

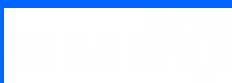
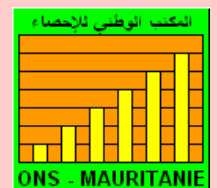
Mauritanie



Suivi de la situation des enfants et des femmes

Enquête par grappes à indicateurs multiples 2007

RAPPORT FINAL



MAURITANIE
Enquête par Grappes à Indicateurs
Multiples
2007

OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ONS

MAI 2008

Les personnes suivantes ont contribué à l'analyse des données de l'enquête MICS et à la rédaction de ce rapport :

Ahmed Ould Isselmou
Mohamed Aly ould Ekeibed
Mohamed Ahmed Ould Mohamed
Mohamed Agbendech
Thiam Djibi
Mohamed Lemine ould Moujtaba
Elias ould Didi
Cheikh Ahmed ould Hamoud
Mar Mamadou

L'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Mauritanie (MICS 2007) a été réalisée par l'Office National de la Statistique (ONS) entre mai et septembre 2007. Outre la contribution du Gouvernement Mauritanien, MICS 2007 a bénéficié du financement de la part de l'UNICEF, du FNUAP et de celui du SENLS (financement sur crédit IDA). L'enquête a bénéficié en plus de l'assistance technique du programme Global des enquêtes MICS3 de l'UNICEF.

Pour tous renseignements concernant MICS Mauritanie 2007, contacter l'ONS, à l'adresse suivante : BP 240, Nouakchott, Mauritanie (Téléphone (222) 525-30-70 ; 525-52-15 ; Fax (222) 525-52-15 ; www.ons.mr ; e-mail : dsds@ons.mr).

Concernant le programme mondial MICS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Global MICS 3 Coordinator, UNICEF, 3 UN Plaza NY 10017, USA (Téléphone 212-303-7982; Internet : <http://www.childinfo.org>).

**TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX INDICATEURS
DE L'ENQUETE MICS, MAURITANIE 2007**

Rubrique	N° d'indicateur		Indicateur	Valeur
	MICS	OMD		
MORTALITÉ INFANTILE				
Mortalité des enfants de moins de 5 ans	1	13	Taux de mortalité infanto-juvénile	122,0 pour mille
	2	14	Taux de mortalité infantile	77,0 pour mille
NUTRITION				
Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère	7,1 pour cent
	7		Prévalence du retard de croissance sévère	10,6 pour cent
	8		Prévalence de l'émaciation sévère	1,6 pour cent
Allaitement maternel	45		Allaitement moins d'une heure après la naissance	44,3 pour cent
	15		Enfants de 0-5 mois allaités exclusivement au sein	11,4 pour cent
	16		Taux d'allaitement continu	
			à 12-15 mois	85,1 pour cent
			à 20-23 mois	33,1 pour cent
	17		Taux d'alimentation complémentaire à 6-9 mois	39,7 pour cent
	18		Fréquence recommandée de l'alimentation complémentaire (enfants de 6-11 mois)	12,3 pour cent
19		Enfants de 0-11 mois nourris de façon adéquate	11,9 pour cent	
Iodation du sel	41		Ménages consommant du sel iodé (25+PPM)	1,6 pour cent
Vitamine A	42		Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	55,5 pour cent
	43		Supplémentation en vitamine A (post-partum)	30,1 pour cent
Insuffisance pondérale à la naissance	9		Enfants avec poids inférieur à 2500 g à la naissance	33,7 pour cent
	10		Enfants pesés à la naissance	40,5 pour cent
SANTÉ DE L'ENFANT				
Vaccination	25		Couverture vaccinale de la tuberculose	85,6 pour cent
	26		Couverture vaccinale de la polio	46,2 pour cent
	27		Couverture vaccinale de la DTC	56,9 pour cent
	28	15	Couverture vaccinale de la rougeole	76,2 pour cent
	31		Enfants entièrement vaccinés	35,8 pour cent
	29		Couverture vaccinale de l'hépatite B	25,3 pour cent
Toxoïde tétanique	32		Protection contre le tétanos néonatal	53,0 pour cent
Prise en charge des maladies	33		Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	30,5 pour cent
	34		Prise en charge à domicile de la diarrhée	24,9 pour cent
	35		TRO reçue ou augmentation des fluides, et poursuite de l'alimentation	32,0 pour cent
	23		Recherche de soins pour pneumonie présumée	44,5 pour cent
	22		Traitement aux antibiotiques d'une pneumonie présumée	24,0 pour cent

Utilisation des combustibles solides	24	29	Menages utilisant des combustibles solides pour la cuisine	62,0 pour cent
Paludisme	36		Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) dans les ménages	11,9 pour cent
	39	22	Traitement antipaludéen des enfants de moins de 5 ans	9,5 pour cent
Source et coût d'approvisionnement	96		Source d'approvisionnement (sources publiques)	
			Moustiquaires imprégnées	21,6 pour cent
	97		Coût d'approvisionnement (coût médian)	
			Moustiquaires imprégnées sources publiques	1000 Ouguiya
		Moustiquaires imprégnées sources privées	1861 Ouguiya	
ENVIRONNEMENT				
Eau et assainissement	11	30	Population ayant accès à une source améliorée d'eau de boisson	50,5 pour cent
	13		Traitement approprié de l'eau de boisson	21,8 pour cent
	12	31	Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées	38,0 pour cent
	14		Élimination des excréments infantiles	19,5 pour cent
SANTÉ DE LA REPRODUCTION				
Contraception et besoins non satisfaits	21		Prévalence de la contraception (femmes 15-49 ans)	9,3 pour cent
	98		Besoins non satisfaits en matière de planning familial	24,6 pour cent
	99		Demande satisfaite en matière de planning familial	27,5 pour cent
Santé maternelle et néonatale	20		Femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire qualifié	75,4 pour cent
	44		Contenu des soins prénatals	
			Fait un test sanguin	65,9 pour cent
			Fait prendre sa pression sanguine	49,1 pour cent
			Fait un prélèvement d'urine	68,0 pour cent
		Fait prendre son poids	52,8 pour cent	
	4	17	Assistance à l'accouchement par un personnel qualifié	60,9 pour cent
5		Accouchements dans un centre de santé	48,4 pour cent	
Mortalité maternelle	3	16	Taux de mortalité maternelle	685,7 pour 1000
ÉDUCATION				
Éducation	52		Fréquentation du préscolaire (enfants de 36-59 mois)	5,0 pour cent
	53		Enfants du préscolaire admis en 1ère année du primaire	7,9 pour cent
	54		Taux net d'entrée au cycle primaire	29,8 pour cent
	55	6	Taux net de fréquentation du cycle primaire	57,4 pour cent
	56		Taux net de fréquentation du cycle secondaire	18,6 pour cent
	57	7	Taux de survie (Enfants atteignant la 5 ^{ème} année du primaire)	85,4 pour cent
	58		Taux de transition au secondaire	58,4 pour cent
	59	7b	Taux d'achèvement des études primaires	10,5 pour cent
	61	9	Indice de parité genre	
			école primaire	1,0 ratio
		école secondaire	0,8 ratio	
Alphabétisation	60	8	Taux d'alphabétisation chez les adultes	56,1 pour cent

PROTECTION DE L'ENFANT					
Enregistrement des naissances	62	Enregistrement des naissances	55,9 pour cent		
Travail des enfants	71	Travail des enfants	16,4 pour cent		
	72	Élèves ouvriers	15,6 pour cent		
	73	Ouvriers élèves	46,2 pour cent		
Mariage précoce et polygamie	67	Femmes de 15-49 ans en mariage ou en union avant 15 ans	19,0 pour cent		
		Femmes de 20-49 ans en mariage ou en union avant 18 ans	43,4 pour cent		
	68	Jeunes femmes de 15-19 ans mariées	24,7 pour cent		
	70	Femmes de 15-49 ans en union polygame	10,7 pour cent		
	69	Différence d'âge de 10 ans et plus entre les époux	Femmes de 15-19 ans	45,0 pour cent	
Femmes de 20-24 ans			46,9 pour cent		
Excision/mutilation génitale féminine	66	Approbation de la pratique des mutilations génitales Féminines	53,4 pour cent		
		63	Prévalence de mutilations génitales féminines	72,2 pour cent	
	64	Prévalence de formes extrêmes de mutilations génitales Féminines	2,7 pour cent		
	65	Prévalence de mutilations génitales féminines chez les filles	65,8 pour cent		
Handicap	101	Enfants handicapés	20,8 pour cent		
VIH/SIDA, ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES					
Connaissances et comportements face au VIH/SIDA	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	4,8 pour cent	
			89	Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	36,4 pour cent
			86	Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	15,0 pour cent
			87	Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	18,2 pour cent
			88	Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	5,3 pour cent
			90	Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	12,3 pour cent
			91	Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	5,6 pour cent
Soutien aux enfants orphelins et vulnérables	75	Prévalence d'orphelins	7,6 pour cent		
			78	Conditions d'accueil des enfants	10,1 pour cent
	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	0,7 ratio	

Table des matières

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX INDICATEURS -----	I
TABLE DES MATIERES -----	I
LISTE DES TABLEAUX -----	I
LISTE DES GRAPHIQUES -----	III
LISTES DES ABREVIATIONS -----	IV
RESUME ANALYTIQUE -----	VI
I. INTRODUCTION -----	1
Contexte-----	1
OBJECTIFS DE L'ENQUETE-----	2
II. METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE ET D'ENQUETE -----	4
Conception de l'échantillon-----	4
Questionnaires-----	4
Formation et travail sur le terrain-----	6
La collecte des données-----	6
Traitement des données-----	6
III. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES PERSONNES INTERVIEWEES -----	8
Représentativité de l'échantillon-----	8
Caractéristiques des ménages-----	10
Caractéristiques des personnes interviewées-----	13
IV. MORTALITE INFANTILE -----	16
Méthodologie-----	16
Niveau de la mortalité selon les caractéristiques sociodémographiques-----	16
Sexe de l'enfant-----	17
Milieu de résidence et zones-----	18
Instruction de la mère-----	18
Indice de richesse-----	18
Tendance et évolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans-----	19
V. NUTRITION -----	21
Etat nutritionnel-----	21
Allaitement au sein-----	24
Iodation du sel-----	30
Supplémentations en vitamine A-----	33
Faible poids à la naissance-----	36
VI. SANTE DE L'ENFANT -----	39
Couverture vaccinale-----	39
Toxoïde tétanique-----	42
Traitement par la réhydratation orale-----	45
Prise en charge de la diarrhée-----	46
Recherche de soins et traitement de la pneumonie aux antibiotiques-----	49
Utilisation de combustible solide-----	52
Paludisme-----	53
Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens-----	55
Sources et coût de l'approvisionnement en moustiquaires-----	57

VII. ENVIRONNEMENT	59
Eau et assainissement.....	59
Accès à l'eau potable.....	61
Traitement de l'eau.....	61
Temps d'approvisionnement en eau.....	64
Elimination des déchets.....	66
VIII. SANTE REPRODUCTIVE	71
Contraception.....	71
Utilisation de la contraception.....	72
Besoins non satisfaits.....	75
Assistance pendant l'accouchement.....	80
Mortalité maternelle.....	82
IX. EDUCATION	84
Introduction.....	84
Suivi d'un programme d'éducation et prédisposition à la scolarisation.....	87
Fréquentation de l'école primaire et secondaire	88
Probabilité de passage de la première à la cinquième année du cycle primaire	93
Proportion nette d'enfants susceptibles d'achever le cycle primaire.....	94
Indice de parité des sexes dans le primaire et dans le secondaire.....	95
Alphabétisation des femmes âgées de 15-24 ans.....	96
X. PROTECTION DE L'ENFANT	98
Enregistrement des naissances.....	98
Travail des enfants.....	100
Mariage précoce et polygamie.....	103
Ecart d'âge entre les époux.....	107
Excision/Mutilation génitale féminine.....	109
Enfants handicapés.....	112
XI. VIH/SIDA	114
Connaissance du VIH/SIDA.....	114
Connaissance de la prévention de la transmission du VIH/SIDA	116
Identification des idées erronées.....	117
Connaissance exhaustive du VIH/ SIDA :	120
Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à son enfant....	121
Attitudes vis à vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	123
Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH/SIDA.....	125
Conseils sur le VIH pendant les soins prénatals.....	127
Orphelins et enfants vulnérables	129
References bibliographiques.....	133
ANNEXE A. CONCEPTION D'UN ECHANTILLON	134
ANNEXE B : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ENQUETE MICS	138
ANNEXE C. ESTIMATIONS DES ERREURS D'ECHANTILLONNAGE	143
ANNEXE D. TABLEAUX SUR LA QUALITE DES DONNEES	156
ANNEXE E. INDICATEURS MICS : NUMERATEURS ET DENOMINATEURS	163
ANNEXE F: LES QUESTIONNAIRES	169
ANNEXE G: MALNUTRITION DE L'ENFANT (NOUVELLE METHODE : OMS 2005)	210

Liste des tableaux

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes ménages et individuelles	9
Tableau HH.2. Répartition en pourcentage de la population des ménages par groupes d'âges quinquennaux, par groupes d'âges spécifiques, et nombre total d'enfants de 0-17 ans, par sexe.....	10
Tableau HH.2a : Répartition (en %) de la population par groupes d'âges spécifiques selon différentes sources.....	11
Tableau HH.3: Composition du ménage.....	12
Tableau HH.3a: Composition du ménage (suite).....	13
Tableau HH.4: Caractéristiques individuelle des femmes et des hommes	14
Tableau HH.5 : Caractéristiques individuelles des enfants de moins de 5 ans	15
Tableau CM.1: Mortalité des enfants.....	17
Tableau CM. 1a. Evolution du quotient de mortalité infantile, du quotient de mortalité juvénile entre 1981 et 2004.	19
Tableau NU.1w : Mesures anthropométriques	22
Tableau NU.1: Malnutrition de l'enfant.....	23
Tableau NU.2 : Allaitement initial.....	25
Tableau NU.3: Allaitement maternel	27
Tableau NU.4: Enfants adéquatement nourris	30
Tableau NU.5: Consommation du sel iodé	31
Tableau NU.6: Supplémentation des enfants en vitamine A.....	35
Tableau NU.7: Supplémentation en vitamine A pour la mère après l'accouchement	36
Tableau NU. 8a. Estimation du faible poids à la naissance	37
Tableau NU.8 : Enfant à faible poids à la naissance.....	38
Tableau CH.1: Vaccination durant la première année de vie	39
Tableau CH.2: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles	41
Tableau CH.2c: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles (suite)	42
Tableau CH.3 : Protection contre le tétanos néonatal.....	43
Tableau CH.4: Réhydratation par voie orale	46
Tableau CH.5: Prise en charge de la diarrhée à domicile	48
Tableau CH.6: Recherche de soins pour cas de pneumonie suspectés.....	50
Tableau CH.7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie	51
Tableau CH.8: Utilisation de combustibles solides	53
Tableau CH.10 : Disponibilité de moustiquaires imprégnées.....	54
Tableau CH.12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens	56
Tableau CH.14: Source et coût d'approvisionnement en moustiquaires traitées.....	58
Tableau EN.1:Utilisation de source d'eau améliorée	60
Tableau EN.3: Temps pour aller à la source d'eau et revenir	65
Tableau EN.4: Personne qui se rend habituellement à la source d'approvisionnement pour chercher l'eau à boire	66
Tableau EN,6: Evacuation des excréments de l'enfant.....	69
Tableau EN.7: Population utilisant des sources d'approvisionnement en eau améliorée et d'installations sanitaires améliorées	70
Tableau RH. 1a: Connaissance de la contraception	73
Tableau RH.2: Besoin non satisfait en matière de contraception	76
Tableau RH.3: Prestataires de soins prénatals.....	78
Tableau RH.4: Soins prénatals	79
Tableau RH.5: Assistance pendant l'accouchement.....	81
Tableau ED. 1a : Taux brut de fréquentation primaire, Mauritanie, 2007.....	85
Tableau ED. 1b : Taux brut de fréquentation secondaire, Mauritanie, 2007	86
Tableau ED.1: Education pré scolaire	88
Tableau ED.,2 : Admission à l'école primaire.....	89
Tableau ED,3: Taux net de scolarisation au primaire	90

Tableau ED.4: Taux net de scolarisation au secondaire	91
Tableau ED.4w: Enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire qui fréquente l'école primaire ...	92
Tableau ED.5: Enfant atteignant la 5ème année.....	93
Tableau ED.6: Achèvement à l'école primaire et transition au secondaire.....	94
Tableau ED.7 : Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons fréquentant le secondaire	95
Tableau ED.8: Alphabétisation des adultes	96
Tableau CP.1: Enregistrement des naissances.....	99
Tableau CP.2: Travail des enfants	101
Tableau CP.3: Etudiants travailleurs et travailleurs étudiants.....	103
Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie	104
Tableau CP.7: Excision	110
Tableau CP.8: Excision des filles:	111
Tableau CP.10: Handicap des enfants.....	113
Tableau HA.1a: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez les hommes.....	115
Tableau HA.1: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez les femmes.....	116
Tableau HA.2a: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les hommes de 15-59 ans..	118
Tableau HA.2: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les femmes de 15-49 ans	119
Tableau HA.3a: Connaissance globale sur la transmission du VIH/SIDA chez les hommes.....	120
Tableau HA.3: Connaissance globale sur la transmission du VIH/SIDA.....	121
Tableau HA.4a: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les hommes de 15-59 ans	122
Tableau HA.4: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à son enfant chez les femmes de 15-49 ans.....	123
Tableau HA.5a : Attitude vis à vis de personnes vivantes avec le VIH/SIDA chez les hommes de 15- 59 ans.....	124
Tableau HA.5: Attitude vis-à- vis des personnes vivantes avec le VIH/SIDA chez les femmes 15-49 ans	125
Tableau HA.6a: Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH chez les hommes 15-59 ans	126
Tableau HA.6: Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH chez les femmes 15-49 ans	127
Tableau HA.7: HIV Test et conseils pendant les soins prénatals	128
Tableau HA.10: Conditions de logement et statut d'orphelin des enfants.....	130
Tableau HA.12: La fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables.....	132

Liste des graphiques

Graphique HH.1 : Structure de la population par âge selon le sexe.....	12
Graphique CM.1 : Taux de mortalité infantile.....	21
Graphique CM.2 : Variation du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	23
Graphique NU.3 : Différentes formes d'alimentation des enfants selon leur âge : Répartition en pourcentage des enfants de moins de 3 ans selon la forme d'alimentation et le groupe d'âge.....	32
Graphique CH.1 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance	44
Graphique EN.1 : Répartition en pourcentage de la population des ménages selon la source d'eau de boisson utilisée	64
Graphique CP.1 : Répartition (en %) des femmes en mariage polygammes selon le niveau d'instruction et l'indice de richesse	115

Listes des abréviations

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Tuberculose)
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le développement
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DIU	Dispositif intra-utérin
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EMIP	Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme
EPCV	Enquête Permanente sur les Conditions de vie des ménages
IPS	Indice de Parité des Sexes (Gender Parity Index, GPI)
IRA	Infections Respiratoires Aigues
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MI	Moustiquaires imprégnées
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEV	Programme élargi de vaccination
PNDSE	Programme National de Développement du Secteur Educatif
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPM	Parts par million
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SME	Sommet Mondial de l'Enfance
SNELS	Secrétariat National Exécutif de Lutte contre le Sida
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (logiciel)
SRO, TRO	Sérum de Réhydratation Oral
TCI	Troubles liés à une carence en iode
TFN	Taux de fréquentation net
UM	Ouguiya
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFFC	Un monde digne des enfants

PREFACE

La mise en place de politiques efficaces dans le domaine de la santé, de l'éducation et du suivi de la situation des enfants et des femmes est tributaire de la disponibilité de données fiables et actualisées. Dans ce cadre, s'inscrit l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS¹ 2007) qui a été exécutée par l'Office National de la Statistique pour combler le déficit en données sociodémographiques et sanitaires. Elle a porté sur un échantillon de 11 000 ménages afin de permettre une représentativité au niveau régional en appui à la politique de décentralisation et d'aménagement du territoire entreprise par les pouvoirs publics.

Le présent rapport qui fait suite à la publication, en décembre 2007, du rapport préliminaire est le fruit d'un travail de longue haleine qui a commencé par le développement des outils méthodologiques suivis par la collecte, la saisie et traitement des données. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête sont la mortalité infantile, le statut nutritionnel, la santé de l'enfant, l'environnement, la santé reproductive, l'éducation, la protection de l'enfant et le VIH/SIDA. Pour des besoins plus spécifiques, les données de cette enquête pourront faire l'objet d'analyse plus approfondie.

La réalisation de cette opération a nécessité la mobilisation d'importantes ressources humaines, financières et matérielles. L'assistance technique a été fournie par l'équipe d'appui technique de MICS basée à New York et le financement octroyé par l'UNICEF, l'UNFPA et le Secrétariat National Exécutif de Lutte contre le Sida (financement sur crédit IDA) en plus de la contribution du Gouvernement. C'est ici l'occasion pour nous de remercier ces différents partenaires pour l'apport généreux qui vient en complément aux autres appuis au développement de la statistique.

Il nous est agréable d'adresser nos remerciements à toute l'équipe de MICS basée à New York en particulier Monsieur Ngagne Diakhaté pour les efforts soutenus notamment lors du traitement informatique et la présentation des premiers résultats. Nous remercions également monsieur Julien Amegandjen, expert en sondage, pour les efforts déployés dans l'élaboration du plan de sondage, le tirage de l'échantillon ainsi que le transfert d'expertise qu'il a bien voulu apporter lors de son séjour en Mauritanie.

Enfin, nos remerciements sont adressés à tous les membres du comité de pilotage et du comité technique, à l'équipe du projet de l'ONS ainsi qu'à l'ensemble du personnel de terrain et de saisie des données pour les efforts et la conscience professionnelle sans lesquels cette importante opération n'aurait pu être menée dans les délais fixés.

BABA OULD BOUMEISS

DIRECTEUR GENERAL DE L'ONS

¹ MICS signifie en anglais « Multiple Indicators Cluster Survey ».

Resumé analytique

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3¹-2007) de la Mauritanie est une enquête nationale sur les ménages, les hommes, les femmes et les enfants. Les données collectées sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des treize wilayas du pays. Les principaux objectifs consistent à recueillir des informations récentes pour le suivi de la progression des Objectifs du millénaire pour le développement adopté en septembre 2000 et du Plan d'action d'un Monde digne des enfants, adopté en mai 2002.

- **MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

Dans le cadre de l'enquête MICS3, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass. Le taux de mortalité infantile (avant 1 an) s'élève à 77 pour mille, alors que la probabilité de mourir avant cinq ans est de 122 pour mille (taux de mortalité infanto-juvénile). Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont plus élevés chez les enfants de sexe masculin (respectivement 86 pour mille et 135 pour mille) que chez les enfants de sexe féminin (respectivement 67 pour mille et 108 pour mille). Les probabilités de décès des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans sont plus élevées dans le milieu rural (respectivement 80 pour mille et 127 pour mille) que dans le milieu urbain (respectivement 72 pour mille et 114 pour mille).

- **ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

- ***Statut nutritionnel***

L'insuffisance pondérale qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne environ 30% des enfants de moins de cinq ans ; parmi ces derniers, 7% environ sont atteints de la forme sévère. Le retard de croissance qui se manifeste par une taille un peu plus petite par rapport à l'âge touche un peu plus du quart des enfants 27% alors qu'un enfant sur dix souffre de la forme sévère. L'émaciation ou la déperdition aiguë qui se traduit par un poids de l'enfant trop faible par rapport à sa taille concerne 12% des enfants dont 2% présentent une forme sévère. Par ailleurs, 1 % des enfants de moins de cinq ans sont obèses, ce qui se manifeste par une surcharge pondérale. L'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont plus répandus chez les garçons avec des proportions respectives de 31% et 27% que chez les filles (respectivement 29% et 26%). De même, les garçons sont légèrement plus émaciés (13 %) que les filles (11%).

- ***Allaitement au sein***

L'allaitement initial qui consiste à commencer à allaiter le bébé moins d'une heure après la naissance est pratiqué par 44% des femmes alors que plus des deux tiers des femmes

¹ Cette enquête a été mise en œuvre dans le cadre de la 3^{ème} édition des enquêtes MICS (MICS3), exécutée dans plus de 50 pays, aux alentours de 2005, faisant suite aux 1^{ère} et 2^{ème} éditions des enquêtes MICS qui ont été réalisées respectivement aux alentours de 1995 et 2000.

(79%) ont allaité leurs enfants moins d'une journée après la naissance. L'allaitement maternel exclusif n'est pas encore systématique car seulement 16% des enfants âgés de moins de 4 mois sont exclusivement nourris au lait maternel contre 11% chez les enfants âgés de moins de six mois. L'introduction des aliments complémentaires solides et semi solides ou pâteux en plus de l'allaitement est assez répandue car les pourcentages des enfants qui reçoivent ces aliments passent de 40% entre 6-9 mois à 85% entre 12-15 mois. Toutefois le sevrage reste assez tardif car un tiers des enfants du groupe d'âges 20-23 mois sont toujours allaités au sein avec des aliments solides ou semi solides; cette pratique est nettement plus répandue dans les zones rurales (37%) que dans les centres urbains (29%).

- Faible poids à la naissance

Environ quatre enfants sur dix (41%) nés au cours des deux dernières années ont été pesés et un tiers (34%) de ces enfants ont un poids inférieur à 2 500 grammes.

• SANTE DE L'ENFANT

- Couverture vaccinale

Environ 86 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu un vaccin du BCG avant le 1^{er} anniversaire alors que la première dose de la DTC a été administrée à 83%. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de la DTC : à 76% environ pour la deuxième dose et à presque 57% pour la troisième dose. De même, 80% des enfants de 12-23 mois ont reçu le vaccin contre la Polio1 et ce pourcentage baisse à 66% pour la deuxième dose et à 46% environ pour la troisième. La couverture pour le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois est de 76%. Au total 23% des enfants ont reçu toutes les huit doses des vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV), et parmi eux, 36% ont été complètement vaccinés avant leur premier anniversaire. Dans le même temps, 12% des enfants n'ont reçu aucune dose de vaccin avant l'âge d'un an. La protection contre le tétanos néonatal touche environ cinq mères sur dix (53%) et de grandes disparités existent selon les wilayas car les pourcentages varient de 74% dans la wilaya de l'Inchiri à 37 % dans la wilaya du Brakna.

- Traitement par solution de réhydratation orale

La prévalence de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête est de 22% chez les enfants de moins de cinq ans. Un peu plus d'un enfant sur dix (13 %) qui a eu la diarrhée a reçu des liquides préparés à partir des paquets de solution de réhydratation par voie orale (SRO) alors que 9 %) ont reçu des liquides de SRO pré emballée et 14 % des liquides recommandés faits à la maison. La grande majorité des enfants (70 %) ayant eu la diarrhée n'a reçu aucun traitement.

- Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie

Des symptômes de pneumonie sont signalés chez 7% des enfants de moins de cinq ans au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Parmi ces enfants, moins de la moitié (45%) ont été emmenés chez un prestataire de soins de santé approprié dont 34% dans une formation sanitaire publique et 11% dans des structures privées ; un peu moins d'un quart des enfants malades (24 %) a reçu un traitement antibiotique.

La respiration rapide et la respiration difficile sont identifiées respectivement par 67% et 31% des mères comme étant des symptômes qui nécessitent que l'enfant soit emmené immédiatement chez un prestataire de soins de santé. Dans l'ensemble, 25% seulement des

femmes/gardiennes ont identifié correctement à la fois ces deux signes d'alerte de la pneumonie. Par contre, la fièvre est le symptôme le plus cité par la mère 61% pour emmener l'enfant dans un établissement sanitaire.

- Utilisation des combustibles solides

Dans l'ensemble, la majeure partie des ménages (62 %) utilise encore les combustibles solides pour faire la cuisine. Le charbon de bois et le bois sont les deux combustibles solides les plus utilisés respectivement par 23% et 39% des ménages.

- Paludisme

Plus d'un ménage sur deux 57% possède au moins une moustiquaire et 12% une moustiquaire imprégnée. Un peu moins d'un enfant sur cinq (18%) a eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. En tout, 21% des enfants fébriles ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 10% ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes. Les médicaments les plus utilisés sont la quinine (9%), la chloroquine (6%) et le Fansidar (3%). Les sources publiques (22%) ont été les principaux moyens d'approvisionnement en moustiquaire traitée. Par ailleurs, 61% des ménages ont reçu gratuitement les moustiquaires imprégnées au cours des campagnes nationales dans les structures publiques tandis que 39% des ménages les ont obtenues auprès des sources privées. Le coût moyen d'acquisition des moustiquaires traitées par les ménages est de 1000 ouguiya pour les sources publiques et de 1861 ouguiya pour les sources privées.

• ENVIRONNEMENT

- Eau et assainissement

Au total, 51% de la population utilise une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson ; cette proportion est un peu plus élevée dans le milieu rural (52%) que dans le milieu urbain (49%). La grande majorité des ménages (69%) n'utilise aucune méthode pour traiter l'eau de boisson; en revanche 22% des ménages traitent l'eau de boisson surtout en y ajoutant de l'eau de javel ou du chlore et parfois en utilisant un filtre à eau ou en faisant bouillir l'eau avant de la boire.

Seulement 49% des ménages disposent d'une source d'approvisionnement en eau de boisson à domicile. Pour les ménages n'ayant pas sur place leur source d'approvisionnement, le temps moyen pour aller chercher et ramener l'eau à boire est de 67 minutes. Ce temps est plus élevé dans le milieu rural (71 minutes) que dans le milieu urbain (47 minutes). Dans la majorité des ménages (71%), c'est une femme adulte qui est chargée de la corvée d'eau. Les hommes adultes ne vont chercher de l'eau que dans 18% des ménages, tandis que les proportions des filles et des garçons de moins de 15 ans qui vont chercher de l'eau représentent respectivement 5% et 4%. Plus du tiers des ménages (38%) dispose d'installations sanitaires améliorées ; toutefois ce pourcentage est presque cinq fois plus élevé en milieu urbain (68%) qu'en milieu rural (13%). Dans les centres urbains, les installations d'assainissement améliorées les plus répandues sont les fosses septiques (17%), les latrines couvertes (14%) et les latrines améliorées aérées (6%). Par contre, dans les zones rurales où les installations sanitaires non améliorées sont prédominantes, ce sont les "autres types de toilettes" (62%) qui sont les plus utilisés.

Dans l'ensemble, l'évacuation des excréments de (20% des enfants âgés de 0 à 2 ans est faite de façon saine. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (37%) qu'en milieu rural (7%).

- **SANTE DE LA REPRODUCTION**

Le taux global de prévalence contraceptive est de 9% dont 8% concernent les méthodes modernes. La contraception moderne est plus pratiquée par les femmes mariées des centres urbains 14% que celles qui résident dans les zones rurales 3%. Une femme mariée sur quatre a des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, dont 16% pour l'espacement des naissances et 9% pour la limitation des naissances.

Sur 100 naissances, environ 75 ont fait l'objet, au moins une fois, de consultations prénatales dispensées par un personnel qualifié de santé. Le taux de couverture des soins prénatals est plus élevé dans le milieu urbain (88%) que dans la zone rurale (66%). Pour près de huit grossesses sur dix (81%), les femmes enceintes qui ont accouché ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. Au cours des consultations prénatals, plus de cinq femmes enceintes sur dix (53%) ont effectué des prises de poids et environ une femme sur deux (49%) s'est fait mesurer la tension artérielle; l'analyse des urines est effectuée pour près de sept femmes enceintes sur dix (68 %).

D'autre part, environ cinq accouchements sur dix (48%) au cours des deux dernières années se sont déroulés dans une formation sanitaire, alors que 61% des mères ont bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié. Les accouchements assistés par un personnel qualifié de la santé sont plus fréquents à Nouakchott (94 %) que dans les autres wilayas; ils restent faibles particulièrement dans la wilaya du Hodh Elgharbi (30%).

- **EDUCATION**

La fréquentation d'une école maternelle ou d'un jardin pour les enfants de 36 à 59 mois reste encore faible (5 %). Les disparités entre les milieux urbain (8%) et rural (3%) sont importantes ; par contre il n'y a pas de disparité selon le sexe de l'enfant. Parmi les enfants en âge d'entrer à l'école primaire (6 ans), 30% sont inscrits en première année du primaire et on enregistre une très faible différence selon le sexe de l'enfant (31% de filles et 29% de garçons). La majorité des enfants (57%) en âge d'être dans l'enseignement primaire (6-11 ans) est scolarisée et de même ici, il n'existe qu'un très léger écart entre le taux net de scolarisation des garçons de 6-11 ans (56%) et celui des filles de même groupe d'âges (59%). Par contre, cette disparité est plus importante selon le milieu de résidence puisque en milieu urbain, 72% des enfants de 6-11 ans sont scolarisés contre 49% en milieu rural.

Dans l'enseignement secondaire, seulement 19% des enfants de 12-17 ans suivent les cours dans un établissement secondaire. Sur tous les enfants qui entrent en première année, la majorité (85%) va en définitive atteindre la cinquième année du cycle primaire. Toutefois seuls 11% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (11 ans) étaient en dernière année du cycle. Ce pourcentage est près de 3 fois plus important en milieu urbain (17%) qu'en milieu rural (6%). Par ailleurs, plus d'un élève sur deux (58%) qui a achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se trouvait en première année du secondaire l'année suivante. Ce taux de transition est un peu plus élevé chez les garçons (61 %) que chez les filles (56%) et plus élevé en milieu urbain (62%) qu'en milieu rural (51%). L'indice de parité des sexes (IPS) est proche de 1 au cycle primaire dans presque toutes les régions, ce qui indique qu'il n'existe presque pas d'écart entre filles et garçons âgés de 5 à 11 ans en termes de fréquentation de

l'école primaire. Par contre, pour le cycle secondaire, l'IPS est de 0,8 pour l'ensemble du pays. L'analphabétisme est encore répandu chez 42% environ de la tranche d'âge des 15-24 ans. La proportion des jeunes analphabètes est plus importante en milieu rural (48%) qu'en milieu urbain (35%).

- **PROTECTION DE L'ENFANT**

- **Enregistrement de la naissance**

Au niveau national, plus de la moitié (56%) des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil ; l'enregistrement des naissances ne se fait pas nécessairement dans les délais légaux, car à l'âge de 11 mois, 51% seulement des enfants sont enregistrés ; ce pourcentage augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 59 mois pour atteindre 57%. Parmi les différentes raisons du non enregistrement des naissances à l'état civil, l'éloignement (19%), la peur de payer une amende (19%), l'ignorance (17%), l'oubli (16%) et la méconnaissance du lieu d'enregistrement (15%) sont plus évoquées.

- **Travail des enfants**

Au total, 16% des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué des travaux rémunérés ou domestiques, au cours de la semaine qui a précédé l'enquête, dont 12% au sein de leur ménage. Moins de 1% des enfants effectuent des travaux rémunérés en dehors du ménage.

- **Mariage précoce et polygamie**

Pour l'ensemble du pays, 19% des femmes mariées ont contracté leur premier mariage avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est plus élevée dans le milieu rural (23%) que dans le milieu urbain (15%). La polygamie pour sa part reste répandue, car plus d'un dixième des femmes âgées de 15 - 49 ans mariées (11%) vivent dans un mariage polygamique. Cette pratique est plus développée dans le milieu urbain (12%) que dans le milieu rural (10%).

Un peu moins de la moitié des adolescentes âgées de 15 à 19 ans mariées (45 %) et des jeunes femmes âgées de 20-24 ans mariées (47%) ont un mari plus âgé d'au moins dix ans. Le phénomène est plus répandu dans le milieu urbain pour les jeunes mariées de 15-19 ans où il atteint 52% contre 41% dans le milieu rural.

- **Excision ou mutilation génitale féminine**

La prévalence de la mutilation génitale chez les femmes de 15-49 ans est de 72%. Le pourcentage des femmes qui ont subi une excision est plus élevé en milieu rural (84%) qu'en milieu urbain (60%). Parmi les femmes excisées, près des trois quart (72%) ont subi une excision sous forme de chair enlevée, alors que 3% ont été victimes de la forme extrême de la mutilation génitale. Sur 100 femmes, environ 38 pensent que la pratique de l'excision doit s'arrêter, deux estiment que cela dépend de la situation alors que près de 53 croient que la pratique peut continuer. L'excision des jeunes filles est une pratique qui tend à continuer car la prévalence est de 66% pour l'ensemble du pays. Parmi les filles qui ont été excisées, 7% ont subi la forme extrême de mutilation et 82%, une ablation partielle des organes génitaux.

- **VIH / SIDA**

La très grande majorité des femmes et des hommes (respectivement 93% et 95%) a entendu parler de la pandémie du SIDA. Cependant, le pourcentage des femmes qui connaissent l'un des trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA est de 62% contre 80% des hommes alors que 5% des femmes contre 14% des hommes ont une connaissance exhaustive du VIH/SIDA. Par ailleurs, 36% des femmes contre 39% des hommes connaissent tous les trois modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant tandis que 29% des femmes contre 23% des hommes ne connaissent aucun de ces trois modes.

Au total, 85% des femmes contre 82% des hommes approuvent au moins une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes atteintes du VIH/SIDA alors que 15% des femmes interviewées sont opposées à toutes les formes discriminatoires et de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA, contre 18% des hommes. Ces pourcentages sont plus élevés dans le milieu urbain (17%) parmi les femmes contre 23% des hommes que dans le milieu rural respectivement 13% et 14%.

Dans l'ensemble, environ deux femmes âgées de 15-49 ans sur dix (18%) connaissent un endroit où l'on peut faire le test de dépistage du sida contre 28%) des hommes, tandis que 5% des femmes ont déjà effectué ce test contre 9% des hommes. Parmi les femmes qui ont effectivement subi le test, environ huit sur dix (84%) ont eu les résultats contre 66% parmi les hommes. En outre, presque une femme sur dix (12%) qui a donné naissance au cours des deux dernières années a bénéficié des informations ou conseils sur la prévention du VIH/SIDA lors des consultations prénatales mais seulement 6% ont effectué le test de dépistage pour connaître leur situation sérologique.

I. INTRODUCTION

Contexte

Ce rapport final est basé sur les résultats de l'Enquête Nationale à Indicateurs Multiples (MICS) de la République Islamique de Mauritanie, réalisée en 2007 par l'Office National de la Statistique. Cette enquête fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes en Mauritanie, et se base en grande partie sur la nécessité de suivre les progrès vers les objectifs et cibles émanant d'accords internationaux récents: la « Déclaration du Millénaire », adoptée par les 191 Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un « Monde Digne des Enfants », adopté par 189 Etats membres lors d'une session spéciale des Nations Unies sur les enfants en mai 2002. Ces deux engagements se basent sur les promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

En signant ces accords internationaux, les gouvernements se sont engagés à améliorer les conditions de vie de leurs enfants et à suivre les progrès réalisés dans ce sens. L'UNICEF s'est vu attribué un rôle de soutien dans le cadre de cette mission (voir encadré ci-dessous).

Un engagement à l'action: Responsabilités nationales et internationales de compte-rendu
Les gouvernements qui ont signé la Déclaration du Millénaire ainsi que la Déclaration et le Plan d'Action pour un Monde digne des enfants se sont également engagés à suivre les progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs qu'ils contiennent:

"Nous allons surveiller régulièrement au niveau national et régional si c'est nécessaire et évaluer les progrès dans le cadre de la réalisation des objectifs du présent Plan d'Action au niveau national, régional et international. De même, nous allons renforcer notre capacité statistique nationale à recueillir, analyser et désagréger les données, selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pertinents qui pourraient engendrer des disparités et soutenir un large éventail de travaux de recherche sur les enfants. Nous allons renforcer la coopération internationale afin de soutenir les efforts de renforcement des capacités statistiques et de renforcer les capacités communautaires de surveillance, d'évaluation et de planification". (Un Monde Digne des enfants, paragraphe 60)

"...Nous allons effectuer des révisions périodiques des progrès au niveau national et sous national afin de lever les obstacles de manière plus efficace et d'accélérer les actions..." (Un Monde digne des enfants, paragraphe 61)

Le Plan d'Action (paragraphe 61) préconise également l'implication spécifique de l'UNICEF dans la rédaction de rapports d'étape périodiques:

"... Alors qu'il est demandé à l'agence mondiale pour les enfants, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance de continuer à recueillir et à diffuser, en étroite collaboration avec les Gouvernements, les organismes de financement appropriés, les programmes et agences spécialisées du système des Nations Unies et tous les autres acteurs concernés, les informations sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'Action".

De la même façon, la Déclaration du Millénaire (paragraphe 31) suggère la rédaction périodique de rapports sur ces progrès:

"...Nous demandons à l'Assemblée Générale de réviser régulièrement les progrès réalisés dans l'application des dispositions de cette Déclaration, et demandons au Secrétaire Général de publier des rapports périodiques à soumettre à l'Assemblée Générale et qui serviront de base à d'autres actions".

En plus du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui constitue le cadre référence de Politique Générale, le Gouvernement mauritanien a souscrit aux objectifs du Millénaires du Développement (OMD), à ceux d'un Monde Digne des Enfants (MDE) et du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA.

Parmi les politiques sectorielles, on peut citer (i) la Politique Nationale de Santé dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé et la protection sociale de qualité ; (ii) la Politique Nationale de Développement de la Nutrition visant à améliorer l'accessibilité des ménages aux produits alimentaires et de réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition ; (iii) la Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant.

Aussi, une Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) a été conçue de façon participative pour permettre de produire , en temps opportun, des informations de bonne qualité nécessaires à l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies adoptées pour la période 2007-2012.

L'exécution de cette SNDS permet de disposer des principaux indicateurs, y compris ceux du suivi de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'enquête MICS 2007 y figure, compte tenu des nombreux indicateurs qui sont produits à l'issue de l'opération, principalement les indicateurs du Plan d'Action d'un « Monde Digne des Enfants » de 2002 et des OMD.

Enfin, la plupart des programmes de coopération du Gouvernement avec les partenaires au développement en général, et surtout ceux des Agences du Système des Nations Unies arrivent à leur terme en 2008. La réflexion sur la mise en place des nouveaux programmes sera amorcée en 2008. Dans ce contexte, les résultats de MICS 2007 seront appréciables dans l'analyse de la situation en vue d'une meilleure planification des actions en faveur des populations en général, et des enfants et des femmes en particulier.

Ce rapport final présente les résultats des indicateurs¹ et des sujets couverts dans le cadre de l'enquête.

OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'objectif principal de l'enquête MICS est de fournir un ensemble intégré de données statistiques pour la formulation, le suivi et l'évaluation du CSLP, des OMDs et des politiques et programmes de développement notamment ceux liés aux femmes et aux enfants. Cette enquête contribuera à l'enrichissement de la banque de données nationale.

En outre, ce projet a été non seulement d'un apport significatif au renforcement des capacités nationales de l'Office National de la Statistique (ONS), en matière de conception et de mise en œuvre des enquêtes, mais aussi aux autres organismes et institutions nationales dans la planification et l'exécution des programmes intégrés de population en particulier sur la santé familiale et reproductive.

¹ Pour plus d'informations sur les définitions, les numérateurs, les dénominateurs et les algorithmes des indicateurs des Enquêtes nationales à indicateurs multiples (MICS) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) utilisés dans la présente enquête, voir les annexes 1 et 7 du *Manuel de l'Enquête nationale à indicateurs multiples 2005 : Suivi de la situation des enfants et des femmes*, également disponible sur le site Web: www.childinfo.org

L'exécution de l'enquête MICS aura permis l'atteinte des objectifs immédiats suivants :

- La base de donnée sociale (MauritInfo) et les bases de données régionales sont mises à jour avec des indicateurs fiables et pertinents;
- Les capacités techniques en collecte et analyse des données en matière de santé infantile et reproductive renforcées;
- Un ensemble d'indicateurs répondant au suivi des OMDs, aux objectifs du sommet mondial pour les enfants (SME) et à ceux de la Conférence Internationale sur la Population et le développement (CIPD) sont mis à jour;
- Les membres de la société civile sont mieux sensibilisés avec des données récentes sur la tendance des indicateurs sociaux, notamment dans le domaine de la santé infantile et reproductive;
- Une méthodologie scientifique permettant de suivre et évaluer les programmes nationaux en santé maternelle et infantile est développée.

II. Méthodologie d'échantillonnage et d'enquête

Conception de l'échantillon

Le plan de sondage de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de la Mauritanie a été conçu pour fournir des estimations sur un grand nombre d'indicateurs sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, en milieu urbain et rural et pour 13 wilayas (ou régions) à savoir: Hodh Charghi, Hodh Gharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Trarza, Adrar, Dakhlet Nouadhibou, Tagant, Guidimagha, Tiris Zemmour, Inchiri et Nouakchott. Les wilayas ont été identifiées comme les principaux domaines d'échantillonnage et l'échantillon a été sélectionné en deux étapes.

Dans chaque wilaya des zones de recensement ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à la taille. Après l'établissement d'une liste des ménages dans les zones de recensement sélectionnées, un échantillon systématique de 11 000 ménages a été tiré au sort. L'ensemble des districts de recensement sélectionnés a pu être visité durant la période de travail sur le terrain. L'échantillon a été stratifié par wilaya et n'est pas auto-pondéré. Pour donner des résultats au niveau national, des échantillons pondérés sont utilisés. On peut trouver une description plus détaillée du plan d'échantillonnage dans l'Appendice A.

Questionnaires

Les enquêtes MICS proposent généralement des questionnaires¹ avec des modules optionnels et des modules additionnels. La méthodologie permet leur adaptation en fonction du contexte et des besoins du Pays. La majorité des modules des questionnaires a été appliquée, ce qui a permis de rendre compte sur des dizaines d'indicateurs y compris ceux du suivi du CSLP et des OMD.

Dans quelques cas, les questions ont été légèrement modifiées par rapport au standard international pour être conforme aux normes du pays. Tel est le cas par exemple, des indicateurs relatifs au paludisme où les questions ont été harmonisées avec les autres enquêtes spécifiques. Afin d'atteindre les objectifs fixés, 4 type de questionnaires ont été élaborés et comportent, pour la plupart, des modules de base, des modules additionnels et des modules optionnels.

1. Le questionnaire ménage : Conçu pour recueillir des informations sur tous les membres *de fait* du ménage, sur le ménage et le local d'habitation, ce questionnaire est constitué des trois types de modules suivants :

Modules de base:

- Information générale sur le ménage (identification, localisation etc...)
- Liste des membres du ménage
- Education
- Eau et assainissement

¹ Trois séries de questionnaires sont utilisées dans le cadre des enquêtes MICS : 1) un questionnaire ménage pour recueillir des informations sur tous les membres *de fait* du ménage, sur le ménage et le local d'habitation ; 2) un questionnaire pour les femmes administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, et 3) un questionnaire administré aux mères ou personnes en charge de tous les enfants de moins de cinq ans vivant dans le ménage.

- Caractéristiques du ménage
- Le travail des enfants
- et l'utilisation du sel iodé

Module additionnel:

- Utilisation des insecticides et moustiquaires imprégnées avec les coûts d'approvisionnement

Modules optionnels:

- Handicap
- Mortalité maternelle

2. Le questionnaire femme: Administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, ce questionnaire est composé de deux types de modules:

Modules de base:

- Information générale sur les femmes éligibles
- Mortalité des enfants
- Tetanus toxoid
- Santé maternelle et des nouveaux nés
- Mariage et nuptialité
- Contraception
- VIH/SIDA

Modules additionnels

- Polygamie
- Mutilations génitales féminines

3. Le questionnaire Enfant: Administré aux mères ou personnes en charge de tous les enfants de moins de cinq ans vivant dans le ménage, ce questionnaire comprend trois types de modules:

Modules de base:

- Information sur les enfants de moins de cinq ans
- Enregistrement des naissances
- Vitamine A
- Allaitement maternel
- Prise en charge des maladies
- Immunisation,
- Anthropométrie

Module additionnel:

- Paludisme

Module optionnel:

- Utilisation des SRO et antibiotiques

4. Le questionnaire Homme : Il représente une forme allégée du questionnaire femme et permet de comparer certaines données notamment celles liées au VIH/SIDA.

Ces questionnaires sont basés sur le modèle de questionnaire MICS3¹. A partir de la version française du modèle de questionnaire MICS3, les questionnaires ont été traduits en Arabe (Ils sont utilisés aussi bien en Français qu'en Arabe) et ont fait l'objet d'un test préliminaire à Nouakchott pendant le mois d'avril 2007. Sur la base des résultats du test préliminaire, des modifications ont été apportées à la formulation et à la traduction des questionnaires. Une copie des questionnaires MICS de Mauritanie est fournie dans l'Appendice F.

En plus de l'administration des questionnaires, les équipes en charge du travail sur le terrain ont testé la teneur en iode du sel de cuisine utilisé par les ménages et mesuré le poids et la taille des enfants de moins de 5 ans. Les détails et conclusions de ces mesures sont fournis dans les chapitres correspondants du rapport.

Formation et travail sur le terrain

La formation du personnel pour le travail sur le terrain a été réalisée pendant 21 jours en avril 2007. Cette formation comprenait des cours sur les techniques de sondage et les contenus des questionnaires ainsi que des interviews simulées entre les stagiaires pour leur permettre de s'habituer à poser des questions.

Vers la fin de la période de formation, les stagiaires ont passé 7 jours à s'exercer à mener des interviews à Nouakchott et dans la wilaya du Trarza (communes de Mederdra et de Ouad Naga).

La collecte des données

Au terme de la formation 19 équipes ont été formées, comprenant chacune trois enquêteurs, un chauffeur, et un chef d'équipe. La collecte des données sur le terrain a duré cinq mois ; elle a débuté en mai 2007 et s'est achevée en septembre 2007. Une supervision permanente a été mise en place tout le long de la période de collecte.

Traitement des données

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel CSPro sur 8 micro-ordinateurs et saisies par 16 opérateurs de saisie et 2 superviseurs de saisie des données. Afin de garantir un contrôle de la qualité, tous les questionnaires ont été saisis en double et il a été procédé à des

¹ On peut trouver le modèle de questionnaire MICS3 sur www.childinfo.org, ou dans UNICEF, 2006.

contrôles de la consistance interne. Des procédures et programmes standard élaborés dans le cadre du projet global MICS3 et adaptés au questionnaire de la Mauritanie ont été utilisés tout au long du processus. Le traitement des données a été fait de façon parallèle à la collecte des données mais avec un décalage d'un mois (en juin 2007) et s'est achevé en octobre 2007. Les données ont été analysées en utilisant le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 14, et le modèle de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés par l'UNICEF dans ce but.

III. Représentativité de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interviewées

L'échantillon de l'enquête MICS est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire de sondage est le District de Recensement (DR) tel que défini au Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2000. Au premier degré, les grappes sont tirées avec une probabilité proportionnelle à leur taille; la taille étant le nombre de ménages dans le DR en 2000. Les grands DR sont divisés en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. L'enquête MICS a mis un accent particulier sur le choix et le nombre d'unités primaires de sondage (DR), car de leur nombre dépend la précision de l'enquête. Au deuxième degré, les ménages sont tirés dans chaque strate pour constituer une liste finale des ménages à enquêter. Avant cette dernière étape, une mise à jour des DR-échantillon a été réalisée grâce à un dénombrement des ménages des DR sélectionnés. En règle générale, la taille des grappes (nombre de ménages à interviewer dans chaque segment) doit se situer entre 10 et 40 ménages et la taille de l'échantillon doit être comprise entre 2500 et 14000 ménages. Pour permettre de répondre aux besoins de programmation régionale, l'enquête MICS garantira une représentativité par wilaya. Pour des besoins spécifiques de programmation, certaines strates ont été surdimensionnées pour permettre une représentativité au niveau wilaya.

Ce chapitre analyse l'échantillon et comprend trois points : la représentativité de l'échantillon, les caractéristiques des ménages et les caractéristiques des personnes interviewées

Représentativité de l'échantillon

Sur les 10937 ménages sélectionnés pour former l'échantillon, 10616 étaient occupés et 10361 questionnaires ménages ont été entièrement remplis soit un taux de réponse de 97%. Dans les ménages sondés, 13416 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées dont 12549 ont pu être interviewées avec succès, soit un taux de réponse de 94%. En outre, pour 8981 enfants de moins de cinq ans identifiés, les questionnaires ont été remplis pour 8672, ce qui correspond à un taux de réponse de 97%. Enfin, dans un sous-échantillon de 52% des ménages, on a identifié 6246 hommes âgés de 15 à 59 ans dont 5129 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de (82%) et un taux global de (80,2 %). Il existe un écart entre le milieu urbain (86,5 %) et le milieu rural (77,2 %) dont les raisons majeures seraient que les ruraux sont pour la plupart des agriculteurs et éleveurs, souvent très mobiles et ne sont pas toujours disponibles pour les interviews (Tableau HH.1).

