

République Islamique de Mauritanie

Honneur - Fraternité - Justice



Office National de la Statistique (ONS)



Recensement Général de la Population et de l'Habitat
(RGPH), 2013

Bureau Central du Recensement (BCR)



Volume 2 : la Dynamique de population

Novembre, 2016

SYNTHESE DES RESULTATS	6
Natalité et fécondité	6
Mortalité	9
Chapitre 4 : Natalité et fécondité.....	11
INTRODUCTION	11
IV.1. Contexte	12
IV.2. Approche méthodologique	14
IV.3. Définition des concepts.....	15
IV.4. Natalité.....	16
4.1. Niveau actuel et tendance de la natalité.....	16
4.2. Natalité différentielle selon la Wilaya	19
4.3. Natalité différentielle selon le milieu de résidence	19
4.4. Evolution de la natalité.....	20
4.5. Natalité différentielle selon quelques caractéristiques	21
IV.5. Fécondité.....	22
4.6.1 Niveau et structure de la fécondité	22
4.6.2 Parité moyenne	24
4.6.3 Taux brut de reproduction	25
4.6.4 Fécondité différentielle selon la Wilaya.....	26
4.6.5 Fécondité différentielle selon quelques caractéristiques	26
4.6.6 Comparaison de l'ISF avec les pays limitrophes.....	31
IV.6. Fécondité des personnes à risques	31
4.7.1 Niveau et structure de la fécondité des personnes à risques.....	31
4.7.2 Différentielles de fécondité des personnes à risques	32
4.7.3 Infécondité et stérilité définitive.....	35
Conclusion	37
Bibliographie.....	38
Chapitre 5 : Mortalité	39

INTRODUCTION	39
V.1. Contexte et revue littéraire	40
V.2. Approches méthodologiques	44
V.3. Niveau et structure de la mortalité	48
3.1.1. Niveau global de la mortalité	49
3.1.2. Structure par sexe et par âge de la mortalité.....	50
3.1.3. Espérance de vie à la naissance.....	51
3.2.1. Variation différentielle de la mortalité des enfants selon la Wilaya.....	54
3.2.2. Evolution de la mortalité des enfants	57
Conclusion.....	61
Recommandations	62
Bibliographie.....	62
Annexes.....	63

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 4 : NATALITE ET FECONDITE

Tableau 4. 1 : Naissances des 12 derniers mois	17
Tableau 4. 2 : Evolution du TBN selon le milieu de résidence entre RGPH 2000 et 2013 (%).....	20
Tableau 4. 3 : Taux de natalité des pays limitrophes de la Mauritanie (%).....	21
Tableau 4. 4 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et le milieu de résidence (%).....	24
Tableau 4. 5 : Parité moyenne par groupe d'âges selon le milieu de résidence.....	24
Tableau 4. 6 : Taux Brut de Reproduction et Taux Net de Reproduction par milieu.....	25
Tableau 4. 7 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et le niveau d'instruction (%).....	27
Tableau 4. 8 : Taux de fécondité selon l'âge de la femme et l'état matrimonial (%).....	29
Tableau 4. 9 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et la situation dans l'activité (%)	30
Tableau 4. 10 : Taux de natalité des pays limitrophes de la Mauritanie	31
Tableau 4. 11 : Proportion des adolescentes mères par groupe d'âge selon le niveau d'instruction	33
Tableau 4. 12 : Proportion des adolescentes mères par wilaya et par groupe d'âge	34
Tableau 4. 13 : Proportion des femmes de 35-49 ans ayant eu des naissances vivantes au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge selon le milieu de résidence	34
Tableau 4. 14 : Proportion des femmes sans enfants selon le groupe d'âge et le milieu de résidence..	36
Graphique 4. 1 : Nombre de naissances vivantes par groupe d'âge selon le milieu de résidence.....	17
Graphique 4. 2 : Taux brut de natalité et taux global de fécondité générale en 2013 par milieu de résidence (en %)	18
Graphique 4. 3 : Taux Brut de Natalité (TBN) par wilaya en 2013 (%).....	19

Graphique 4. 4 : Taux brut de natalité par milieu de résidence en 2013	19
Graphique 4. 5 : Evolution du Taux Brut de Natalité entre 1977 et 2013 (%)	20
Graphique 4. 6 : Taux global de fécondité générale selon le niveau d’instruction des femmes (%)	21
Graphique 4. 7 : Taux global de fécondité générale par milieu (%).....	22
Graphique 4. 8 : Taux de fécondité selon le groupe d’âge (%)	23
Graphique 4. 9 : Parité moyenne par groupe d’âges selon le milieu de résidence	25
Graphique 4. 10 : Indice synthétique de fécondité par Wilaya	26
Graphique 4. 11 : Indice synthétique de fécondité selon le niveau d’instruction.....	27
Graphique 4. 12 : Indice synthétique de fécondité selon l’état matrimonial	28
Graphique 4. 13 : Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence.....	29
Graphique 4. 14 : Indice synthétique de fécondité selon la situation dans l’activité.....	30
Graphique 4. 15 : Proportion des adolescentes mères par âge	32
Graphique 4. 16 : Proportion des adolescentes mères par groupe d’âge selon le milieu de résidence ..	33
Graphique 4. 17 : Proportion des femmes sans enfants selon le groupe d’âge	35

CHAPITRE 5 : MORTALITE

Tableau 5. 1 : Type d’informations recueillies au RGPH 2013 pour appréhender la mortalité	45
Tableau 5. 2 : Taux brut de mortalité au RGPH 2013 selon le milieu de résidence (en %)	49
Tableau 5. 3 : Evolution de l’espérance de vie et du gain annuel moyen.....	52
Tableau 5. 4 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), juvénile et infanto-juvénile selon sexe, le milieu de résidence et le niveau d’instruction de la mère au RGPH 2013	53
Tableau 5. 5 : Tendances de la mortalité des enfants.....	57
Tableau 5. 6 : Tendances de la mortalité maternelle dans quelques pays de la sous-région (décès pour 100.000 naissances vivantes)	59
Tableau 5. 7 : Taux brut de mortalité (en ‰) selon la Wilaya et le sexe	63
Tableau 5. 8 : Quotient de mortalité infantile et infanto-juvénile (en ‰) selon la Wilaya	63
Tableau 5. 9 : Quotient de mortalité (en ‰) par groupe d’âge et selon le sexe	64
Tableau 5. 10 : Espérance de vie à la naissance selon les trois derniers Recensements.....	64
Tableau 5. 11 : Table de mortalité (Ensemble Mauritanie).....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5. 12 : Table de mortalité (Sexe masculin).....	70
Tableau 5. 13 : Table de mortalité (Sexe féminin).....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5. 14 : Table de Mortalité (Milieu Urbain).....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5. 15 : Table de mortalité (Milieu Rural).....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5. 16 : Table de mortalité (milieu nomade)	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 5. 1 : Variation différentielle de la mortalité par Wilaya au RGPH 2013 (en ‰).....	50
Graphique 5. 2 : Structure par sexe de la mortalité en Mauritanie au RGPH 2013.....	51
Graphique 5. 3 : Quotient de mortalité infantile selon la Wilaya au RGPH 2013 en (‰).....	55
Graphique 5. 4 : Quotient de mortalité juvénile selon la Wilaya au RGPH 2013 (en ‰).....	56
Graphique 5. 5 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la Wilaya au RGPH 2013 en (‰).....	56

SYNTHESE DES RESULTATS

Natalité et fécondité

Le Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat dont le dénombrement a eu lieu en mars-avril 2013 a permis un approfondissement des connaissances sur les niveaux et les profils de la fécondité et de disposer des données sur la natalité. Les questions posées lors du dénombrement aux femmes de 10 ans et plus, relatives aux naissances survenues au cours des douze derniers mois ainsi qu'au nombre d'enfants nés-vivants qu'elles ont eu au cours de leur vie, ont fourni les informations nécessaires pour la mesure de la natalité et de la fécondité en Mauritanie.

L'évaluation de la qualité des données brutes sur la natalité et la fécondité issues du quatrième RGPH a permis de constater que ces données sont d'une qualité meilleure. En effet, les résultats de différents tests de détection des erreurs effectués, les contrôles internes et externes ont montré que les données relatives à la natalité et la fécondité sont globalement d'une assez bonne qualité.

Il ressort ainsi des résultats du RGPH que le taux brut de natalité (nombre de naissances vivantes annuelles pour 1.000 habitants) s'élève à 32‰ pour l'ensemble du pays. Selon le milieu de résidence, il est légèrement plus élevé en milieu rural (33‰) qu'en milieu urbain (31‰) ou en milieu nomade (30‰). Les variations régionales de la natalité indiquent une disparité des taux bruts de natalité entre les wilayas atteignant 15 points de différence entre le niveau de natalité le plus élevé enregistré dans la wilaya du Guidimagha (41‰) et le niveau le plus faible relevé dans la wilaya de l'Inchiri (26‰).

Le taux global de fécondité générale (TGFG) est estimé pour l'ensemble du pays à 134 naissances vivantes pour mille femmes âgées de 15-49 ans. En d'autres termes, sur une période d'un an, on enregistre 134 naissances vivantes pour 1.000 femmes âgées de 15-49 ans. Selon le milieu de résidence, le TGFG est plus élevé en milieu nomade (151‰) et en milieu rural (145‰) qu'en milieu urbain (130‰).

L'évolution du taux brut de natalité (TBN) entre le premier RGPH réalisé en 1977 et ce quatrième RGPH indique que la Mauritanie a amorcé l'étape de la baisse de la fécondité pour

entrer dans la phase de la transition démographique. En effet le TBN est passé de 49,0‰ en 1977 à 36‰ en 2000 avant d'atteindre 32‰ en 2013.

Par rapport aux pays limitrophes, le TBN de 32‰ enregistré en Mauritanie est plus élevé que celui du Maroc (19‰ en 2010) et de l'Algérie (27‰ en 2012) ; il est plus faible qu'au Sénégal (38‰ en 2012) et au Mali (45‰ en 2012).

Concernant le taux de fécondité, le graphique qui illustre sa variation selon le groupe d'âge, révèle que la courbe a une allure normale car conforme aux schémas classiques de fécondité. Cette courbe indique que la vie féconde de la femme atteint son niveau maximum entre 20 et 29 ans. Les résultats révèlent que le milieu de résidence apparaît comme un facteur discriminant de la fécondité, traduisant ainsi les différences de comportements procréateurs entre les femmes résidant dans les différents milieux : la fécondité est plus élevée en milieu nomade suivi du milieu rural.

Par rapport à la parité moyenne qui indique le nombre moyen d'enfants nés vivants pour chaque femme au cours de sa vie, les résultats montrent que cet indice augmente avec l'âge des femmes. Ainsi, pour l'ensemble du pays, la parité moyenne est de 0,32 enfant par femme à 15-19 ans ; elle augmente régulièrement aux groupes d'âges intermédiaires pour s'établir à 5,17 enfants par femme à 45-49 ans (descendance finale).

Les résultats du RGPH 2013 donnent un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 4,3 enfants par femme au niveau national. Ce niveau s'inscrit dans le schéma typique des populations à forte fécondité, caractérisé par une entrée précoce des femmes en vie féconde et une sortie tardive.

Par rapport à la wilaya, l'analyse des résultats montre que le Guidimagha (avec 5,9 enfants par femme), le Gorgol (5 enfants par femme), le Hodh Chargui (4,8 enfants par femme), le Brakna et le Trarza (4,6 enfants par femme) affichent les ISF les plus élevés.

L'analyse différentielle selon le niveau d'instruction indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus ont 3,2 enfants en moyenne, contre 4,1 pour celles de niveau primaire et 4,7 pour celles n'ayant jamais été à l'école.

Par rapport au statut matrimonial, il existe des différences de comportements entre les femmes mariées et celles qui ne sont pas en union (célibataires, veuves et divorcées) qui se traduisent par une différence de l'ISF entre elles. En effet, chez les femmes mariées on observe un ISF élevé de 6,2 enfants par femme ; tandis que cet indice est beaucoup plus faible pour les autres femmes surtout pour les célibataires (0,5 enfant par femme).

L'analyse différentielle selon la situation dans l'activité indique que les femmes inactives ont un niveau de fécondité plus élevé (4,4 enfants par femme) que celles qui sont occupées (3,9 enfants par femme) ou en chômage (2,9 enfants par femme).

Par rapport aux pays limitrophes, l'indice synthétique de fécondité de la Mauritanie est supérieur à ceux du Maroc et de l'Algérie et il est inférieur à ceux du Sénégal et du Mali.

L'analyse de la fécondité des personnes à risque mesurée par la fécondité précoce et la fécondité tardive montre que dans l'ensemble, 9% des adolescentes âgées de 10-19 ans sont déjà mères avec des disparités selon les milieux de résidence (7,3% en milieu urbain, 10,5% en milieu rural et 10,6% en milieu nomade). De même, 0,6% des femmes de 35-49 ans ont eu des enfants au cours des 12 derniers mois précédant le dénombrement (0,1% en milieu nomade, 0,5% urbain et 0,7% en milieu rural).

Eviter ces grossesses précoces qui accroissent le risque de mortalité maternelle et infantile, contribuerait à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

L'analyse de l'infécondité, qui est définie par l'absence de naissance vivante chez une femme du groupe d'âge 35-49 ans, indique que les femmes âgées de 35-49 ans qui n'ont pas encore eu leur premier enfant représentent 2,03% de l'ensemble des femmes en Mauritanie. Par

rapport au milieu de résidence, la proportion de femmes sans enfants est plus élevée en milieu urbain (1,08%) qu'en milieu rural (0,93%) et seulement 0,02% en milieu nomade.

Mortalité

Consacrée au chapitre 5 relatif à la mortalité en Mauritanie à l'issue du recensement de 2013, cette analyse propose une synthèse des changements sociodémographiques et sanitaires depuis les années 1960 et un bilan statistique rassemblant les données récentes du recensement de 2013 sur le pays. Y sont notamment examinés les contextes national et

international, la méthodologie utilisée, la mortalité (générale, infantile et infanto-juvénile, l'espérance de vie à la naissance et la mortalité maternelle).

Malgré les quelques progrès observés pendant les dernières années, la mortalité reste un problème majeur de santé publique en Mauritanie. L'analyse de ce phénomène à l'issue du 4ème RGPH 2013 a essayé de donner une image aussi fidèle que possible de la mortalité dans le pays. L'introduction a présenté les notions générales de la mortalité et une ébauche des politiques et programmes relatifs à la mortalité tant au niveau national qu'international.

Le contexte national a consisté à présenter ainsi plusieurs programmes visant la réduction de la mortalité. Il s'agit notamment de la politique de population (1995, 2005 et 2012), du CSLP I, II et III, du PASS (1998) et du PNDS (2012-2020). Au niveau international, les conférences ont toutes mis l'accent sur la nécessité de réduire la mortalité en fixant des horizons temporels (sommet de l'enfant (1990) ; CIPD 1994 ; Sommet du Millénaire (2000)).

L'approche méthodologique a présenté le questionnaire ménage ordinaire administré pendant le RGPH 2013 et qui a permis de recueillir trois types d'informations relatives à la mortalité : (i) le premier type d'information est lié aux décès survenus les 12 derniers mois précédant le passage de l'Agent Recenseur dans le ménage. Ce nombre total de décès est décrit selon le sexe, l'âge des personnes décédées et la cause du décès ; (ii) le deuxième module concerne spécifiquement les femmes de 10 à 49 ans décédées au cours des 12 derniers mois. On note sur le questionnaire l'âge au décès, si la femme décédée est enceinte ou non, si elle est décédée pendant l'accouchement ou non et si elle est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou non ; (iii) le dernier module concerne les enfants nés vivants :

nombre total d'enfants nés vivants (garçons et filles) et le nombre d'enfants encore en vie (garçons ou filles).

Les résultats obtenus lors de ce 4ème RGPH 2013 sont globalement plus positifs que ceux qui ont été déjà observés au cours des recensements précédents. L'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon régulière en passant de 34 ans en 1965 à 60,3 ans en 2013. Cette évolution est la conséquence de l'amélioration des conditions de vie de la population et des efforts des pouvoirs publics pour améliorer le système sanitaire du pays. L'analyse globale de la mortalité a permis d'observer que dans les Wilayas de Trarza, Nouadhibou et Tagant les quotients de mortalité sont les plus faibles alors que dans les Wilayas du Guidimakha, Gorgol et Brakna les niveaux de mortalité des enfants sont plus élevés. Enfin, les Wilayas du Hodh El

Gharbi et de l'Inchiri se dégagent comme les plus proches du niveau national quel que soit le risque de mortalité des enfants considéré. Quant à la mortalité maternelle, elle a connu une baisse très importante depuis les années 1990, passant de 930 à 582 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2013.

Si les transitions sociodémographiques et sanitaires ont démarré plus tardivement qu'ailleurs, elles y ont été dans l'ensemble assez rapides. Les résultats obtenus sont autant de pistes pour mieux orienter l'offre de service de santé en fonction des besoins des différentes wilayas. Il ne fait aucun doute que les actions entreprises par les pouvoirs publics, les individus et les familles conscients de leurs responsabilités à l'égard de la santé offrent aujourd'hui de bien meilleures perspectives de progrès que des dépenses supplémentaires pour la recherche de nouvelles techniques médicales curatives. Enfin, on peut suggérer que la qualité des soins de santé fasse désormais l'objet d'attention plus rigoureuse de la part de tous les acteurs de santé.

Chapitre 4 : Natalité et fécondité

INTRODUCTION

La croissance démographique en Mauritanie est marquée par une natalité élevée jusqu'en 1988. Ses conséquences peuvent être préjudiciables pour le développement du pays et sont déterminantes pour le bien-être et la qualité de la vie des populations. En effet, la natalité et la fécondité en général et surtout la maternité précoce ou tardive, les grossesses rapprochées peuvent nuire à la santé de la femme et de l'enfant et réduire considérablement les possibilités d'épanouissement de la femme tant sur le plan social que sur le plan économique.

La connaissance des niveaux et de la structure de la fécondité, de la fécondité différentielle selon le milieu de résidence, les caractéristiques socio-culturelles et démographiques est indispensable pour l'élaboration de la politique de développement économique et social du pays. C'est ce qui justifie la collecte des données sur ces thématiques au cours d'un recensement qui a lieu tous les dix ans.

En outre, l'analyse des données collectées sur la fécondité lors du RGPH 2013 et la comparaison avec les résultats des opérations passées permettent de situer le niveau et les tendances du phénomène de natalité-fécondité. Les indicateurs issus de l'exploitation des données concernant ce phénomène, vont servir d'outils indispensables pour la formulation et la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de santé, notamment la santé de la mère et de l'enfant.

L'objectif général de ce chapitre consiste à faire une analyse approfondie des données sur la fécondité collectées lors du RGPH 2013. De façon spécifique, il s'agit de :

- Apprécier le niveau et les tendances de la fécondité en Mauritanie ;
- Déterminer la structure et l'intensité de la fécondité ;
- Analyser l'évolution de la fécondité dans le temps ;
- Apprécier la fécondité des personnes potentiellement à risque (adolescentes de 10-19 ans et femmes âgées de 35- 49 ans) ;
- Analyser l'infécondité et la stérilité.

