	50	55	105	150	240
Quatrième	40	60	100	161	245
Le plus riche	29	37	67	97	157

Les résultats du tableau 12.2, illustrés par le graphique 12.2, montrent que la mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (61 ‰) qu'en milieu rural (99 ‰). Ces différences de mortalité selon le milieu de résidence persistent également après un an : sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 84 décèdent en milieu urbain contre 146 en milieu rural. Les résultats selon les régions mettent également en évidence des écarts : on constate que dans les régions d'Agadez, de Diffa et de Niamey, les niveaux de mortalité infantile sont plus faibles que dans les autres régions (respectivement, 53 ‰, 63 ‰ et 57 ‰ contre 81 ‰ au niveau national). La région d'Agadez est celle qui se caractérise par les niveaux le plus faible de mortalité infantile. À l'opposé, deux régions détiennent des niveaux élevés de mortalité entre la naissance et 1 an. Il s'agit de Maradi (106 ‰) et de Zinder (113 ‰). Globalement, le niveau de la mortalité infantile est de 62 ‰ plus élevé en milieu rural (99 ‰) qu'en milieu urbain (61 ‰).

Graphique 12.2 Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère



Note: Période de 10 ans avant l'enquête

EDSN-MICS III 2006

En ce qui concerne la mortalité juvénile, on constate des écarts encore plus importants entre les milieux et les régions. En effet, ce taux varie de 84 ‰ en milieu urbain à 146 ‰ en milieu rural. Dans les régions, c'est dans les régions de Zinder (177 ‰) et de Maradi (140 ‰) que l'on enregistre les niveaux les plus élevés de mortalité juvénile. Trois régions se distinguent par des niveaux plus faibles que le niveau national : il s'agit de Niamey (80 ‰), de Diffa (61 ‰) et d'Agadez (62 ‰). Globalement, au Niger, c'est à Agadez (111 ‰) que le taux de mortalité infanto juvénile est le plus faible et dans la région de Zinder qu'il est le plus élevé (269 ‰). Les faibles niveaux de mortalité observés dans la région d'Agadez s'expliqueraient en partie par la présence de villes, dont Arlit et Agadez, qui sont plus fréquemment dotées que les zones rurales d'infrastructures sanitaires.

Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux des taux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère : pour la période 1997-2006, la mortalité infantile varie d'un minimum de 47 ‰ chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, à 91 ‰ chez ceux dont la mère a seulement un niveau d'instruction primaire et à un maximum de 96 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. Lors de la précédente enquête qui s'était déroulée de 1988 à 1992, les mêmes variations selon le niveau d'instruction avaient été enregistrées. Pour la mortalité juvénile, les variations selon le niveau d'instruction de la mère suivent le même schéma que pour la mortalité infantile, mais les écarts sont beaucoup plus importants, les taux variant d'un minimum de 48 ‰ (pour les femmes ayant une instruction secondaire ou plus) à un maximum de 140 ‰ (pour celles sans instruction). Globalement, sur 1000 enfants de moins de cinq ans dont la mère n'a aucune instruction, 222 courent un risque de décéder avant leur cinquième anniversaire. Quand la mère a un niveau primaire, ce taux passe à 209 et il chute à 92 quand celle-ci a un niveau au moins secondaire.

Les résultats montrent également que le niveau de bien-être économique du ménage influence le risque de décéder puisque, quelle que soit la composante de la mortalité, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches.

