Les niveaux, tendance et caractéristiques de la mortalité des enfants sont déterminés par les conditions sanitaires, environnementales, socioéconomiques 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 socioéconomique. Ces résultats portent sur les niveaux, tendance et caractéristiques de la mortalité des enfants selon le milieu de résidence et l'instruction de la mère, le suivi des grossesses et l'assistance à l'accouchement, et selon d'autres caractéristiques du comportement reproductif.

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 dans le questionnaire Femme. Au cours de l'enquête, 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 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).

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.

Limite 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 des 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, 0,8 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages (tableau 16.3) 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 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 estimée peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation succincte du sousenregistrement 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'EMMUS-IV, cette proportion est de 66 % (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 naissance 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 2000 (rapport 92 < 100) et un *surplus* aux années adjacentes, surtout les années antérieures dans le cas présent, 1999 (rapport 114 > 100) et surtout 1997 (rapport 197 > 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.
- 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, mois et années). On note que l'attraction pour «12 mois» (tableau C.6) est peu importante : par exemple, pour la période 0-4 ans qui précède l'enquête, les décès enregistrés à 12 mois sont beaucoup moins nombreux que ceux enregistrés aux mois 9, 10 et 11 confondus (8 contre 20). Cependant, l'attraction est assez visible entre 11 et 12 mois (1 contre 8). L'attraction pour l'âge au décès 12 mois est donc nette, mais reste néanmoins négligeable pour affecter réellement les niveaux de mortalité infantile et de mortalité 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'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 (1q0) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder

avant d'atteindre le premier anniversaire;

Quotient de mortalité juvénile (4q1) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la

probabilité de décéder avant le cinquième

anniversaire;

Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0): mesure, à la naissance, la probabilité de décéder

avant le cinquième anniversaire;

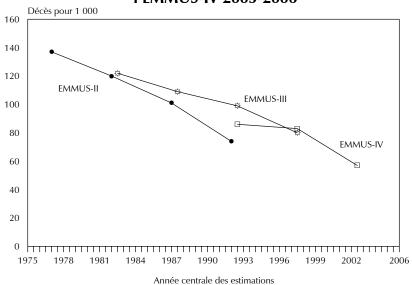
Le tableau 12.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés par périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1992 à 2006.

Tableau 12.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans						
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, EMMUS-IV Haïti 2005-2006						
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post- néonatale (PNN)	Mortalité infantile (1q ₀)	Mortalité juvénile (491)	Mortalité infanto- juvénile (₅ q ₀)	
0-4 5-9 10-14	25 36 33	32 47 53	57 83 86	31 39 54	86 118 135	

Pour la période 0-4 ans avant l'enquête (2002-2006), les résultats montrent que sur 1 000 naissances, 57 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (25 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 32 ‰ entre 1 et 12 mois exact), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 31 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est donc de 86 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur douze.

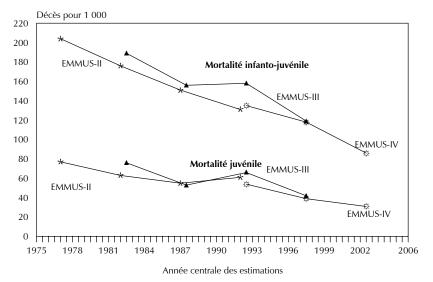
Les données du tableau 12.1, représentées aux graphiques 12.1 et 12.2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des quinze dernières années. Bien que le niveau de la mortalité infanto-juvénile enregistré aujourd'hui en Haïti se situe encore parmi les niveaux les 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 2004 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'enquête), la mortalité infantile est passée de 86 % à 57 %... soit une baisse de 34 %; Au cours de la même période, la mortalité juvénile est passée de 54 ‰ à 31 ‰. Globalement la mortalité infantojuvénile a diminué de 36 %, passant de 135 ‰ à 86 ‰. Parmi les composantes de la mortalité infantile, les deux auraient diminué : la mortalité néonatale de 33 % à 25 % (soit 24 % de baisse) et la mortalité post-néonatale de 53 % à 32 % (soit 40 % de baisse). Globalement, le niveau de mortalité infantojuvénile en Haïti est donc aujourd'hui assez différent de ce qu'il était il y a une quinzaine d'années.

