

La mortalité infantile en Algérie

Dr FODIL ISSAD Faïza

Maître de conférences A

Université Oran2 Mohamed Ben

Ahmed (Algérie)

المخلص:

وفيات الرضع في الجزائر يمكن تلخيصها في ثلاث مراحل كبرى هي:

- * هناك من تقابل مستوى جد عال مع العديد من الشكوك المتعلقة بالظروف المعيشية لسكان الجزائر خلال الفترة الاستعمارية والى نوعية البيانات ؛ 1900 - 1962.
- المرحلة الثانية تتميز باتجاه نحو الانخفاض ولكن يبقى بطيئا ويمتد من الاستقلال إلى عام 1980.
- * وأخيرا المرحلة الثالثة و هي التي نلاحظ فيها انخفاض حقيقي لمعدل وفيات الرضع؛ ويأتي هذا الانخفاض نتيجة لمختلف الخطط التنموية الكبرى والخطط الصحية التي تدعو إليها السلطة .
- * ان معدل وفيات الرضع في وقتنا الحالي يقارب 22 بالآلف ، في حين بلغ 142 بالآلف في عام 1970.

الكلمات المفتاحية: الوفيات العامة، وفيات الرضع، وفيات الأطفال حديثي الولادة، المعدل الخام، معدل وفيات الرضع، حاصل وفيات الرضع، الانتقالية، الزيادة

Summary:

In Algeria infant mortality can be summarized in three big stages :

- * That which corresponds to a very high level with many uncertainties related to the living conditions of the Algerian population during the colonial period and to the quality of the data; 1900-1962
- * The second is characterized by a downward trend but remains slow and extend from independence to 1980.
- * Finally, the third stage is one in which there is a real decrease in infant mortality; This decline is the result of various major development plans and health plans advocated by the authorities.
- * Today's infant mortality rate is around 22%, whereas it reached 142% in 1970.

Keywords: Généralmortality, infant mortality, néonatalmortality, post néonatalmortality, grossrate, infant mortalityrate, infant mortalityquotient, transition, increase.

Résumé

En Algérie la mortalité infantile peut se résumer en trois grandes étapes :

- * Celle qui correspond à un niveau très élevé avec beaucoup d'incertitudes liées aux conditions de vie de la population algérienne pendant la période coloniale et à la qualité des données ; 1900- 1962.
- * La seconde est caractérisée par une tendance vers la baisse mais qui reste lente et s'étend de l'indépendance à 1980.
- * Enfin la troisième étape est celle où on observe une réelle baisse de la mortalité infantile; cette baisse qui est le fruit des différents grands plans de développement et plans sanitaires prônés par le pouvoir.
- * Le taux de mortalité infantile d'aujourd'hui se situe autour de 22 %, alors qu'il a atteint 142 % en 1970.

Mots clefs : Mortalité générale, mortalité infantile, mortalité néonatale, mortalité post néonatale, taux brut, taux de mortalité infantile, quotient de mortalité infantile, transition, accroissement.

Introduction

La mortalité infantile a depuis longtemps fait l'objet d'un intérêt particulier à cause des risques de décès importants qui la caractérisent ainsi que de son poids relatif dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance.

Cet indicateur est non seulement important pour la santé publique mais permet aussi de mesurer le développement d'un pays. Il s'agit maintenant de situer le niveau de mortalité de l'Algérie dans l'échelle normative proposée par l'OMS. Il constitue aussi l'un des principaux paramètres de l'indice de développement humain (IDH) élaboré annuellement par l'organisation des Nations Unies.