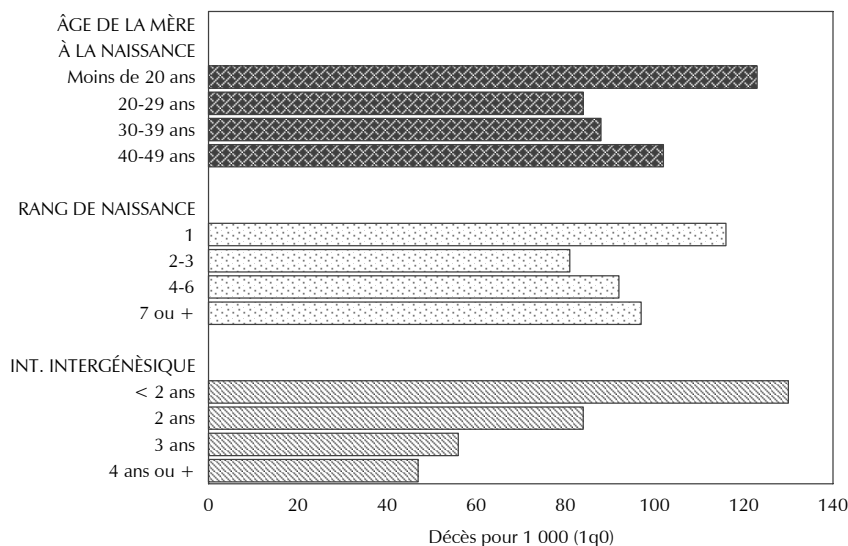
Le tableau 12.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques des enfants. Pour toutes les composantes de la mortalité, les enfants de sexe masculin présentent, comme dans la majorité des populations, un risque de mortalité légèrement plus élevé que celui des enfants de sexe féminin : au cours de leur premier mois d'existence, 46 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 39 chez les filles. Le taux de mortalité infantile s'établit à 97 ‰ pour les garçons contre 91 ‰ pour les filles et entre la naissance et le cinquième anniversaire, on constate que 221 naissances masculines sur mille décèdent contre 214 naissances chez les filles.

Les caractéristiques suivantes concernent le comportement procréateur des mères : l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et le temps écoulé depuis la naissance précédente. Les données du tableau 12.3, illustrées par le graphique 12.3 présentent les variations de la mortalité des enfants selon chacune des trois caractéristiques.

Tableau 12.3 Mortalité des enfants par caractéristiques sociodémographiques de la mère et des enfants					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et des enfants, EDSN-MICS III Niger 2006					
Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	46	50	97	138	221
Féminin	39	52	91	135	214
Âge de la mère à la naissance					
<20	60	63	123	165	268
20-29	35	48	84	135	207
30-39	41	47	88	117	195
40-49	51	52	102	99	191
Rang de naissance					
1	61	55	116	143	242
2-3	34	47	81	137	207
4-6	39	53	92	129	210
7+	46	52	97	143	226
Intervalle avec la naissance précédente					
<2 années	62	68	130	177	284
2 années	35	50	84	134	207
3 années	23	33	56	97	147
4+ années	18	29	47	73	116
Taille à la naissance¹					
Petit ou très petit	57	52	109	na	na
Moyen ou gros	26	44	70	na	na
NSP/ND	73	75	149	na	na

¹ Quotients pour la période de cinq ans ayant précédé l'enquête
na = Non applicable

Graphique 12.3 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances



Note : Période de 10 ans avant l'enquête

EDSN-MICS III 2006

Il est souhaitable, pour la santé de la mère et de l'enfant, que les naissances soient au moins espacées de 2 ans et également qu'elles n'aient pas lieu à un âge précoce (avant 20 ans), ou tardif (après 40 ans). En effet, les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 2 ans et/ou ceux dont la mère a moins de 20 ans, et plus de 35 ans courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres. Pour l'ensemble de la mortalité infanto juvénile, on constate qu'un enfant né à moins de deux ans après l'enfant précédent, court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 284 % alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ans court un risque de 207 %, et de 147 % lorsque l'espacement est de trois ans, soit un risque de mortalité 41 % plus élevé entre un espacement de deux ans et un espacement de trois ans. Quant à la mortalité infantile, le risque de décès est plus de deux fois plus élevé pour les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle par rapport à ceux nés après trois ans (130 % contre 56 %).

En ce qui concerne l'âge de la mère au moment de l'accouchement, on constate que les enfants nés d'une mère âgée de moins de vingt ans courent un risque de mourir avant le premier anniversaire supérieur de 46 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (123 % contre 84 %). Par ailleurs, on remarque, au tableau 12.3, que les naissances de rang supérieur à 6 courent des risques de mortalité infantile nettement plus élevés que ceux des naissances de rang inférieur, en particulier celles de rangs 2-3 (97 % contre 81 %).

