CHAPITRE 9

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

L'analyse de la mortalité infantile et juvénile permet d'identifier les efforts déployés par les pouvoirs publics en vue d'améliorer les conditions de vie de la population. Le niveau de la mortalité infantile influe sur l'espérance de vie à la naissance. Cette dernière représente une composante essentielle dans le calcul de l'indicateur du développement humain, indicateur qui permet de mesurer la place du Maroc sur l'échiquier international.

Par ailleurs, l'évolution de la mortalité des enfants est étroitement liée aux conditions sanitaires et sociales du pays. C'est pour cela que son niveau constitue un indicateur important du développement socio-économique. La connaissance du niveau de la mortalité permet d'identifier les populations cible, d'évaluer l'impact des programmes actuels de santé et, en fin de compte, de définir une stratégie appropriée.

L'objet de ce chapitre est de présenter le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans, ses tendances, ainsi que les principaux déterminants de la mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et juvénile à travers les résultats de l'EPPS de 1995.

Plusieurs facteurs agissent en amont sur le niveau de la mortalité. Il s'agit du milieu de résidence, de la région économique, du niveau d'instruction des parents, de la couverture médicale, de l'offre de soins, etc.

Ce chapitre comprend trois parties : la première partie abordera la méthodologie de collecte des données sur la mortalité, la deuxième partie sera consacrée à l'étude des niveaux et tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la troisième partie sera réservée à l'analyse différentielle de la mortalité selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, et la dernière partie abordera le comportement procréateur à haut risque.

9.1 MÉTHODOLOGIE

Les différents indices de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations recueillies dans l'historique des naissances du questionnaire individuel. Dans cette partie du questionnaire, on demande aux femmes de retracer leur histoire génésique en donnant la liste de leurs naissances et en précisant le sexe, la date de naissance de l'enfant, son état de survie, et en cas de décès, l'âge au décès.

Cependant, la collecte des données, par cette méthode, présente certaines limites. En effet, dans ce type d'approche rétrospective, on ne dispose d'aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée. Dans le cas où leur nombre serait important et leur mortalité différente des enfants dont la mère survit, les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. De même, en limitant la collecte des données aux femmes de 15-49 ans, les informations recueillies ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si pour les cinq années précédent l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile) 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, par exemple, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

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

- le sous-enregistrement des événements, plus particulièrement l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, ce qui peut induire une sous-estimation des niveaux de mortalité;

- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés, peuvent entraîner, par exemple, une sous-estimation de la mortalité de intervalle le plus récent (0-4 ans avant l'enquête) et, par conséquent, une surestimation de l'intervalle précédent (5-9 ans avant l'enquête).

Néanmoins, ces limites, inhérentes à la méthode de l'historique des naissances n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans la mesure des événements récents. Il faut noter que, dans le cadre de ce rapport, on n'a procédé à aucun ajustement des données de l'historique des naissances.

Les indices suivants ont été calculés à partir de ces informations :

- **Quotient de mortalité néonatale (NN) :** probabilité de décéder avant d'atteindre un mois;

- **Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :** probabilité de décéder entre le premier et le douzième mois;

- **Quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) :** probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire;

- **Quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) :** probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire;

- **Quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) :** probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES DE LA MORTALITÉ

Le tableau 9.1 présente les quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) par périodes de cinq ans précédent l'enquête. Il ressort de l'analyse de ce tableau que sur 1 000 naissances 62 décèdent avant l'âge d'un an. La majorité de ces décès ont lieu au cours du premier mois. Ainsi, sur 1 000 naissances, 37 meurent durant le premier mois; alors que pour la même cohorte âgée d'un mois, 24 décèdent avant de fêter leur premier anniversaire.

Au niveau de la mortalité juvénile et infanto-juvénile, on relève que sur 1 000 enfants ayant atteint l'âge d'un an seuls 20 d'entre eux décèdent avant d'atteindre cinq ans. On mesure ainsi l'impact de la mortalité infantile sur celui la mortalité des enfants de moins de cinq ans, puisque sur 1 000 naissances 80 meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire.