Il ressort du tableau HH.1, qu'il n'y a pas d'écart remarquable entre les taux de réponse des ménages, tant au niveau des wilayas qu'au niveau des milieux de résidences (urbain et rural). Il est à noter cependant que ces taux tournent autour de la moyenne nationale qui est de 98%.

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes ménages et individuelles
Nombre de ménages, femmes, hommes et enfants de moins de 5 ans, et les taux de réponse, Mauritanie, 2007

	Milieu		Wilaya													Total
	Urbain	Rural	Hodh ElCharghi	Hodh ElGharbi	Assaba	Gorgol	Brakna	Trarza	Adrar	ND B	Tagant	Guidimagha	Tiris, Zemmouir	Inchiri	Nouakchott	
Ménages																
Sélectionnés	4556	6381	898	800	1000	899	999	875	601	897	600	800	496	272	1800	10937
Occupés	4448	6168	874	785	978	883	953	831	547	862	573	788	483	267	1792	10616
Enquêtés	4334	6027	852	778	956	866	926	805	534	830	554	773	473	265	1749	10361
Taux de réponse	97,4	97,7	97,5	99,1	97,8	98,1	97,2	96,9	97,6	96,3	96,7	98,1	97,9	99,3	97,6	97,6
Femmes																
Eligibles	6127	7289	983	993	1262	1098	1147	1047	687	955	675	974	576	262	2757	13416
Enquêtées	5769	6780	921	937	1178	1015	1077	974	628	907	625	883	544	241	2619	12549
Taux de réponse	94,2	93,0	93,7	94,4	93,3	92,4	93,9	93,0	91,4	95,0	92,6	90,7	94,4	92,0	95,0	93,5
Taux de réponse global	91,7	90,9	91,3	93,5	91,2	90,7	91,2	90,1	89,2	91,4	89,5	88,9	92,5	91,3	92,7	91,3
Hommes																
Eligibles	3317	2929	375	435	489	551	349	383	303	633	262	462	332	113	1559	6246
Enquêtés	2868	2261	255	336	371	410	295	303	218	575	220	378	286	106	1376	5129
Taux de réponse	86,5	77,2	68,0	77,2	75,9	74,4	84,5	79,1	71,9	90,8	84,0	81,8	86,1	93,8	88,3	82,1
Taux de réponse global	84,4	75,4	65,7	76,1	74,2	72,8	82,1	75,3	70,7	87,8	81,9	80,8	84,1	92,4	87,1	80,2
Enfants																
Eligibles	3469	5512	784	736	940	936	884	626	335	600	311	884	308	130	1507	8981
Mères/Gardiennes enquêtées	3358	5314	736	717	915	903	870	605	323	588	302	837	302	127	1447	8672
Taux de réponse	96,8	96,4	93,9	97,4	97,3	96,5	98,4	96,6	96,4	98,0	97,1	94,7	98,1	97,7	96,0	96,6
Taux de réponse global	94,3	94,2	91,5	96,5	95,2	94,6	95,6	93,6	94,1	94,4	93,9	92,9	96,0	97,0	93,7	94,2

Caractéristiques des ménages

La distribution par âge et par sexe de la population touchée par l'enquête est fournie dans le tableau HH.2. Cette distribution est également utilisée pour produire la pyramide des âges dans le graphique HH.1. Dans les 10361 ménages enquêtés, 59572 membres de ménage ont été répertoriés dont 28706 hommes et 30866 femmes, ce qui représente 48% d'hommes et 52% de femmes.

Groupes d'âge	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%		
0-4	4726	16,5	4506	14,6	9231	15,5
5-9	5036	17,5	4938	16,0	9973	16,7
10-14	4060	14,1	4005	13,0	8065	13,5
15-19	2716	9,5	3035	9,8	5751	9,7
20-24	2114	7,4	2868	9,3	4982	8,4
25-29	1566	5,5	2079	6,7	3645	6,1
30-34	1437	5,0	1904	6,2	3340	5,6
35-39	1328	4,6	1651	5,3	2979	5,0
40-44	1141	4,0	1261	4,1	2403	4,0
45-49	1105	3,8	1004	3,3	2108	3,5
50-54	873	3,0	1258	4,1	2131	3,6
55-59	597	2,1	691	2,2	1289	2,2
60-64	695	2,4	587	1,9	1282	2,2
65-69	457	1,6	408	1,3	865	1,5
70+	806	2,8	646	2,1	1452	2,4
Groupe d'âge de dépendance						
<15	13822	48,2	13448	43,6	27270	45,8
15-64	13572	47,3	16339	52,9	29911	50,2
65+	1263	4,4	1054	3,4	2317	3,9
Enfants âgés de 0-17 ans	15552	54,2	15369	49,8	30920	51,9
Adultes 18 ans et +	13154	45,8	15497	50,2	28651	48,1
Total	28706	100,0	30866	100,0	59572	100,0

Les résultats de l'enquête indiquent également que la taille moyenne des ménages est de 5,7 individus. Les données de ce tableau HH.2 montrent que les effectifs de population de moins de 15 ans représentent près de 50 % de la population mauritanienne, une des caractéristiques des pays à forte fécondité.

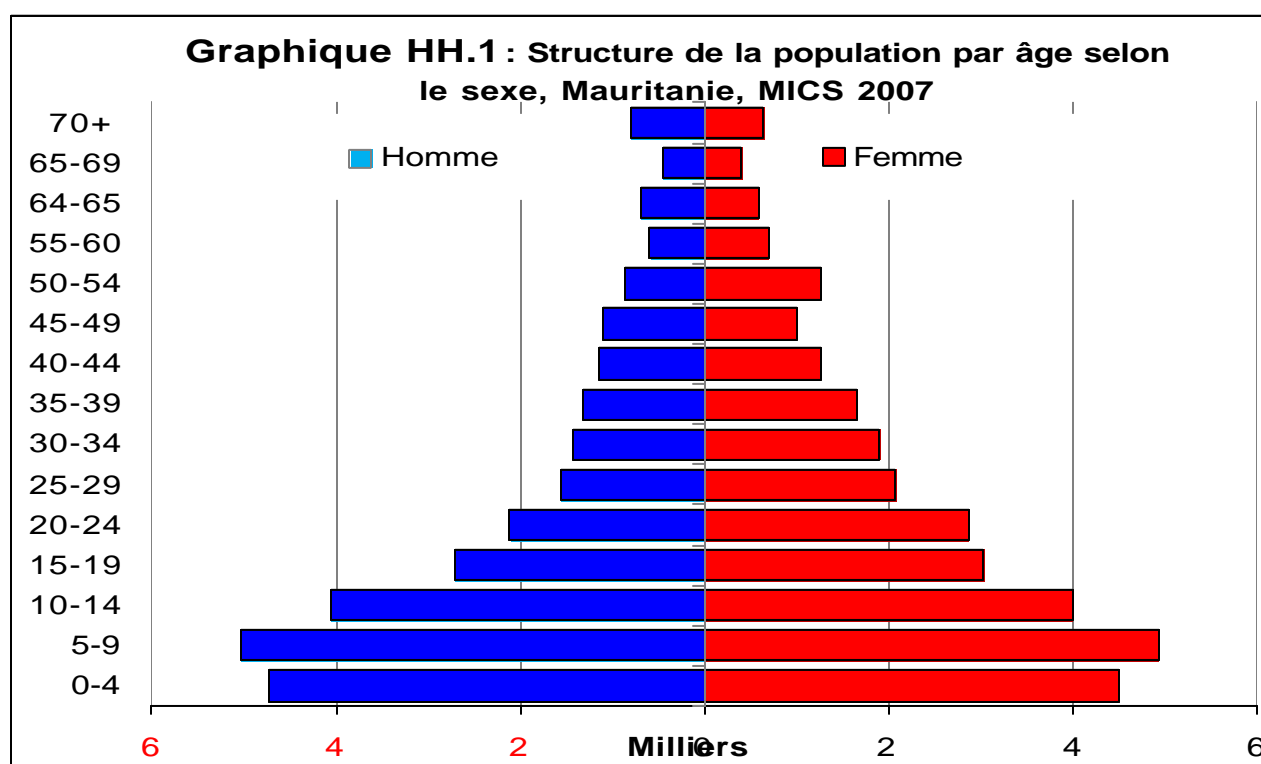
La structure par âge déterminée lors de la MICS3 est très similaire à celle observée par l'EDSM 2000-2001 (cf. tableau HH.2a). Par ailleurs dans les 2 cas, la population féminine en âge d'activité (15-64 ans) demeure plus importante que celle des hommes du même groupe d'âge.

La structure par âge et par sexe est également illustrée par la pyramide des âges de la population dans le graphique HH.1. Cette pyramide des âges présente une allure régulière caractérisée par une base large avec une forte population de moins de 20 ans représentant plus de la moitié de la population et un sommet rétréci à cause de la mortalité élevée des adultes. Cependant on constate un très grand rétrécissement de la base.

Tableau HH.2a : Répartition (en %) de la population par groupes d'âges spécifiques selon différentes sources						
Groupe d'âges	EDSM 2000-01			MICS 2007		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<15	47,6	43,8	45,6	48,2	43,6	45,8
15-64	47,6	52,1	50,0	47,3	52,9	50,2
65+	4,8	4,1	4,4	4,4	3,4	3,9

A l'exception des enfants de moins de cinq ans, les âges des hommes en général sont mieux déclarés que ceux des femmes. Toutefois, pour les personnes qui n'ont pas une idée précise de leur âge, on a constaté qu'il existe une tendance à déclarer les âges ronds (terminés par zéro ou multiples de cinq). De plus, on a noté un pic chez les femmes du groupe d'âge 50-54 ans et chez les enfants de 5-9 ans et un creux pour les femmes de 15-19 ans (tableau DQ.1 en annexe D). Cela est dû aux manipulations suivantes effectuées par les agents enquêteurs pour diminuer leur charge de travail :

- le vieillissement simple des femmes de 45-49 ans en les classant dans la tranche d'âges 50-54 ans ;
- le vieillissement des enfants de 0-4 ans en les renvoyant dans la tranche d'âges 5-9 ans ;
- le rajeunissement des femmes de 15-19 ans en les faisant passer dans la tranche d'âges 10-14 ans.



Le tableau HH.3 fournit des informations sur la composition des ménages selon leurs caractéristiques sociodémographiques et contextuelles ; il s'agit du sexe du chef de ménage, de la wilaya, du milieu de résidence et de la taille du ménage. Les nombres pondérés et non pondérés des ménages sont égaux, puisque les pondérations de l'échantillonnage ont été normalisées (voir Annexe A).

Les données de ce tableau font ressortir que 73% des ménages sont dirigés par des hommes contre 27% dirigés par des femmes. Les ménages enquêtés sont relativement plus nombreux en milieu rural (environ 56 %) qu'en milieu urbain (44 % environ). Par ailleurs, il est à mentionner que les ménages composés de 4-5 personnes (28 %) et ceux de 6-7 personnes (24% environ) sont les plus nombreux. Les ménages de petite taille (une personne) sont en faible proportion (moins de 5%).

Tableau HH.3: Composition du ménage			
Répartition en pourcentage des ménages selon certaines caractéristiques, Mauritanie, 2007			
	Pourcentage pondéré	Nombre de ménages pondéré	Nombre de ménages non pondéré
Sexe du chef du ménage			
Masculin	73,0	7568	7635
Féminin	27,0	2793	2726
Wilaya			
Hodh Echarghi	11,8	1218	852
Hodh ELGharbi	8,8	913	778
Assaba	10,2	1056	956
Gorgol	8,3	857	866
Brakna	8,6	887	926
Trarza	11,1	1154	805
Adrar	2,5	261	534
Nouadhibou	3,9	407	830
Tagant	3,2	326	554
Guidimagha	4,7	491	773
Tiris Zemmour	1,9	192	473
Inchiri	0,4	38	265
Nouakchott	24,7	2560	1749
Milieu de résidence			
Urbain	44,4	4598	4334
Rural	55,6	5763	6027
Nombre des membres du ménage			
1	4,7	486	576
2-3	19,1	1983	2026
4-5	28,0	2900	2860
6-7	23,6	2449	2424
8-9	14,2	1473	1464
10+	10,3	1070	1011
Total	100,0	10361	10361

Le tableau HH.3a permet de connaître la proportion des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans (environ 84 %), la proportion des ménages ayant au moins un enfant de moins de cinq ans (56 % environ) et la proportion des ménages ayant au moins une femme éligible de 15 à 49 ans (environ 84 %).

Tableau HH.3a: Composition du ménage (suite)

Répartition en pourcentage des ménages selon certaines caractéristiques, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre de ménages pondéré	Nombre de ménages non pondéré
Au moins un enfant age de < 18 ans	84,4	10361	10361
Au moins un enfant age < 5 ans	56,1	10361	10361
Au moins une femme âgée de 15-49 ans	84,1	10361	10361

Caractéristiques des personnes interviewées

Les tableaux HH.4 et HH.5 fournissent des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles (selon la wilaya, le milieu de résidence (urbain/rural), l'âge, la situation matrimoniale, le statut de mère, l'éducation⁶ et l'indice de richesse⁷) des femmes âgées de 15 à 49 ans, des hommes âgés de 15 à 59 ans et des enfants de moins de cinq ans. Dans ces deux tableaux, le nombre total d'observations pondérées et le nombre total d'observations non pondérées sont égaux, puisque la pondération des échantillons a été normalisée (standardisée).

Les résultats figurés au Tableau HH.4 indiquent que plus de la moitié (57%) des femmes ont un âge compris entre 15-29 ans et qu'un peu plus de leur moitié (environ 51 %) résident dans le milieu rural. Par ailleurs, du point de vue wilaya, la proportion des femmes interviewées est plus élevée à Nouakchott (29 %), suivie par le Trarza (11%), le Hodh El Charghi et l'Assaba (environ 10 % pour chacune des deux wilayas). La plus faible proportion est observée dans la wilaya d'Inchiri (0,3%).

Par ailleurs, les femmes de 15-49 ans interviewées présentent les caractéristiques suivantes :

- 1) près de trois cinquièmes des femmes (59 % environ) sont actuellement mariées ;
- 2) environ deux tiers des femmes (près de 64 %) ont déjà donné naissance à un enfant ;
- 3) près d'un quart des femmes (environ 24 %) n'ont aucun niveau d'instruction ;
- 4) plus d'un tiers des femmes (environ 35 %) sont pauvres.

Pour les hommes (âgés de 15 à 59 ans) interviewés, on constate que plus des trois cinquièmes résident dans le milieu rural (60%) contre environ deux cinquièmes (40%) dans le milieu urbain. Au niveau des wilayas, la proportion des hommes interviewés est plus élevée à Nouakchott (25% environ), suivie par le Trarza et le Gorgol (environ 11% pour chacune), le Hodh El Gharbi et l'Assaba (environ 10 % pour chacune), alors que la plus faible proportion est observée dans la wilaya d'Inchiri (0,2%). Quant au niveau d'instruction, on note qu'environ 20% des hommes n'ont aucun niveau d'instruction contre 25% qui ont un niveau primaire et 27% environ qui ont niveau

⁶ Dans tout le rapport, le terme "éducation" fait référence au niveau d'instruction des personnes enquêtées.

⁷ Une analyse des composantes de base a été effectuée en utilisant les informations sur la propriété des biens et des équipements des ménages (terre et bétail non compris) afin d'assigner des coefficients de pondération aux biens de chaque ménage et d'obtenir des scores de richesse pour chaque ménage de l'échantillon. Les biens utilisés dans le calcul de l'indice de richesse sont les suivants : sources d'approvisionnement en eau, type d'installations sanitaires, mode d'évacuation des eaux usées, nombre de pièces utilisées pour dormir, nature du sol-mur-toit du logement, type de source d'énergie utilisée pour l'éclairage et la cuisson des aliments, quelques biens possédés (voir le questionnaire en annexe F). L'indice de richesse a pour but de produire un classement des ménages selon leur richesse, des plus pauvres au plus riches.

d'instruction secondaire ou plus. L'indice de richesse n'affiche pas d'écarts importants : (22%) pour les hommes les plus pauvres contre (22%) pour les plus riches.

Tableau HH.4: Caractéristiques individuelle des femmes et des hommes						
Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques individuelles, Mauritanie, 2007				Répartition en pourcentage des hommes de 15-59 ans selon les caractéristiques individuelles, Mauritanie, 2007		
Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré de femmes	Nombre non pondéré de femmes	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré des hommes	Nombre non pondéré des hommes
Wilaya						
Hodh ECharghi	10,2	1276	921	10,3	516	243
Hodh ELGharbi	8,4	1059	937	9,6	477	332
Assaba	10,1	1273	1178	10,1	505	357
Gorgol	7,9	990	1015	10,5	522	401
Brakna	7,9	996	1077	6,2	308	289
Trarza	10,8	1361	974	10,8	536	294
Adrar	2,5	311	628	2,5	123	211
Nouadhibou	3,5	434	907	3,7	183	564
Tagant	2,9	363	625	3,2	161	212
Guidimagha	4,5	565	883	6,2	308	369
Tiris Zemmour	1,7	216	544	1,7	85	280
Inchiri	0,3	36	241	0,2	12	106
Nouakchott	29,2	3670	2619	25,1	1252	1331
Milieu de résidence						
Urbain	48,9	6140	5769	39,6	1977	2795
Rural	51,1	6409	6780	60,4	3012	2194
Age						
15-19	21,7	2727	2696	21,1	1054	988
20-24	20,8	2606	2564	15,4	769	797
25-29	15,1	1898	1897	11,5	573	603
30-34	13,9	1743	1774	11,1	555	583
35-39	12,0	1507	1521	11,2	561	565
40-44	9,1	1147	1148	9,2	458	456
45-49	7,3	920	949	9,4	468	448
50-54	-	-	-	6,2	309	318
55-59	-	-	-	4,8	242	231
Statut matrimonial						
Actuellement mariée	58,6	7351	7424	-	-	-
Veuve	1,9	244	238	-	-	-
Divorcée	11,1	1394	1385	-	-	-
Célibataire	28,4	3560	3502	-	-	-
Statut de mère						
A déjà donné naissance	63,5	7967	8033	-	-	-
N'a jamais donné	36,5	4582	4516	-	-	-
Niveau d'Instruction						
Sans instruction	23,5	2944	3066	20,3	1010	912
Primaire	32,6	4096	4173	25,0	1248	1296
Secondaire & +	20,3	2548	2506	27,3	1362	1633
Coranique/Mahadra	23,3	2923	2766	26,9	1340	1120
Indice de richesse						
Plus pauvre	17,8	2234	2253	22,4	1115	787
Pauvre	17,5	2190	2276	18,5	925	704
Moyen	18,8	2364	2480	18,2	906	829
Riche	22,0	2765	2627	19,3	962	1089
Plus riche	23,9	2997	2913	21,7	1081	1580
Total	100,0	12549	12549	100,0	4989	4989

Le tableau ci-dessous présente la situation des enfants de moins de 5 ans. Il ressort que les proportions de filles (51%) sont légèrement plus élevées que celles des garçons (49%) et que la majorité des enfants de moins de cinq ans réside dans le milieu rural (59 %). Au niveau des wilayas, on constate que les enfants de moins de 5 ans touchés par l'enquête résident en grande partie dans la wilaya de Nouakchott (environ 24 %), suivie par le Hodh El Charghi (environ 12 %) et l'Assaba (environ 11 %). La proportion la plus faible (moins de 1%) est enregistrée dans la wilaya d'Inchiri qui est la moins peuplée de Mauritanie. Près d'un tiers (31 %) des enfants de moins de cinq ans ont une mère n'ayant aucun niveau d'instruction et 27% ont une mère qui a le un niveau Coranique/Mahadra. Parmi les mères ayant reçu une instruction, celles qui ont le niveau primaire sont les plus nombreuses (29% environ). Par ailleurs, les données montrent que près de la moitié des enfants vivent dans des ménages considérés comme pauvre ou très pauvre.

Tableau HH.5 : Caractéristiques individuelles des enfants de moins de 5 ans

Répartition en pourcentage enfants de moins de 5 ans d'âge selon les caractéristiques individuelles, Mauritanie, 2007			
Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré des enfants de moins de 5 ans	Nombre non pondéré des enfants de moins de 5 ans
Sexe			
Masculin	51,1	4429	4431
Féminin	48,9	4241	4240
Wilaya			
Hodh Echarghi	12,1	1052	736
Hodh ELGharbi	9,4	812	717
Assaba	11,1	963	915
Gorgol	10,0	869	903
Brakna	9,2	796	870
Trarza	9,7	841	605
Adrar	1,8	154	323
Nouadhibou	3,3	282	588
Tagant	2,0	170	302
Guidimagha	6,0	524	837
Tiris Zemmour	1,4	118	302
Inchiri	0,2	18	127
Nouakchott	23,9	2072	1447
Milieu de residence			
Urbain	41,4	3594	3358
Rural	58,6	5078	5314
Age			
< 6 mois	10,4	902	915
6-11 mois	11,7	1014	1016
12-23 mois	19,4	1681	1677
24-35 mois	21,0	1822	1831
36-47 mois	21,0	1823	1806
48-59 mois	16,3	1415	1417
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	31,0	2689	2822
Primaire	29,1	2520	2550
Secondaire & +	12,2	1061	1040
Coranique/Mahadra	27,4	2379	2238
Indice de richesse			
Plus pauvre	24,9	2159	2168
Pauvre	19,9	1729	1801
Moyen	18,7	1620	1661
Riche	18,8	1629	1541
Plus riche	17,7	1534	1501
Total	100,0	8672	8672

IV. Mortalité infantile

L'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'un Monde digne des enfants, est de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. En particulier, les OMD prônent la réduction de la mortalité infanto-juvénile de deux tiers entre 1990 et 2015. Le suivi des progrès vers cet objectif est une tâche importante mais difficile. L'évaluation de la mortalité infantile semble aisée, mais les tentatives d'utiliser des questions directes telles que, « un membre de ce ménage est-il décédé l'année dernière ? » donnent des résultats inexacts. L'utilisation d'évaluations directes de la mortalité infantile à partir des naissances est très onéreuse en ressources financières, matérielles et humaines. Au contraire, les méthodes indirectes mises au point pour calculer les taux de mortalité infantile donnent des estimations fiables comparables à celles obtenues à partir d'autres sources. Les méthodes indirectes permettent de minimiser les biais liés aux trous de mémoire, des définitions inexactes ou mal interprétées et des mauvaises techniques de sondage.

Méthodologie

Le taux de mortalité infantile est la probabilité qu'un enfant meure avant son premier anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité qu'un enfant meure avant son cinquième anniversaire. Dans le cadre des enquêtes de type MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass (Nations Unies, 1983 ; 1990a ; 1990b). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les groupes d'âge quinquennaux de femmes âgées de 15 à 49 ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés, également pour les groupes d'âge quinquennaux de ces femmes. Cette technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte aussi bien des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir, en supposant un type de mortalité particulière selon le groupe d'âge. Sur la base des informations recueillies précédemment sur la mortalité en Mauritanie, le modèle Nord des tables-types de Coale et Demeny a été sélectionné comme le plus approprié.

Niveau de la mortalité selon les caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge inférieure à 5 ans constitue un groupe vulnérable, victime d'une forte morbidité et d'une mortalité importante dont les déterminants culturels, sociaux et économiques font l'objet de programmes de contrôle pour améliorer la survie de ces enfants. Les indicateurs de mortalité de ce groupe constituent de très bonnes mesures du niveau de développement d'un pays.

Le Tableau CM.1 présente des estimations de la mortalité infantile selon des caractéristiques diverses telles que le sexe de l'enfant, la wilaya ou le milieu de résidence, l'éducation de la mère, le niveau de pauvreté, alors que le Tableau CM.2 présente les données de base utilisées dans le calcul des taux de mortalité pour le total national.

Les estimations ont été calculées en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et se rapportent à la mi-2002. Le taux de mortalité infantile est estimé à 77 pour mille, alors que celui de la mortalité infanto juvénile tourne autour de 122 pour mille. Ces taux sont presque les mêmes (Tableau CM.2) que ceux de l'EMIP 2003-04 (respectivement de 78 pour mille et de 123 pour mille).

Tableau CM.1: Mortalité des enfants		
Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, Mauritanie, 2007		
Caractéristiques	Taux de mortalité infantile*	Taux de mortalité infanto-juvénile**
Sexe		
Masculin	86,4	134,8
Féminin	67,2	108,4
Wilaya		
Hodh Echarghi	90,7	146,9
Hodh ELGharbi	66,9	103,9
Assaba	67,6	105,3
Gorgol	87,7	141,2
Brakna	77,4	122,7
Trarza	72,4	113,7
Adrar	80,6	128,5
Nouadhibou	56,6	85,8
Tagant	71,4	112,1
Guidimagha	103,2	170,1
Tiris Zemmour	67,9	105,9
Inchiri	92,3	150,1
Nouakchott	68,5	106,9
Milieu de résidence		
Urbain	72,3	113,6
Rural	79,9	127,2
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	74,6	117,7
Primaire	73,5	115,7
Secondaire & +	58,1	88,5
Coranique / Mahadra	86,0	138,0
Indice de richesse		
Plus pauvre	89,2	144,0
Pauvre	82,7	132,2
Moyen	69,9	109,4
Riche	74,9	118,2
Plus riche	57,4	87,4
Total	77,0	122,0
* MICS indicator 2; MDG indicator 14 ** MICS indicateur 1; OMD indicateur 13		

Sexe de l'enfant

Du point de vue du sexe, comme dans la plupart des populations, la mortalité infantile est plus élevée chez les garçons (86 pour mille) que chez les filles (67 pour mille) soit une différence de 22%. Le même comportement est encore observé chez les enfants de moins de 5 ans : 135 pour mille chez les garçons contre environ 108 pour mille chez les filles.

Milieu de résidence et zones

Du point de vue du milieu de résidence, la mortalité infantile dans le milieu urbain (environ 72 pour mille) est moins forte que celle dans le milieu rural (environ 80 pour mille). Le taux de mortalité infanto-juvénile varie de 114 pour mille en milieu urbain à 127 pour mille en milieu rural, soit une différence de 10%.

La mortalité infantile et infanto-juvénile a été estimée séparément selon les wilayas du pays (régions). Pour certaines wilayas, les résultats obtenus ne semblaient pas significatifs, il a donc été décidé de faire des regroupements des wilayas. Pour faciliter la comparabilité avec les enquêtes EDSM et EMIP, le découpage fait au niveau de ces deux enquêtes a été retenu : zone Sud-Est (Hodh Charghi et Hodh Gharbi) ; zone Centre (Tagant et Assaba) ; zone Fleuve (Trarza, Gorgol, Guidimagha, Brakna) ; zone Nord (Dakhlet Nouadhibou, Tiris Zemmour, Adrar, Inchiri) et Nouakchott. On note que les probabilités de décès de nourrissons et d'enfants de moins de cinq ans varient sensiblement entre les zones. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus élevés sont enregistrés dans la zone du fleuve (respectivement 85 pour mille et 136 pour mille), alors que les taux les plus faibles (respectivement 67 pour mille et 105 pour mille) se trouvent dans la zone Nord.

Instruction de la mère

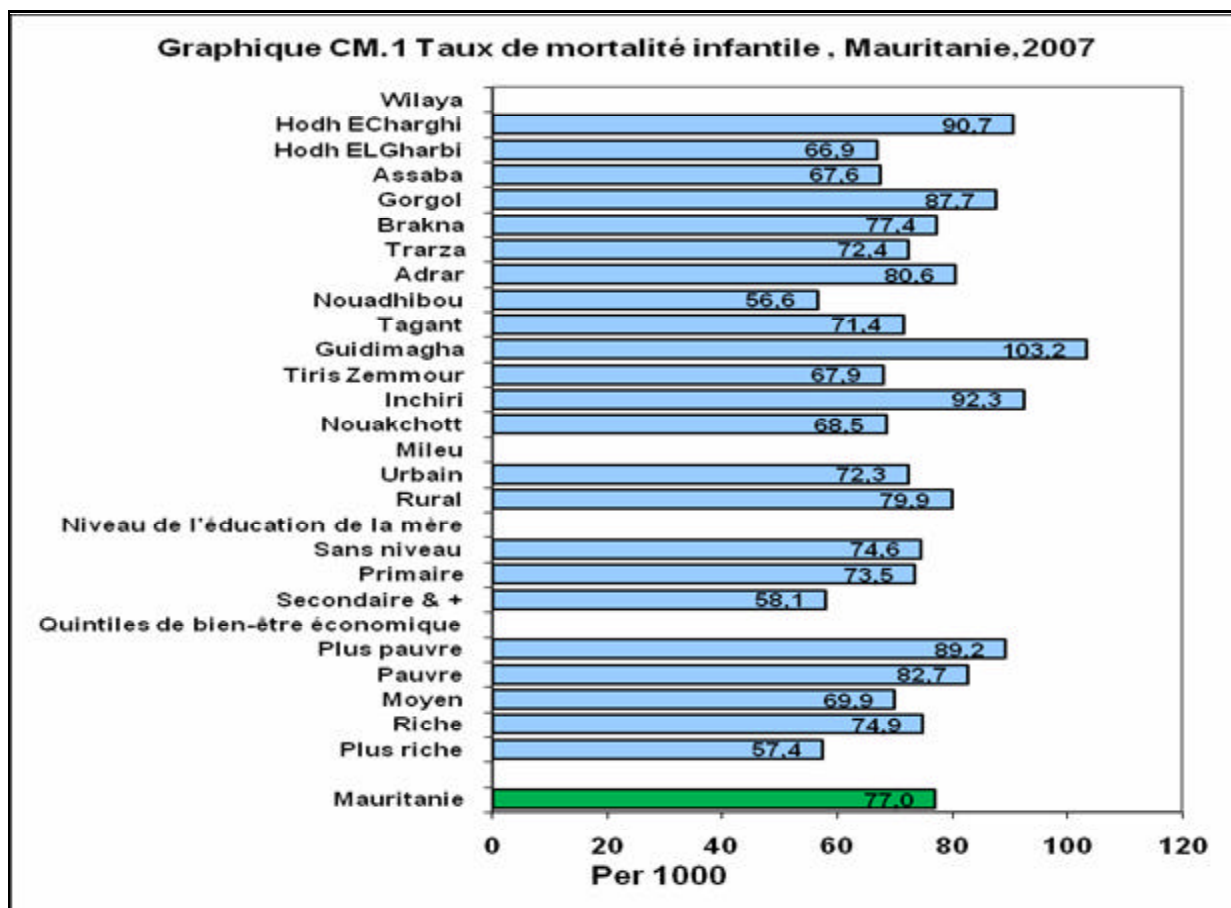
Le niveau d'instruction de la mère a une très grande influence sur la probabilité de décès des enfants. Un enfant dont la mère est sans instruction est beaucoup plus exposé au risque de mourir avant le premier anniversaire et avant cinq ans (respectivement 75 pour mille et 118 pour mille, niveaux similaires à ceux enregistrés pour les mères ayant seulement le niveau primaire) qu'un enfant dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus (58 pour mille pour la mortalité infantile et 89 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile).

Par ailleurs, on constate que pour les enfants de moins de cinq ans, la probabilité de mourir est plus élevée chez ceux dont la mère a le niveau d'instruction coranique ou mahadra comparativement à ceux dont la mère n'a pas de niveau d'instruction, surtout en ce qui concerne la mortalité juvénile qui monte jusqu'à 138 pour mille.

Indice de richesse

Pour l'indice de richesse, les probabilités de mourir des enfants de moins de cinq ans vivant dans les ménages les plus riches sont considérablement plus faibles que la moyenne nationale. La mortalité infantile varie considérablement d'environ 57 pour mille chez les ménages les plus riches à près de 89 pour mille chez les plus pauvres enregistrant une différence de 32%. Egalement, la probabilité de mourir des moins de cinq ans varie de 87 pour mille chez les plus riches à 144 pour mille chez les plus pauvres.

Les différentiels de la mortalité dans l'enfance selon les caractéristiques du milieu sont également présentés dans le Graphique CM.1.



En conclusion, les meilleures conditions de vie, le niveau d'instruction de la mère, le milieu de résidence et l'indice de richesse expliquent l'essentiel de ces différences de mortalité infantile et infanto-juvénile.

Tendance et évolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Le tableau CM.1a donne les niveaux de la mortalité infantile et infanto-juvénile estimés à partir de l'enquête MICS 2007, de l'Enquête sur la Mortalité et le Paludisme (EMIP 2003-04), et de l'Enquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité en 1981. Il est à noter que les deux enquêtes démographiques ont calculé les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies auprès des mères des enfants tandis que l'enquête MICS3- 2007 a utilisé la méthode de Brass décrite ci-dessus.

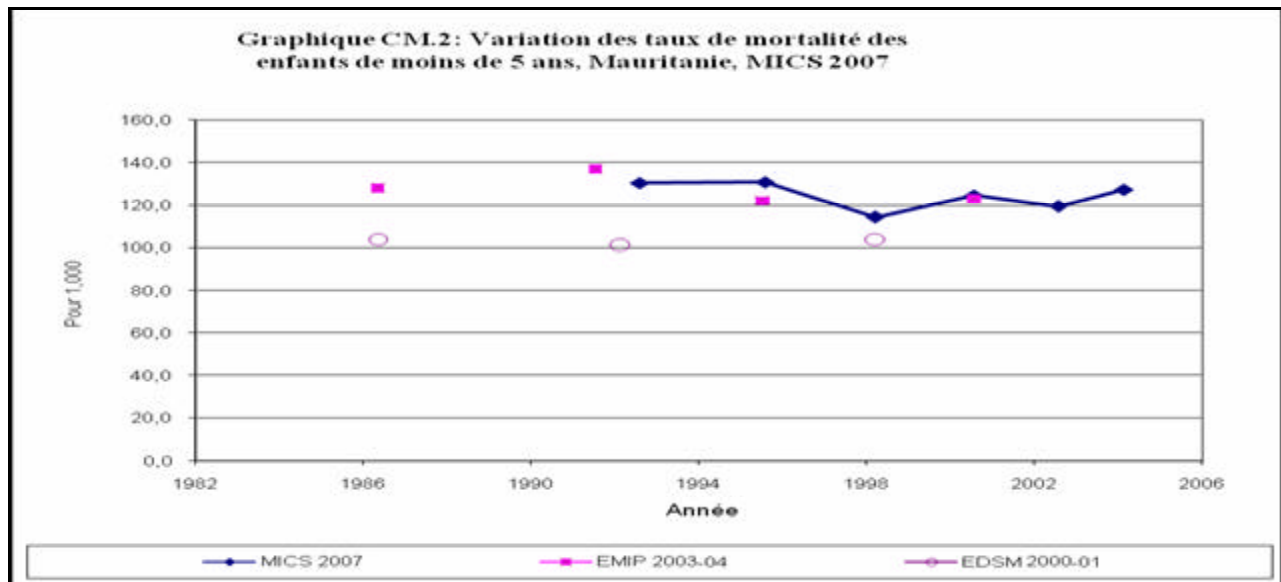
Tableau CM.1a. Evolution du quotient de mortalité infantile, du quotient de mortalité juvénile entre 1981 et 2004.				
Quotient de Mortalité	ENMF 1981	EMIP 2004	MICS 2007	Réduction(en %) entre 1981- 2007
Infantile (${}_1Q_0$)	91	78	77	15
Infanto-juvénile (${}_5Q_0$)	185	123	122	34

Les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile pour MICS 2007 ont été calculés en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et

se rapportent au milieu de l'année 2002 alors que les niveaux estimés dans les deux enquêtes démographiques concernent les périodes de 0 à 5 ans avant les enquêtes réalisées en 2000 et 2003 ce qui correspond aux périodes de 1976-1980 pour l'ENMF de 1998-2002 pour l'EMIP.

D'après le tableau CM.1a, on constate que la mortalité infantile a enregistré une légère baisse de 15% au cours des vingt six dernières années. Le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans par contre a connu une baisse régulière et sensible pendant ce temps passant de 185 pour mille au cours de la période 1978-1980, à 123 pour mille pendant la période 1996-1999 et à 122 pour mille en 2002.

Le graphique CM.2 présente encore les tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au cours des vingt dernières années selon les résultats de différentes enquêtes : MICS 2007, EDSM 2000-01(Enquête Démographique et de Santé) et l'enquête sur la mortalité et le paludisme (EMIP 2003-04). On constate ici que l'essentiel de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans serait produite avant les années 2000, la mortalité se stabilise presque par la suite. On constate également au graphique CM.2 la sous-estimation très importante des niveaux de mortalité observés au cours de l'EDSM, ces niveaux se situant entre 15% et 20% en dessous de ceux estimés à l'EMIP 2003 et MICS 2007. Une analyse approfondie et séparée devrait être entreprise pour expliquer les déterminants et les causes de ces baisses.



V. Nutrition

Etat nutritionnel

L'état nutritionnel des enfants reflète leur santé générale. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, qu'ils ne sont pas exposés à des maladies répétées et que l'on s'occupe bien d'eux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

La malnutrition est associée au tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, soit environ 3,5 millions (The Lancet, janvier 2008). Les enfants en état de malnutrition ont plus de chances de mourir des maladies communes de l'enfance et ceux qui survivent souffrent de maladies répétées et de retard de croissance et des millions d'entre eux sont handicapés à vie en raison des effets physiques et mentaux d'un faible apport nutritionnel durant les premiers mois de la vie. Trois quarts des enfants qui sont morts de causes liées à la malnutrition n'étaient que légèrement ou modérément malnutris – c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas de signes extérieurs de leur vulnérabilité. Un des Objectifs du Millénaire pour le développement est de réduire de moitié la proportion des personnes souffrant de la faim entre 1990 et 2015. L'objectif d'un Monde digne des enfants est de réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'au moins d'un tiers (entre 2000 et 2010), en accordant une attention particulière aux enfants de moins de deux ans. Une réduction de la prévalence de la malnutrition contribuera à atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité dans l'enfance.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée en comparant les enfants avec une population standard. La population de référence utilisée dans ce rapport est la norme OMS/CDC/NCHS, qui a été recommandée pour l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé. La nouvelle norme de croissance de l'OMS 2005 est présentée au niveau de l'annexe G juste pour la comparaison éventuelle mais ne fait pas l'objet de commentaire. C'est donc l'ancienne méthode (très utilisée jusque-là) qui est traitée ici.

Le poids pour âge est une mesure de la malnutrition pondérale. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale modérée* alors que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale sévère*.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et comme souffrant de *malnutrition chronique* ou d'un *retard de croissance modéré*. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrants de malnutrition chronique ou d'un *retard de croissance sévère*. Le retard de croissance reflète une malnutrition chronique due à l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes.

Enfin, les enfants dont **le poids pour la taille** est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme atteints de *malnutrition aiguë* ou émaciés de façon modérée, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrants de malnutrition aiguë sévère ou émaciée de façon sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes associées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou la prévalence des maladies ou des événements exceptionnels comme les inondations par exemple.

Dans le cadre de l'enquête MICS, les poids et les tailles des enfants sont mesurés en utilisant l'équipement anthropométrique recommandé par l'UNICEF (UNICEF, 2006). Les conclusions de ce chapitre sont basées sur les résultats de ces mesures.

Dans le Tableau NU.1w, les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (approximativement 7%) et ceux dont les mesures se situent en dehors de la fourchette plausible sont exclus. En outre, un petit nombre d'enfants dont les dates de naissance ne sont pas connues (2%) ne sont pas pris en compte. Approximativement 13% des cas ont été exclus de l'analyse.

Tableau NU.1w : Mesures anthropométriques					
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec poids ou taille manquants, Mauritanie, 2007					
Caractéristiques	Enfants pas mesurés	Mois ou année naissance manquant	Autres cas exclus	Nombre de cas exclus de l'analyse	Nombre d'enfants
Sexe					
Masculin	7,3	1,8	3,6	12,7	4429
Féminin	7,4	1,9	3,2	12,5	4241
Wilaya					
Hodh ECharghi	7,5	0,1	3,7	11,4	1052
Hodh ELGharbi	6,6	0,7	2,8	10,0	812
Assaba	7,2	0,1	3,6	10,9	963
Gorgol	7,9	0,1	3,4	11,4	869
Brakna	8,5	6,9	2,9	18,3	796
Trarza	4,0	1,0	2,6	7,6	841
Adrar	9,9	0,5	1,5	12,0	154
Nouadhibou	3,1	0,4	3,4	6,9	282
Tagant	5,9	0,3	4,5	10,8	170
Guidimagha	4,4	2,0	4,8	11,2	524
Tiris Zemour+Inchiri	4,7	,4	3,2	8,2	136
Nouakchott	9,8	3,7	3,6	17,1	2072
Milieu de résidence					
Urbain	7,9	2,6	3,5	14,1	3594
Rural	7,0	1,3	3,3	11,6	5078
Age					
< 6 mois	6,4	0,4	8,4	15,3	902
6-11 mois	4,9	0,6	3,8	9,3	1014
12-23 mois	6,2	1,2	3,4	10,8	1681
24-35 mois	9,7	1,4	2,0	13,1	1822
36-47 mois	7,5	2,7	2,3	12,4	1823
48-59 mois	7,9	3,7	3,2	14,8	1415
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	7,6	3,1	3,5	14,3	2689
Primaire	7,4	1,7	4,1	13,2	2520
Secondaire & +	7,2	1,1	3,6	11,9	1061
Coranique/Mahadra	7,1	1,0	2,4	10,4	2379
Indice de richesse					
Plus pauvre	7,8	0,7	3,0	11,5	2159
Pauvre	6,2	1,8	3,4	11,4	1729
Moyen	8,4	2,6	4,4	15,4	1620
Riche	6,9	2,5	3,1	12,5	1629
Plus riche	7,4	2,1	3,2	12,7	1534
Total	7,4	1,9	3,4	12,6	8672

Le Tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés selon le statut nutritionnel, sur la base des mesures anthropométriques prises durant le travail sur le terrain.

En Mauritanie, près d'un enfant de moins de cinq ans sur trois souffre d'insuffisance pondérale modérée (30%) et 7% sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère (Tableau NU.1). Plus d'un quart des enfants (27%) souffrent d'un retard de croissance modéré ou

sont trop courts pour leur âge et environ 11% sont atteints d'un retard de croissance sévère. Près de 12% des enfants sont atteints de malnutrition aiguë globale modérée (ils sont émaciés ou trop maigres pour leur taille) et 2% sont atteints de malnutrition aiguë sévère. Il s'agit d'une situation nationale attendue pour la saison de recueil de données correspondant à celle dite de soudure ou de faible disponibilité alimentaire particulièrement dans les zones rurales.

Tableau NU.1: Malnutrition de l'enfant

Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément mal nourris, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Poids pour âge: % dessous -2 SD	Poids pour âge: % dessous -3 SD*	Taille pour âge: % dessous -2 SD	Taille pour âge: % dessous -3 SD**	Poids pour taille: % dessous -2 SD	Poids pour taille: % dessous -3 SD***	Poids pour taille: % dessus +2 SD	Nombre d'enfants
Sexe								
Masculin	30,8	6,7	27,2	10,6	12,6	1,8	1,2	3903
Féminin	28,8	7,6	26,2	10,5	11,2	1,4	1,5	3759
Wilaya								
Hodh ECharghi	37,3	7,8	32,3	12,8	11,3	1,9	0,7	939
Hodh ELGharbi	32,1	8,7	30,6	11,7	9,7	0,9	1,2	744
Assaba	36,9	10,1	30,7	11,8	15,7	2,1	1,1	866
Gorgol	40,7	12,3	30,8	13,0	20,4	2,6	1,0	777
Brakna	33,5	8,9	25,5	10,8	17,9	3,1	1,5	654
Trarza	24,0	4,4	22,9	7,3	10,9	1,2	1,1	788
Adrar	34,8	9,1	33,3	10,6	12,0	1,4	1,2	136
Nouadhibou	14,0	1,7	18,2	7,1	4,4	0,8	2,7	264
Tagant	40,2	11,4	36,1	15,5	13,3	2,1	3,1	154
Guidimagha	41,8	12,0	34,5	19,3	16,0	2,4	0,7	466
Tiris Zemour+Inchiri	27,4	5,4	32,2	12,3	5,7	1,4	1,4	128
Nouakchott	15,8	2,1	18,0	6,2	6,1	0,7	1,8	1744
Milieu de résidence								
Urbain	20,1	3,8	20,7	7,3	8,5	1,1	1,9	3130
Rural	36,5	9,5	30,9	12,8	14,3	2,0	0,9	4531
Age								
< 6 mois	6,3	0,7	6,8	1,4	5,9	0,5	3,2	781
6-11 mois	21,8	3,3	12,0	2,7	13,5	2,3	1,6	928
12-23 mois	38,7	9,9	30,6	10,7	21,0	3,4	1,4	1512
24-35 mois	34,8	8,5	28,6	11,0	11,6	1,4	0,9	1605
36-47 mois	31,2	8,1	33,3	15,5	8,5	0,7	1,0	1605
48-59 mois	31,6	7,7	34,9	15,2	8,2	1,1	0,7	1224
Niveau d'instruction de la mère								
Sans instruction	35,8	10,1	30,1	13,0	14,3	2,1	0,9	2326
Primaire	27,3	6,2	24,7	9,9	11,4	1,8	1,6	2214
Secondaire & +	14,6	2,4	16,6	5,3	6,7	0,4	1,8	947
Coranique/Mahadra	32,8	7,1	29,8	10,9	12,1	1,5	1,3	2155
Indice de richesse								
Plus pauvre	39,6	10,9	32,9	14,2	15,0	2,1	0,8	1932
Pauvre	39,4	10,5	32,4	14,0	16,5	2,3	1,0	1546
Moyen	31,3	7,7	27,9	10,6	13,1	1,8	1,3	1389
Riche	20,5	3,0	20,2	6,7	7,6	0,9	1,6	1440
Plus riche	13,4	1,8	17,1	5,6	5,6	0,7	2,2	1354
Total	29,8	7,1	26,7	10,6	11,9	1,6	1,3	7661
* MICS indicateur 6; OMD indicateur 4 ** MICS indicateur 7 *** MICS indicateur 8								

Le pourcentage d'enfants avec insuffisance pondérale est le plus élevé (supérieur à 30%) dans les régions du centre (Assaba, Tagant), du Sud (Gorgol, Brakna et Guidimagha), du Sud-Est (Hod EL Charghi Hod EL Gharbi) et de l'Adrar. Seules les régions de Nouakchott et Nouadhibou

ont des prévalences inférieures à 20%. Les enfants vivant en milieu urbain sont moins exposés à l'insuffisance pondérale que ceux du milieu rural (respectivement 20% et 37%). Les enfants de mère sans instruction (36%) et ceux dont la mère n'a fréquenté que les medersa (33%) ont deux fois plus de risque d'être en insuffisance pondérale que ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus (15%). Cette différence entre les deux groupes de femmes est de 5 fois quand on regarde la forme sévère de cette malnutrition. Il en est de même selon l'indice de richesse, ou 40% d'enfants de ménages les plus pauvres souffrent d'insuffisance pondérale contre seulement 13% de ceux des ménages les plus riches. En ce qui concerne l'âge, les enfants les plus exposés sont ceux de 12-23 mois. Les garçons semblent légèrement plus exposés au risque de l'insuffisance pondérale que les filles.

Concernant la malnutrition chronique, on note que 8 wilayas sur les 13 sont dramatiquement affectées par cette forme de malnutrition dont les conséquences sont énormes avec des niveaux dépassant 30%. Seules les régions de Nouakchott et Nouadhibou ont des prévalences inférieures à 20%. Les enfants vivant en milieu urbain (21%) sont moins exposés à la malnutrition chronique ou retard de croissance que ceux du milieu rural (31%). Selon l'âge, les enfants les plus exposés sont ceux de 12-59 mois. Ceux dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure et ceux issus des ménages riches ont le moins de risque de malnutrition chronique. Les garçons semblent légèrement plus exposés au risque de malnutrition chronique que les filles.

Les enfants dans les régions du centre (Assaba, Tagant), du Sud (Gorgol, Brakna et Guidimagha) et Sud-Est (Hod EL Charghi) ont des prévalences de la malnutrition aigue globale ou émaciation supérieures à 15%. De nouveau, les enfants vivant en milieu urbain (9%) sont moins exposés à la malnutrition aigue que ceux du milieu rural (14%). Selon l'âge, les enfants les plus exposés sont ceux de 12-23 mois. Ceux des enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure et ceux issus des ménages riches ont le moins de risque de malnutrition aigue. Les garçons semblent un peu plus exposés au risque de malnutrition aiguë que les filles.

Quelle que soit la forme de malnutrition considérée, les régions du Centre, du Sud et du Sud-Est sont les plus exposées et celles de Nouakchott et de Nouadhibou sont les moins touchées. Les régions du Nord qui semblent moins exposées à la malnutrition aiguë sont aussi touchées par la malnutrition chronique que celles du Sud, du Centre et du Sud-Est. Le fait de vivre en milieu urbain, le niveau élevé d'instruction de la mère et la richesse du ménage semblent être des facteurs protecteurs contre les formes de malnutrition de la petite enfance.

En outre, ce tableau comprend le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, qui prend en compte les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types au dessus de la médiane de la population de référence. La surcharge pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est un phénomène encore marginal (1%) en Mauritanie. Ce qui n'est pas le cas chez les femmes en âge de procréer. Une femme en âge de procréer sur trois présente une surcharge pondérale (EDS 2000/2001).

Allaitement au sein

L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre l'infection, constitue une source idéale d'éléments nutritifs, est économique et sûr. Cependant, de nombreuses mères cessent d'allaiter trop tôt et il existe souvent des pressions pour le passage aux préparations pour bébés avant six mois, ce qui peut contribuer au retard de croissance et à la malnutrition en termes d'oligoéléments et n'est pas une méthode sûre si l'accès à l'eau potable n'est pas facile. Le but d'un Monde digne des enfants est que les enfants soient allaités exclusivement pendant les six mois et que l'allaitement doit se poursuivre avec des aliments complémentaires sûrs, appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

La stratégie nationale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) adoptée en 2007 donne (comme l'OMS/UNICEF) les recommandations d'alimentation suivantes:

- Allaitement exclusif au cours des six premiers mois
- Poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans
- Alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate à partir du sixième mois
- Fréquence de l'alimentation complémentaire: 2 fois par jour pour les enfants de 6 à 8 mois ; 3 fois par jour pour les enfants de 9 à 11 mois.

Il est également recommandé que l'allaitement au sein commence dans l'heure qui suit la naissance.

Les indicateurs des pratiques d'alimentation des enfants recommandés sont les suivants:

- Taux d'allaitement exclusif (< 6 mois)
- Taux d'alimentation complémentaire opportun (6-9 mois)
- Taux de poursuite de l'allaitement (12-15 & 20-23 mois)
- Début opportun de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)
- Fréquence de l'alimentation complémentaire (6-11 mois)
- Bébé adéquatement nourris (0-11 mois)

Tableau NU.2 : Allaitement initial

Proportion de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête et qui ont allaité leur bébé moins d'une heure ou moins d'une journée après la naissance, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance*	Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'un jour après la naissance	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
Wilaya			
Hodh ECharghi	41,1	82,7	422
Hodh ELGharbi	47,7	72,3	340
Assaba	42,8	78,0	371
Gorgol	34,5	73,8	340
Brakna	46,3	75,0	330
Trarza	43,9	76,8	332
Adrar	52,6	82,5	61
Nouadhibou	56,6	88,2	119
Tagant	15,1	65,2	76
Guidimagna	47,9	87,6	177
Tiris Zemour +Inchiri	69,0	84,1	71
Nouakchott	45,9	81,0	894
Milieu de résidence			
Urbain	47,5	81,2	1506
Rural	42,0	76,9	2027
Nombre de mois depuis la			
< 6 mois	44,7	80,1	818
6-11 mois	42,4	78,6	1051
12-23 mois	45,7	78,6	1621
Niveau d'Instruction de la mère			
Sans Instruction	45,1	78,2	1000
Primaire	45,2	79,5	1145
Secondaire & +	46,7	83,9	497
Coranique/Mahadra	41,0	75,5	876
Indice de richesse			
Plus pauvre	40,4	76,4	856
Pauvre	42,4	76,0	693
Moyen	43,5	76,9	656
Riche	44,0	80,1	680
Plus riche	52,7	85,1	648
Total	44,3	78,7	3533

* MICS indicateur 45

Le Tableau NU.2 présente la proportion de femmes qui ont commencé à allaiter leurs nouveau-nés dans l'heure qui a suivi la naissance et des femmes qui ont commencé à allaiter dans la journée qui a suivi la naissance (qui comprend celles qui ont commencé à allaiter au bout d'une heure).