IV.1. CONTEXTE

La République islamique de Mauritanie est un vaste pays de 1.030.000 kilomètres carrés situé entre les 15^{èmes} et 27^{èmes} degrés de latitude nord et les 5^{èmes} et 17^{èmes} degrés de longitude ouest. Elle est limitée au sud par le fleuve Sénégal, à l'est par le Mali, au nord par l'Algérie et le Maroc et à l'ouest par l'océan atlantique sur une distance de 600 kilomètres.

La Mauritanie, avec un seuil de pauvreté de 42% selon l'EPCV de 2008, est classée parmi les pays les plus pauvres. Son économie repose principalement sur deux produits d'exportation, à savoir, le poisson et le fer. Cette économie, qui reste dominée par le secteur primaire, est tributaire des prix des matières premières sur le marché international. L'agriculture, l'élevage et le commerce constituent les principaux secteurs d'activité et sources de revenus pour les populations rurales dans leur grande majorité. Pratiqués dans le cadre familial, l'agriculture et l'élevage sont doublement marqués par une forte atomisation des exploitations familiales et une faible utilisation des techniques intensives qui les rendent très vulnérables aux aléas climatiques et aux sécheresses récurrentes.

Jadis une forte demande d'enfants tire ses origines de ce mode de production familial, dans lequel le travail constitue le principal facteur de production. Une main-d'œuvre abondante compense la faiblesse des moyens et des techniques de production en vue de l'objectif principal d'autosubsistance alimentaire.

Par ailleurs, les enfants rapportent beaucoup plus qu'ils ne coûtent, surtout que les charges liées à leur socialisation dépassent le cadre strict des parents géniteurs et sont amorties par les différentes formes de solidarité communautaire encore existantes dans le pays. En maximisant la fécondité, les différents groupes garantissent les bases matérielles de la production et assurent leur renouvellement. Cet idéal est aussi entretenu par les croyances traditionnelles et la religion musulmane. Avoir des enfants, marque à la fois l'obéissance au précepte divin et est le signe d'une bénédiction reçue de Dieu.

Dans ce dispositif économique et socioculturel, la femme occupe une place centrale. Elle assure à la fois la production des richesses par sa pleine participation aux activités et la reproduction humaine par la procréation. Elle se retrouve au cœur des arrangements

matrimoniaux qui favorisent la circulation et les échanges de femmes entre familles et lignages dans le cadre du principe sacro-saint de la réciprocité.

Toutefois, ce contexte traditionnel subit de profondes mutations, à causes des exigences de l'économie de marché et l'introduction des rapports marchands dans les échanges. Les différentes populations connaissent des transformations profondes favorisées par leur mode de vie moderne, grâce aux mouvements migratoires intenses que connaît le pays, ainsi que l'ouverture aux mass médias.

L'adéquation entre la croissance démographique et le développement économique s'avère nécessaire pour améliorer la qualité et le niveau de vie des populations mauritaniennes. C'est pourquoi, l'Etat Mauritanien, à travers l'adoption d'une politique nationale de population en 1995, affiche une volonté politique de traduire par des actes concrets, les engagements pris par l'état au niveau international, régional et national sur les questions de population et développement.

Le souci de l'intégration des variables démographiques à la planification du développement est à la base de toute politique de développement. L'intérêt de ce chapitre réside dans le fait qu'il permet d'examiner la dimension de la famille et les indicateurs liés à la reproduction ainsi que leur évolution dans le temps. Les variations de niveau et de profil de la fécondité dans le temps et dans l'espace ainsi que les principaux mécanismes sous-jacents des comportements reproductifs ont été mesurés et analysés à travers différentes opérations de collecte de données menées en Mauritanie. Plusieurs sources de données ont été utilisées pour apporter des éléments de comparaison aux indicateurs calculés.

Avant l'indépendance, aucune opération de collecte de données démographiques, au plan national n'avait été réalisée. Les quelques données démographiques, souvent incomplètes et peu fiables, qui existaient à l'époque sont issues des recensements administratifs. La première opération de collecte de données démographiques a été réalisée en 1965. C'est en 1977 que la Mauritanie a réalisé son premier Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Par la suite, diverses opérations de collecte ont été réalisées et ont permis de statuer sur les indicateurs de fécondité. Il s'agit de l'Enquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité

(ENMF) de 1981, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988 et celui de 2000, de l'Enquête Démographique et de Santé de Mauritanie (EDSM) de 2001, de l'Enquête

sur la Mortalité Infantile et le Paludisme (EMIP) de 2004, de l'enquête MICS réalisée en 2007 et 2011.

La réalisation de ces différentes opérations répond aux besoins en informations chiffrées pour la planification du développement et pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

A l'instar de plusieurs pays africains au sud du Sahara, la Mauritanie est restée pro nataliste du fait, en partie de la prédominance de mentalités et de coutumes qui favorisent une descendance nombreuse. En outre, la faible taille de la population a toujours favorisé une opinion pro nataliste. En effet, sur le plan culturel, la population étant musulmane, son attitude à l'égard de la procréation est tributaire de cette appartenance religieuse.

IV.2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'insuffisance et la qualité des données du système d'état civil en Mauritanie obligent l'Etat à recourir à d'autres mesures des phénomènes démographiques fondamentaux tels que la fécondité et la mortalité. Ces mesures se traduisent par l'interview des populations lors des opérations démographiques ponctuelles (y compris les RGPH) à travers une série de questions qui permettent d'approximer les nombres de naissances et de décès durant une période déterminée ou depuis un instant précis.

Au Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013, pour chaque femme âgée de 10 à 49 ans les informations sur le nombre total de naissances vivantes qu'elle a déjà eues et le nombre durant les 12 mois précédant le recensement ont été recueillies.

Ces deux chiffres, combinés à l'âge des femmes au moment de l'interview, constituent les bases de calcul des indicateurs de natalité et de fécondité.

L'évaluation de la qualité des données brutes sur la natalité et la fécondité issues du quatrième RGPH révèle que ces données sont d'une qualité meilleure en raison des résultats de différents tests de détection des erreurs effectués. En effet, les contrôles internes (comparaison

des indicateurs issus du RGPH4 à ceux provenant d'autres sources des données telles que le MICS2007 et 2011 et le RGPH3 de 2000) et les contrôles externes (comparaison des

indicateurs issus du RGPH4 à ceux des pays voisins) ont montré que les données relatives à la natalité et la fécondité sont globalement d'une qualité assez bonne (cf. le volume sur l'évaluation des données).

IV.3. DÉFINITION DES CONCEPTS

Quelques concepts méritent d'être définis pour faciliter la compréhension et l'interprétation des indicateurs retenus.

Natalité : La natalité désigne la fréquence des naissances vivantes au sein de la population au cours d'une année.

Fécondité : Elle désigne la fréquence des naissances au sein des femmes en âge de procréer c'est-à-dire celles âgées de 15-49 ans en général.

Infécondité : Elle désigne l'absence de naissance vivante chez une femme en âge de procréer au cours d'une période de temps donnée. L'incapacité biologique de concevoir pour un homme ou une femme en âge de procréer désigne la stérilité.

Fécondité des adolescentes : Les adolescentes désignent des filles qui ont un âge compris entre 10 et 19 ans. La fécondité des adolescentes désigne la survenance de naissances vivantes au sein de cette sous population.

Taux brut de natalité (TBN) : Il indique le nombre moyen de naissances vivantes annuelles pour 1.000 habitants. Il est obtenu en rapportant les naissances des douze derniers mois à l'effectif moyen de la population résidente de l'année.

Taux global de fécondité générale (TGFG) : C'est le nombre de naissances vivantes pour 1.000 femmes en âge de procréer c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans révolus. Il est

obtenu en rapportant les naissances des douze derniers mois à l'effectif des femmes en âge de procréer.

Indice synthétique de fécondité (ISF) : Appelé aussi somme des naissances réduites ou descendance du moment, il représente le nombre moyen d'enfants nés-vivants qu'aurait mis au monde une femme arrivée à la fin de sa vie féconde, si elle connaissait, à chaque âge, les

taux de fécondité observés au cours des douze derniers mois. Il est obtenu en faisant la somme des taux de fécondité par âge observé au cours des douze derniers mois.

Parité moyenne : Il indique le nombre moyen d'enfants nés-vivants par âge ou par groupe d'âges quinquennaux des femmes âgées de 15-49 ans. Il est obtenu en faisant le rapport du

nombre d'enfants nés-vivants de chaque groupe d'âges par l'effectif de la population féminine du même âge ou groupe d'âges.

Taux brut de reproduction (TBR) : Il indique la descendance finale en filles d'une génération fictive de femmes soumises aux conditions actuelles de la fécondité en ne tenant pas compte de la mortalité.

Descendance finale (Df) : Elle indique le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme à 50 ans.

IV.4. NATALITÉ

4.1. Niveau actuel et tendance de la natalité

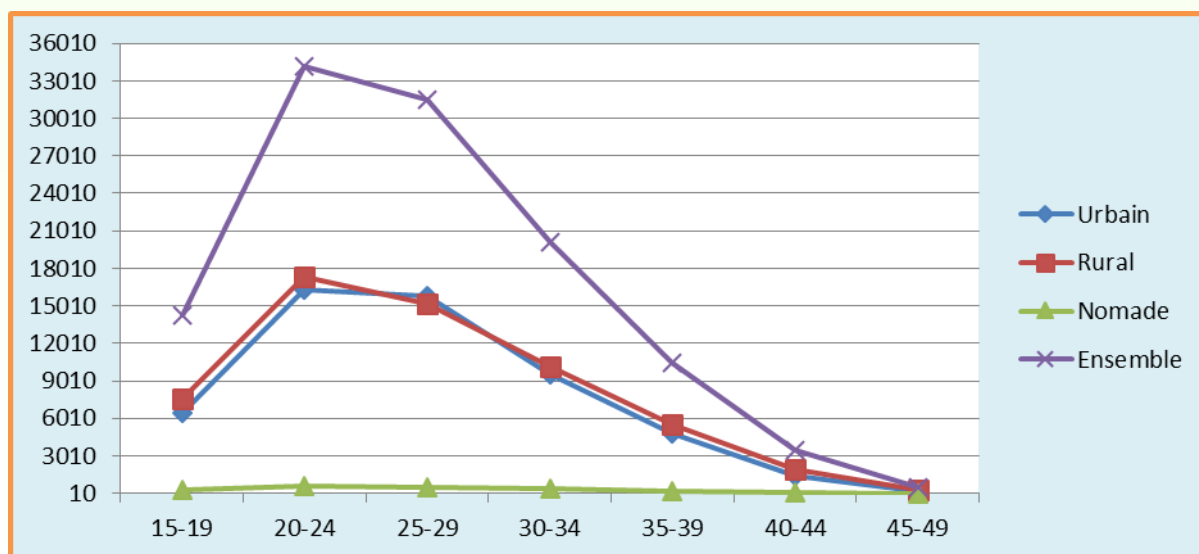
Au cours des douze derniers mois précédant l'opération du recensement, on a enregistré 114.420 naissances vivantes survenues en Mauritanie, ce qui correspond à une moyenne de 9.535 naissances vivantes par mois, 2.200 par semaine et 313 par jour (13 naissances vivantes par heure). Ces effectifs absolus rendent compte de l'ampleur de l'offre de santé qu'il faudrait déployer pour accueillir les parturientes.

Tableau 4. 1 : Naissances des 12 derniers mois

Groupe d'âge	Nombre de femmes				Nombre de naissances			
	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
15-19	89595	92770	2924	185288	6418	7595	245	14258
20-24	78371	76898	2692	157961	16255	17284	614	34153
25-29	69944	63703	2121	135767	15797	15224	512	31533
30-34	58603	53220	1869	113691	9562	10153	367	20082
35-39	49573	44269	1536	95379	4791	5489	199	10479
40-44	40198	37723	1305	79226	1404	1945	72	3421
45-49	32116	31469	930	64516	166	317	10	493
Total	418400	400052	13377	831828	54392	58008	2020	114420
Pop féminine	840450	923083	30761	1794294				
% d'âge fécond	49,8	43,3	43,5	46,4				
Pop Totale	1710103	1760937	66328	3537368				
TBN en ‰	31	33	30	32				
TGFG en ‰	130	145	151	134				

Le graphique des naissances vivantes survenues au cours des douze derniers mois réparties par année d'âge des femmes met en évidence l'allure générale normale de la courbe caractérisée par l'étalement des naissances sur les âges des femmes, plafonnant à des niveaux élevés entre 20 et 30ans.

Graphique 4. 1 : Nombre de naissances vivantes par groupe d'âge selon le milieu de résidence



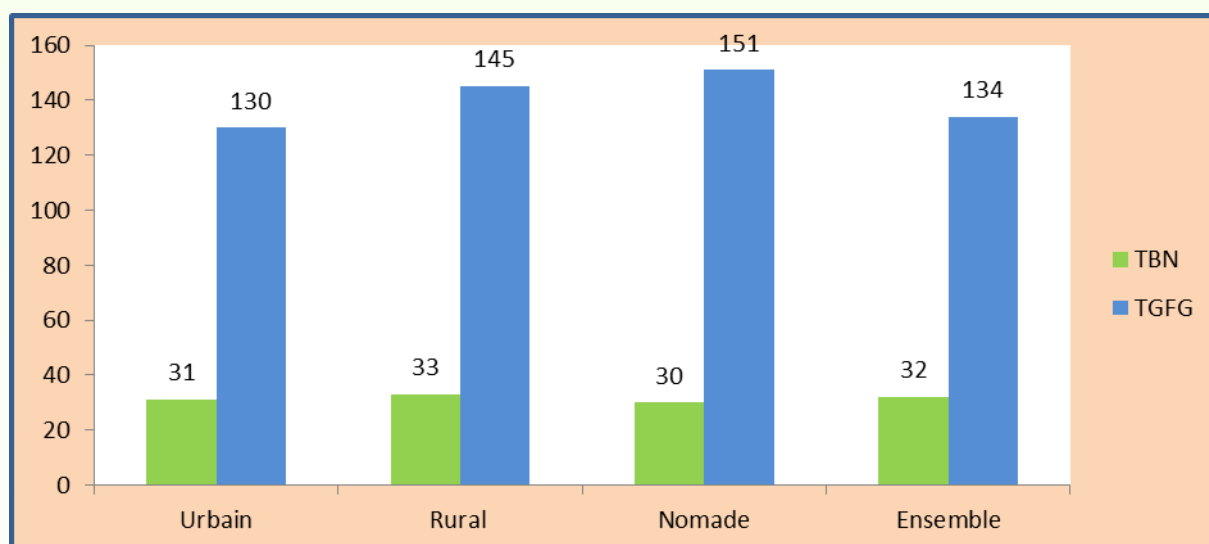
Taux brut de natalité et taux global de fécondité générale

La natalité est la fréquence des naissances vivantes au sein d'une population donnée. Elle est mesurée par le taux brut de natalité (TBN) qui est le nombre de naissances de l'année précédant le recensement rapporté à la population moyenne de l'année. Il est calculé ici en divisant le nombre de naissances des 12 mois précédant le recensement de 2013 par la population totale recensée.

En Mauritanie, selon les résultats du RGPH 2013, le taux brut de natalité (TBN) s'élève à 32‰. En d'autres termes, on compte 32 naissances vivantes par 1.000 habitants par an.

Le taux global de fécondité générale est estimé pour la même année à 134 naissances vivantes pour mille femmes âgées de 15-49 ans. A la différence du TBN, le TGFG est un indicateur qui relie les naissances à la tranche d'âge aux femmes âgées de 15 à 49 ans, plus précisément à celles qui sont susceptibles d'avoir un enfant. Le TGFG correspond au nombre de naissances vivantes pour 1.000 femmes âgées de 15 à 49 ans durant une année donnée. L'avantage de ce taux par rapport au taux brut de natalité est qu'il élimine les distorsions qui pourraient se produire en raison des différences de répartition par âge et par sexe dans l'ensemble d'une population.

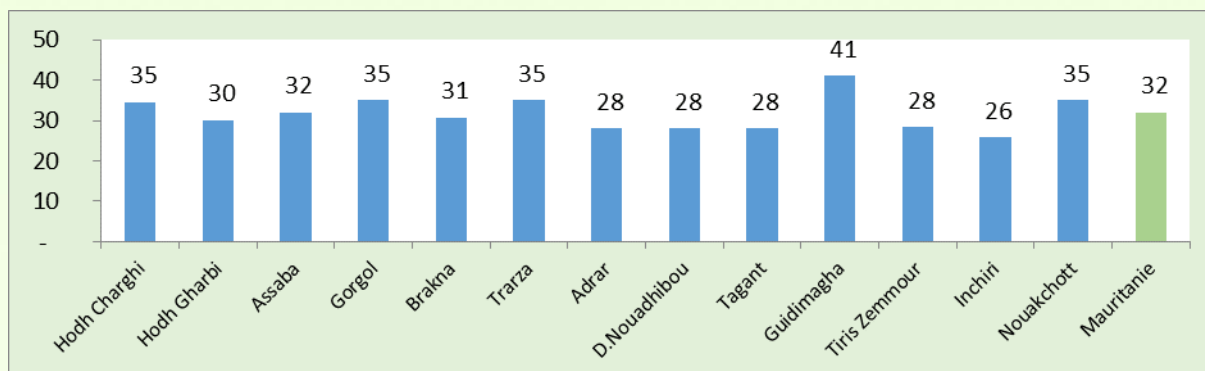
Graphique 4. 2 : Taux brut de natalité et taux global de fécondité générale en 2013 par milieu de résidence (en ‰)



4.2. Natalité différentielle selon la Wilaya

La wilaya du Guidimagha enregistre les taux les plus élevés de natalité de 41‰, et du taux global de fécondité générale (183‰). Pour le TBN, cinq wilayas ont des taux supérieurs à la moyenne nationale qui se situe à 32‰. Il s'agit du Guidimagha, du Hodh Chargi, du Gorgol, du Trarza et de Nouakchott.

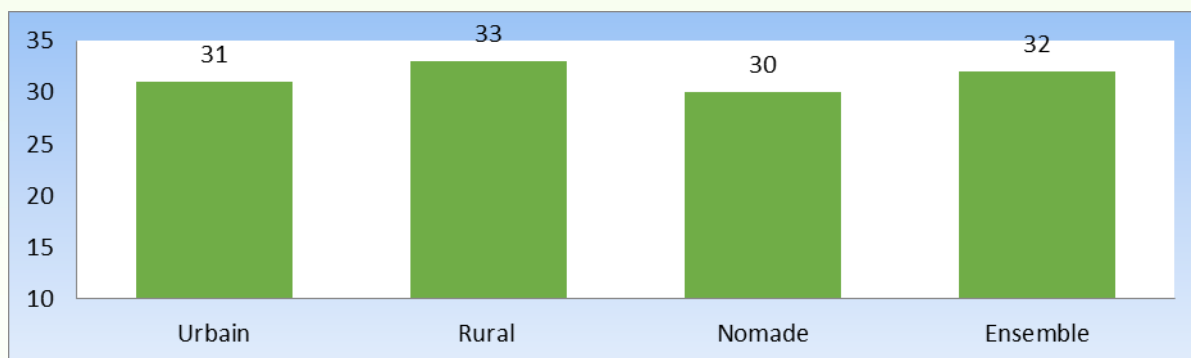
Graphique 4. 3 : Taux Brut de Natalité (TBN) par wilaya en 2013 (‰).