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

On relève enfin que les bébés petits ou très petits à la naissance (y compris éventuellement les prématurés) courent un risque de mortalité néonatale nettement plus élevé que les bébés moyens ou gros (57 % contre 26 %). L'écart est de 18 % pour la mortalité post-néonatale (52 % contre 44 %). Il convient de rappeler que le poids d'un enfant à la naissance est largement déterminé par l'état de santé, de maturité biologique et l'état nutritionnel de la mère au cours de la grossesse. C'est ainsi que les grossesses

peu espacées et/ou trop répétées, ainsi que celles qui sont précoces, sont considérées comme favorisant la naissance d'un enfant de faible poids.

12.4 GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 12.4 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 élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères de 18 ans ou plus ;
- les naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à hauts risques : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénérisique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 4) ;
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risques selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénérisique et le rang de naissance ;
- et, enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à hauts risques définie ci-dessus.

Il ressort du tableau 12.4 que 20 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiée, 8 % sont à risques élevés parce qu'elles sont de rang 1, mais elles sont inévitables, 47 % sont à hauts risques uniques et 25 % sont à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risques » ont été calculés, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Le rapport de risques 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 risques.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif, c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risques. Dans le cas spécifique du Niger, ces naissances présentent un risque de décéder 1,28 fois plus élevé que celui de la catégorie de référence constituée par les enfants n'appartenant à aucun des risques considérés.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à hauts risques uniques (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque de décéder 1,27 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Il apparaît qu'un intervalle intergénérisique court est un facteur de risques élevés puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,52 fois plus important que la catégorie de référence. Il en est de même de la fécondité précoce, puisque les enfants nés de mères adolescentes courent un risque de décéder 1,68 fois plus important que les enfants de la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés puisque leur risque de décéder est 1,58 fois plus élevé que celui des enfants n'appartenant à aucune catégorie de risques. Les enfants dont la mère a plus de 34 ans et dont l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois sont particulièrement exposés (risque de décéder 8,42 fois plus élevé que la catégorie de référence).

Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seul résultat la réduction du nombre de naissances chez une femme, mais aussi une amélioration considérable des chances de survie des enfants.

Tableau 12.4 Comportement procréateur à hauts risques			
Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques, 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, EDSN-MICS III Niger 2006			
Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années ayant précédé l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement en union ¹
	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	
Dans aucune catégorie à hauts risques	20,4	1,00	12,3 ^a
Hauts risques inévitables			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	7,6	1,28	4,8
Un seul haut risque			
Âge des mères <18	8,9	1,68	4,0
Âge des mères >34	0,2	0,45	1,8
Intervalle intergénérisique <24 mois	5,1	1,52	8,9
Rang de naissance >4	32,9	1,13	19,4
Ensemble des hauts risques uniques	47,2	1,27	34,1
Hauts risques multiples			
Âge <18 et Intervalle intergénérisique <24 mois	1,0	1,71	1,1
Âge >34 et Intervalle intergénérisique <24	0,0	8,42	0,1
Âge >34 et rang de naissance >4	12,3	1,08	24,2
Âge >34 et intervalle intergénérisique <24 mois et rang >4	2,0	2,13	6,6
Intervalle intergénérisique <24 mois et rang de naissance >4	9,4	2,06	16,7
Ensemble des hauts risques multiples	24,8	1,58	48,8
Ensemble des catégories à risques	71,9	1,38	82,9
Total	100,0	-	100,0
Effectif	9 955	-	7 941

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

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.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait 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 quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 12.4) que seulement 12 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques alors que 83 % appartiendraient à une catégorie à risques, qu'ils soient uniques ou multiples. Cette proportion est supérieure à celle observée parmi les enfants déjà nés : 72 %. Cette analyse succincte démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants au Niger.