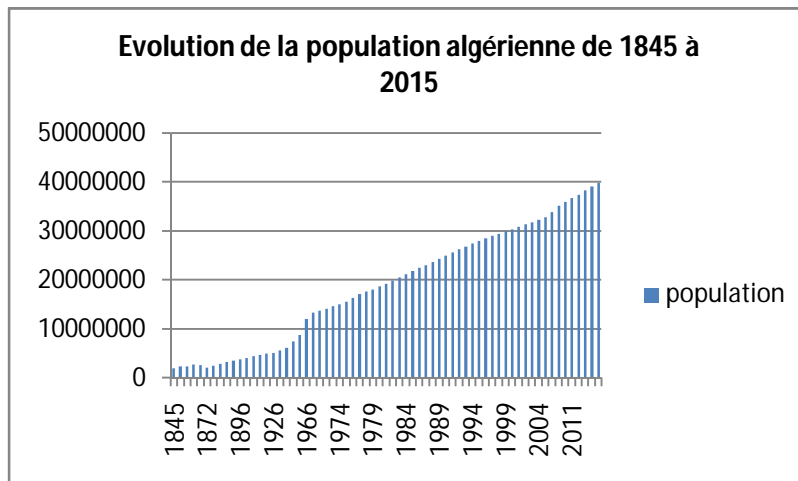
Au niveau de la recherche démographique et épidémiologique il permet d'évaluer les différents niveaux : de l'accès aux soins, de la qualité de la médecine obstétrique et pédiatrique et du niveau de lutte contre les maladies infectieuses pour un pays donné. Par conséquent il peut être considéré comme la première vitrine d'un pays en reflétant et en appréciant les efforts déployés par l'état afin d'améliorer les conditions de vie de sa population.

Pour apprécier cet indicateur, il faudrait l'intégrer dans son contexte, à savoir son espace-temps, son territoire et sa population.

La démographie algérienne.

L'espace-temps sera celui de l'Algérie post indépendance, ou cinq recensements nous permettent de suivre l'évolution de la population algérienne.

Évaluée à 12 075 255 habitants en 1966 la population algérienne n'a cessé de progresser au fil du temps passant respectivement à 16 059 724 en 1977, 22 878 626 millions en 1987, 29 272 343 millions en 1998 pour enfin atteindre 33 920 000 en 2008, soit un taux d'accroissement pour les périodes intercensitaires de 3.2%, 3.0%, 2.2% et 1.6%. Cette croissance de la population observée depuis l'indépendance s'est accélérée provoquant un doublement de la population en vingt ans. Toute fois cette accélération semble se ralentir lors des deux derniers recensements. Au 1^{er} janvier 2016 la population algérienne a atteint 40 606 052 habitants.



La mortalité générale

La mortalité a été pendant longtemps le seul indicateur de l'état de santé de la population. Elle constitue le premier facteur impliqué dans sa croissance.

Le taux brut de mortalité bien que ne représentant pas rigoureusement la situation sanitaire d'un pays il reste néanmoins un élément important dans le calcul de l'accroissement naturel par différences avec le taux de natalité.

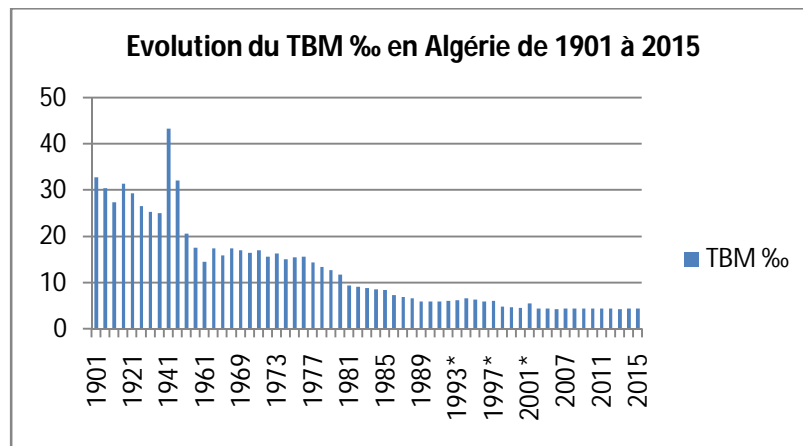
Depuis l'indépendance les taux de mortalité ont baissé d'une façon spectaculaire ou durant une période de cinquante ans ils ont été divisés par quatre. Jusqu'en 1976 la baisse du

taux de mortalité reste fluctuante à cause de la qualité des données statistiques tout en restant supérieur à 15‰. À partir de cette date la mortalité décline rapidement pour atteindre 11.8‰ en 1980.

Correspondant à la deuxième phase de la transition démographique en Algérie, cette période voit une baisse régulière de la mortalité alors que la natalité maintient son rythme élevé aboutissant à un taux d'accroissement important de la population ; 3.4% en 1966, 3.3% en 1970 et 3.2% en 1980.

La période allant de 1980 à 1997 se caractérise par une baisse continue de l'indice ou il atteint la valeur de 6.12‰ en 1997. Il faut dire que lors de cette période l'Algérie a été touchée par la crise économique en 1986, ajouté à cela la situation sécuritaire liée au terrorisme par conséquent les taux de mortalité ont connu une certaine stagnation autour de 6‰ en 1993, 1994 et 1995.