La proportion de femmes qui ont commencé à allaiter leurs nouveau-nés dans l'heure qui a suivi la naissance est d'environ 44% et celles ayant commencé à allaiter moins d'un jour après la naissance est de 79%. La proportion de femmes qui ont commencé à allaiter leurs nouveau-nés dans l'heure qui a suivi la naissance est la plus élevée (supérieure à 50%) dans les régions du Nord (Adrar, Nouadhibou et Tiris Zemmour + Inchiri). Par contre, elle est dramatiquement basse dans la région du Tagant (15%). Le niveau d'instruction de la mère ne semble pas être un facteur discriminant. En revanche, les plus pauvres ont moins de chances que les plus riches d'initier à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance.

Au Tableau NU.3, le statut d'allaitement est basé sur les dires des mères/personnes en charge concernant la consommation par les enfants d'aliments et de fluides au cours des 24 heures précédant l'enquête. Par *allaitement exclusif*, on entend les enfants qui ne reçoivent que du lait maternel (et des vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments). Ce tableau présente la prévalence de l'allaitement exclusif des enfants au cours des six premiers mois de la vie, ainsi que l'allaitement complémentaire des enfants de 6 à 9 mois et la poursuite de l'allaitement des enfants de 12 à 23 mois.

Tableau NU.3: Allaitement maternel

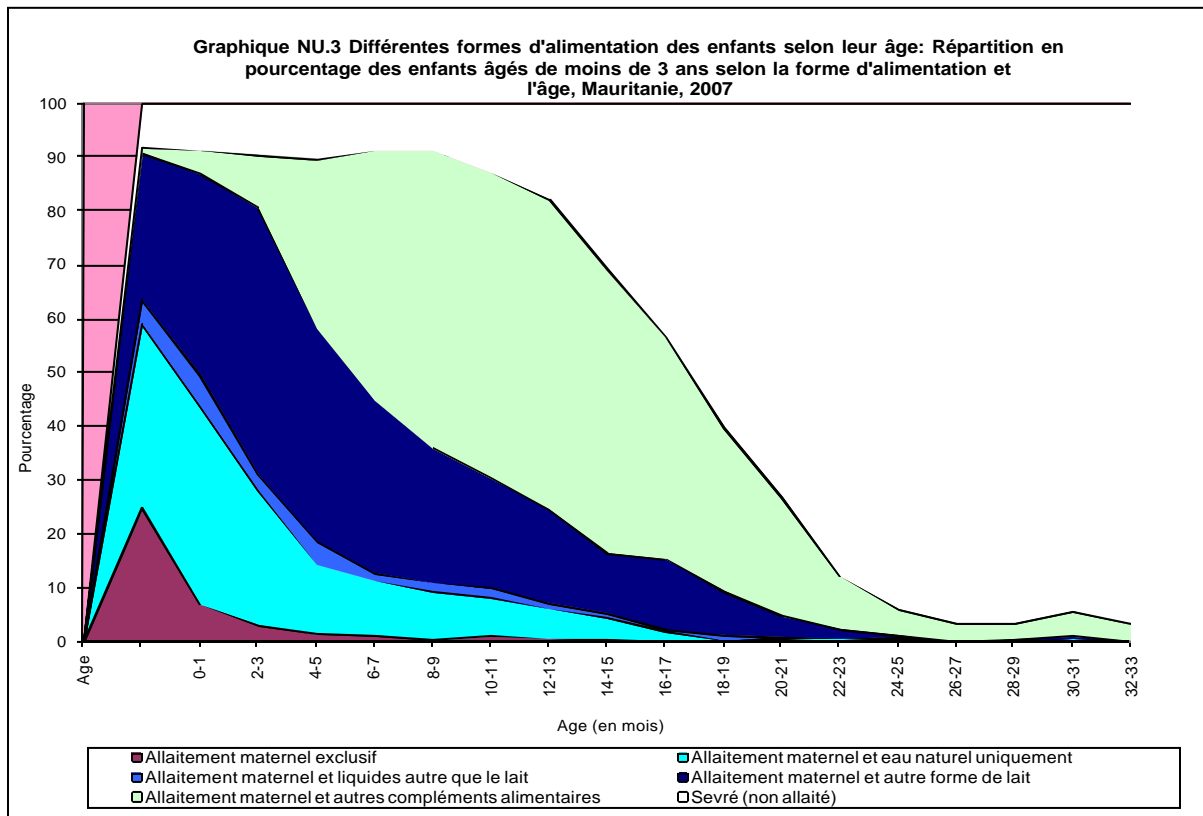
Pourcentage d'enfants vivants selon le statut d'allaitement à différents groupes, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois	
	% allaitement maternel exclusif	Nombre enfants	% allaitement exclusif*	Nombre enfants	% enfants recevant le lait maternel et des aliments solides et semi-solides (purée) **	Nombre enfants	% allaitement maternel ***	Nombre enfants	% allaitement maternel***	Nombre enfants
Sexe										
Masculin	12,1	298	8,7	448	39,8	336	83,6	363	37,6	234
Féminin	18,9	309	14,1	454	39,6	392	86,7	349	28,0	209
Milieu										
Urbain	13,1	240	9,7	354	38,5	341	80,0	226	29,2	224
Rural	17,1	367	12,5	548	40,7	386	87,5	485	37,0	220
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	11,6	159	8,4	231	38,8	208	85,7	240	37,3	132
Primaire	16,2	203	12,0	306	35,8	240	86,0	203	25,7	130
Secondaire & +	18,5	92	14,3	130	37,3	88	80,4	76	23,8	68
Coranique/Madrassa	17,3	150	12,4	232	46,5	189	85,0	190	42,4	113
Indice de richesse										
Plus pauvre	22,3	157	15,2	235	42,6	170	86,2	231	44,7	89
Pauvre	8,1	124	7,9	190	44,1	129	92,6	171	35,9	74
Moyen	17,1	130	13,5	172	45,3	133	84,1	112	33,1	85
Riche	13,9	102	9,6	147	39,7	158	79,4	86	29,9	104
Plus riche	13,6	94	9,5	158	26,5	138	76,8	111	23,3	92
Total	15,5	606	11,4	902	39,7	728	85,1	711	33,1	444
			*MICS Indicateur 15		** MICS Indicateur 17		*** MICS Indicateur 16			

Environ 11% pour cent des enfants âgés de moins de six mois sont allaités exclusivement, ce qui est un niveau considérablement plus bas que celui recommandé et même attendu ! La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est la plus faible (moins de 5%) dans les wilayas de Guidimagha et de Tiris Zemmour. Les nourrissons vivant en milieu urbain profitent moins de l'allaitement maternel exclusif que ceux du milieu rural. Les nourrissons dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure ou ceux issus des ménages riches ont plus de chance de profiter de l'allaitement exclusif entre 0 et 5 mois. Les filles sont généralement plus allaitées exclusivement que les garçons.

A 6-9 mois, près de 40% des nourrissons sont allaités et reçoivent en même temps des aliments solides ou semi-solides. La wilaya avec le plus faible taux d'introduction d'aliments complémentaires à temps opportun est celle du Guidimakha. Les wilaya de Nouadhibou, Tagant et Tiris Zemmour ont des taux inférieurs de moitié à la moyenne nationale. Les nourrissons vivant en milieu urbain ont moins de chance de recevoir l'alimentation complémentaire à temps opportun que ceux du milieu rural. A 12-15 mois, environ 85% des enfants continuent à être allaités et à 20-23 mois, 33% le sont encore.

Le Graphique NU.3 présente la situation détaillée du statut d'allaitement par âge de l'enfant en mois. Même aux âges les plus précoces, la majorité des enfants reçoivent des fluides ou des aliments autres que le lait maternel. A la fin du sixième mois, le pourcentage des enfants allaités exclusivement est 11 pour cent. Seulement environ 20 pour cent des enfants sont encore allaités après 2 ans.



La manière adéquate de nourrir les enfants de moins de 12 mois est présentée dans le Tableau NU.4. Différents critères d'alimentation adéquate sont utilisés selon l'âge de l'enfant.

Pour les enfants de 0 à 5 mois, l'allaitement exclusif est considéré comme adéquat. Les enfants de 6 à 8 mois sont adéquatement nourris s'ils reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires au moins deux fois par jour, tandis que les enfants de 9 à 11 mois sont considérés comme adéquatement nourris s'ils reçoivent du lait maternel et consomment des aliments complémentaires au moins trois fois par jour.

D'après les modes d'alimentation présentés dans ce tableau, on constate qu'environ 16% seulement des nourrissons de 6-8 mois sont nourris adéquatement. La wilaya du Guidimagha a un pourcentage relatif dramatiquement bas. Les nourrissons issus des ménages à revenus moyens semblent les plus adéquatement nourris en termes de fréquence de leur repas sans aucun préjugé de la qualité hygiénique et nutritionnelle de ces repas. Les nourrissons dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure et ceux issus des ménages à revenus moyens ont plus de chance d'avoir, en plus de l'allaitement, une alimentation adéquate en termes de fréquence des repas, sans aucun préjugé de la qualité hygiénique et nutritionnelle de ces repas.

Au total, seulement 8% de nourrissons de 9-11 mois sont nourris de façon adéquate, alors que le double le sont entre 6-8 mois. Finalement un peu plus d'un enfant sur 10 seulement est correctement alimenté durant sa première année de vie. Même si l'allaitement maternel est une pratique courante, ces résultats démontrent que l'alimentation des jeunes enfants mauritaniens n'est pas du tout conforme à ce qui est préconisé pour leur assurer un bon développement ; de gros efforts doivent être entrepris à l'échelle nationale en matière de comportement alimentaire des enfants.

Tableau NU.4: Enfants adéquatement nourris						
Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois nourris exclusivement de lait maternel, pourcentage d'enfants de 6-11 mois allaités au sein et nourris avec des aliments solides/semi-solides (selon le nombre de fois minimum recommandé) le jour précédant l'interview et pourcentage d'enfants adéquatement nourris, Mauritanie, 2007						
	0-5 mois exclusiv ement allaités au sein	6-8 mois qui ont reçu le lait maternel et des aliments complémentai res au moins 2 fois au cours des 24 dernières heures	9-11 mois qui ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires au moins 3 fois au cours des 24 dernières heures	6-11 mois qui ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires un nombre minimum de fois recommandé par jour*	0-11 mois qui ont été nourri de façon appropriée **	Nombre d'enfants âgés de 0- 11 mois
Sexe						
Masculin	8,7	15,9	9,5	12,6	10,7	933
Féminin	14,1	16,9	6,7	12,1	13,0	983
Wilaya						
Hodh ECharghi	17,7	25,6	5,4	16,0	16,9	238
Hodh ELGharbi	14,8	27,0	16,6	20,9	18,0	195
Assaba	10,3	17,5	14,4	16,0	13,5	201
Gorgol	5,7	16,0	11,5	13,8	9,7	169
Brakna	21,2	16,2	11,3	14,4	17,9	180
Trarza	8,3	15,4	2,5	7,5	7,8	177
Adrar	11,3	10,2	11,0	10,6	11,0	(34)
Nouadhibou	12,9	5,3	14,1	9,5	11,0	66
Tagant	20,5	11,8	0,0	6,3	13,7	(43)
Guidimagha	2,3	0,0	3,0	1,2	1,8	102
Tiris	3,2	18,9	1,9	10,2	6,9	(44)
Zemour+Inchiri						
Nouakchott	7,9	14,7	4,3	9,6	8,9	468
Milieu de résidence						
Urbain	9,7	16,4	7,1	11,9	11,0	815
Rural	12,5	16,4	9,0	12,7	12,6	1101
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	8,4	12,5	9,7	11,2	9,9	519
Primaire	12,0	16,7	8,0	12,4	12,2	638
Secondaire & +	14,3	24,2	6,2	15,2	14,7	257
Coranique/Mahadra	12,4	17,1	7,6	12,2	12,3	496
Indice de richesse						
Plus pauvre	15,2	17,0	11,4	14,3	14,8	468
Pauvre	7,9	16,5	9,4	13,1	10,5	371
Moyen	13,5	20,3	5,5	12,5	12,9	358
Riche	9,6	16,3	7,8	11,9	11,0	374
Plus riche	9,5	12,4	6,0	9,4	9,4	345
Total	11,4	16,4	8,1	12,3	11,9	1916
* MICS indicateur 18	** MICS indicateur 19					

Iodation du sel

Les troubles liés à la carence en iode (TCI) sont la principale cause au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et du retard du développement psychomoteur du jeune enfant. Sous sa forme la plus extrême, la carence en iode est responsable du crétinisme. Elle augmente également le risque de mort à la naissance et de fausse couche chez la femme

enceinte. La carence en iode est plus généralement et visiblement associée au goitre. Les TCI sont surtout responsables de l'arriération mentale et contribuent ainsi aux mauvais résultats scolaires, à la réduction du quotient intellectuel et à un moindre rendement au travail. L'objectif international était de parvenir à une élimination durable de la carence en iode d'ici 2015 grâce au maintien d'une consommation du sel adéquatement iodé d'au moins 90 pour cent des ménages. L'indicateur utilisé est le pourcentage de ménages consommant un sel iodé de façon adéquate (≥ 15 parts par mille).

En Mauritanie, la principale stratégie de lutte contre la carence en iode est l'iodation universelle du sel. Il existe des textes législatifs (décret et arrêté d'application) permettant de rendre effectif la production de l'ensemble des besoins en sel iodé de la population mauritanienne estimé à environ 12 000 tonnes. Les industries nationales ont la capacité de couvrir tous les besoins en sel iodé. En revanche la production annuelle actuelle de sel iodé ne dépasse guère 2000 à 3000 tonnes. La co-existence entre le sel marin (poudre/cristaux) et le sel gemme (barre/morceaux) et les préférences des populations portées vers le sel gemme représente la principale contrainte au succès de ce programme qui bénéficie de l'appui de l'UNICEF depuis plus de 10 ans.

Tableau NU.5: Consommation du sel iodé

Pourcentage de ménages consommant adéquatement du sel iodé, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	% de ménages dont le sel a été testé	Nombre de ménages interviewés	Pourcentage de ménages avec résultat du test du sel			Total	Nombre de ménages dont le sel a été testé ou n'ayant pas de sel
			sans sel	< 15 PPM	15+ PPM*		
Wilaya							
Hodh ECharghi	86,4	1218	10,8	89,1	0,1	100	1180
Hodh ELGharbi	89,1	913	8,9	89,4	1,7	100	893
Assaba	87,5	1056	10,2	86,7	3,1	100	1029
Gorgol	98,6	857	0,1	99,8	0,1	100	846
Brakna	94,8	887	4,1	95,2	0,8	100	877
Trarza	93,0	1154	5,3	93,6	1,0	100	1134
Adrar	96,4	261	1,5	98,5	0,0	100	255
Nouadhibou	94,1	407	3,4	94,7	1,9	100	396
Tagant	98,7	326	0,4	99,3	0,4	100	323
Guidimagha	86,5	491	11,1	86,6	2,3	100	478
Tiris Zemmour	83,3	192	1,6	98,4	0,0	100	163
Inchiri	86,6	38	0,4	99,4	0,2	100	(33)
Nouakchott	92,1	2560	6,3	90,7	3,0	100	2516
Milieu de résidence							
Urbain	91,9	4598	5,8	92,1	2,1	100	4486
Rural	91,2	5763	6,8	92,0	1,2	100	5636
Indice de richesse							
Plus pauvre	92,1	2095	6,3	92,5	1,3	100	2058
Pauvre	89,8	2038	8,2	90,6	1,2	100	1993
Moyen	90,7	1957	7,1	92,3	0,7	100	1909
Riche	90,8	2166	6,4	92,0	1,6	100	2102
Plus riche	94,0	2105	3,9	92,8	3,3	100	2060
Total	91,5	10361	6,3	92,0	1,6	100	10122

*MICS indicateur 41

Dans environ 92% des ménages, le sel de cuisine a été testé pour déterminer de façon qualitative sa teneur en iode en utilisant des kits de test du sel afin d'évaluer la présence de l'iodure de potassium et de l'iodate de potassium. Le Tableau NU.5 montre que seulement 2% des ménages utilisent du sel iodé à 15 parts par mille (ppm) ou plus d'iodé , ce qui est très faible.

Supplémentations en vitamine A

La vitamine A est essentielle pour la santé des yeux et le bon fonctionnement du système immunitaire. On la trouve dans des aliments comme le lait, le foie, les œufs, les fruits et légumes à chair orange, l'huile de palme rouge et les légumes à feuilles vertes, bien que la quantité de vitamine A que le corps tire de ces sources varie largement. Dans les pays en développement, où la vitamine A est largement consommée sous forme de fruits et de légumes, la consommation quotidienne par habitant est souvent insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires. Cette consommation insuffisante est encore aggravée par l'augmentation des besoins en vitamine A durant la croissance de l'enfant ou durant les périodes de maladie ainsi que par les pertes accrues durant les infections générales de l'enfance. En conséquence, la carence en vitamine A est assez répandue dans les pays en développement et particulièrement dans les pays où le taux de mortalité dans l'enfance est le plus élevé.

Le Sommet mondial pour les enfants de 1990 s'était fixé comme objectif l'élimination presque totale de la carence en vitamine A et de ses conséquences, comme la cécité, d'ici l'an 2000. Cet objectif a également été approuvé par la Conférence politique sur Ending Hidden Hunger de 1991, la Conférence internationale sur la nutrition de 1992 et la Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur les enfants de 2002. Le rôle essentiel de la vitamine A pour la santé de l'enfant et le renforcement du système immunitaire fait du contrôle de sa carence une composante essentielle des efforts pour la survie de l'enfant et la réalisation du quatrième Objectif du millénaire pour le développement : à savoir une réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans d'ici 2015.

Pour les pays qui ont des problèmes de carence en vitamine A, les recommandations internationales actuelles préconisent l'administration d'une dose élevée de vitamine A tous les quatre à six mois, pour tous les enfants entre six et 59 mois vivant dans les régions affectées. Donner aux jeunes enfants deux capsules de vitamine A par an à intervalle de six mois est une stratégie sûre, peu coûteuse et efficace pour éliminer la carence en vitamine A et améliorer la survie des enfants. Donner de la vitamine A aux nouvelles mères allaitantes aide à protéger leurs enfants durant les premiers moments de la vie et aide à la reconstitution des réserves de la mère en vitamine A, qui s'épuisent pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les pays qui ont des programmes de supplémentation en vitamine A, la définition de l'indicateur est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu au moins une dose de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois.

Sur la base des directives de l'UNICEF/OMS, le ministère de la Santé de Mauritanie recommande que les enfants de 6-59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les six mois. Dans certaines wilayas du pays, les capsules de vitamine A sont associées aux services de vaccination et sont donnés quand l'enfant entre en contact avec ces services après ses six mois. Il est également recommandé que les mères prennent un supplément en vitamine A huit semaines après l'accouchement en raison des besoins accrus en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement.

Au cours des six mois qui ont précédé l'enquête MICS, 78% des enfants de 6-59 mois ont reçu au moins une dose de vitamine A (tableau NU.6) Environ 56% des enfants de 6-59 l'ont reçu au cours des 6 derniers mois, 13% avant les 6 derniers mois et enfin 10% en ont reçu sans que la mère/personne en charge n'ait pu préciser le moment. Un enfant sur 5 (20%) n'a cependant jamais reçu de capsule de Vitamine A. Ce pourcentage concerne 15 % des enfants de la région de Brakna et 30 % de ceux de Nouakchott. De même, 24% des enfants du

milieu urbain n'en ont jamais reçu contre 18% des enfants du milieu rural, ce qui à penser que les villes sont peut-être moins bien desservies par les campagnes de supplémentation en vitamine A que le milieu rural.

La distribution par âge de la supplémentation en vitamine A montre qu'au cours des six derniers mois, les enfants de 12-59 mois ont été mieux couverts que ceux de 6-11 mois, ainsi que ceux résidant en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (41%).

Finalement, un peu plus de la moitié des enfants de 6-11 mois ont reçu au moins une dose à n'importe quel moment; ils sont 76% entre 12-23 mois et 85% de ceux âgés de 48-59 ont reçu une supplémentation en vitamine A.

La probabilité d'une supplémentation en vitamine A est inversement liée au niveau d'éducation de la mère. Le pourcentage d'enfants ayant reçu un supplément au cours des six derniers mois passe d'environ 57% des enfants dont les mères n'ont pas d'instruction à près de 54% de ceux dont les mères ont un niveau d'éducation primaire et à environ 43% des enfants dont les mères ont un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. A nouveau, ceci s'explique probablement par la gratuité de la supplémentation en vitamine A qui est assurée à travers les campagnes de masse qui sont mieux réussies en milieu rural où se concentrent les femmes non instruites. Nous observons une tendance similaire pour le niveau de richesse du ménage.

Tableau NU.6: Supplémentation des enfants en vitamine A**Répartition en pourcentage enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de supplément en vitamine A au cours des 6 derniers mois, Mauritanie, 2007**

	Pourcentage d'enfants qui ont reçu la vitamine A :			Pas sur que l'enfant ait reçu de la vitamine A	Jamais reçu la vitamine A	Total	Nombre d'enfants âgés de 6-59 mois
	Au cours des 6 derniers mois*	Avant les 6 derniers mois	Ne sait pas quand				
Sexe							
Masculin	55,2	12,8	10,8	1,5	19,8	100	3981
Feminin	55,8	12,8	9,1	1,8	20,5	100	3787
Wilaya							
Hodh ECharghi	65,0	8,0	5,5	0,5	21,0	100	930
Hodh ELGharbi	73,3	9,1	4,9	0,8	12,0	100	720
Assaba	71,8	13,1	5,7	0,6	8,9	100	875
Gorgol	60,4	12,6	6,0	0,5	20,5	100	784
Brakna	56,1	8,5	9,5	1,6	24,5	100	705
Trarza	65,4	8,0	8,9	0,9	16,8	100	758
Adrar	65,8	8,2	11,9	1,3	12,7	100	138
Nouadhibou	61,9	15,1	2,8	2,3	18,0	100	253
Tagant	59,5	14,8	11,7	1,3	12,7	100	148
Guidimagha	69,3	5,6	5,9	0,7	18,5	100	472
Tiris Zemour+Inchiri	65,4	3,5	15,0	1,1	15,0	100	116
Nouakchott	24,0	22,4	19,8	3,9	29,8	100	1872
Milieu de résidence							
Urbain	41,0	17,4	14,9	2,8	23,8	100	3239
Rural	65,9	9,5	6,4	0,7	17,5	100	4531
Age							
6-11 mois	52,9	3,1	3,3	1,4	39,4	100	1014
12-23 mois	56,0	11,0	8,5	1,8	22,7	100	1681
24-35 mois	56,9	14,3	10,4	1,6	16,8	100	1822
36-47 mois	55,1	15,0	13,3	1,4	15,3	100	1823
48-59 mois	55,7	16,9	11,8	1,9	13,7	100	1415
Niveau d'instruction de la mère							
Sans instruction	56,8	10,2	9,1	1,6	22,4	100	2458
Primaire	53,9	14,2	10,2	1,2	20,5	100	2214
Secondaire & +	42,6	17,3	15,6	2,6	21,9	100	931
Coranique/Mahadra	61,2	12,5	8,3	1,5	16,5	100	2147
Indice de richesse							
Plus pauvre	63,5	10,6	6,6	0,8	18,4	100	1924
Pauvre	66,6	8,6	5,7	0,8	18,3	100	1540
Moyen	61,5	10,2	8,9	1,0	18,4	100	1448
Riche	47,2	14,3	13,4	2,8	22,4	100	1482
Plus riche	34,6	21,6	16,8	2,9	24,0	100	1376
Total	55,5	12,8	10,0	1,6	20,1	100	7770

* MICS indicateur 42

Environ 30 pour cent des mères avec une naissance au cours des deux années avant la MICS ont reçu un supplément en vitamine A dans les huit semaines suivant la naissance (Tableau NU.7). Ce pourcentage est le plus élevé dans les wilayas du Brakna (environ 60 pour cent) et du Tiris Zmour + Inchiri (environ 54%) et le plus faible dans le Hod EL Charghi (environ 10%). Il est surprenant d'observer que la supplémentation en vitamine A des femmes en post partum est assurée dans toutes les wilayas alors qu'il n'existe pas de soutien national à cette activité (approvisionnement en capsules et directives)! S'agit-il d'une confusion avec un autre produit ou plutôt l'utilisation des reliquats de capsules de vitamine A utilisé à cet effet après les campagnes de supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois ou plutôt à travers le

recouvrement des coûts ? Ces derniers facteurs sont peut être plus plausibles car les wilayas reçoivent un approvisionnement en capsules de 100% des besoins pour couvrir deux doses annuelles chez les enfants de 6-59 mois et aussi l'approvisionnement en médicaments dans le cadre du recouvrement de coûts.

Tableau NU.7: Supplémentation en vitamine A pour la mère après l'accouchement			
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des deux années qui ont précédé l'enquête selon qu'elles ont reçu un supplément de vitamine A avant la huitième semaine de l'enfant, Mauritanie, 2007			
	A reçu un supplément en	Pas sûr d'avoir reçu de la vitamine A	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
Wilaya			
Hodh ECharghi	10,1	1,9	422
Hodh ELGharbi	20,6	0,3	340
Assaba	30,8	0,3	371
Gorgol	21,4	2,3	340
Brakna	59,5	0,9	330
Trarza	32,0	2,1	332
Adrar	28,9	1,4	61
Nouadhibou	28,5	8,0	119
Tagant	20,8	3,7	76
Guidimagha	32,5	0,7	177
Tiris Zemour +Inchiri	53,6	2,5	71
Nouakchott	33,2	6,0	894
Milieu			
Urbain	33,3	4,9	1506
Rural	27,7	1,2	2027
Instruction			
Sans instruction	26,1	2,6	1000
Primaire	34,3	2,7	1145
Secondaire & +	35,6	4,1	497
Coranique/Mahadra	25,9	2,3	876
Indice de richesse			
Plus pauvre	20,6	1,0	56
Pauvre	27,0	1,5	693
Moyen	37,1	2,2	656
Riche	31,4	3,6	680
Plus riche	37,3	6,0	648
Total	30,1	2,7	3533
* MICS indicateur 43			

Faible poids à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et du statut nutritionnel de la mère mais également des chances de survie, de croissance, de santé à long terme et de développement psychosocial du nouveau-né. Un faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) comporte une série de risques graves pour la santé des enfants. Les bébés sous-alimentés dans le ventre de leurs mères risquent davantage de mourir au cours de leurs premiers mois ou année. Ceux qui survivent ont un système immunitaire affaibli et ont plus de chances de tomber malades; ils vont probablement rester malnutris ce qui va entraîner une réduction de leur force musculaire tout au long de leur vie. Ils seront en outre davantage exposés au diabète et aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Les enfants présentant un faible poids

à la naissance ont tendance à avoir un quotient intellectuel plus bas et des troubles cognitifs, qui ont une incidence sur leur réussite scolaire et leurs opportunités d'emploi en tant qu'adultes.

Dans les pays en développement, un faible poids à la naissance découle principalement d'une mauvaise santé et d'un mauvais état nutritionnel de la mère. Trois facteurs ont le plus d'impact: le mauvais état nutritionnel de la mère avant la conception, sa petite taille (due principalement à la malnutrition et aux infections contractées durant son enfance) et une mauvaise nutrition durant la grossesse. La prise de poids insuffisante durant la grossesse joue un rôle particulièrement important puisque responsable en grande partie du retard de la croissance du fœtus. En plus, des maladies comme la diarrhée et le paludisme, qui sont courantes dans de nombreux pays en développement, peuvent sensiblement retarder la croissance du fœtus si la mère en est atteinte durant sa grossesse.

Dans les pays industrialisés, le tabagisme durant la grossesse est la principale cause du faible poids à la naissance. Dans les pays tant développés qu'en développement, les adolescentes qui donnent naissance à des enfants alors qu'elles n'ont pas terminé leur propre croissance courent le risque de mettre au monde des enfants souffrant d'insuffisance pondérale.

Un des principaux obstacles à l'évaluation de l'incidence du faible poids à la naissance est le fait que plus de la moitié des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Par le passé, la plupart des estimations de la faiblesse du poids à la naissance dans les pays en développement étaient basées sur les données collectées auprès des structures sanitaires. Cependant, ces estimations sont biaisées pour la plupart des pays en développement parce que la majorité des nouveaux-nés ne naissent pas dans ces structures, et ceux qui y voient le jour ne représentent qu'un échantillon sélectionné de toutes les naissances.

Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances, les poids à la naissance notifiés ne peuvent généralement pas être utilisés pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire: l'évaluation faite par la mère de la **taille** de l'enfant à la naissance (c'est à dire très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du **poids** ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance⁸.

Tableau NU. 8a. Estimation du faible poids à la naissance						
	Nombre d'enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants à la naissance pesant moins de 2500 grammes	Nombre d'enfants à la naissance pesant exactement 2500 grammes	Proportion d'enfants à la naissance dont le poids < 2500 grammes	Nombre total de naissances vivantes	Nombre estimé de naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes
Taille de votre dernier enfant						
Très large	16	0	0	0	62	0
Plus large que le moyen	45	4	5	0	108	13
Moyen	367	48	45	0	1595	259
Plus petit que le moyen	70	24	14	0	430	172
Très petit	114	57	20	1	1140	625
Total	614	135	86	2	3533	1192

⁸Pour une description détaillée de cette méthodologie, voir Boerma, Weinstein, Rutstein and Sommerfelt, 1996.

Dans l'ensemble 41% des bébés ont été pesés à la naissance et environ 34% des nourrissons sont estimés peser moins de 2500 grammes à la naissance (Tableau NU.8)⁹. Il y a des variations selon les wilayas, de 39% à Assaba à 29% à Nouhadibou. Le pourcentage de faible poids à la naissance varie légèrement avec le milieu de résidence (urbain 31% et rural, 36%). Les naissances issues de mères de niveau secondaire ou plus ont moins de risques d'être de faible poids que celles issues de mères ayant été seulement en école coranique (respectivement 30% et 39%).

TableauNU.8 : Enfant à faible poids à la naissance			
Pourcentage de naissances vivantes au cours des deux années précédant l'enquête dont le poids est inférieur à 2500 grammes à la naissance, Mauritanie, 2007			
	Pourcentage de naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes *	Pourcentage d'enfants pesés à la naissance **	Nombre de naissances vivantes
Wilaya			
Hodh ECharghi	37,7	16,6	422
Hodh ELGharbi	38,1	18,8	340
Assaba	38,8	16,0	371
Gorgol	30,7	27,7	340
Brakna	34,9	26,4	330
Trarza	32,4	50,4	332
Adrar	34,7	18,1	61
Nouadhibou	29,3	78,8	119
Tagant	36,4	19,2	76
Guidimagha	32,3	18,4	177
Tiris Zemour +Inchiri	27,3	59,2	71
Nouakchott	30,5	77,6	894
Milieu			
Urbain	30,6	67,6	1506
Rural	36,1	20,3	2027
Instruction			
Sans instruction	31,6	27,7	1000
Primaire	33,3	49,7	1145
Secondaire & +	29,5	70,2	497
Coranique/Mahadra	39,4	25,7	876
Indice de richesse			
Plus pauvre	39,2	9,5	856
Pauvre	35,4	17,5	693
Moyen	33,2	39,0	656
Riche	31,1	66,4	680
Plus riche	28,1	80,1	648
Total	33,7	40,5	3533
* MICS Indicateur 9 ** MICS Indicateur 10			

⁹ Cette prévalence est très élevée. Elle est environ quatre fois plus élevée que celle obtenue à Nouakchott (9,4%) en dépouillant des dossiers de maternité de 2005 et 2006. Mohamed Yeslem Ould Mohameden. Etude rétrospective de la prévalence du FPN dans les Centres de santé de Nouakchott (2005-2006). Mémoire de fin d'étude, Université de Marrakech, 2008.

VI. Santé de l'enfant

Couverture vaccinale

L'un des Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) est de réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. La couverture vaccinale joue un rôle essentiel dans cet objectif. La vaccination a sauvé les vies de millions d'enfants en trois décennies depuis le lancement du Programme Elargi de Vaccinations (PEV) en 1974. Dans le monde il y a encore 27 millions d'enfants qui ne bénéficient pas d'une vaccination systématique, en conséquence les maladies évitables par la vaccination causent plus de deux millions de décès par an.

L'un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de garantir la couverture vaccinale totale de 90% des enfants de moins d'un an au niveau national, avec une couverture d'au moins 80% dans chaque district ou unité administrative équivalente.

Le gouvernement Mauritanien a lancé un programme élargi de vaccination comprenant cinq vaccins contre les maladies de l'enfant qui sont : BCG, POLIO, DTC, Rougeole et Hépatite B. Conformément aux directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir, avant l'âge de 12 mois, la vaccination du BCG pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTC pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole. Il a été demandé aux mères de fournir les carnets de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Les enquêteurs ont recopié les informations relatives à la vaccination dans le questionnaire de l'enquête.

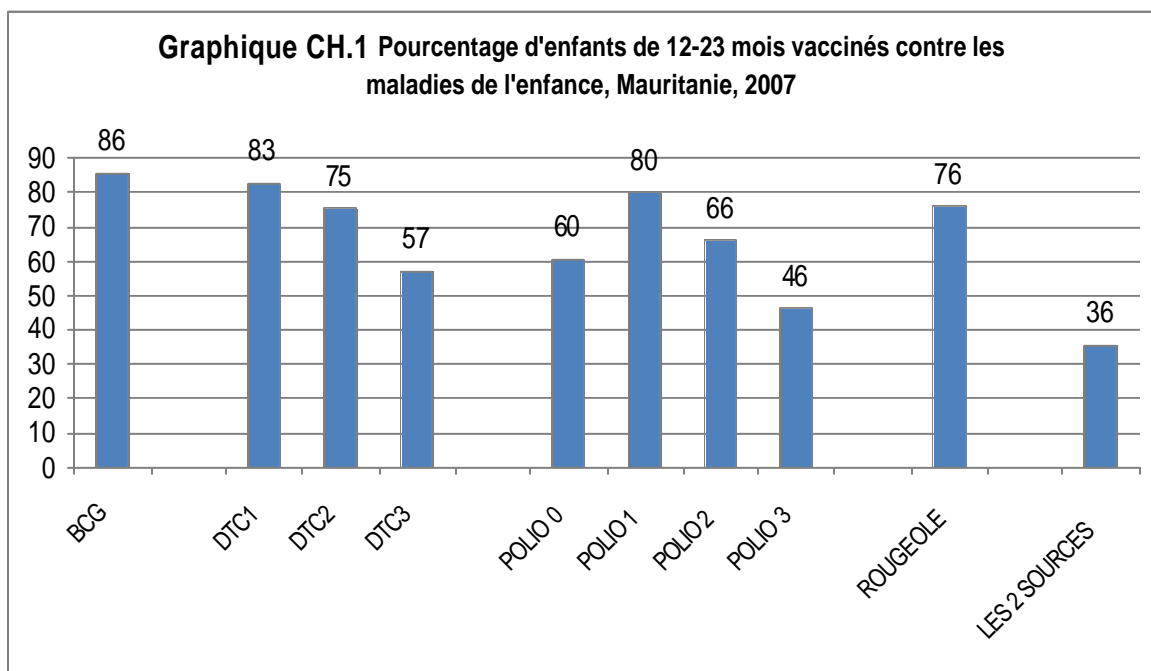
Tableau CH.1: Vaccination durant la première année de vie												
Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire, Mauritanie, 2007												
	BCG*	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3**	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3***	Rougeole****	Tous*****	Aucun	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	32,1	30,8	29,7	29,1	30,4	29,5	28,6	27,7	28,2	26,8	0,0	1681
Déclaration de la mère	53,4	52,0	45,8	27,8	29,9	50,5	37,4	18,5	48,0	9,0	11,5	1681
Carnet /Déclaration de la mère	85,6	82,7	75,5	56,9	60,4	80,0	66,0	46,2	76,2	35,8	11,5	1681
Vacciné avant l'âge de 12 mois	83,5	79,1	68,9	52,6	59,2	76,5	62,1	42,1	74,3	23,0	11,7	1681
* MICS Indicateur 25 *** MICS Indicateur 26 ** MICS Indicateur 27												
**** MICS Indicateur 28 ; OMD Indicateur 15 ***** MICS Indicateur 31												

Dans l'ensemble, un tiers des enfants (33%) avaient des carnets de vaccination (Tableau CH.2). Quand l'enfant n'avait pas de carnet, l'enquêteur demandait à la mère de dire si l'enfant avait reçu ou non chacun des vaccins cités ci-dessus et de préciser pour la DTC et la polio, combien de fois l'enfant l'avait reçue. Par ailleurs, pour les enfants n'ayant pas de carnets de vaccination mais pour lesquels la mère affirmait que la vaccination avait été donnée, la proportion des vaccinations reçues avant le premier anniversaire est supposé être la même que celle pour les enfants disposant de carnets de vaccination.

Le pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations est présenté dans le Tableau CH.1. Dans ce tableau, les enfants âgés de 12-23 mois constituent le dénominateur afin que seuls les enfants qui sont suffisamment âgés pour être complètement vaccinés soient pris en compte.

On note ainsi que moins d'un quart (23%) des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés avant leur premier anniversaire et que 12% n'en ont reçu aucun

Selon les informations recueillies à partir des carnets de vaccination des enfants ou à partir des déclarations des mères, environ 86% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin du BCG et la première dose de DTC a été administrée à 83% d'entre eux. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de DTC: environ 76% pour la deuxième dose et 57% pour la troisième dose (Graphique CH.1). De même, 80% des enfants ont reçu le vaccin contre la Polio1 et ce pourcentage baisse à 66% pour la deuxième dose et à 46% environ pour la troisième. La couverture pour le vaccin contre la rougeole est de 76%. Le pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés quel que soit l'âge à la vaccination est de 36%.



En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate (Tableau CH.2) que le pourcentage des enfants immunisés contre la rougeole est plus élevé dans le milieu rural que dans le milieu urbain (79% contre 72%), le même constat s'applique pour la polio (52.9% contre 36.8%) et la DTC (59.7% contre 52.9%), par contre l'immunisation contre le BCG est plus élevée dans le milieu urbain que dans le milieu rural (87.0% contre 84.5%).

Du point de vue des wilayas, on constate que le taux le plus faible de couverture vaccinale contre la polio se trouve à Nouakchott (28.4 %) suivi par les wilayas du Guidimagha et du Tiris Zemmour + Inchiri (respectivement 40% et 30%). Le taux le plus élevé est enregistré dans la wilaya du Tagant suivie par la wilaya de Dakhlet Nouadhibou (80% et 70% respectivement).

En ce qui concerne l'immunisation contre la DTC3, on constate que le taux le plus faible reste toujours à Nouakchott suivie par le Guidimagha et le Hodh Charghi (respectivement 42%, 48% et 50%). Pour le BCG, on constate que le taux le plus élevé se trouve au Tagant (98%) suivi

par la wilaya de Dakhlet Nouadhibou (98%) alors que le taux le plus faible se trouve au Hodh Charghi (71%) suivi par le Hodh Gharbi (79%).

Tableau CH.2: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles													
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, Mauritanie, 2007													
	BCG	DTCoq1	DTCoq2	DTCoq3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Les deux sources	Aucune vaccinations	% ayant une carte	Nombre enfants de 12-23 mois
Sexe													
Masculin	86,5	84,0	77,0	56,	61,	79,	66,	45,	78,	34,7	11,3	30,9	866
Féminin	84,6	81,3	73,9	57,	58,	80,	65,	47,	73,	37,0	11,7	33,7	815
Wilaya													
Hodh Echarghi	71,2	71,2	62,0	50,	53,	74,	59,	51,	68,	45,7	21,0	37,7	193
Hodh ELGharbi	78,7	79,3	76,4	53,	49,	78,	68,	51,	78,	42,2	18,4	34,8	160
Assaba	91,4	88,2	84,9	63,	63,	89,	74,	53,	79,	37,9	5,2	29,7	186
Gorgol	80,8	79,1	75,4	64,	51,	76,	64,5	52,	72,	42,1	15,0	34,1	174
Brakna	90,0	89,8	84,5	63,	62,	88,	78,	52,	86,	44,8	8,2	29,1	158
Trarza	96,7	95,9	89,7	64,	66,	94,	80,	46,	95,	37,9	2,5	29,0	165
Adrar	81,7	80,1	73,0	59,	69,	80,	72,	45,	74,	40,7	15,1	37,5	(26)
Nouadhibou	98,1	98,0	97,2	92,	70,	96,	84,	70,	89,	61,7	1,9	38,5	65
Tagant	98,3	98,3	94,9	88,	76,	88,	86,	79,	96,	77,5	1,7	51,2	(32)
Guidimagha	83,8	79,0	61,2	47,	49,	73,	57,	40,	72,	34,3	15,3	22,5	82
Tiris	82,9	80,0	74,2	69,	71,	75,	66,	30,	66,	22,1	15,4	34,4	(25)
Nouakchott	85,7	77,7	65,7	42,	64,	69,	50,	28,	64,	13,3	11,5	30,8	414
Milieu de Residence													
Urbain	87,0	81,8	72,8	52,	66,	76,	60,	36,	72,	25,4	10,3	31,3	704
Rural	84,5	83,4	77,4	59,	56,	82,	70,	52,	79,	43,3	12,3	33,0	977
Niveau d'instruction de la mère													
Sans instruction	79,7	76,2	68,5	51,	56,	72,	58,	44,	70,	35,4	17,4	32,1	517
Primaire	89,4	86,9	79,4	58,	63,	83,	65,	46,	78,	36,5	8,3	33,0	496
Secondaire & +	88,4	87,8	80,2	63,	70,	79,	64,	36,	80,	25,4	7,8	30,6	226
Coranique/Mah	86,4	82,9	76,6	57,	56,	85,	75,	53,	78,	41,1	10,1	32,6	439
Indice de richesse													
Plus pauvre	75,8	73,6	67,8	53,	47,	76,	63,	49,	67,	38,6	18,8	30,9	406
Pauvre	86,8	85,1	80,0	59,	60,	82,	71,	54,	81,	46,5	10,4	37,5	345
Moyen	90,1	86,6	77,1	58,	62,	81,	69,	50,	79,	40,7	8,7	33,7	310
Riche	90,9	84,8	77,5	52,	66,	83,	66,	37,	75,	26,6	7,4	28,6	303
Plus riche	87,0	85,8	76,9	60,	68,	77,	60,	37,	79,	24,7	9,9	30,6	317
Total	85,6	82,	75,5	56,	60,	80,	66,	46,	76,	35,8	11,5	32,3	1681

D'autre part, le taux de vaccination des enfants dont la mère a fréquenté l'école coranique, l'école primaire ou est sans niveau d'instruction (respectivement 41%, 37% et 35%) est plus élevé que celui des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (25%). Par ailleurs, on constate que les enfants issus de ménages pauvres et moyens (plus pauvres 39%, pauvres 47% et moyens 41%) sont mieux protégés contre les maladies infantiles que les enfants issus de ménages riches (riches 27%, plus riches 25%).

Le tableau CH.2c ci-dessous indique que le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B est faible (27% pour HepB1, 26% pour HepB2 et 25% pour HepB3).

Tableau CH.2c: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles (suite)					
<i>Pourcentage d'enfants de 12-23 mois actuellement vaccinés contre les maladies de l'enfance, Mauritanie, 2007</i>					
	HepB1	HepB2	HepB3	Pourcentage ayant un carnet	Nombre enfants de 12-23 mois
Sexe					
Masculin	25,6	24,8	24,1	30,9	866
Féminin	28,1	26,7	26,5	33,7	815
Wilaya					
Hodh Echarghi	37,7	37,7	37,7	37,7	193
Hodh ELGharbi	34,8	34,8	34,8	34,8	160
Assaba	29,7	29,7	29,2	29,7	186
Gorgol	34,1	32,4	31,9	34,1	174
Brakna	29,1	25,6	23,8	29,1	158
Trarza	29,0	29,0	29,0	29,0	165
Adrar	37,5	37,5	37,5	37,5	(26)
Nouadhibou	37,7	37,0	37,0	38,5	65
Tagant	51,2	49,5	49,5	51,2	(32)
Guidimagha	22,5	22,5	22,5	22,5	82
Tiris Zemour+Inchiri	6,6	4,9	4,9	34,4	(25)
Nouakchott	8,7	6,6	5,9	30,8	414
Milieu					
Urbain	18,3	16,8	16,4	31,3	704
Rural	33,0	32,1	31,7	33,0	977
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	28,2	27,1	26,6	32,1	517
Primaire	27,2	25,3	25,0	33,0	496
Secondaire & +	18,6	17,1	16,1	30,6	226
Coranique/Mahadra	29,0	29,0	28,8	32,6	439
Indice de richesse					
Plus pauvre	30,9	30,7	30,2	30,9	406
Pauvre	37,1	36,3	35,7	37,5	345
Moyen	30,4	28,9	28,6	33,7	310
Riche	17,6	15,4	14,9	28,6	303
Plus riche	15,7	14,7	14,2	30,6	317
Total	26,8	25,7	25,3	32,3	1681

Toxoïde tétanique

L'un des OMD consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, avec une stratégie visant à éliminer le tétanos maternel. En outre, un autre objectif est la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque Wilaya. L'un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2015.

La prévention du tétanos maternel et néonatal consiste à s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de toxoïde tétanique comme indiqué ci-dessous :

- Elles ont reçu au moins deux doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des trois années précédentes;
- Elles ont reçu au moins trois doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des cinq dernières années;
- Elles ont reçu au moins 4 doses, la dernière au cours des 10 dernières années;
- Elles ont reçu au moins cinq doses qui leur assurent une protection pour toute la vie.

Le tableau CH.3 présente le statut de protection contre le tétanos des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois.

On constate, au niveau national, que plus d'une femme sur deux (53%) est protégée contre le Tétanos néonatal. Par ailleurs, on observe que la protection des mères contre le Tétanos est plus élevée dans le milieu urbain (57%) que dans le milieu rural (50%).

Sur le plan régional, le pourcentage des femmes les mieux protégées se trouve dans la wilaya de Dakhlet Nouadhibou (74%) suivi de Tiris Zemmour + Inchiri (64%), par contre le pourcentage le plus faible se trouve au Brakna (37%) et au Tagant (37%).

En ce qui concerne le groupe d'âges de la mère, on constate que les femmes les plus jeunes sont bien mieux protégées que leurs aînées ce qui est le signe d'une amélioration des services de santé et de l'accès au soin ; ainsi plus de la moitié des femmes de 20-24 ans (57%) ont été protégées contre 38% des femmes de 45-49 ans.

Tableau CH.3 : Protection contre le tétanos néonatal							
Pourcentage des mères avec naissance vivante au cours des 24 derniers mois, protégées contre le tétanos néonatal, Mauritanie, 2007							
	A reçu au moins 2 doses durant la grossesse	A reçu au moins 2 doses, dans les trois précédentes années	A reçu au moins 3 doses, au cours des 5 précédentes années	A reçu au moins quatre doses, au cours des 10 précédentes années	A reçu au moins 5 doses dans sa vie	Protégée contre le tétanos *	Nombre de mères
Wilaya							
Hodh ECharghi	42,8	3,9	1,3	0,0	0,0	48,0	422
Hodh ELGharbi	38,2	4,7	2,0	1,3	0,0	46,2	340
Assaba	47,0	8,1	1,9	1,2	0,6	58,7	371
Gorgol	48,2	4,4	0,6	0,0	0,6	53,8	340
Brakna	31,6	4,2	0,8	0,0	0,3	36,9	330
Trarza	47,0	7,9	2,1	0,4	2,2	59,5	332
Adrar	34,6	3,5	2,8	1,7	2,7	45,2	61
Nouadhibou	58,6	9,7	0,4	2,5	3,0	74,2	119
Tagant	34,1	1,7	0,7	0,0	0,7	37,3	76
Guidimagha	51,8	5,4	0,0	0,0	0,0	57,2	177
Tiris Zemour +Inchir	58,6	4,8	,5	,3	,0	64,2	71
Nouakchott	48,9	5,2	1,1	0,3	0,5	56,0	894
Milieu							
Urbain	48,8	6,2	1,0	0,6	0,7	57,3	1506
Rural	42,5	4,9	1,4	0,4	0,6	49,7	2027
Age							
15-19	40,9	6,4	0,9	0,0	0,3	48,5	357
20-24	49,3	6,0	1,0	0,8	0,2	57,2	808
25-29	45,9	5,4	1,5	0,3	0,7	53,8	821
30-34	47,9	4,4	1,0	0,4	0,8	54,6	760
35-39	42,3	5,8	2,3	0,9	0,8	52,1	527
40-44	34,2	4,2	0,7	0,2	1,6	41,0	208
45-49	31,4	6,3	0,0	0,0	0,0	37,6	53
Niveau d'instruction							
Sans instruction	43,5	4,2	0,6	0,0	0,1	48,4	1000
Primaire	48,2	5,8	0,9	1,1	0,7	56,8	1145
Secondaire & +	48,8	6,9	2,7	0,5	1,6	60,6	497
Coranique/Mah	40,6	5,5	1,6	0,2	0,6	48,5	876
Indice de richesse							
Plus pauvre	39,5	5,6	1,6	0,1	0,1	47,0	856
Pauvre	43,5	3,9	1,6	0,5	0,1	49,6	693
Moyen	43,5	5,7	0,9	0,9	0,5	51,5	656
Riche	50,2	6,1	0,6	0,6	1,3	58,8	680
Plus riche	50,8	5,9	1,4	0,5	1,2	59,8	648
Total	45,2	5,4	1,2	0,5	0,6	53,0	3533
* MICS Indicateur 32							

Du point de vue de l'éducation de la mère, les femmes ayant le niveau secondaire et plus sont les plus protégées contre le Tétanos (61%) suivies par celles du niveau primaire (57%), alors que 49% des femmes de niveau d'instruction coranique ou sans instruction sont protégées.

En ce qui concerne le niveau de richesse, on constate que dans les ménages les plus riches, 60% des femmes sont totalement protégées, alors que ce taux est de 52% dans les ménages moyens et de 47% dans les ménages les plus pauvres.

Traitement par la réhydratation orale

La diarrhée est la deuxième cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès liés à la diarrhée dans l'enfance sont dus à la déshydratation du fait de la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée - soit par les sels de réhydratation orale (SRO) soit par les fluides faits à domicile recommandés - permet d'éviter bon nombre de ces décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition par l'augmentation de l'absorption de fluides et la poursuite de l'alimentation de l'enfant constitue également une stratégie importante pour prendre en charge la diarrhée.

D'une manière générale, (22%) des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête (Tableau CH.4). La prévalence de la diarrhée dans le milieu rural est un peu plus élevée que dans le milieu urbain (23% contre 21%). Du point de vue régional le taux le plus élevé se trouve dans la wilaya du Gorgol (31%) suivi par la wilaya de l'Assaba (26%) alors que le taux le plus faible se trouve dans la wilaya du Hodh El Gharbi (16%).

Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de richesse du ménage ne montrent pas une disparité importante sur la diarrhée chez les enfants. La pointe de la prévalence de la diarrhée se situe au cours de la période de sevrage, chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

Le tableau CH.4 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de fluides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de fluide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100.

Environ 12% des enfants ont reçu des fluides préparés à partir de paquets de SRO; 9% ont reçu des fluides de SRO pré-conditionnés et 14% ont reçu des fluides recommandés faits à la maison. Les enfants des mères n'ayant aucune éducation ont moins de chances de recevoir un traitement par réhydratation orale que les autres enfants. Environ 31% des enfants ayant la diarrhée ont reçu un ou plusieurs des traitements recommandés à domicile (c'est à dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les fluides recommandés faits à domicile), tandis que 70% cent n'ont reçu aucun traitement. Dans les wilayas du Tagant, de HodhEcharghi et de Hodh El Gharbi, le pourcentage d'enfants qui n'ont pas reçu de traitement durant les épisodes de diarrhée est même au desus de 80%.