4.3. Natalité différentielle selon le milieu de résidence

Selon les résultats du dénombrement du RGPH 2013, le taux brut de natalité est de 32‰ pour l'ensemble de la Mauritanie. Par rapport au milieu de résidence, il ressort que le taux brut de natalité est légèrement plus élevé en milieu rural (33‰) qu'en milieu urbain (31‰).

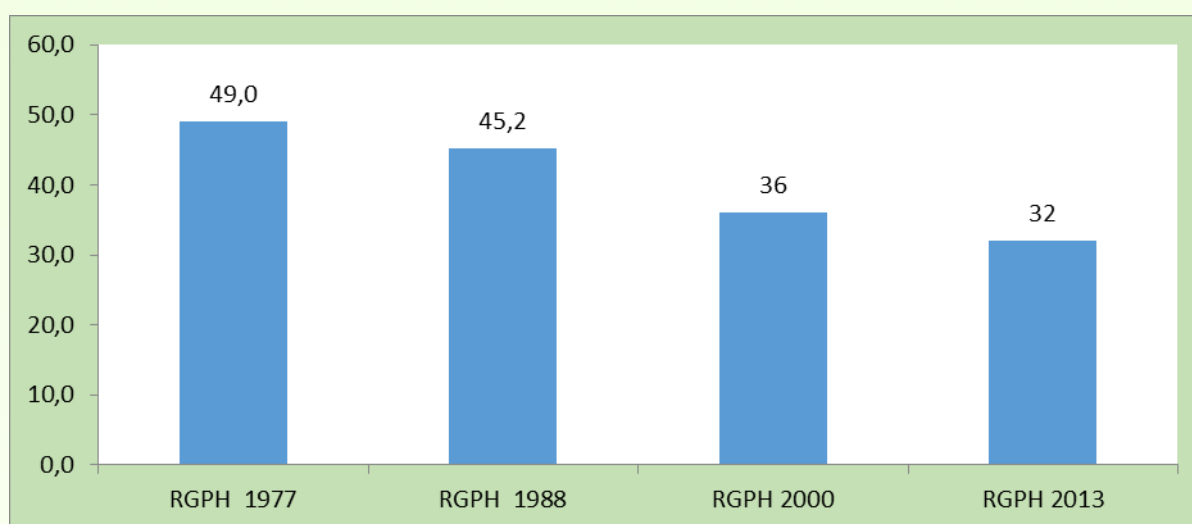
Graphique 4. 4 : Taux brut de natalité par milieu de résidence en 2013



4.4. Evolution de la natalité

Bien que la population mauritanienne soit en hausse constante passant de 1.338.830 habitants en 1977 à 3.537.368 habitants en 2013, le niveau de la natalité, mesuré par le taux brut de natalité, est en baisse continue, depuis 1977. En effet, pour l'ensemble du pays, le taux brut de natalité est passé de 49,0‰ en 1977, à 45,2‰ en 1988 puis à 36‰ en 2000 pour atteindre 32‰ en 2013. Sur la base de ce constat, on peut conclure que la Mauritanie, à l'instar de plusieurs autres pays africains, a amorcé l'étape de la baisse de la fécondité pour entrer la seconde phase, à savoir la phase de la transition démographique.

Graphique 4. 5 : Evolution du Taux Brut de Natalité entre 1977 et 2013 (‰)



La baisse du taux brut de natalité entre 2000 et 2013 est légèrement plus marquée en milieu nomade où le taux a baissé de 4,8 points contre une baisse de 3,9 et 3,8 points respectivement en urbain et rural.

Tableau 4. 2 : Evolution du TBN selon le milieu de résidence entre RGPH 2000 et 2013 (‰)

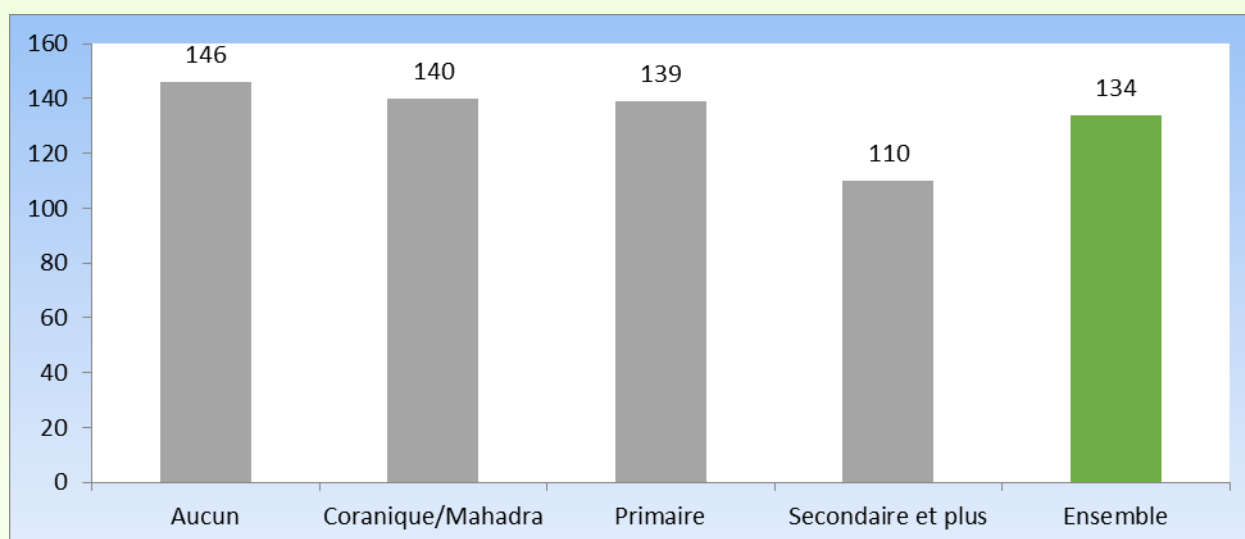
Recensement	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
1977				49,0
1988				45,2
2000	34,9	36,8	34,8	36
2013	31	33	30	32

Source : RGPH 1977-2013, ONS

4.5. Natalité différentielle selon quelques caractéristiques

Il ressort de l'examen de la natalité différentielle selon le niveau d'instruction sur la base du taux global de fécondité générale que les femmes sans aucun niveau d'instruction ont un TGFG plus élevé et ce TGFG décroît au fur et à mesure que le niveau augmente.

Graphique 4. 6 : Taux global de fécondité générale selon le niveau d'instruction des femmes (%)



L'analyse comparative du taux brut de natalité dans les pays de la région indique des disparités de comportement entre les pays. En effet, par rapport aux pays limitrophes, la Mauritanie se retrouve à un niveau intermédiaire avec un TBN de 32 pour mille. Ce taux est plus élevé que celui du Maroc (19‰ en 2010) et de l'Algérie (27‰ en 2012) ; il est plus faible qu'au Sénégal (38‰ en 2012) et au Mali (45‰ en 2012).

Tableau 4. 3 : Taux de natalité des pays limitrophes de la Mauritanie (‰)

Pays	TNB	Années
Mauritanie	32	2013
Sénégal	38	2012
Mali	45	2012
Maroc	19	2010
Algérie	27	2012
Niger	50	2012

Source : RGPH 2013, ONS

Malgré la baisse constatée du taux brut de natalité de 1977 à 2013, le TBN n'est pas un indicateur fiable pour comparer la performance reproductive des populations car il est fortement affecté par la structure par âge et par sexe. En plus, la natalité dépend de la fécondité des femmes en âge de procréer et de leur effectif au sein de la population.

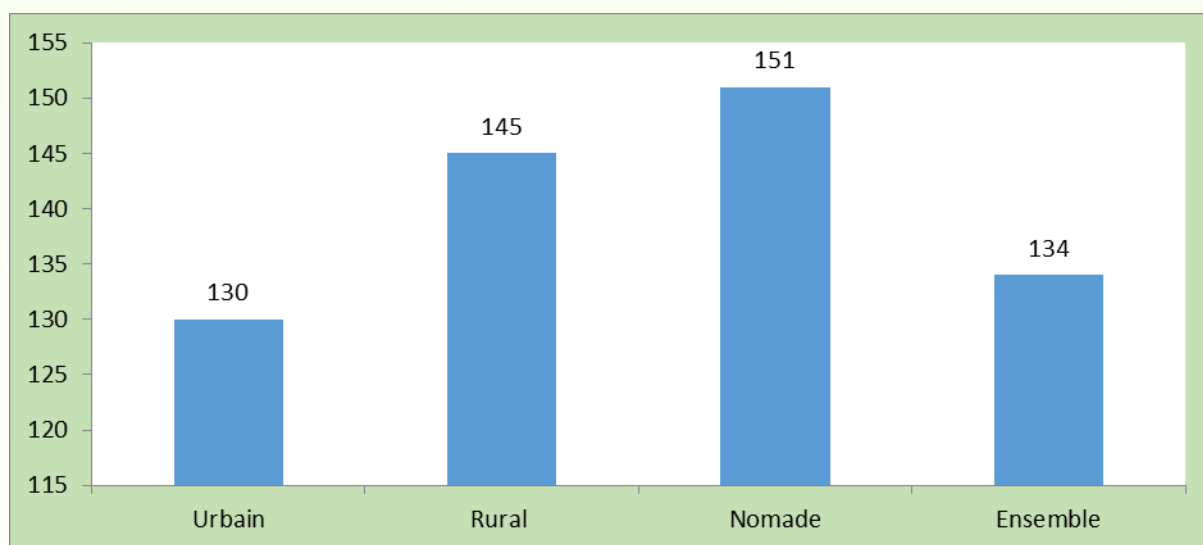
IV.5. FÉCONDITÉ

L'analyse de la fécondité se rapporte d'une part à la survenue des naissances vivantes dans la population féminine en âge de procréer au cours des douze derniers mois permettant de calculer la fécondité actuelle et d'autre part au nombre d'enfants nés vivants par femme (fécondité passée).

4.6.1 Niveau et structure de la fécondité

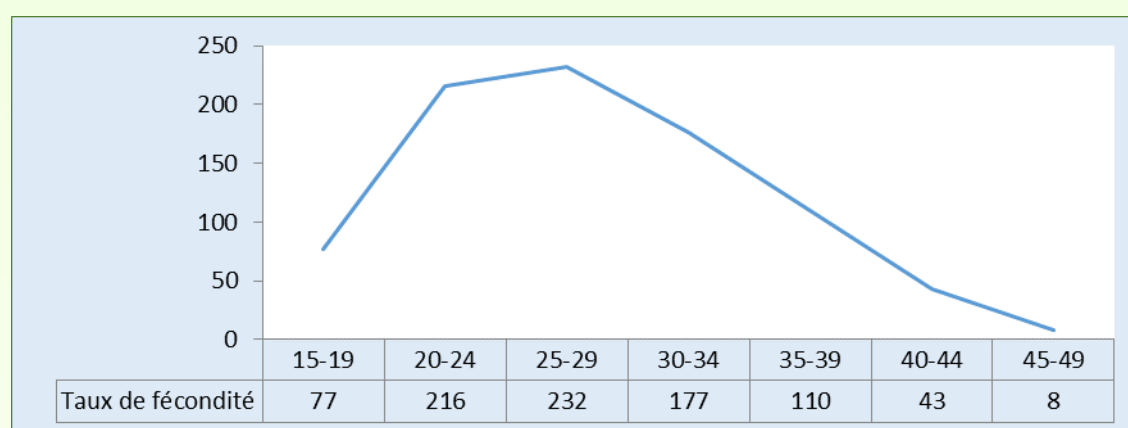
Bien qu'il y'ait eu des naissances vivantes issues des femmes de moins de 15 ans enregistrées au cours du recensement, l'analyse de la fécondité actuelle se limite aux femmes en âge de procréer (15-49 ans). L'examen du taux global de fécondité générale par milieu, montre que la fécondité est plus faible en urbain (130‰) qu'en rural (145‰) et chez les nomades (151‰).

Graphique 4. 7 : Taux global de fécondité générale par milieu (‰)



Le graphique 4.8 ci-dessous décrit la variation de ces taux par âge avec une structure classique des pays à forte fécondité. L'examen de la courbe des taux de fécondité du moment issus du RGHP 2013, indique que l'allure de cette courbe est conforme aux schémas classiques de fécondité. En effet, on note que la vie féconde de la femme atteint son niveau maximum entre 20 et 29 qui correspondent aux âges où la fécondabilité est la plus élevée. Entre 15-24 ans la croissance de la fécondité est presque exponentielle et elle est modérée entre 20-24 ans. A partir de 30 ans, les taux de fécondité déclinent pour atteindre un niveau minimum en fin de vie féconde.

Graphique 4. 8 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge (%)



Le tableau 4.4 ci-dessous présente les taux de fécondité par groupes d'âges des femmes de 15-49 ans et par milieu de résidence. Quelque soit le milieu de résidence, on note que la fécondité

précoce (15-19 ans) est plus élevée chez les nomades (84%) et chez les femmes rurales (82%).

On remarque ainsi qu'à tous les âges, la fécondité est plus élevée en milieu nomade suivi du milieu rural. Le milieu de résidence apparaît comme un facteur discriminant de la fécondité, traduisant ainsi les différences de comportements procréateurs entre les femmes de différents milieux.

Tableau 4. 4 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et le milieu de résidence (‰)

Groupe d'âge	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
15-19	72	82	84	77
20-24	207	225	228	216
25-29	226	239	242	232
30-34	163	191	196	177
35-39	97	124	129	110
40-44	35	52	55	43
45-49	5	10	11	8

4.6.2 Parité moyenne

Alors que les taux mesurent la fécondité du moment, la parité (descendance) moyenne est un indice rétrospectif qui indique le nombre moyen d'enfants nés-vivants pour chaque femme au cours de sa vie.

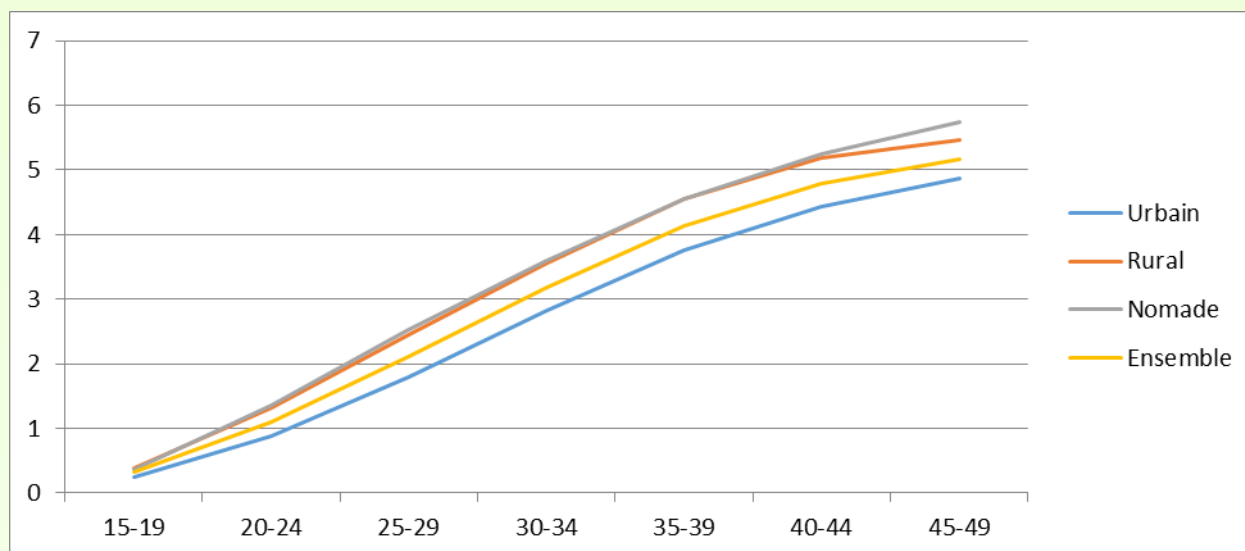
Le tableau 4.5 présente le nombre moyen d'enfants par groupe d'âges des femmes. Quelque soit le milieu de résidence, les parités moyennes augmentent avec l'âge des femmes. Ainsi, pour l'ensemble de la Mauritanie, la parité moyenne qui est de 0,32 enfant par femme à 15-19 ans, s'établit à 5,17 enfants par femme à 45-49 ans (descendance finale), avec une augmentation régulière aux groupes d'âges intermédiaires. Autrement dit, si une femme de 15 ans était soumise à chaque groupe d'âges aux mêmes conditions de fécondité, elle aurait en fin de vie féconde 4,9 enfants dans le milieu urbain, 5,5 enfants en milieu rural et 5,7 enfants dans le milieu nomade.

Ces résultats sont révélateurs des comportements procréateurs différenciés entre milieu de résidence.

Tableau 4. 5 : Parité moyenne par groupe d'âges selon le milieu de résidence

Groupe d'âge	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
15-19	0,2378	0,3931	0,3697	0,3177
20-24	0,8890	1,3088	1,3492	1,1012
25-29	1,7981	2,4421	2,5215	2,1115
30-34	2,8210	3,5552	3,6027	3,1776
35-39	3,7679	4,5506	4,5477	4,1437
40-44	4,4269	5,1784	5,2560	4,7984
45-49	4,8723	5,4564	5,7416	5,1698

Graphique 4. 9 : Parité moyenne par groupe d'âges selon le milieu de résidence



4.6.3 Taux brut de reproduction

Le renouvellement de la population ne peut être assuré que si les femmes donnent naissance à un nombre suffisant de filles pour poursuivre la fonction de reproduction.

Le remplacement des femmes par leurs filles est largement assuré en Mauritanie. En effet, le TBR est de 2,18 filles par femme au niveau national avec 2,36 filles par femme en milieu rural et 2,35 et 2,01 filles par femmes respectivement chez les nomades et en milieu urbain. Le TNR qui exprime le nombre exact de filles compte tenu de la mortalité maternelle est à un niveau qui garantit le remplacement des femmes par leurs filles : au niveau national, une femme est remplacée en moyenne par 2,09 filles.