Graphique 12.1 Tendances de la mortalité infantile selon l'EMMUS-II 1994-1995, l'EMMUS-III 2000 et **I'EMMUS-IV 2005-2006**



Les graphiques 12.1 et 12.2 permettent également de comparer les tendances de la mortalité infantile et juvénile selon l'EMMUS-III réalisée en 2000 et l'EMMUS-IV. Malgré quelques écarts minimes entre les niveaux de mortalité estimés par les deux enquêtes, ces résultats témoignent de la cohérence et de la fiabilité des données concernant les niveaux et l'évolution de la mortalité infantile et juvénile en Haïti. Globalement au cours des vingt dernières années, soit entre 1986-1990 (10-14 ans avant l'EMMUS-III) et 2002-2006 (0-4 ans avant l'EMMUS-IV), les niveaux de mortalité ont diminué de manière importante. La mortalité infantile estimée à 109 ‰ autour de l'année 1988 est passée à 57 ‰ autour de l'année 2004, soit une baisse de 48 % ; au cours de la même période, la mortalité juvénile est passée de 53 % à 31 % soit une baisse de 42 %. Globalement, entre 1986-1990 et 2002-2006, la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire a baissée de 45 %, passant de 156 ‰ à 86 ‰.

Graphique 12.2 Tendances de la mortalité juvénile et infanto-iuvénile selon l'EMMUS-II 1994-1995. l'EMMUS-III 2000 et l'EMMUS-IV 2005-2006



MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE 12.3

Le tableau 12.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant pour la période des dix années précédant 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 12.3 présente les différences de mortalité infantile et juvénile selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Les résultats du tableau 12.2, illustrées par le graphique 12.3, mettent en évidence que la mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (58 %) qu'en milieu rural (76 %). Ces écarts de mortalité selon le milieu de résidence persistent également après un an : sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 22 décèdent en milieu urbain contre 41 en milieu rural ; de plus la mortalité juvénile est nettement plus faible dans l'Aire Métropolitaine (12 %) que dans les Autres Villes (31 %). Globalement, le niveau de la mortalité infanto juvénile est de 46 % plus élevé en rural (114 %) qu'en urbain (78 %).

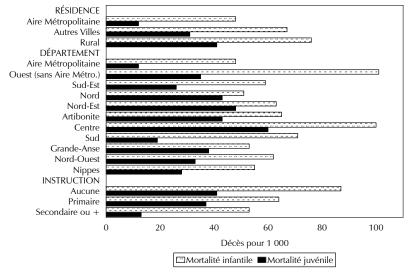
Le niveau de mortalité des jeunes enfants diffère de manière importante d'un département à un autre. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au double, d'un minimum de 48 ‰ dans l'Aire Métropolitaine et 51 ‰ dans le département du Nord à un maximum de 101 ‰ et 100 ‰, respectivement dans les départements de l'Ouest (sans Port-au-Prince) et du Centre. En ce qui concerne la mortalité juvénile, son niveau varie encore plus, de 12 ‰ dans l'Aire Métropolitaine et 19 ‰ dans le département du Sud à 60 % dans le département du Centre. Globalement, c'est dans l'Aire Métropolitaine (59 %) que le taux de mortalité infanto juvénile est le plus faible et dans le département du Centre qu'il est le plus élevé (155 %).

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 ayant précédé l'enquête par certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère, EMMUS-IV Haïti 2005-2006

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post- néonatale (PNN)	Mortalité infantile (1 q 0)	Mortalité juvénile (₄ q ₁)	Mortalité infanto- juvénile (₅ q ₀)
Milieu de résidence					
Aire Métropolitaine	21	26	48	12	59
Autres Villes	33	34	67	31	96
Ensemble urbain	27	30	58	22	78
Rural	32	44	76	41	114
Département					
Aire Métropolitaine	21	26	48	12	59
Ouest (sans Aire Métro.)	53	47	101	35	132
Sud-Est	20	39	59	26	84
Nord	14	37	51	43	91
Nord-Est	29	33	63	48	107
Artibonite	33	32	65	43	105
Centre	36	64	100	60	155
Sud	25	46	71	19	89
Grande-Anse	16	37	53	38	89
Nord-Ouest	20	41	62	33	92
Nippes	29	27	55	28	81
Niveau d'instruction					
Aucun	36	51	87	41	124
Primaire/alphabét.	26	37	64	37	98
Secondaire ou plus	29	24	53	13	65
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	24	54	78	51	125
Second	38	39	77	40	114
Moyen	39	40	80	33	110
Quatrième	28	30	58	26	83
Le plus riche	19	26	45	10	55

Graphique 12.3 Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère



Note : Période de 10 ans avant l'enquête

EMMUS-IV 2005-2006

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 53 % chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, à 64 % chez ceux dont la mère est seulement alphabétisée ou a un niveau d'instruction primaire, et à un maximum de 87 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. Lors de la précédente enquête de 1991-2000, on avait enregistré les mêmes variations selon le niveau d'instruction. Pour la mortalité iuvénile, 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 13 ‰ (instruction secondaire ou plus) à un maximum de 41 ‰ (sans instruction).

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 vivants dans les ménages les plus démunis que pour ceux des ménages les plus riches.

Le tableau 12.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix années précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et 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, 32 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 29 chez les filles. Le taux de mortalité infantile s'établit à 75 % pour les garçons contre 65 % pour les filles et entre la naissance et le cinquième anniversaire, on constate que 106 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 98 sur mille naissances chez les filles.