Par ailleurs, l'analyse des quotients de mortalité sur les périodes précédant l'enquête montre la baisse sensible enregistrée à tous les niveaux, mais dans des proportions différentes. En effet, en se limitant aux périodes les plus récentes, soit 1990-94 et 1985-1989, on relève que l'amélioration a été importante au niveau de la mortalité post-néonatale et infantile, soit une baisse respective de 25 % et 13 %. Durant la même période, les quotients de mortalité néonatale et infanto-juvénile ont baissé, respectivement, de 8 % et 10 %, passant de

40 à 37 ‰ et 89 à 80 ‰. Quant au quotient de mortalité juvénile, il n'a presque pas changé au cours de cette période, mettant en évidence le ralentissement, constaté ces dernières années, de la baisse des décès entre le premier et le cinquième anniversaire, l'effort des pouvoirs publics étant plus orienté et plus accentué vers la réduction des décès de moins d'un an.

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, EPPS Maroc 1995

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4 ans	37,4	24,2	61,6	20,0	80,4
5-9 ans	40,3	30,0	70,3	19,8	88,7
10-14 ans	52,4	46,1	98,5	39,1	133,8
15-19 ans	36,1	46,4	82,5	59,4	137,1
20-24 ans	51,2	74,2	125,4	76,7	192,5

Par comparaison à l'ENPS-II, ces résultats ne sont pas en contradiction avec l'évolution constatée en 1992. Toutefois, le niveau de mortalité infantile de l'EPPS de 1995, moins satisfaisant que celui de 1992, peut être attribué à deux faits importants. Le premier est relatif à l'intervalle de confiance de l'estimation de ces taux qui ne permet ni de confirmer ni d'infirmer avec précision l'amélioration ou la détérioration entre les deux périodes, et ce d'autant que la taille de l'échantillon est plus petite en 1995 qu'en 1992. Le second concerne les informations relatives à la période la plus récente où *l'anomalie* est apparue. Cette période est caractérisée par une sécheresse qui s'est répercutée sur l'ensemble de l'économie nationale et, en particulier, sur les conditions sanitaires de la population. En effet, les pénuries d'eau entraînent des effets néfastes dans un pays comme le Maroc où prédominent encore les décès dues aux maladies infectieuses et parasitaires. Cette situation peut être responsable du niveau de la mortalité infantile atteint en 1995. En d'autres termes, si l'évolution à la baisse des taux de mortalité infantile ne s'est pas poursuivie, cela peut être attribué principalement à un fait conjoncturel et non structurel.

9.3 VARIATIONS DIFFÉRENTIELLES DE LA MORTALITÉ

Il ressort du tableau 9.2, qui fournit la structure de la mortalité des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère pour la période de dix ans précédant l'enquête (1984-1994), que l'écart demeure grand entre la ville et la campagne. En effet, sur 1 000 naissances 46 et 104 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, respectivement en milieux urbain et rural. Autrement dit, la probabilité de décéder des enfants ruraux de moins de cinq ans est plus de deux fois supérieure à celle des citadins du même âge. La différence s'accentue au niveau de la mortalité juvénile où le quotient enregistré en milieu rural est plus de cinq fois supérieur à celui des centres urbains soit, respectivement, 28 et 5 ‰. Pour les enfants de moins d'un an, on relève que sur 1 000 naissances, 41 et 79 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire, respectivement en milieux urbain et rural. Cette disparité au niveau de la mortalité infantile provient essentiellement du niveau de la mortalité post-néonatale pour laquelle le quotient enregistré en milieu rural est presque le triple de celui du milieu urbain soit, respectivement, 35 et 11 ‰.

Cette situation provient du déséquilibre flagrant qui distingue la ville de la campagne, particulièrement au niveau de l'accessibilité de la population aux services sociaux de base (scolarisation de base, alphabétisation, soins de santé de base, électricité, eau potable, assainissement, etc.), services dont la grande partie du monde rural n'a pas accès.