Tableau 4. 6 : Taux Brut de Reproduction et Taux Net de Reproduction par milieu

Indicateur	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
Taux Brut de Reproduction	2,01	2,36	2,35	2,18
Taux Net de Reproduction	1,93	2,30	1,95	2,09

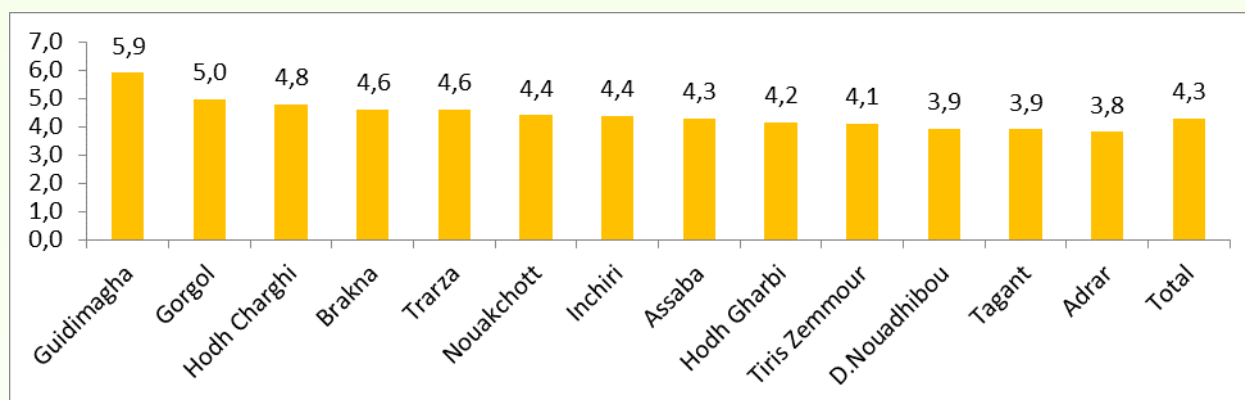
4.6.4 Fécondité différentielle selon la Wilaya

Si le milieu de résidence des femmes semble être un facteur déterminant de différenciation du niveau et de la structure de la fécondité, on constate que l'appartenance à une wilaya (région) influence également le comportement en matière de fécondité.

Les facteurs qui pourraient expliquer les comportements, les attitudes et les pratiques des femmes en matière de fécondité sont entre autres liés à l'accès aux services d'éducation, de santé, l'accès aux médias et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, l'élargissement du cercle social, la dominance du milieu rural ou du milieu urbain, etc.

L'analyse des résultats montre que les wilayas dans lesquelles les niveaux de fécondité sont plus élevés sont le Guidimagma (5,9 enfants par femme), le Gorgol (5 enfants par femme), le Hodh Echargui (4,8 enfants par femme), le Brakna et le Trarza (4,6 enfants par femme). On note que 6 wilayas affichent un ISF inférieur à la moyenne nationale. Il s'agit de l'Adrar, du Tagant, de Dakhlet Nouadhibou, du Tiris Zemmour et du Hodh El Gharbi.

Graphique 4. 10 : Indice synthétique de fécondité par Wilaya

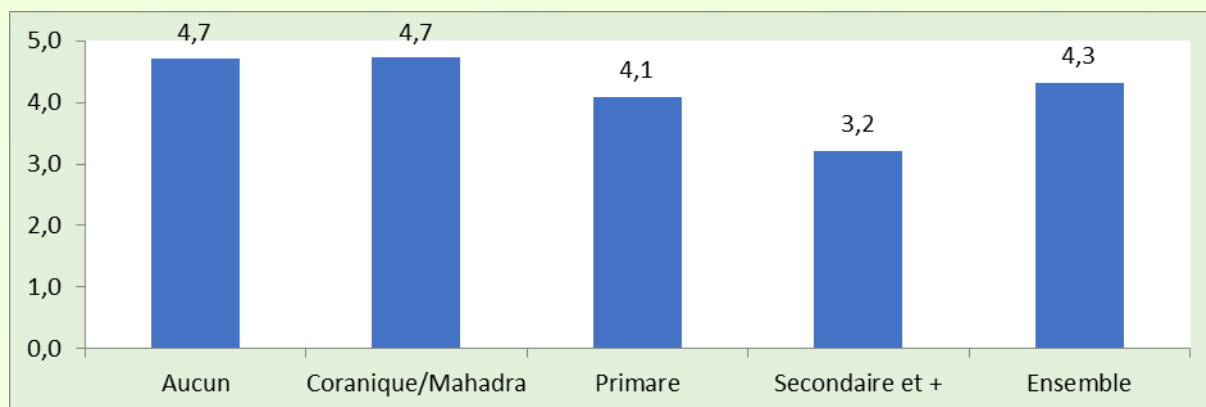


4.6.5 Fécondité différentielle selon quelques caractéristiques

Fécondité et niveau d'instruction : La scolarisation et le niveau d'éducation ont une influence certaine sur la fécondité de la femme à travers les variables de proximité de la fécondité telles que l'âge moyen au premier mariage et l'utilisation de la contraception. Le fait pour une femme d'aller à l'école et atteindre un niveau élevé retarde son entrée dans la vie féconde et réduit de fait le nombre de naissances qu'elle pourrait avoir. Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Les femmes qui

ont atteint le niveau secondaire ou plus ont 3,2 enfants en moyenne, contre 4,1 pour celles du niveau primaire et 4,7 pour celles n'ayant jamais été à l'école ou qui n'ont appris que le coran ou fréquenté les mahadras.

Graphique 4. 11 : Indice synthétique de fécondité selon le niveau d'instruction



Il ressort du tableau 4.8 que le groupe d'âge et le niveau d'instruction sont des facteurs déterminants des comportements procréateurs des populations. Ils influent sur la décision de procréer, et par conséquent, sur le nombre d'enfants que la femme veut avoir au cours de sa vie féconde et la manière de les réguler. Les résultats montrent que les femmes du groupe d'âge 25-29 ans ont les taux de fécondité les plus élevés quelque soit le niveau d'instruction (232,3‰).

Les femmes de 15-19 ans ont un taux de fécondité de 77‰ qui varie selon les niveaux d'instruction.

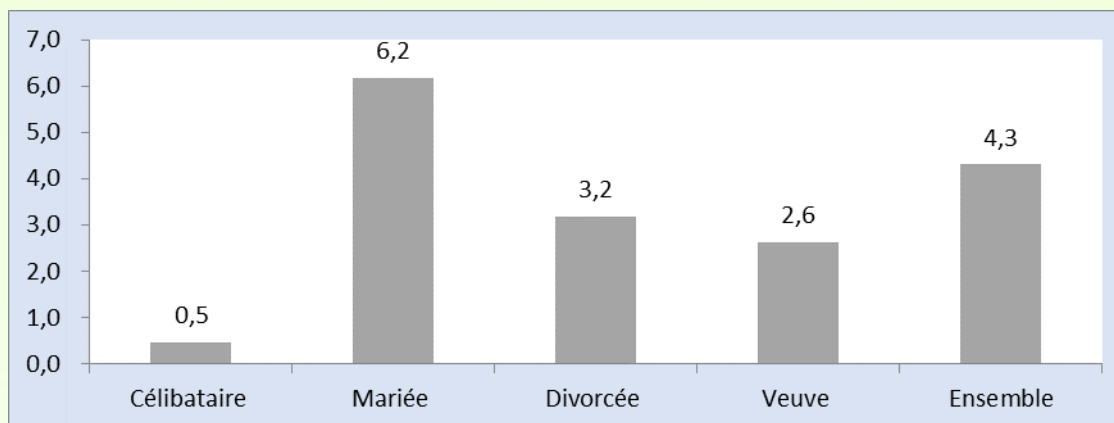
Tableau 4. 7 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et le niveau d'instruction (‰)

Groupe d'âge	Aucun	Coranique/Mahadra	Primaire	Secondaire et +	Ensemble
15-19	83,6	84,2	72,8	51,8	77
20-24	227,6	228,6	209,4	168,3	216,2
25-29	241,1	241,9	227,4	200,1	232,3
30-34	195,3	196,9	166,4	126,9	176,6
35-39	128,5	130,1	99,8	66,3	109,9
40-44	54,3	55,3	36,9	25,1	43,2
45-49	10,9	11,2	5,7	3,1	7,6
ISF	4,7	4,7	4,1	3,2	4,3

Fécondité et état matrimonial : Le statut matrimonial constitue une variable discriminante de la fécondité. En effet, l'état matrimonial influence la décision de faire un enfant. Ces différences de comportements se traduisent par une différence de l'ISF entre les femmes.

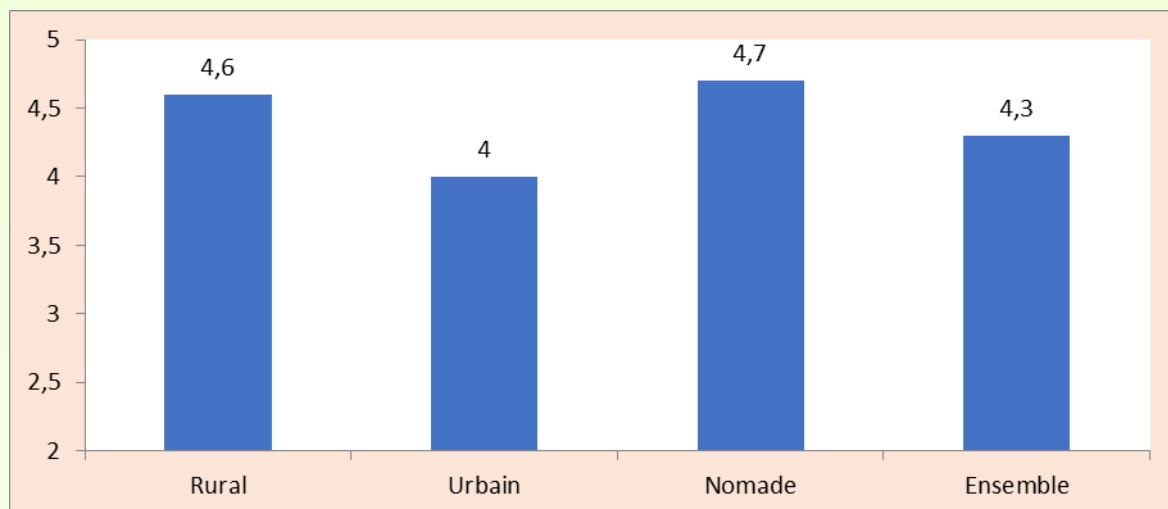
Chez les femmes mariées on observe un ISF élevé de 6,2 enfants par femme ; tandis que cet indice est beaucoup plus faible pour les autres femmes surtout pour les célibataires comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique 4. 12 : Indice synthétique de fécondité selon l'état matrimonial



Indice synthétique de Fécondité par milieu de résidence : l'intensité de la fécondité au moment du recensement se définit par le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme au cours d'une année si toutes les générations de femmes en âge de procréer avaient été soumises aux mêmes conditions de procréation. On la désigne habituellement par l'indice synthétique de fécondité (ISF) dont la définition a été décrite dans la section définition des concepts. Selon les résultats, l'ISF est de 4,3 enfants en moyenne par femme. Par rapport au milieu de résidence, il est de 4,4 enfants par femme en milieu rural contre 4,0 en milieu urbain et 4,7 en milieu nomade. En d'autres termes, si les niveaux actuels de fécondité restent invariables, une femme du milieu rural ou nomade aurait, en moyenne, en fin de vie féconde, 1 enfant de plus que celle qui vit en milieu urbain.

Graphique 4. 13 : Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence



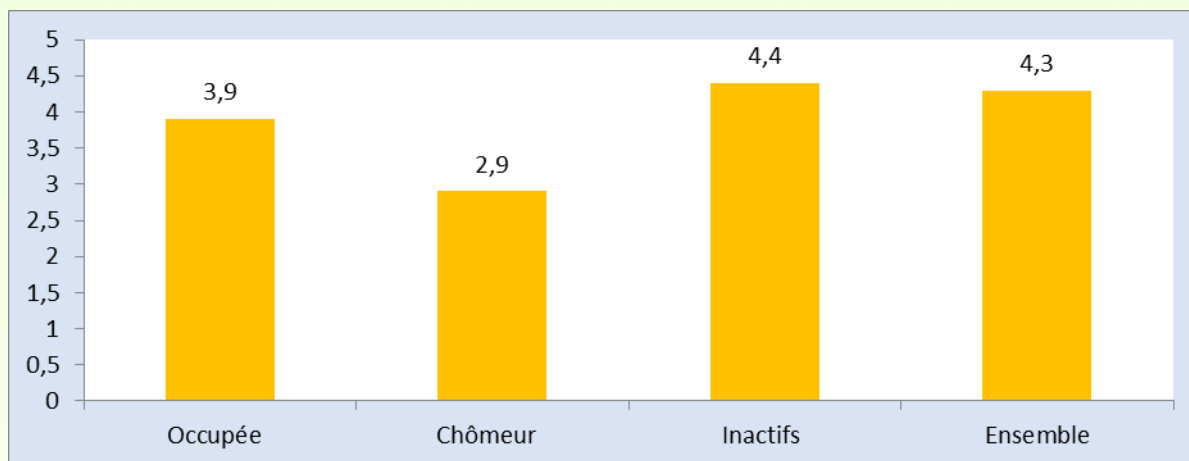
La combinaison de l'âge de la femme et son statut matrimonial indique que les taux de fécondité sont nettement plus élevés chez les femmes mariées quelque soit le groupe d'âge. Il est observé à partir des données du RGPH que le niveau de fécondité des célibataires est très faible (0,5 enfant par femme) contre 6,2 chez les femmes mariées. Toutefois, la faible fécondité des célibataires peut s'expliquer, d'une part par la conjugaison de leur faible exposition au risque de procréer avec la forte concentration d'adolescentes en leur sein et d'autre part par l'influence de la religion musulmane qui ne tolère pas la procréation des filles célibataires. Le tableau 4.8 ci-dessous présente la structure de la fécondité des femmes selon le groupe d'âge et l'état matrimonial.

Tableau 4. 8 : Taux de fécondité selon l'âge de la femme et l'état matrimonial (‰)

Groupe d'âge	Etat matrimonial				Ensemble
	Célibataire	Mariée	Divorcée	Veuve	
15-19	5,1	180,6	113,9	84,6	77
20-24	10,1	229,5	134,6	138,8	216,2
25-29	15,8	237,7	120,1	104,4	232,3
30-34	15,8	224,3	111,4	82,4	176,6
35-39	14,3	187,3	79	48	109,9
40-44	13,5	115,2	44,1	34,5	43,2
45-49	15,5	60,6	33,2	31,1	7,6
ISF	0,5	6,2	3,2	2,6	4,3

Fécondité et situation dans l'activité : la situation de la femme vis-à-vis de l'activité économique peut avoir une influence sur son comportement procréateur. D'après les résultats du graphique 4.14, les femmes inactives ont un niveau de fécondité plus élevé que leurs sœurs occupées ou en chômage. En effet, l'examen de l'indice synthétique de fécondité montre qu'il est plus élevé chez les femmes inactives (4,4 enfants par femme contre 3,9 chez les femmes occupées et 2,9 chez celles qui sont en chômage).

Graphique 4. 14 : Indice synthétique de fécondité selon la situation dans l'activité



L'analyse différentielle du niveau de fécondité permet de constater qu'en dehors du niveau d'instruction et de l'état matrimonial qui sont des facteurs très influents du niveau de fécondité, le statut dans l'emploi a aussi un impact sur la fécondité de la femme. En effet, les résultats montrent que les taux de fécondité sont plus élevés chez les femmes inactives quelque soit le groupe d'âge. Le tableau 4.9 indique deux exceptions, l'une chez les femmes inactives de 15-19 ans et l'autre chez les femmes en chômage de 45-49 ans où les taux de fécondité sont supérieurs à ceux des femmes inactives.

Tableau 4. 9 : Taux de fécondité selon le groupe d'âge et la situation dans l'activité (‰)

Groupe d'âge	Situation dans l'activité			Ensemble
	Occupée	Chômeur	Inactifs	
15-19	76,6	47	54,2	77
20-24	132,9	88,9	141	216,2
25-29	152,3	109,7	186,8	232,3
30-34	158,2	114,8	191,1	176,6
35-39	135,7	102,1	162,4	109,9
40-44	79,3	61,2	100,3	43,2
45-49	41,6	55,8	53,8	7,6
ISF	3,9	2,9	4,4	4,3

4.6.6 Comparaison de l'ISF avec les pays limitrophes

La comparaison de l'indice synthétique de fécondité obtenu au cours du RGPH 2013 avec ceux des pays limitrophes traduit la situation charnière de la Mauritanie en tant que trait d'union entre le Maghreb Arabe et l'Afrique noire. Cet ISF est supérieur à ceux de ses deux voisins maghrébins, le Maroc et l'Algérie et il est inférieur à ceux de ses voisins au sud et à l'est, le Sénégal et le Mali.

Tableau 4. 10 : Taux de natalité des pays limitrophes de la Mauritanie

Pays	ISF	Années
Mauritanie	4,3	2013
Sénégal	5,3	2012
Mali	6,4	2012
Maroc	2,2	2010
Algérie	2,9	2012

IV.6. FÉCONDITÉ DES PERSONNES À RISQUES

4.7.1 Niveau et structure de la fécondité des personnes à risques

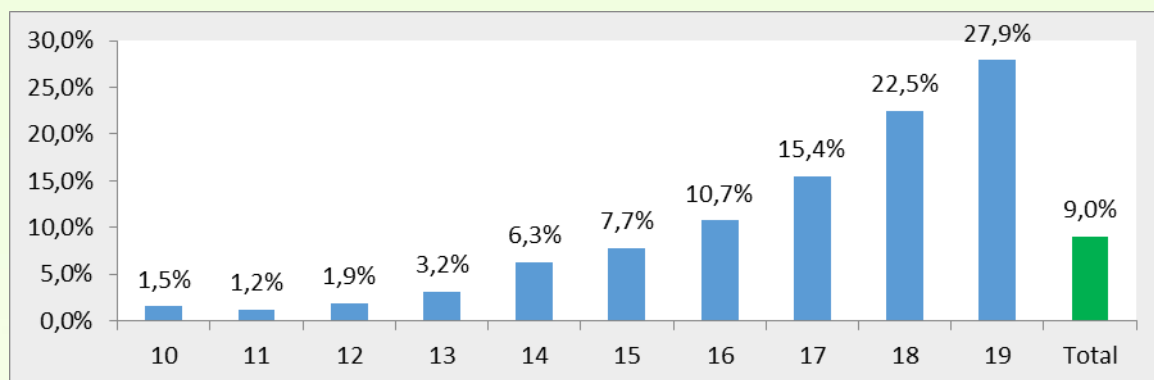
Les personnes à risques se retrouvent dans deux groupes d'âges : il s'agit des adolescentes (10-19 ans) et des femmes âgées de 35-49 ans. En raison des risques accrus de décès maternels et infantiles encourus par les femmes, la fécondité des femmes de ces deux groupes d'âges occupe une place importante dans les programmes de santé de la reproduction.