Tableau CH.4: Réhydratation par voie orale**Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et reçu une Solution de Réhydratation Orale (SRO) ou d'autres formes de réhydratation par voie orale, Mauritanie, 2007**

	A eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Liquide d'un paquet SRO	Liquide recommandé préparé à la maison	Liquide SRO pré emballée	Pas de traitement	Taux d'utilisation de SRO *	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec diarrhée
Sexe								
Masculin	21,6	4429	12,4	14,2	10,1	68,9	31,1	955
Féminin	22,2	4241	13,2	13,5	8,6	70,1	29,9	941
Wilaya								
Hodh ECharghi	19,3	1052	12,1	25,0	5,4	64,4	35,6	203
Hodh ELGharbi	16,3	812	6,0	8,5	4,3	81,2	18,8	133
Assaba	26,3	963	9,2	7,0	3,1	81,5	18,5	254
Gorgol	30,8	869	11,3	13,3	7,4	73,6	26,4	267
Brakna	23,0	796	15,8	8,3	17,2	64,9	35,1	183
Trarza	17,4	841	13,6	17,9	9,6	68,6	31,4	147
Adrar	21,7	154	11,3	10,5	8,0	79,4	20,6	(33)
Nouadhibou	19,0	282	26,7	33,3	34,3	28,2	71,8	54
Tagant	28,3	170	6,9	5,0	3,8	88,2	11,8	(48)
Guidimagha	21,3	524	13,5	33,3	2,7	54,1	45,9	111
Tiris Zemour+Inchiri	6,5	136	13,2	8,1	20,9	58,6	41,4	(9)
Nouakchott	21,9	2072	15,5	9,8	13,2	67,5	32,5	454
Milieu de résidence								
Urbain	20,6	3594	16,1	13,3	15,0	64,5	35,5	742
Rural	22,7	5078	10,7	14,2	5,7	72,7	27,3	1154
Age								
< 6 mois	17,1	902	9,7	10,8	8,9	78,1	21,9	154
6-11 mois	28,4	1014	15,1	8,4	9,4	69,9	30,1	288
12-23 mois	30,9	1681	11,3	14,0	10,4	71,7	28,3	519
24-35 mois	22,9	1822	18,4	16,9	10,9	61,3	38,7	417
36-47 mois	17,4	1823	9,6	15,6	7,9	69,8	30,2	317
48-59 mois	14,1	1415	9,3	14,8	6,3	73,2	26,8	200
Niveau d'instruction de la mère								
Sans instruction	21,1	2689	9,7	13,4	7,0	73,0	27,0	567
Primaire	22,2	2520	14,0	13,4	9,7	69,4	30,6	560
Secondaire & +	19,7	1061	20,9	16,6	17,4	57,1	42,9	209
Coranique/Mahadra	23,3	2379	11,9	13,8	8,0	71,0	29,0	553
Indice de richesse								
Plus pauvre	25,0	2159	7,8	14,8	3,4	76,3	23,7	539
Pauvre	22,6	1729	12,6	13,4	4,3	72,5	27,5	390
Moyen	21,5	1620	13,1	10,8	11,4	68,9	31,1	348
Riche	20,2	1629	14,5	15,6	14,2	65,2	34,8	329
Plus riche	18,8	1534	20,1	14,5	19,3	58,3	41,7	289
Total	21,9	8672	12,8	13,9	9,4	69,5	30,5	1896

* MICS Indicateur 33

Prise en charge de la diarrhée

Les objectifs sont de: 1) à compter de 2000, réduire de moitié les décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2010 (Un Monde Digne des Enfants); et 2) à compter de 1990, réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 (Objectifs du Millénaire pour le Développement). En outre, parmi les objectifs d'Un Monde Digne des Enfants figure la réduction de 25% de la prévalence de la diarrhée.

Les indicateurs sont:

- La prévalence de la diarrhée
- La thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)
- La prise en charge à domicile de la diarrhée
- (TRO augmentation de l'absorption de fluides) *et* poursuite de l'alimentation

Dans le questionnaire de l'enquête MICS, les mères (ou les personnes en charge) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, une série de questions ont été posées à la mère sur ce que l'enfant a bu et mangé durant l'épisode de diarrhée et si c'était plus ou moins ce que l'enfant avait l'habitude de manger et de boire.

Plus d'un tiers (38%) des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 50% ont bu autant ou moins que d'habitude (Tableau CH.5). Quarante huit pour cent ont mangé autant ou plus que d'habitude (poursuite de l'alimentation), mais 47% ont beaucoup moins mangé que d'habitude ou presque pas. En associant les informations du Tableau CH.5 à celles du Tableau CH.4, on peut se rendre compte que seulement un tiers des enfants (32%) ont été traités de façon adéquate durant leur maladie, c'est-à-dire qu'ils ont reçu soit une TRO, soit davantage de fluides et qu'en même temps ils avaient continué à manger comme il a été recommandé.

Il existe des différences importantes dans la prise en charge à domicile de la diarrhée selon les caractéristiques du contexte. Par rapport à la région, le taux le plus bas est enregistré dans la wilaya de Hodh El Gharbi (9) tandis que les enfants du Trarza (43%) et de l'Adrar (42.3%) ont été traités de façon adéquate.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des mères, on constate que les enfants de celles qui ont le niveau secondaire et plus ont plus de chance de recevoir une prise en charge de la diarrhée à domicile (31%) que les enfants de celles qui ont le niveau coranique (19%) et les sans niveau d'instruction (25%). Concernant le niveau de richesse, il ressort que les enfants des ménages riches sont plus pris en charge (32%) que ceux des ménages les plus pauvres (19%).

Tableau CH.5: Prise en charge de la diarrhée à domicile**Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu plus de liquide et ont poursuivi l'alimentation durant l'épisode, Mauritanie, 2007**

	A eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois	Enfants avec diarrhée qui :				Prise en charge de la diarrhée à domicile *	A reçu autre solution de réhydratation ou augmentation de la prise de liquides et poursuivi l'alimentation **	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec diarrhée
			A bu plus	A bu même quantité ou moins	A mangé moins, la même quantité ou davantage	A mangé beaucoup moins ou rien			
Sexe									
Masculin	21,6	4429	37,	50,5	48,8	46,4	24,7	32,2	955
Féminin	22,2	4241	38,	49,4	47,6	47,8	25,1	31,8	941
Wilaya									
Hodh ECharghi	19,3	1052	21,	72,8	45,2	53,4	16,1	26,8	203
Hodh ELGharbi	16,3	812	19,	76,1	29,1	70,1	9,4	11,1	133
Assaba	26,3	963	37,	41,9	34,1	55,1	18,7	21,1	254
Gorgol	30,8	869	36,	49,4	55,9	39,4	26,3	31,8	267
Brakna	23,0	796	36,	52,2	38,5	54,1	24,1	30,5	183
Trarza	17,4	841	59,	32,7	58,7	38,5	42,5	49,1	147
Adrar	21,7	154	51,	44,1	56,8	39,4	42,3	43,6	(33)
Nouadhibou	19,0	282	36,	62,0	43,7	56,3	14,1	32,9	54
Tagant	28,3	170	36,	58,5	48,2	49,5	20,6	21,7	(48)
Guidimagma	21,3	524	27,	63,0	58,0	36,6	17,8	31,4	111
Tiris Zemour+Inchiri	6,5	136	13,	81,7	31,4	68,6	2,6	18,3	(9)
Nouakchott	21,9	2072	48,	36,0	56,8	39,1	33,4	42,3	454
Milieu de vie									
Urbain	20,6	3594	44,	41,6	53,6	42,0	29,7	38,7	742
Rural	22,7	5078	34,	55,4	44,7	50,4	21,9	27,7	1154
Age									
0-11 mois	23,1	1916	38,	50,4	41,4	52,0	21,8	26,8	443
12-23 mois	30,9	1681	40,	49,7	50,6	44,7	27,6	34,6	519
24-35 mois	22,9	1822	39,	47,6	47,1	49,1	24,8	34,1	417
36-47 mois	17,4	1823	35,	53,7	54,9	42,1	25,3	34,4	317
48-59 mois	14,1	1415	33,	49,0	48,7	46,5	24,8	28,6	200
Niveau d'instruction de la mère									
Sans instruction	21,1	2689	37,	49,7	50,5	43,8	24,9	31,5	567
Primaire	22,2	2520	43,	44,7	51,3	44,9	28,2	36,5	560
Secondaire & +	19,7	1061	47,	44,2	47,9	45,4	31,1	38,0	209
Coranique/Mah	23,3	2379	30,	58,1	42,3	53,8	18,9	25,3	553
Indice de richesse									
Plus pauvre	25,0	2159	32,	56,4	41,5	53,0	18,9	25,0	539
Pauvre	22,6	1729	29,	58,6	43,8	51,4	19,7	25,0	390
Moyen	21,5	1620	41,	46,2	51,9	42,5	30,5	37,2	348
Riche	20,2	1629	48,	40,4	57,9	39,4	32,4	41,7	329
Plus riche	18,8	1534	44,	42,0	51,0	44,8	28,1	37,1	289
Total	21,9	8672	38,	50,0	48,2	47,1	24,9	32,0	1896
* MICS indicateur 34 ** MICS indicateur 35									

Recherche de soins et traitement de la pneumonie aux antibiotiques

La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les enfants et l'utilisation des antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans souffrant de pneumonie présumée est une intervention essentielle. L'un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est de réduire d'un tiers les décès liés aux infections respiratoires aiguës.

Les enfants souffrant de pneumonie présumée sont ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes n'étaient pas dus à un problème au niveau de la poitrine ou à une obstruction nasale. Les indicateurs sont:

- La prévalence de la pneumonie présumée
- La recherche de soins pour une pneumonie présumée
- Le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée
- La connaissance des indicateurs d'alerte de la pneumonie

Le Tableau CH.6 présente la prévalence de la pneumonie présumée, il montre si des soins ont été cherchés en dehors du domicile et précise le site d'administration de ces soins. Dans l'ensemble (7%) des enfants âgés de 0 à 59 mois ont été signalés comme présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Sur ces enfants, (45%) ont été traités auprès d'un prestataire de soins de santé approprié. On note que (12 %) des enfants qui ont eu des infections respiratoires aiguës (IRA) ont été traités dans un centre de santé public, (12%) dans un hôpital public et 4% dans un poste de santé public ou dans une clinique privée. On constate que les pourcentages de soin de pneumonie sont plus élevés dans le milieu urbain (53%) que dans le milieu rural (36%).

En ce qui concerne l'éducation de la mère on observe que près des trois quarts (74%) des enfants dont les mères sont du niveau secondaire ou plus ont plus bénéficié de soins auprès de prestataire qualifié contre seulement 43% des dont les mères sont sans instruction.

On observe également les mêmes tendances chez les enfants des ménages riches par rapport aux enfants des ménages les plus pauvres (respectivement 64% contre 33%).

Tableau CH.6: Recherche de soins pour cas de pneumonie suspectés

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui une pneumonie est suspectée dans les 2 dernières semaines et qui ont été amenés à un service de santé, Mauritanie, 2007

Caracteristiques	A une infection respiratoire aigue	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Enfants présentant des symptômes de pneumonie et qui ont été examinés par :							Tout fournisseur approprié*	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec un cas suspecté de pneumonie	
			Sources publiques				Sources privées					
			Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Auxiliaire de santé au village	Autre structure publique	Hôpital /Clinique Privé(e)	Médecin privé			Pharmacie
Sexe												
Masculin	7,2	4429	13,1	12,5	3,0	4,0	0,0	2,8	1,0	5,6	42,7	317
Féminin	5,8	4241	10,9	11,8	5,0	6,0	0,0	5,4	1,0	5,1	46,8	244
Milieu de												
Urbain	7,5	3594	15,7	13,8	6,0	2,0	0,0	7,4	1,0	9,1	53,4	268
Rural	5,8	5078	8,9	10,8	2,0	8,0	0,0	0,7	2,0	2,0	36,3	293
Age												
0-11 mois	7,5	1916	11,4	13,0	5,0	9,0	0,0	2,3	3,0	5,0	49,1	144
12-23 mois	7,6	1681	20,6	10,4	3,0	3,0	0,0	6,4	2,0	6,4	51,4	128
24-35 mois	6,7	1822	8,7	13,5	1,0	4,0	0,0	2,9	2,0	7,0	41,5	122
36-47 mois	4,8	1823	9,9	15,9	6,0	5,0	0,0	3,5	0,0	1,6	39,7	88
48-59 mois	5,6	1415	7,6	7,7	5,0	3,0	0,0	4,9	0,0	6,2	34,6	79
Niveau d'instruction de la mère												
Sans instruction	5,1	2689	10,4	13,8	5,6	5,4	0,8	3,8	0,0	4,2	43,3	137
Primaire	6,3	2520	12,3	10,8	3,6	5,9	0,0	0,6	1,2	6,5	41,2	160
Secondaire & +	6,3	1061	23,6	15,6	4,6	5,1	0,0	13,7	3,0	10,1	74,1	67
Coranique/Mah	8,3	2379	9,4	11,2	3,7	5,2	0,0	3,4	3,0	3,7	38,1	196
Indice de richesse												
Plus pauvre	7,1	2159	7,1	7,5	1,6	9,9	0,7	0,0	1,9	1,0	32,7	154
Pauvre	4,3	1729	9,2	13,1	6,6	4,1	0,0	0,0	1,9	1,9	33,1	74
Moyen	5,7	1620	10,7	15,4	1,1	4,5	0,0	2,6	0,0	0,0	35,9	93
Riche	7,9	1629	10,7	15,9	7,8	5,0	0,0	2,7	2,2	11,1	54,8	129
Plus riche	7,3	1534	23,9	11,2	4,8	1,3	0,0	14,5	2,3	11,6	63,5	112
Total	6,5	8672	12,1	12,2	4,2	5,4	0,2	3,9	1,7	5,4	44,5	562

* MICS indicateur 23

Le tableau CH.7 présente l'utilisation des antibiotiques pour le traitement de la pneumonie présumée chez les enfants âgés de moins de cinq ans par sexe, âge, wilaya, milieu de résidence et facteurs socio-économiques. En Mauritanie, seulement un quart (24%) des enfants âgés de moins de cinq ans souffrant d'une pneumonie présumée ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Ce tableau montre également que le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée est encore plus faible dans les ménages les plus pauvres et chez les enfants dont les mères/personnes en charge ont un niveau d'éducation primaire (17%).

Tableau CH.7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie		
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique, Mauritanie, 2007		
Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique durant les 2 dernières semaines *	Nombre d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête
Sexe		
Masculin	23,9	317
Féminin	24,2	244
Milieu de résidence		
Urbain	29,5	268
Rural	19,0	293
Age		
0-11 mois	21,8	144
12-23 mois	28,4	128
24-35 mois	28,8	122
36-47 mois	25,6	88
48-59 mois	11,8	79
Niveau d'instruction de la mère		
Sans instruction	21,9	137
Primaire	16,7	160
Secondaire & +	52,1	67
Coranique/Mahadra	22,0	196
Indice de richesse		
Plus pauvre	16,5	154
Pauvre	18,2	74
Moyen	19,4	93
Riche	21,5	129
Plus riche	45,1	112
Total	24,0	562
* MICS indicateur 22		

Les indications de la connaissance des signes d'alerte de la pneumonie sont présentées dans le Tableau CH.7A. De toute évidence, le fait que la mère connaît les signes d'alerte est un déterminant important de la recherche de soins. Dans l'ensemble, un quart (25%) des femmes connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie - à savoir une respiration difficile et rapide. On note que les deux tiers d'entre elles (67%) ont identifié la respiration rapide et moins d'un tiers (31%) des mères ont identifié la difficulté respiratoire comme des symptômes nécessitant que l'enfant soit emmené immédiatement chez un prestataire de soins de santé.

En ce qui concerne les wilayas, le Trarza occupe la première place avec un taux de 68%) des femmes qui connaissent les deux symptômes, suivi de loin par l'Adrar 41% et le Hodh El Charghi (31%) ; par contre, ce pourcentage est seulement de 3% au Tagant et de 7% au Gorgol !

Par rapport à l'éducation de la mère, on peut noter que le pourcentage le plus élevé de femmes ayant cité les deux signes est enregistré chez les mères qui ont le niveau coranique (33%).

Du point de vue de la richesse, on constate qu'il n'y a pas de différences majeures entre ces catégories de femmes.

Tableau CH.7A: Connaissance des deux signes de risque de pneumonie**pourcentage connaissant les symptômes pour amener immédiatement un enfant à l'hôpital: et reconnaissant la IRA comme un signe pour soins immédiats, Mauritanie, 2007**

	Pourcentage de mères/gardiennes d'enfants de 0-59 mois qui pensent qu'un enfant doit être amené immédiatement dans un service de santé s'il :								Mères/gardiennes qui reconnaissent deux signes de risque de la pneumonie	Nombre de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois
	N'arrive pas à boire ou	Deviend plus malade	Développe la fièvre	A une respiration	A des difficultés à	A du sang dans les selles	Boit difficilement	A d'autres symptômes		
Wilaya										
Hodh Echarghi	18,	24,	71,	81,	33,	31,	18,	31,	30,6	1052
Hodh ELGharbi	5,4	11,	65,	74,	29,	31,	15,	47,	26,4	812
Assaba	3,7	3,5	52,	79,	26,	32,	25,	54,	22,0	963
Gorgol	8,1	21,	42,	53,	7,7	9,3	35,	32,	6,5	869
Brakna	6,3	14,	64,	56,	14,	16,	13,	23,	9,1	796
Trarza	29,	29,	77,	88,	72,	75,	69,	52,	68,1	841
Adrar	10,	23,	79,	70,	43,	43,	39,	45,	40,9	154
Nouadhibou	2,8	10,	63,	38,	10,	22,	14,	39,	7,8	282
Tagant	2,3	1,6	65,	36,	4,6	6,2	9,6	34,	3,4	170
Guidimagha	17,	24,	50,	59,	47,	40,	29,	35,	32,2	524
Tiris Zemour+Inchiri	3,8	10,	86,	39,	12,	11,	8,6	10,	9,0	136
Nouakchott	13,	11,	57,	61,	31,	39,	34,	33,	22,9	2072
Milieu de										
Urbain	12,	15,	63,	62,	32,	38,	32,	35,	25,3	3594
Rural	11,	15,	59,	70,	29,	30,	27,	39,	25,3	5078
Niveau d'instruction de la mère										
Sans instruction	10,	15,	56,	61,	23,	25,	24,	34,	18,2	2689
Primaire	11,	14,	61,	66,	30,	34,	29,	38,	23,7	2520
Secondaire & +	13,	13,	63,	66,	36,	39,	33,	36,	29,6	1061
Coranique/Maha	14,	17,	65,	74,	37,	40,	33,	42,	33,2	2379
Indice de richesse										
Plus pauvre	10,	13,	55,	74,	26,	28,	28,	39,	23,1	2159
Pauvre	12,	18,	59,	63,	28,	26,	23,	36,	21,8	1729
Moyen	12,	18,	65,	65,	30,	34,	26,	40,	25,5	1620
Riche	14,	14,	66,	66,	39,	44,	38,	37,	32,9	1629
Plus riche	11,	13,	61,	61,	31,	37,	32,	35,	24,3	1534
Total	12,	15,	61,	67,	30,	33,	29,	37,	25,3	8672

Utilisation de combustible solide

Plus de 3 millions de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (bois et charbon) pour leurs besoins en énergie de base comme la cuisine et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraîne des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur, par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles à la santé. Les émanations d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO₂) et autres éléments toxiques, constituent le principal problème lié à l'utilisation de combustibles solides. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, de cancer et peut-être de tuberculose, de faiblesse de poids à la naissance, de cataracte et d'asthme. Le principal indicateur est la proportion de la population utilisant des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour la cuisine.

La lecture du tableau CH.8 montre qu'environ 6 ménages sur 10 (62%) en Mauritanie utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine (en grande majorité, du bois).

L'utilisation des combustibles solides est faible en zone urbaine (37%), mais très forte en zone rurale, où plus de quatre ménages sur cinq (82%) utilisent ces combustibles. Il existe des différences importantes selon le niveau de richesse des ménages (100% des ménages les plus pauvres et seulement 10% des ménages les plus riches). Du point de vue régional, les résultats montrent que l'utilisation des combustibles solides est très faible dans les wilayas de Dakhlet Nouadhibou et Tiris Zemmour (2% et 11%) ; par contre elle est très élevée dans les wilayas du Gorgol (97%) et de Hodh El charghi (95%)..

Tableau CH.8: Utilisation de combustibles solides								
Distribution en pourcentage des ménages selon le type de combustible pour la cuisine, et pourcentage des ménages utilisant un combustible solide pour la cuisine, Mauritanie, 2007								
	Type de combustible utilisé pour la cuisine						Combustible solide pour la cuisine *	Nombre de ménages
	Electricité	Gaz naturel	Charbon de bois	Bois	Autres	Manquant		
Wilaya								
Hodh ECharghi	0,6	3,6	36,5	58,6	0,4	0,5	95,0	1218
Hodh ELGharbi	0,3	10,0	34,3	54,9	0,4	0,3	89,1	913
Assaba	0,1	14,8	19,6	65,0	0,5	0,0	84,6	1056
Gorgol	0,3	1,2	12,8	84,6	1,0	0,0	97,4	857
Brakna	0,4	19,7	20,1	58,8	0,9	0,0	78,9	887
Trarza	0,9	57,4	18,6	22,8	0,2	0,1	41,4	1154
Adrar	0,5	61,4	12,9	25,0	0,2	0,0	38,0	261
Nouadhibou	2,5	94,5	2,1	0,1	0,6	0,3	2,2	407
Tagant	0,5	36,8	17,0	45,1	0,5	0,0	62,2	326
Guidimagha	0,2	1,8	20,1	77,3	0,2	0,2	97,5	491
Tiris Zemmour	18,4	70,3	9,5	1,2	0,7	0,0	10,7	192
Inchiri	1,9	83,6	4,9	8,5	0,6	0,6	13,3	(38)
Nouakchott	2,1	68,3	28,0	0,7	0,6	0,3	28,7	2560
Milieu de résidence								
Urbain	2,2	60,0	30,0	7,0	0,7	0,2	37,0	4598
Rural	0,5	16,8	17,7	64,3	0,5	0,1	82,0	5763
Niveau d'instruction du chef du ménage								
Sans instruction	0,8	28,0	23,4	47,0	0,6	0,1	70,4	7339
Primaire	1,5	39,6	27,5	30,5	0,6	0,2	58,0	1361
Secondaire & +	3,1	70,5	16,3	9,2	0,5	0,4	25,6	1516
Coranique/Mahadra	2,7	41,5	41,1	14,3	0,3	0,0	55,4	145
Indice de richesse								
Plus pauvre	0,0	0,0	3,5	96,3	0,1	0,1	99,9	2095
Pauvre	0,4	2,6	31,1	65,0	0,8	0,2	96,0	2038
Moyen	0,8	26,7	41,3	30,1	0,7	0,3	71,4	1957
Riche	1,4	62,1	31,6	4,0	0,7	0,2	35,6	2166
Plus riche	3,7	85,9	9,5	0,4	0,5	0,1	9,9	2105
Total	1,3	36,0	23,2	38,9	0,6	0,2	62,0	10361

* MICS indicateur 24; OMD indicateur 29

Paludisme

Le paludisme est une des principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans en Mauritanie. Il contribue également à l'anémie chez les enfants tout en étant responsable d'un fort absentéisme scolaire. Des mesures de prévention, particulièrement l'utilisation de moustiquaires imprégnées, peuvent réduire de manière appréciable les taux de mortalité dus au paludisme chez les enfants.

Dans les régions où le paludisme est endémique, les recommandations internationales suggèrent de traiter toute fièvre chez l'enfant comme s'il s'agissait d'un paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet antipaludéen. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être

emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et pour les plus jeunes d'entre eux, continuer d'être allaités.

Le questionnaire comprend des questions sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires dans les ménages, sur les enfants de moins de cinq ans, ainsi que sur le traitement antipaludéen et la prophylaxie intermittente pour le paludisme. En Mauritanie les résultats de l'enquête indiquent que 57% des ménages possèdent au moins une moustiquaire non imprégnée et que seulement 12% des ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée (Tableau CH.10).

L'utilisation des moustiquaires (imprégnées ou non) est rare dans les wilayas du nord : Dakhlet Nouadhibou, Tiris Zemmour, Inchiri et dans une moindre mesure dans la wilaya de l'Adrar.

Les résultats ne montrent pas de disparités entre les ménages selon le niveau de richesse par contre les ménages dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou plus ont le niveau d'utilisation le plus élevé des moustiquaires imprégnées.

Tableau CH.10 : Disponibilité de moustiquaires imprégnées			
Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire traité à l'insecticide (MI), Mauritanie, 2007			
	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée insecticide (ITN)*	Nombre de ménages
Wilaya			
Hodh ECharghi	71,9	10,8	1218
Hodh ELGharbi	72,3	11,6	913
Assaba	77,6	24,0	1056
Gorgol	76,7	20,0	857
Brakna	57,7	8,3	887
Trarza	63,9	14,4	1154
Adrar	20,9	5,0	261
Nouadhibou	1,0	0,3	407
Tagant	73,7	17,7	326
Guidimagha	67,8	11,7	491
Tiris Zemmour	8,1	2,3	192
Inchiri	11,9	1,4	(38)
Nouakchott	37,2	7,5	2560
Milieu de résidence			
Urbain	41,1	10,2	4598
Rural	69,0	13,2	5763
Niveau d'instruction du chef du ménage			
Sans instruction	58,6	11,0	7339
Primaire	53,3	11,8	1361
Secondaire & +	51,5	16,0	1516
Coranique/Mahadra	43,8	13,2	145
Indice de richesse			
Plus pauvre	68,1	12,3	2095
Pauvre	71,1	13,3	2038
Moyen	59,8	12,5	1957
Riche	42,9	10,1	2166
Plus riche	42,4	11,2	2105
Total	56,6	11,9	10361
* MICS Indicateur 36			

Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens

Des questions sur la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Dix-huit pour cent des enfants ont eu la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête (Tableau CH.12). Les résultats indiquent que la prévalence de la fièvre baisse avec l'âge. Elle est également moins importante chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur que chez ceux dont les mères ont un niveau plus bas. Des différences ont été observées entre les régions ; les taux varient de 3% au Tiris Zemmour + Inchiri à 23% au Hodh El Charghi.

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pour traiter la fièvre, aussi bien les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits dans un établissement de santé. Seulement 21% des enfants fébriles au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 10% ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les antipaludéens "appropriés" sont entre autres la chloroquine, le SP/Fansidar, la quinine, l'association de médicaments à base d'artémisine, etc. Les résultats montrent que 6% des enfants fébriles ont reçu de la chloroquine et 9% de la quinine. Seulement 1% ont reçu la thérapie associée à base d'artémisine. Un pourcentage important des enfants (27%) ont reçu des médicaments autres que les antipaludéens, y compris des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.

Dans l'ensemble, les enfants en milieu urbain ont plus de chance d'être traités de manière appropriée que les enfants en milieu rural, tout comme le sont les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport à ceux dont les mères sont sans niveau d'instruction. Il y a peu de différence entre les filles et les garçons en ce qui concerne l'administration d'antipaludéens appropriés.

Tableau CH.12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludéen, Mauritanie, 2007

	A eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Enfant ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec												Tout traitement antipaludéen approprié dans les 24 heures sur la base des symptômes *	Nombre d'enfants avec la fièvre pendant les 2 dernières	
			Des antipaludéens							Autre médicaments							
			SP/ Fansidar	Chloroquine	Amodiaquine	Quinine	Artesunate	Autre antipaludéenne	Tout antipaludéen approprié	Paracétamol/Acetaminophen	Aspirine	Ibuprofène	Autre	Ne sait pas			
Sexe																	
Masculin	17,3	4429	2,8	6,5	1,4	8,8	1,4	5,3	20,2	17,1	10,5	1,0	13,0	7,0	9,7	764	
Feminin	17,7	4241	4,0	6,4	2,0	9,5	0,8	4,6	21,2	15,8	8,0	0,9	12,3	6,5	9,3	750	
Wilaya																	
Hodh ECharghi	23,3	1052	7,0	16,4	7,6	18,8	2,8	3,5	35,0	20,9	6,5	0,5	6,7	1,8	12,2	245	
Hodh ELGharbi	17,2	812	0,0	9,7	0,8	4,1	0,0	3,2	13,0	4,9	4,1	0,0	9,7	0,8	7,3	139	
Assaba	20,9	963	1,1	3,9	0,0	3,2	0,6	5,2	12,9	11,6	7,1	0,0	9,5	12,6	5,9	201	
Gorgol	22,6	869	0,5	2,5	0,5	12,8	1,0	1,9	17,3	13,9	6,3	0,0	3,9	12,3	8,8	196	
Brakna	15,2	796	4,4	4,4	0,0	6,7	0,8	1,5	12,7	9,9	6,7	1,5	18,7	8,8	7,4	121	
Trarza	9,9	841	7,0	11,6	0,0	10,5	0,0	3,1	25,1	34,2	13,5	0,0	16,6	5,0	12,0	83	
Adrar	9,8	154	2,8	6,7	5,6	5,6	2,8	6,7	18,9	14,4	12,2	0,0	9,4	3,9	12,2	(15)	
Nouadhibou	15,5	282	2,3	2,3	1,1	1,1	1,1	3,4	9,2	43,7	12,1	0,0	17,2	8,0	4,6	(44)	
Tagant	20,8	170	4,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	8,9	3,1	0,0	21,0	13,0	3,1	(35)	
Guidimagha	11,3	524	1,0	8,2	0,0	24,1	1,0	3,1	34,3	27,2	8,2	2,0	3,1	4,1	12,8	59	
Tiris Zemour+Inchiri	2,8	136	5,9	3,3	1,6	6,6	,0	6,6	15,7	17,3	16,6	,0	38,5	,0	,0	(4)	
Nouakchott	18,0	2072	4,2	2,3	0,8	6,2	1,2	10,4	22,3	15,8	15,8	2,7	21,2	5,8	11,5	372	
Milieu de résidence																	
Urbain	16,7	3594	4,3	5,2	1,4	7,2	1,6	8,0	23,0	18,8	12,9	2,0	19,3	7,1	11,1	601	
Rural	18,0	5078	2,8	7,3	1,8	10,4	0,7	3,0	19,1	14,9	6,8	0,2	8,3	6,5	8,4	915	
Age																	
0-11 mois	19,4	1916	1,5	4,1	0,8	6,2	0,3	4,8	14,3	11,9	7,4	0,2	16,3	5,7	7,8	373	
12-23 mois	18,8	1681	3,2	6,5	0,9	6,0	1,2	6,2	21,1	15,4	11,4	1,6	15,7	9,9	8,0	316	
24-35 mois	17,9	1822	5,5	6,2	3,8	10,9	1,6	5,4	23,3	18,2	11,8	0,8	10,5	5,1	12,1	326	
36-47 mois	15,5	1823	4,5	8,7	1,7	13,7	1,5	2,6	24,2	20,9	5,6	1,9	8,5	5,4	9,8	282	
48-59 mois	15,3	1415	2,4	7,9	1,0	10,3	1,3	5,7	22,7	17,5	9,5	0,3	9,8	7,8	10,3	216	
Niveau d'instruction de la mère																	
Sans instruction	16,2	2689	3,0	4,0	0,2	8,9	1,3	3,2	16,5	13,9	8,0	1,3	8,4	8,8	6,3	436	
Primaire	17,2	2520	2,4	3,9	0,7	6,2	0,3	6,3	18,0	12,9	12,4	0,7	15,3	7,5	8,7	433	
Secondaire & +	13,7	1061	2,8	10,1	1,0	7,1	2,4	11,4	31,2	28,5	10,5	2,0	27,2	3,2	18,9	145	
Coranique/Mahadra	20,9	2379	4,8	9,8	4,0	12,6	1,3	3,5	23,8	18,4	7,3	0,6	9,7	5,4	10,3	497	
Indice de richesse																	
Plus pauvre	22,6	2159	0,8	5,8	1,8	11,5	0,3	2,4	16,8	14,5	4,7	0,1	5,8	7,3	5,8	489	
Pauvre	17,8	1729	4,8	10,3	2,9	7,1	1,7	2,3	20,8	12,4	6,6	0,0	7,6	6,6	8,7	307	
Moyen	16,3	1620	3,9	6,5	1,5	12,7	2,0	6,4	25,0	18,4	9,9	1,2	15,9	5,3	12,6	265	
Riche	14,6	1629	5,3	2,7	0,6	6,6	0,6	8,7	20,2	19,6	17,2	2,0	19,4	5,3	9,8	238	
Plus riche	14,1	1534	4,4	6,6	0,9	5,3	1,5	8,6	24,2	20,6	13,8	2,6	23,7	9,2	14,5	217	
Total	17,5	8672	3,4	6,4	1,7	9,2	1,1	4,9	20,7	16,4	9,2	0,9	12,6	6,8	9,5	1516	

MICS indicateur 39; MDG indicateur 22

Sources et coût de l'approvisionnement en moustiquaires

Dans l'enquête MICS de Mauritanie, des questions ont été incluses pour recueillir des informations sur les sources et les coûts de trois types d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées, antipaludéens, antibiotiques et sels de réhydratation orale. Ces informations sont très importantes en ce sens qu'elles permettent une évaluation de la portée des programmes et de savoir jusqu'à quel point des groupes-cibles particuliers sont couverts par ces programmes. Ces informations sont également utiles pour contrôler la fourniture de matériel gratuit ou subventionné et pour évaluer son coût, étant donné que les prix peuvent constituer un obstacle à son utilisation. Pour les responsables de programme souhaitant déterminer la part des secteurs public (comme prévu) dans la fourniture de ces approvisionnements et l'importance relative de chacune des sources, les informations sur les sources d'approvisionnements et sur les coûts peuvent être essentielles.

Les sources d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées (MI) et les informations sur les coûts sont fournies dans le Tableau CH.14. Ce tableau donne également des informations sur l'obtention des MI auprès de sources publiques ou privées, le pourcentage des ménages qui ont obtenu gratuitement des MI et leur coût moyen pour les ménages qui les ont payées.

Les résultats montrent que 22% des ménages ont obtenu des moustiquaires traitées auprès des sources publiques alors que 77% l'ont eu par d'autres sources et 2% par des sources privées. Par ailleurs le pourcentage des ménages qui ont obtenu gratuitement les moustiquaires imprégnées avec le secteur public est plus élevé (61%) que celui des ménages qui l'ont obtenu avec le secteur privé (39%).

En ce qui concerne le coût payé pour l'obtention des moustiquaires, on observe que le coût d'une moustiquaire provenant d'une source public (1000 Ouguiya) est moins élevé qu'une moustiquaire dont la source est privée (1861 Ouguiya). Du point de vue des wilayas, les résultats indiquent que le coût le plus élevé est enregistré dans la wilaya du Gorgol (2513 Ouguiya) suivie par l'Adrar (2500 Ouguiya), le coût le plus bas est enregistré à l'Assaba (1000 Ouguiya).

N.B : Il est important de souligner que dans les wilayas du Nord il n'y a pratiquement pas de moustiques. C'est ce qui explique les faibles proportions obtenues concernant la possession des moustiquaires.

Tableau CH.14: Source et coût d'approvisionnement en moustiquaires traitées									
Distribution en pourcentage des ménages par la source d'approvisionnement de la moustiquaire, Mauritanie, 2007									
	Source de la moustiquaire traitée			Total	Nombre de ménages avec au moins une moustiquaire	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui ne l'obtiennent pas gratuitement	
	Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Wilaya									
Hodh ECharghi	16,2	0,0	83,8	100	131	81,5	.	1000	.
Hodh ELGharbi	21,0	2,2	76,7	100	105	47,7	0,0	1451	2250
Assaba	39,4	1,7	58,9	100	253	75,5	50,0	1000	1000
Gorgol	17,2	3,4	79,4	100	172	73,3	50,0	1000	2514
Brakna	24,8	1,2	74,0	100	73	62,9	0,0	1282	.
Trarza	16,0	3,4	80,6	100	166	26,5	26,4	1000	1500
Adrar	.	.	.	.	13	.	.	.	2500
Nouadhibou	.	.	.	.	1	.	.	.	.
Tagant	24,3	1,0	74,7	100	58	43,4	100,0	1000	.
Guidimagha	13,4	2,1	84,5	100	57	63,4	100,0	1754	.
Tiris Zemmour	.	.	.	.	4	.	.	.	.
Inchiri	.	.	.	.	0	.	.	.	.
Nouakchott	13,6	0,0	86,4	100	193	27,8	.	1000	.
Milieu de résidence									
Urbain	20,8	0,9	78,4	100	467	45,8	0,0	1000	1800
Rural	22,1	2,3	75,6	100	762	69,5	48,4	1000	1717
Niveau d'instruction du chef du ménage									
Sans instruction	20,5	1,9	77,6	100	805	60,0	46,4	1000	1798
Primaire	25,9	1,2	72,9	100	161	73,2	31,6	1000	1000
Secondaire & +	22,1	1,6	76,2	100	243	57,3	14,4	1000	2261
Indice de richesse									
Plus pauvre	20,0	3,1	76,9	100	257	66,9	33,0	1002	1974
Pauvre	29,8	2,2	68,0	100	271	68,5	66,6	1000	1500
Moyen	23,3	0,4	76,2	100	245	68,7	100,0	1000	.
Riche	15,7	2,1	82,2	100	219	57,3	12,3	1000	1500
Plus riche	17,8	0,6	81,6	100	236	31,1	0,0	1000	2500
Total	21,6	1,7	76,6	100	1229	60,8	39,0	1000	1861

* MICS indicateur 96 ** MICS indicateur 97

VII. Environnement

Eau et assainissement

L'eau potable est une nécessité de base pour une bonne santé. Une eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut également être contaminée par des produits chimiques, des matières physiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. En plus, l'accès à l'eau potable est particulièrement important pour les femmes et les enfants, surtout dans les zones rurales, où le transport de l'eau, souvent sur de longues distances leur incombe principalement.

L'un des objectifs des OMD est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson potable et à une hygiène de base. L'objectif d'Un Monde Digne des Enfants est la réduction d'au moins un tiers de la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable salubre à un coût abordable.

La liste des indicateurs utilisés dans la MICS est la suivante :

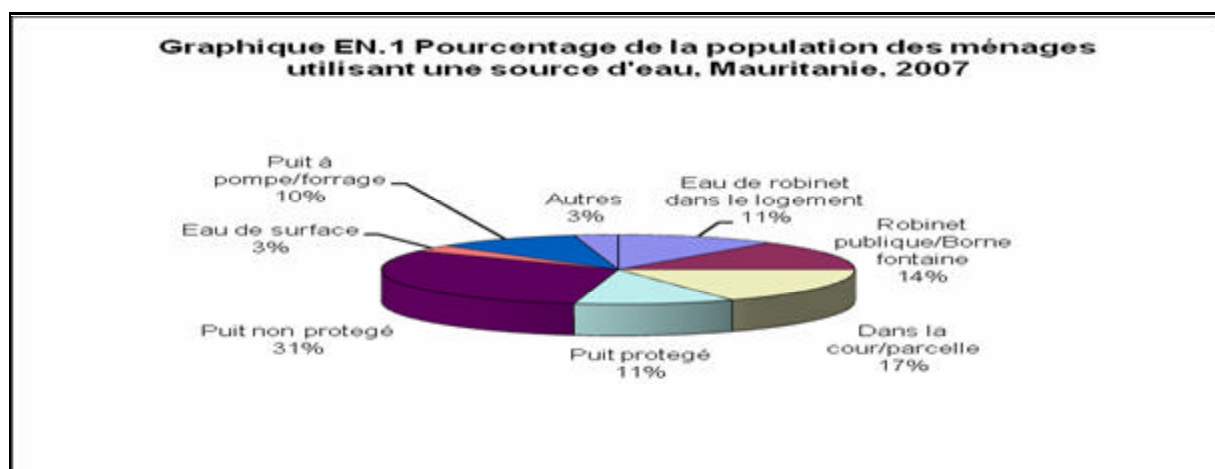
Eau

- Utilisation de sources d'approvisionnement en eau potable améliorées
- Utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau
- Temps d'approvisionnement en eau potable
- Personne recueillant l'eau potable

Assainissement

- Utilisation d'installations sanitaires améliorées
- Elimination hygiénique des excréments des enfants

La répartition de la population par source d'approvisionnement en eau potable est présentée dans le Tableau EN.1 et le Graphique EN.1. La population utilisant des *sources d'approvisionnement en eau potable améliorées* est celle utilisant l'un des types d'approvisionnement en eau suivants: l'eau courante (dans les habitations, les cours ou les parcelles), les fontaines publiques/bornes fontaines, puits tubes/forages, les puits protégés, l'eau de source protégée, l'eau de pluie recueillie. L'eau embouteillée est considérée comme une source d'approvisionnement en eau améliorée seulement si le ménage utilise une source d'approvisionnement en eau améliorée pour d'autres besoins, comme la lessive et la cuisine.



Accès à l'eau potable

Dans l'ensemble (Tableau EN.1), 51% des ménages utilisent une source améliorée d'approvisionnement en eau de boisson – 49% pour cent dans le milieu urbain et 52% pour cent dans le milieu rural. La situation par wilaya présente des disparités importantes : les pourcentages les plus élevés se trouvent à Dakhlet Nouadhibou et au Trarza avec respectivement 90% et 86% de la population qui obtient de l'eau de boisson d'une source d'approvisionnement améliorée. Pour Nouadhibou, il s'agit essentiellement de l'eau de robinet. Pour le Trarza, le pourcentage est élevé du fait des forages qui représentent près d'un tiers (31%) des sources d'approvisionnement en eau de boisson. En revanche, le Tiris zemmour connaît le plus faible taux (16%). Il s'agit essentiellement d'un approvisionnement à travers les citernes. Pour Nouakchott, la capitale, ce taux relativement faible (31%) s'explique par l'utilisation très importante d'eau de source arrivant dans des petites citernes sur des charrettes utilisée par 60% des ménages mais qui ne constitue pas une source améliorée en eau de boisson.

Il convient de noter les cas spécifiques de l'Assaba et du Tagant où environ 22% et 11% respectivement des ménages s'approvisionnent en eau de pluie. Il s'agirait là d'une confusion de la part des enquêtés et sûrement de la part des enquêteurs entre l'eau provenant de la pluie et récupérée directement dans des vases¹⁰ avec l'eau des barrages, des mares ou des marigots qui est récupérée après pour servir de boisson. De ce fait, les pourcentages des ménages utilisant des sources améliorées seraient nettement inférieurs à ceux observés dans ces deux wilayas. Il faut donc en déduire les parts liées à l'utilisation de l'eau de pluie qui n'existe vraisemblablement pas.

Par ailleurs, le tableau EN.1 indique un accès à une source améliorée plus important chez les ménages dont le chef est instruit (plus de 56% pour ceux du niveau secondaire et plus) comparativement à ceux du niveau primaire ou secondaire. Bien que les ménages les plus pauvres aient le moins accès aux sources améliorées, la différenciation selon les niveaux de richesse ne semble pas pertinente.

Traitement de l'eau

Le traitement de l'eau à domicile est présenté dans le Tableau EN.2. Il a été demandé aux ménages la manière dont ils peuvent traiter l'eau à domicile pour la rendre plus sûre à boire : la faire bouillir, y ajouter de l'eau de Javel ou du chlore, utiliser un filtre à eau et utiliser la désinfection solaire ont été considérés comme des moyens de traitement adéquats de l'eau de boisson. Ce tableau présente les pourcentages des membres des ménages qui utilisent des méthodes appropriées de traitement de l'eau, séparément pour tous les ménages, pour les ménages utilisant des sources d'approvisionnement en eau de boisson améliorées et non améliorées.

On constate d'abord que plus de deux tiers (69%) des ménages ne font recours à aucune méthode de traitement. La méthode la plus répandue (21% des ménages) est l'utilisation de l'eau de Javel. Elle est très répandue au Tiris Zemmour où plus de quatre ménages sur cinq l'utilisent. Elle est aussi largement utilisée à Nouakchott (51%) et à Nouadhibou (45%). Cette méthode est plus utilisée en milieu urbain (40%) qu'en milieu rural (6%). Ce pourcentage croît avec le niveau d'instruction du chef de ménage et avec le degré de richesse.

¹⁰ Du fait de la rareté des pluies, cette méthode est très peu utilisée en Mauritanie.

La méthode de filtrage de l'eau qui vient en deuxième position parmi les méthodes de traitement de l'eau dans le ménage est utilisée par seulement 10% des ménages et prévaut essentiellement au Guidimagha (31% des ménages).

Le traitement de l'eau de boisson est plus important dans les wilayas du Tiris zemmour et dans une moindre proportion à Nouakchott ou à Dakhlet Nouadhibou. Le pourcentage des ménages utilisant des méthodes appropriées pour le traitement de l'eau est nettement plus élevé en milieu urbain (40%) qu'en milieu rural (7%). Il évolue positivement avec le niveau d'instruction du chef de ménage et avec le niveau de richesse du ménage.

Pour l'ensemble des sources d'eau à boire, on observe que 22% environ des ménages utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau. Ce taux varie de 15% pour les sources améliorées à 29% environ pour celles non améliorées.

Tableau EN.2: Traitement domestique de l'eau

Répartition (en %) de la population des ménages selon la méthode de traitement de l'eau potable utilisée dans le ménage et pourcentage des ménages qui utilisent une méthode appropriée de traitement d'eau, Mauritanie, 2007

	Méthode de traitement de l'eau utilisée dans le ménage									Toutes sources d'eau à boire : méthode appropriée de traitement de l'eau *	Nombre des membres des ménages	Source améliorée d'eau à boire : Méthode appropriée de traitement de l'eau	Nombre des membres des ménages	Source non améliorée d'eau à boire : Méthode appropriée de traitement de l'eau	Nombre des membres des ménages
	Aucune	La faire bouillir	Y ajouter l'eau de javel/chlore	La filtrer avec un linge/coton/éponge	Utiliser un filtre (céramique, sable, charbon actif)	Désinfection solaire	Laisser reposer/décantar	Autre	Ne sait pas						
Wilaya															
Hodh ECharghi	93,1	0,0	2,8	4,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	6478	2,5	2081	3,0	4397
Hodh ELGharbi	86,5	0,0	2,0	11,3	0,0	0,1	0,0	0,6	0,0	2,1	5201	2,6	1695	1,8	3506
Assaba	75,0	0,0	3,6	18,6	2,9	0,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6073	7,0	3645	5,6	2427
Gorgol	60,6	0,0	5,1	34,3	1,3	0,0	0,2	0,1	0,0	6,3	5601	2,5	3177	11,3	2424
Brakna	82,4	0,0	8,3	11,4	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	8,4	4876	5,6	3816	18,3	1060
Trarza	77,3	0,2	19,1	7,2	0,3	0,0	0,4	1,5	0,0	19,2	6131	14,6	5272	47,0	859
Adrar	77,2	0,0	20,0	4,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	20,0	1388	14,5	694	25,5	694
Nouadhibou	53,9	0,4	45,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	45,6	2147	43,2	1922	66,1	225
Tagant	94,5	0,1	3,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	4,0	1663	4,7	1041	2,8	621
Guidimagha	61,9	0,0	5,0	30,8	0,2	1,2	5,0	0,1	0,0	6,4	3084	6,3	1621	6,5	1462
Tiris Zemmour	18,4	0,2	81,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	81,4	1006	45,3	164	88,4	842
Inchiri	85,3	0,0	13,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,8	165	8,5	128	31,8	(38)
Nouakchott	48,6	0,6	50,5	1,3	0,2	0,3	0,4	0,2	0,0	50,9	15760	40,4	4800	55,5	10960
Milieu de résidence															
Urbain	58,5	0,4	39,5	2,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0	39,9	27088	26,5	13157	52,6	13931
Rural	77,2	0,0	5,9	16,9	0,8	0,2	0,6	0,5	0,0	6,7	32485	6,1	16901	7,4	15585
Instruction du chef du ménage															
Sans instruction	69,5	0,1	16,8	14,3	0,5	0,2	0,5	0,3	0,0	17,5	19660	11,4	9775	23,4	9885
Primaire	62,9	0,3	28,8	8,6	0,4	0,5	0,2	0,6	0,0	29,4	7166	20,0	3605	38,9	3560
Secondaire & +	56,8	0,6	39,4	3,9	0,4	0,2	0,3	0,1	0,0	40,0	8446	25,4	4765	59,0	3681
Coranique/Mahadra	74,9	0,1	15,0	9,8	0,7	0,1	0,6	0,2	0,1	15,7	23412	11,8	11495	19,4	11916
Indice de richesse															
Plus pauvre	74,0	0,0	2,0	22,5	1,4	0,3	0,4	0,3	0,0	3,7	12455	3,0	4446	4,1	8009
Pauvre	78,8	0,0	5,8	16,1	0,7	0,0	0,9	0,3	0,0	6,3	11094	5,7	5513	6,8	5580
Moyen	75,7	0,1	15,3	10,5	0,2	0,0	0,4	0,7	0,0	15,5	11059	10,4	7054	24,5	4005
Riche	66,5	0,3	31,7	2,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	32,0	12209	17,5	6398	48,0	5811
Plus riche	50,8	0,5	48,3	0,7	0,2	0,3	0,4	0,1	0,0	48,7	12757	33,3	6647	65,5	6110
Total	68,7	0,2	21,2	10,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,0	21,8	59573	15,0	30058	28,7	29515

* MICS indicateur 13

Temps d'approvisionnement en eau

Le temps qu'il faut pour obtenir de l'eau est présenté dans le Tableau EN.3 et la personne qui recueille habituellement l'eau dans le Tableau EN.4. Il faut noter que ces résultats se rapportent à un aller-retour de la maison à la source d'approvisionnement en eau de boisson. Les informations sur le nombre de trajets effectués en une journée n'ont pas été recueillies.

Le Tableau EN.3 montre que pour près de la moitié (49%) des ménages, la source d'approvisionnement en eau de boisson se trouve sur place. Pour environ 14% des ménages, il faut moins de 30 minutes pour arriver à la source d'approvisionnement en eau et apporter l'eau, tandis qu'un ménage sur quatre environ (24%) consacre une heure ou plus à cette tâche. Sauf pour les ménages qui ont accès à l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement en eau est de 67 minutes. Le temps passé dans les zones rurales (environ 71 minutes) à s'approvisionner en eau est nettement plus élevé que dans les zones urbaines (47minutes). Le temps moyen consacré à l'approvisionnement en eau (qui n'est pas à domicile) varie d'environ 24 minutes au Tiris Zemmour à 89 minuts) au Brakna. Dans cette dernière wilaya, les résultats ont montré qu'un ménage sur trois environ (32%) consacre une heure ou plus pour s'approvisionner en eau.

D'autre part, le temps moyen pour s'approvisionner en eau diminue quand le niveau d'instruction du chef de ménage augmente. De même, il décroît régulièrement d'environ 78 minutes pour les ménages les plus pauvres à presque 50 minutes pour les ménages les plus riches.

Tableau EN.3: Temps pour aller à la source d'eau et revenir

Répartition en pourcentage des ménages selon le temps mis pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, et temps moyen pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, Mauritanie, 2007

	Temps pour aller à la source d'eau et revenir							Total	Durée moyenne pour aller à la source et revenir (exclu ménages disposant de l'eau sur place)	Nombre des ménages
	Eau à domicile	Moins de 15 minutes	15 minutes à moins de 30 minutes	30 minutes à moins d'une (1) heure	1 heure ou plus	Ne sait pas	Manquant			
Wilaya										
Hodh ECharghi	24,5	11,3	6,4	14,9	39,0	2,9	0,9	100	64,1	1218
Hodh ELGharbi	22,5	6,9	8,0	17,2	44,8	0,1	0,4	100	83,1	913
Assaba	22,4	4,3	8,4	16,4	48,0	0,2	0,3	100	72,8	1056
Gorgol	17,0	13,6	18,0	22,0	28,2	1,0	0,2	100	52,8	857
Brakna	36,6	7,9	7,1	13,5	32,2	2,3	0,3	100	89,3	887
Trarza	66,7	8,6	3,3	2,9	16,4	2,1	0,0	100	67,4	1154
Adrar	61,0	2,4	5,7	8,5	20,7	1,7	0,2	100	64,8	261
Nouadhibou	87,3	4,9	3,2	2,1	1,9	0,3	0,5	100	36,4	407
Tagant	43,0	8,7	7,3	11,6	28,1	1,3	0,0	100	65,8	326
Guidimagha	7,5	9,5	16,2	41,3	24,5	0,6	0,4	100	49,3	491
Tiris Zemmour	93,8	1,7	0,0	0,2	0,7	3,5	0,1	100	23,5	192
Inchiri	81,9	6,6	2,9	4,1	4,5	0,2	0,0	100	39,5	(38)
Nouakchott	84,2	3,4	2,6	2,2	5,1	2,1	0,3	100	51,0	2560
Milieu de résidence										
Urbain	80,5	4,3	3,2	3,7	6,2	1,8	0,4	100	47,0	4598
Rural	23,3	9,2	9,5	17,6	38,7	1,5	0,3	100	70,7	5763
Instruction du chef du ménage										
Sans instruction	40,4	7,7	7,3	13,5	29,0	1,7	0,4	100	69,0	7339
Primaire	56,8	6,7	6,3	9,8	18,7	1,5	0,3	100	59,1	1361
Secondaire & +	79,8	3,9	4,3	3,4	7,3	1,2	0,1	100	53,7	1516
Indice de richesse										
Plus pauvre	3,0	7,9	10,8	21,1	55,3	1,6	0,3	100	77,5	2095
Pauvre	15,8	11,8	11,0	20,7	38,4	1,7	0,5	100	63,6	2038
Moyen	49,1	9,4	7,3	11,4	20,1	2,2	0,5	100	59,5	1957
Riche	81,4	4,2	3,4	3,0	6,2	1,5	0,3	100	51,3	2166
Plus riche	91,7	2,2	1,3	1,4	2,3	1,0	0,2	100	49,9	2105
Total	48,6	7,0	6,7	11,4	24,3	1,6	0,4	100	67,0	10361

Le Tableau EN.4 montre que pour plus de sept ménages sur dix (71%), une femme adulte est généralement la personne qui va chercher l'eau, quand la source d'approvisionnement en eau de boisson ne se trouve pas sur place. Les hommes adultes ne vont chercher de l'eau que dans 18% pour cent des cas et les enfants de moins de 15 ans, dans 9% des cas. Au niveau du Guidimagha ou du Gorgol, les femmes se rendent à la source pour chercher l'eau dans 86% des cas, tandis qu'au Tiris Zemmour + Inchiri c'est plutôt les hommes qui se chargent de cette tâche (68%). Au Tagant, plus de 11% des jeunes de filles de moins de 15 ans exercent cette tâche. A Nouakchott, les pourcentages des hommes et des femmes qui cherchent l'eau à la source ne sont pas très différents (environ 40% pour les hommes adultes

contre 46% pour les femmes adultes). Dans les ménages issus du milieu rural ou pauvres ou ceux dont le chef n'est pas instruit, ce sont plus souvent les femmes qui se chargent de l'exécution de cette tâche.

