Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 9 (1)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 21 Septembre 2026
Accepted, 27 October 2026
Published, 9 November 2026
https://www.revue-rasp.org

To cite: Damien, G.B., Agoundote, R.G. & Aguemon, B. (2027). Déterminants de la mortalité infanto-juvénile dans la commune de Sô-Ava au Sud du Bénin en 2025. *9(1), pp.113-125.* https://doi.org/10.4314/rasp.v9i1.9

Research

Déterminants de la mortalité infanto-juvénile dans la commune de Sô-Ava au Sud du Bénin en 2025

Determinants of child and infant mortality in the commune of Sô-Ava in southern Benin in 2025

Barikissou Georgia Damien[1]*, Gloire Rhode Agoundoté[2] et Badirou Aguemon[1]

[1]Unité Population et Santé, Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
[2]Département de Santé publique, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

***Correspondance :** barikiss2000@yahoo.fr ; Tel : +229 0197573326 ; Orcid : 0000-0002-9818-8691

Résumé
Ce travail avait pour objectif d'identifier les déterminants de la mortalité infanto-juvénile dans la commune de Sô-Ava, afin d'orienter les interventions au niveau local. Une étude cas-témoin a été menée. Les données ont été collectées en avril 2025 grâce à un questionnaire structuré auprès des parents/tuteurs et un guide d'entretien auprès des agents de santé et des leaders communautaires. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile ont été identifiés grâce à une régression logistique conditionnelle. Une analyse thématique a été faite à partir des données qualitatives. La mortalité infanto-juvénile était de 197 pour 1000 naissances vivantes. Les 2e, 3e et 4e rangs de naissance ont diminué le risque de décès respectivement [ORa=0,52 (IC95% 0,34-0,78) p=0,0015], [ORa=0,14 (IC95% 0,08-0,26) p<0,0001], et [ORa= 0,06 (IC95% 0,03-0,15), p<0,0001, tandis que le sexe masculin [ORa=1,87 (IC95% 1,34-2,62) p=0,0002], la gestité supérieure ou égale à deux [ORa=1,29, (IC95% 1,03-1,60) p=0,0246] et le recours à des guérisseurs [ORa=3,07, (IC95% 2,13-4,43) , p<0,0001] étaient des facteurs de risque de décès d'au moins un enfant dans le ménage. L'analyse qualitative avait mis en exergue l'éloignement et l'inaccessibilité des établissements de santé, ainsi que l'influence des croyances religieuses et culturelles et les contraintes économiques comme barrières. Une mère l'a illustré en affirmant : *« On commence avec la tisane, si ça ne marche pas, on va à l'hôpital… et on finit par la tisane »* . Les déterminants socio-sanitaires, économiques et culturels doivent être pris en compte pour réduire la mortalité infanto-juvénile à Sô-Ava.

Mots clés : mortalité infanto-juvénile ; aspects épidémiologiques ; déterminants ; Sô-Ava

Abstract
The study aimed to describe mortality among children aged 0 to 59 months and its determinants.

A case-control study was conducted in the commune of Sô-Ava. Data were collected in April 2025 using a structured questionnaire for parents/guardians and an interview guide for health workers and community leaders. The determinants of infant and child mortality were identified using conditional logistic regression (significance level set at 0.05). A thematic analysis was conducted on the qualitative data. Infant and child mortality was estimated at 197 deaths per 1,000 live births. Being the second (aOR=0.52, p=0.0015), the third (aOR=0.14, p<0,0001) or the fourth child (aOR=0.06, p<0.0001) reduced the risk of infant and child mortality, while male sex (aOR=1.87, p=0.0002), having had two or more pregnancies (aOR=1.29, p=0.0246) and resorting to traditional healers (aOR=3.07, p< 0.0001) were risk factors. The qualitative analysis highlighted the remoteness and inaccessibility of healthcare facilities, the influence of religious and cultural beliefs, and economic constraints as barriers. One mother illustrated: "*We start with herbal tea; if that doesn't work, we go to hospital… and we end up back with herbal tea*". The socio-health, economic and cultural determinants should be adequately addressed in order to reduce of infant and child mortality.
Keywords: under-five mortality; epidemiology; determinants; Sô-Ava