Chez les adolescentes

Les grossesses des adolescentes surviennent à un âge où les jeunes filles n'ont pas encore atteint la maturité biologique et physiologique pour les conduire à terme. Certaines de ces grossesses sont non désirées et aboutissent souvent aux avortements provoqués clandestins pouvant déboucher sur le décès de la future mère voire celui du bébé. La fécondité précoce accroît le risque de mortalité maternelle et infantile, par conséquent, le fait d'éviter les grossesses précoces contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les résultats du RGPH montrent que bon nombre de jeunes filles deviennent des mères avant 20 ans. Dans l'ensemble, 9% des femmes ayant une naissance vivante au cours des douze derniers mois précédant le dénombrement sont des adolescentes. Les taux sont plus élevés chez les adolescentes du groupe d'âge 15-19 ans.

Graphique 4. 15 : Proportion des adolescentes mères par âge

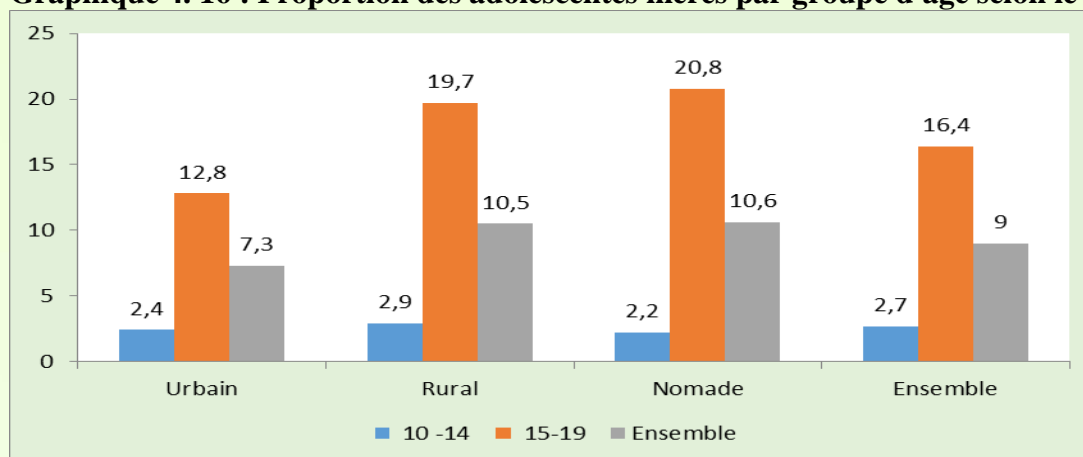


4.7.2 Différentielles de fécondité des personnes à risques

Le graphique 4.16 ci-dessous indique que dans l'ensemble, 9% des adolescentes âgées de 10-19 ans sont déjà mères. Les proportions des adolescentes mères augmentent régulièrement avec le groupe d'âge quelque soit le milieu de résidence. Cette proportion est de 7,3% en milieu urbain, 10,5% en milieu rural et 10,6% en milieu nomade.

Pour le groupe d'âge 10-14 ans, cette proportion est plus faible (2,9% en milieu rural, 2,4% en milieu urbain et 2,2% en milieu nomade). Tandis que pour le groupe d'âge 15-19 ans les proportions sont plus élevées (20,8%, 19,7% et 12,8%, respectivement en milieu nomade, rural et urbain).

Graphique 4. 16 : Proportion des adolescentes mères par groupe d'âge selon le milieu



Par rapport au niveau d'instruction, les résultats montrent que, les adolescentes sans instruction et celles qui n'ont fréquenté que l'école coranique sont plus touchées par le phénomène de la fécondité précoce. Le tableau ci-dessous indique que la proportion des adolescentes mères est plus élevée chez le groupe d'âge 15-19 ans.

Tableau 4. 11 : Proportion des adolescentes mères par groupe d'âge selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	10-14 ans	15-19 ans
Aucun	5,1	24,3
Coranique/Mahadra	3,3	19,9
Primaire	1,7	15,8
Secondaire et plus	2,4	7,1
Ensemble	2,7	16,4

Du point de vue wilaya, le tableau 4.12 ci-dessous décline les indicateurs de fécondité précoce au niveau régional et établit un classement croissant des treize (13) wilayas selon la proportion des adolescentes mères. Il ressort que les wilayas les plus touchées par la fécondité précoce sont le Guidimagha (12,4%), le Gorgol (10,9%), le Hodh Chargui (10,3%), le Tagant (10,2%) et le Brakna (9,9%).

Tableau 4. 12 : Proportion des adolescentes mères par wilaya et par groupe d'âge

Wilaya	10-14 ans	15-19 ans	Ensemble
Guidimagha	4,6	21,9	12,4
Gorgol	3,1	20,4	10,9
Hodh Chargui	3,4	18,6	10,3
Tagant	2,7	19,2	10,2
Hodh Gharbi	2,4	19,1	9,9
Brakna	2,6	16,5	9,0
Assaba	2,4	16,6	8,9
Adrar	1,6	16,0	8,3
Trarza	2,5	14,8	8,2
Inchiri	1,4	16,7	8,1
Nouakchott	2,1	12,4	7,0
Dakhlet Nouadhibou	1,6	11,0	5,9
Tirs Zemour	1,3	10,9	5,8
Ensemble	2,7	16,4	9,0

Femmes âgées entre 35 et 49 ans

Il ressort du tableau 4.13 ci-dessous que moins d'un pourcent des femmes âgées de 35 à 49 ans a une naissance vivante au cours des douze derniers mois précédant le dénombrement. Cette faible proportion varie sensiblement entre les différents milieux de résidence et elle est beaucoup plus faible en milieu nomade.

Tableau 4. 13 : Proportion des femmes de 35-49 ans ayant eu des naissances vivantes au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge selon le milieu de résidence

Groupe d'âge	Milieu de résidence			Ensemble
	Urbain	Rural	Nomade	
35-39	0,5	0,7	0,3	0,6
40-44	0,5	0,7	0,1	0,6
45-49	0,3	0,7	0,0	0,5
Total	0,5	0,7	0,1	0,6

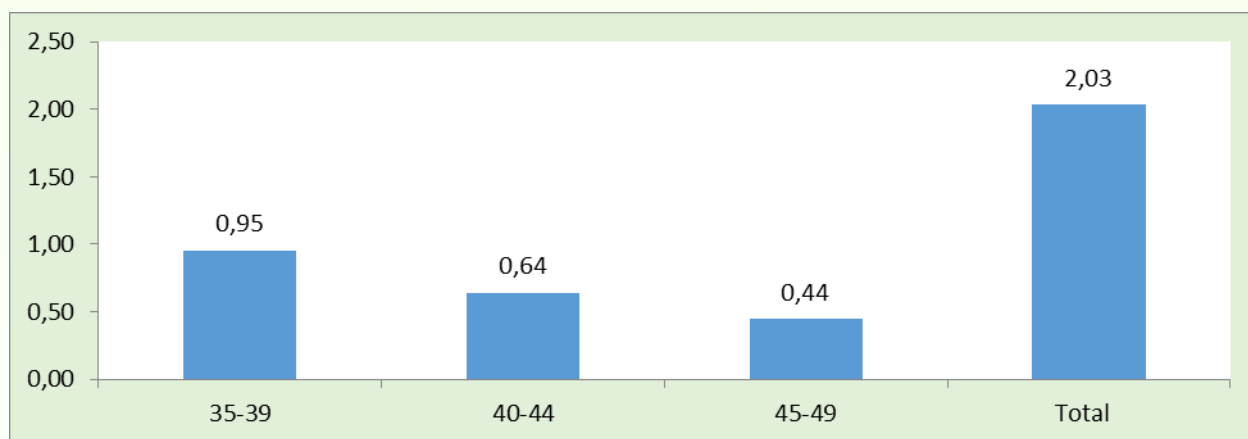
4.7.3 Infécondité et stérilité définitive

Il existe deux types d'infécondité : l'infécondité primaire renvoie aux femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore eu d'enfant né vivant et l'infécondité secondaire qui concerne les femmes qui, ayant eu au moins une naissance vivante, n'en n'ont plus eu après la dernière naissance.

Dans le cadre du RGPH 2013, c'est l'infécondité primaire qui fait l'objet d'analyse. L'infécondité se définit comme l'absence de naissance vivante chez une femme en âge de procréer au cours d'une période de temps donnée. La mesure de l'infécondité repose sur deux approches : l'approche médicale et l'approche sociodémographique. Au RGPH, c'est l'approche sociodémographique qui est utilisée pour évaluer l'infécondité des femmes au moment du recensement. C'est la tranche d'âge 35-49 ans qui est retenue parce qu'en ce moment la fécondité des femmes est en baisse.

En Mauritanie, comme dans la plupart des autres pays africains, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares du fait que la population a, jusque-là, un comportement pro nataliste. Selon les résultats du RGPH, les femmes âgées de 35-49 ans qui n'ont pas encore eu leur premier enfant représentent 2,03% de l'ensemble des femmes en Mauritanie. Ces taux d'infécondité varient en fonction du groupe d'âge : il est plus élevé pour la tranche d'âge 35-39 ans et plus faible pour les 45-49 ans.

Graphique 4. 17 : Proportion des femmes sans enfants selon le groupe d'âge



L'analyse par milieu de résidence montre que la proportion de femmes sans enfants est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural quel que soit le groupe d'âge. En milieu urbain, 1,08% des femmes de 35-49 ans n'ont pas encore eu leur premier enfant né vivant tandis

qu'en milieu rural, cette proportion est de 0,93%. On note qu'en milieu nomade le phénomène d'infécondité est relativement faible par rapport aux autres milieux.

Tableau 4. 14 : Proportion des femmes sans enfants selon le groupe d'âge et le milieu de résidence

Age	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
35-39	0,52	0,42	0,01	0,95
40-44	0,34	0,29	0,01	0,64
45-49	0,22	0,22	0,00	0,44
Ensemble	1,08	0,93	0,02	2,03

CONCLUSION

L'analyse des données sur la natalité et la fécondité, issues des différentes opérations de RGPH indique que la fécondité a enregistré une baisse en Mauritanie bien que le niveau reste encore élevé. Le milieu de résidence apparaît comme un facteur déterminant de différenciation du niveau et de la structure de la fécondité. En effet, le niveau de la fécondité est plus élevé dans les milieux nomade et rural qu'en milieu urbain. En 2013, la descendance finale est estimée en fin de vie féconde à 5,7 enfants dans le milieu nomade, 5,5 enfants en milieu rural et à 4,9 enfants dans le milieu urbain.

Sur le plan de répartition spatiale, les résultats ont montré que les wilayas du Guidimagha, du Gorgol et du Hodh Chargui détiennent les indices synthétiques de fécondité les plus élevés respectivement (5,9, 5,0 et 4,8 enfants par femme). Par ailleurs, les résultats ont montré que la fécondité décroît lorsque le niveau d'instruction augmente. L'analyse différentielle de la fécondité avec l'état matrimonial, indique, comme on pouvait s'y attendre que l'ISF des femmes mariées (6,2) est nettement plus élevé par rapport aux autres catégories où cet indice varie entre 0,5 enfants par femmes chez les célibataires à 3,2 enfants par femmes chez les veuves en passant par 2,6 enfants par femmes chez les femmes divorcées. Du point de vue de la situation dans l'activité, les femmes inactives battent le record avec un ISF de 4,4 enfants par femme contre 3,9 chez les femmes occupées et 2,9 chez celles en chômage.

Au regard de ces résultats, on peut noter que la transition démographique est effectivement amorcée même si le niveau de fécondité demeure encore élevé. Les changements constatés vont certainement se poursuivre eu égard à plusieurs facteurs liés aux mutations sociales. En effet, l'urbanisation continue, l'augmentation progressive des taux d'enseignement secondaire en milieu rural, la pénétration progressive des médias et des nouvelles technologies sont autant de facteurs qui militent pour une réduction future du niveau de fécondité.

BIBLIOGRAPHIE

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (1977) : Recensement Général de la Population.

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN, 1981) : Enquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité, Nouakchott, Mauritanie

Direction de la Statistique et de la Démographie (1988) : Recensement général de la population et de l'habitat.

Office National de la statistique (2000) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

ONS (2001) : Enquête Démographique et de Santé de Mauritanie.

INSAE (2003) Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Tome 2 Dynamique de la population. Cotonou –Bénin.

ONS (2004) : Enquête Nationale sur la Mortalité infantile et sur le Paludisme (EMIP).

BUCREP (2005) : Natalité et Fécondité du RGPH du Cameroun, Volume II, Tome 07.

ONS (2008) Enquête Permanente sur les conditions des ménages

ONS (2011) : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Chapitre 5 : Mortalité

INTRODUCTION

Selon le nouveau Larousse Elémentaire, la « mortalité » est la « proportion des décès par rapport à une population dans une période donnée »¹. Contrairement aux autres événements démographiques (mariages, naissances...), un décès n'est pas un événement renouvelable. Il est par nature brutal et subit. La connaissance de la mort est utile pour la connaissance de la cause du décès et pour prévenir certaines maladies. En temps de paix, il y a un souci de santé publique. Le développement des services de santé joue ainsi un rôle certain dans la baisse des taux de mortalité. « Le premier outil de mesure de la mortalité est le taux brut de mortalité générale »².

En Mauritanie, malgré les quelques progrès observés pendant les dernières années, la mortalité reste un problème majeur de santé publique et risque d'entraver les efforts entrepris vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. L'adoption de politiques sanitaires (PNDS) davantage tournées vers la prévention et l'attention de plus en plus grande portée à la santé des femmes pendant la grossesse favoriseront sans nul doute la baisse de la mortalité.

Sur le plan national, de nouvelles priorités de développement ont été formulées dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Une Politique Nationale de Population a été adoptée (en 1995) et actualisée et publiée en 2005 et 2012 ; des politiques sectorielles ont vu le jour, à la lumière des recommandations des conférences internationales, notamment la Conférence du Caire en 1994 et le Sommet du Millénaire (New York 2000).

Dès lors, on comprend l'opportunité d'analyser les recensements pour faire le bilan des réalisations et de prendre en considération les connaissances acquises pour réactualiser les données relatives à la Population en particulier aux phénomènes démographiques, notamment la mortalité. Celle-ci doit tenir compte aussi des évolutions probables du contexte national et de l'environnement mondial.

A cet effet, le RGPH 2013 représente une importante source de données dont l'analyse permettra de calculer les indicateurs et de susciter la réflexion sur la mise en place de programmes visant la réduction de la mortalité en Mauritanie. La présente analyse de la mortalité en Mauritanie passera en revue les données recueillies à partir du recensement 2000

¹ Librairie Larousse, Nouveau Larousse Elémentaire, p.459, Paris 1967

² Jean- Claude Chesnais, La démographie (que sais-je), PUF, Novembre 1990, p.31

et l'EDSM 2001 pour apprécier le niveau atteint à partir des données du recensement de 2013. Il sera bien entendu tenu compte, entre autres, des indicateurs de mortalité contenus dans les objectifs de la politique de population, du CSLP, des stratégies nationales sectorielles, notamment celles du Ministère de la Santé ainsi que des conférences internationales (Sommet de l'enfant, CIPD et Sommet du Millénaire). Pour atteindre ces objectifs, l'analyse s'articulera autour de trois sections : la première retrace le contexte et la revue de la littérature, la deuxième est consacrée aux approches méthodologiques, notamment la définition des concepts utilisés et la qualité des données recueillies, enfin la troisième expose les principaux résultats de l'analyse.

V.1. CONTEXTE ET REVUE LITTÉRAIRE

Dans cette partie nous aborderons les niveaux de la mortalité lors du recensement de 2000 et l'EDSM 2001, notre attention se portera sur la situation qui prévaut et les politique engagées au niveau national pour améliorer la situation sanitaire du pays. Au niveau international auquel la Mauritanie a été présente et a souscrit à toutes les conventions, nous nous limiterons aux indicateurs de mortalité.

1.1. Contexte national

En Mauritanie, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 4 années entre 1993 et 2000 passant de 50,5 ans (49 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes) à 57,5 ans (56,7 pour les hommes contre 58,3 pour les femmes). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans serait passé de 182 pour 1000 naissances vivantes en 1995 (enquête MICS) à 116 en 2001 (EDSM 2001) tandis que les taux de mortalité infantile évoluaient de 118 à 74 pour 1000 au cours de la même période et selon les mêmes sources. Quant à la mortalité maternelle que les estimations situaient autour de 930 pour 100 000 au cours de la décennie (1990), elle est de 747 en 2000 selon les résultats de l'enquête EDSM 2001. Quelques puissent être les réserves sur la fiabilité de certaines données, il est indéniable que de réels progrès ont été enregistrés au cours des deux dernières décennies. Ainsi, des efforts ont été déployés pour améliorer l'environnement global du secteur de la santé. Un Plan Directeur National pour la Santé a été mis en place dès 1998. Il avait fixé des objectifs globaux conformes aux normes internationales. En outre, le PASS (Programme d'Appui au Secteur de la Santé) a permis de

réaliser quelques progrès en matière de restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la décentralisation des responsabilités et des ressources ainsi que le renforcement des capacités de gestion. Enfin, il y a lieu de noter un accroissement progressif de la part des dépenses courantes du Ministère de la Santé (77% entre 2001 et 2002).

Toutefois, les questions ci-dessous énumérées méritent de retenir l'attention :

- (i) Les moyens matériels et humains (les compétences) sont très inégalement répartis entre les régions et à l'intérieur de celles-ci entre les centres urbains et les zones rurales. Ce déséquilibre est nettement en faveur de Nouakchott, ville où pourtant, il y a déjà des infrastructures privées et un nombre de pauvres relativement bas par rapport aux autres villes et villages du pays.
- (ii) Paradoxalement, les services de santé, particulièrement à l'intérieur ne sont que faiblement sollicités par les populations. Les activités de médecine préventive sont faibles tandis que celles de la médecine curative ne semblent pas convaincantes. Des formations manquent de compétences alors que d'autres manquent cruellement d'équipements. Les hôpitaux régionaux ne semblent pas jouer leur rôle de recours puisque la quasi-totalité des malades vont directement à Nouakchott ou ailleurs.
- (iii) Les capacités d'organisation, de planification et surtout de production de données statistiques fiables sont hélas restées désespérément insuffisantes, tout comme la complémentarité nécessaire entre les secteurs public et privé.
- (iv) Le financement d'une part importante des activités de santé est encore assuré grâce au concours des partenaires au développement.
- (v) En dépit du fait que la Mauritanie fait partie des pays africains qui consacrent le plus de moyens (en 1997, 6,6% du budget, de l'APD et 7,3 USD par tête d'habitant) au secteur de la santé, certains indicateurs d'impact sont restés faibles.

Tenant compte de ces problèmes, la politique nationale de population, actualisée en 2005 et 2012, consacre son objectif 4 à « **Assurer la santé de la population** » avec plusieurs stratégies.

Les principales stratégies liées à cet objectif sont les suivantes :

- Accroître le budget alloué au secteur de la santé pour le ramener au niveau recommandé par l'OMS, tout en prenant les mesures adéquates pour assurer l'effectivité, l'efficacité et l'équité des dépenses de santé.