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 ayant précédé l'enquête par certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EMMUS-IV Haïti 2005-2006

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post- néonatale (PNN)	Mortalité Infantile (₁q₀)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto- juvénile (₅q₀)
Sexe de l'enfant					
Masculin	32	43	75	33	106
Féminin	29	36	65	36	98
Âge des mères à la naissance					
<20	37	44	81	46	123
20-29	26	39	66	34	98
30-39	29	38	67	32	97
40-49	59	39	98	24	120
Rang de naissance					
1	32	41	73	27	98
2-3	24	35	58	35	91
4-6	29	37	66	40	104
7+	44	53	97	35	129
Intervalle intergénésique					
<2 années	41	56	97	56	148
2 années	31	37	68	38	104
3 années	16	29	45	26	71
4+ années	21	30	51	18	68
Taille à la naissance¹					
Petit ou très petit	35	41	76	na	na
Moyen ou gros	20	32	52	na	na

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

Le graphique 12.4 présente les variations de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques du comportement procréateur des mères.

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, par exemple, un enfant né à moins de deux ans après l'enfant précédent, court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 148 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ans court un risque de 104 ‰, et de 71 ‰ lorsque l'espacement est de trois ans, soit un risque de mortalité 52 % plus élevé entre un espacement de moins 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 (97 % contre 45 %).

ÂGE DE LA MÈRE À LA NAISSANCE Moins de 20 ans 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans RANG DE NAISSANCE 2-3 4-6 7 ou + INT. INTERGÉNÉSIQUE < 2 ans 2 ans 3 ans 4 ans ou + 0 120 Décès pour 1 000 (1q0)

Graphique 12.4 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances

Note : Période de 10 ans avant l'enquête EMMUS-IV 2005-2006

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 (23 %) par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (81 ‰ contre 66 ‰). Par ailleurs, on remarque au tableau 11.3 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 58 ‰).

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 intergénésiques très courts.

On relève enfin que les bébés petits ou très petits à la naissance ont une mortalité néonatale de (75 %) plus élevée que les bébés moyens ou gros (35 ‰ contre 20 ‰). L'écart est de 28 % pour la mortalité post-néonatale (41 % contre 32 %). 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 MORTALITÉ ET 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 haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénésique 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'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénésique et le rang de naissance ;
- et, enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à haut risque définie ci-dessus.

Il ressort du tableau 12.4 que 23 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 21 % sont à risques élevés parce qu'elles sont de rang 1, mais elles sont inévitables, 34 % sont à haut risque unique et 22 % 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 risque.

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 d'Haïti, ces naissances présentent un risque de décéder 0,93 fois plus élevé que celui de la catégorie de référence constituée par les enfants n'appartenant à aucun des risques considérés.

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, EMMUS-IV Haïti 2005-2006

	Naissances de précédant l	Pourcentage de femmes		
Catégories à hauts risques	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	actuellement en union ¹	
Ne se trouve dans aucune catégorie à risque	23,4	1,00	21,9ª	
Catégorie à risque inévitable Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	21,1	0,93	11,0	
Catégorie unique particulière de haut risque				
Âge des mères <18	6,1	1,68	0,8	
Âge des mères >34	1,8	1,45	7,3	
Intervalle intergénésique <24 mois	6,3	1,14	9,6	
Rang de naissance >4	19,3	0,99	10,6	
Ensemble des hauts risques uniques	33,5	1,17	28,3	
Catégorie à plusieurs hauts risques Âge <18 et intervalle intergénésique				
<24 mois	0,4	1,82	0,3	
Âge >34 et Intervalle intergénésique <24	0,2	1,94	0,2	
Âge>34 et rang de naissance >4 Âge>34 et intervalle intergénésique	13,5	1,25	27,2	
<24 mois et rang >4 Intervalle intergénésique <24 mois et rang	2,4	1,69	4,4	
de naissance >4	5,5	1,78	6,8	
Ensemble des hauts risques multiples	21,9	1,44	38,9	
Ensemble des hauts risques	55,5	1,28	67,2	
Total Nombre de naissances	100,0 5 727	-	100,0 6 323	

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 haut risques.

^a Y compris les femmes stérilisées

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque de décéder 1,17 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Il apparaît qu'un intervalle intergénésique court est un facteur de risque élevé puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,14 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 1,44 fois plus élevé que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie de risque. 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 1,94 fois plus élevé que la catégorie de référence).

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, âgée de plus de 34 ans et 2 mois, la dernière naissance ayant eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

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.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, 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 risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 12.4) que seulement 22 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque alors que 67 % appartiendraient à une catégorie à hauts risques. Cette proportion d'enfants qui, en l'absence de toute régulation des naissances, naîtraient dans des conditions à haut risque de mortalité est supérieure à celle observée parmi les enfants déjà nés (56 %). 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 en Haïti.