À partir de 1997 et jusqu'à nos jours le taux de mortalité baisse à nouveau pour atteindre le niveau de 4.5‰ en 2015. Mais la tendance de la baisse de la mortalité connaît un ralentissement voir même une certaine stabilité.



On peut dire que depuis l'indépendance de l'Algérie, la mortalité n'a cessé de baisser grâce à une nette amélioration du taux de couverture des décès par l'état civil. De même, l'Algérie a accordé une importance particulière au secteur de la santé notamment par la mise en place des différentes actions menées dans le cadre des programmes de développement conduisant à une amélioration positive dans tous les domaines ; la mise en œuvre des politiques de santé basée sur l'instauration de la médecine gratuite, la vaccination massive ainsi que la prévention maternelle et infantile entrant dans le cadre du programme de la maîtrise de la croissance démographique.

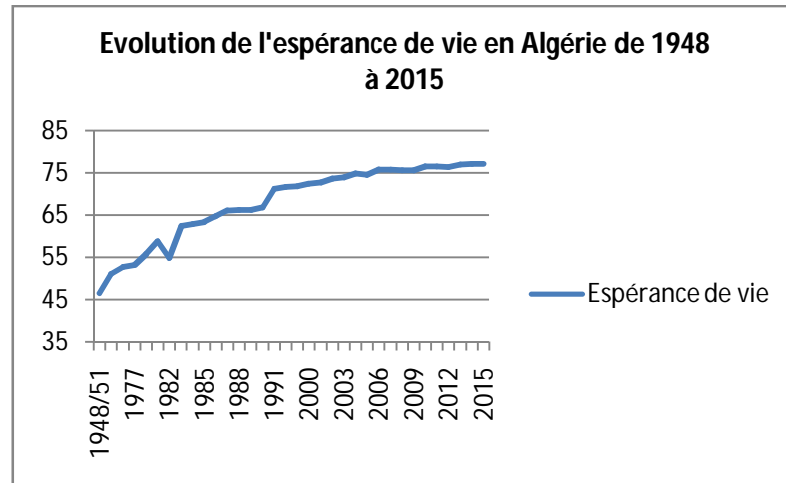
Durant toute cette période et en termes de taux de mortalité l'Algérie a atteint son niveau de mortalité le plus bas de son histoire démographique et se stabilise à un meilleur niveau en comparaison avec d'autres pays.

L'allongement de l'espérance de vie à la naissance

Il est évident que la baisse de la mortalité constatée depuis l'indépendance de l'Algérie affecte directement le niveau de l'espérance de vie à la naissance qui constitue à son tour un bon indicateur de santé.

Atteignant la valeur de 77.1 ans en 2015 l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter avec un gain de 28 ans depuis 1966. Selon l'OMS l'Algérie est classée comme le pays qui a la meilleure espérance de vie en Afrique.

Ainsi, en 49 ans la population algérienne a gagné près de 28 ans de vie. Ce gain remarquable est redevable certainement à la baisse de la mortalité infantile.

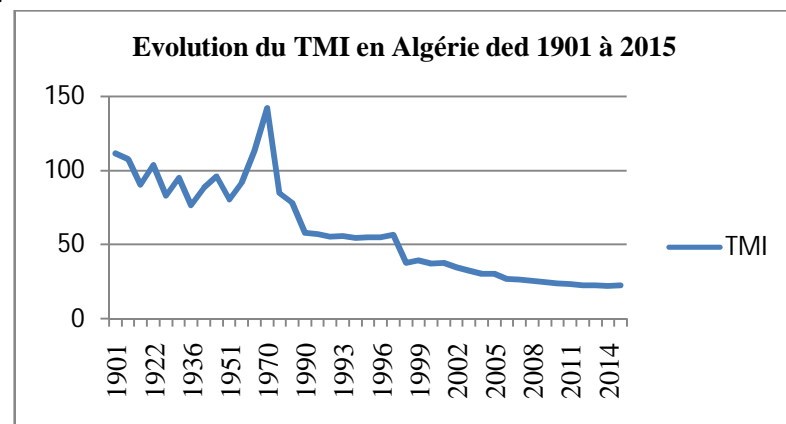


La mortalité infantile

Pour étudier l'état sanitaire d'une population l'OMS a recours à cet indicateur qui mesure le nombre de décès des enfants âgés de moins d'un an ; pour évaluer l'efficacité des programmes de santé mis en place par l'état.