- Former en nombre suffisant le personnel médical et paramédical de façon à tendre progressivement vers les normes recommandées par l'OMS et ce pour toutes les spécialités.
- Généraliser la couverture sanitaire à tout le pays en privilégiant les soins de santé primaires.
- Assurer au groupe mère et enfants un cadre privilégié de prise en charge de leurs besoins.
- Assurer la disponibilité des produits et matériels médicaux et leur distribution de façon fiable en veillant au respect de la qualité et en mettant en œuvre une politique de prix adéquate.
- Poursuivre la politique d'encouragement des populations à mieux contribuer à l'amélioration de leur niveau de santé par la mise en place de pharmacies villageoises.
- Intensifier l'implication des communautés dans la prise de décision, la planification et la gestion des structures de santé.
- Décentraliser et redéployer le personnel de santé de manière générale et les accoucheuses de façon particulière.
- Poursuivre la réalisation des études et recherches pour mieux orienter l'action sanitaire.
- Mettre en œuvre des programmes au niveau national et régional en matière d'éducation pour la santé en faisant participer les populations et en tirant profit de tous les canaux de communication.
- Accorder plus d'importance à la nutrition dans les programmes sanitaires et particulièrement ceux destinés aux enfants et aux femmes.
- Poursuivre et intensifier les activités entamées en matière d'amélioration des conditions de l'habitat, de l'hygiène et de l'assainissement public.
- Améliorer la prise en charge des porteurs de IST et des individus séropositifs ou atteints de Sida, particulièrement les femmes enceintes.
- Assurer un meilleur encadrement pour les coopératives féminines, les regroupements et associations nationales afin de mieux orienter leurs activités et leur donner des contenus plus concrets et plus efficaces.

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) III se fixe comme objectifs et domaines prioritaires pour 2011-2015 en matière de Santé :

- Assurer un taux de couverture sanitaire à un rayon de 5 km égal à 90% ;
- Ramener le TMI à 58%0, le TMIJ à 112%0, le TMM à moins de 550 pour 100.000 NV et
- Inverser la tendance de la progression de l'épidémie à VIH/Sida avec une prévalence au sein de la population générale inférieure à 1%³

Au niveau du Ministère de la Santé, le Plan National du Développement de la Santé (PNDS) 2012-2020 vise à relever les défis d'une situation nationale marquée par (i) une mortalité et morbidité encore élevées, en particulier chez les groupes vulnérables (y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture insuffisante en service essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable, et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes entravant le développement du secteur de la santé et des opportunités non prises en compte dans le pilotage du secteur⁴.

La pyramide sanitaire actuellement (2014) comprend trois niveaux (tertiaire, secondaire et primaire). Le niveau tertiaire comprend 3 hôpitaux nationaux et 5 centres spécialisés (niveau central : Nouakchott) ; au niveau secondaire (intermédiaire), il existe 10 centres hospitaliers régionaux, 2 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux de moughataas. Le niveau primaire (niveau opérationnel) compte 86 centres de santé, 566 Postes de Santé en plus de 145 Unités de Santé de Base (au niveau communautaire). Des stratégies ont été développées en matière de couverture sanitaire en vue de réduire substantiellement la proportion des populations n'ayant pas un accès facile à une structure de santé et qui vivent généralement dans des zones rurales pauvres, éloignées ou enclavées (voir PNDS).

1.2. Contexte international

Sur le plan international nous aborderons les indicateurs de mortalité retenus lors des principaux sommets mondiaux, auxquels la Mauritanie y a pris part.

Sommet de l'enfant : le plan d'action du sommet mondial pour les enfants (New York en 1990) se propose comme indicateur en matière de mortalité de réduire d'un tiers le taux de mortalité des moins de 5 ans enregistrés en 1990 ou le ramener au niveau de 70 pour 1000 naissance vivantes, réduire de moitié le taux de mortalité maternelle enregistrés en 1990 ;

³ CSLP III Volume II, Plan d'action 2011-2015, p.18

⁴ Ministère de la Santé (Mauritanie), PNDS 2012-2020, p.10

Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) : du 5 au 13 Septembre 1994, 179 pays étaient représentés au Caire (Egypte). Les pays industrialisés et en développement présents à cette conférence ont élaboré un Plan d'Action sur 20 ans (PA/CIPD) qui a intégré un large éventail de questions liées à la population, au développement et aux droits de l'homme. Parmi les indicateurs du PA/CIPD, il y a lieu de souligner l'intérêt accordé au taux de mortalité maternelle, au taux de mortalité infantile par sexe, au taux de mortalité des moins de 5 ans par sexe, et l'espérance de vie à la naissance pour apprécier les progrès accomplis tous les cinq (5) ans.

Sommet du Millénaire : d'un symbolisme incontournable et célébré partout dans le monde, l'avènement du troisième millénaire donna à l'ONU l'occasion de présenter une stratégie nouvelle adaptée aux réalités et aux besoins changeants du monde du XXIe siècle.

Annoncé en 1998, le Sommet du Millénaire tenu du 6 au 8 septembre 2000 fut accompagné par une campagne d'information internationale de deux ans. La campagne avait pour objectifs de consolider l'engagement de la communauté internationale et le renforcement des partenariats avec les gouvernements et la société civile pour bâtir un monde sans laissés-pour-compte. Elle a aussi permis de mettre en valeur le principe énoncé par le Secrétaire Général des Nations Unies dans son rapport pour le Millénaire selon lequel l'être humain doit être mis au centre de tous les programmes, pour aider, dans le monde entier, des hommes, des femmes et des enfants à vivre mieux.

Le Sommet du Millénaire constitua le plus grand rassemblement de Chefs d'État et de gouvernement de tous les temps. Il s'est conclu avec l'adoption par les 189 États Membres de la Déclaration du Millénaire, dans laquelle ont été énoncés les huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi ces objectifs, 2 ont concerné la mortalité : **Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans** et **Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle**. La cible 5 de l'objectif 4 visait à réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et la cible 6 de l'objectif 5 était de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

V.2. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

2.1. Définition des concepts et indicateurs

Le questionnaire ménage ordinaire administré pendant le RGPH 2013 a permis de recueillir trois types d'informations relatives à la mortalité selon les modalités présentées dans le tableau 1 : (i) le premier type d'information est lié aux décès survenus les 12 derniers mois précédant le passage de l'Agent Recenseur dans le ménage. Ce nombre total de décès est décrit selon le sexe, l'âge des personnes décédées et la cause du décès ; (ii) le deuxième module concerne spécifiquement les femmes de 10 à 49 ans décédées au cours des 12 derniers mois. On note sur le questionnaire l'âge au décès, si la femme décédée est enceinte ou non, si elle est décédée pendant l'accouchement ou non et si elle est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou non ; (iii) le dernier module concerne les enfants nés vivants : nombre total d'enfants nés vivants (garçons et filles) et le nombre d'enfants encore en vie (garçons ou filles).

Tableau 5. 1 : Type d'informations recueillies au RGPH 2013 pour appréhender la mortalité

N°	Objet	Modalités	Cible
1	Décès survenus au cours des 12 derniers mois au sein du ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de décès • Age au décès • Sexe du décédé • Cause du décès 	Toute personne ayant été membre du ménage dénombré au moment du décès
2	Décès de femmes de 10 à 49 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes décédées • Age au décès • Enceinte (oui ou non) • Décédée pendant la grossesse (oui ou non) • Décédée dans les deux derniers mois qui ont suivi la fin d'une grossesse (oui ou non) 	Femme résidente de chaque ménage âgée de 10 à 49 ans et décédée dans le ménage
3	Naissances vivantes de chaque femme âgée de 10 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants nés vivants (garçons et filles) • Nombre d'enfants encore en vie (garçons et filles) 	Femme résidente de chaque ménage âgée de 10 ans ou plus

L'utilisation de ces différentes variables se définit comme suit :

- La question sur les décès des 12 derniers mois par sexe et par âge sert à la mesure directe de la mortalité à partir des taux de mortalité par âge ;
- La question sur la survie des femmes âgées de 10 à 49 ans décédées au cours de l'accouchement ou des suites d'un accouchement sert à estimer la mortalité maternelle ;
- La question sur la survie des enfants (enfants nés vivants et enfants survivants, classés par sexe de l'enfant selon l'âge de la mère) sert à l'estimation indirecte de la mortalité des enfants âgés de 0 à 5 ans.

Les indicateurs issus de ces différentes estimations (directes ou indirectes) sont présentés comme suit :

Taux brut de mortalité (TBM) : C'est le nombre de décès pour 1.000 habitants au cours d'une année. En fait, cet indicateur rend compte du volume total des décès enregistrés au sein d'une population au cours d'une année, quels que soient l'âge et le sexe des individus décédés. Il s'obtient en divisant le nombre total des décès survenus au cours d'une année par la population moyenne du pays pour cette année et en multipliant le rapport ainsi obtenu par 1000.

Taux spécifique de mortalité (ou taux de mortalité par groupe d'âges) ${}_a t_x$: C'est le nombre de décès pour 1.000 personnes d'un groupe d'âges donné. Ces taux sont déduits des données empiriques.

Quotient de mortalité par groupe d'âges (${}_a q_x$) : C'est le nombre moyen de décès survenus entre les âges x et $x+a$ parmi les individus présents à l'âge x ou encore la proportion des individus en vie à l'âge x mais qui sont décédés avant l'âge $x+a$ ou mieux encore la probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge $x+a$ pour des individus âgés de x ans.

Avec les données du recensement sur la mortalité on calculera d'abord les taux spécifiques de mortalité desquels seront déduits les quotients. A partir de ces quotients, on génère la table de mortalité, en prenant comme racine de la table, une puissance de 10 (souvent 100.000) pour calculer les survivants l_x de la table, les décès $d(x, x+a)$, et l'espérance de vie à divers âges (e_x)

Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : Risque ou probabilité pour un enfant né vivant, de décéder avant d'atteindre son premier anniversaire. On le confond souvent avec le taux de mortalité infantile (*TMI*).

Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : Risque ou probabilité pour un enfant âgé d'un an, de décéder avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Il se calcule en général dans une cohorte d'enfants pris à la naissance (ou dans une cohorte fictive dans une table de mortalité).

Quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) : Risque ou probabilité pour un enfant né vivant, de décéder avant d'atteindre son cinquième anniversaire.

Espérance de vie à la naissance (e_0) :

C'est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant né au cours de l'année d'observation, si les taux spécifiques de mortalité tels qu'observés au cours de l'année d'observation s'appliquaient à lui à tous les âges autrement dit si la population concernée est stationnaire. En pratique, il se déduit de la table de mortalité.

Naissance vivante : Selon l'OMS on entend par naissance vivante, tout produit de conception qui, après expulsion ou extraction du corps de la mère, manifeste un signe quelconque de vie tel que : cris, pleurs, respiration, battements du cœur, motilité.

Parité moyenne : La parité moyenne est le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme. Elle est calculée pour un groupe donné de femmes et s'obtient en rapportant le nombre total de naissances vivantes de ces femmes à leur effectif.

Le ratio ou rapport de mortalité maternelle, communément appelé **Taux de Mortalité Maternelle (TMM)** c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Le décès maternel est défini comme celui d'une femme survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelle que soit la durée ou la localisation de la grossesse, par cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par les soins sans prendre en compte les décès accidentels ou fortuits.

2.2. Qualité des données collectées

L'analyse de la mortalité dans les pays en développement comme la Mauritanie est confrontée à de nombreuses difficultés dont notamment la sous-déclaration flagrante des décès (omissions volontaires, imprécisions des déclarations d'âges, mauvaises datations des décès, etc.). De même, en ce qui concerne les enfants, les informations sur la survie des enfants sont souvent sujettes aux omissions dues essentiellement au fait que certains enfants sont décédés peu de temps après leur naissance et ne sont pas déclarés (oublis des parents, mauvais souvenirs, coutumes, etc.). En outre, les questions étant posées au chef de ménage ou son représentant, il peut ignorer le nombre exact d'enfants nés vivants ou survivants d'une femme. Par conséquent, sur la base de l'évaluation des données sur la mortalité, une estimation indirecte a été effectuée pour établir des tables-types de mortalité. La table-type de mortalité qui se rapproche le mieux de la structure de mortalité de la Mauritanie est celle du Modèle Nord de Coale et Demeny. L'application de ce modèle aux données relatives aux données observées au RGPH 2013 a permis d'estimer d'une part la mortalité des enfants et d'autre part la table-type de la Mauritanie par sexe et par milieu de résidence. Cinq tables-types ont été produites.

Par ailleurs, compte tenu de l'absence de certaines données d'entrée au niveau régional, et du fait que nous ne savons pas toujours quel type de modèle peut correspondre à une sous-population donnée, les estimations se limitent uniquement au niveau national.

Enfin, la variable cause de décès n'a pas été exploitée au cours de cette analyse fort des biais liés aux fausses déclarations et des écarts souvent importants entre les causes cliniques de décès et les causes déclarées par les parents ou accompagnateurs de malades qui décèdent.

V.3. NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITÉ

3.1. Mortalité générale

Le niveau global de la mortalité peut être déterminé par le Taux Brut de Mortalité et l'espérance de vie à la naissance. Quant à la mortalité spécifique, elle est approchée par les taux de mortalité par âge et l'espérance de vie à un âge donné. Les indicateurs utilisés ci-dessous sont contenus pour la plupart dans les tables de mortalité.

3.1.1. Niveau global de la mortalité

Il ressort des données issues du RGPH 2013 que sur 1000 habitants 11 personnes décèdent annuellement, soit un taux brut de mortalité de 10,9 ‰ pour l'ensemble de la Mauritanie. Ce taux est inférieur à celui enregistré au RGPH 2000 (11,6‰). Il est plus élevé chez les hommes (11,3‰) que chez les femmes (10,4‰). Ces niveaux sont également inférieurs à ceux obtenues en 2000, respectivement 12,0‰ et 11,1‰ pour les hommes et les femmes.

Tableau 5. 2 : Taux brut de mortalité au RGPH 2013 selon le milieu de résidence (en ‰)

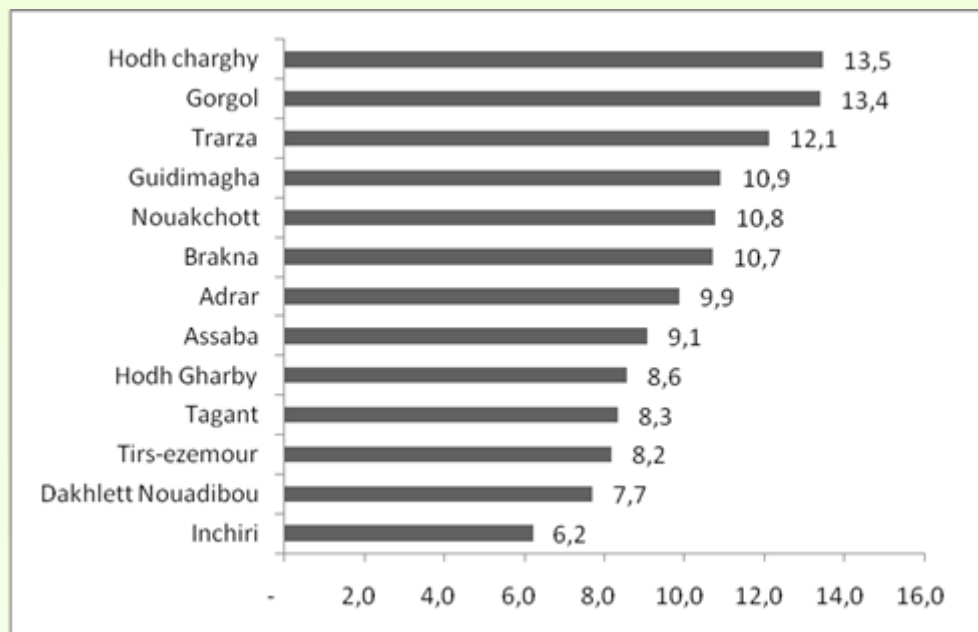
Milieu de résidence	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Milieu Urbain	10,4	10,2	10,3
Milieu Rural	12,5	10,9	11,6
Nomade	06,3	05,6	06,0
Ensemble	11,3	10,4	10,9

En tenant compte du milieu de résidence, cet indicateur est de 11,6‰ en milieu rural contre 10,3‰ en milieu urbain. L'indicateur est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain quel que soit le sexe : le risque de décéder est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Par contre le niveau du TBM en milieu nomade est très bas, ce qui peut être justifié par le faible effectif de la population nomade (moins de 2% de la population globale) et la sous-estimation générale du phénomène observée sur l'ensemble de la population.

La variation différentielle de la mortalité générale par Wilaya nous montre trois groupes distincts (Graphique 1). En effet, dans les Wilayas du Hodh Chargui, du Gorgol et du Trarza le TBM est plus élevé que le niveau national, alors que dans les Wilaya de l'Assaba, de l'Adrar, de Nouadhibou, du Tagant et du Tiris-Zemour il est nettement inférieur à la moyenne nationale. Par contre à Nouakchott, au Guidimigha et au Brakna les taux sont très proches de la moyenne nationale.

Le taux obtenu dans le Hodh Gharbi (8,6‰) paraîtrait biaisé, car la situation socio sanitaire dans les deux Hodhs n'affiche pas de grandes disparités au niveau des deux Wilayas (particulièrement les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile) pour aboutir à des taux de mortalité très éloignés l'un de l'autre. De même, le niveau de mortalité de l'Inchiri (6‰) est vraisemblablement sous-estimé.

Graphique 5. 1 : Variation différentielle de la mortalité par Wilaya au RGPH 2013 (en ‰)



Enfin, le niveau de mortalité similaire de la moyenne nationale atteint par la ville de Nouakchott est la résultante parfaite des comportements de la population, qui à la recherche de meilleurs soins convergent systématiquement dans cette ville. En réalité, Nouakchott, à l'instar des autres grandes villes africaines, concentre le meilleur plateau technique du système sanitaire du pays avec une diversité des soins qui y sont donnés. Cette situation attire la plupart de la population à la recherche du mieux-être et de ce fait enregistre un nombre non négligeable de décès dans les hôpitaux (convergence des cas de maladies les plus alarmants, effectifs pléthoriques au sein des hôpitaux de Nouakchott, etc.). Pour pallier à cette situation, entre autres solutions, une amélioration du plateau technique dans les hôpitaux régionaux de référence avec une diversification des soins allégerait la situation à Nouakchott.

3.1.2. Structure par sexe et par âge de la mortalité

Le taux brut de mortalité étant un indicateur qui ne rend pas compte de la structure de la mortalité, l'analyse des différents taux par âge s'avère nécessaire.

L'évolution des différents quotients de mortalité de la table par sexe montre globalement que les hommes courent plus de risque de décéder que les femmes à la naissance et aux âges adultes: la tendance de la surmortalité masculine est bien remarquable aux âges élevés (50 ans et plus).

Graphique 5. 2 : Structure par sexe de la mortalité en Mauritanie au RGPH 2013



Toutefois, cette allure est typique des données en provenance des pays en développement, marquée par une mortalité infantile élevée, qui décroît subitement à un niveau faible autour de 10-15 ans, avec une augmentation progressive vers les âges adultes. Ceci donne la forme de J penchée très connue des structures de mortalité des pays à mortalité encore élevée.