1. Introduction

La mortalité infanto-juvénile demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, révélant de profondes inégalités entre les pays développés et les pays en développement. En 2024, près de 4,9 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne (UNICEF, 2026). Ces décès, souvent évitables, sont principalement liés aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, au paludisme et à la malnutrition, et sont aggravés par la fragilité des systèmes de santé et par des conditions socio-économiques précaires (Black et al., 2013). Face à cette situation alarmante, la réduction de la mortalité infanto-juvénile a été inscrite parmi les priorités internationales, d'abord dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), puis dans les Objectifs de Développement Durable (ODD). L'ODD 3.2 vise à mettre fin aux décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans d'ici 2030 (UNICEF, 2025). Malgré des progrès notables, les avancées demeurent inégalement réparties : l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud concentrent encore la majorité des décès, avec des taux dépassant 70 pour 1 000 naissances vivantes (Liu et al., 2016). Au Bénin, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes MICS révèlent que la mortalité infanto-juvénile reste préoccupante, atteignant 80 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2022 (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD), 2023; Ministère du Plan et du Développement/ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Cotonou, Bénin, 2018). Les zones rurales et enclavées sont particulièrement touchées, en raison de l'accès limité aux services de santé, de la persistance des maladies évitables et des pratiques traditionnelles influençant la prise en charge des enfants (Yaya et al., 2018).

Il demeure en Afrique des zones très défavorisées où les défis sanitaires majeurs persistent et qu'il convient de mettre en évidence. En outre, les études sur le sujet peu fréquents au Bénin et portent souvent sur les aspects descriptifs du phénomène et sur des données hospitalières. Les déterminants sont implicitement devinés au regard des facteurs de risque communs au décès dans les pays à revenu faible ou moyen. D'où la pertinence de ce travail qui intéresse une zone très défavorisée. En effet, la commune de Sô-Ava située dans une zone lacustre du sud du Bénin,

illustre bien ces défis. L'isolement géographique, le manque d'infrastructures sanitaires adaptées et les croyances locales façonnent les comportements de santé et limitent le recours aux soins modernes (UNICEF, 2025). Dans ce contexte, la présente étude visait à faire l'état des lieux de la mortalité infanto-juvénile et ses déterminants dans la commune de Sô-Ava en 2025, en mettant en évidence les aspects épidémiologiques et les facteurs déterminants, afin de proposer des pistes d'action adaptées aux réalités locales et contribuer à la réduction de ce fléau.

2. **Matériels et Méthodes**

2.1. *Design de l'étude*

L'étude a été menée dans la commune de Sô-Ava, située dans la zone sanitaire Abomey Calavi / Sô-Ava. Cette commune lacustre comprend sept arrondissements et 42 villages. Une étude cas-témoins sur la base de données issues d'une enquête transversale combinée à une enquête qualitative, a été menée sur la période du 15 au 22 avril 2025.

La population d'étude était constituée des enfants de 0 à 59 mois comme cibles primaires, ainsi que des mères, des professionnels de santé et des leaders communautaires comme cibles secondaires. Ont été inclus les ménages où se trouvent des enfants de 0 à 59 mois dont les répondants ont donné leur consentement à participer à l'enquête, et ont été exclus ceux ayant retiré leur consentement en cours d'enquête ou dont les informations sur les enfants étaient incomplètes. Seules les mères âgées de plus de 15 ans ont été incluses.
Un échantillonnage probabiliste stratifié à trois degrés a été utilisé. Les sept arrondissements de la commune de Sô-Ava (Ahomey-Lokpo, Dékanmey, Ganvié I, Ganvié II, Houédo-Aguékon, Sô-Ava et Vekky) ont été définis comme des strates. La taille de l'échantillon dans chaque strate a été calculée proportionnellement à la population totale de l'arrondissement, en utilisant les données démographiques les plus récentes disponibles (Ministère du Développement, de l'Analyse Economique et de la Prospective / Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique., 2017). Au sein de chaque arrondissement, trois villages ont été sélectionnés au hasard, soit un total de 21 villages. Dans les villages sélectionnés, les cibles ont été choisis de manière aléatoire.
Pour l'étude quantitative, la taille minimale n de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel en ligne Epi Info. A cet effet, un rapport témoins/cas de 2 : 1 a été choisi. Le nombre de grossesse a été considéré comme un facteur de risque, avec un OR=3,00. Il est assumé une proportion de cas exposés p1 égal à 50 % et de témoins exposés de p2 égal à 25 %. $Z\alpha/2$ est la valeur critique de la loi normale centrée réduite pour un risque d'erreur α égal à 0,05. $Z\beta$ est la valeur correspondant à la puissance statistique égal à 80 %. Une correction de 10% de la taille calculée a été appliquée. La taille minimale était de 54 cas et 106 témoins à répartir proportionnellement selon la taille de la population des arrondissements de la commune de Sô-Ava. Pour l'étude qualitative, l'échantillonnage était par choix raisonné parmi sept leaders communautaires (chefs traditionnels, religieux) et sept agents de santé en considérant les arrondissements de provenance.