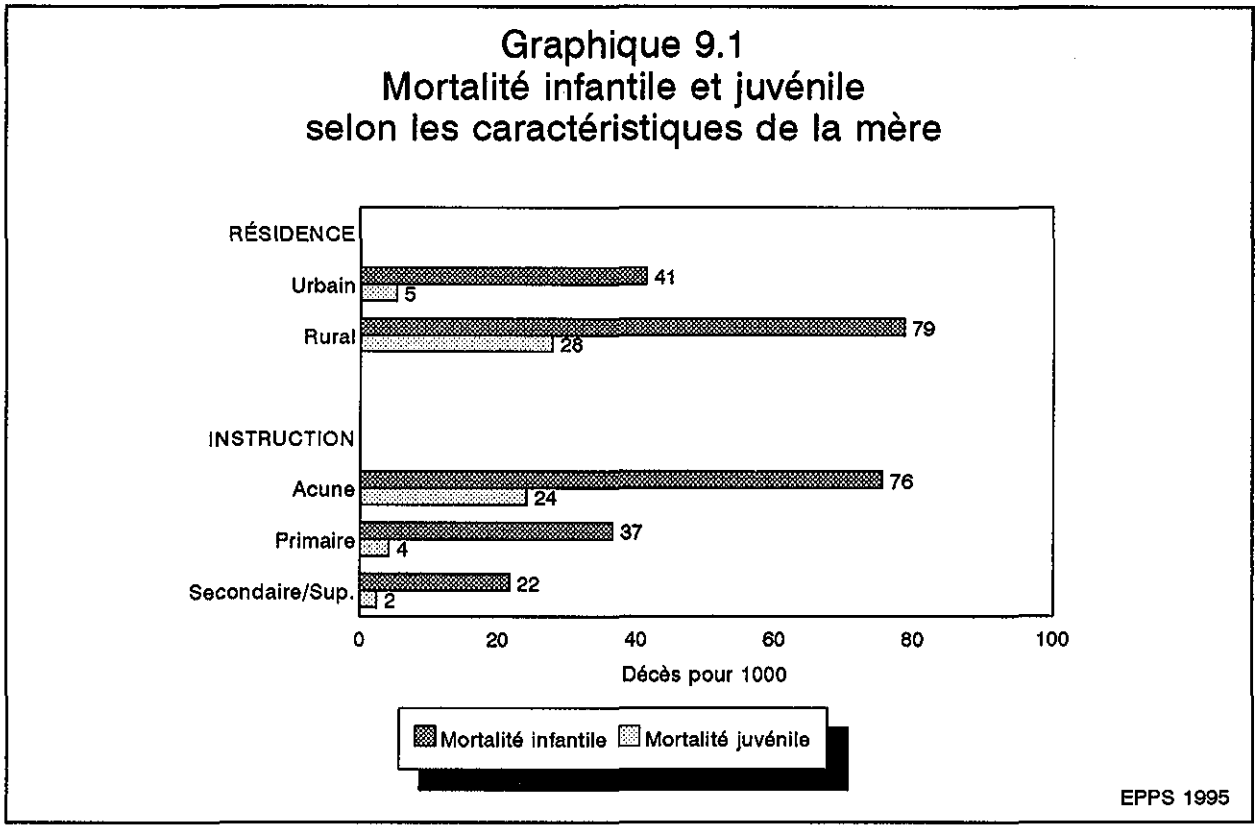
Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EPPS Maroc 1995

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	29,9	11,4	41,4	5,2	46,4
Rural	43,3	35,2	78,6	27,8	104,2
Région					
Nord-Ouest	42,1	31,3	73,5	25,3	96,9
Centre-Nord	62,8	42,2	104,9	17,2	120,4
Centre	37,1	11,6	48,8	10,3	58,6
Oriental	21,9	28,1	50,0	6,5	56,2
Centre-Sud	36,8	9,2	46,0	16,5	61,8
Tensift	32,7	23,7	56,5	10,6	66,5
Sud	23,5	39,1	62,6	46,5	106,2
Niveau d'instruction de la mère	42,4	33,1	75,5	24,1	97,8
Aucun	28,8	7,7	36,6	4,2	40,6
Primaire	21,7	0,0	21,7	2,4	24,0
Secondaire ou plus					
Soins prénatals et assistance à l'accouchement					
Ni l'un ni l'autre	33,2	36,8	70,0	28,1	96,1
L'un ou l'autre	50,0	24,7	74,8	10,5	84,4
Les deux	29,4	4,9	34,3	2,3	36,5
Ensemble	38,8	27,2	66,0	19,9	84,6

Selon la région économique, si le Centre et l'Oriental disposent des quotients de mortalité juvénile les plus faibles soit, respectivement, 10 et 7 ‰, la région du Sud se distingue par un taux huit fois supérieur à celui enregistré dans l'Oriental, soit 47 ‰. Au niveau de la mortalité infantile, les quotients les plus faibles sont ceux des régions du Centre-Sud (46 ‰) et du Centre (49 ‰) alors que la région du Centre-Nord affiche le quotient de mortalité infantile le plus élevé (105 ‰).