Tableau EN.4: Personne qui se rend habituellement à la source d'approvisionnement pour chercher l'eau à boire								
Répartition en pourcentage des ménages selon la personne qui est chargée de collecter l'eau utilisée dans le ménage, Mauritanie, 2007								
	Personne qui se rend habituellement à la source pour chercher l'eau à boire						Total	Nombre de ménages
	Une femme adulte	Un homme adulte	Une jeune fille de moins de 15 ans	Un jeune garçon de moins de 15 ans	NSP	Manquant		
Wilaya								
Hodh ECharghi	54,1	29,1	3,6	9,5	0,2	3,4	100	920
Hodh ELGharbi	75,9	14,6	5,5	3,0	0,0	1,0	100	707
Assaba	82,6	7,1	6,4	3,1	0,1	0,6	100	819
Gorgol	85,9	4,5	7,5	1,1	0,0	1,1	100	711
Brakna	73,6	15,3	5,5	2,8	0,0	2,8	100	562
Trarza	66,4	25,6	1,5	3,8	0,0	2,7	100	385
Adrar	50,3	35,6	2,5	8,5	0,0	3,1	100	102
Nouadhibou	31,0	47,7	4,1	8,1	0,0	9,2	100	52
Tagant	60,3	23,0	11,1	4,0	0,3	1,2	100	186
Guidimagha	86,1	8,7	3,4	1,3	0,0	0,5	100	454
Tiris Zemour+Inchiri	19,0	68,1	,0	1,0	1,5	10,3	100	(19)
Nouakchott	46,0	39,5	4,0	6,5	0,0	4,0	100	404
Milieu de résidence								
Urbain	51,1	33,8	5,3	6,3	0,0	3,5	100	898
Rural	74,4	14,9	5,1	3,8	0,1	1,7	100	4422
Instruction du chef du ménage								
Sans instruction	71,5	16,3	5,7	4,4	0,1	2,0	100	4375
Primaire	68,9	23,2	2,5	3,5	0,0	1,8	100	588
Secondaire & +	61,0	30,9	0,9	4,0	0,0	3,2	100	306
Indice de richesse								
Plus pauvre	78,2	11,6	5,9	3,0	0,0	1,3	100	2032
Pauvre	71,9	15,9	5,3	5,3	0,1	1,5	100	1715
Moyen	66,2	21,6	3,8	4,9	0,1	3,4	100	995
Riche	48,2	39,6	4,7	4,3	0,0	3,1	100	402
Plus riche	42,9	45,0	2,3	4,2	0,0	5,6	100	175
Total	70,5	18,1	5,1	4,2	0,1	2,0	100	5319

Élimination des déchets

L'élimination inadéquate des excréments humains et une mauvaise hygiène personnelle sont associées à une série de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la polio. Les installations sanitaires améliorées pour l'élimination des excréments sont : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts, à des fosses septiques ou des latrines ; les fosses d'aisance améliorées ventilées, les fosses d'aisance avec dalle et les toilettes à compostage.

Trente huit pour cent de la population mauritanienne (Tableau EN.5) vivent dans des ménages disposant d'installations sanitaires améliorées. L'utilisation d'installations sanitaires améliorées contribue fortement à une bonne santé. Le tableau EN5 indique aussi que l'utilisation des installations sanitaires améliorées varie considérablement en fonction des wilayas, des milieux et autres caractéristiques. En effet, le pourcentage des ménages disposant

d'installations sanitaires améliorées est plus élevé au Tiris Zemmour et à Nouadhibou (respectivement 88% et 80%) suivis par Nouakchott (79%). Il est très faible en Assaba et au Gorgol où il n'atteint pas 7%. La différence des taux entre le milieu urbain et le milieu rural est nettement visible : 68% en milieu urbain contre 13% en milieu rural.

Tableau EN 5: Utilisation de moyens sains d'évacuation des excréments
Répartition (en %) de la population des ménages selon le type de toilette utilisé et pourcentage de la population des ménages utilisant des moyens sains d'évacuation des excréments, Mauritanie, 2007

	Type de toilettes utilisées par le ménage									Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains	Nombre de membres des ménages
	Installations sanitaires améliorées						Installations sanitaires non améliorées				
	Chasse branchée à l'égout	Chasse branchée à fosse septique	Chasse branchée à autre chose	Chasse branchée à un endroit incertain	Latrines améliorées auto aérées (LAA)	Latrines couvertes	Latrines à fosses/trou ouvert	Pas de toilettes ou brousse ou champ	Autres		
Wilaya											
Hodh ECharghi	0,0	1,1	0,0	0,0	0,2	6,9	10,6	80,5	0,2	8,3	6478
Hodh ELGharbi	0,0	0,6	0,2	0,0	0,8	8,0	7,7	82,4	0,3	9,6	5201
Assaba	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	3,7	15,2	78,1	0,0	6,7	6073
Gorgol	0,0	2,9	0,6	0,2	0,3	1,8	36,1	57,8	0,2	5,9	5601
Brakna	0,0	3,8	0,3	0,0	3,8	9,6	33,0	49,1	0,1	17,5	4876
Trarza	0,6	36,6	0,4	0,3	4,9	17,9	4,0	35,2	0,0	60,6	6131
Adrar	0,0	14,4	0,2	0,0	2,6	24,0	17,2	39,3	2,3	41,2	1388
Nouadhibou	11,3	22,6	0,6	1,5	17,8	26,7	10,1	7,5	0,8	80,4	2147
Tagant	0,0	19,6	0,6	0,1	0,2	2,1	4,5	72,9	0,0	22,5	1663
Guidimagha	0,0	1,8	5,5	0,0	0,2	6,7	34,1	51,4	0,1	14,2	3084
Tiris Zemmour	4,1	3,9	0,5	0,5	43,6	35,6	3,3	7,1	0,3	88,2	1006
Inchiri	0,0	3,0	0,0	0,0	24,1	16,9	29,5	25,3	0,3	44,0	165
Nouakchott	2,2	38,8	0,1	0,6	13,1	23,8	11,6	9,2	0,7	78,5	15760
Milieu de résidence											
Urbain	2,3	31,7	0,7	0,5	11,5	21,6	18,4	12,6	0,5	68,3	27088
Rural	0,1	4,7	0,3	0,1	1,3	6,8	13,6	72,8	0,2	13,2	32485
Instruction du chef du ménage											
Sans instruction	0,7	10,8	0,8	0,2	3,3	10,1	17,2	56,7	0,2	25,8	19660
Primaire	1,3	20,6	0,7	0,6	7,7	16,9	16,1	35,5	0,4	47,8	7166
Secondaire & +	4,0	36,2	0,3	0,2	11,8	21,5	14,3	11,3	0,3	74,0	8446
Coranique/Mahadra	0,2	13,5	0,3	0,3	4,9	12,6	15,3	52,4	0,4	31,7	23412
Indice de richesse											
Plus pauvre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	99,2	0,0	0,1	12455
Pauvre	0,0	1,8	0,1	0,0	0,0	2,8	18,0	76,5	0,4	4,8	11094
Moyen	0,3	7,7	0,6	0,6	1,8	10,7	31,6	45,8	0,6	21,7	11059
Riche	0,3	29,1	1,2	0,2	8,6	27,0	22,9	9,7	0,6	66,5	12209
Plus riche	4,6	43,0	0,6	0,4	17,8	25,3	7,9	0,0	0,2	91,8	12757
Total	1,1	16,9	0,5	0,3	5,9	13,5	15,7	45,5	0,4	38,2	59573

Aussi, le niveau d'instruction du chef de ménage semble très lié à la disponibilité des installations sanitaires. En effet, le taux le plus faible d'utilisation de ces installations se retrouve chez les ménages dont le chef n'a pas de niveau d'instruction. Ce taux croît régulièrement en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage. Le pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains évolue positivement du ménage le plus pauvre au ménage le plus riche.

Dans les zones rurales, la population dispose principalement de latrines à fosse ou trou ouvert ou ne dispose pas du tout de toilettes. Par contre, les installations sanitaires les plus répandues en zone urbaine sont les chasses branchées aux fosses septiques ou les latrines couvertes. L'élimination saine des excréments d'un enfant est l'élimination ou le rinçage des dernières selles d'un enfant dans des toilettes ou des latrines. L'élimination des excréments des enfants âgés de 0 à 2 ans est présentée dans le Tableau EN.6.

Tableau EN.6: Evacuation des excréments de l'enfant
Répartition en pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans selon le lieu d'évacuation de leurs excréments, et
pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans dont les excréments sont évacués de façon saine, Mauritanie, 2007

Caracteristiques	Qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments										Proportion d'enfants dont les excréments sont évacués sainement *	Nombre d'enfants âgés de 0-2 ans
	L'enfant a utilisé les toilettes/latrines	Jeté dans les toilettes/latrines	Jeté dans les égouts ou le fosse	Jeté avec les ordures ménagères	Enterre	Laisse a l'air libre	Autre	NSP	Manquant	Total		
Wilaya												
Hodh ECharghi	0,7	3,6	1,3	41,5	3,4	43,7	1,7	0	4	100	4,3	678
Hodh ELGharbi	1,5	2,3	0	21,2	5,5	60,8	4,3	0,2	4,2	100	3,8	533
Assaba	1,3	6,2	0,6	11,3	7,3	68,3	3,5	0	1,6	100	7,5	592
Gorgol	1,2	24,5	4,8	22,8	7,1	34,4	0,8	0,4	4	100	25,7	510
Brakna	0,7	9,3	1,5	42	4,4	30,3	0	1,6	10,3	100	10	491
Trarza	1,1	27,3	1,1	20	7,5	39,3	1,4	0,3	1,8	100	28,4	508
Adrar	3,3	22,3	0,9	26,9	5,4	38,5	0,4	0	2,3	100	25,5	97
Nouadhibou	4	19,3	2,7	55,6	1,2	8,2	4,8	0	4,3	100	23,2	189
Tagant	11,4	5,5	0	18,4	17	45	0,5	0	2,2	100	17	110
Guidimagha	0,6	8,3	8,4	14,9	13,5	50,3	0,8	0	3,1	100	9	305
Tiris Zemmour + Inchiri	5,2	31,2	0,7	54,4	1,4	2,2	0,9	0,9	3,1	100	36,4	99
Nouakchott	3,4	33,9	1,5	41,6	2,7	6,7	1,9	2	6,3	100	37,3	1309
Milieu de résidence												
Urbain	3,8	32,8	2,3	38,6	2,3	11,3	1,7	1,4	5,9	100	36,5	2277
Rural	0,8	6,4	1,6	25,5	7,7	52	2,1	0,3	3,6	100	7,2	3143
Niveau d'instruction de la mère												
Sans instruction	1,2	13,7	3	27,1	5,7	41,7	1,2	0,9	5,5	100	14,9	1581
Primaire	2,3	21,9	1,5	33,3	6	28,3	1,9	0,7	4,1	100	24,2	1659
Secondaire & +	4,3	30,3	1,8	43,7	2,6	9,8	1,3	1,4	4,9	100	34,6	714
Coranique/Mahadra	1,6	10,1	1,1	26,5	5,9	47,7	3,1	0,2	3,7	100	11,7	1448
Indice de richesse												
Plus pauvre	0,4	0,5	0,2	21,8	7,3	63,6	2,6	0,2	3,4	100	0,9	1327
Pauvre	0,9	6,4	1,7	26,6	8,7	49,1	2	0,3	4,3	100	7,3	1088
Moyen	1,7	18	3,8	31	6,9	31,2	1,6	0,5	5,3	100	19,8	996
Riche	3,3	35,5	2,2	33,9	2,3	15,2	1,5	1,3	4,9	100	38,8	1025
Plus riche	4,5	33,2	2,2	45,3	1,3	4,9	1,7	1,5	5,5	100	37,7	984
Total	2	17,5	1,9	31	5,5	34,9	1,9	0,7	4,6	100	19,5	5420

* MICS indicateur 14

On observe que le pourcentage d'enfants dont les excréments sont évacués sainement est de 20% seulement. Ce pourcentage est plus élevé dans les wilayas de Nouakchott et de Tiris Zemmour + Inchiri (respectivement 37 % et 36%). Il est très faible au niveau des deux Hodhs, de l'Assaba et du Guidimagha. Les résultats montrent aussi que l'évacuation saine des excréments de l'enfant semble plus liée au niveau de vie du ménage qu'au niveau d'instruction de la mère.

Une vue d'ensemble des pourcentages de ménages disposant de sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson et de moyens sanitaires pour l'élimination des excréments est présentée dans le Tableau EN.7.

Tableau EN.7: Population utilisant des sources d'approvisionnement en eau améliorée et d'installations sanitaires améliorées

Pourcentage de la population des ménages utilisant à la fois des sources d'approvisionnement en eau améliorée et des moyens d'évacuation des excréments humains, Mauritanie, 2007				
Caractéristiques	Utilisation de sources d'approvisionnement en eau améliorées *	Pourcentage de population utilisant de moyens d'évacuation des excréments améliorés **	Pourcentage population utilisation des sources d'approvisionnement en eau améliorées et utilisation des moyens améliorés d'évacuation des excréments humains	Nombre membres du ménage
Wilaya				
Hodh ECharghi	32,1	8,2	4,1	6478
Hodh ELGharbi	32,6	9,6	7,6	5201
Assaba	60,0	6,7	5,8	6073
Gorgol	56,7	5,7	4,7	5601
Brakna	78,4	17,5	13,3	4876
Trarza	86,0	60,3	52,1	6131
Adrar	50,0	41,2	29,9	1388
Nouadhibou	89,5	78,9	72,9	2147
Tagant	62,6	22,4	20,8	1663
Guidimagha	52,6	14,2	10,9	3084
Tiris Zemmour	16,3	87,7	13,8	1006
Inchiri	77,3	44,0	37,0	165
Nouakchott	30,5	77,9	26,3	15760
Milieu de résidence				
Urbain	48,6	67,8	32,4	27088
Rural	52,0	13,1	10,3	32485
Instruction du chef du ménage				
Sans instruction	49,8	25,6	13,2	19660
Primaire	50,3	47,2	22,4	7166
Secondaire & +	56,4	73,8	41,5	8446
Coranique/Mahadra	49,1	31,5	17,9	23412
Indice de richesse				
Plus pauvre	35,7	0,1	0,0	12455
Pauvre	49,7	4,8	2,1	11094
Moyen	63,8	21,1	14,5	11059
Riche	52,4	66,3	35,4	12209
Plus riche	52,1	91,3	46,9	12757
Total	50,5	38,0	20,4	59573

* MICS indicateur 11; OMD indicateur 30 ** MICS indicateur 12; OMD indicateur 31

Les résultats indiquent qu'un ménage sur cinq seulement (20%) utilise des sources d'approvisionnement en eau de boisson améliorée en même temps que des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains améliorées. Ce pourcentage est relativement élevé à Dakhlet Nouadhibou où il atteint 73%, suivi par le Trarza (52%). Pour Nouakchott, il se situe à un niveau moyen de 26%. Au niveau des deux Hodh, de l'Assaba et du Gorgol, ce taux est particulièrement bas malgré des pourcentages parfois élevés d'utilisation de source d'eau de boisson améliorée.

VIII. Santé reproductive

Contraception

Une planification familiale appropriée est importante pour la santé des femmes et des enfants par : 1) la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives ; 2) l'espacement des naissances ; et 3) la limitation du nombre d'enfants. L'OMD 5 et le Plan d'Action de la CIPD se fixent comme priorité la promotion de l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.

La connaissance par les femmes des méthodes de contraception est le premier pas vers l'utilisation. Dans le cadre de l'Enquête MICS 2007 en Mauritanie, la question a été posée uniquement aux femmes mariées (Tableau RH.1a). Les résultats indiquent que 28% des femmes mariées ne connaissent aucune méthode de contraception, 71% connaissent des méthodes modernes et 1% connaissent les méthodes traditionnelles. Cependant, le niveau de connaissance présente des différentiels importants selon les caractéristiques sociodémographiques.

Par rapport à la région, la connaissance de la contraception, toutes méthodes confondues, est plus élevée dans les wilayas de l'Inchiri, Trarza, Nouadhibou et de Nouakchott avec des niveaux dépassant 80 %. Dans les wilayas de Guidimaga, du Hodh ECharghi et du Gorgol la proportion des interviewées qui connaissent une méthode quelconque de contraception n'atteint guère 60%.

Du point de vue milieu de résidence, on note que 84% des femmes interviewées en milieu urbain ont déclaré connaître une méthode de contraception quelconque contre seulement 62% des femmes interviewées en milieu rural.

Selon le niveau d'instruction, les résultats révèlent qu'il existe une différence certaine entre les femmes pour ce qui est de la connaissance de la contraception. En effet on note que plus le niveau d'instruction est élevé, plus le pourcentage des femmes qui connaissent les méthodes contraceptives est élevé ; ainsi 92% des femmes du niveau secondaires ou plus ont déclaré connaître la contraception contre seulement 56% des femmes sans niveau d'instruction.

Pour ce qui est du niveau de richesse du ménage, on constate également des écarts entre les femmes interviewées. En effet les résultats indiquent que le pourcentage de femmes qui connaissent la contraception croît avec le niveau de richesse (88% des femmes issues des ménages les plus riches connaissent les méthodes contraceptives contre 53% des femmes issues des ménages les plus pauvres).

Concernant la parité, il n'existe pas de grande différence entre les femmes pour ce qui est de la connaissance des méthodes contraceptives. Par contre, par rapport à l'âge, les résultats indiquent que les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les femmes les plus âgées (45-49 ans) connaissent moins la contraception (respectivement 44% et 35% de ces femmes ont déclaré ne connaître aucune méthode). Cela devrait attirer l'attention des responsables du programme PF dans la mesure où l'un des objectifs de la contraception consiste à lutter contre

les grossesses précoces ou trop tardives qui comportent plus de dangers pour la vie de ces femmes.

Utilisation de la contraception

L'utilisation actuelle de la contraception a été mentionnée par 9% des femmes mariées, dont 8% utilisent les méthodes modernes (Tableau RH.1). Cette proportion indique une évolution par rapport à l'EDSM 2000-01 où 5% utilisaient les méthodes modernes. La méthode la plus répandue est la pilule qui est utilisée par 6% des femmes mariées en Mauritanie, suivie par l'injection qui est utilisée par 1% des femmes mariées. Le recours aux autres méthodes est plutôt négligeable.

La prévalence de l'utilisation de la contraception est plus élevée dans les wilayas où le niveau de sa connaissance est le plus élevé, à savoir Nouadhibou (19%), Tiris Zemmour + Inchiri (13%), Nouakchott (16%) et l'Adrara (12%). Elle est aussi plus élevée en milieu urbain (14%), contre 3% en milieu rural. L'utilisation de la contraception est fortement corrélée avec le niveau d'instruction des femmes, ainsi la prévalence est de 19% parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire et de 4% parmi celles sans instruction. Le niveau de pauvreté du ménage a un impact important sur l'utilisation car la prévalence parmi les femmes issues du quintile le plus riche est 15 fois plus élevée que parmi celles du quintile le plus pauvre. Il faudra noter que le niveau d'utilisation de la contraception parmi les adolescentes est faible (6%), comme l'est aussi son niveau de connaissance.

Tableau RH. 1a: Connaissance de la contraception
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ayant entendu une méthode contraceptive, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Pourcentage de femmes actuellement mariées ayant entendu :														Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode	Nombre de femmes actuellement mariées
	Aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pillule	DIU (Stérilet)	Injections	Implants	Préservatif	Préservatif féminin	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	Abstinence périodique	Retrait	Autre					
Wilaya																		
Hodh Echarghi	48,2	0,3	0,3	45,0	1,0	2,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	1,3	1,4	48,7	3,1	51,8	822	
Hodh ELGharbi	39,7	0,0	0,2	57,9	0,2	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,3	0,2	58,8	1,5	60,3	628	
Assaba	23,6	0,1	0,7	71,7	1,1	0,9	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	1,4	74,8	1,6	76,4	746	
Gorgol	44,4	0,4	0,1	52,1	0,4	1,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	54,8	0,9	55,6	661	
Brakna	29,8	0,6	1,3	63,4	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	3,5	66,5	3,6	70,2	616	
Trarza	10,0	1,5	2,0	85,5	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	90,0	0,0	90,0	759	
Adrar	23,0	0,6	1,0	72,3	0,0	1,7	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,5	0,0	76,2	0,8	77,0	160	
Nouadhibou	11,3	0,4	1,3	85,3	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	88,5	0,2	88,7	270	
Tagant	26,4	0,0	0,3	70,5	0,3	1,7	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	73,2	0,3	73,6	166	
Guidimagha	53,2	0,4	0,9	43,7	0,3	1,2	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	46,6	0,3	46,8	426	
Tiris Zemmour	25,2	0,0	0,7	69,5	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	73,3	1,5	74,8	122	
Inchiri	7,1	1,2	6,9	82,9	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	92,9	0,0	92,9	(20)	
Nouakchott	16,3	2,2	1,6	76,6	1,1	1,0	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	82,9	0,9	83,7	1955	
Milieu de résidence																		
Urbain	16,2	1,6	1,4	77,3	1,0	1,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,4	0,5	82,8	1,0	83,8	3311	
Rural	37,8	0,4	0,8	57,9	0,4	1,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,4	1,1	60,6	1,6	62,2	4040	
Age																		
15-19	43,7	0,7	1,2	52,4	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	55,6	0,7	56,3	672	
20-24	27,0	1,1	0,7	67,5	0,8	1,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	1,2	71,6	1,3	73,0	1321	
25-29	24,6	0,8	0,8	70,2	0,9	0,9	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	1,0	73,8	1,6	75,4	1306	
30-34	21,9	1,2	1,0	72,8	0,4	1,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,4	0,6	76,8	1,3	78,1	1324	
35-39	26,5	1,0	1,0	68,4	0,6	0,8	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,5	0,7	72,1	1,4	73,5	1175	
40-44	29,1	0,5	1,4	64,9	0,5	1,8	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,9	69,3	1,6	70,9	893	
45-49	34,8	1,0	1,7	59,4	1,0	1,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	64,5	0,7	65,2	660	
Nombre d'enfants vivants																		
0	34,4	0,7	1,1	61,3	0,4	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8	64,4	1,2	65,6	866	
1	28,1	1,1	1,0	66,7	0,5	1,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,7	70,6	1,3	71,9	984	
2	23,8	0,8	1,2	70,5	0,5	1,1	0,0	0,6	0,0	0,1	0,1	0,2	1,0	74,7	1,5	76,2	1012	
3	24,7	1,7	0,6	68,8	0,8	1,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,9	1,4	73,0	2,3	75,3	992	
4+	28,7	0,8	1,1	66,2	0,8	1,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,5	70,3	1,0	71,3	3486	
Niveau d'instruction																		
Sans instruction	44,3	0,2	0,7	51,5	0,5	1,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	1,3	54,3	1,4	55,7	2179	
Primaire	23,5	0,7	0,7	72,0	0,8	1,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,4	0,5	75,5	1,0	76,5	2096	
Secondaire & +	7,9	4,1	1,3	83,8	1,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,6	0,5	90,8	1,3	92,1	1054	
Coranique/Mahadra	25,9	0,2	1,7	68,5	0,6	1,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,6	0,7	72,5	1,5	74,1	2000	
Indice de richesse																		
Plus pauvre	46,6	0,1	0,3	50,1	0,3	0,9	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,6	0,8	51,9	1,6	53,4	1478	
Pauvre	42,1	0,2	1,0	52,9	0,4	1,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	1,5	56,0	1,9	57,9	1400	
Moyen	25,5	0,3	1,1	69,3	0,6	1,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	73,0	1,5	74,5	1370	
Riche	15,8	1,2	1,4	78,9	0,9	0,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	83,5	0,7	84,2	1511	
Plus riche	12,4	2,6	1,4	80,3	1,1	0,8	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4	86,5	1,0	87,6	1592	
Total	28,1	0,9	1,0	66,7	0,7	1,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,4	0,8	70,6	1,3	71,9	7351	

Tableau RH.1: Utilisation de la contraception

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, RIMie, 2007

Caracteristiques	Pourcentage de femmes mariées utilisant :													Total	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode *	Nombre de femmes actuellement mariées	
	aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pillule	DIU (Stérilet)	Injections	Implants	Préservatif	Préservatif féminin	Diaphragme	Méthode de l'allaitement maternel et de	Abstinence périodique	Retrait						Autre
Wilaya																			
Hodh Echarghi	97,	0	0	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1,	0	10	1,7	1,0	2,7	822
Hodh Elgharby	95,	0	0	3,2	0	4	0	0	0	0	0	0	1,	0	10	3,5	1,5	5,0	628
Assaba	97,	0	0	1,6	2	7	0	1	0	0	0	0	0	0	10	2,6	0	2,6	746
Gorgol	96,	0	1	2,8	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	10	3,7	0	3,7	661
Brakna	93,	0	0	4,9	0	7	0	3	0	0	0	0	4	0	10	5,9	4	6,3	616
Trarza	89,	0	2	5,7	2	2	0	4	2	2	0	0	1,	0	10	9,0	1,1	10,2	759
Adrar	87,	0	0	8,6	0	2	0	6	0	0	0	0	1,	0	10	11,6	1,0	12,6	160
Nouadhibou	78,	0	4	13	4	2	2	2	0	2	0	0	2	0	10	18,7	2,4	21,1	270
Tagant	94,	0	0	3,3	0	3	0	3	0	0	0	0	1,	0	10	4,0	1,1	5,1	166
Guidimakha	99,	0	0	7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	10	9	0	9	426
Tiris Zemour +Inchiri	81,	0	0	9,8	6	2	0	6	0	0	0	0	4	0	10	13,4	4,8	18,2	142
Nouakchott	81,	5	0	10,	9	2	1	7	0	1	0	1	2	1	10	15,7	2,5	18,2	1955
Milieu de résidence																			
Urbain	84,	3	0	9,7	6	2	1	7	0	1	0	1	1	0	10	13,8	2,0	15,8	3311
Rural	96,	0	1	2,5	0	5	0	2	0	0	0	0	7	0	10	3,3	7	4,0	4040
Age																			
15-19	94,	0	1	3,9	0	4	0	3	0	2	0	0	6	0	10	4,9	6	5,5	672
20-24	90,	1	0	6,5	0	1	0	4	0	0	0	1	1	0	10	8,6	1,3	9,8	1321
25-29	88,	0	0	8,7	4	1	0	4	1	0	0	0	1	1	10	10,8	1,2	12,0	1306
30-34	89,	3	0	6,2	2	1	1	4	0	2	0	1	1	0	10	9,0	1,9	10,9	1324
35-39	89,	1	2	5,9	5	1	0	6	0	0	0	1	1	0	10	8,9	2,0	10,9	1175
40-44	94,	0	0	3,0	8	1	0	4	0	0	0	0	5	0	10	5,4	5	5,9	893
45-49	94,	4	0	2,5	2	1	2	0	0	0	0	0	7	0	10	4,7	7	5,4	660
Nombre d'enfants vivants																			
0	98,	0	0	1,2	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	10	1,3	4	1,6	866
1	91,	1	0	5,6	3	5	0	3	0	1	0	1	1	0	10	7,0	1,6	8,6	984
2	89,	0	1	7,8	1	1	0	7	0	0	1	1	8	0	10	9,9	1,1	10,9	1012
3	87,	4	0	7,8	3	1	2	6	0	0	0	0	1	1	10	10,9	1,5	12,5	992
4+	90,	1	1	5,6	4	1	0	3	0	1	0	0	1	0	10	8,6	1,4	10,0	3486
Instruction																			
Sans instruction	95,	0	0	3,2	0	7	0	1	0	1	0	0	3	0	10	4,1	3	4,4	2179
Primaire	88,	1	1	7,3	1	2	0	3	1	1	0	0	1	1	10	10,3	1,2	11,5	2096
Secondaire & +	78,	5	1	12	1	2	2	1	0	0	1	3	2	0	10	18,7	3,1	21,9	1054
Coranique/Mahadr	94,	1	0	3,0	1	6	1	3	0	1	0	0	1	0	10	4,2	1,5	5,7	2000
Indice de richesse																			
Plus pauvre	98,	0	0	8	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0	10	1,1	3	1,5	1478
Pauvre	96,	0	1	2,0	1	6	0	1	0	0	0	0	6	0	10	2,8	6	3,4	1400
Moyen	92,	0	0	5,2	0	1	0	1	0	0	0	0	8	0	10	6,7	8	7,5	1370
Riche	86,	0	1	9,3	2	2	0	5	1	2	0	0	1	1	10	12,7	1,3	13,9	1511
Plus riche	81,	6	1	10,	1	1	2	1	0	1	1	2	2	0	10	15,8	3,2	19,0	1592
Total	90,	1	0	5,7	3	1	0	4	0	1	0	0	1	0	10	8,0	1,3	9,3	7351

* MICS indicateur 21; OMD indicateur 19c

Besoins non satisfaits

Les besoins à non satisfaits ¹¹ en matière de contraception font référence aux femmes en âge de procréation qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter d'avoir des enfants. Les besoins non satisfaits sont identifiés dans le cadre de la MICS en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences actuels en matière d'utilisation de contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

Les femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits en matière d'espacement des naissances sont des femmes actuellement mariées, fécondes (qui sont actuellement enceintes ou qui pensent être physiquement en mesure de tomber enceinte), qui n'utilisent pas actuellement de contraceptifs et qui souhaitent espacer leurs naissances. Les femmes enceintes sont considérées comme voulant espacer leurs naissances si elles ne souhaitent pas avoir d'enfants au moment où elles sont tombées enceintes. Les femmes qui ne sont pas enceintes sont classées dans cette catégorie si elles souhaitent avoir un (autre) enfant, mais qui voulaient cet enfant au moins dans deux ans après le mariage.

Les femmes dont les besoins sont non satisfaits en matière de limitation des naissances sont celles qui sont actuellement mariées, fécondes (sont enceintes ou pensent qu'elles sont physiquement en mesure de tomber enceintes), n'utilisent aucun moyen de contraception et souhaitent limiter leurs naissances. Ce dernier groupe comprend les femmes qui sont enceintes actuellement mais qui n'avaient pas du tout souhaité cette grossesse et les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement mais qui ne souhaitent pas avoir un (autre) enfant.

L'ensemble des besoins non satisfaits en matière de contraception est simplement la somme des besoins à couvrir en matière d'espacement et de limitation des naissances.

En utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir, le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception est également estimé à partir des données de l'enquête MICS. Le pourcentage de demande satisfaite en matière de contraception est défini comme la proportion des femmes mariées, qui utilisent une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. La demande totale de contraception concerne les femmes qui ont des besoins non satisfaits actuellement (en matière d'espacement et de limitation), plus celles qui utilisent une contraception actuellement.

Selon les données du Tableau RH.2 ci-dessous, un quart des femmes actuellement mariées ont des besoins non satisfaits en matière de contraception. Ces besoins concerne deux catégories de femmes : celles qui veulent utiliser la contraception pour espacer les naissances (16%) et celles qui veulent utiliser la contraception pour limiter les naissances (9%). Toutefois cette moyenne nationale cache des disparités selon les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des enquêtées.

Du point de vue wilaya, la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en contraception varie entre 12% au Hod El Gharbi à 38% à l'Assaba.

¹¹ L'évaluation des besoins à couvrir dans le cadre de la MICS est un peu différente de celle utilisée dans d'autres enquêtes auprès des ménages, comme les Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Dans une EDS, des informations plus détaillées sont recueillies sur des variables supplémentaires, telles que l'aménorrhée post-partum et l'activité sexuelle. Les résultats de ces deux types d'enquête ne sont strictement pas comparables.

Tableau RH.2: Besoin non satisfait en matière de contraception							
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées qui ont des besoins non satisfaits de planification familiale et pourcentage de demande de contraception satisfaite, Mauritanie, 2007							
Caracteristiques	Utilisation actuelle de la contraception*	Besoin de contraception non satisfait pour			Nombre de femmes actuellement mariées	Pourcentage de demande de contraception satisfaite *****	Nombre de femmes actuellement mariées ayant des besoins en contraception
		espacement **	Pour limiter ***	Total ****			
Wilaya							
Hodh ECharghi	2,7	8,7	6,0	14,7	822	15,6	143
Hodh ELGharbi	5,0	8,6	3,7	12,4	628	28,8	109
Assaba	2,6	29,4	8,5	37,9	746	6,5	302
Gorgol	3,7	17,1	8,0	25,1	661	12,9	190
Brakna	6,3	15,3	8,9	24,2	616	20,7	188
Trarza	10,2	22,3	13,5	35,9	759	22,1	349
Adrar	12,6	16,1	9,5	25,6	160	32,9	61
Nouadhibou	21,1	16,2	9,6	25,7	270	45,0	126
Tagant	5,1	12,0	6,7	18,7	166	21,5	(40)
Guidimagha	0,9	14,0	6,3	20,3	426	4,3	90
Tiris Zemour +Inchiri	18,2	14,5	2,2	16,7	142	52,2	50
Nouakchott	18,2	14,3	10,5	24,9	1955	42,3	842
Milieu							
Urbain	15,8	15,9	10,7	26,6	3311	37,2	1402
Rural	4,0	16,0	6,9	22,9	4040	15,0	1089
Age							
15-19	5,5	14,8	2,7	17,5	672	24,1	155
20-24	9,8	23,4	3,8	27,2	1321	26,6	489
25-29	12,0	21,5	6,5	27,9	1306	30,1	522
30-34	10,9	19,5	9,5	29,1	1324	27,2	529
35-39	10,9	12,8	11,9	24,7	1175	30,6	419
40-44	5,9	6,2	14,7	20,9	893	22,0	239
45-49	5,4	2,8	12,8	15,6	660	25,6	139
Niveau d'instruction							
Sans instruction	4,4	12,3	7,8	20,2	2179	17,8	535
Primaire	11,5	18,9	7,7	26,6	2096	30,2	798
Secondaire & +	21,9	19,9	8,2	28,1	1054	43,8	527
Coranique/Mahadra	5,7	14,7	10,6	25,3	2000	18,4	621
Indice de richesse							
Plus pauvre	1,5	15,3	5,3	20,6	1478	6,7	327
Pauvre	3,4	13,8	6,3	20,1	1400	14,4	329
Moyen	7,5	17,2	11,1	28,3	1370	21,0	491
Riche	13,9	18,2	9,5	27,7	1511	33,5	629
Plus riche	19,0	15,2	10,8	26,0	1592	42,2	716
Total	9,3	15,9	8,6	24,6	7351	27,5	2491
* MICS indicateur 21; OMD indicateur 19C							
** Le besoin non satisfait au niveau de l'espacement des naissances se définit pour une femme féconde qui n'utilise pas actuellement la contraception et veut espacer ses naissances.							
*** Le besoin non satisfait de limitation des naissances se définit pour une femme féconde qui n'utilise pas actuellement la contraception et veut limiter ses naissances.							
**** MICS indicateur 98 ***** MICS indicateur 99							

Par rapport au milieu de résidence, on ne constate qu'une légère différence entre le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en milieu urbain (27%) et celui des femmes du milieu rural (23%).

En prenant en compte le niveau d'instruction, on note que le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en contraception croît avec le niveau d'instruction : 20% pour les femmes sans instruction à 27%) pour celles qui ont le niveau primaire et 28% pour celles qui le niveau secondaire ou plus.

Une même tendance presque est observée pour ce qui est du niveau de richesse des femmes : 21% pour les femmes classées pauvres et 26% pour les femmes classées plus riches.

Enfin concernant l'âge, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits est plus élevé pour les groupes d'âges centraux 30-34 ans, 25-29 ans et 20-24 ans (respectivement 29%, 28% et 27%). Les groupes d'âges extrêmes (15-19 ans et 45-49 ans) ont des pourcentages plus bas (respectivement 18% et 16%).

Consultations prénatales

La période prénatale présente des opportunités importantes d'offrir aux femmes enceintes plusieurs interventions qui sont indispensables pour leur santé et leur bien-être et ceux de leurs bébés. Une meilleure compréhension de la croissance et du développement du fœtus et de sa relation avec la santé de la mère a débouché sur une attention accrue pour le potentiel des soins prénatals comme une intervention susceptible d'améliorer aussi bien la santé de la mère que celle du nouveau-né. Par exemple, si la période prénatale est utilisée pour informer les femmes et les familles sur les signes de danger et les symptômes ainsi que sur les risques du travail et de l'accouchement, cela peut constituer un moyen de s'assurer que les femmes enceintes soient assistées, au moment de l'accouchement, par un prestataire de santé qualifié. La période prénatale donne également l'occasion de donner des informations sur l'espacement des naissances, qui est reconnu comme un facteur important de l'amélioration de la survie de l'enfant. La vaccination contre le tétanos pendant la grossesse peut être un moyen de sauver la vie, aussi bien de la mère, que celle de l'enfant. La prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, la prise en charge de l'anémie durant la grossesse et le traitement des IST peuvent améliorer considérablement la santé du fœtus et de la mère. Des résultats négatifs tels qu'un faible poids à la naissance, peuvent être réduits par une combinaison des interventions visant à améliorer le statut nutritionnel des femmes et à prévenir les infections (par exemple, le paludisme et les IST) durant la grossesse. Plus récemment, le potentiel de la période prénatale comme point d'entrée pour la prévention et la prise en charge du VIH, en particulier pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a suscité un regain d'intérêt pour l'accès aux soins prénatals et leur utilisation.

L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales sur la base d'un passage en revue de l'efficacité des différents modèles de soins prénatals. Les directives de l'OMS sont précises sur le contenu des consultations prénatales qui comprennent:

- Une mesure de la tension artérielle
- Une analyse des urines pour détecter la présence de bactéries et d'albumine
- Une analyse sanguine pour dépister la syphilis et l'anémie sévère
- La prise du poids et de la taille (facultative)

Le type de personnel dispensant des soins prénatals aux femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance au cours des deux années précédentes est présenté dans le Tableau RH.3.

Dans 75% des cas, les soins prénatals sont effectués par un personnel qualifié, c'est-à-dire médecin, sage-femme ou sage-femme auxiliaire. Les sages-femmes constituent la catégorie du personnel offrant le plus des consultations prénatales (51%), suivies par les médecins (22%) et les sages-femmes auxiliaires (3%). L'accès au personnel qualifié présente une différence importante entre le milieu urbain (88%) et le milieu rural (66%); cela s'expliquerait peut-être par la disponibilité du personnel en milieu urbain car la présence des médecins et sages-femmes est très limitée en milieu rural. Egalement, il est constaté que le

niveau d'instruction de la femme et celui de la richesse du ménage sont fortement associés à la présence d'un personnel qualifié lors des consultations prénatales (91% pour les femmes de niveau d'instruction secondaire), en comparaison avec celles non instruites (71%). Par rapport à l'indice de richesse, celles issues du quintile le plus riche sont à 94% consultées par un personnel qualifié, contre 53% pour celles issues du quintile le plus pauvre.

Tableau RH.3: Prestataires de soins prénatals										
Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années selon le type de prestataires de soins prénatals, Mauritanie, 2007										
Caracteristiques	Personne offrant les soins prénatals								Tout personnel qualifié *	Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
	Médecin	Sage femme	Sage-femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé/communautaire	Parente/Amie	Autre/Manquant	N'a aucun soin prénatal		
Wilaya										
Hodh ECharghi	26.4	21.2	1.7	2.4	9.1	0.6	1.5	37.1	49.3	422
Hodh ELGharbi	24.0	21.9	1.3	0.0	1.3	0.0	0.0	51.5	47.2	340
Assaba	29.8	39.6	3.4	0.3	2.8	0.0	0.3	23.9	72.8	371
Gorgol	12.7	52.4	9.7	0.3	0.3	0.0	0.3	24.4	74.8	340
Brakna	10.5	74.2	2.3	0.3	0.0	1.7	0.8	10.3	86.9	330
Trarza	14.2	74.0	0.0	0.4	1.3	0.0	0.0	10.0	88.2	332
Adrar	9.3	49.6	0.0	2.8	1.4	0.0	1.4	35.5	58.9	61
Nouadhibou	16.3	71.4	8.3	0.9	0.4	0.0	0.0	2.8	96.0	119
Tagant	26.5	27.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	43.6	54.2	76
Guidimagha	11.0	53.4	9.0	18.0	0.7	2.4	1.0	4.5	73.4	177
Tiris Zemour +Inchiri	7,3	79,8	,0	1,2	,0	,0	,6	11,2	87,0	71
Nouakchott	29.6	58.6	2.4	0.0	2.8	0.0	2.8	3.8	90.6	894
Milieu de résidence										
Urbain	22.7	62.7	2.6	0.4	2.6	0.2	2.1	6.8	88.0	1506
Rural	20.8	41.8	3.6	2.2	2.3	0.5	0.4	28.4	66.1	2027
Age										
15-19	16.4	57.3	3.0	1.7	1.9	0.2	1.7	17.8	76.7	357
20-24	21.4	53.3	2.9	1.2	3.3	0.2	0.9	16.9	77.6	808
25-29	21.7	50.9	2.6	1.2	2.3	0.3	0.9	20.2	75.2	821
30-34	23.0	50.4	4.7	1.2	2.6	0.4	1.4	16.3	78.1	760
35-39	22.5	47.7	2.4	1.9	1.4	0.5	1.1	22.4	72.7	527
40-44	24.4	38.6	3.2	1.8	2.1	1.4	1.8	26.8	66.3	208
45-49	18.8	42.7	1.6	3.5	5.4	0.0	1.1	26.9	63.1	53
Niveau d'instruction										
Sans instruction	17.4	48.1	5.4	3.5	1.3	0.9	1.1	22.3	70.9	1000
Primaire	20.9	57.4	2.9	0.9	3.0	0.2	1.5	13.3	81.2	1145
Secondaire & +	32.4	56.8	1.3	0.2	2.3	0.2	1.6	5.3	90.5	497
coranique/Mahadra	21.2	41.5	1.6	0.3	3.2	0.1	0.6	31.5	64.4	876
Indice de richesse										
Plus pauvre	21.5	28.1	3.3	2.1	2.6	0.4	0.5	41.4	52.9	856
Pauvre	19.7	43.3	4.0	2.9	3.5	0.8	0.4	25.4	66.9	693
Moyen	16.7	62.6	2.7	1.0	1.8	0.6	1.6	13.0	82.0	656
Riche	15.8	69.8	3.3	0.7	2.9	0.0	1.5	5.9	89.0	680
Plus riche	34.8	56.4	2.2	0.1	1.2	0.0	1.9	3.3	93.5	648
Total	21.6	50.7	3.1	1.4	2.4	0.4	1.2	19.2	75.4	3533
* MICS indicateur 20										

Les types de services reçus par les femmes enceintes sont présentés dans le Tableau RH.4.

Tableau RH.4: Soins prénatals

Pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénatals parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché pendant les deux dernières années précédant l'enquête, et pourcentage de femmes enceintes recevant des soins spécifiques, Mauritanie, 2007

Caractéristiques	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse*	Pourcentage de femmes enceintes ayant :				Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
		Fait prendre sa tension (pression du sang)	Fait un prélèvement d'urine	Fait prendre son poids	Fait un test sanguin	
Wilaya						
Hodh ECharghi	62,9	27,3	49,1	35,9	40,9	422
Hodh ELGharbi	48,5	21,8	37,5	26,8	37,2	340
Assaba	76,1	22,5	63,5	25,8	58,2	371
Gorgol	75,6	35,7	58,4	35,6	62,3	340
Brakna	89,7	51,2	70,2	54,3	73,6	330
Trarza	90,0	64,6	82,4	71,6	81,5	332
Adrar	64,5	44,4	54,4	44,8	52,2	61
Nouadhibou	97,2	92,1	96,6	90,7	95,1	119
Tagant	56,4	20,4	37,3	21,7	43,7	76
Guidimagha	95,5	16,6	61,9	27,6	60,2	177
Tiris Zemour +Inchiri	88,8	80,5	83,6	81,2	85,0	71
Nouakchott	96,2	80,4	87,6	81,7	83,1	894
Milieu de résidence						
Urbain	93,2	75,1	84,5	76,8	82,0	1506
Rural	71,6	29,8	55,7	34,9	53,9	2027
Age						
15-19	82,2	47,5	65,3	49,8	59,8	357
20-24	83,1	52,5	72,3	57,4	69,4	808
25-29	79,8	50,3	68,2	53,7	67,4	821
30-34	83,7	50,9	70,3	56,0	69,5	760
35-39	77,6	48,0	65,7	48,5	62,7	527
40-44	73,2	37,8	57,1	42,9	55,9	208
45-49	73,1	19,0	50,2	23,3	48,7	53
Niveau d'instruction						
Sans instruction	77,7	35,2	58,4	39,0	57,7	1000
Primaire	86,7	57,4	74,7	61,5	72,2	1145
Secondaire & +	94,7	83,3	90,1	84,0	87,7	497
Coranique/Mahadra	68,5	34,6	57,4	39,0	54,2	876
Indice de richesse						
Plus pauvre	58,6	15,5	40,4	20,1	39,1	856
Pauvre	74,6	30,1	58,5	36,7	55,3	693
Moyen	87,0	50,0	74,1	53,7	73,1	656
Riche	94,1	73,3	84,5	76,1	81,1	680
Plus riche	96,7	87,5	91,0	87,8	89,3	648
Total	80,8	49,1	68,0	52,8	65,9	3533

* MICS indicateur 44

L'accès aux soins prénatals fournis par personnel qualifié (un médecin, une sage-femme ou une sage-femme auxiliaire) est relativement élevé en Mauritanie avec 81% des femmes qui reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Le taux le plus bas de soins prénatals est enregistré dans les wilayas du Hodh El Gharbi (49%), du Tagant (56%) et du Hodh Charghi (63%), tandis que le niveau le plus haut est noté à Nouakchott (96%) et Nouadhibou (97%). Ce différentiel s'expliquerait par la disponibilité et la proximité des services de santé ; le premier groupe de wilaya est à dominante rurale et le second est en totalité urbain. Or la couverture des soins prénatals est nettement plus importante dans les zones urbaines (93%) que dans les zones rurales (72%). Egalement, une association positive est observée entre l'accès aux soins prénatals, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de richesse de son ménage. Ainsi, les femmes instruites font recours

aux soins prénatals (95% parmi celles de niveau secondaire), et celles issues des quintiles les plus riches (97%) ou riches (94%). Selon l'âge, les jeunes femmes ont plus tendance à recourir aux consultations prénatales (82% pour les 15-19 ans et 83% pour 20-24 ans).

Assistance pendant l'accouchement

Trois quarts de l'ensemble des décès maternels surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum qui suit immédiatement. La seule intervention essentielle pour une maternité sans risques est de s'assurer qu'un prestataire de soins de santé qualifié avec des compétences de sage-femme, est présent lors de chaque naissance, et qu'un moyen de transport est disponible pour l'évacuation vers un centre de soins en obstétrique en cas d'urgence. Un des objectifs d'Un Monde digne des enfants est d'assurer que les femmes puissent accéder facilement et à moindre coût, à une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Les indicateurs sont la proportion des naissances avec l'assistance d'un personnel qualifié et la proportion des accouchements dans un établissement de santé. L'indicateur de l'assistance qualifiée pendant l'accouchement est également utilisé pour tenir à jour les progrès réalisés dans le cadre de l'Objectif du Millénaire pour le Développement consistant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015.

L'enquête MICS comprenait plusieurs questions pour l'évaluation de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié. Par assistant qualifié, on entend un médecin, une infirmière ou une accoucheuse auxiliaire.

Environ 61% des accouchements pratiqués au cours de l'année qui a précédé l'enquête MICS l'ont été par un personnel qualifié (Tableau RH.5). La proportion était de 57% en 2001 (EDSM 2000-01). Ce pourcentage est plus élevé dans les wilayas de Nouadhibou 97%, de Nouakchott 94%, Tiris Zemmour + Inchiri 88% et Trarza 82%. Les écarts entre le milieu urbain (90%) et le milieu rural (39%) sont très accentués. Les résultats montrent également que plus une femme est instruite, plus elle a de chances d'accoucher avec l'assistance d'une personne qualifiée (92% des femmes du niveau secondaires ou plus contre 45% des femmes sans niveau d'instruction).

Il est important de souligner que la différence des taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié en fonction du niveau de richesse des femmes est beaucoup plus perceptible. En effet les résultats indiquent que 95% des femmes issues de ménages les plus riches ont bénéficié d'une assistance qualifiée pendant l'accouchement contre seulement 21% des femmes issues de ménages les plus pauvres.

Si dans l'ensemble 61% des femmes affirment avoir bénéficié d'une assistance qualifiée pendant l'accouchement, on note cependant que c'est seulement 48% parmi elles ont accouché dans un centre de santé (ce qui est recommandé). On constate également que c'est seulement dans cinq wilayas que le pourcentage des femmes ayant accouché dans un centre de santé est supérieur à 60% ; il s'agit de Tiris Zemmour + Inciri, Nouadhibou, Nouakchott et Trarza. Selon le milieu de résidence on observe que la couverture en accouchement assisté dans un centre de santé en milieu rural est très faible, 27% contre 78% en milieu urbain. Enfin on note que le niveau d'instruction et le niveau de richesse ont une grande influence pour cet indicateur (Tableau RH.5).

Mortalité maternelle

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont des causes principales de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Il est estimé qu'à travers le monde, environ 529 000 femmes meurent chaque année des suites d'un accouchement. Et pour chaque femme qui meurt, à peu près 20 souffrent de lésions, d'infections et d'invalidités pendant la grossesse ou l'accouchement. Ce qui signifie qu'au moins 10 millions de femmes subissent ce type de complications par an,

La complication fatale la plus courante est l'hémorragie du post-partum. La septicité, les complications d'avortements dans des conditions insalubres ou d'un travail prolongé ou bloqué et les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier l'éclampsie, provoquent des décès supplémentaires. Ces complications, qui peuvent survenir de façon imprévisible durant la grossesse et l'accouchement, nécessitent un accès rapide à des services obstétriques de qualité équipés pour administrer des médicaments d'une importance vitale, des antibiotiques et des transfusions et pour pratiquer des césariennes et d'autres interventions chirurgicales qui empêchent les décès provoqués par le blocage du travail, l'éclampsie et l'hémorragie rebelle. Un des OMD est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme de causes liées à la grossesse, quand elle est enceinte ou au bout de 42 jours après l'accouchement. Le quotient de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Dans le cadre de l'enquête MICS, le quotient de mortalité maternelle est estimé en utilisant la méthode des soeurs. Afin de recueillir les informations nécessaires pour l'utilisation de cette méthode d'estimation, il est posé un petit nombre de questions aux membres adultes des ménages concernant la survie de leurs soeurs et le moment du décès par rapport à la grossesse, l'accouchement et la période post-partum pour les soeurs décédées. Les informations recueillies sont alors converties en risques à vie de mortalité maternelle et en quotients de mortalité maternelle.