2.2. *Collecte et analyse de données*

2.2.1. Collecte des données

Une enquête transversale a été menée auprès de 170 ménages abritant 304 enfants de moins de cinq ans correspondant à toutes les naissances vivantes pendant la période. Le nombre de cas (n = 60) et de témoins (n = 110) y a été extrait. Pour cela, un enfant a été considéré par ménage. Les informations ont été recueillies auprès des mères d'enfants âgés de 0 à 59 mois, ainsi qu'auprès des professionnels de santé et des leaders communautaires. Deux outils complémentaires ont été utilisés.

Un questionnaire structuré administré aux mères, portant sur : i) les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, profession, statut matrimonial), ii) les antécédents gynéco-obstétricaux (parité, suivi prénatal, lieu d'accouchement), iii) les caractéristiques des enfants (âge, sexe, état vaccinal, antécédents médicaux), et iv) les facteurs communautaires (perception des soins, recours aux structures sanitaires, pratiques traditionnelles).

Un guide d'entretien destiné aux professionnels de santé et aux leaders communautaires, afin d'explorer les perceptions locales, les obstacles à l'accès aux soins et les facteurs socioculturels influençant la survie des enfants.

2.2.2. Analyse des données

Les données quantitatives ont été collectées grâce au logiciel Kobo Collect et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Les caractéristiques de la population ont été décrites (fréquences, proportions). La mortalité infanto-juvénile a été calculée comme le nombre de décès par rapport au nombre de naissances vivantes au sein des ménages enquêtés. Une analyse bivariée a été réalisée, en tenant compte de la stratification, pour explorer les relations entre les variables indépendantes (caractéristiques sociodémographiques, gynéco-obstétricales, sanitaires et communautaires) et la variable dépendante (survenue d'un décès chez les enfants de moins de cinq ans). Les variables significativement associées au seuil de 20 % ont été intégrées dans un modèle de régression logistique conditionnelle, en tenant compte des arrondissements. La commune de Sô-Ava est constituée d'arrondissements dont certains sont lacustres, d'autres sablonneux. Il existe donc un risque de modification de la probabilité de décès. Une analyse multivariée a permis d'identifier les facteurs significativement associés à la mortalité infanto-juvénile avec l'estimation des Odds Ratios (OR) et intervalles de confiance à 95 %. Seules les variables ayant eu une association statistiquement significative ($p < 0,05$) ont été retenues pour le modèle final.

Les données qualitatives issues des entretiens avec les professionnels de santé et les leaders communautaires ont été transcrites intégralement. Elles ont ensuite été regroupées par thématiques, permettant d'identifier et de structurer les unités de sens récurrentes en lien avec les objectifs de l'étude. Des verbatim significatifs ont été utilisés pour illustrer les résultats, renforcer leur crédibilité et préserver l'authenticité des discours.

2.3. Considérations éthiques

L'étude a été conduite avec l'autorisation des autorités sanitaires locales et des responsables

administratifs de la commune de Sô-Ava. Le consentement éclairé des mères ou des tuteurs a été obtenu avant l'administration des questionnaires. L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés. Les autorisations de recherche de la faculté des sciences de la santé N°185/FSS/DSP/SCOM et du ministère de la santé 195/25/MS/SGM/DDS ATL/SPAF/SA ont été obtenues.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

Plus de la moitié (51,17 %) étaient âgées de 18 à 35 ans. Le niveau d'éducation était globalement faible, puisque près de 43 % n'avaient aucun niveau de scolarité. Sur le plan professionnel, les revendeuses étaient majoritaires (42,35 %), suivies des couturières (29,41 %). Les ethnies Fon et Toffin étaient les plus représentées, et la majorité des mères était chrétienne (75,29 %). Enfin, près de la moitié des mères étaient mariées (47,6 %), tandis que 25,3 % étaient célibataires et 27,1 % vivaient en concubinage (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition de mères enquêtées selon certaines caractéristiques sociodémographiques, commune de Sô-Ava, 2025