Selon le niveau d'instruction, on relève que l'impact de l'éducation de la mère sur le niveau de la mortalité des enfants est incontestable (graphique 9.1). En effet, pour un enfant issu d'une mère sans instruction, la probabilité de décéder avant d'atteindre cinq ans est deux fois et demi supérieure à celle d'un enfant dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus. L'écart est plus important au niveau de la mortalité juvénile où le quotient de mortalité des enfants de mère sans instruction est plus de dix fois supérieur à celui des enfants de mère ayant le niveau secondaire ou plus. De même, sur 1 000 enfants âgés d'un mois, aucun ne décède avant l'âge d'un an si la mère a un niveau d'enseignement secondaire ou plus contre 33 qui décèdent quand la mère est sans instruction. On constate la même situation et le même décalage au niveau de la mortalité néonatale et de la mortalité infantile, confirmant ainsi le lien étroit de cause à effet entre l'instruction de la mère et le niveau de la mortalité des enfants.



La dernière caractéristique présentée au tableau 9.2, relative aux soins prénatals et à l'assistance à l'accouchement, montre que dans le cas où la mère n'a fait aucune visite prénatale pendant sa grossesse et n'a pas été assistée par un personnel médical lors de l'accouchement, son enfant court un risque de décéder de 70 $^{o}/_{oo}$ avant l'âge d'un an et de 28 $^{o}/_{oo}$ entre le premier et le cinquième anniversaire. Ces quotients sont nettement plus faibles lorsque la mère a été en consultation prénatale et a été assistée pendant l'accouchement : leurs enfants courent un risque de 34 $^{o}/_{oo}$ de décéder avant de fêter leur premier anniversaire et un risque 2 $^{o}/_{oo}$ entre le premier et le cinquième anniversaire.

L'analyse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est complétée par l'évaluation de l'impact de certaines caractéristiques bio-démographiques des mères et des enfants. Le tableau 9.3 présente les quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile selon le sexe des enfants, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance et la durée de l'intervalle intergénésique.

Selon le sexe, on note une surmortalité des enfants de sexe masculin. Ainsi, sur 1 000 naissances 35 filles meurent avant l'âge d'un mois contre 42 garçons. Cet écart apparaît aussi au niveau de la mortalité infantile (63 $^{o}/_{oo}$ contre 69 $^{o}/_{oo}$), de la mortalité juvénile (19 $^{o}/_{oo}$ contre 21 $^{o}/_{oo}$) et infanto-juvénile (80 $^{o}/_{oo}$ contre 89 $^{o}/_{oo}$). Ce déséquilibre au détriment du sexe masculin n'apparaît pas au niveau du quotient de mortalité post-néonatale (27 $^{o}/_{oo}$ pour chaque sexe).

Au niveau de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, on relève que la précocité de la procréation ou son retard influe négativement sur la survie de l'enfant. En effet, les risques de décéder des enfants issus de mères dont l'âge à la naissance est inférieur à 20 ans ou bien compris entre 40 et 49 ans sont très élevés comparativement à ceux des mères dont l'âge se situe dans l'intervalle intermédiaire, soit 20-39 ans. On relève ainsi que le risque de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire est de 88 $^{o}/_{oo}$ chez un enfant né d'une mère de moins de 20 ans contre 62 $^{o}/_{oo}$ chez celui né d'une mère de 20-29 ans. Entre la naissance et le

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 périodes de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques des mères et des enfants, EPPS Maroc 1995

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe					
Masculin	42,2	27,2	69,4	21,1	89,0
Feminin	35,4	27,2	62,6	18,7	80,1
Âge de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	58,8	29,3	88,1	19,9	106,2
20-29 ans	30,2	31,3	61,5	21,1	81,3
30-39 ans	42,2	21,1	63,2	17,5	79,6
40-49 ans	60,5	26,5	87,0	19,1	104,4
Rang de naissance					
1	50,1	24,2	74,3	11,8	85,2
2-3	22,6	23,2	45,8	18,9	63,9
4-6	32,1	31,4	63,5	23,0	85,0
7 ou plus	63,2	29,8	93,0	24,1	114,9
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	67,3	42,4	109,6	26,7	133,4
2-3 ans	23,5	28,8	52,3	20,4	71,6
4 ans ou plus	26,4	5,4	31,8	18,4	49,5
Ne sait pas	36,5	24,5	61,0	16,4	76,4

cinquième anniversaire, le risque de décéder passe de 106 à 80 ‰ pour, respectivement, un enfant né d'une mère de moins de 20 ans et celui d'une mère âgée de 30-39 ans. L'effet de cette variable apparaît particulièrement au niveau de la mortalité néonatale. En effet, le risque de décéder est près de deux fois plus élevé chez un enfant né d'une mère de moins de 20 ans (59 ‰) que chez celui né d'une femme appartenant à la tranche d'âges 20-29 ans (30 ‰).