Au lendemain de l'indépendance la situation en matière d'enregistrement des phénomènes démographiques souffrait d'un manque flagrant de données fiables. En effet, bien que l'état civil soit plus ou moins ancien en Algérie son bon fonctionnement ne sera effectif qu'à partir de 1970.

Au regard des taux de mortalité infantile, nous constatons que ceux-ci ont nettement régressé depuis l'indépendance. Le déclin de la mortalité infantile en Algérie est un fait incontestable. De la valeur de 149.4‰ en 1966 elle passe à 22.3‰ en 2015 soit une baisse de 127.1 points. Cependant le rythme de décroissance n'a pas été même pendant toute la période étudiée.



En effet le taux de mortalité infantile amorçe une baisse lente durant les années postindépendance pour atteindre 140.94 en 1977. Cette phase correspond à l'instauration de la médecine gratuite en 1974 et au large programme de vaccination.

La phase suivante se caractérise par une chute remarquable du taux qui passe à 64.42‰ en 1987, soit une baisse de plus de 50%. Cette chute peut être expliquée par l'amélioration des conditions de vie et de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile dans lequel la vaccination est mise en avant.

Dans la dernière phase ; le taux de mortalité infantile continue son mouvement rapide de baisse pour atteindre 37.4‰ en 1998 soit une différence de 27 points pour ensuite atteindre sa valeur la plus basse en 2015 avec un taux égal à 22.3‰.

Malgré tous les efforts consentis par l'état algérien pour faire baisser et réduire davantage le taux de mortalité infantile en luttant contre ses causes, le niveau de la mortalité

infantile est loin d'être satisfaisant en comparaison avec celui d'autres pays ayant des similitudes sociales, culturelles et économiques.

La mortalité infantile différentielle selon le sexe montre la supériorité du taux pour le sexe masculin. En effet le TMI était de 60%° contre 55.50%° pour le sexe féminin en 1990 dix ans plus tard les taux sont toujours à l'avantage des femmes avec la valeur de 35.3%° contre 38.4%° pour les hommes .En 2015 l'écart entre les deux sexes persiste avec une différence de 3 points respectivement 20.7%° et 23.7%° pour le sexe féminin et le sexe masculin.

Composante de la mortalité infantile et juvénile

Pour une analyse plus fine du niveau de la mortalité infantile on étudiera cette dernière à travers ses différentes composantes, là base de l'analyse sera les enquêtes EASME 1992, Etat Civil 1998, EASF 2002 et MICS4 2012- 2013.

La réduction de la mortalité infantile et juvénile de deux tiers, entre 1990 et 2015 est l'un des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Tableau 1 : Taux de mortalité infanto juvénile à travers les différentes enquêtes nationales

Enquêtes	EASME 1992			Etat Civil 1998			EASF 2002			MICS4 2012		
	M	F	E	M	F	E	M	F	E	M	F	E
Mortalité infantile Iqo	50,8	36,7	43,7	38,7	36,0	37,4	33,7	28,6	31,2	23	19,7	21,4
Mortalité néonatale	25,9	18,4	22,1	-	-	-	23,5	17,4	20,5	17,1	14,2	15,7
Mortalité Post néonatale	24,9	18,3	21,6	-	-	-	10,2	11,2	10,7	5,9	5,5	5,7
Mortalité infanto juvénile	54,8	42,5	48,6	46,0	43,3	44,9	40,0	33,3	36,7	25,3	22,7	24,1

Il est généralement admis que les causes endogènes sont les principales causes de la mortalité néonatale alors que la mortalité infantile et juvénile est provoquée surtout par les causes exogènes.

Letableau n°1 présente les différents taux de mortalité infanto juvénile selon les quatre enquêtes.

La tendance générale des différentes composantes de la mortalité des enfants de moins de cinq ans tend vers la baisse d'une période à une autre. Les écarts importants selon le genre constatés lors de l'enquête EASME 1992 se réduisent en 2012- 2013 lors de l'enquête MICS 4.

En effet, en 2012- 2013 la baisse importante de la mortalité infanto juvénile se voit au regard de la valeur des taux puisque sur 1000 naissances vivantes 24 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire contre 49 et 37 respectivement en 1992 et 2002. De même en 2012, 15.7 n'atteignaient pas un mois et 5.7 ne dépassaient pas les douze mois contre 22 et 22 en 1998 et 20 et 10.7 en 2002 pour la mortalité néonatale et la mortalité post-néonatale.