	Effectif (n=170)	**Pourcentage**
Âge (années)		
< 18	39	22,94
18-35	87	51,17
36-45	18	10,59
> 45	26	15,29
Niveau d'éducation de la mère		
Aucun	73	42,94
Primaire	62	36,47
Secondaire	35	20,59
Profession de la mère		
Coiffeuse	11	6,47
Couturière	50	29,41
Ménagère	37	21,74
Revendeuse	72	42,35
Ethnie de la mère		
Aïzo	29	17,06
Fon	54	31,76
Toffin	39	22,99

Yoruba	23	13,52
Autres	25	14,71
Religion de la mère		
Chrétienne	127	74,71
Musulmane	28	16,47
Religion endogène	15	8,82
Situation matrimoniale		
Célibataire	43	25,3
Marié	81	47,6
Concubinage	46	27,1

3.2. Paramètres gynéco-obstétricaux, sanitaires et communautaires

Parmi les 170 mères incluses, la majorité a eu 1 ou 2 grossesses (45,9 % et 36,5 %). Près de la moitié des femmes ont rapporté des complications de grossesse (44,1 %), et si l'accouchement est majoritairement normal (72,9 %), plus d'un quart des accouchements a été réalisé par césarienne (27,1 %). Concernant le suivi, environ deux tiers des mères ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale (65,3 %). Enfin, la majorité des accouchements a eu lieu dans un centre de santé (81,2 %) (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des paramètres gynéco-obstétricaux, commune de Sô-Ava, 2025

	Fréquence n=170)	**Pourcentage**
Nombre de grossesses		
1	78	45,88
2	62	36,47
≥ 3	30	17,60
Survenue de complications lors de la grossesse		
Oui	75	44,12
Non	95	55,88
Type d'accouchement		
Normal	124	72,94
Césarienne	46	27,06
Au moins une consultation prénatale		
Oui	111	65,29
Non	59	34,71
Lieu d'accouchement		
Domicile	32	18,8
Centre de santé	138	81,2

La majorité des parents ont privilégié les soins à domicile (36,47 %) ou le recours aux structures de santé (33,53 %), tandis que 17,06 % ont consulté un guérisseur et 12,94 % se rendaient en pharmacie. Les difficultés rencontrées ont concerné le coût (40 %), la distance (25,88 %), les

croyances (18,82 %) et la méfiance (15,29 %). Le recours aux guérisseurs (54,71 %) et aux traitements traditionnels (75,29 %) était fréquent, notamment pour le paludisme, la diarrhée, la fièvre et certaines infections. Les décisions de soins étaient majoritairement influencées par le conjoint (60 %), la belle-famille (21,18 %), les leaders communautaires (18,82 %) et, dans un tiers des cas, par les croyances religieuses. L'impact perçu de ces pratiques sur la santé des enfants était jugé positif par 47,65 % des parents, négatif par 29,41 % et neutre par 22,94 % (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition de la perception des facteurs communautaires de soins, commune de Sô-Ava, 2025

	Fréquence n=170)	**Pourcentage**
Premier réflexe de soins en cas de maladie de l'enfant		
Centre de santé / hôpital	57	33,53
Guérisseur traditionnel	29	17,06
Pharmacie	22	12,94
Soins à domicile	62	36,47
Obstacles pour les soins		
Coût	68	40,00
Croyances	32	18,82
Distance	44	25,88
Méfiance personnel	26	15,29
Recours à des guérisseurs		
Oui	93	54,71
Non	77	45,29
Utilisation de traitements traditionnels		
Oui	128	75,29
Non	42	24,71
Maladies souvent traitées		
Diarrhée	26	15,29
Fièvre	13	7,65
Infections	20	11,77
Paludisme	69	40,59
Autres	42	24,70
Personne influençant décision de soin		
Conjoint	102	60,00
Belle-famille	36	21,18
Leader communautaire	32	18,82
Influence croyance religieux soins de santé		
Oui	57	33,53
Non	113	66,47
Perception d'un impact de ces pratiques sur la santé des enfants		

Aucun	39	22,94
Négatif	50	29,41
Positif	81	47,65

3.3. Décès des enfants et déterminants

La mortalité infanto-juvénile était estimée à 197 pour 1000 naissances vivantes. Un seul ménage a enregistré deux décès. Parmi les 60 enfants décédés, les nourrissons de moins d'un mois ont représenté près de 4 décès sur 10. 70 % des décès surviennent en dehors d'un établissement de santé, soit à domicile, soit chez le guérisseur traditionnel, soit en route (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des caractéristiques des décès infanto-juvéniles, commune de Sô-Ava, 2025