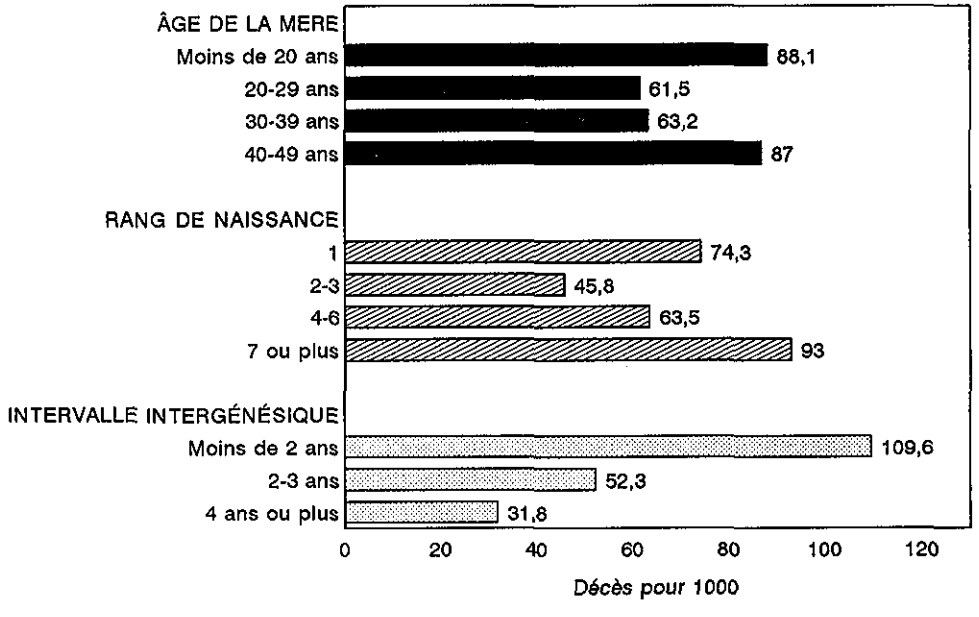
Selon le rang de naissance, le quotient de mortalité infantile, qui est relativement élevé pour le rang 1 (74 ‰), baisse sensiblement pour les rangs suivants, pour augmenter de façon importante pour les enfants de rang 7 et plus (93 ‰). Pour ce qui est de la mortalité juvénile, les quotients augmentent avec le rang de naissance.

La dernière caractéristique présentée au tableau 9.3 concerne l'intervalle intergénésique et son impact sur les différents quotients de mortalité. Les intervalles de moins de deux ans influent négativement sur le niveau des quotients de mortalité par rapport aux autres intervalles intergénésiques, corroborant ainsi l'importance de l'espacement des naissances sur la survie des enfants. Ainsi, pour un intervalle de moins de 24 mois, le quotient de mortalité infantile atteint 110 ‰ alors que, dans l'intervalle de 48 mois ou plus, ce quotient est de 32 ‰. Autrement dit, le niveau de la mortalité infantile augmente de plus de trois fois entre les intervalles extrêmes retenues. En ce qui concerne la mortalité juvénile, sur 1 000 enfants âgés d'un an, 27

décèdent avant d'atteindre cinq ans pour un intervalle de moins de deux ans, contre 18 pour un intervalle de quatre ans et plus. L'importance de l'intervalle intergénésique sur la mortalité se reflète également au niveau des quotients de mortalité néonatale où le taux est presque trois fois supérieur chez les enfants dont l'intervalle est inférieur à 24 mois (67 °/$_{oo}$) par rapport à ceux dont l'intervalle est compris entre deux et trois ans (24 °/$_{oo}$). Ce constat se confirme et se renforce au niveau de la mortalité post-néonatale puisque le taux passe de 42 °/$_{oo}$ pour un intervalle court à 5 °/$_{oo}$ pour un intervalle dépassant quatre ans.

Le graphique 9.2 présente les quotients de mortalité infantile et juvénile selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants.