Le tableau montre une réduction sensible de la mortalité infantile durant les vingt années séparant les enquêtes puisque au cours de cette période le taux de mortalité infantile a baissé de 22.3 points, passant de 43.7%° à 21.4%°.

Au cours de la même période, la mortalité néonatale a baissé seulement de 6.4 points alors que la mortalité post-néonatale a baissé de 15.9 points, ce qui montre que la baisse de la mortalité infantile est due essentiellement à la baisse sensible de la mortalité post-néonatale.

La baisse de la mortalité infantile n'a été possible que grâce à l'amélioration des infrastructures sanitaires , les campagnes de vaccination et d'hygiène et l'augmentation du personnel de santé qui font partie des causes exogènes responsables en grande partie de cette baisse , cependant plus d'efforts sont encore à déployés concernant les causes endogènes qui affectent la mortalité néonatale qui représente les décès composant la plus grande partie de la mortalité infantile.

Caractéristiques démographiques de la mortalité infantile

La mortalité infanto juvénile peut être évaluée différemment selon quelques caractéristiques sociodémographiques et géographiques des enfants décédés.

Les enquêtes EASF 2002 et MICS 4 2012 nous permettent d'apprécier le niveau de la mortalité infantile en Algérie selon ces caractéristiques¹.

Selon le genre, les quotients de mortalité infantile sont estimés à 33.7‰ pour le sexe masculin et 28.6‰ pour le sexe féminin soit un écart de 5 points pour l'EASF et 23.0‰ pour le sexe masculin et 19.7‰ pour le sexe féminin soit un écart de 3.3 points pour la MICS4.

Selon le milieu de résidence, on relève un écart de 3.3 points en 2002 et 6.5 points en 2012 en faveur du milieu urbain. La mortalité infantile est relativement plus élevée en milieu rural 33‰ en 2002 et 25.3‰ en 2012 soit une baisse de 7.7 points durant la décennie contre 29.7 et 18.8‰ en milieu urbain soit un écart de 10.9 points pour la même période, confirmant une meilleure infrastructure sanitaire et un personnel médical important.

Le niveau d'instruction de la mère est considéré comme un facteur déterminant du niveau de la mortalité infantile.

Les deux enquêtes montrent que le niveau de la mortalité baisse à mesure qu'augmente le niveau d'instruction de la mère. Le risque de décéder avant d'atteindre l'âge d'un an reste inférieur pour les enfants nés d'une mère ayant un niveau secondaire et plus. Il est trois fois plus élevé pour les mères analphabètes

39.9‰, contre 11.8‰ pour les mères ayant un niveau secondaire et plus pour l'EASF et 25.6‰ contre 19.3‰ pour les mêmes niveaux d'instruction pour la MICS4. Il faut cependant noter que l'écart est de moins de 2 points entre le risque de décès néonataux chez les mamans non instruites et celles de niveau d'instruction secondaire et plus respectivement 17.4‰ et 15.5‰ pour la MICS4, 23.3‰ et 9.4‰ pour l'EASF soit un écart de 14.5 points entre les deux niveaux d'instruction, une différence beaucoup plus conséquente.

Parmi les différentes caractéristiques de décès des enfants, le rang de naissance et l'intervalle inter gésique nous renseignent sur la mortalité différentielle et mettent en évidence les risques importants liés à une fécondité élevée. En effet, le rang de naissance confirme le risque chez les primipares ; rang 1 avec 31.0‰ et chez les grandes multipares ; rang 4 avec 38.2‰. Le risque de décéder baisse pour les rangs intermédiaires. Les mêmes remarques sont valables pour la mortalité néonatale. C'est ce que révèle l'enquête EASF 2002. En ce qui concerne la mortalité des enfants par rang de naissance pour la MICS4, là aussi le risque de décès chez les primipares rangs 1 est relativement élevé 22.5‰. Les niveaux les plus bas sont observés chez les enfants de rang 2 et 3 : 17.5‰. La mortalité est plus importante au-delà du troisième enfant rang 4 et plus 27.7‰. Ces observations sont également valables pour toutes les composantes de la mortalité infantile.