	Fréquence (n=60)	**Pourcentage**
Âge au décès (mois)		
12 à 59	22	36,67
1 à 11	15	25,00
< 1	23	38,33
Lieu du décès		
A domicile	20	33,33
Au centre de santé	18	30,00
En route vers le centre de santé	7	11,67
Guérisseur traditionnel	15	25,00
Causes de décès identifiées par un agent de santé		
Oui	24	40,00
Non	36	60,00
Causes probables des décès		
Diarrhée	13	21,67
Infections	11	18,33
Malnutrition	12	20,00
Paludisme	24	40,00

En analyse multivariée, les 2e, 3e et 4e rang de naissance ont diminué la probabilité de survenue de décès de l'enfant respectivement [ORa=0,52 (IC95% 0,34-0,78) p=0,0015], [ORa=0,14 (IC95% 0,08-0,26) p<0,0001], et [ORa= 0,06 (IC95% 0,03-0,15), p<0,0001, tandis que le sexe masculin [ORa=1,87 (IC95% 1,34-2,62) p=0,0002], la gestité supérieure ou égale à deux [ORa=1,29, (IC95% 1,03-1,60) p=0,0246] et le recours à des guérisseurs [ORa=3,07, (IC95% 2,13-4,43) , p<0,0001] ont augmenté la probabilité de survenue de décès d'au moins un enfant dans le ménage (Figure 1).

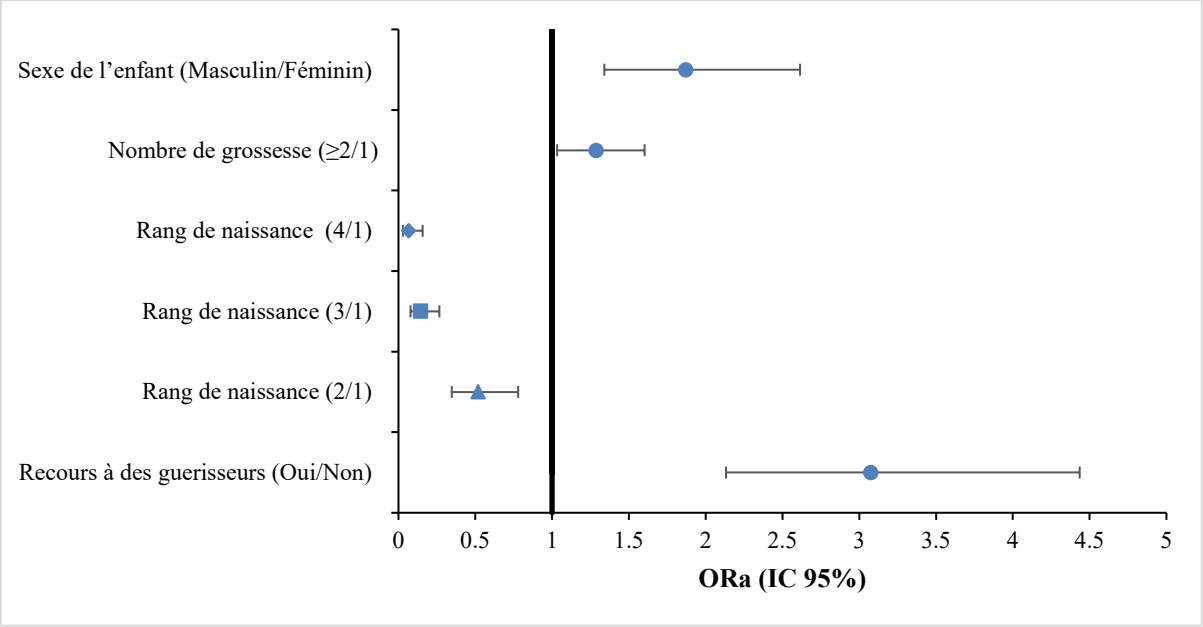

Figure 1 : Facteurs associés à la mortalité infanto-juvénile, analyse multivariée, commune de Sô-Ava, 2025

Au regard des résultats de l'étude qualitative, les causes perçues des décès d'enfants sont principalement attribuées au paludisme, aux diarrhées, aux infections respiratoires et aux retards dans la prise en charge médicale. Un agent de santé souligne que « *plusieurs décès pourraient être évités si les enfants bénéficiaient d'une prise en charge rapide et adéquate* », mettant en avant le manque de moyens financiers et l'éloignement des structures sanitaires comme obstacles majeurs.