3.1.3. Espérance de vie à la naissance

A la question « combien de temps peut-on espérer vivre avant de mourir ? », l'espérance de vie permet de donner une réponse à la naissance et à tout âge à partir de la table type de mortalité.

La table de mortalité de la Mauritanie montre que l'espérance de vie à la naissance est de 60,3 ans, dont 58,3 ans pour le sexe masculin et 61,8 ans pour le sexe féminin, soit un écart au profit du sexe féminin de 3,5 ans. Ce résultat quasi universel dans le monde, s'explique par la mortalité différentielle selon le sexe chez les enfants, tendance qui s'inverse généralement aux âges adultes en défaveur des hommes.

Quand on fait intervenir le niveau de résidence, on observe que l'espérance de vie à la naissance en milieu urbain est plus élevée que celle en milieu rural (62,2 ans contre 57,6 ans), soit un écart de 4,6 ans. Elle est encore plus faible en milieu nomade (54,2 ans) certainement en raison des conditions climatiques et environnementales plus difficiles dans ce milieu.

Pour des raisons purement techniques (difficultés liées à la détermination du schéma de mortalité par région, faible effectif de population de certaines Wilaya situé à moins de

100.000 habitants (Adrar, Tagant, Tiris Zemour et Inchiri), etc.), le niveau de l'indicateur par Wilaya n'a pas été calculé.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance : Cet indicateur de mortalité a augmenté de façon régulière en passant de 34 ans en 1965 à 60,3 ans en 2013. Cette évolution est la conséquence de l'amélioration des conditions de vie de la population et des efforts des pouvoirs publics pour améliorer le système sanitaire du pays. Cette augmentation de l'espérance de vie est plus importante au cours de l'avant dernière période intercensitaire (1988-2000) que la dernière période (2000-2013) avec 0,2 ans. En effet, le gain annuel moyen est de 0,8 ans (soit 10 mois environ) entre les recensements de 1988 et 2000. Cette baisse du gain annuel moyen peut être liée à une sous-estimation de l'indicateur en 2013 ou à une sous-estimation accentuée en 2000. Probablement, la situation s'est améliorée dans les mêmes conditions, mais elle était plus critique avant 1988 et l'effet s'est fait mieux sentir.

Tableau 5. 3 : Evolution de l'espérance de vie et du gain annuel moyen

Indicateurs de mortalité	1965	1977	1988	2000	2013
e_0 (ans)	34	40	48	58	60,3
Gain moyen annuel	-	0,5	0,7	0,8	0,2

3.2. La mortalité des enfants de moins cinq ans (au niveau national, par sexe, par milieu de résidence et par niveau d'instruction de la mère)

Le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays. C'est pourquoi, la connaissance de la mortalité des enfants est indispensable, non seulement aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en œuvre des programmes de santé et de développement socio-économique. Dans cette perspective, au cours du RGPH 2013 des informations relatives à l'estimation de la mortalité des enfants ont été collectées, notamment le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants survivants. Toutefois, comme nous l'annonçons dans la section relative à l'évaluation des données, le sous-enregistrement des événements, en particulier l'omission des enfants qui meurent après la naissance ou très jeunes, la mauvaise déclaration des âges au décès ainsi que la mauvaise datation des événements sont les

principaux biais liés à ces données. Par conséquent, les estimations ont été faites par la méthode de Brass à partir de proportion d'enfants décédés, nés de femmes de 25-29 ans, et en utilisant le modèle Nord des tables types de Coale et Demeny (Logiciel MORTPAK).

Il ressort des résultats contenus dans le tableau 4 que le risque de décéder entre la naissance et le premier anniversaire est évalué à 72 ‰, ce qui signifie que, sur 1.000 enfants qui naissent vivants, 72 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. La mortalité juvénile, ou risque de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire, s'établit à 46 ‰. D'une façon globale, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 115 ‰ : plus d'un enfant né vivant sur dix meurt avant l'âge de 5 ans.

Du point de vue du sexe, on observe une surmortalité plus élevée chez les garçons que chez les filles, comme dans la plupart des populations : entre la naissance et le cinquième anniversaire, le quotient de mortalité des garçons est estimé à 125 ‰, soit près de 21 % plus élevé que chez celui des filles (103 ‰). Au cours de la première année, la mortalité des garçons (78 ‰) est 18% supérieure à celle des filles (66 ‰). Cet écart est de 27% entre le premier et le cinquième anniversaire (51 ‰ pour les garçons contre 40 ‰ pour les filles).

Tableau 5. 4 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), juvénile et infanto-juvénile selon sexe, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère au RGPH 2013

Caractéristique	Mortalité infantile 1q0	Mortalité juvénile 4q1	Mortalité infanto juvénile 5q0
Sexe de l'enfant			
Masculin	78	51	125
Féminin	66	40	103
Milieu de résidence			
Urbain	69	43	109
Rural	74	47	118
Nomade	82	55	132
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun niveau formel	81	79	154
Primaire	79	52	127
Secondaire et plus	65	39	101
Ensemble	72	46	115

Du point de vue du milieu de résidence, les chances de survie des enfants du milieu urbain sont meilleures que celles de leurs congénères du milieu rural. En effet, il meurt 69 enfants sur 1000 avant le premier anniversaire en ville contre 74 en campagne ; le même phénomène s'observe entre le premier et le cinquième anniversaire et entre la naissance et le cinquième anniversaire. Par ailleurs, chez les nomades, le risque de décéder y est plus élevé qu'en milieu

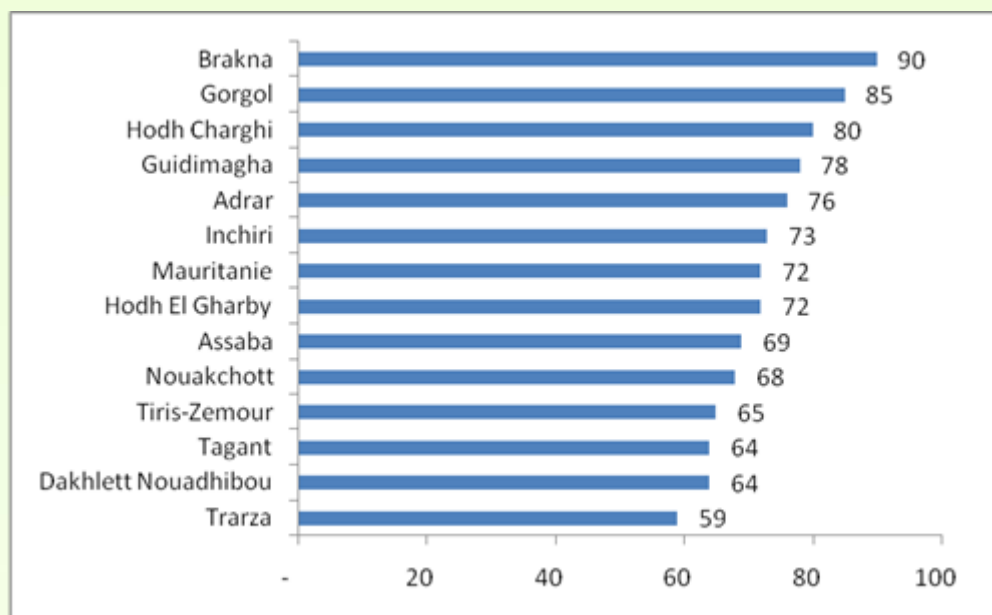
rural quelque soit l'âge de l'enfant. Ce résultat est-il l'expression des conditions de vie très difficiles pour cette sous-population ?

Enfin, comme facteur social, il est généralement admis que l'éducation des parents et particulièrement celle de la mère est déterminante du niveau de mortalité des jeunes enfants. Avec une hygiène plus soignée, une meilleure connaissance des besoins en nutrition, une volonté d'utiliser les facilités médicales et une utilisation plus accrue de la contraception, les comportements des mères de niveau d'instruction plus élevé influent sur la morbidité et la mortalité infantiles. Mais en réalité, il n'est pas facile de savoir entre le niveau d'instruction et l'alphabétisation lequel des deux facteurs donne les meilleurs résultats. Au RGPH 2013, les résultats indiquent que le niveau de mortalité des enfants diminue globalement lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente. En effet, les enfants dont la mère a au moins un niveau d'instruction primaire courent des risques de mortalité nettement plus faibles que ceux dont la mère n'a jamais fréquenté l'école ou seulement l'école coranique (5q₀ de 127 ‰ contre 154‰). La mortalité infantile et infanto-juvénile passe respectivement de 81 ‰ et 79 ‰ pour les femmes sans instruction à 65 ‰ et 39 ‰ pour les femmes du secondaire et plus. La même tendance s'observe au RGPH 2000 où la baisse du niveau de mortalité est systématique avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère.

3.2.1. Variation différentielle de la mortalité des enfants selon la Wilaya

Du point de vue des Wilayas, il ressort des résultats sur la mortalité des enfants plusieurs situations. En ce qui concerne la mortalité infantile, son niveau varie de 59 ‰ dans le Brakna à 90 ‰ au Trarza. Ainsi, les Wilayas du Brakna (90 ‰), Gorgol (85 ‰), Hodh Chagui (80 ‰), Guidimagha (78‰) et de l'Adrar (76‰) ont les taux de mortalité infantile les plus élevés par rapport au niveau national. Par contre le Trarza (59‰), Nouadhibou et Tagant (64‰), Tiris Zemour (65‰) ont les niveaux les plus faibles. Les Wilayas du Hodh El Gharbi (72‰) et de l'Inchiri (73‰) ont des niveaux similaires à la situation nationale.

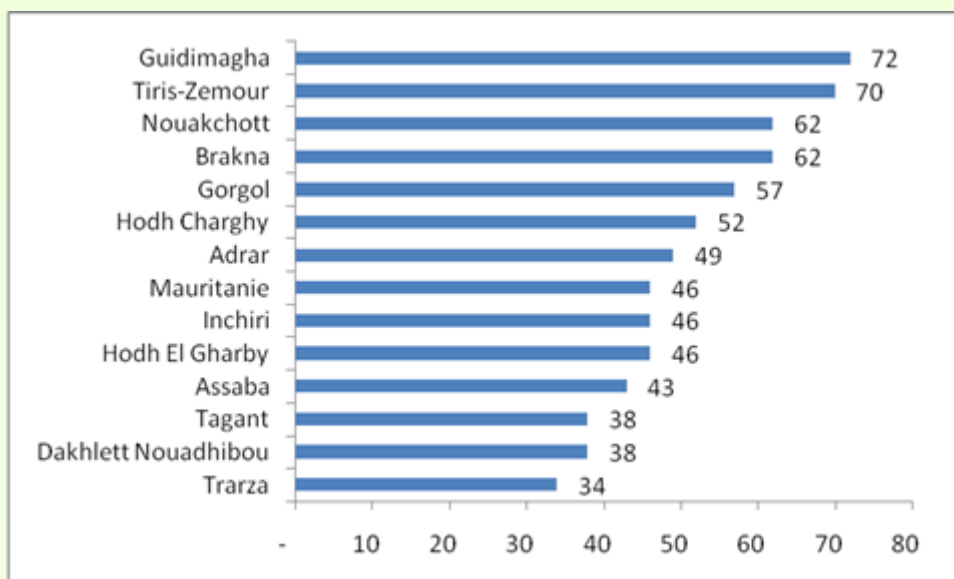
Graphique 5. 3 : Quotient de mortalité infantile selon la Wilaya au RGPH 2013 en (‰)



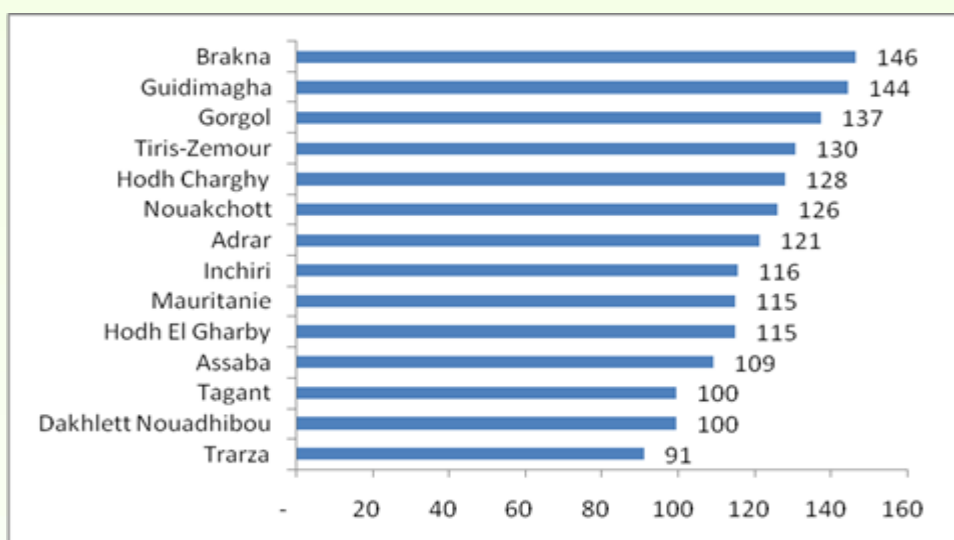
Au niveau de la mortalité juvénile, très peu de Wilayas ont des niveaux plus faibles que la moyenne nationale. Il s'agit du Trarza (34‰), Nouadhibou et Tagant (38‰), et Assaba (43‰). Les niveaux varient ainsi de 34‰ (Trarza) à 72‰ dans la Wilaya du Guidimagha. Les niveaux les plus élevés s'observent dans les Wilayas du Guidimagha (72‰), Tiris Zemour (70‰), Nouakchott (62‰) et au Brakna (62‰).

Lorsqu'on s'intéresse à la probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire ($5q_0$), seuls quatre Wilayas sur treize ont des niveaux nettement inférieurs à la moyenne nationale : Trarza (91‰) Nouadhibou et Tagant (100‰) et Assaba (109‰). Les niveaux les plus élevés s'observent dans les Wilayas du Brakna (146‰), Guidimagha (144‰), Gorgol (137‰), Tiris Zemour (130‰), Hodh Charbi (128‰).

Graphique 5. 4 : Quotient de mortalité juvénile selon la Wilaya au RGPH 2013 (en ‰)



Graphique 5. 5 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la Wilaya au RGPH 2013 en (‰)



Existe-t-il une relation linéaire entre ces trois quotients dans les Wilayas ? A cette question, il aurait fallu disposer de variables explicatives sur l'offre de soins, les conditions socio-économiques et environnementales dans les Wilayas avant de conclure à des relations évidentes ou non. Toutefois, une analyse globale permet d'observer que dans les Wilayas de Trarza, Nouadhibou et Tagant les trois quotients de mortalité sont les plus faibles alors que dans les Wilayas du Guidimagha, Gorgol et Brakna les niveaux de mortalité des enfants sont plus élevés. Enfin, les Wilayas du Hodh El Gharbi et de l'Inchiri se dégagent comme les plus proches du niveau national quel que soit le risque de mortalité des enfants considéré.

3.2.2. Evolution de la mortalité des enfants

La comparaison des données issues de plusieurs sources retrace les tendances de la mortalité des enfants. Ces sources font observer une baisse globale de la mortalité infantile et juvénile entre 1988 et 2013. Toutefois, des incohérences apparaissent également à travers ces données. En effet, depuis les années 1990, soit sur plus de deux décennies, la mortalité juvénile a évolué en dents de scie, entre 34 ‰ et 46 ‰, alors que la mortalité infantile passe de 95‰ à 72‰. En conséquence sur la même période, la mortalité infanto-juvénile est passée de 137 ‰ à 115 ‰, soit une baisse sensible de seulement 19 ‰.

Tableau 5. 5 : Tendances de la mortalité des enfants

Opérations	Mortalité des enfants		
	Infantile 190	Juvénile 491	Infanto-juvénile 590
RGPH2, 1988	124	66	-
MMCHS, 1990-1991	95	46	137
RGPH3, 2000	82	34	116
EDS, 2000-2001	74	46	116
MICS4, 2011	75	-	118
RGPH4, 2013	72	46	115

Le rapport « quotient de mortalité juvénile sur quotient de mortalité infantile » de 0,64 en 2013 traduit l'absence de problèmes nutritionnels graves chez les enfants. Ce résultat est également tributaire des efforts d'amélioration dans la prise en charge correcte des maladies de l'enfance et dans le domaine du développement économique et social du pays. Les Wilayas de Tiris Zemour et Guidimagha présentent des situations moins reluisantes : le rapport est respectivement de 1,08 et de 0,92 dans ces deux régions.

La mortalité maternelle

La mortalité maternelle évalue les décès des femmes en cours de grossesse, pendant l'accouchement et dans les 42 jours après l'accouchement (suites de couche), avec pour population de référence, les femmes en âge de procréer, c'est-à-dire les femmes de 15-49 ans. L'évaluation des données sur la mortalité maternelle dans les pays en développement et

principalement en Afrique a montré que les déclarations de décès des femmes pour cause de maternité posent énormément de problèmes de complétude.

Au RGPH 2013, les questions sur la mortalité des femmes en âge de procréer ont porté sur la survie des femmes âgées de 10 à 49 ans décédées au cours de l'accouchement ou des suites d'un accouchement. Un ajustement de ces données par âge avec les données sur les naissances a conduit à une estimation de la mortalité maternelle de 582 décès sur 100.000 naissances vivantes. On s'aperçoit que la mortalité maternelle a connu une baisse sensible depuis les décennies 1990 où elle était de l'ordre de 930 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires se soit améliorée et que la réduction de la mortalité maternelle et néonatale constitue le premier axe prioritaire du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020, ce taux de mortalité maternelle reste encore élevé et fait apparaître ainsi qu'environ 840 femmes meurent chaque année en Mauritanie en allant donner la vie. Cette situation est évitable si l'on sait que les causes majeures de la mortalité maternelle en Mauritanie sont les hémorragies (28%), les hypertensions (27%), les dystocies (9%), les infections (5%), les avortements (4%) et les anémies (11%). Les autres causes sont le paludisme, les cardiopathies et la pathologie pulmonaire. Toutes ces causes sont maîtrisables si les investissements autour de la question deviennent une priorité à tous les niveaux : au sein des ménages, de la communauté et de la mise en œuvre des politiques et programmes du Gouvernement.

Dans la Déclaration de Politique de Population de la Mauritanie, révisée en 2012, plusieurs actions majeures du Gouvernement ont été stipulées dont notamment :

- La création de la cellule de coordination pour la mise en œuvre du plan d'accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile ;
- le renforcement des ressources humaines en Santé de la Reproduction par le redéploiement des spécialistes dans les régions qui en sont dépourvues ;
- le renforcement des compétences des prestataires notamment en matière de soins obstétricaux ;
- le renforcement du plateau technique (équipements, ambulance, banques de sang, etc.) ;

- la facilitation de l'accessibilité financière aux services par la population concernée (forfait obstétrical, mutuelles de santé) ;
- la motivation du personnel travaillant dans les zones reculées par l'application d'une prime spécifique ;
- la mise en place d'une plateforme de partenariat entre le Ministère de la Santé et les Organisations de la Société Civile (approche contractuelle) ;
- et l'institutionnalisation d'une semaine nationale de la Santé de la Reproduction, sous le haut patronage de la Première Dame.