Si l'on tient compte de l'intervalle inter gésique et son influence sur la mortalité des enfants on remarque que les taux les plus élevés sont enregistrés chez les enfants dont la naissance est survenue en moins de deux ans d'intervalle ; 51.2‰ et 25.8‰ respectivement en 2002 et 2012. Le risque de décès a été divisé par deux pendant dix ans. De nombreuses études ont montré que les accouchements rapprochés engendrent une fatigue accrue chez la mère et exposent les enfants à des risques élevés de décès.

L'intervalle idéal se situe à 4 ans pour la mortalité infantile et ses différentes composantes pour les deux enquêtes EASF 2002 et MICS4 2012.

La mortalité infantile : une inégalité mondiale

La mortalité infantile dans le monde a été divisée par deux en un quart de siècle. Toutefois, seuls 62 pays sur 195 ont atteint les objectifs fixés par l'ONU dans ce domaine.

¹ Données en annexe

En effet, au niveau mondial, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de 12.7 millions en 1990 à 5.9 millions en 2015, soit une réduction de 53% en 25ans. Le taux de mortalité infantile a atteint 42.5%° en 2015, alors qu'il était de 90%° en 1990. Même si celle-ci a beaucoup reculé, elle reste toutefois élevée dans certains pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. Le taux de mortalité infantile de l'Afrique est égale à 59.9%°. Même si pour l'Afrique du nord l'indice a beaucoup baissé pour atteindre en 2015 24%° au Maroc 20%° en Egypte, 12%° en Tunisie et 11%° en Libye.

Pour le reste des pays d'Afrique, dix pays continuent d'afficher un taux supérieur à 90%°, avec en tête, l'Angola, République centrafricaine et la Sierra Leone respectivement 96%°, 92%° et 87%°.

En Asie, le taux de mortalité infantile est sensiblement plus faible qu'en Afrique, mais les disparités sont grandes. En effet, de 66%° pour l'Afghanistan et le Pakistan, 51%° pour le Laos, 38%° pour l'Inde le taux chute à 5%° pour Bahreïn, 2%° pour Singapour et pour le Japon.

En Amérique, les écarts sont très marqués entre les pays avec 4%° pour le Canada et Cuba, 6%° pour les Etats-Unis et 7%° pour le Chili. Alors que d'autres pays enregistrent des taux plus élevés. Il s'agit de Haïti 52%°, Guyana 32%°, la Bolivie avec 31%° et le Guatemala avec 24%°.

Quant à l'Océanie elle reste très hétérogène en matière de mortalité infantile. De 45%° pour la Papouasie-Nouvelle Guinée, Iles Salomon 24%°, le taux chute pour atteindre 5%° pour la Nouvelle-Zélande et 3%° pour l'Australie.

Enfin l'Europe se singularise par les taux de mortalité infantiles les plus faibles. Le maximum est observé en Albanie avec 13%° ensuite 10%° en Roumanie et 8%° en Russie. Le minimum 2%° pour le Luxembourg, la Finlande et la Slovénie.

Ainsi, dans la plupart des pays du monde la tendance de la mortalité infantile est vers la baisse. Mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour réduire d'avantage le niveau de la mortalité infantile. Notamment en luttant contre les maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée ou la rougeole. Cette dernière repose sur la vaccination et les traitements antibiotiques et la réhydratation en cas de diarrhée. Egalement en améliorant l'état nutritionnel des enfants, l'assainissement et l'eau potable.

Conclusion

Le recul considérable de la mortalité générale et la mortalité infantile en Algérie est la conséquence des moyens mis en œuvre au niveau de la politique de santé développée par l'état algérien.

La majorité des études confirment que la baisse de la mortalité infantile est du grâce à l'amélioration des infrastructures sanitaires, l'augmentation du personnel médical,

La baisse de la mortalité et le progrès de l'espérance de vie reposaient pour l'essentiel sur le recul de la mortalité infantile et des maladies infectieuses.

Bien que la crise économique provoquée par le retournement à la baisse du prix des hydrocarbures en 1986 a gravement dégradé le niveau de vie de la population et a pesé, entre autres, sur les dépenses publiques de santé, la mortalité infantile, celle des enfants de moins d'un an, a continué de baisser.

Cependant, les conséquences de cette conjoncture qui se font ressentir jusqu'à nos jours, sont une source majeure d'inégalité de santé qui a tendance de freiner la baisse de la mortalité infantile à un niveau toujours important.

A l'aube des années 2000 le bénéfice du recul de ces deux composantes de la mortalité n'est pas totalement épuisé. Il reste beaucoup à faire au niveau de la prise en charge de la mère et de l'enfant.