Graphique 9.2
Mortalité infantile (1q0) et comportement procréateur



EPPS 1995

9.4 COMPORTEMENT PROCRÉATEUR À HAUT RISQUE

Des études démographiques antérieures ont montré qu'il existe une forte relation entre le comportement procréateur d'une mère et les chances de survie de ses enfants. Généralement, les naissances qui sont à hauts risques de décéder sont celles issues de femmes d'âge de procréation précoce (moins de 18 ans), les naissances de femmes d'âge de procréation tardif (plus de 34 ans), celles à intervalle intergénésique court (moins de 24 mois) et celles de rang élevé (4 ou plus). Pour les besoins de l'analyse, les naissances des cinq dernières années sont classées selon les catégories à hauts risques suivantes, par ordre croissant :

1) *les naissances ne correspondant à aucune des catégories à hauts risques définies ci-dessus;*
2) les naissances appartenant à une seule catégorie à haut risque;
3) les naissances correspondant à une combinaison de catégories à hauts risques.

La première colonne du tableau 9.4 montre que 39 % de toutes les naissances n'appartiennent à aucune des catégories à hauts risques. Par contre, plus de six naissances sur dix (61 %) appartiennent à, au moins, une catégorie à hauts risques, dont presque trois naissances sur dix (26 %) correspondent à des hauts risques multiples.

Tableau 9.4 Fécondité à hauts risques

Pourcentage d'enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête par hauts risques de mortalité, et pourcentage de femmes actuellement mariées à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, par catégories de hauts risques croissants, EPPS Maroc 1995

Catégories à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement mariées[1]
	Pourcentage de naissances	Rapport de de risque	
Dans aucune catégorie à haut risque	38,7	1,00	26,4[2]
Un seul haut risque			
Age < 18: moins de 18 ans à la naissance	1,9	1,92	0,3
Age > 34: plus de 34 ans à la naissance	2,6	1,81	7,6
IN < 24: intervalle entre naissances inférieur à 24 mois	10,1	1,74	7,6
RG > 3: Rang de naissance 4 ou plus	20,4	1,36	12,5
Sous-total	34,9	1,53	28,1
Hauts risques multiples			
Age < 18 et IN < 24 (ou RG >3)	0,2	5,15	0,2
Age > 34 et IN < 24	0,1	0,00	0,6
Age > 34 et RG > 3	16,9	1,42	33,5
Age >34, IN < 24 et RG > 3	2,8	2,62	5,0
IN < 24 et RG > 3	6,4	2,61	6,4
Sous-total	26,4	1,86	45,6
Ensemble des catégories à hauts risques	61,3	1,67	73,6
Total	100,0	-	100,0
Effectif	2 235	-	2 481

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les cinq dernières années dans chaque catégorie à risque, 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 est née dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 3 ou plus.

[2] Y compris les femmes stérilisées

La deuxième colonne du tableau présente les « rapports de risque » qui permettent d'évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères. On définit un rapport de risque comme le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie de référence, à savoir les enfants n'appartenant à aucune des catégories à hauts risques. Un enfant appartenant à une catégorie d'un seul haut risque court un risque de décéder de 1,5 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. La procréation tardive de la mère (naissance à 35 ou plus), et la parité de rang élevé (quatre enfants ou plus) ne sont généralement pas corrélées à un haut risque de décéder quand elles ne sont pas combinées avec un intervalle intergénésique court (<24 mois). En effet, les deux facteurs qui semblent le plus augmenter le risque de décéder sont la fécondité très précoce de la mère (rapport 1,9 en 1995 contre 2,7 en 1992) et un intervalle

court entre naissances (rapport 1,7 en 1995 contre 1,5 en 1992). Pour ce qui est de toutes les catégories à hauts risques confondues, les enfants ont un risque de décéder 1,9 fois supérieur à ceux n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Pour les autres comportements procréateurs spécifiques, les risques sont multipliés par plus de deux : intervalle court combiné avec une maternité tardive et un rang supérieur à 3 (rapport 2,6), et intervalle court combiné avec un rang élevé (rapport de 2,6).

La dernière colonne du tableau 9.4 présente la proportion de femmes actuellement mariées qui, potentiellement, pourraient concevoir des enfants à hauts risques de mortalité. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer les futures naissances à hauts risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. 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 trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. La proportion des enfants à naître qui appartiendraient à une catégorie quelconque à hauts risques est de 74 %. Elle est nettement supérieure à la proportion observée chez les enfants déjà nés (61 %) et, en particulier, pour les enfants des catégories à hauts risques multiples (46 % contre 26 %). Ceci montre clairement l'utilité de la planification familiale dans le cadre des actions en faveur de la survie des enfants.