Les résultats de l'enquête MICS de la Mauritanie sur la mortalité maternelle sont présentés dans le Tableau RH.6. Noter que ces estimations se rapportent à peu près à juillet 2002. Ces résultats sont également présentés uniquement pour le total national, puisque les quotients de mortalité maternelle contiennent généralement de très grandes erreurs d'échantillonnage. Le quotient de mortalité maternelle est estimé à 686 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Cette mortalité maternelle élevée a tout de même amorcé une légère baisse comparativement aux résultats de l'enquête démographique et de santé réalisée en 2000-2001 qui situait ce taux à 747 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Tableau RH.6: Ratio de mortalité maternelle											
Probabilité de risque de décès maternel encouru au cours de la vie et proportion de sœurs décédées pour cause imputable à la maternité, Mauritanie, 2007											
	Nombre d'adultes interrogés des ménages	Sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans	Sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans (ajusté)	Sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans et décédées par la suite	Nombre de décès maternels	Facteur d'ajustement	Unités de vulnérabilité des sœurs	Probabilité de risque de décès maternel au cours de la vie	Proportion de sœurs décédées pour causes imputables à la maternité	Total fertility rate 10-14 years ago	Taux de mortalité maternelle *
Age											
15-19	5505	8600	19666	301	82	0,107	2104	0,0	27,3	.	.
20-24	4827	9793	22395	336	96	0,206	4613	0,0	28,6	.	.
25-29	3508	8330	19050	373	97	0,343	6534	0,0	26,0	.	.
30-34	3218	7986	7986	444	122	0,503	4017	0,0	27,4	.	.
35-39	2871	7285	7285	639	188	0,664	4837	0,0	29,4	.	.
40-44	2316	5589	5589	576	150	0,802	4483	0,0	26,0	.	.
45-49	2041	4655	4655	582	161	0,900	4189	0,0	27,7	.	.
50-54	2056	4648	4648	746	175	0,958	4452	0,0	23,5	.	.
55-59	1250	2674	2674	497	92	0,986	2637	0,0	18,4	.	.
60+	3560	6753	6753	2195	317	1,000	6753	0,0	14,4	.	.
Total	31152	66314	100703	6689	1479	.	44621	0,0	22,1	4,9	685,7

* MICS Indicateur 3; OMD Indicateur 16

IX. Education

Introduction

Ayant fait le serment d'atteindre la scolarisation universelle depuis Jomtien, la Mauritanie a fait des progrès considérables depuis 1990, date à laquelle le niveau de scolarisation était en dessous de 50% selon des données de l'Annuaire des Statistiques Scolaires. L'Annuaire des Statistiques Scolaires de 2007 donne un taux de scolarisation de 98%. Cet effort considérable est la manifestation de la volonté politique qui s'est traduite par un accroissement de la capacité d'accueil (construction de salles de classe et recrutement d'enseignants particulièrement depuis la mise en place du PNDSE¹²) et l'adoption d'une loi en 2001 portant obligation de la scolarisation des enfants âgés de 6 à 14 ans.

Ce résultat remarquable est manifestement attesté par les dernières enquêtes menées dans le pays notamment l'EPCV 2004 et le MICS 2007 (objet du présent rapport) et qui confirment la tendance à l'accroissement des effectifs scolarisés bien qu'il y ait des écarts avec les données administratives.

En effet, les tendances évolutives révélées par les deux dernières enquêtes de l'EPCV¹³ de 2000 et 2004 qui montrent que le taux de scolarisation est passé de 72% à 77% au cours de la période concernée et celles de la MICS 2007 (Tableau ED1 qui donne un taux de 82%) sont relativement proches, mais d'une dizaine de points inférieures aux données administratives. Cet écart pourrait être attribué aux méthodes et moments de collecte des données qui diffèrent au niveau des enquêtes comparativement à la collecte régulière faite par les services de l'éducation. Les tableaux ci-après donnent des indications sur les taux bruts de scolarisation au primaire et au secondaire. Ces taux sont le rapport entre les effectifs scolarisés et les effectifs en âge d'être à l'école¹⁴.

Si les données empiriques montrent que des avancées ont été obtenues, des efforts restent à faire afin d'éliminer les disparités de plusieurs natures conformément aux objectifs du PNDSE. Contrairement aux idées reçues, les filles ont légèrement plus de chances que les garçons d'être scolarisées au primaire, les taux observés, au niveau national, sont de 86% pour les filles contre 79% pour les garçons. Ces écarts sont différents en fonction des wilayas ; le Hodh El Gharbi est à l'image nationale alors que l'Adrar est à l'inverse.

D'autres facteurs influent sur les chances de scolarisation des enfants comme le milieu, et le niveau de pauvreté des parents. Les ruraux avec 70% de taux de scolarisation fréquentent moins l'école que les urbains 101%, l'offre étant un déterminant important de l'accès à l'école. Le niveau d'instruction de la mère a un impact positif sur les chances de scolarisation d'un enfant ; ainsi celui dont la mère est sans instruction est désavantagé par rapport à celui dont celle-ci a atteint au moins le secondaire (respectivement 74% et 102%). Le niveau de vie des parents ou appartenance à un quintile de pauvreté est aussi déterminant ; en effet, un enfant a d'autant plus de chance d'être à l'école s'il est issu d'un ménage plus riche (110%) un dernier quintile ou de parents très riches 110% que s'il est du premier quintile ou de parents très pauvres (60%).

¹² Programme National de Développement du Secteur de l'Education.

¹³ Enquête Permanente des Conditions de Vie des ménages.

¹⁴ Il est habituellement plus aisé de décrire le taux brut et d'occulter le taux net du fait de la mauvaise déclaration des âges (une préférence pour les âges ronds) qui biaise les résultats manifestant ainsi un caractère rédhibitoire à l'effort de l'Etat en matière de scolarisation. Cependant, dans ce présent rapport l'accent sera mis sur les taux nets dans les parties suivantes.

Tableau ED. 1a : Taux brut de fréquentation primaire, Mauritanie, 2007			
Caractéristiques	Masculin	Féminin	Total
Wilaya			
Hodh Echarghi	64,4	64,5	64,4
Hodh ELGharbi	42,8	70,1	56,5
Assaba	64,6	76,5	70,5
Gorgol	65,8	66,6	66,2
Brakna	84,4	88,5	86,4
Trarza	80,5	90,2	85,3
Adrar	118,5	111,8	115,1
Nouadhibou	102,2	110,4	106,3
Tagant	95,5	102,5	99,0
Guidimagha	77,9	79,7	78,8
Tiris Zemmour	113,2	117,6	115,4
Inchiri	97,5	93,0	95,2
Nouakchott	102,6	107,7	105,2
Milieu			
Urbain	98,4	104,4	101,4
Rural	66,1	74,3	70,2
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	72,5	75,0	73,8
Primaire	86,2	85,0	85,6
Secondaire & +	97,6	105,7	101,7
Coranique/Mahadra	67,2	79,5	73,4
Indice de richesse			
Plus pauvre	57,6	61,5	59,5
Pauvre	63,8	72,5	68,1
Moyen	84,4	94,8	89,6
Riche	91,9	103,5	97,7
Plus riche	109,8	110,8	110,3
Total	78,5	86,1	82,3

Au niveau du secondaire, la scolarisation est relativement faible comme le montre les données de l'enquête rapportées dans le tableau ci-après. Les différences sont plus perceptibles à ce niveau d'éducation du fait d'un faible accès. De manière factuelle, être au secondaire est un privilège pour ceux vivants en milieu urbain, dont la mère a un niveau d'instruction au moins égal au secondaire et plus ou lorsque les parents sont très riches (appartiennent au dernier quintile).

Tableau ED. 1b : Taux brut de fréquentation secondaire, Mauritanie, 2007			
Caractéristiques	Masculin	Féminin	Total
Wilaya			
Hodh ECharghi	6,1	8,5	7,3
Hodh ELGharbi	13,6	14,8	14,2
Assaba	15,3	9,7	12,5
Gorgol	11,2	9,4	10,3
Brakna	25,3	15,6	20,4
Trarza	34,9	25,8	30,3
Adrar	39,7	44,8	42,2
Nouadhibou	38,9	37,1	38,0
Tagant	32,1	27,5	29,8
Guidimagha	17,2	8,6	12,9
Tiris Zemmour	54,0	43,7	48,8
Inchiri	44,4	40,4	42,4
Nouakchott	62,1	55,1	58,6
Milieu			
Urbain	52,0	47,7	49,8
Rural	14,4	9,8	12,1
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	8,4	8,2	8,3
Primaire	15,5	13,3	14,4
Secondaire & +	48,2	44,3	46,2
Coranique/Mahadra	8,4	8,2	8,3
Mère pas à la maison	25,9	17,6	21,7
Indice de richesse			
Plus pauvre	5,0	2,8	3,9
Pauvre	7,9	6,6	7,3
Moyen	21,2	16,8	19,0
Riche	41,4	35,1	38,3
Plus riche	78,0	70,5	74,2
Total	31,4	26,5	29,0

Mais, nul doute qu'une scolarisation universelle matérialisera une équité en matière d'éducation : tous les enfants sont à l'école. Autrement dit quand tous les enfants sont à l'école, il n'y a point de disparité et la question du prolongement de la scolarisation au secondaire se posera de façon évidente. Bien évidemment ceci sera une réalité dans un proche avenir mais en attendant voyons in fine les progrès accomplis même en termes de préscolarisation.

Suivi d'un programme d'éducation et prédisposition à la scolarisation

Recevoir une éducation préscolaire dans le cadre d'un enseignement organisé ou d'un programme d'éducation des enfants est important pour la prédisposition des enfants à être scolarisés. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est la promotion de l'éducation de la petite enfance.

Le tableau ED.1 ci-après montre que seulement 5% des enfants âgés de 36 à 59 mois suivent un programme d'éducation préscolaire au niveau national. L'analyse de ce taux révèle d'importantes disparités tant au niveau du milieu de résidence que régional : dans le milieu urbain on enregistre un taux de 8% contre 3% en milieu rural ; au niveau régional, bien que les taux soient faibles, le Tiris-Zemmour + Inchiri affiche un taux de 16%. Les différences de genre sont très faibles.

L'impact des caractéristiques socio-économiques est par contre évident, les enfants des ménages les plus riches ont plus de chance de profiter d'un enseignement préscolaire que ceux des ménages les plus pauvres (11% contre 2%) ; le niveau d'éducation de la mère est déterminant dans la fréquentation du préscolaire : un enfant a moins de chance d'aller au préscolaire lorsque sa mère est sans niveau d'éducation que lorsque celle-ci est allée au secondaire au moins (3% contre 13%).

Il est intéressant de noter que les proportions d'enfants suivant un programme d'éducation préscolaire aux âges de 36 à 47 mois et 48 à 59 mois sont très différents, on passe du simple au double (6% pour les premiers contre 3% pour les seconds).

Le tableau (ED.1), ci-après, indique également le pourcentage des enfants admis en première année de l'école primaire qui étaient au préscolaire l'année précédente ; il a pour intérêt de renseigner à la prédisposition des inscrits à la scolarisation. Cette information donne l'option aux décideurs d'inclure de manière incantatoire ce niveau d'enseignement qui serait un facteur améliorant la qualité des apprentissages.

Dans l'ensemble, près de 8% des enfants qui ont six ans actuellement et sont en première année du primaire, étaient scolarisés dans un établissement préscolaire l'année précédente. En termes de genre, on note des différences en faveur des filles. En effet la proportion est plus élevée chez les filles (12%) que chez les garçons (5%) ; le milieu de résidence est un facteur différentiel, près de 14% des enfants des zones urbaines étaient inscrits au préscolaire l'année précédente comparés à 1% chez les enfants des zones rurales. Les disparités régionales sont également très importantes : les enfants en première année du primaire dans le Brakna, Nouadhibou et Nouakchott et l'Adrar sont les seuls préscolarisés. Le statut socio-économique semble avoir une corrélation positive avec la prédisposition à la scolarisation – tandis que l'indicateur n'est que de 2% chez les ménages les plus pauvres, il augmente à 11% chez les enfants vivant dans les ménages les plus riches.

Tableau ED.1: Education pré scolaire				
Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois admis en première année du primaire et ayant suivi un enseignement préscolaire, Mauritanie, 2007				
Caractéristiques	Pourcentage enfants de 36-59 mois fréquentant un établissement enseignement pré scolaire*	Nombre enfants de 36-59 mois	Pourcentage enfants admis en première année enseignement primaire ayant suivi un programme enseignement pré scolaire**	Nombre enfants admis en première année enseignement primaire
Sexe				
Masculin	4,9	1677	4,7	173
Féminin	5,1	1560	11,5	156
Wilaya				
Hodh ECharghi	0,8	375	0,0	35
Hodh ELGharbi	1,2	278	0,0	19
Assaba	3,6	371	0,0	21
Gorgol	1,7	359	0,0	28
Brakna	6,9	305	10,6	17
Trarza	5,8	333	0,0	30
Adrar	11,2	57	4,1	10
Nouadhibou	8,6	93	13,7	13
Tagant	0,9	61	0,0	6
Guidimagha	5,3	219	0,0	23
Tiris Zemour+Inchiri	15,7	(38)	,0	8
Nouakchott	8,4	749	18,5	119
Milieu de résidence				
Urbain	7,9	1302	13,9	176
Rural	3,0	1936	1,1	153
Age de l'enfant				
36-47 mois	6,3	1823	.	0
48-59 mois	3,3	1415	.	0
6 ans	.	0	7,9	328
Niveau d'éducation de la mère				
Sans instruction	2,6	1105	4,0	98
Primaire	6,3	856	8,6	84
Secondaire & +	13,4	344	18,4	66
Coranique/Mahadra	3,4	926	3,6	80
Indice de richesse				
Plus pauvre	1,9	833	0,0	40
Pauvre	2,7	641	0,0	56
Moyen	5,5	624	1,7	51
Riche	5,6	597	10,1	75
Plus riche	11,2	543	16,6	107
Total	5,0	3238	7,9	328
* MICS Indicateur 52 ** MICS Indicateur 53				

Fréquentation de l'école primaire et secondaire

L'accès de tous à une éducation de base et l'achèvement de l'éducation primaire par les enfants du monde constituent l'un des buts les plus importants des Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'Un Monde Digne des Enfants. L'éducation est une condition essentielle de la lutte contre la pauvreté, de la responsabilisation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux de l'exploitation économique et sexuelle, ainsi que de

la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Les indicateurs de la fréquentation de l'école primaire et secondaire sont :

- Le taux net de nouvelles inscriptions au primaire ;
- Le taux de fréquentation net du primaire ;
- Le taux de fréquentation net du secondaire ;
- Le taux de fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire ;
- L'indice de parité des sexes (GPI).

Les indicateurs de la progression scolaire sont les suivants :

- Taux de réussite (survie) jusqu'en cinquième année ;
- Taux de passage au secondaire ;
- Taux d'achèvement net du cycle primaire.

Tableau ED.2 : Admission à l'école primaire		
Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et admis en 1ère année du primaire, Mauritanie, 2007		
Caractéristiques	Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et présentement inscrit en première année *	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire **
Sexe		
Masculin	28,8	1021
Féminin	30,9	992
Wilaya		
Hodh ECharghi	22,8	218
Hodh ELGharbi	16,2	224
Assaba	25,3	229
Gorgol	21,6	205
Brakna	25,6	204
Trarza	29,7	208
Adrar	52,3	39
Nouadhibou	51,3	68
Tagant	39,4	66
Guidimagha	32,3	128
Tiris Zemour+Inchiri	47,9	(32)
Nouakchott	40,8	391
Milieu de résidence		
Urbain	40,7	756
Rural	23,3	1257
Age au début de l'année scolaire		
6 ans	29,8	2013
Instruction de la mère		
Sans instruction	24,8	770
Primaire	35,4	425
Secondaire & +	46,9	188
Coranique/Mahadra	26,7	624
Indice de richesse		
Plus pauvre	19,5	530
Pauvre	23,3	426
Moyen	30,6	390
Riche	35,3	368
Plus riche	49,5	299
Total	29,8	2013
* MICS Indicateur 54 ** Tableau base sur l'estimation de l'âge au début de l'année scolaire		

Sur les enfants en âge d'entrer à l'école primaire (6 ans) de la Mauritanie, près de 30% sont inscrits en première année du primaire (ED.2) avec une différence marginale en faveur des filles (31% contre 29%). On note, cependant, des écarts importants selon les wilayas et entre les milieux urbain et rural. Un enfant résidant en milieu urbain a plus de chance d'accéder à

l'école qu'un enfant de la zone rurale (41% contre 23%). Les chances d'être scolarisé sont différentes en fonction des wilayas : dans les deux Hodh, le Brakna et le Gorgol l'opportunité d'aller à l'école est plus faible par rapport à l'Adrar, Nouadhibou et le Tiris-Zemmour + Inchiri.

Pour ce taux, on observe une corrélation positive entre d'une part le niveau d'instruction de la mère et d'autre part le statut socio-économique ; près de 47% des enfants âgés de 6 ans dont les mères ont au moins un niveau d'instruction secondaire accèdent à la première année du primaire tandis que 25% seulement de ceux dont les mères sont sans niveau d'instruction se retrouvent dans ce cas. Chez les ménages les plus riches, cette proportion est de 50%, alors qu'elle est seulement de 20% chez les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres.

Tableau ED,3: Taux net de scolarisation au primaire						
Pourcentage d'enfants d'âge 6-11 ans fréquentant le primaire, Mauritanie, 2007						
Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation*	Nombre enfants
Wilaya						
Hodh ECharghi	46,7	682	41,6	553	44,4	1235
Hodh ELGharbi	34,1	519	43,1	473	38,4	992
Assaba	46,3	607	53,9	585	50,0	1192
Gorgol	43,7	585	44,8	586	44,3	1172
Brakna	62,6	502	61,8	496	62,2	998
Trarza	53,3	549	59,0	548	56,2	1098
Adrar	80,2	121	77,8	127	79,0	248
Nouadhibou	80,1	169	79,9	171	80,0	340
Tagant	63,2	160	67,2	151	65,1	311
Guidimagha	54,2	287	57,5	308	55,9	595
Tiris Zemmour	80,9	75	82,8	77	81,8	152
Inchiri	68,9	14	67,6	10	68,3	(24)
Nouakchott	74,3	1095	74,7	1092	74,5	2187
Milieu de résidence						
Urbain	70,2	2060	72,8	2042	71,5	4102
Rural	47,4	3305	49,6	3137	48,5	6442
Age au début de l'année scolaire						
6	38,0	1021	38,8	992	38,4	2013
7	51,3	987	50,5	993	50,9	1980
8	60,1	716	67,0	695	63,5	1411
9	62,5	1071	66,8	1014	64,6	2085
10	67,2	659	71,5	598	69,2	1257
11	63,2	910	66,0	887	64,6	1798
Instruction de la mère						
Sans instruction	50,6	2168	50,6	1992	50,6	4160
Primaire	69,0	914	67,8	918	68,4	1832
Secondaire & +	79,6	446	87,0	445	83,3	890
Coranique/Mahadra	50,5	1824	56,2	1804	53,3	3628
Indice de richesse						
Plus pauvre	41,5	1375	39,9	1280	40,8	2655
Pauvre	45,8	1113	49,8	1070	47,8	2183
Moyen	56,7	1033	61,8	994	59,2	2026
Riche	66,0	970	69,9	987	68,0	1957
Plus riche	80,7	874	82,1	848,3	81,4	1722
Total	56,2	5364	58,8	5179	57,4	10543

* MICS indicateur 55; OMD indicateur 6 *Tableau base sur l'estimation de l'âge au début de l'année*

Le Tableau ED.3 présente le pourcentage des enfants en âge d'être au primaire qui fréquente un établissement primaire ou secondaire. Plus de la moitié des enfants scolarisés dans l'éducation de base sont âgés de 6-11 ans (soit 58%) avec une légère différence en faveur des filles (59% contre 56%). Les différences sont plus accentuées lorsqu'on oppose les enfants de cette tranche d'âge vivants en milieu urbain ou rural (23 points en faveur des premiers : 72% contre 49%). Les

caractéristiques socio-économiques permettent de prédire la probabilité d'être scolarisé pour un enfant ; un enfant dont la mère est sans niveau d'instruction a moins de chance d'être à l'école qu'un enfant dont la mère a au moins fréquenté le niveau secondaire (51% contre 83%) et un enfant issu d'une famille appartenant au quintile supérieur (plus riche) a deux fois plus de chance d'être scolarisé que celui issu du quintile inférieur (plus pauvre). L'âge de l'enfant est aussi un facteur déterminant dans la scolarisation de l'enfant, plus l'enfant avance en âge et plus il a de chances d'être scolarisé.

Le taux net de scolarisation du secondaire est présenté dans le Tableau ED.4. Il est en moyenne de 19% cachant de relatives disparités notamment genre (21% pour les garçons contre 17% pour les filles) ; des différences liées à la localisation géographique, les enfants urbains de cette tranche d'âge ont près de quatre fois plus de chance de fréquenter le secondaire que ceux du même âge en milieu rural. Lorsque la mère a un niveau d'instruction au moins égal au secondaire, l'enfant âgé de 12-17 ans a, au moins, cinq fois plus de chance d'être au secondaire qu'un enfant dont la mère est sans aucun niveau. Cette différence est encore plus accentuée lorsqu'on oppose les enfants de cette tranche d'âge issus des familles les plus riches à ceux issus des familles les plus pauvres, on passe à près de quinze fois plus de chance pour les premiers par rapport aux seconds.

Tableau ED.4: Taux net de scolarisation au secondaire						
Pourcentage d'enfants âgés de 12-17 ans fréquentant le secondaire, Mauritanie, 2007						
Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation*	Nombre enfants
Wilaya						
Hodh ECharghi	4,6	319	5,5	376	5,1	695
Hodh ELGharbi	11,2	241	10,4	324	10,8	564
Assaba	11,4	385	6,0	457	8,5	842
Gorgol	7,4	466	6,2	395	6,9	861
Brakna	19,3	279	9,6	340	13,9	619
Trarza	23,8	387	15,6	431	19,5	818
Adrar	26,3	92	25,0	98	25,6	190
Nouadhibou	25,7	136	27,9	134	26,8	271
Tagant	25,1	114	18,4	113	21,7	228
Guidimagma	12,7	202	7,0	204	9,8	407
Tiris Zemour+Inchiri	35,1	72	28,0	78	31,4	150
Nouakchott	35,0	1029	32,7	1085	33,8	2114
Milieu de résidence						
Urbain	31,8	1759	29,3	1846	30,5	3605
Rural	10,4	1964	6,3	2190	8,3	4154
Age au début de l'année scolaire						
12	11,6	685	7,8	744	9,6	1429
13	15,0	735	14,1	761	14,6	1495
14	20,7	576	14,9	594	17,8	1170
15	26,3	552	20,9	559	23,6	1111
16	27,3	601	22,7	768	24,7	1369
17	25,6	573	22,1	609	23,8	1183
Instruction de la mère						
Sans instruction	10,1	1149	10,0	1167	10,1	2316
Primaire	20,3	337	16,7	398	18,4	735
Secondaire & +	53,2	244	51,4	240	52,3	484
Coranique/Mahadra	18,7	921	12,8	1007	15,6	1928
Mère pas a la maison	26,1	490	17,6	602	21,4	1092
Indice de richesse						
Plus pauvre	4,1	753	2,0	781	3,0	1534
Pauvre	6,9	622	4,5	745	5,6	1368
Moyen	12,0	719	10,6	803	11,3	1523
Riche	27,6	798	21,0	840	24,2	1638
Plus riche	46,3	830	42,6	865	44,4	1696
Total	20,6	3723	16,8	4035	18,6	7758

* MICS indicateur 56

Le taux spécifique de fréquentation de l'école primaire des enfants en âge d'être au secondaire est présenté dans le Tableau ED.4w. Plus de 30% des enfants en âge d'être au secondaire fréquentent l'école primaire alors qu'ils devaient être à l'école secondaire. Ce phénomène de retard de scolarisation touche plus : i) les filles que les garçons (32% contre 29%); ii) les enfants dont la mère est sans instruction que ceux dont celle-ci est d'un niveau d'au moins égal au niveau secondaire ; et iii) les enfants âgés de 12 ans que les autres. La présence de la mère à la maison n'est pas discriminatoire dans ce contexte (les filles et les garçons ont les mêmes chances)

La résidence (la wilaya ou le milieu rural ou urbain) et le niveau de pauvreté des familles agissent de façon indifférenciée.

Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire* qui fréquentent l'école primaire, Mauritanie, 2007						
Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants
Wilaya						
Hodh ECharghi	29,0	319	31,0	376	30,1	695
Hodh ELGharbi	19,0	241	38,4	324	30,1	564
Assaba	30,1	385	30,5	457	30,3	842
Gorgol	25,2	466	30,5	395	27,6	861
Brakna	37,0	279	35,1	340	35,9	619
Trarza	32,9	387	34,6	431	33,8	818
Adrar	38,5	92	36,0	98	37,2	190
Nouadhibou	29,4	136	27,5	134	28,4	271
Tagant	34,0	114	38,3	113	36,1	228
Guidimagha	24,1	202	25,8	204	24,9	407
Tiris Zemour+Inchiri	28,8	72	33,3	78	31,1	150
Nouakchott	27,7	1029	29,6	1085	28,7	2114
Milieu de résidence						
Urbain	29,7	1759	30,9	1846	30,3	3605
Rural	28,0	1964	32,5	2190	30,4	4154
Age au début de l'année scolaire						
12	51,8	685	54,0	744	52,9	1429
13	43,6	735	48,1	761	45,9	1495
14	28,9	576	34,9	594	32,0	1170
15	19,5	552	25,3	559	22,4	1111
16	14,5	601	15,6	768	15,1	1369
17	6,0	573	7,7	609	6,9	1183
Instruction de la mère						
Sans instruction	36,4	1149	38,5	1167	37,5	2316
Primaire	48,8	337	49,9	398	49,4	735
Secondaire & +	29,3	244	29,5	240	29,4	484
Coranique/Mahadra	31,7	921	40,4	1007	36,3	1928
Mère pas a la maison	18,4	490	18,1	602	18,2	1092
Indice de richesse						
Plus pauvre	28,5	753	33,2	781	30,9	1534
Pauvre	27,9	622	31,0	745	29,6	1368
Moyen	34,6	719	37,4	803	36,1	1523
Riche	29,7	798	32,0	840	30,9	1638
Plus riche	23,8	830	25,8	865	24,8	1696
Total	28,8	3723	31,8	4035	30,4	7758

*Tableau basé sur l'estimation de l'âge au début de l'année scolaire

Probabilité de passage de la première à la cinquième année du cycle primaire

Le pourcentage des enfants entrants en première année et qui atteignent la cinquième année est présenté dans le Tableau ED.5. Sur l'ensemble des enfants qui entrent en première année, la majorité (85%) va en définitive atteindre la cinquième année. Il faut noter que ce nombre comprend les enfants qui redoublent des classes et qui finissent par accéder en cinquième année. Signalons que les garçons ont plus de chance que les filles d'atteindre la 5^{ème} année (87% contre 84%) comme les urbains par rapport aux ruraux (90% contre 82%). On a une quasi-certitude d'atteindre la 5^{ème} année quand on a une mère qui a un niveau d'instruction d'au moins égal au secondaire et moins d'une chance sur deux d'atteindre cette classe quand on a une mère absente de la maison. Cette dernière corrélation est la même, mais avec une faible intensité, entre un enfant issu de famille appartenant au premier quintile de pauvreté et celui du dernier quintile.

Tableau ED.5: Enfant atteignant la 5ème année					
Pourcentage d'enfants en première année du primaire et atteignant la 5ème année, Mauritanie, 2007					
Caractéristiques	Pourcentage atteignant la 2ème classe et qui étaient en 1ère année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 3ème classe et qui étaient en 2ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 4ème classe et qui étaient en 3ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 5ème classe et qui étaient en 4ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 5ème classe parmi ceux entrés en 1ère année *
Sexe					
Masculin	95,8	97,7	96,6	96,1	87,0
Féminin	95,9	96,0	96,2	94,9	84,0
Wilaya					
Hodh ECharghi	94,6	100,0	93,0	85,9	75,5
Hodh ELGharbi	93,0	89,0	91,4	95,1	71,8
Assaba	92,1	93,4	90,8	92,1	71,9
Gorgol	95,3	94,6	94,5	96,3	82,0
Brakna	98,9	100,0	98,2	97,1	94,3
Trarza	97,9	99,2	99,1	97,5	93,9
Adrar	97,4	94,8	98,6	96,7	88,0
Nouadhibou	98,9	99,2	99,2	100,0	97,3
Tagant	93,3	93,8	99,0	94,6	81,9
Guidimagha	99,4	96,4	96,7	99,1	91,9
Tiris Zemmour	98,6	98,5	100,0	89,2	86,6
Inchiri	88,8	100,0	100,0	100,0	88,8
Nouakchott	95,7	98,6	98,0	96,3	89,0
Milieu de résidence					
Urbain	96,7	98,6	97,7	96,5	89,8
Rural	95,3	95,3	95,2	94,4	81,7
Instruction de la mère					
Sans instruction	96,9	96,3	96,0	98,3	88,1
Primaire	96,2	98,3	97,3	96,7	89,0
Secondaire & +	97,8	100,0	100,0	99,1	97,0
Coranique/Mahadra	95,2	96,7	96,5	94,4	83,8
Mère pas a la maison	70,5	92,9	80,6	85,8	45,3
Indice de richesse					
Plus pauvre	92,6	93,9	92,7	91,1	73,4
Pauvre	95,4	94,6	93,3	93,9	79,1
Moyen	97,3	97,4	97,8	95,4	88,5
Riche	97,0	98,3	97,5	95,2	88,6
Plus riche	97,6	99,4	99,3	99,1	95,5
Total	95,8	96,8	96,4	95,5	85,4

* MICS Indicateur 57 ; OMD Indicateur 7

Proportion nette d'enfants susceptibles d'achever le cycle primaire

Tableau ED.6: Achèvement à l'école primaire et transition au secondaire				
Taux d'achèvement au primaire et taux de transition au secondaire, Mauritanie, 2007				
Caractéristiques	Taux net d'achèvement au primaire *	Nombre d'enfants inscrits en dernière année du primaire l'année précédente	Taux de transition au secondaire **	Nombre d'enfants en dernière année du primaire l'année précédente
Sexe				
Masculin	10.9	910	61.0	249
Feminin	10.0	887	55.7	240
Wilaya				
Hodh ECharghi	4.0	239	42.7	32
Hodh ELGharbi	6.2	150	47.5	25
Assaba	6.9	189	60.2	36
Gorgol	4.3	191	59.0	30
Brakna	9.6	171	77.8	26
Trarza	13.9	192	54.9	25
Adrar	21.0	(43)	62.6	18
Nouadhibou	21.6	58	53.0	26
Tagant	13.7	59	54.1	20
Guidimagha	5.6	108	55.1	16
Tiris Zemour+Inchiri	23.9	(31)	54.3	16
Nouakchott	16.8	366	60.9	221
Milieu de résidence				
Urbain	17.3	700	61.7	343
Rural	6.1	1098	50.8	146
Instruction de la mère				
Sans instruction	5.1	719	55.4	102
Primaire	13.8	286	58.0	62
Secondaire & +	41.1	137	74.2	78
Coranique/Mahadra	8.6	652	58.6	115
Mère pas à la maison	.	0	56.5	43
Indice de richesse				
Plus pauvre	2.6	441	40.6	40
Pauvre	3.1	372	46.2	44
Moyen	9.4	336	52.8	82
Riche	16.6	347	55.8	130
Plus riche	25.1	302	69.1	193
Total	10.5	1798	58.4	489

* MICS Indicateur 59; OMD Indicateur 7b ** MICS Indicateur 58
Tableau basé sur l'estimation de l'âge au début de l'année scolaire

Le taux d'achèvement net du cycle primaire et le taux de passage au secondaire sont présentés dans le Tableau ED.6. Au moment de l'enquête, seuls 11% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (11 ans) étaient en dernière année du cycle primaire. Cette valeur doit être distinguée du taux d'achèvement brut du cycle primaire qui comprend les enfants de tout âge en dernière année du primaire. En zone urbaine, les enfants ont plus de chance d'achever le primaire qu'en milieu rural (17% contre 6%); tout comme les enfants dont la mère a un niveau d'instruction d'au moins égal au secondaire par rapport à ceux dont la mère est sans aucune instruction (41% contre 5%). Il en est de même pour les enfants issus des ménages les plus riches (25%) par rapport aux enfants issus des ménages les plus pauvres (3%).

Seulement plus de la moitié des enfants (58%) qui ont achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se retrouvaient en première année du secondaire au moment de l'enquête. Cette moyenne nationale cache des disparités en termes de genre, région, résidence et niveaux

socio-économiques. Autrement dit : i) les garçons qui terminent le cycle primaire ont plus de chance d'accéder au secondaire que les filles (61% contre 56%) ; ii) la transition entre les deux cycles est plus aisée pour les enfants issus du milieu urbain (62%) que pour les enfants issus du milieu rural (51%) et cette transition est différenciée selon que l'enfant vive dans le Hodh El Charghi (43%) ou dans le Brakna (79%) ; et iii) l'accès au secondaire est corrélé au niveau d'instruction de la mère, - 74%) pour les enfants dont les mères ont au moins un niveau égal au secondaire contre 55% pour ceux dont les mères sont celles sans instruction, et au niveau de pauvreté de la famille avec 69% pour les plus riches et 41% pour les plus pauvres.

Indice de parité des sexes dans le primaire et dans le secondaire

Tableau ED.7 : Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons fréquentant le secondaire, Mauritanie, 2007						
Caractéristiques	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), filles	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le primaire *	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), filles	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le secondaire *
Wilaya						
Hodh El Charghi	41,6	46,7	0,9	5,5	4,6	1,2
Hodh El Gharbi	43,1	34,1	1,3	10,4	11,2	0,9
Assaba	53,9	46,3	1,2	6,0	11,4	0,5
Gorgol	44,8	43,7	1,0	6,2	7,4	0,8
Brakna	61,8	62,6	1,0	9,6	19,3	0,5
Trarza	59,0	53,3	1,1	15,6	23,8	0,7
Adrar	77,8	80,2	1,0	25,0	26,3	1,0
Nouadhibou	79,9	80,1	1,0	27,9	25,7	1,1
Tagant	67,2	63,2	1,1	18,4	25,1	0,7
Guidimagha	57,5	54,2	1,1	7,0	12,7	0,5
Tiris Zemmour	82,8	80,9	1,0	28,3	34,6	0,8
Inchiri	67,6	68,9	1,0	25,9	38,0	0,7
Nouakchott	74,7	74,3	1,0	32,7	35,0	0,9
Milieu						
Urbain	72,8	70,2	1,0	29,3	31,8	0,9
Rural	49,6	47,4	1,0	6,3	10,4	0,6
Niveau d'éducation de la mère						
Sans instruction	50,6	50,6	1,0	10,0	10,1	1,0
Primaire	67,8	69,0	1,0	16,7	20,3	0,8
Secondaire & +	87,0	79,6	1,1	51,4	53,2	1,0
Coranique/Mahadra	56,2	50,5	1,1	12,8	18,7	0,7
Mère pas à la maison				17,6	26,1	0,7
Indice de richesse						
Plus pauvre	39,9	41,5	1,0	2,0	4,1	0,5
Pauvre	49,8	45,8	1,1	4,5	6,9	0,7
Moyen	61,8	56,7	1,1	10,6	12,0	0,9
Riche	69,9	66,0	1,1	21,0	27,6	0,8
Plus riche	82,1	80,7	1,0	42,6	46,3	0,9
Total	58,8	56,2	1,0	16,8	20,6	0,8

* MICS Indicateur 61; OMD Indicateur 9,

Tableau basé sur l'estimation de l'âge au début de l'année scolaire

Le taux de filles sur le taux de garçons scolarisés au primaire et au secondaire, est fourni dans le Tableau ED.7. Ces taux sont mieux connus sous l'appellation d'Indice de parité

des sexes (IPS). Il faut noter que les ratios ci-inclus sont obtenus à partir des ratios de fréquentation nets plutôt que des ratios de fréquentation bruts. Ces derniers ratios fournissent une description erronée de l'IPS principalement parce que dans la plupart des cas, la majorité des enfants trop âgés qui fréquentent l'école primaire sont des garçons. Le tableau indique que la parité entre les sexes en ce qui concerne l'école primaire est proche de 1, ce qui montre qu'il n'y a pas de différences entre les garçons et les filles en ce qui concerne la fréquentation de l'école primaire. Les écarts de scolarisation, pour le cycle primaire, sont particulièrement prononcés dans les deux Hodh (en faveur des garçons pour le Hodh El Charghi avec un indice de 0,9 et en faveur des filles pour le Hodh El Gharbi avec un indice de 1,3), des écarts également en faveur des filles lorsque la mère a un niveau d'instruction d'au moins égal au niveau secondaire (avec un indice de 1,1) et aussi des écarts liés à l'appartenance aux quintiles intermédiaires (avec un indice de 1,1). Les écarts sont encore plus prononcés lorsqu'on se trouve au secondaire (voir la dernière colonne du tableau ED.7).

Alphabétisation des femmes âgées de 15-24 ans

Tableau ED.8: Alphabétisation des adultes			
Pourcentage des hommes et des femmes âgés de 15 à 24 ans alphabétisés ; Mauritanie, 2007			
	(hommes)	(femmes) *	(total)
Wilaya			
Hodh ECharghi	65	63,6	64,0
Hodh ELGharbi	71	52,5	58,2
Assaba	69	55,1	58,9
Gorgol	42	18,5	26,6
Brakna	52	48,4	49,2
Trarza	60	70,9	67,7
Adrar	67	70,9	69,8
Nouadhibou	71	67,1	68,3
Tagant	61	56,9	58,0
Guidimagha	43	22,3	29,7
Tiris Zemmour	62	63,8	63,3
Inchiri	81	81,4	81,3
Nouakchott	74	63,7	66,3
Milieu			
Urbain	72	63,2	65,2
Rural	58	49,4	52,0
Age			
15-19	64	57,3	59,2
20-24	68	57,9	60,2
Indice de richesse			
Plus pauvre	52	41,6	45,1
Pauvre	54	45,9	48,3
Moyen	61	50,5	53,5
Riche	68	60,6	62,6
Plus riche	80	74,7	76,0
Total	63	56,1	58,1

* MICS Indicateur 60; OMD Indicateur 8

Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de s'assurer de l'alphabétisation des adultes. L'alphabétisation des adultes est également un indicateur des OMD, qui se rapporte tant aux hommes qu'aux femmes. Dans le cadre de la MICS un questionnaire a été administré aux femmes et aux hommes et les résultats sont basés uniquement sur une population âgée de 15 à 24 ans. L'alphabétisation a été évaluée d'après la capacité de cette population à lire une

courte déclaration simple ou leur fréquentation de l'école. Les données de l'enquête, rapportées dans le tableau ED.8 ci-après, montrent que 58% des femmes et hommes âgés de 15-24 ans sont alphabétisés. Bien évidemment la moyenne nationale cache des disparités à plusieurs niveaux : des différences en termes de genre et selon la zone géographique et le lieu de résidence et le niveau de pauvreté des parents. En effet, on note une différence entre les femmes et les hommes (56% contre 63%) et de façon plus accentuée (de plus de 13 points) selon le milieu de résidence en faveur des urbains (65% contre 52%). On note également de fortes disparités par wilaya : ainsi, seulement 27% des femmes et hommes de cette tranche d'âge sont alphabétisés dans le Gorgol contre 81% en Inchiri ; et les plus riches ont plus de chance d'être alphabétisés que ceux appartenant aux autres groupes (76% contre 45%).

X. Protection de l'enfant

Enregistrement des naissances

La Convention sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom et à une nationalité et à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement de la naissance est un moyen fondamental de garantir ces droits aux enfants. Un Monde Digne des Enfants stipule l'objectif d'élaborer des systèmes pour garantir l'enregistrement à l'état-civil de chaque enfant, à la naissance ou peu après, et de préserver ainsi son droit à avoir un nom et une nationalité, conformément aux lois nationales et aux instruments internationaux compétents. L'indicateur est le pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée à l'état-civil.

Les résultats de l'enquête Mauritanienne par grappes à indicateurs multiples ont montré que seulement environ 56% des naissances des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés (Tableau CP.1). Il n'existe pas de disparités importantes dans l'enregistrement des naissances entre les sexes et selon l'âge de l'enfant. Par contre, on constate des disparités par rapport à la wilaya, au milieu de résidence, au niveau d'instruction de la mère et à l'indice de richesse. Au niveau wilaya on remarque que les enfants dans les wilayas du sud (Hodh Echarghi et Hodh El Gharbi) ont moins de chance (respectivement 21% et 25%) d'avoir leurs naissances enregistrées que ceux des autres wilayas notamment le Tiris zemmour et Dakhlet Nouadhibou qui enregistrent chacune le taux le plus élevé (88%).

Pour ce qui est du milieu de résidence, on constate que 75% des enfants du milieu urbain ont été enregistrés à la naissance contre seulement 42% au milieu rural.

Le pourcentage d'enregistrement des enfants à la naissance dont la mère a le niveau secondaire ou plus a atteint 81% contre 50% pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau. De même, le pourcentage d'enregistrement des enfants à la naissance s'élève selon le niveau de richesse du ménage de 28% chez les plus pauvres à 83% chez les plus riches.

Quant aux raisons de non enregistrement l'éloignement et les pénalités à payer constituent les éléments les plus invoqués (19%) par les personnes enquêtées. Cependant en regardant de plus près au niveau du Hodh Charghy où le plus bas taux d'enregistrement a été constaté, nous trouvons que la raison principale est plutôt la méconnaissance. Un tiers des personnes interviewées dans cette même wilaya évoquent ne pas savoir que l'enfant doit être enregistré, ne pas savoir où enregistrer ou tout simplement ne savent pas pour quelle raison. Si aucune raison émergente n'est citée par les femmes sans aucune instruction et les femmes du niveau coranique/Mahadra, il semble que pour les mères les plus instruites (42%) et dans les ménages les plus riches (39%), la raison principale est la méconnaissance du lieu d'enregistrement.

Tableau CP.1: Enregistrement des naissances												
Répartition en pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons du non enregistrement, Mauritanie, 2007												
	Naissance enregistrée *	Ne sait pas si la naissance est enregistrée	Nombre d'enfants de 0-59 mois	La naissance n'a pas été enregistrée parce que :								Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistrés à l'état civil
				Ca coute très cher	C'est trop loin	S'est rappelé plus tard	Ne savait pas que l'enfant devrait	Ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas où l'enregistrer	Ne sait pas		
Sexe												
Masculin	56.6	3.7	4429	8.0	19.1	15.8	17.4	18.8	14.4	5.0	1792	
Féminin	55.2	4.1	4241	8.0	19.0	16.7	16.4	18.1	15.9	5.0	1758	
Wilaya												
H. Charghi	21.3	6.7	1052	13.9	18.2	20.0	25.9	14.1	4.7	2.4	777	
H. Gharbi	25.1	9.4	812	7.0	21.7	21.3	8.3	28.3	9.6	3.6	532	
Assaba	38.6	2.1	963	4.9	21.0	15.3	9.1	29.0	18.2	1.4	580	
Gorgol	59.3	2.8	869	6.7	20.2	23.0	21.6	7.5	16.0	3.9	330	
Brakna	66.9	3.8	796	10.7	24.8	2.6	9.6	15.0	17.2	17.4	240	
Trarza	68.4	2.5	841	4.0	16.1	16.4	15.5	17.0	18.5	10.3	245	
Adrar	64.8	2.7	154	9.0	27.7	3.6	7.1	19.4	27.7	5.4	51	
Nouadhibou	87.9	1.2	282	9.6	4.0	0.8	4.8	5.6	64.0	8.0	31	
Tagant	40.4	3.2	170	5.7	11.9	6.7	29.0	38.6	4.2	2.3	97	
Guidimagha	52.2	4.1	524	3.7	26.7	22.1	35.0	3.0	6.4	0.7	243	
Tiris Zemour+Inchiri	87,9	,5	136	2,6	7,7	7,0	1,6	9,3	7,7	3,1	16	
Nouakchott	77.8	2.9	2072	7.4	9.5	8.1	12.6	14.4	36.5	9.8	408	
Milieu de résidence												
Urbain	75.0	2.6	3594	10.4	9.9	9.6	12.4	16.3	30.0	9.1	821	
Rural	42.3	4.8	5078	7.3	21.8	18.2	18.3	19.1	10.6	3.7	2730	
Age												
0-11 mois	51.0	3.5	1916	6.2	19.9	14.3	15.7	16.0	21.0	5.3	887	
12-23 mois	55.8	4.5	1681	10.7	21.1	14.9	16.2	17.0	14.7	3.7	680	
24-35 mois	55.2	3.9	1822	5.4	19.8	18.7	17.4	18.2	14.7	4.7	759	
36-47 mois	60.6	4.4	1823	10.1	16.2	16.5	18.7	20.6	12.4	4.7	647	
48-59 mois	57.2	3.1	1415	8.7	17.6	17.3	17.0	21.5	10.2	6.6	574	
Instruction de la mère												
Aucune	50.4	2.9	2689	9.6	20.8	18.6	17.6	17.4	11.4	3.5	1274	
Primaire	64.1	2.9	2520	6.4	19.4	13.4	15.4	18.5	18.5	6.5	847	
Secondaire & +	81.2	2.3	1061	4.3	12.3	6.6	12.8	11.6	41.6	9.5	180	
Coranique/Mahadra	41.9	6.9	2379	8.0	17.9	17.0	17.9	20.5	12.8	4.8	1243	
Indice de richesse												
Le plus pauvre	28.2	6.7	2159	8.6	23.6	20.1	18.6	18.0	8.3	2.3	1431	
Second	42.1	3.8	1729	8.1	18.2	16.1	19.8	19.8	11.3	5.4	950	
Moyen	62.3	2.6	1620	9.7	17.3	15.1	12.2	21.2	16.9	5.4	581	
Riche	75.6	2.8	1629	5.1	12.2	8.7	11.9	14.2	34.2	10.1	359	
Le plus riche	82.7	2.5	1534	4.0	9.5	7.2	13.8	15.5	38.9	10.8	230	
Total	55.9	3.9	8672	8.0	19.0	16.2	16.9	18.5	15.1	5.0	3551	

* MICS Indicateur 62

Travail des enfants

Il est important d'assurer le suivi de la situation dans laquelle les enfants travaillent, ainsi que le type de travail qu'ils effectuent pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent ont moins de chances d'être scolarisés et plus de chances d'abandonner l'école. Ceux-ci peuvent ainsi être piégés dans un cycle de pauvreté et de privation. Les conditions de travail des enfants ne sont souvent pas réglementées et comportent peu de mesures de protection contre les services potentiels. En outre, de nombreux types d'activités sont fondamentalement dangereux, tandis que d'autres présentent des risques moins évidents pour les enfants, notamment l'exposition aux pesticides dans les activités agricoles, le transport de charges lourdes et faire les poubelles.

L'Article 32 de la Convention sur les droits des enfants stipule : "Les Etats reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social..." Un Monde Digne des Enfants mentionne neuf stratégies pour lutter contre le travail des enfants et les OMD préconisent la protection des enfants contre l'exploitation. Dans le cadre du questionnaire de la MICS, plusieurs questions ont porté sur le travail des enfants. Un enfant est considéré comme "travailleur" au moment de l'enquête si durant la semaine qui a précédé l'enquête :

- Il est âgé de 5 à 11 ans et il a effectué au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de corvées ménagères par semaine.
- Il est âgé de 12 à 14 ans et il a effectué au moins 14 heures de travail rémunéré ou 28 heures de travail ménager par semaine.

Cette définition permet de faire la différence entre le travail rémunéré et le travail domestique afin d'identifier le type de travail devant être éliminé. Ainsi, les estimations fournies ici représentent la prévalence minimum du travail rémunéré, effectué par les enfants, étant donné que certains enfants peuvent se livrer à des activités professionnelles dangereuses pour un nombre d'heures inférieur à celui spécifié dans les critères expliqués ci-dessus.

Selon les résultats présentés dans le tableau CP.2, le travail des enfants en dehors du ménage, rémunéré ou non n'est pas chose courante en Mauritanie (1% ds enfants de 5-14 ans sont concernés).

En ce qui concerne le travail domestique des enfants de 5-14 ans, un plus grand nombre d'entre eux sont concernés. On entend par "travail domestique", faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de l'eau et s'occuper des enfants. Ce genre de travail entre généralement dans le processus d'éducation de la jeune fille. Un peu moins 3% des enfants de 5-14 ans accomplissent ces tâches pendant vingt huit heures ou plus par semaine. D'une manière générale, le taux des filles (4%) est légèrement plus élevé que celui des garçons (3%).

Tableau CP.2: Travail des enfants						
Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans impliqués dans les activités de travail de l'enfant par type de l'activité, Mauritanie, 2007						
	Travaille en dehors du ménage		Domestique pour 28 heures ou plus par semaine	Travaille dans l'entreprise familiale	Ensemble travail de l'enfant *	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
	Travail rémunéré	Travail non rémunéré				
Sexe						
Masculin	1	1,2	3,1	14	18,2	9096
Féminin	0,6	0,9	3,7	10,4	14,6	8942
Wilaya						
Hodh ECharghi	1,6	0,6	7,2	11,5	17,4	2064
Hodh ELGharbi	1,5	2,7	7,7	10,3	20,6	1661
Assaba	1,4	1,1	3,1	30,5	34,7	2010
Gorgol	0,2	0,6	0,4	23,3	24,1	2021
Brakna	0	1,1	1,1	4,5	6,4	1697
Trarza	0,6	0,4	4,4	5,3	10,3	1863
Adrar	0,2	1,3	3,1	2,8	7,5	419
Nouadhibou	0,8	0,4	4	2,7	7,2	592
Tagant	1,6	0	6	3,3	10	513
Guidimagha	0,6	0	1,4	31	32,3	1011
Tiris Zemmour	0,3	0,2	4,6	2,6	7,2	271
Inchiri	0	0	12,9	1	14	(45)
Nouakchott	0,6	1,7	1,6	4,3	7,8	3872
Milieu de résidence						
Urbain	0,8	1,6	2,3	5,2	9,3	7159
Rural	0,8	0,7	4,1	16,8	21,2	10879
Age de l'enfant						
5-11 ans	0,7	1,3	2,4	13,8	17,2	13316
12-14 ans	1,3	0,4	6,2	7,7	14,4	4722
L'enfant va à l'école						
Oui	0,5	1,1	3,7	11,5	15,6	8774
Non	1,1	1	3,1	12,9	17,2	9264
Niveau d'instruction de la mère						
Sans instruction	1	1	2,7	16,9	20,6	7014
Primaire	0,8	1,2	2,7	8,6	12,3	3264
Secondaire & +	0,4	1,3	1,8	2,7	5,9	1584
Coranique/Mahadra	0,8	0,9	5	11,2	16,7	6121
Indice de richesse						
Plus pauvre	1,2	0,5	4,9	24,1	28,8	4472
Pauvre	0,9	0,9	4,6	17,4	22,2	3701
Moyen	0,8	1,6	2,5	7,2	11,5	3428
Riche	0,6	1,2	2,4	4,5	8,3	3400
Plus riche	0,4	1,2	1,8	2,7	6	3039
Total	0,8	1	3,4	12,2	16,4	18038

* MICS Indicateur 71

Par ailleurs, parmi les enfants qui consacrent plus de 28 heures de la semaine dans les travaux domestiques, ceux de 12-14 ans sont relativement plus affectés.

En conclusion le tableau CP.2 montre que 16% des enfants de 5-14ans sont considérés comme travailleurs à l'heure actuelle. Ce taux est assez élevé, et les garçons sont plus affectés que les filles (respectivement 18 % et 15%). Le milieu de résidence semble avoir une forte influence sur le travail des enfants. Les enfants dans le rural sont plus exposés (21%) au travail que dans le milieu urbain (9%). Cette situation est la conséquence de la nature même des emplois ruraux de type traditionnel (travaux liés à l'agriculture, faire paître les animaux, etc.) qui ne nécessitent pas des qualifications particulières.

Par ailleurs on constate que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé moins l'enfant est exposé au travail. En effet, le tableau CP.2 montre que chez les mères de niveau primaire et secondaire et plus, les taux de travail des enfants sont respectivement de 12% et 6% ; par contre chez les mères sans aucune instruction, 21% des enfants travaillent.

Les enfants des familles les plus pauvres sont évidemment les plus exposés. Ceci montre une nette corrélation entre le travail des enfants et le niveau de pauvreté des ménages. Les enfants dans ce cas sont les plus fragilisés et ceci renforce d'avantage l'idée selon laquelle la lutte contre la pauvreté commence par les enfants.

Le Tableau CP.3 ci-après montre que sur l'ensemble des enfants travailleurs (16% des enfants de 5-14ans), 49% sont scolarisés (y compris ceux qui ne sont plus à l'école). Parmi ces enfants il y a ceux qui travaillent tout en allant à l'école (46 des enfants de 5-14ans qui travaillent) et ceux qui sont élèves et qui travaillent en même temps (16% des enfants de 5-14ans qui travaillent).