L'analyse selon le genre, montre que la mortalité infantile est supérieure chez les garçons

S'il est démontré de coutume qu'il y a une surmortalité féminine dans l'enfance sur toute la rive sud de la Méditerranée, en Algérie, la discrimination dont seraient victimes les filles paraît de nos jours très faibles.

Sur le plan résidentiel, les enfants de moins d'un an ont plus de chance de survie en milieu urbain.

Références bibliographiques

Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992

- Enquête Etat Civil 1998
- Enquête Algérienne sur la Santé et la Famille 2002
- Enquête MICS4 2012/2013
- Office National des Statistiques
- Jacques VALLIN : La mortalité dans les pays en développement, Espace, population et société, 1985, n°1 .p. 515-540
- Philippe FARGUES, un siècle de transition démographique en Afrique méditerranéenne, Population n°2, INED, Paris 1986.
- Jean-claude CHESNAIS, La transition démographique, Cahier n°113, INED, PUF 1986.

Annexe

Tableau 2: Taux de mortalité infantile selon le genre et le milieu de résidence en pour 1000

Milieu	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble
Urbain	33,7	25,6	29,7
Rural	33,8	32,3	33,0
National	33,7	28,6	31,2

Tableau 3 : Taux de mortalité infanto juvénile selon le niveau d'instruction et selon l'âge de la mère EASF 2002

Niveau d'instruction	Mortalité infantile	Mortalité néonatale	Age de la mère	Mortalité infantile	Mortalité néonatale
Analphabète	39,9	23,3	- 20 ans	45,9	29,1
Sais lire et écrire	29,1	18,0	20-29 ans	30,6	19,4
Primaire	27,3	17,4	30-34 ans	29,9	16,5
Moyen	26,5	18,9	35-39 ans	40,2	25,6
Secondaire et plus	11,8	09,4	Ensemble	33,1	20,3
Ensemble	33,1	20,3			

Tableau 4 : Taux de mortalité infanto juvénile selon le niveau d'instruction MICS4

Niveau d'instruction	Mortalité infantile	Mortalité néonatale	Mortalité post néonatal	Mortalité infanto juvénile
Sans instruction	25,6	17,4	8,2	29,9
Primaire	22,8	14,8	8,0	24,5
Moyen	20,0	15,2	4,8	22,7
Secondaire et plus	19,3	15,5	3,8	21,6

Tableau 5 : Taux de mortalité infanto juvénile selon le rang de naissance EASF 2002

Rang de naissance	Mortalité infantile 1q0	Mortalité Néonatale	Mortalité Infanto juvénile 4q1	Mortalité Infanto juvénile 5q0
1ère naissance	31,0	22,3	3,3	34,1
2-3 naissances	27,6	16,8	5,3	32,8
4 naissance et +	38,2	22,2	6,4	44, »

Tableau 6: Taux de mortalité infanto juvénile selon le rang de naissance MICS4

Rang de naissance	Mortalité infantile 1q0	Mortalité Néonatale	Mortalité post néonatal	Mortalité Infanto juvénile 5q0
1ère naissance	22,5	17,3	5,1	24,9
2-3 naissances	17,5	13,6	3,9	20,8
4 -6 naissances	27,2	17,3	9,9	28,6
7et +	27,7	18,7	9,0	33,2

Tableau 7: Taux de mortalité infanto juvénile selon l'intervalle inter génésique EASF 2002

Intervalle inter génésique	Mortalité infantile 1q0	Mortalité Néonatale	Mortalité Infanto juvénile 4q1	Mortalité Infanto juvénile 5q0
Moins de 2 ans	51,2	32,0	8,7	59,5
2-3 ans	31,1	17,8	5,8	36,7
4 ans et plus	25,8	17,1	3,8	29,5
Ensemble	33,1	20,3	5,4	38,3

Tableau 8: Taux de mortalité infanto juvénile selon l'intervalle inter génésique MICS4

Intervalle inter génésique	Mortalité infantile 1q0	Mortalité Néonatale	Mortalité post néonatal	Mortalité Infanto juvénile 5q0
Moins de 2 ans	25,8_	19,4	6,4	28,7
2 ans	20,0	11,0	9,0	23,0
3 ans	14,9	9,6	5,3	21,2
4 ans et plus	18,5	13,2	5,3	20,7
Ensemble	21,4	15,7	5,7	24,1