Face à la maladie, les famirecourentptent so àuvent un recprogressifradué aux soen commençantutant par l'automédication avec des médicaments achsur leés au marché, puis par l'usage de remèdes traditionnels telsdese les tisanedes s ou décoctions à base de feuilles de quinine. La prière ou les rituels religieux sont également pratiqués avant de recourir à l'hôpital, qui n'est envisagé qu'en dernier recours lorsque l'état de l'enfant s'aggrave. Une leader communautaire, mère, âgée de 27 ans, à Ganvié 2, illustre cette séquence : « On commence par la tisane, si ça ne marche pas, on va à l'hôpital… et on finit par la tisane en cas de difficulté… »

L'influence des croyances religieuses s'était révélée nuancée. Certaines personnes estiment que leur foi n'a pas d'impact sur leurs choix thérapeutiques, tandis que d'autres reconnaissent que leur spiritualité oriente parfois leurs décisions. Comme l'a confié un répondant : « *L'église ne m'empêche pas d'aller à l'hôpital, mais je prie d'abord.* »

L'accès aux soins demeure un défi majeur, entravé par le manque de ressources financières, l'éloignement des centres de santé et les faiblesses infrastructurelles. Les conditions environnementales aggravent cette vulnérabilité : humidité favorisant les maladies respiratoires, eaux stagnantes propices au paludisme, difficultés de déplacement en saison des

pluies et précarité des conditions d'hygiène. Un leader communautaire de 47 ans à Vékly a témoigné : « *On fait nos besoins dehors, il n'y a pas assez de toilettes*. »

4. **Discussion**

Cette étude avait pour objectif d'étudier les déterminants dans la commune de Sô-Ava en vue d'orienter les interventions au niveau local.

Malgré la diminution significative des taux mondiaux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (Li et al., 2025), la proportion de ménages ayant connu un décès infanto-juvénile reste élevée dans cette étude. En effet, la commune de Sô-Ava est un environnement entouré d'eau. Pour diverses raisons (structurelles, organisationnelles ou éducatives), les infrastructures socio-sanitaires sont très peu utilisées. Les populations qui y vivent ont donc un risque accru de décès dû aux maladies liées à l'eau en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Près de la moitié ont rapporté des complications, et plus d'un quart ont accouché par césarienne, ce qui est supérieur aux moyennes nationales de 12,2 % avec 32,7 % à Cotonou la capitale économique (INStaD, 2023). Un tiers des grossesses n'a pas bénéficié d'un suivi prénatal, exposant ces grossesses à des risques accrus. Enfin, si la majorité des accouchements ont eu lieu dans un établissement de santé, près d'une femme sur cinq a accouché à domicile résultats similaire à celui du Togo (18,8 %) (Gnagna & Seck, 2024) et du Sénégal (15,63 %) (Bassoum et al., 2024).

Les décès concernent surtout les nouveau-nés (38,3 %), ce qui confirme la vulnérabilité de la période néonatale, comme l'indique la littérature (UNICEF, 2025). La majorité des décès surviennent en dehors des structures médicales, notamment à domicile ou chez des guérisseurs, ce qui traduit un accès aux soins limité ou tardif. Le recours aux guérisseurs peut notamment être lié à la gravité préalable de la maladie, un aspect que cette étude n'a pas pu renseigner. Des résultats similaires ont été trouvés à Antananarivo où la mortalité infanto-juvénile extrahospitalière était de 40 % (Rabeantoandro et al., 2010) pouvant atteindre 53 % en Afrique du Sud (Price et al., 2019). Les causes probables de décès étaient dominées par le paludisme (40 %), suivi des diarrhées, de la malnutrition et des infections respiratoires, en cohérence avec les tendances régionales (Cruz et al., 2023; UNICEF, 2025). Le nombre de grossesses étaient un facteur de risque de décès d'au moins un enfant par ménage. Les femmes ayant eu deux grossesses ou plus présentaient un risque plus élevé de décès d'enfants de moins de cinq ans. Une étude réalisée dans 30 pays africains (Liyew et al., 2025) a rapporté une mortalité de 2,7 fois plus élevée en cas de grossesses rapprochées. Comme dans la littérature, le risque de décès d'enfants de sexe masculin était plus élevé plus élevé que les filles (ORa=1,87). De façon similaire, une mortalité masculine plus élevée a été rapportée en Afrique subsaharienne (Birhanie et al., 2025; Mkama et al., 2024). Le rang de naissance plus élevé a réduit la probabilité de survenue des décès infanto-juvénile chez les enfants de rang trois et quatre. En effet, le rang de naissance voudrait dire une mère plus expérimentée ce qui pourrait expliquer ces résultats. Tandis que dans d'autres études des observations contraires ont été faites c'est-à-dire le risque de mortalité augmente de 13 % pour chaque rang de naissance supplémentaire chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (Howell et al., 2016) ou le rang de naissance supérieur ou égal à quatre était un facteur de risque de décès (Tiruneh et al., 2021). Enfin, le recours à la