Ceci donne une bonne perspective pour plus de 50% des enfants de 5-14 ans qui travaillent et qui ne sont pas scolarisés. Le fait que 46% des enfants travailleurs continuent à étudier doit susciter un intérêt des autorités administratives et publiques pour voir les formes d'enseignements alternatifs qui permettraient aux enfants de continuer leur scolarité tout en travaillant. Une étude plus approfondie sur l'impact du travail sur le résultat des 16% d'élèves travailleurs donnera des perspectives en vue d'une plus grande adéquation entre le travail et l'école.

Tableau CP.3: Etudiants travailleurs et travailleurs étudiants							
Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans qui étudient et travaillent et pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent et étudient, Mauritanie, 2007							
	Pourcentage d'enfants qui travaillent	Pourcentage d'enfants scolarisés	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent	Pourcentage d'enfants qui travaillent tout en allant à l'école **	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans	Pourcentage d'élèves qui travaillent aussi *	Nombre d'élèves âgés de 5-14 ans
Sexe							
Masculin	18.2	48	9096	44.7	1658	16.9	4369
Féminin	14.6	49.3	8942	48.2	1308	14.3	4405
Wilaya							
Hodh ECharghi	17.4	37.1	2064	41.5	359	19.4	766
Hodh ELGharbi	20.6	32.8	1661	32.3	342	20.3	544
Assaba	34.7	41	2010	41.9	697	35.4	824
Gorgol	24.1	37.9	2021	40.9	486	25.9	767
Brakna	6.4	50.8	1697	56.5	109	7.2	861
Trarza	10.3	47.7	1863	50.6	192	10.9	889
Adrar	7.5	67.7	419	78	31	8.6	283
Nouadhibou	7.2	64.8	592	66.7	42	7.4	384
Tagant	10	54.1	513	58.3	51	10.8	277
Guidimagha	32.3	45.9	1011	51.3	326	36.1	464
Tiris Zemmour	7.2	70.1	271	83.2	20	8.6	190
Inchiri	14	56.1	45	64.2	6	16	(25)
Nouakchott	7.8	64.5	3872	63.3	303	7.7	2499
Milieu de résidence							
Urbain	9.3	61.1	7159	58.5	664	8.9	4376
Rural	21.2	40.4	10879	42.7	2301	22.3	4397
Age							
5-11 ans	17.2	43.3	13316	44.9	2287	17.8	5761
12-14 ans	14.4	63.8	4722	50.6	678	11.4	3013
Instruction de la mère							
Sans instruction	20.6	44	7014	41.9	1446	19.6	3084
Primaire	12.3	54.7	3264	56.1	401	12.6	1785
Secondaire & +	5.9	72.3	1584	72.3	94	5.9	1145
Ccoranique/Mahadra	16.7	44.6	6121	46.3	1020	17.3	2730
Indice de richesse							
Plus pauvre	28.8	33.7	4472	37.9	1288	32.4	1508
Pauvre	22.2	39.9	3701	47.7	820	26.5	1475
Moyen	11.5	49.5	3428	47.6	395	11.1	1698
Riche	8.3	56.8	3400	62.7	282	9.1	1933
Plus riche	6	71.1	3039	70.4	181	5.9	2161
Total	16.4	48.6	18038	46.2	2966	15.6	8774
** MICS Indicateur 73		* MICS Indicateur 72					

Mariage précoce et polygamie

Le mariage avant l'âge de 18 ans est une réalité pour de nombreuses jeunes filles. Selon les estimations de l'UNICEF recueillies à travers le monde, plus de 60 millions de femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans. Les facteurs qui influencent les taux de mariage précoce sont: l'état du système d'enregistrement à l'état-civil d'un pays, qui permet d'apporter la preuve de l'âge des enfants; l'existence d'un cadre législatif adéquat assorti d'un mécanisme d'exécution pour se pencher sur les cas de mariages précoces; et l'existence de lois coutumières ou religieuses qui tolèrent cette pratique.

Dans plusieurs régions du monde, les parents encouragent le mariage de leurs filles alors qu'elles sont encore des mineurs, dans l'espoir que ce mariage va leur profiter tant au plan financier que social, tout en déchargeant la famille d'un fardeau financier. Dans la réalité, le mariage des enfants est une violation des droits humains, qui compromet le développement des filles et débouche souvent sur des grossesses précoces et un isolement social, le peu d'éducation et l'absence de formation professionnelle renforçant la nature inégalitaire de la pauvreté. Le droit à un consentement "libre et entier" d'un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme - qui stipule qu'un consentement ne peut être "libre et entier" quand l'une des parties concernées n'est pas suffisamment mûre pour prendre une décision éclairée sur un partenaire pour la vie. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes mentionne le droit à la protection contre le mariage précoce en son article 16, qui stipule: "Les fiançailles et le mariage d'un enfant n'a pas d'effet légal et toutes les mesures nécessaires, y compris la législation, seront prises pour stipuler un âge minimum pour le mariage..." Tandis que le mariage n'est pas considéré directement dans la Convention sur les droits des enfants, le mariage précoce est lié à d'autres droits - tels que le droit d'exprimer librement ses opinions, le droit à la protection contre toutes les formes d'abus et le droit à être protégé contre les pratiques traditionnelles dangereuses - et il est fréquemment évoqué par la Commission sur les droits de l'enfant. D'autres accords internationaux relatifs au mariage des enfants figurent dans la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum fixé pour le mariage et l'enregistrement des mariages et la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants et le Protocole de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples, sur les droits des femmes en Afrique. Le mariage précoce a également été identifié par le Forum panafricain contre l'exploitation sexuelle des enfants comme un type d'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

Les jeunes filles mariées sont un groupe unique, bien que souvent invisible. Obligées de faire la plupart des corvées ménagères et responsables de l'éducation d'enfants alors qu'elles sont elles-mêmes des enfants. Les filles mariées et les mères d'enfants sont confrontées à l'obligation de prendre des décisions et ont des choix de vie limités. Les garçons sont également affectés par le mariage précoce mais ce phénomène touche beaucoup plus les filles et avec beaucoup plus d'intensité.

Les études montrent que plusieurs facteurs s'associent pour exposer les enfants à un mariage précoce. La pauvreté, la protection des filles, l'honneur de la famille et la recherche de stabilité pendant les périodes d'instabilité sociale sont considérés comme des facteurs importants dans l'exposition des filles au mariage alors qu'elles sont encore des enfants. Les femmes mariées très jeunes sont plus enclines à penser qu'il est parfois acceptable pour un mari de battre son épouse et elles ont été elles-mêmes plus souvent exposées à la violence conjugale. La différence d'âge entre les partenaires contribue à une dynamique d'abus de pouvoir et à l'augmentation du risque de se retrouver veuve prématurément.

Un autre problème des mariages précoces est l'âge auquel les filles deviennent actives au plan sexuel. Les femmes qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d'enfants que celles qui se sont mariées plus tard. Les décès liés à la grossesse sont une cause principale de mortalité chez les filles âgées entre 15 et 19 ans, particulièrement chez les plus jeunes de ce groupe d'âges. On constate que les filles qui se marient à un jeune âge ont plus de chances d'épouser des hommes plus âgés, ce qui les expose à un risque accru de contracter une infection au VIH. La pression placée sur la jeune épouse pour qu'elle donne naissance à des enfants et le déséquilibre des pouvoirs découlant de la différence d'âge, font que ce genre de couples utilise très peu le préservatif.

Tableau Cr.9. Mariage précoce et polygamie

pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans mariées avant d'atteindre leur quinzième anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées, et pourcentage de femmes en mariage polygamique, Mauritanie, 2007

	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans*	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes âgées de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées**	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en mariage polygamique***	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans mariées
Wilaya								
Charghi	29.0	1276	53.1	1013	37.9	263	2.7	822
Gharbi	21.7	1059	44.0	833	28.6	226	2.5	628
Assaba	21.1	1273	49.0	965	28.1	309	7.9	746
Argol	25.9	990	61.6	742	25.3	247	24.4	661
Banka	17.1	996	44.9	773	28.0	222	10.1	616
Brakna	18.5	1361	44.9	1074	20.7	287	11.0	759
Essaouira	17.8	311	39.9	247	19.3	63	2.3	160
Imajittin	18.4	434	42.8	349	24.4	84	7.7	270
Imbabrit	15.4	363	33.3	295	12.4	68	2.7	166
Imchich	22.2	565	46.6	445	37.3	120	22.7	426
Imchiri + Zemour	17,4	252	40,7	203	21,6	49	1,8	142
Imchott	13.1	3670	33.5	2882	17.8	788	13.2	1955
Instruction								
Sans instruction	15.3	6140	37.0	4834	18.6	1306	11.9	3311
Primaire	22.6	6409	49.6	4988	30.2	1421	9.8	4040
Jeune								
15-19	11.1	2727	.	0	24.7	2727	6.0	672
20-24	15.4	2606	35.4	2606	.	0	5.4	1321
25-29	18.8	1898	40.0	1898	.	0	8.3	1306
30-34	22.1	1743	45.2	1743	.	0	12.4	1324
35-39	25.3	1507	48.8	1507	.	0	13.7	1175
40-44	26.5	1147	50.9	1147	.	0	16.2	893
45-49	28.2	920	52.0	920	.	0	15.1	660
Structure de richesse								
Très pauvre	26.3	2944	52.7	2636	35.9	309	19.0	2179
Pauvre	16.0	4096	40.8	2704	25.5	1392	8.2	2096
Moyenne & +	6.9	2548	20.7	1841	12.1	707	7.4	1054
Organique/Mahadra	26.6	2923	52.9	2616	38.2	308	6.2	2000
Statut de richesse								
Très pauvre	27.0	2234	54.7	1753	29.8	481	7.4	1478
Pauvre	22.9	2190	50.7	1683	33.3	507	9.5	1400
Moyenne	20.1	2364	46.1	1811	26.6	552	14.8	1370
Richesse	17.2	2765	40.7	2181	21.1	584	11.5	1511
Très riche	11.2	2997	30.5	2393	14.9	604	10.7	1592
Total	19.0	12549	43.4	9822	24.7	2727	10.7	7351

Indicateur MICS 67 ** indicateur MICS 68 *** indicateur MICS 70

Deux des indicateurs servent à estimer ce phénomène : le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans et le pourcentage de celles mariées avant l'âge de 18 ans. Le pourcentage de femmes mariées à des âges divers est fourni dans le Tableau CP.5.

Les résultats montrent que 19% des femmes mariées se sont mariées avant l'âge 15 ans, alors que 43% des femmes se sont mariées avant l'âge de 18 ans. D'autre part, le pourcentage de femmes de 15-19 ans déjà mariées est de 25% .

Concernant la disparité entre les wilayas, on trouve que ce phénomène est plus fréquent dans les wilayas du sud et l'est du pays (29% au Hodh Echarghi, 26% au Gorgol) par rapport aux autres wilayas.

Le même constat peut être dégagé pour ce qui est du milieu de résidence, car 15% des femmes urbaines se sont mariées avant l'âge de 15 ans et 37% avant l'âge de 18 ans, contre 23% et 50% chez les femmes dans le milieu rural.

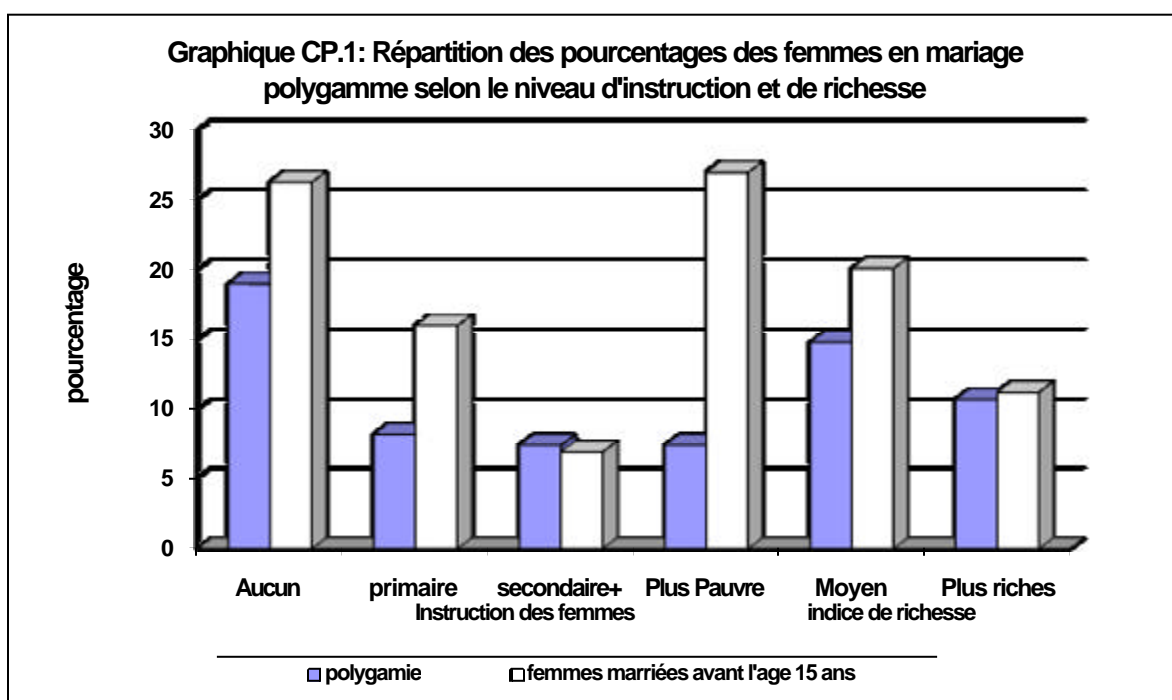
Quant au niveau d'instruction de la femme, il existe une relation positive entre l'âge au mariage et le niveau d'instruction : le pourcentage des femmes mariées avant l'âge 15 ans parmi les femmes sans niveau d'instruction est de 26%, contre 16% chez les femmes ayant le niveau primaire et 7% pour celles ayant le niveau secondaire ou plus.

Il ressort du Tableau CP.5, qu'il y'a une différence relative de pratique de mariage précoce selon qu'on est d'une famille pauvre ou riche. En dehors des deux extrêmes (27% pour le quintile le plus pauvre et 11% pour le quintile le plus riche), le reste du groupe semble être homogène par rapport à cette pratique. Le mariage précoce semble être plutôt un phénomène de société qui tend à disparaître avec l'augmentation du niveau de scolarisation et le développement urbain.

La polygamie bien que relativement présente en Mauritanie (11% des mariages de femmes de 15-49 ans) semble être un phénomène délocalisé dans les régions du Fleuve. Le Gorgol et le Guidimakha présentent les plus grandes prévalences (respectivement 24% et 23%), suivis du Trarza et du Brakna (respectivement 11% et 10%). Nouakchott avec 13% de mariages polygames représente un cas particulier vue sa position stratégique et son statut de capitale politique et administrative dont la structure de population est tout aussi particulière.

D'autre part, au niveau du milieu de résidence, nous pouvons remarquer que le pourcentage de la polygamie est relativement plus élevé dans le milieu urbain que dans le milieu rural, contrairement à ce que l'on pourrait penser. En effet, le pourcentage des femmes urbaines vivant en mariage polygamique est de 12% contre 10% chez les femmes dans le milieu rural.

Le Tableau CP.5 montre à l'évidence que, comme pour le mariage précoce, la polygamie recule sous l'effet de l'instruction. Près d'une femme sans instruction sur 5 (19%) sont en union polygame ; par contre chez celles qui ont un niveau d'instruction quelconque le taux varie de 6% à 8%.



Le Graphique CP.1 ci-dessus montre que le niveau d'instruction comme l'indice de richesse agissent de façon positive sur le mariage précoce, cependant pour la polygamie seul le niveau d'instruction semble avoir une nette influence. L'instruction reste en conséquence la meilleure stratégie de lutte contre ces maux.

Ecart d'âge entre les époux

Une autre composante est la différence d'âge entre les époux dont l'indicateur est le pourcentage de femmes mariées avec une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur conjoint actuel. Le Tableau CP.6 présente les résultats de la différence d'âge entre les maris et les femmes.

L'écart d'âge entre les époux reste un problème entier quelque soit le groupe d'âge s de femmes étudié. Nous constatons cependant que les tendances diffèrent nettement selon qu'on soit du groupe de 15-19 ans ou du groupe de 20-24 ans. La non connaissance de l'âge du mari qui est très élevée (respectivement 83% pour les 15-19 ans et 59% pour les 20-24, empêche toute analyse fiable et la connaissance exacte des écarts de 10 ans ou plus entre les conjoints. On constate aussi que ni le milieu, ni le niveau d'instruction, ni le niveau de richesse ne présente une influence nette sur ce phénomène.

Tableau CP.6 : Ecart d'âge entre les conjoints

Répartition en pourcentage des femmes de 15-19 ans et 20-24 ans actuellement mariées selon l'écart avec leurs conjoints, Mauritanie, 2007

	Pourcentage de femmes actuellement mariées âgées de 15-19 ans dont le conjoint est :					Nombre de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées	Pourcentage de femmes actuellement mariées âgées de 20-24 ans dont le mari est :					Nombre de femmes âgées de 20-24 ans actuellement mariées
	Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *	Age du conjoint inconnu		Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *	Age du conjoint inconnu	
Wilaya												
Hodh ECharghi	0	0.5	8	16.8	74.6	263	0	3.7	14	30.7	51.6	268
Hodh ELGharbi	0	3	5	13.1	79	226	0	6.7	8.9	26.8	57.6	203
Assaba	0.3	0.7	7.1	10.4	81.5	309	0	6.6	13.7	20.4	59.3	256
Gorgol	0	1.6	5.1	6.3	87.1	247	0.7	4.5	6.3	18.8	69.7	155
Brakna	0	1.3	3.7	10	85	222	1	1.9	9.2	24.6	63.2	190
Trarza	0	0.5	4	13.2	82.2	287	0	0.5	11	29.7	58.8	288
Adrar	0	0	3.3	8.9	87.8	63	0.9	4.7	12.4	20.5	61.5	70
Nouadhibou	0	0.6	2.4	20.8	76.2	84	1.1	4.5	10.9	32	51.5	94
Tagant	0	0.8	3.3	4.9	90.9	68	0.8	2.4	9.8	18.9	68.1	69
Guidimagha	0	5.1	12.2	15.6	67.1	120	1.2	4.9	23.7	36.3	34	101
Tiris Zemmour	0	2.9	3.9	10.9	82.3	44	0	8.2	14	22	55.7	44
Inchiri	0	0	4.3	20.1	75.6	5	0	9.6	6.7	15	68.7	8
Nouakchott	0	0.9	3.2	8.9	87	788	0.7	4.9	13.2	19.1	62.2	860
Milieu de résidence												
Urbain	0	0.8	3.2	9.8	86.3	1306	0.6	4.5	12.6	21.7	60.5	1363
Rural	0.1	1.7	6.6	12.3	79.3	1421	0.3	4.2	11.9	26	57.7	1243
Age												
15-19	0	1.2	4.9	11.1	82.7	2727	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0.5	4.3	12.3	23.8	59.2	2606
Niveau d'instruction												
Sans instruction	0.3	2.7	7.9	16.3	72.7	309	1.1	7.5	13.2	29.7	48.5	426
Primaire	0	1.1	5.4	10.7	82.9	1392	0.5	4.3	11.3	25.4	58.5	1026
Secondaire & +	0	0.6	1.6	7.5	90.3	707	0.3	3	12.2	15.3	69.2	751
Coranique/Mahadra	0	2	8	16.1	73.9	308	0	3.6	14.1	28.7	53.6	398
Indice de richesse												
Plus pauvre	0.2	1	6.3	10.3	82.2	481	0.1	7.5	12.6	22.4	57.4	408
Pauvre	0	1.9	7.5	12	78.6	507	0.4	3.2	13	28.4	55.1	410
Moyen	0	2	5.5	12.2	80.3	552	0.8	4.8	11.3	25	58.1	484
Riche	0	1.3	3.5	12.1	83.2	584	0.6	4.6	11.9	21.3	61.6	627
Plus riche	0	0.1	2.6	9	88.2	604	0.3	2.5	12.7	23.2	61.4	678
Total	0	1.2	4.9	11.1	82.7	2727	0.5	4.3	12.3	23.8	59.2	2606

Excision/Mutilation génitale féminine

L'excision est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion causée aux organes génitaux féminins. L'excision est toujours traumatisante avec des complications immédiates telles qu'une douleur insoutenable, l'état de choc, la rétention d'urine, l'ulcération des parties génitales et la lésion des tissus adjacents. Les autres complications sont la septicémie, la stérilité, l'arrêt de progression du travail et même la mort. En Mauritanie l'opération est généralement pratiquée sur les filles âgées de 0-1 an et également sur les très jeunes filles. L'excision est souvent pratiquée par des praticiennes traditionnelles, vieilles femmes, des exciseuses ou des accoucheuses traditionnelles, sans anesthésie, en utilisant des ciseaux, des lames de rasoir ou des éclats de verre.

L'excision est une violation fondamentale des droits humains. En l'absence de toute assistance médicale elle expose les filles et les femmes à des risques pour leur santé et à des conséquences qui mettent leur vie en danger.

Dans le cadre de l'enquête MICS, une série de questions ont été posées pour déterminer le niveau de connaissance et la prévalence de l'excision ainsi que les détails sur le type d'excision pratiquée en Mauritanie.

Les résultats du tableau CP.7 montrent que près de trois quarts des femmes Mauritaniennees âgées de 15-49 ans (72%), ont déclaré avoir été excisées. Cette prévalence varie sensiblement selon les caractéristiques sociodémographiques. On trouve que le pourcentage des femmes excisées est très élevé dans le rural (84%), contre 60% dans le milieu urbain. Ce taux varie selon les Wilayas, il est de 98% en Assaba et 27% au Trarza.

Les femmes de niveau coranique ou sans instruction sont les plus touchées (respectivement 77% et 86%), pendant que 52% de celles ayant le niveau secondaire et plus sont excisées.

La forme d'excision la plus pratiquée en Mauritanie est l'ablation partielle (72% pour chair enlevée). Les formes les plus violentes (parties entaillées ou vagin fermé) ont été aussi pratiquées sur environ 5% ; cependant les 23% environ de formes non déterminées peuvent cacher l'ampleur réelle du problème. Le MICS évalue la forme extrême¹⁵ à 3% des pratiques d'excision.

Malgré toute les campagnes de sensibilisation, plus de la moitié des femmes interviewées (53%) pensent qu'il faut continuer l'excision, alors que (38%) seulement sont convaincues qu'il faut arrêter cette pratique. Entre ces deux groupes les femmes indécises (9%) ne pourront pas influencer grandement cette tendance.

La différence entre les femmes excisées (72%) et celles qui approuvent l'excision (53%) montre que 19% des femmes continuent à assister impuissantes à un phénomène qui tarde à disparaître. Un effort important reste alors à faire par les intervenants dans ce domaine pour arriver à renverser la tendance. Le niveau d'instruction semble avoir peu d'influence sur ce phénomène mais les plus riches et ceux vivant dans le milieu urbain sont plus enclins à l'abandon (respectivement 69% et 56%).

¹⁵ La forme extrême de l'excision se définit comme étant la coupure d'une partie l'organe génital externe et la fermeture du vagin

Tableau CP.7: Excision

Pourcentage de femmes 15-49 ayant eu une quelconque forme d'excision, répartition des femmes par type d'excision, par opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique selon certaines caractéristiques socio-démographiques Mauritanie, 2007

	Pourcentage de femmes excisées *	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes excisées qui ont eu:				A subi une forme extrême d'excision**	Nombre de femmes ayant subi l'excision	Pourcentage de femmes qui croient que la pratique de l'Excision doit:				Nombre de femmes de 15-49 ayant entendu parler de l'excision
			chair enlevée	Parties entaillées	vagin fermé	Forme d'excision non déterminée			Continuer ***	S'arrêter	Dépend de la situation	Ne sait pas	
Wilaya													
Hodh ECharghi	94.4	1276	92.3	0.6	3.4	3.7	2.8	1204	76.6	18.5	0.9	3.9	1272
Hodh ELGharbi	97.6	1059	93.5	0.3	0.9	5.3	0.8	1033	86.1	10.7	0.5	2.7	1056
Assaba	98.1	1273	92.5	0.1	1.5	5.9	1.4	1250	81.3	13.6	0.1	4.9	1269
Gorgol	94.7	990	45.9	0.3	3.9	49.9	2.3	937	74	18.5	1.6	5.9	969
Brakna	88.1	996	63.3	0.7	3.2	32.8	1.8	877	59.8	27.5	1.4	11.3	957
Trarza	26.6	1361	42.5	11.6	3.5	42.3	3.1	361	24.6	62.5	3.1	9.8	1320
Adrar	61.8	311	73.8	0.3	2.1	23.8	1.9	192	44.5	48.5	1.3	5.7	305
Nouadhibou	40.2	434	88.2	0.9	5.5	5.5	4.6	174	24	69	3.1	3.9	421
Tagant	96.1	363	96.8	0.2	0.9	2.2	0.9	348	74.4	21.3	0.2	4.1	361
Guidimagha	97.3	565	59.8	0.6	5.9	33.7	5.4	550	64.2	12.6	0.8	22.4	552
Tiris Zemmour	48.5	216	74.8	0	1.2	23.9	0.8	105	32.4	61.8	0.2	5.6	200
Inchiri	30.4	(36)	91.6	2.1	4.2	2.1	2.1	11	20	74.2	1	4.8	(35)
Nouakchott	54.8	3670	56.1	3.8	4.5	35.6	4.3	2012	30.4	61.2	2.3	6.2	3503
Milieu													
Urbain	59.7	6140	64.7	2.6	4.3	28.3	3.9	3668	35.7	56.1	2	6.2	5926
Rural	84.1	6409	77.5	0.9	2.4	19.2	1.8	5388	70	21.4	1.1	7.5	6294
Age													
15-19	68	2727	66.2	1.6	3.6	28.6	2.9	1855	51.7	37.1	1.1	10.1	2581
20-24	68.7	2606	74	1.5	2.9	21.6	2.3	1791	49.3	41.3	1	8.4	2544
25-29	73.5	1898	74.5	1.1	3.7	20.7	3.2	1395	56.1	37	1.5	5.4	1856
30-34	73.5	1743	72.5	2.3	2.9	22.3	2.4	1282	53	40	2.3	4.7	1715
35-39	75.4	1507	74	1.4	2.7	21.9	2.6	1137	55.6	36.9	2.1	5.4	1483
40-44	76.7	1147	74	2.2	2.7	21.1	2.3	879	55.5	37.4	2.1	4.9	1130
45-49	77.8	920	74.9	1.2	3.6	20.3	2.9	716	58	35	1.7	5.4	912
Niveau d'instruction													
Sans instruction	85.6	2944	68.9	1.2	3.4	26.5	2.5	2519	68.6	22.3	1.2	7.9	2863
Primaire	71.5	4096	71.5	1.3	3.3	23.9	2.9	2929	52	38.8	1.3	7.9	3959
Secondaire & +	52.3	2548	63.2	2.8	4	30	3.5	1334	27.4	66.9	1.7	4.1	2472
Coranique/Mahadra	76.8	2923	83	1.7	2.3	12.9	2	2244	62.3	28.7	2.1	6.9	2888
Expérience de													
N'a pas été excisée	0	3493	0	0	0	0	.	0	11.4	77.9	1.9	8.8	3184
A été excisée	100	9056	72.3	1.6	3.2	22.9	2.7	9056	68.3	24.1	1.4	6.2	9036
Indice de richesse													
Plus pauvre	96.3	2234	78.6	0.3	2.8	18.4	2.1	2152	83.4	9.5	0.6	6.5	2211
Pauvre	89.9	2190	75.8	0.9	2.3	21	1.7	1968	74	17.4	1	7.7	2152
Moyen	77.1	2364	74.5	1.9	3.4	20.3	2.7	1822	58.3	32.9	1.4	7.4	2298
Riche	59.6	2765	67.9	2.1	4.3	25.8	4.1	1648	39.4	49.9	2.3	8.5	2673
Plus riche	48.9	2997	61	3.6	3.4	31.9	3	1466	24.1	69.1	2.2	4.6	2887
Total	72.2	12549	72.3	1.6	3.2	22.9	2.7	9056	53.4	38.2	1.6	6.9	12221

* MICS Indicateur 63

** MICS Indicateur 64

*** MICS Indicateur 66

Le Tableau CP.8 présente les résultats de l'excision pratiquée sur les filles des répondantes. Ces résultats montrent qu'environ 66% des interviewées, ayant au moins une fille, ont fait exciser leur fille. Cette proportion est très voisine de celle des femmes excisées (72%) ce qui confirme la persistance de la pratique de l'excision en Mauritanie. Concernant le type d'excision pratiquée sur les filless, on observe que la pratique la plus courante a consisté en l'ablation de chairs (82%). On ne constate pas de variations significatives par âge. Il faut néanmoins souligner que la proportion des filles pour lesquelles il n'y a pas eu de chair enlevée est nettement plus élevée dans les wilayas du Trarza et de Guidimagha que dans les autres wilayas.

Tableau CP.8: Excision des filles:								
Pourcentage de femmes ayant au moins une fille vivante ayant subi l'excision et le pourcentage par type d'excision de la fille, Mauritanie, 2007								
	Filles excisées *	Effectif de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de mères dont la fille a eu:				Fille ayant subi une forme extrême d'excision	Nombre de femmes âgées de 15-49 ayant au moins une fille vivante excisée
			Parties de chair enlevées	Parties entaillées, pas de chair enlevée	Zone du vagin fermée/cousue	Forme d'excision non déterminée		
Wilaya								
Hodh ECharghi	86.5	679	91.5	0.5	6.2	1.9	6.2	587
Hodh ELGharbi	95.7	574	95.9	0.2	2.3	1.6	2.3	549
Assaba	96	699	93	0.2	6.2	0.6	6.2	671
Gorgol	88.9	600	55.2	0.2	14.5	30.1	14.1	534
Brakna	77.3	527	76.1	0.9	8.6	14.3	7.9	407
Trarza	24.1	680	66	16.8	7.7	9.5	6.9	164
Adrar	40	142	91.1	1.8	5.3	1.8	5.3	57
Nouadhibou	29.8	234	90.7	0	6.5	2.9	5.7	70
Tagant	90.4	157	98	0	2	0	2	142
Guidimagha	94.9	358	72.6	9.5	8.7	9.2	8.2	340
Tiris Zemour +Inchiri	30,4	126	85,2	,8	6,2	7,8	6,2	(38)
Nouakchott	40.9	1679	76.7	3.5	5.7	14.1	5.5	687
Milieu								
Urbain	48	2930	80.4	2.8	7.2	9.7	6.9	1406
Rural	80.6	3523	82.1	1.9	6.9	9	6.7	2839
Age								
15-19	60.3	253	79.9	3.6	6.1	10.4	6.1	153
20-24	60.3	882	83.7	3.2	4.8	8.3	4.8	532
25-29	65.3	1095	82.1	0.9	8.4	8.6	8.1	715
30-34	63.4	1264	80	2	6.4	11.6	6.1	801
35-39	67.8	1206	82.4	2.1	7	8.5	6.8	817
40-44	68.3	976	80.5	2.5	6.9	10.1	6.5	667
45-49	72	778	81.4	2.8	8.4	7.4	8.4	560
Niveau d'instruction	80.8	2112	76.9	2.2	7.6	13.3	7.4	1706
Primaire	57	1640	79.9	2.5	7.5	10	7.4	935
Secondaire & +	32.4	788	78	3.5	9.2	9.4	8.8	255
Coranique/Mahadra	70.5	1894	89.4	1.8	5.5	3.4	5.2	1335
Indice de richesse								
Plus pauvre	94.4	1339	82.4	1.3	7	9.3	6.8	1264
Pauvre	85	1229	82.1	2.2	7.5	8.3	7.2	1045
Moyen	69.7	1236	82.1	2.3	7.2	8.4	7.1	861
Riche	49.7	1328	79.4	2.7	7.6	10.3	7.2	659
Plus riche	31.5	1322	79.8	4.3	4.2	11.7	4	416
Total	65.8	6454	81.5	2.2	7.0	9.3	6.8	4245
* MICS Indicateur 65								

Enfants handicapés

Un des objectifs d'Un Monde digne des enfants est de protéger ces derniers contre les abus, l'exploitation et la violence, ainsi que l'élimination de la discrimination contre les enfants handicapés. Pour les enfants âgés de 2 à 9 ans, une série de questions ont été posées pour évaluer un certain nombre d'infirmités/troubles, tels que les troubles de la vue, la surdité, et les difficultés de parler. Cette approche repose sur le concept du handicap fonctionnel développé par l'OMS et vise à identifier les implications de tout trouble ou infirmité sur le développement de l'enfant (c'est à dire sa santé, sa nutrition, son éducation, etc.). Le Tableau CP.10 présente les résultats de ces questions.

Les résultats de ce tableau montrent qu'environ un cinquième 21% des enfants Mauritanien âgés de 2-9 ans souffrent d'au moins un handicap. Il n'y a pas de différences notoires selon les caractéristiques sociodémographiques. Toutes fois les wilayas du Trarza et du Tiris Zemour + Inchiri semblent être les moins touchées par ce phénomène avec des taux respectifs de 7% et 8%. Ce pourcentage varie selon le type d'handicap : 5% connaissent un retard pour s'asseoir ou se tenir debout, 2% ont des difficultés pour voir, 3% ont des troubles de l'audition et 8% ne parlent pas distinctement. Les enfants de moins de cinq ans (2-4 ans) semblent être plus affectés (25%) que les groupes plus âgés (18%). Cependant, ceci doit être relativisé car 12% des enfants de 2-4 ans (soit près de la moitié des enfants handicapés du même groupe) présentent des difficultés à parler distinctement.

Tableau CP,10: Handicap des enfants

Pourcentage d'enfants de 2-9 ans d'âge avec handicap déclaré par leur mère ou la gardienne selon le type d'handicap, Mauritanie, 2007															
	Pourcentage d'enfants 2-9 ans handicapés par type d'handicap									% d'enfants âgés de 2-9 ans avec au moins un handicap*	Enfants âgés de 2-9 ans		Enfants âgés de 3-9 ans		Nombre d'enfants âgés de 2 ans
	Retard pour se s'asseoir ou se tenir debout	Difficulté pour voir	Troubles de l'audition	Ne comprend pas aisément les instructions	Difficultés pour marcher, bouger les bras, raideur dans les bras ou les jambes	Perd connaissance, fait parfois des crises	Ne fait pas les choses comme les enfants de son âge	Ne parle pas distinctement	Paraît mentalement arriéré ou lent d'esprit		Nombre d'enfants âgés de 2-9 ans	Ne parle pas normalement	Nombre d'enfants âgés de 3-9 ans	Ne peut nommer un objet	
Wilaya															
Hodh ECharghi	2,4	1,6	1,8	6,7	5,4	3,2	4,5	12,9	2	24,5	1822	13,4	1564	31,5	258
Hodh ELGharbi	9,4	1,4	1,8	4,7	1,7	2	1,9	8,3	2,4	22,2	1467	6	1284	25,6	183
Assaba	10	2,1	2,9	2,2	1,2	2,6	2	5,2	1,1	22,1	1751	6,6	1544	30,7	206
Gorgol	4,2	1,5	3,1	4,4	2	2,9	1,9	8,9	1,6	19,8	1679	11,8	1498	42,9	181
Brakna	2,8	2,8	2,9	4,2	3,4	2,6	3,5	9,3	1,4	20,3	1442	26,1	1287	34,6	155
Trarza	1,7	0,7	1,4	1,5	0,7	1,1	1,4	1,9	1,6	7	1568	4,2	1393	24	175
Adrar	0,9	0,8	2,5	2,3	2	8,1	1,1	9,1	1,3	16,5	324	4,7	288	28,3	(36)
Nouadhibou	2,6	2,2	2,8	6,3	1,8	1,9	1,8	5,4	1,3	18,7	489	6,7	427	23,5	62
Tagant	11,2	2,2	2,6	1,9	2	3,1	1,1	4,7	2,4	22,5	358	7,1	323	38,1	(35)
Guidimagha	0,6	1,1	0,8	9,3	0,9	3,7	5,9	8,7	0,8	19,1	928	22	799	22,2	129
Tiris Zemour+Inchiri	1,2	,5	,4	1,0	1,7	1,4	1,3	2,2	,5	8,0	242	3,3	209	34,8	(33)
Nouakchott	5,1	3,1	3,6	9	3,5	4,5	4,8	8,8	3,3	26,7	3360	12,3	2896	25,6	464
Milieu de résidence															
Urbain	4,4	2,6	3	6,8	3,3	4	4,2	7,5	2,4	22,8	6091	11,7	5275	26	815
Rural	4,9	1,5	2,2	4,3	2	2,5	2,4	8,1	1,7	19,6	9338	11,5	8236	31,8	1102
Sexe															
Masculin	5,1	1,9	2,8	5,1	2,6	3,1	3,3	8,1	2,1	21,1	7863	11,3	6876	30,7	987
Féminin	4,3	1,9	2,3	5,5	2,5	3	3	7,6	1,8	20,5	7564	11,8	6634	27,9	930
Age de l'enfant															
2-4	5,2	1,4	1,9	7	3,4	2,8	4	12,3	2,7	25,2	5455	15,4	3538	29,3	1917
5-6	4,9	1,8	2,5	4,5	2,1	3	2,9	5,5	1,6	18,7	4570	10,2	4570	,	0
7-9	4,1	2,6	3,1	4,4	2	3,3	2,5	5,4	1,5	18,2	5403	10,2	5403	,	0
Niveau d'instruction de la mère															
Sans instruction	4,2	1,8	2,3	5	1,9	3	3,2	7,8	1,7	19,8	5521	13,4	4938	30,8	583
Primaire	4,5	1,9	2,4	5,2	3,2	3	3,1	7,7	1,9	20,6	3517	12,6	2960	28,8	557
Secondaire & +	3,1	1,8	2,6	6,2	1,6	3,2	4,1	7,8	2,8	20,8	1510	8,3	1269	23,5	241
Coranique/Madrassa	6	2,3	2,8	5,5	3,1	3,1	2,9	8,1	2	22,3	4831	9,8	4302	30,7	530
Indice de richesse															
Plus pauvre	5	1,8	2,3	5,4	2,6	3	2,5	9,3	1,9	22,5	3896	9,9	3439	32,9	457
Pauvre	5,9	1,7	2,2	4,1	2,4	2	3	8,7	1,4	20	3213	15,4	2819	33,2	394
Moyen	4,8	1,7	2,8	4,7	2,6	3,6	3,3	7,5	1,9	20	2920	12,2	2573	28,8	347
Riche	4,4	2	2,6	5,3	2,8	3,2	3,3	6,8	2	20	2872	9,6	2493	27,8	379
Plus riche	3,1	2,7	3	7,6	2,2	3,7	4	6,3	2,7	21,2	2528	10,7	2188	22,2	340
Total	4,7	1,9	2,5	5,3	2,5	3,0	3,1	7,9	1,9	20,8	15429	11,6	13512	29,3	1917

* MICS Indicateur 101

XI. VIH/SIDA

Connaissance du VIH/SIDA

L'un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection au VIH est une connaissance précise des modes de transmissions et de prévention de la maladie. Une information correcte est la première étape vers la sensibilisation et la mise à la disposition aux jeunes des instruments de nature à les protéger contre l'infection au VIH. Les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et faire obstacle aux efforts de prévention. Les différentes régions sont susceptibles de présenter des variations dans les conceptions erronées sur le VIH, même si certaines semblent universelles (par exemple, le fait de partager la nourriture peut transmettre le VIH, ou que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH). La Session Spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (UNGASS) a invité les gouvernements à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de se protéger contre le VIH. Les indicateurs servant à mesurer cet objectif ainsi que l'OMD consistant à réduire les infections au VIH de moitié sont le renforcement du niveau de connaissance du VIH et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir une propagation supplémentaire de la maladie. Un indicateur à la fois des OMD et de l'UNGASS est le pourcentage de jeunes hommes ou femmes qui ont une connaissance globale et correcte de la prévention de la transmission du VIH.

Traditionnellement, le questionnaire de l'enquête MICS vise exclusivement les femmes. Pour le cas de la Mauritanie, eu égard à l'insuffisance des informations relatives au SIDA, il a été convenu de recueillir lors de cette enquête les mêmes informations aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Le module sur le VIH a été administré aux femmes âgées de 15 à 49 ans et aux hommes âgés de 15 à 59 ans. Les hommes et les femmes ont été interviewés pour évaluer leur connaissance. La méthodologie d'analyse utilisée ici a consisté à commenter séparément les résultats relatifs à chacun des deux sexes concernant les trois principaux moyens d'éviter la transmission - à savoir, avoir un seul partenaire non infecté fidèle, utiliser un préservatif à chaque fois et pratiquer l'abstinence sexuelle.

Il ressort des tableaux (HA.1a et HA.1), qu'en Mauritanie, 95% des hommes et 93% des femmes interviewés ont entendu parler du SIDA, ce qui révèle un niveau relativement élevé de connaissance du SIDA dans la population Mauritanienne. Chez les hommes comme chez les femmes, on relève des écarts du niveau de la connaissance selon les caractéristiques socio-démographiques.

Chez les hommes (Tableau HA.1a), il faut spécialement souligner que le pourcentage de connaissance du SIDA est sensiblement moins important parmi ceux du niveau primaire, ceux du milieu rural et ceux les plus pauvres que chez les plus instruits, les plus riches et en milieu urbain. Par ailleurs, le niveau de connaissance varie relativement avec l'âge (d'un minimum de 89% pour la tranche d'âges des 15-19 ans à un maximum de 99% pour la tranche d'âges des 40-44 ans).

Tableau HA.1a: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez les hommes								
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant entendu parler du SIDA Pourcentage d'hommes de 15-59 ans connaissant les trois principaux modes de prévention de la transmission du VIH, Mauritanie, 2007								
	A entendu parler du SIDA	Connaissance de la prévention par			Connaiss ant tous les trois modes	Connais sant au moins un mode	Ne connaiss ant aucun mode	Nombre d'hommes
		Avoir un partenair e sexuel non infecté et n'ayant pas d'autres partenair es	Utilise le préservati f chaque fois	Abstinence sexuelle				
Wilaya								
Hodh ECharghi	87.6	72.1	40.9	64.5	37.3	78.4	21.6	516
Hodh ELGharbi	94.6	68.9	21.0	49.2	15.9	75.0	25.0	477
Assaba	94.8	70.3	34.5	67.1	28.3	78.7	21.3	505
Gorgol	95.6	64.3	35.0	38.0	19.7	71.9	28.1	522
Brakna	89.1	40.6	30.4	31.0	18.0	50.0	50.0	308
Trarza	97.4	84.0	37.3	36.1	20.5	91.4	8.6	536
Adrar	95.9	74.3	51.0	65.2	37.8	85.3	14.7	123
Nouadhibou	99.6	87.4	69.4	74.3	56.3	93.6	6.4	183
Tagant	88.5	60.1	38.9	30.7	15.0	66.6	33.4	161
Guidimagha	95.6	44.2	29.9	43.0	18.1	62.1	37.9	308
TirisZemour+Inchiri	98,9	87,1	51,2	63,6	38,2	92,9	7,1	97
Nouakchott	98.2	82.1	71.1	68.1	49.7	92.6	7.4	1252
Milieu								
Urbain	98.1	82.0	66.2	66.8	47.0	91.6	8.4	1977
Rural	93.0	64.5	31.1	46.0	21.2	72.7	27.3	3012
Age								
15-19	88.6	59.9	37.0	47.0	24.4	71.4	28.6	1054
20-24	96.4	73.5	52.8	58.4	35.7	82.9	17.1	769
25-29	95.6	73.5	51.3	57.2	36.7	83.2	16.8	573
30-34	96.8	80.4	52.9	58.9	37.9	86.5	13.5	555
35-39	98.4	78.9	48.1	58.1	35.3	85.2	14.8	561
40-44	99.0	77.1	48.4	58.5	34.2	84.5	15.5	458
45-49	97.6	73.9	38.1	54.7	26.1	83.6	16.4	468
50-54	94.9	65.1	40.1	49.4	29.7	73.5	26.5	309
55-59	93.1	65.0	28.5	43.3	19.5	71.1	28.9	242
Instruction								
Sans instruction	93.7	64.3	29.4	46.9	20.4	72.9	27.1	2351
Primaire	93.0	68.4	44.2	56.2	32.1	78.3	21.7	1248
Secondaire & +	99.2	86.9	73.2	65.4	50.1	95.1	4.9	1362
Indice de richesse								
Plus pauvre	90.8	55.9	23.5	45.2	18.3	64.4	35.6	1115
Pauvre	91.9	62.6	30.8	49.7	22.4	70.4	29.6	925
Moyen	96.0	70.4	41.2	53.0	26.9	81.1	18.9	906
Riche	97.8	83.4	55.0	54.2	36.4	91.6	8.4	962
Plus riche	98.8	85.2	73.8	68.6	52.1	94.2	5.8	1081
Total	95.0	71.4	45.0	54.2	31.4	80.2	19.8	4989

Chez les femmes (Tableau HA.1), la proportion de celles ayant entendu parler du sida sont également élevée (93%) sont généralement élevées, et ce quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques. Mais, comme pour les hommes, ce sont les femmes du niveau primaire, celles du milieu rural et celles les plus pauvres qui ont déclaré moins fréquemment que les autres connaître cette maladie.

Tableau HA.1: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez les femmes
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans connaissant deux principaux moyens de prévention de la transmission du VIH, Mauritanie, 2007

	A entendu parler du SIDA	Pourcentage de celles connaissant la prévention par :			Connait tous les trois modes	Connait au moins un mode	Ne connait aucun mode	Nombre de femmes
		Avoir un partenaire sexuel non infecté et n'ayant pas d'autres partenaires	Utilise le condom chaque fois	Abstinence sexuelle				
Wilaya								
Hodh	90.3	38.1	20.2	38.9	16.0	48.7	51.3	1276
ECharghi								
Hodh	90.3	39.7	14.1	21.9	5.8	44.9	55.1	1059
ELGharbi								
Assaba	97.1	56.0	10.8	41.9	5.1	66.1	33.9	1273
Gorgol	92.6	47.0	16.0	18.0	5.8	53.7	46.3	
Brakna	82.5	28.3	11.5	14.0	4.9	33.8		996
Trarza	97.9	63.8	27.0	52.5	15.7	76.6	23.4	1361
Adrar	95.6	67.5	28.7	53.5	20.4	76.9	23.1	311
Nouadhibou	99.4	71.7	33.9	48.3	17.8	83.4	16.6	434
Tagant	82.6	60.2	22.3	30.9	9.6	67.7	32.3	363
Guidimagha	84.6	25.3	18.7	25.1	10.9	36.9	63.1	565
Tiris Zemmour	94.3	49.4	35.0	36.1	17.5	63.4	36.6	216
Inchiri	97.3	55.3	28.6	22.2	7.4	63.6	36.4	(36)
Nouakchott	96.9	61.7	38.7	39.5	18.4	74.2	25.8	3670
Milieu								
Urbain	96.9	61.3	35.1	41.5	17.3	74.0	26.0	6140
Rural	89.9	42.9	15.0	29.8	8.4	50.6	49.4	6409
Age								
15-19	89.1	47.6	21.6	32.8	11.3	56.9	43.1	2727
20-24	94.8	53.9	28.7	38.7	15.1	65.5	34.5	2606
25-29	93.8	51.7	24.4	34.3	12.7	61.3	38.7	1898
30-34	94.7	54.6	28.2	35.3	13.7	65.2	34.8	1743
35-39	95.3	54.4	23.4	37.1	12.3	64.7	35.3	1507
40-44	94.0	53.0	24.5	37.0	12.6	62.2	37.8	1147
45-49	94.2	48.6	20.4	33.4	10.2	58.7	41.3	920
Instruction								
Sans instruction	88.8	36.8	15.1	21.6	6.8	45.3	54.7	2944
Primaire	92.7	51.3	23.3	36.5	12.1	62.2	37.8	4096
Secondaire & +	99.2	73.4	49.5	47.8	25.4	85.5	14.5	2548
Indice de richesse								
Plus pauvre	87.2	32.6	8.9	23.1	5.1	39.8	60.2	2234
Pauvre	88.9	41.6	14.3	30.6	9.2	49.2	50.8	2190
Moyen	93.3	50.5	20.3	33.7	10.2	60.2	39.8	2364
Riche	97.2	61.3	29.1	43.8	15.4	73.3	26.7	2765
Plus riche	97.7	66.1	44.0	42.2	20.7	79.2	20.8	2997
Total	93.4	51.9	24.8	35.5	12.8	62.1	37.9	12549

Connaissance de la prévention de la transmission du VIH/SIDA

Le pourcentage des hommes qui connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH est de 31% (Tableau HA.1a). Tandis que 71% des hommes savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté, 45% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 54% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH.

Par contre, le pourcentage des femmes qui connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH est seulement de 13% (Tableau HA.1). Tandis que 52% des femmes savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté, 25% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 36% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH.

De façon générale, les résultats indiquent que 80% des hommes connaissent au moins un moyen de prévention du VIH, contre 62% des femmes ; 20% des hommes et 38% (soit près de 2 fois plus) des femmes ne connaissent aucun de ces trois moyens.

Chez les hommes, les caractéristiques sociodémographiques influent sur la connaissance des trois principaux modes d'éviter la transmission du SIDA. Les différences entre groupes d'âges sont particulièrement importantes: 38% des hommes de 30-34 ans connaissent tous les 3 modes de prévention contre 20% des 55-59 ans. Il faut spécialement souligner que les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction (20%), les plus pauvres (18%) et ceux résidant dans le milieu rural (21%) connaissent les trois modes beaucoup moins que les autres catégories. Au niveau des wilayas la connaissance des trois modes enregistre des écarts fort remarquables (15% au Tagant et 56% à Nouadhibou).

Chez les femmes (Tableau HA.1), l'influence de ces caractéristiques socio- démographiques est remarquable, comme chez les hommes.

Identification des idées erronées

Les Tableaux (HA.2a et HA.2) présentent le pourcentage des hommes et des femmes qui sont en mesure d'identifier correctement les conceptions erronées concernant le VIH/SIDA. L'indicateur est basé sur les trois conceptions erronées les plus répandues en Mauritanie, qui sont : le VIH/SIDA peut être transmis par des moyens surnaturels, qu'une personne paraissant en bonne santé n'est pas malade du SIDA et que le SIDA peut être transmis par des piqûres de moustiques. Ces tableaux fournissent également des informations sur le fait que les hommes et les femmes savent ou non que le VIH peut être transmis par le partage des aiguilles.

Chez les hommes interviewés, on note que 22% contre seulement 11% chez les femmes, rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues et savent qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée. Près de 58% des hommes, contre 47% des femmes savent que le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels et 33% des hommes, contre 26% des femmes savent que le VIH ne peut être transmis par piqûres des moustiques. En outre, les caractéristiques socio- démographiques des hommes et des femmes influent sur les idées erronées. En effet, au Hodh Echarghi seuls 8% des hommes et 3% des femmes rejettent deux idées erronées et admettent qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée alors 36% des hommes et 22% des femmes à Nouakchott rejettent deux idées erronées et admettent qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée. Concernant le milieu de résidence, on constate que le pourcentage des hommes dans le milieu urbain est deux fois plus important que le pourcentage des hommes dans le milieu rural pour ceux qui rejettent deux idées erronées et admettent qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée. Ce pourcentage est quatre fois plus important chez les femmes du milieu urbain par rapport à celles du milieu rural.

D'autre part, il faut souligner que le pourcentage de rejet des idées erronées aussi bien par les femmes que par les hommes est assez variable selon le niveau d'instruction et le niveau de richesse de la personne.