Il devient donc impérieux d'améliorer tous les indicateurs susceptibles d'infléchir sur la situation, notamment les soins obstétricaux d'urgence, les visites prénatales, les accouchements assistés par du personnel de santé de qualité (65% au MICS 2011), la planification familiale (11,4% selon la même source), et les besoins de planification familiale non satisfaits (31,1%) pour optimiser les efforts faits à ce jour pour sauver des vies de femmes.

En comparant ce niveau de mortalité maternelle en Mauritanie avec ceux de la sous-région (Tableau 6), on se rend bien compte que des efforts restent à accomplir pour atteindre les seuils recommandés par les OMD.

Tableau 5. 6 : Tendence de la mortalité maternelle dans quelques pays de la sous-région (décès pour 100.000 naissances vivantes)

Pays	Mortalité maternelle	Année	Source
Algérie	73,9	2011	PNUD
Mali	368	2012	EDSM
Maroc	112	2010	END
Mauritanie	582	2013	RGPH
Sénégal	434	2013	RGPH

En effet, il ressort du Tableau 6 que la mortalité maternelle est très faible en Algérie et au Maroc comparativement au niveau atteint par la Mauritanie, le Sénégal et le Mali. Les statistiques ici sont comparables en tenant compte des années de l'estimation de la mortalité

maternelle (écart d'environ 3 ans entre les périodes) et des méthodes d'estimation utilisées. La Mauritanie vient largement en tête avec le niveau le plus élevé de mortalité maternelle dans la sous-région.

CONCLUSION

Dans les pages précédentes, nous avons été amenés à présenter le contexte national et international, les approches méthodologiques et les données relatives à l'étude de la mortalité en Mauritanie collectées au cours du RGPH 2013.

Les résultats obtenus reflètent globalement les efforts consentis aux niveaux national et international. Ainsi la mortalité a continué à baisser depuis le 1er recensement de 1977 où nous disposons de données exhaustives sur la question. Cette baisse s'est accentuée à la fin des années quatre-vingt-dix probablement à la suite de la mise en place de programmes de santé. Faute de données régionales dans les recensements précédents, il est permis de penser que la baisse de mortalité au niveau des wilayas serait plus tardive que dans la capitale. Elle aurait suivi l'effort de décentralisation amorcé en 1998. Au RGPH 2013, les résultats indiquent que le niveau de mortalité des enfants diminue globalement lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente.

Quant aux chiffres nettement meilleurs enregistrés pour les décès au cours des dernières années, ils montrent dans quelles mesures l'état de santé de la population peut être amélioré. Au-delà des comparaisons des niveaux de mortalité entre les wilayas, il serait permis de penser que le pays s'engagerait dans un mouvement d'uniformisation croissante des modes de vie et d'interpénétration grandissante des systèmes socio-économique et culturelles.

Sans nul doute, la thérapeutique au niveau des hôpitaux constitue un moyen réel de lutte contre les maladies, mais il est toujours nécessaire de vulgariser les soins de santé de base et sensibiliser les populations pour une meilleure hygiène. Les efforts entrepris seront-ils décevants aussi longtemps que la santé ne sera pas perçue comme partie intégrante du développement ? De même, il est important de signaler que des mesures hardies doivent être prises pour relever la faible qualité des soins de santé dans les principales structures sanitaires du pays.

RECOMMANDATIONS

Continuer l'appui pour une meilleure accessibilité de la population aux structures sanitaires en particulier dans les zones rurales ;
Orienter l'offre des services de santé en fonction des besoins des wilayas ;
Etendre les soins de santé de base à tous les chefs-lieux des communes et gros villages du pays ;
Poursuivre l'encouragement de la scolarisation des filles ;
Percevoir la santé comme partie intégrante du développement socio-économique et culturel.

BIBLIOGRAPHIE

Dominique Tabutin (sous la Direction), Population et Société en Afrique au Sud du Sahara, Harmattan 1988 ;
Georges TILL, (sous la coordination), Recherche, formation et Développement (leurs interrelations), Actes du 1^{er} Forum PRELUDE de Dakar, Presse Universitaire de Namur (Belgique) 1988 ;
Gérard François Dumont, Analyse des populations et démographie économique, Aubin Imprimeur Poitier (France) 1992 ;
Guillaume WUNCH., Technique d'analyse des données démographiques déficientes, Ordina Edition, Liège (Belgique) 1984 ;
Jean Claude Chesnais, la démographie (Que sais-je), PUF, Paris 1990
Librairie Larousse, Nouveau Larousse Elémentaire, Paris 1967 ;
Ministère des Affaires Economiques et du Développement (Mauritanie), Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté III 2011-2015 ;
Ministère des Affaires Economiques et du Développement (Mauritanie), Politique Nationale de Population 2005 et 2012 ;
Ministère de la Santé (Mauritanie), Plan National du Développement de la Santé (PNDS) 2012-2020 ;
Revue bimestrielle de l'INED, Population, Mai Juin 1995 ;
Revue bimestrielle de l'INED, Population, Novembre-Décembre 1997
Richard Dakam Ngatchou, Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Afrique (RGPH), UNFPA (ERAT-1 Dakar 2004) ;
Roland PRESSAT, Les méthodes en démographie, (Que sais-je), PUF, Paris 1989.

ANNEXES

Tableau 5. 7 : Taux brut de mortalité (en %) selon la Wilaya et le sexe

Wilaya	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Hodh Charghy	15,1	11,9	13,5
Hodh El Gharby	8,2	8,9	8,6
Assaba	9,4	8,8	9,1
Gorgol	13,3	13,5	13,4
Brakna	12,3	9,3	10,7
Trarza	13,2	11,1	12,1
Adrar	10,7	9,1	9,9
D. Nouadhibou	7,2	8,4	7,7
Tagant	9,2	7,5	8,3
Guidimagha	11,3	10,5	10,9
Tiris-Zemour	7,9	8,5	8,2
Inchiri	5,5	7,4	6,2
Nouakchott	10,9	10,7	10,8
Total	11,3	10,4	10,9

Tableau 5. 8 : Quotient de mortalité infantile et infanto-juvénile (en %) selon la Wilaya

Wilaya	Quotient de mortalité		
	Infantile 190	Juvénile 491	Infanto-juvénile 590
Hodh Charghy	80	52	128
Hodh El Gharby	72	46	115
Assaba	69	43	109
Gorgol	85	57	137
Brakna	90	62	146
Trarza	59	34	91
Adrar	76	49	121
Dakhlett Nouadibou	64	38	100
Tagant	64	38	100
Guidimagha	78	72	144
Tiris-Zemour	65	70	130
Inchiri	73	46	116
Nouakchott	68	62	126
Total	72	46	115

Tableau 5. 9 : Quotient de mortalité (en %) par groupe d'âge et selon le sexe

Groupe d'âge	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
0-1	23,3	21,2	22,3
1-4	9,9	10,2	10,0
5-9	3,4	3,1	3,2
10-14	2,6	2,5	2,6
15-19	2,5	2,9	2,7
20-24	3,0	3,9	3,5
25-29	3,6	4,7	4,2
30-34	5,0	6,4	5,8
35-39	5,1	6,3	5,7
40-44	10,1	10,5	10,3
45-49	10,7	9,2	9,9
50-54	20,7	16,1	18,4
55-59	13,9	9,9	11,9
60-64	35,8	31,4	33,6
65-69	25,0	21,8	23,4
70-74	70,8	68,2	69,6
75+	223,7	194,3	208,9
Total	11,3	10,4	10,9

Tableau 5. 10 : Espérance de vie à la naissance selon les trois derniers Recensements

Variation selon le sexe	Année du RGPH		
	1988	2000	2013
Masculin		56,9	58,3
Gain annuel sexe masculin	-		0,1
Féminin		58,6	61,8
Gain annuel sexe féminin	-		0,2
Ensemble	48	57,7	60,3
Gain moyen annuel	-	0,8	0,2

Tableau 11 : Table de mortalité (Ensemble Mauritanie)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
-	0,076	0,072	100 000	7 200	94 596	0,91	6 029 165	60,3	0,25
1	0,012	0,046	92 800	4 269	360 255	0,97	5 934 568	64,0	1,44
5	0,003	0,013	88 531	1 186	439 690	0,99	5 574 314	63,0	2,50
10	0,002	0,008	87 345	685	435 012	0,99	5 134 624	58,8	2,50
15	0,002	0,011	86 660	980	431 012	0,99	4 699 612	54,2	2,67
20	0,004	0,018	85 680	1 520	424 742	0,98	4 268 600	49,8	2,59
25	0,004	0,018	84 160	1 541	416 967	0,98	3 843 858	45,7	2,51
30	0,004	0,020	82 618	1 629	409 070	0,98	3 426 891	41,5	2,53
35	0,004	0,022	80 989	1 790	400 573	0,98	3 017 821	37,3	2,56
40	0,005	0,027	79 199	2 144	390 809	0,97	2 617 248	33,0	2,58
45	0,007	0,034	77 055	2 640	378 975	0,96	2 226 440	28,9	2,61
50	0,010	0,050	74 415	3 684	363 297	0,94	1 847 464	24,8	2,62
55	0,014	0,066	70 731	4 638	342 620	0,92	1 484 167	21,0	2,62
60	0,021	0,099	66 093	6 529	315 038	0,88	1 141 547	17,3	2,64
65	0,032	0,149	59 565	8 889	276 661	0,82	826 508	13,9	2,62
70	0,051	0,226	50 675	11 441	225 783	0,72	549 847	10,9	2,59
75	0,081	0,339	39 235	13 289	163 272	0,50	324 064	8,3	2,52
80	0,161	...	25 946	25 946	160 792	...	160 792	6,2	6,20

Tableau 12 : Table de mortalité (Sexe masculin)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
-	0,083	0,078	100 000	7 800	94 281	0,902	5 830 584	58,3	0,3
1	0,013	0,051	92 200	4 702	356 659	0,962	5 736 303	62,2	1,4
5	0,003	0,016	87 498	1 437	433 898	0,987	5 379 644	61,5	2,5
10	0,002	0,009	86 061	812	428 275	0,989	4 945 746	57,5	2,5
15	0,003	0,013	85 249	1 117	423 622	0,983	4 517 472	53,0	2,7
20	0,004	0,020	84 132	1 688	416 586	0,979	4 093 850	48,7	2,6
25	0,004	0,021	82 443	1 714	407 955	0,979	3 677 264	44,6	2,5
30	0,005	0,022	80 729	1 804	399 193	0,976	3 269 308	40,5	2,5
35	0,005	0,025	78 926	1 981	389 788	0,972	2 870 115	36,4	2,6
40	0,006	0,031	76 945	2 355	379 017	0,966	2 480 328	32,2	2,6
45	0,008	0,038	74 590	2 863	366 091	0,954	2 101 310	28,2	2,6
50	0,011	0,054	71 727	3 887	349 341	0,938	1 735 219	24,2	2,6
55	0,015	0,071	67 839	4 846	327 636	0,913	1 385 878	20,4	2,6
60	0,022	0,106	62 994	6 679	299 129	0,870	1 058 242	16,8	2,6
65	0,034	0,158	56 314	8 922	260 264	0,805	759 113	13,5	2,6
70	0,054	0,238	47 392	11 285	209 635	0,710	498 849	10,5	2,6
75	0,086	0,353	36 107	12 754	148 807	0,485	289 214	8,0	2,5
80	0,166	...	23 353	23 353	140 407	...	140 407	6,0	6,0

Tableau 13 : Table de mortalité (Sexe féminin)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
0	0,069	0,066	100 000	6 600	95 037	0,91797059	6 181 610	61,8	0,2
1	0,010	0,040	93 400	3 736	363 948	0,96945938	6 086 573	65,2	1,4
5	0,003	0,015	89 664	1 341	444 968	0,98780841	5 722 625	63,8	2,5
10	0,002	0,009	88 323	829	439 543	0,98975162	5 277 657	59,8	2,5
15	0,002	0,012	87 494	1 006	435 038	0,98711596	4 838 114	55,3	2,6
20	0,003	0,014	86 488	1 237	429 433	0,98453175	4 403 076	50,9	2,6
25	0,003	0,017	85 251	1 414	422 791	0,98233835	3 973 643	46,6	2,6
30	0,004	0,019	83 837	1 576	415 323	0,97986253	3 550 853	42,4	2,5
35	0,004	0,022	82 262	1 786	406 960	0,97584972	3 135 529	38,1	2,6
40	0,005	0,027	80 476	2 156	397 132	0,97115133	2 728 569	33,9	2,6
45	0,006	0,031	78 320	2 455	385 675	0,96336341	2 331 438	29,8	2,6
50	0,009	0,043	75 865	3 256	371 545	0,95044427	1 945 763	25,6	2,6
55	0,012	0,058	72 609	4 178	353 133	0,92911737	1 574 218	21,7	2,6
60	0,018	0,087	68 431	5 982	328 102	0,89003609	1 221 085	17,8	2,7
65	0,029	0,137	62 448	8 567	292 023	0,8275607	892 983	14,3	2,6
70	0,048	0,215	53 881	11 568	241 666	0,73560252	600 961	11,2	2,6
75	0,077	0,325	42 313	13 742	177 770	0,50522361	359 294	8,5	2,5
80	0,157	...	28 571	28 571	181 524	...	181 524	6,4	6,4

Tableau 14 : Table de Mortalité (Milieu Urbain)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
-	0,073	0,069	100 000	6 900	94 762	0,914	6 223 103	62,2	0,241
1	0,011	0,043	93 100	4 003	362 173	0,970	6 128 341	65,8	1,445
5	0,002	0,010	89 097	902	443 230	0,992	5 766 169	64,7	2,500
10	0,001	0,006	88 195	537	439 632	0,993	5 322 938	60,4	2,500
15	0,002	0,009	87 658	805	436 426	0,988	4 883 306	55,7	2,687
20	0,003	0,015	86 852	1 316	431 109	0,984	4 446 880	51,2	2,604
25	0,003	0,016	85 536	1 331	424 373	0,984	4 015 771	46,9	2,515
30	0,003	0,017	84 205	1 414	417 536	0,982	3 591 397	42,7	2,532
35	0,004	0,019	82 791	1 554	410 164	0,979	3 173 861	38,3	2,559
40	0,005	0,023	81 238	1 876	401 660	0,974	2 763 697	34,0	2,586
45	0,006	0,030	79 361	2 350	391 224	0,964	2 362 038	29,8	2,625
50	0,009	0,044	77 011	3 402	376 983	0,949	1 970 813	25,6	2,627
55	0,012	0,059	73 609	4 335	357 765	0,927	1 593 830	21,7	2,629
60	0,019	0,090	69 274	6 267	331 625	0,887	1 236 065	17,8	2,647
65	0,030	0,139	63 007	8 735	294 317	0,828	904 440	14,4	2,628
70	0,047	0,212	54 272	11 479	243 800	0,739	610 122	11,2	2,599
75	0,076	0,322	42 793	13 773	180 053	0,508	366 323	8,6	2,538
80	0,156	...	29 020	29 020	186 270	...	186 270	6,4	6,419

Tableau 15 : Table de mortalité (Milieu Rural)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
-	0,08	0,07	100 000	7 400	94 613	0,91	5 757 513	57,6	0,27
1	0,01	0,05	92 600	4 352	359 100	0,96	5 662 900	61,2	1,40
5	0,00	0,02	88 248	2 126	435 924	0,98	5 303 799	60,1	2,50
10	0,00	0,01	86 122	1 202	427 603	0,99	4 867 876	56,5	2,50
15	0,00	0,02	84 920	1 365	421 277	0,98	4 440 272	52,3	2,57
20	0,00	0,02	83 555	1 650	413 759	0,98	4 018 995	48,1	2,57
25	0,00	0,02	81 905	1 873	404 937	0,98	3 605 236	44,0	2,55
30	0,01	0,03	80 032	2 092	395 029	0,97	3 200 300	40,0	2,55
35	0,01	0,03	77 940	2 341	383 969	0,97	2 805 270	36,0	2,55
40	0,01	0,04	75 599	2 671	371 442	0,96	2 421 302	32,0	2,55
45	0,01	0,04	72 928	2 922	357 534	0,95	2 049 860	28,1	2,57
50	0,01	0,05	70 006	3 684	341 180	0,94	1 692 326	24,2	2,60
55	0,01	0,07	66 322	4 666	320 493	0,91	1 351 145	20,4	2,62
60	0,02	0,10	61 656	6 442	293 041	0,87	1 030 652	16,7	2,63
65	0,03	0,16	55 214	8 833	255 050	0,80	737 611	13,4	2,62
70	0,06	0,24	46 381	11 326	204 465	0,70	482 561	10,4	2,58
75	0,09	0,36	35 055	12 565	144 000	0,48	278 096	7,9	2,51
80	0,17	...	22 491	22 491	134 096	...	134 096	6,0	5,96

Tableau 16 : Table de mortalité (milieu nomade)

Age	$m(x, n)$	$q(x, n)$	$l(x)$	$d(x, n)$	$L(x, n)$	$S(x, n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x, n)$
0	0,087	0,082	100 000	8 200	94 227	0,89650456	5 423 140	54,2	0,3
1	0,014	0,055	91 800	5 049	354 025	0,95194107	5 328 912	58,0	1,4
5	0,007	0,032	86 751	2 818	426 710	0,97466328	4 974 887	57,3	2,5
10	0,004	0,018	83 933	1 506	415 898	0,98128997	4 548 178	54,2	2,5
15	0,004	0,020	82 426	1 642	408 117	0,97801544	4 132 279	50,1	2,6
20	0,005	0,024	80 784	1 959	399 145	0,9738553	3 724 162	46,1	2,6
25	0,006	0,028	78 825	2 209	388 709	0,96993559	3 325 018	42,2	2,5
30	0,007	0,032	76 616	2 466	377 023	0,96554568	2 936 309	38,3	2,5
35	0,008	0,037	74 150	2 731	364 033	0,96055881	2 559 286	34,5	2,5
40	0,009	0,042	71 418	3 007	349 675	0,95582809	2 195 253	30,7	2,5
45	0,010	0,047	68 412	3 203	334 229	0,94730696	1 845 579	27,0	2,6
50	0,012	0,060	65 209	3 910	316 617	0,93101409	1 511 350	23,2	2,6
55	0,017	0,080	61 299	4 904	294 775	0,90329579	1 194 732	19,5	2,6
60	0,025	0,117	56 394	6 608	266 269	0,85581684	899 957	16,0	2,6
65	0,039	0,177	49 787	8 799	227 878	0,78275587	633 687	12,7	2,6
70	0,061	0,266	40 988	10 887	178 373	0,68170971	405 810	9,9	2,6
75	0,095	0,383	30 101	11 515	121 598	0,46535358	227 437	7,6	2,5
80	0,176	...	18 586	18 586	105 839	...	105 839	5,7	5,7