médecine traditionnelle était fortement associé à la mortalité infantile, avec un risque multiplié par trois, ce qui confirme une autre étude montrant une probabilité de décès 2,33 fois plus élevée chez les enfants décédés à domicile (Price et al., 2019).

Au nombre des déterminants de la mortalité infanto-juvénile, le manque de ressources financières au sein des ménages pour faire face aux coûts des soins demeure. En effet, en Afrique subsaharienne, plus de 50% des dépenses de santé pèsent sur les ménages, ce qui constitue une barrière au recours aux soins dans les délais, avec pour conséquence une forte mortalité chez les enfants. La loi inverse entre les soins en particulier les soins prénataux, et la mortalité infanto-juvénile a été démontrée (Avelino et al., 2025; Doudou Halidou, 2016).

Limites de l'étude

Ce travail comporte plusieurs limites. Le recueil rétrospectif des décès sur cinq ans est sujet à un biais de mémoire. La mortalité infanto-juvénile estimée (197 pour 1000 naissances vivantes) pourrait être attribuée à l'environnement de l'étude. En outre, la non-prise en compte des ménages dont le seul enfant éligible est décédé contribue à la sous-estimation des cas de décès infanto-juvéniles. Seuls 40 % des décès ont été confirmés par un agent de santé, ce qui limite la fiabilité des causes rapportées. Enfin, la collecte sur une période courte et la taille l'échantillon qualitatif (nombre d'agents de santé et de leaders communautaires interrogés) invitent à la prudence dans la généralisation des résultats.

5. Conclusion

La présente étude a mis en évidence l'ampleur de la mortalité infanto-juvénile dans la commune de Sô-Ava, révélant l'impact déterminant des facteurs socio-démographiques, obstétricaux et communautaires. Il apparaît urgent de renforcer le suivi prénatal et postnatal, d'améliorer l'accès aux soins de santé à travers la couverture sanitaire universelle et de promouvoir les pratiques préventives. La sensibilisation des familles sur les limites du recours à la médecine traditionnelle et la réduction des barrières économiques et culturelles sont également essentielles. En agissant simultanément sur ces différents leviers, il sera possible de réduire durablement la mortalité des enfants de moins de cinq ans et d'améliorer la qualité des soins dans la communauté.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance envers tous les participants à l'étude.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Déclarations de contribution des auteurs

Badirou Aguemon, Barikissou Georgia Damien et Gloire Rhode Agoundoté ont conçu le protocole de recherche. Gloire Rhode Agoundoté a collecté les données. Barikissou Georgia Damien a analysé les données. Le premier jet a été rédigé par Barikissou Georgia Damien. Le manuscrit a été révisé de manière critique et validé par tous les auteurs.

Références

Avelino, I. C., Van-Dúnem, J., & Varandas, L. (2025). Under-five mortality and social determinants in africa : A systematic review. *European Journal of Pediatrics*, *184*(2), 150.

https://doi.org/10.1007/s00431-024-05966-w

Bassoum, O., Gueye, B., Sow, A., & Seck, I. (2024). Fréquence et déterminants de l'accouchement à domicile dans le district sanitaire de Podor au Nord du Sénégal en 2020 : Étude transversale. *Médecine d'Afrique Noire*, *7105*, 311-320.

Birhanie, A. L., Tessema, Z. T., Endalew, B., & Tamirat, K. S. (2025). Under-five mortality and its associated factors in sub-Saharan Africa : A multilevel analysis of recent demographic and health surveys data based on Bayesian approach. *BMC Pediatrics*, *25*(1), 103. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05454-6

Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, *382*(9890), 427-451. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X

Cruz, M., Zoumenou, R., Massougbodji, A., & Bodeau-Livinec, F. (2023). Mortalité de l'enfant au Bénin. Une cohorte mère-enfant. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *71*, 102098. https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.102098

Doudou Halidou, M. (2016). Loi inverse des soins et mortalité infanto-juvénile au Niger. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *64*, S258. https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.318

Gnagna, A., & Seck, I. (2024). Prédicteurs statistiquement significatifs des accouchements à domicile et du non-recours au Sonu en Afrique et au Togo. *Sages-Femmes*, *23*(1), 51-55. https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.11.013

Howell, E. M., Holla, N., & Waidmann, T. (2016). Being the younger child in a large African Family : A study of birth order as a risk factor for poor health using the demographic and health surveys for 18 countries. *BMC Nutrition*, *2*(1), 61. https://doi.org/10.1186/s40795-016-0100-8

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD). (2023). *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Bénin, 2021-2022, Rapport des résultats de l'enquête.* (p. 513). INStaD. https://mics.unicef.org/sites/mics/files/2024-09/Benin%202021-22%20MICS.pdf

Li, C., Li, J., Vinturache, A., & Ding, G. (2025). Trends in global mortality rates and causes of death among children under five, 2000–2021. *Pediatric Research*, *98*(6), 2008-2011. https://doi.org/10.1038/s41390-025-04061-6

Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15 : An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, *388*(10063), 3027-3035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8

Liyew, B., Tesfa, K., Altaye, K. D., Gelaw, A. D., Bicha, A. T., Mamo, A. G., & Adane, K. C. (2025). Parametric modeling of under-5 children survival among 30 African countries : Lognormal accelerated failure time gamma shared frailty model. *PLOS ONE*, *20*(1), e0314955. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314955

Ministère du Développement, de l'Analyse Economique et de la Prospective / Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. (2017). *Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation*. INSAE. http://www.insae.bj.org/?file=files/publications/RGPH4/Plaquette_RGPH4_fomat%20A5.pdf.

Ministère du Plan et du Développement/ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Cotonou, Bénin. (2018). *Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018* (p. 74). Maryland, USA. https://www.insae-bj.org/images/docs/insae-statistiques/sociales/Sante/Enqu%C3%AAte%20D%C3%A9mographique%20et%20de%20Sant%C3%A9%20au%20B%C3%A9nin%20(EDSB)%20de%202017-2018.pdf

Mkama, M. E., Koroma, M. M., Cheng, X., Zhang, J., Chen, D., Kong, L., & Li, B. (2024). Factors associated with under-five mortality in Rwanda : An analysis of the Rwanda Demographic and Health Survey 2020. *PLOS Global Public Health*, *4*(6), e0003358. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003358

Price, J., Willcox, M., Kabudula, C. W., Herbst, K., Kahn, K., & Harnden, A. (2019). Home deaths of children under 5 years in rural South Africa : A population-based longitudinal study. *Tropical Medicine & International Health*, *24*(7), 862-878. https://doi.org/10.1111/tmi.13239

Rabeantoandro, S., Randrianaivo, N., Andriamihaja, B., & Raobijaona, H. (2010). P025—Mortalité infanto-juvénile extra-hospitalière à Antananarivo. *Archives de Pédiatrie*, *17*(6), 57. https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70426-7

Tiruneh, S. A., Zeleke, E. G., & Animut, Y. (2021). Time to death and its associated factors among infants in sub-Saharan Africa using the recent demographic and health surveys : Shared frailty survival analysis. *BMC Pediatrics*, *21*(1), 433. https://doi.org/10.1186/s12887-021-02895-7

UNICEF. (2025). *Levels & Trends in Child Mortality* (Rapport 2025).

UNICEF. (2026, mars). *Les progrès dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile ralentissent, alors que 4,9 millions d'enfants de moins de 5 ans sont décédés en 2024*. UNICEF. https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/les-progr%C3%A8s-dans-la-r%C3%A9duction-de-la-mortalit%C3%A9-infanto-juv%C3%A9nile-ralentissent

Yaya, S., Bishwajit, G., Okonofua, F., & Uthman, O. A. (2018). Under five mortality patterns and associated maternal risk factors in sub-Saharan Africa : A multi-country analysis. *PLOS ONE*, *13*(10), e0205977. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205977

© 2027 DAMIEN, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.