Tableau HA.2a: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les hommes de 15-59 ans
Pourcentage d'hommes de 15 - 59 identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA, Mauritanie, 2007

	Pourcentage de ceux qui savent que :			Pourcentage rejetant deux idées erronées et admettant qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis par injection ou par piqûre d'une aiguille déjà utilisée	Nombre d'hommes
	Le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Le VIH ne peut être transmis par piqûre de moustiques	Une personne paraissant en bonne santé est malade du SIDA			
Wilaya						
Hodh ECharghi	33.9	11.5	56.1	7.7	79.1	516
Hodh ELGharbi	34.7	20.9	48.0	8.7	74.5	477
Assaba	55.2	18.3	65.2	12.5	83.5	505
Gorgol	55.8	31.5	45.6	13.8	81.5	522
Brakna	58.1	33.0	34.9	15.2	68.0	308
Trarza	70.7	47.8	69.6	35.7	89.2	536
Adrar	55.7	25.3	67.0	16.9	90.1	123
Nouadhibou	70.7	34.7	78.2	29.0	97.5	183
Tagant	47.3	16.7	43.8	13.4	60.8	161
Guidimagha	50.2	43.1	56.0	21.2	59.4	308
Tiris Zemour+Inchiri	77,3	28,9	76,8	22,5	93,5	97
Nouakchott	74.6	45.4	76.1	35.7	92.9	1252
Milieu de						
Urbain	72.9	43.8	74.4	33.4	92.4	1977
Rural	48.7	25.2	52.8	14.0	76.2	3012
Age						
15-19	55.3	31.7	53.9	19.6	75.0	1054
20-24	62.4	40.3	67.3	27.2	86.6	769
25-29	62.4	36.8	67.3	26.3	84.1	573
30-34	64.5	34.9	66.6	23.1	88.5	555
35-39	59.0	30.2	64.4	22.0	85.5	561
40-44	58.7	28.9	65.8	21.4	86.8	458
45-49	54.0	27.4	56.5	18.6	81.6	468
50-54	53.3	26.7	59.9	15.9	81.1	309
55-59	46.1	26.5	45.0	13.2	75.6	242
Instruction						
Sans instruction	42.9	20.8	48.3	9.3	75.1	2351
Primaire	56.9	26.1	60.8	15.7	82.5	1248
Secondaire & +	86.4	59.0	84.9	48.9	95.7	1362
Indice de richesse						
Plus pauvre	35.4	17.7	46.0	7.5	69.6	1115
Pauvre	46.6	20.8	53.5	9.1	74.5	925
Moyen	61.6	30.0	57.1	18.0	83.4	906
Riche	69.8	43.9	70.0	32.2	91.8	962
Plus riche	78.8	50.1	79.9	41.0	94.2	1081
Total	58.3	32.6	61.4	21.7	82.6	4989

Tableau HA.2: Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA chez les femmes de 15-49 ans
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA,
Mauritanie, 2007

	Pourcentage de celles qui savent que :			Rejette deux idées erronées et admet qu'une personne paraissant en bonne santé et malade du SIDA	Le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Le VIH peut être transmis par injection par piqure d'une aiguille déjà utilisée	Nombre de femmes
	Le VIH ne peut être transmis en partageant son repas avec une personne atteinte du SIDA	Le VIH ne peut être transmis par piqure de moustiques	Une personne paraissant en bonne santé et malade du SIDA				
Wilaya							
Hodh	31.1	11.7	27.4	3.1	25.5	70.2	1276
ECharghi							
Hodh	33.2	17.7	26.1	4.6	33.3	61.8	1059
ELGharbi							
Assaba	37.2	19.6	49.1	6.6	41.4	84.9	1273
Gorgol	34.8	20.5	22.0	4.8	44.9	73.9	990
Brakna	33.5	22.7	15.9	5.4	35.7	51.2	
Trarza	44.8	28.0	37.9	9.6	44.2	90.5	1361
Adrar	41.8	17.6	37.1	7.6	42.6	87.9	311
Nouadhibou	68.0	32.5	55.7	22.2	68.5	94.3	434
Tagant	43.1	15.7	40.4	7.5	43.9	77.5	363
Guidimagha	27.5	24.9	21.0	7.6	24.8	61.4	565
Tiris Zemmour	37.4	11.7	43.1	2.0	49.6	82.1	216
Inchiri	50.8	23.1	41.1	8.3	54.0	79.0	(36)
Nouakchott	64.2	40.5	54.4	21.8	66.0	88.3	3670
Milieu de résidence							
Urbain	60.5	36.0	51.9	18.5	62.7	87.5	6140
Rural	31.0	17.2	26.3	4.1	31.7	70.0	6409
Age							
15-19	44.0	29.7	37.1	11.7	44.3	73.8	2727
20-24	49.0	27.8	41.4	12.3	49.9	81.3	2606
25-29	45.7	27.0	41.0	11.7	48.3	79.4	1898
30-34	46.9	25.1	38.3	10.7	46.7	79.9	1743
35-39	43.1	23.6	38.4	9.7	48.0	80.0	1507
40-44	45.5	25.0	38.1	11.7	47.5	80.1	1147
45-49	39.9	20.3	34.4	8.1	40.5	76.5	920
Instruction							
Sans instruction	31.4	16.3	23.1	3.9	31.1	65.7	2944
Primaire	44.4	24.3	37.4	8.6	45.9	80.2	4096
Secondaire & +	76.0	51.0	67.9	31.5	79.2	95.0	2548
Indice de richesse							
Plus pauvre	22.1	12.4	21.2	1.3	23.1	61.0	2234
Pauvre	28.6	15.7	25.4	3.4	30.5	67.8	2190
Moyen	41.9	23.1	33.6	7.3	43.5	78.6	2364
Riche	53.8	29.7	44.5	11.8	53.2	87.1	2765
Plus riche	70.2	44.2	60.5	26.6	73.4	91.6	2997
Total	45.4	26.4	38.8	11.2	46.9	78.6	12549

Connaissance exhaustive du VIH/ SIDA :

La connaissance globale du VIH/SIDA s'est traduite dans les réponses se rapportant à la connaissance des deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH, à l'identification des trois idées fausses sur la transmission du VIH et à l'identification de deux méthodes de prévention simultanément avec trois idées fausses.

Le tableau (HA.3a) présente les résultats relatifs à cette connaissance globale pour le cas des hommes. Il en ressort que 40% connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH et 22% savent identifier trois idées fausses tandis que seuls 14% ont une connaissance exhaustive (identification de deux méthodes de prévention et de trois idées fausses).

Tableau HA.3a: Connaissance globale sur la transmission du VIH/SIDA chez les hommes				
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant une connaissance globale sur la transmission du VIH/SIDA, Mauritanie, 2007				
	Pourcentage d'hommes :			Nombre d'hommes
	Connaissant deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH/SIDA	Identifiant 3 idées fausses sur la transmission du VIH/SIDA	Ayant une connaissance exhaustive (identifiant 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses)	
Wilaya				
Hodh ECharghi	39,7	7,7	5,1	516
Hodh ELGharbi	20,1	8,7	4,1	477
Assaba	32,2	12,5	8,7	505
Gorgol	29,8	13,8	7,7	522
Brakna	24,8	15,2	9,4	308
Trarza	33,0	35,7	11,4	536
Adrar	45,8	16,9	12,8	123
Nouadhibou	65,5	29,0	22,8	183
Tagant	32,4	13,4	9,7	161
Guidimagha	23,6	21,2	11,2	308
Tiris Zemour+Inchiri	48,8	22,5	15,8	97
Nouakchott	63,6	35,7	27,5	1252
Milieu de				
Urbain	59,8	33,4	24,8	1977
Rural	27,7	14,0	6,5	3012
Instrction				
Sans instruction	25,9	9,3	3,7	2351
Primaire	39,2	15,7	8,0	1248
Secondaire & +	67,1	48,9	36,6	1362
Indice de richesse				
Plus pauvre	20,9	7,5	2,9	1115
Pauvre	27,7	9,1	5,2	925
Moyen	36,1	18,0	9,8	906
Riche	49,2	32,2	17,8	962
Plus riche	67,3	41,0	32,1	1081
Total	40,4	21,7	13,8	4989

La connaissance exhaustive des méthodes de prévention du VIH et de son mode de transmission est encore assez faible même s'il existe des différences selon les wilayas, le lieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de richesse. Ainsi le pourcentage varie de 4% au Hodh El Gharbi à 28% à Nouakchott ; la même tendance est observée entre le milieu rural et le milieu urbain. Pour le niveau d'instruction, cette connaissance évolue de 4% pour les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction à 37% pour celles ayant le niveau secondaire ou plus ; une tendance similaire est enregistrée pour le niveau de richesse (qui évolue de 3% pour les plus pauvres à 32% pour les plus riches).

Dans le cas des femmes, les résultats relatifs à la connaissance globale (Tableau HA.3) montrent que 20% des femmes connaissent deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH, seuls 11% identifient trois idées fausses sur la transmission alors que le pourcentage de connaissance exhaustive n'atteint pas (5 pour cent). La connaissance globale, plus faible chez les femmes que chez les hommes, enregistre des variations relativement importantes selon le niveau d'instruction de la femme et l'indice de richesse. Le tableau (HA.3) traduit ces variations. Il s'en dégage que la connaissance exhaustive augmente de 1% pour les femmes sans instruction à 16% pour celles de niveau secondaire ou plus; elle est quasiment nulle pour les plus pauvres et atteint 13% pour les plus riches.

Tableau HA.3: Connaissance globale sur la transmission du VIH/SIDA				
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant des connaissances globales sur la transmission du VIH/				
	Connaissent deux méthodes pour prévenir la	Identifient 3 idées fausses sur la transmission	Ont une connaissance exhaustive (identifient 2 méthodes de prévention et*	Nombre de femmes
Wilaya				
Hodh ECharghi	17,7	3,1	1,6	1276
Hodh ELGharbi	11,5	4,6	2,1	1059
Assaba	8,0	6,6	0,8	1273
Gorgol	12,1	4,8	1,8	990
Brakna	8,3	5,4	1,8	996
Trarza	21,6	9,6	5,0	1361
Adrar	25,1	7,6	4,2	311
Nouadhibou	28,1	22,2	8,3	434
Tagant	18,9	7,5	1,9	363
Guidimagha	15,4	7,6	3,4	565
Tiris Zemmour	25,6	2,0	0,4	216
Inchiri	24,8	8,3	6,4	(36)
Nouakchott	31,5	21,8	10,0	3670
Milieu de résidence				
Urbain	28,3	18,5	8,2	6140
Rural	12,2	4,1	1,5	6409
Age				
15-19	17,3	11,7	4,4	2727
20-24	23,4	12,3	5,3	2606
15-24	20,3	12,0	4,8	5333
25-29	19,5	11,7	4,5	1898
30-34	22,8	10,7	4,9	1743
35-39	18,7	9,7	4,5	1507
40-44	20,6	11,7	5,6	1147
45-49	16,6	8,1	4,4	920
Instruction				
Sans instruction	11,5	3,9	1,3	2944
Primaire	18,2	8,6	3,1	4096
Secondaire & +	41,5	31,5	15,5	2548
Indice de richesse				
Plus pauvre	7,2	1,3	0,4	2234
Pauvre	11,9	3,4	1,3	2190
Moyen	16,2	7,3	2,5	2364
Riche	23,2	11,8	4,6	2765
Plus riche	35,8	26,6	12,6	2997
Total	20,1	11,2	4,8	12549
* MICS Indicateur 82; OMD Indicateur 19b				

Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à son enfant

La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est également une étape importante pour amener les femmes à se faire dépister pour le VIH quand elles sont enceintes afin d'éviter l'infection du bébé. Le niveau de connaissance des hommes et des femmes concernant la transmission de la mère à l'enfant est présenté dans les Tableaux (HA.4a et HA.4). Dans l'ensemble, 39% des hommes et 36% des femmes connaissent les trois variantes du mode de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Tableau HA.4a: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les hommes de 15-59 ans							
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant correctement identifiés les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Mauritanie, 2007							
	Le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis :			% connaissant tous les trois modes	% ne connaissant aucun mode spécifique	Nombre de femmes
		Pendant la grossesse	A l'accouchement	A travers l'allaitement			
Wilaya							
Hodh ECharghi	66,6	44,7	42,3	45,9	28,9	21,0	516
Hodh ELGharbi	54,6	40,0	38,1	40,3	28,8	40,0	477
Assaba	75,6	64,2	58,9	64,8	47,0	19,2	505
Gorgol	73,1	58,9	45,6	56,3	33,6	22,6	522
Brakna	59,5	55,2	49,1	52,0	45,2	29,6	308
Trarza	65,3	55,6	49,1	52,2	37,9	32,0	536
Adrar	76,2	65,0	54,4	62,2	46,6	19,7	123
Nouadhibou	76,6	69,2	58,0	55,2	45,4	23,1	183
Tagant	51,8	45,8	35,4	35,6	24,9	36,7	161
Guidimagha	63,4	54,2	37,6	38,7	29,5	32,3	308
Tiris	75,3	66,9	30,1	26,6	18,7	23,6	97
Zemour+Inchiri Nouakchott	87,5	79,0	68,4	63,1	49,2	10,7	1252
Milieu de résidence							
Urbain	84,6	75,1	63,0	60,1	45,8	13,5	1977
Rural	63,4	51,1	44,3	48,9	34,6	29,6	3012
Instruction							
Sans instruction	60,6	48,0	41,5	45,1	31,9	33,2	2351
Primaire	71,2	60,4	48,8	54,7	37,8	21,8	1248
Secondaire & +	91,8	82,7	72,5	66,3	52,8	7,4	1362
Indice de richesse							
Plus pauvre	59,7	46,3	38,4	45,7	30,1	31,1	1115
Pauvre	63,4	49,6	43,5	49,6	34,6	28,5	925
Moyen	69,5	57,3	50,7	53,0	38,7	26,6	906
Riche	78,8	71,1	60,3	58,8	45,9	19,0	962
Plus riche	87,2	78,2	65,7	59,8	46,2	11,5	1081
Total	71,8	60,6	51,7	53,3	39,0	23,2	4989

Tableau HA.4: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à son enfant chez les femmes de 15-49 ans							
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Mauritanie, 2007							
	Connait que le SIDA peut être transmis de la mère à son enfant	Pourcentage connaissant que le SIDA peut être transmis :			Tous les trois modes *	Ne connaît aucun mode spécifique	Nombre de femmes
		Pendant la grossesse	A l'accouchement	A travers l'allaitement			
Wilaya							
Hodh ECharghi	47.6	41.2	38.0	42.4	32.8	42.7	1276
Hodh ELGharbi	47.1	38.4	33.1	39.4	25.7	43.3	1059
Assaba	70.3	55.6	50.3	60.7	41.6	26.8	1273
Gorgol	61.4	50.1	41.6	49.1	33.3	31.2	990
Brakna	39.8	33.6	26.6	24.7	19.1	42.7	996
Trarza	72.7	60.0	51.4	57.0	40.8	25.2	1361
Adrar	67.5	58.3	53.2	56.7	42.7	28.1	311
Nouadhibou	84.3	78.0	69.1	63.6	52.8	15.1	434
Tagant	64.2	54.0	52.3	55.6	44.9	18.3	363
Guidimagha	41.8	32.4	29.5	29.4	21.8	42.9	565
Tiris Zemour +Inchiri	66,1	57,9	51,1	54,7	46,9	28,5	252
Nouakchott	77.0	68.9	56.4	51.7	41.2	19.9	3670
Milieu de résidence							
Urbain	76.2	67.5	56.3	53.6	42.1	20.7	6140
Rural	52.3	42.4	37.7	43.8	31.0	37.6	6409
Instruction							
Sans instruction	48.4	40.7	34.0	37.5	27.7	40.4	2944
Primaire	65.4	56.2	48.0	51.4	38.6	27.2	4096
Secondaire & +	88.9	78.6	68.3	60.9	48.7	10.3	2548
Indice de richesse							
Plus pauvre	43.6	32.3	28.6	36.8	23.0	43.5	2234
Pauvre	52.1	43.7	38.4	44.9	32.4	36.8	2190
Moyen	60.8	51.5	46.0	48.6	36.5	32.4	2364
Riche	72.6	63.1	51.4	53.2	40.1	24.7	2765
Plus riche	82.5	74.1	62.8	55.7	45.9	15.2	2997
Total	64.0	54.7	46.8	48.6	36.4	29.3	12549
* MICS Indicateur 89							

Attitudes vis à vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les indicateurs sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH mesurent la stigmatisation et la discrimination dont ces personnes sont l'objet au sein de la communauté. La stigmatisation et la discrimination sont faibles si les répondants expriment une attitude d'acceptation sur les quatre questions suivantes: 1) prendrez-vous en charge un membre de la famille malade du SIDA; 2) achèterez-vous des légumes frais à un vendeur séropositif; 3) pensez-vous qu'une enseignante séropositive doit être autorisée à enseigner; et 4) ne voudriez-vous pas garder secret le statut d'un membre de la famille par rapport au VIH. Les Tableaux (HA.5a et HA.5) présentent les attitudes des hommes et des femmes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Selon les résultats des tableaux (HA.5a et HA.5), 82% des hommes et 85% des femmes sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire.

Tableau HA.5a : Attitude vis à vis de personnes vivantes avec le VIH/SIDA chez les hommes de 15-59 ans

Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant entendu parler du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA, Mauritanie, 2007							
	Pourcentage des hommes qui :						Nombre d'hommes ayant entendu parler du SIDA
	Ne prendraient pas soin d'un membre du ménage malade du SIDA	Aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA	Pensent qu'un enseignant ayant contracté le VIH sans être malade du SIDA ne devrait pas être autorisé à enseigner à l'école	N'achèteraient pas des légumes frais à un marchand/vendeur malade du SIDA	Sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire	
Wilaya							
Hodh ECharghi	7,3	31,6	73,0	81,4	92,0	8,0	452
Hodh ELGharbi	11,3	5,3	60,8	83,6	90,4	9,6	451
Assaba	18,5	10,3	68,3	79,1	84,7	15,3	478
Gorgol	20,5	36,8	59,8	72,9	91,6	8,4	499
Brakna	16,7	17,8	60,1	61,1	77,5	22,5	275
Trarza	5,0	17,3	48,8	56,7	74,1	25,9	522
Adrar	3,7	32,9	61,6	64,1	81,6	18,4	118
Nouadhibou	3,9	22,7	56,0	72,0	74,8	25,2	182
Tagant	5,6	7,6	69,1	69,3	81,4	18,6	143
Guidimagha	15,4	27,3	60,8	62,0	81,7	18,3	295
Tiris Zemour+Inchiri	10,4	18,3	43,6	55,8	74,4	25,6	96
Nouakchott	5,7	29,5	44,7	57,0	76,8	23,2	1229
Milieu de résidence							
Urbain	7,1	27,1	45,9	59,6	76,8	23,2	1940
Rural	12,7	20,2	64,4	72,8	85,7	14,3	2801
Age							
15-19	12,8	24,2	55,4	64,5	81,0	19,0	933
20-24	9,9	25,6	50,6	64,6	80,0	20,0	741
25-29	10,3	22,1	52,8	64,0	79,5	20,5	547
30-34	10,5	23,8	55,9	64,7	81,6	18,4	537
35-39	8,4	20,5	59,2	70,6	84,3	15,7	552
40-44	10,4	27,8	57,9	67,7	82,6	17,4	454
45-49	9,5	19,5	64,1	73,5	84,8	15,2	457
50-54	8,3	20,0	62,9	74,1	85,6	14,4	294
55-59	10,9	17,3	63,8	72,9	84,0	16,0	225
Instruction							
Sans instruction	13,0	20,5	68,2	77,7	89,3	10,7	2204
Primaire	11,6	24,0	63,0	73,0	86,4	13,6	1161
Secondaire & +	5,1	26,2	32,7	45,6	66,7	33,3	1352
Indice de richness							
Plus pauvre	10,7	20,6	71,7	80,8	89,9	10,1	1013
Pauvre	16,0	21,3	66,0	74,9	87,6	12,4	850
Moyen	14,7	20,7	60,6	72,0	86,5	13,5	870
Riche	6,3	22,3	50,8	59,1	76,6	23,4	941
Plus riche	5,7	29,2	37,6	52,2	71,6	28,4	1068
Total	10,4	23,0	56,8	67,4	82,1	17,9	4741

Tableau HA.5: Attitude vis-à-vis des personnes vivantes avec le VIH/SIDA chez les femmes 15-49 ans

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant entendu parler du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA, Mauritanie, 2007

	Pourcentage de femmes ayant :						Nombre de femmes ayant entendu parler du SIDA
	Ne prendrait pas soin d'un membre du ménage malade du SIDA	Si un membre du ménage aime à garder secret	Une femme enseignante ayant contracté le VIH sans être malade du SIDA ne devrait pas être autorisée à enseigner à l'école	N'achèterait pas des légumes frais chez un marchand/vendeur malade du SIDA	D'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Pas d'accord avec l'attitude discriminatoire *	
Wilaya							
Hodh ECharghi	23,0	42,0	57,5	81,4	92,7	7,3	1153
Hodh ELGharbi	8,8	23,1	71,1	83,6	90,6	9,4	957
Assaba	18,7	19,8	64,9	76,2	86,9	13,1	1236
Gorgol	30,5	33,7	65,3	81,5	92,2	7,8	917
Brakna	19,1	17,0	50,0	55,0	68,8	31,2	821
Trarza	15,6	31,8	66,0	79,7	92,5	7,5	1332
Adrar	19,8	27,8	60,0	77,4	88,8	11,2	297
Nouadhibou	18,3	35,2	50,8	73,4	86,6	13,4	431
Tagant	15,0	13,6	73,7	77,4	86,9	13,1	299
Guidimagma	24,7	29,5	42,9	48,2	66,7	33,3	479
Tiris Zemmour	12,4	34,1	39,3	52,4	76,9	23,1	203
Inchiri	24,8	15,2	61,4	64,6	79,9	20,1	(35)
Nouakchott	16,2	35,7	44,7	62,9	81,9	18,1	3555
Milieu de résidence							
Urbain	16,3	35,2	47,6	64,7	82,9	17,1	5953
Rural	20,1	25,8	64,5	77,4	87,3	12,7	5763
Age							
15-19	18,3	33,4	52,9	69,5	84,0	16,0	2431
20-24	17,2	32,4	52,8	68,5	83,8	16,2	2471
25-29	16,2	28,0	57,0	70,8	84,7	15,3	1781
30-34	20,1	31,8	55,6	70,7	85,1	14,9	1651
35-39	19,0	27,5	59,7	74,6	86,6	13,4	1436
40-44	19,0	29,0	60,2	73,2	86,6	13,4	1078
45-49	18,9	27,6	59,9	74,6	87,5	12,5	867
Instruction							
Sans instruction	23,6	30,8	59,5	74,6	85,3	14,7	2614
Primaire	18,2	31,4	58,5	72,9	86,8	13,2	3795
Secondaire & +	12,2	35,0	37,5	54,3	76,5	23,5	2529
Indice de richesse							
Plus pauvre	18,7	22,5	66,4	79,3	87,7	12,3	1947
Pauvre	20,9	28,5	64,0	76,4	87,0	13,0	1947
Moyen	22,6	30,1	61,8	75,9	88,0	12,0	2205
Riche	16,8	32,5	53,4	69,4	84,2	15,8	2688
Plus riche	14,1	36,0	41,4	59,6	80,5	19,5	2928
Total	18,2	30,6	55,9	71,0	85,0	15,0	11715

* MICS Indicateur 86

Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH/SIDA

Un autre indicateur important est la connaissance des endroits où l'on peut effectuer le test de dépistage du VIH et l'utilisation de ces services. Les questions liées à la connaissance par les hommes et les femmes d'un centre de dépistage du VIH et les proportions d'hommes et de femmes ayant fait leur test de dépistage sont présentées dans les Tableaux (HA.6a et HA.6).

Seulement 28% des hommes et 18% des femmes connaissent un endroit où ils peuvent faire le test de dépistage du VIH. Cependant, seuls 9% des hommes et 5% des femmes ont effectivement subi le test. Parmi ces derniers, une importante proportion (66% des hommes et 84% des femmes) a reçu les résultats de ce test.

Tableau HA.6a: Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH chez les hommes 15-59 ans					
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, Pourcentage d'hommes ayant effectué le test et, pour celles-ci, Pourcentage de celles ayant obtenu les résultats, Mauritanie, 2007					
	Connaissant un endroit où se rendre pour effectuer le test	Ayant effectué le test	Nombre d'hommes	Pourcentage testé ayant obtenu les résultats	Nombre d'hommes ayant effectué le test du VIH
Wilaya					
Hodh Echarghi	15,3	5,1	516	65,4	27
Hodh ELGharbi	16,5	1,4	477	77,9	7
Assaba	27,1	7,0	505	67,0	35
Gorgol	20,5	9,4	522	67,7	49
Brakna	13,7	3,9	308	64,1	12
Trarza	32,5	7,6	536	65,1	41
Adrar	28,3	2,8	123	66,7	3
Nouadhibou	29,0	10,8	183	83,6	20
Tagant	18,4	6,7	161	74,1	11
Guidimagha	9,7	1,2	308	100,0	4
Tiris	35,8	9,8	97	66,2	10
Zemour+Inchiri					
Nouakchott	48,8	17,1	1252	62,3	214
Milieu de résidence					
Urbain	44,1	15,0	1977	65,3	296
Rural	17,9	4,5	3012	66,8	136
Age					
15-19	21,1	3,0	1054	66,4	31
20-24	32,1	8,7	769	58,0	67
25-29	36,4	16,6	573	67,5	95
30-34	32,9	13,0	555	75,0	72
35-39	31,9	10,6	561	68,4	60
40-44	28,6	8,1	458	66,1	37
45-49	23,2	7,0	468	73,4	33
50-54	27,7	6,6	309	51,0	21
55-59	18,9	7,1	242	39,4	17
Instruction					
Sans instruction	14,7	4,7	2351	64,2	111
Primaire	21,8	6,1	1248	61,9	76
Secondaire & +	58,0	17,9	1362	67,6	245
Indice de richesse					
Plus pauvre	11,3	2,6	1115	60,6	29
Pauvre	15,2	4,1	925	78,5	38
Moyen	22,1	6,8	906	62,1	62
Riche	37,6	9,4	962	69,3	91
Plus riche	53,9	19,7	1081	63,8	213
Total	28,3	8,7	4989	65,8	432

Tableau HA.6: Connaissance des facilités pour effectuer le test du VIH chez les femmes 15-49 ans					
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, pourcentage de femmes ayant effectuées le test et, pour celles ayant effectuées le test pourcentage de celles ayant obtenus les résultats, Mauritanie, 2007					
	Connait un endroit où se rendre pour effectuer le test *	A effectué test **	Nombre de femmes	Si test effectué, a obtenu les résultats	Nombre de femmes ayant effectuées le test du VIH
Wilaya					
Hodh ECharghi	12,8	2,0	1276	73,8	26
Hodh ELGharbi	14,3	3,0	1059	75,0	31
Assaba	14,7	2,6	1273	87,7	33
Gorgol	4,7	2,0	990	95,1	20
Brakna	4,2	2,4	996	88,5	24
Trarza	20,1	7,7	1361	73,9	105
Adrar	15,8	2,9	311	90,6	9
Nouadhibou	26,6	12,0	434	97,1	52
Tagant	24,6	2,3	363	93,3	8
Guidimagha	6,6	1,0	565	48,3	6
Tiris Zemmour	25,6	7,7	216	88,3	17
Inchiri	14,0	4,5	(36)	63,3	2
Nouakchott	29,2	9,2	3670	86,3	336
Milieu de résidence					
Urbain	26,6	8,4	6140	86,5	513
Rural	10,2	2,4	6409	77,5	155
Age					
15-19	14,1	2,7	2727	79,0	74
20-24	20,8	6,0	2606	83,3	156
25-29	20,1	6,6	1898	88,8	125
30-34	18,9	5,9	1743	81,2	104
35-39	20,5	5,8	1507	86,3	87
40-44	17,7	6,4	1147	88,2	74
45-49	14,9	5,4	920	82,1	49
Instruction					
Sans instruction	7,7	2,9	2944	82,9	85
Primaire	17,5	5,1	4096	81,9	208
Secondaire & +	36,7	9,6	2548	88,7	244
Indice de richesse					
Plus pauvre	5,5	0,7	2234	71,4	16
Pauvre	9,8	2,7	2190	76,5	58
Moyen	14,4	4,1	2364	80,4	98
Riche	23,9	7,6	2765	83,7	209
Plus riche	31,7	9,6	2997	88,5	287
Total	18,2	5,3	12549	84,4	668
* MICS Indicateur 87	** MICS Indicateur 88				

Conseils sur le VIH pendant les soins prénatals

Parmi les femmes qui avaient donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête, le pourcentage d'entre elles qui ont reçu des conseils et ont effectué le test de dépistage lors des consultations prénatales est présenté dans le Tableau HA.7.

Les résultats du Tableau HA.7 montrent que 75% des femmes ont reçu des soins prénatals lors de la dernière grossesse, 12% ont reçu des informations sur la prévention du VIH durant les visites et 6% ont effectué le test du VIH lors des visites prénatales ; seulement 6% parmi elles ont reçu les résultats du test du VIH lors de ces visites.

Tableau HA.7: HIV Test et conseils pendant les soins prénatals					
Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête et ayant effectuées le test du VIH et reçus des conseils lors des visites prénatales, Mauritanie, 2007					
	Pourcentage de femmes ayant :				Nombre de femmes ayant donné une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
	A reçu des soins prénatals d'un centre professionnel de santé lors de la dernière grossesse	A reçu des informations sur la prévention du VIH durant les visites prénatales *	A effectué le test du VIH lors des visites prénatales	A reçu les résultats du test du VIH lors des visites prénatales **	
Wilaya					
Hodh ECharghi	49,3	4,5	0,3	0,3	422
Hodh ELGharbi	47,2	4,3	3,0	3,0	340
Assaba	72,8	15,0	2,9	2,6	371
Gorgol	74,8	11,7	2,9	2,9	340
Brakna	86,9	8,4	4,3	3,7	330
Trarza	88,2	17,8	8,4	8,0	332
Adrar	58,9	7,7	4,1	4,1	61
Nouadhibou	96,0	17,1	12,5	12,0	119
Tagant	54,2	10,9	1,5	1,5	76
Guidimagha	73,4	6,5	0,3	0,0	177
Tiris Zemour +Inchiri	87,0	18,4	10,1	9,5	71
Nouakchott	90,6	18,0	13,2	11,6	894
Milieu de résidence					
Urbain	88,0	17,6	10,9	9,8	1506
Rural	66,1	8,4	2,7	2,5	2027
Age					
15-19	76,7	10,7	6,6	6,2	357
20-24	77,6	13,5	6,9	6,2	808
25-29	75,2	11,5	6,4	5,9	821
30-34	78,1	13,3	5,4	4,7	760
35-49	70,3	11,7	5,7	5,3	787
Instruction					
Sans instruction	70,9	8,2	3,4	3,0	1000
Primaire	81,2	14,2	7,6	6,6	1145
Secondaire & +	90,5	21,5	12,2	11,2	497
Indice de richesse					
Plus pauvre	52,9	4,8	0,6	0,6	856
Pauvre	66,9	9,8	2,8	2,4	693
Moyen	82,0	14,4	5,2	4,9	656
Riche	89,0	17,2	11,6	10,2	680
Plus riche	93,5	17,7	12,4	11,4	648
Total	75,4	12,3	6,2	5,6	3533
* MICS Indicateur 90	** MICS Indicateur 91				

Orphelins et enfants vulnérables

Les enfants orphelins ou qui vivent dans des ménages vulnérables peuvent être exposés à un risque accru de négligence ou d'exploitation si les parents ne sont pas là pour les assister. La surveillance des variations des différents résultats pour les orphelins et les enfants vulnérables et la comparaison de leur situation à celle de leurs pairs donnent une mesure de la manière dont les communautés et les gouvernements comblent leurs besoins.

Pour mesurer ces variations, il faut créer une définition mesurable des enfants orphelins et vulnérables. Le Groupe de référence de surveillance et d'évaluation de l'ONUSIDA a mis au point une définition indirecte des enfants qui ont été affectés par la mortalité et la morbidité des adultes. Cette définition classe les enfants comme orphelins et vulnérables si un de leurs parents est mort, si l'un de leurs parents est atteint d'une maladie chronique, ou si un adulte du ménage (âgé de 18 à 59 ans) est, soit mort (suite à une maladie chronique), soit atteint d'une maladie chronique au cours de l'année précédant l'enquête.

Le nombre moyen d'enfants ne vivant avec aucun de leurs parents, avec la mère seulement et avec le père seulement est présenté dans le Tableau HA.10. Les résultats de ce tableau indiquent que 8% des enfants mauritaniens sont orphelins, soit qu'ils ont perdu leurs deux parents (doublement orphelins) ou l'un des parents. De même, on note que 4% ont perdu leur père et vivent avec leurs mères, contre 1% qui ont perdu leur mère et vivent avec leur père.

Tableau HA.10: Conditions de logement et statut d'orphelin des enfants

Distribution en pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans selon les conditions de logement, pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants orphelins, Mauritanie, 2007													
	Vit avec les deux parents	Vit avec aucun des parents				Vit avec la mère seulement		Vit avec le père seulement		Impossible à déterminer	Ne vit pas avec les parents biologiques *	Un ou les deux parents décédés **	Nombre d'enfant
		Seul le père est en vie	Seule la mère est en vie	Les deux sont en vie	Les deux sont décédés	Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée				
Sexe													
Masculin	60,7	0,9	1,1	7,2	0,5	20,1	4,0	2,4	1,0	2,1	9,7	7,5	15552
Féminin	59,4	1,0	0,9	8,0	0,5	20,7	4,5	1,5	0,7	2,8	10,4	7,6	15369
Wilaya													
Hodh ECharghi	62,4	1,6	1,1	7,0	1,0	16,9	5,4	1,3	1,6	1,8	10,7	10,8	3469
Hodh ELGharbi	65,3	1,3	0,6	8,1	0,7	16,1	4,8	1,0	0,7	1,4	10,7	8,2	2796
Assaba	52,8	1,4	1,5	10,1	0,6	25,5	5,0	1,2	0,6	1,2	13,6	9,2	3467
Gorgol	66,8	0,6	0,7	7,7	0,4	13,7	3,4	2,6	1,4	2,8	9,4	6,4	3333
Brakna	42,6	0,7	0,5	10,0	0,3	38,0	3,2	2,6	0,6	1,4	11,5	5,4	2803
Trarza	58,1	0,7	1,5	7,1	0,2	23,3	3,6	2,3	1,1	2,0	9,5	7,2	3178
Adrar	61,7	1,1	0,6	5,4	0,2	22,1	5,1	1,5	0,3	2,1	7,2	7,3	671
Nouadhibou	63,2	0,9	1,1	6,5	0,4	18,6	3,2	3,4	0,6	2,0	8,9	6,3	1015
Tagant	63,2	0,9	1,2	5,9	0,7	15,4	5,3	0,9	1,6	4,8	8,8	9,8	802
Guidimagha	75,4	0,3	0,9	5,2	0,8	9,6	3,8	1,2	1,2	1,7	7,1	7,0	1738
Tiris Zemmour	63,1	0,9	0,4	4,7	0,0	20,3	3,9	4,3	0,8	1,6	5,9	6,0	457
Inchiri	49,4	0,5	0,5	8,5	2,9	26,2	6,0	2,9	0,1	3,0	12,4	10,4	73
Nouakchott	60,2	0,7	1,2	7,2	0,3	19,6	4,1	2,1	0,3	4,3	9,4	6,6	7122
Milieu													
Urbain	58,3	0,9	1,2	7,6	0,4	21,0	4,2	2,3	0,7	3,3	10,1	7,5	12740
Rural	61,2	0,9	0,9	7,7	0,6	20,0	4,2	1,7	1,0	1,8	10,1	7,6	18181
Age													
0-4 ans	65,4	0,3	0,2	4,1	0,2	25,2	1,8	0,9	0,1	1,7	4,8	2,6	9233
5-9 ans	61,0	1,0	0,9	8,9	0,4	20,0	3,5	1,9	0,9	1,3	11,3	6,8	9973
10-14 ans	58,5	1,3	1,6	8,5	0,6	18,1	6,0	2,6	1,3	1,5	12,0	10,8	8065
15-17 ans	47,1	1,4	2,1	11,1	1,4	14,3	8,2	3,0	1,7	9,6	16,0	14,9	3651
Indice de Riches													
Plus pauvre	65,4	1,1	0,9	7,1	0,5	16,3	4,6	1,3	1,3	1,5	9,7	8,5	7428
Pauvre	59,6	0,9	0,9	8,8	0,8	20,0	4,4	1,6	1,0	2,0	11,4	8,0	6178
Moyen	57,8	1,0	1,1	7,8	0,5	23,1	4,1	2,0	0,6	2,1	10,4	7,3	5899
Riche	55,5	0,8	1,0	7,1	0,4	24,0	4,3	2,6	1,0	3,2	9,4	7,6	5923
Plus riche	60,7	0,8	1,2	7,4	0,2	19,8	3,4	2,4	0,3	3,7	9,6	6,0	5494
Total	60,0	0,9	1,0	7,6	0,5	20,4	4,2	1,9	0,9	2,4	10,1	7,6	30922
* MICS Indicateur 78													
** MICS Indicateur 75													

Une des mesures prises pour l'évaluation du statut des enfants orphelins et vulnérables par rapport à leurs pairs est l'observation de la fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents (doublement orphelins) comparés aux enfants dont les parents sont vivants (et qui vivent avec au moins l'un de ces parents). Si les enfants dont les parents sont décédés n'ont pas le même accès à l'école que leurs camarades, les familles et les écoles ne s'assurent donc pas que ces droits des enfants sont respectés.

En Mauritanie, moins de 1% des enfants âgés de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents (Tableau HA.12). Parmi ces derniers, seuls 44% sont scolarisés actuellement. Les filles semblent être plus fragilisées par le double orphelinat que les garçons. Elles sont seulement 36% à fréquenter l'école contre 49% chez les garçons. Ceci ne reflète pas la tendance nationale où les filles depuis quelques années dépassent les garçons en terme de scolarisation.

De façon générale les enfants ayant perdu les deux parents sont très défavorisés par rapport aux enfants non orphelins et vivant au moins avec l'un des parents biologiques, car 79% des ces derniers sont scolarisés.

Par ailleurs il semble que le profil idéal de famille pour accueillir les orphelins sont les familles moyennement riches où environ 76% des orphelins sont scolarisés alors qu'ils ne sont que 20% dans les familles les plus riches et entre 42 à 35% dans les familles plus ou moins pauvres.

Tableau HA.12: La fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables

Fréquentation scolaire des enfants de 10-14 ans selon l'état d'orphelin et la vulnérabilité du fait du sida, Mauritanie, 2007						
	Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Taux de fréquentation scolaire d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont vivants et l'enfant vit avec au moins un des parents	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont vivants et l'enfant vit avec au moins l'un des parents	Ratio de fréquentation scolaire des enfants orphelins de père et mère sur les enfants dont les parents sont vivants*	Nombre total d'enfants de 10-14 ans
Sexe						
Masculin	0,7	48,7	79,7	65,2	0,7	4060
Féminin	0,5	36,3	78,9	66,8	0,5	4005
Wilaya						
Hodh ECharghi	1,9	41,4	73,0	53,2	0,8	913
Hodh ELGharbi	0,7	25,0	78,6	50,3	0,5	680
Assaba	0,9	39,9	77,6	59,3	0,7	871
Gorgol	0,5	58,7	81,9	51,9	1,1	905
Brakna	0,1	100,0	82,4	71,3	1,4	755
Trarza	0,4	0,0	79,8	65,9	0,0	822
Adrar	0,3	100,0	79,6	86,5	1,2	196
Nouadhibou	0,2	0,0	81,1	82,4	0,0	268
Tagant	0,2	100,0	78,0	71,4	1,4	257
Guidimagha	0,1	100,0	83,5	54,0	1,9	446
Tiris Zemmour	0,0	.	86,7	86,9	.	127
Inchiri	4,5	100,0	75,6	77,4	1,3	(21)
Nouakchott	0,3	50,0	79,1	82,1	0,6	1804
Milieu de						
Urbain	0,5	44,9	78,0	79,3	0,6	3317
Rural	0,6	43,2	80,2	57,0	0,8	4748
Indice de richesse						
Plus pauvre	1,1	41,9	80,2	49,3	0,8	1933
Pauvre	0,8	35,4	77,9	57,0	0,6	1581
Moyen	0,4	75,8	79,5	68,2	1,1	1535
Riche	0,5	46,7	78,1	74,2	0,6	1568
Plus riche	0,2	20,4	80,8	86,7	0,2	1447
Total	0,6	43,8	79,3	66,0	0,7	8065

* MICS Indicateur 77; MDG Indicateur 20

References bibliographiques

Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN) [Mauritanie] et Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF). 1984. *Enquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité 1981*. Nouakchott, Mauritanie : DSCN et EMF.

Office National de la Statistique (ONS). 2002. *Recensement Général de la Population 2000*. Vol.1 Tableaux bruts. Nouakchott, Mauritanie : ONS.

Office National de la Statistique (ONS) [Mauritanie] et ORC Macro. 2001. *Enquête Démographique et de Santé, Mauritanie 2000-2001*. Calverton, Maryland, USA : ONS et ORC Macro.

Office National de la Statistique (ONS) [Mauritanie]. 2006. *Enquête Permanente sur les Conditions de Vie (EPCV) 2000*. Vol.1 Tableaux bruts. Nouakchott, Mauritanie : ONS.

Ministère du Plan, République Islamique de Mauritanie 1995. *Déclaration de politique de population*. Nouakchott, [Mauritanie] : Ministère du Plan,

Yahya Ould Meynouh, Mohamed, Atef M. Khalifa, Nabil Le Khorazaty, et Hedi Jemai. 1992. *Mauritania Maternal and Child Health Survey (1990-91)*. Office National de la Statistique (Ministère du Plan), et Pan Arab Project for Child Development (PAPCHILD).

Direction de la programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire (DPCIS [Mauritanie], Annuaire des Statistiques sanitaires 2005. Nouakchott, Mauritanie :DPCIS

Institute National de la Statistique (INS) [Cote d'Ivoire], 2007. Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples, 2006, (MICS 2006), Abidjan, Cote d'Ivoire :INS

Office National de la Statistique (ONS) [Mauritanie], 2006, Profil de la Pauvreté en Mauritanie 2004 Nouakchott, Mauritanie ONS

Nations Unies, Femme dans le monde, 2005 Progrès en statistiques, Nations Unies, New York, 2007

Ministère des Affaires Economiques et du Développement et L'Unicef [Mauritanie], Enfants et Femmes de Mauritanie, 2005

Multiple Indicator cluster survey (MICS) , Multiple Indicator cluster survey manuel 2005, Unicef,, New York: UNICEF.

ANNEXE A. Conception d'un échantillon

Cet appendice décrit les principales caractéristiques de la conception d'un échantillon. Celles-ci incluent la taille de l'échantillon cible, sa répartition, son cadre d'échantillonnage et son inventaire des participants, le choix des domaines, les étapes de l'échantillonnage, la stratification et le calcul des pondérations de l'échantillon.

L'objectif premier de la conception d'un échantillon pour l'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Mauritanie était de fournir des estimations statistiquement fiables pour la plupart des indicateurs, au niveau national, pour les zones urbaines et rurales, mais aussi pour les treizes Wilayas du pays. Les zones urbaines et rurales de chacune des Wilayas ont été définies comme strates pour l'échantillonnage.

Échantillonnage

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3) de 2007 est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale, c'est-à-dire une enquête basée sur un échantillon national de ménages. Son but est d'estimer un grand nombre d'indicateurs concernant les enfants et les femmes au niveau national et au niveau de certaines sous populations ou entités territoriales.

Unités primaires et unités secondaires

Il est fait appel à un sondage à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les districts de recensement (DR) définis lors du recensement général de la population et de l'habitat de 2000. Les unités secondaires sont constituées par les ménages des districts de recensement tirés au premier degré.

Domaines d'étude et strates

Un domaine d'étude est une partie de l'univers sondé pour laquelle sont recherchés des résultats significatifs, c'est-à-dire des estimations séparées et d'une précision suffisante. Dans le cas de l'enquête MICS3 de Mauritanie, il est retenu de considérer chacune des 13 wilayas comme domaine d'étude. Ce choix du maître d'œuvre de l'enquête MICS3 de Mauritanie découle d'un choix du Gouvernement de disposer désormais, à travers les enquêtes auprès des ménages, de données décentralisées au moins au niveau de la wilaya. Il tient compte, en outre, de la nécessité de faire des wilayas d'intervention du système des Nations Unies, des domaines d'étude aux fins d'une évaluation plus crédible de l'impact de ses actions dans ces wilayas.

Le critère de stratification retenu pour cette enquête est le milieu de résidence, ce qui permet de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque région, les enquêtes socio-économiques auprès des ménages ayant montré bien souvent que les ménages d'un même milieu de résidence se révèlent plus homogènes. Pour la ville de Nouakchott (13^e wilaya), deux strates ont été constituées : la zone résidentielle et le reste de la ville.

La prise en compte de ce critère de stratification a conduit à la définition de 26 strates à raison de deux par wilaya ou domaine d'étude. Le tableau 1 donne quelques caractéristiques de la base de sondage concernant les 13 domaines d'étude et les 26 strates.

Taille de l'échantillon des ménages

Quelle taille a-t-on retenue pour l'échantillon des ménages au niveau national? L'enquête MICS3 porte sur l'observation d'un grand nombre d'indicateurs de conditions de vie concernant les enfants et les femmes. Pour une précision d'estimation donnée et pour une structure de sondage donnée, il correspond une taille d'échantillon optimum à chaque indicateur. C'est la taille minimum qui assure la précision retenue. Chaque indicateur possède donc sa taille d'échantillon. Mais comme l'enquête n'utilise qu'un seul échantillon, on convient de choisir parmi les indicateurs à observer, celui qui requiert la taille d'échantillon la plus grande.

Dans les documents techniques de l'UNICEF présentés dans le premier atelier sur le MICS3, organisé à Dakar, du 13 au 18 juin 2005, il est recommandé de considérer parmi les sous populations observées dans l'enquête, celle qui représente la plus faible proportion d'individus et donc susceptible de nécessiter un nombre élevé de ménages à observer. Il s'agit de la sous population des enfants de 12 mois à 23 mois qui représente 4% de la population totale en Mauritanie. La raison est que la taille d'échantillon qui satisfait les exigences de précision pour l'estimation d'un indicateur-clé parmi les indicateurs recherchés pour cette population cible, sera la plus grande taille possible. Et cette taille d'échantillon satisfera ipso facto les exigences de précision d'estimation pour tout indicateur de toute sous population représentant une proportion plus élevée dans la population sondée. Parmi les indicateurs recherchés sur la population des enfants de 12 mois à 23 mois, le DTC3 a été l'indicateur clé de référence du fait qu'il représente la couverture vaccinale la plus faible.

Mais cette méthode de détermination de la taille de l'échantillon des ménages n'a pas été suivie du fait que l'enquête considère 13 domaines d'étude, ce qui requiert un échantillon d'environ 12 000 ménages, un plan de sondage devant allouer à chaque domaine d'étude un sous échantillon de 800 à 1200 ménages pour être un plan efficace. Il a été convenu de considérer un échantillon de 11000 ménages comme résultat des choix des tailles effectués pour les différents domaines d'étude comme le montre le tableau 1.

Modes de tirage

Les unités primaires (ou districts de recensement) sont tirées selon le mode de tirage systématique avec probabilités proportionnelles aux tailles des unités, un cas particulier de tirage avec probabilités inégales et sans remise. La probabilité de sélection d'un DR à chaque tirage est choisie proportionnelle à la taille du DR, la taille étant définie ici par l'effectif de la population du DR.

Pour les tirages du deuxième degré, c'est-à-dire les tirages des unités secondaires (ou ménages), il est fait appel à un sondage aléatoire simple sans remise. Pour des questions de commodité dans les estimations, ce mode de tirage a été retenu. Un nombre constant de ménages est prélevé dans chaque DR de l'échantillon du premier degré. Ce nombre est choisi égal à 25, ce qui conduit pour un échantillon national de 11000 ménages, à un échantillon de 440 unités primaires ou DR.

Répartition des échantillons

Le taux de sondage du premier degré n'est pas uniforme vis-à-vis des 13 domaines d'étude retenus. La répartition de l'échantillon des 440 DR selon le domaine d'étude n'est donc pas proportionnelle à la taille des domaines d'étude. La nécessité de sur-échantillonner certains des domaines d'étude en est la raison.

Certains domaines d'étude sont plus faiblement représentés que d'autres dans l'univers sondé. Il en résulte qu'une répartition proportionnelle de l'échantillon des DR entre les domaines d'étude ne garantit pas des estimations d'une précision acceptable pour certains des domaines d'étude faiblement représentés. Ainsi, les wilayas d'Adrar, Nouadhibou, Tagant, Guidimagha, Tiris Zmmour et Inchiri sont sur-échantillonnées. Le tableau 1 présente la répartition retenue pour l'échantillon des 440 unités primaires entre les 13 domaines d'étude.

Pour chaque domaine d'étude, il est fait appel à un sondage stratifié représentatif au premier degré. Autrement dit, le sous échantillon des unités primaires de chacun des domaines d'étude est réparti entre les strates proportionnellement à la taille. Au niveau national, le taux de sondage du 1^{er} degré est de 0,191, ce qui correspond à l'observation en moyenne, de 19 unités primaires sur 100. Pour les domaines d'étude sur-échantillonnés, le taux est très variable allant de 0,273 pour l'Adrar à 1 pour l'Inchiri dont les 13 DR ont été observés exhaustivement.

Tableau 1 : Structure de la base de sondage des DR en 2000 et répartition des échantillons des DR et des ménages

Numéro de la wilaya	Nom de la wilaya	Effectif de la population de la wilaya	Répartition de la population (%)	Effectif des DR de la wilaya	Répartition des DR (%)	Répartition proportionnelle à la taille en nombre de DR, d'un échantillon de 11000 ménages	Répartition corrigée de l'échantillon des 11000 ménages	Répartition correspondante de l'échantillon des 440 DR
1	Hodh Charghy	281 600	11,2	240	10,4	1 146	900	36
2	Hodh Gharby	212 156	8,5	191	8,3	912	800	32
3	Assaba	242 265	9,7	269	11,7	1 285	1 000	40
4	Gorgol	242 711	9,7	210	9,1	1 003	900	36
5	Brakna	247 006	9,8	200	8,7	955	1 000	40
6	Trarza	268 220	10,7	237	10,3	1 132	875	35
7	Adrar	69 542	2,8	88	3,8	420	600	24
8	Nouadhibou	79 516	3,2	71	3,1	339	900	36
9	Tagant	76 620	3,1	75	3,3	358	600	24
10	Guidimagha	177 707	7,1	124	5,4	592	800	32
11	Tiris Zmmour	41 121	1,6	40	1,7	191	500	20
12	Inchiri	11 500	0,5	13	0,6	62	325	13
13	Nouakchott	558 195	22,3	545	23,7	2 603	1 800	72
Ensemble du pays		2 508 159	100,0	2 303	100,0	11 000	11 000	440

ANNEXE B : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ENQUETE MICS

Comité de Pilotage

Hacen ould Zein	DESD/MEF
Salek ould Jeireb	DE/SECF
Mohamed ould Zeidane	DPCIS/MS
Mohamed Lemine ould Moulaye	DSSP/MEFS
Abdalla ould Horma	SENL
Baba ould Boumeiss	ONS
Ahmed ould Isselmou	ONS
Souleimane Diallo	Rep UNICEF
Diene Keita	Rep UNFPA

Comité Technique

Ahmed ould Isselmou, ONS
Dahmane ould Beich, ONS
Brahime ould Amar, MSAS
Marième mint Alioune, DE/SECF
Khadijetou mint Haidy, DSSP/MEFS
Dr Ahmed ould Aida, SENLS
Said Al Nammari, UNICEF
Mohameden Fall, UNICEF
Haimet Dianifaba UNICEF
Mohamed Lemine ould Moujtaba, UNFPA

Directeur National

Baba Ould Boumeiss
Directeur Général de l'Office National de la Statistique

Directeur Technique

Ahmed Ould Isselmou
Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales

Directeur Technique Adjoint

Dahmane Ould Beïch
Directeur Adjoint des Statistiques Démographiques et Sociales

Equipe Technique

Cheikh Ahmed Ould Hamoud, Responsable de terrain,
Mohamed Ahmed Ould Mohamed, Responsable de la méthodologie

Fatimétou Mint KHatry, Statisticienne
Elias Ould Didi, Statisticien
Mohamed Ali Ould Eklebeïd, Statisticien
Fadily Ould Zeine, Chargé de la tabulation
Mohamed Ould Bah Chargé du suivi et de l'édition
Silly Ould ELeyatt, Informaticien
Dièye Abdoul Kerim, Informaticien

Administration

Aboubecrine Ould Oumarou, Chef Comptable
Cheikh Sid'El Moctar Ould Sid'El Moustaphe, Aide Comptable
Boya Mint Ely, Secrétaire
Mohamed Lemine Ould Med Abdallahi, Chauffeur
Brahim Ould Habiboullah, Planton

Formation des Enquêteurs/Enquêtrices

Ahmed Ould Isselmou
Dahmane Ould Beich,
Cheikh Ahmed Ould Hamoud,
Fatimetou Mint Khattry,
Mohamed Ahmed Ould Mohamed,

Elias Ould Didi,
Mohamed Ali Ould Eklebeïd,
Fadily Ould Zeine,
Mohamed Ould Bah

Personnel Cartographie

Chef d'équipe

Zeine Ould Abdellahi
Hejbou Ould Souleimane
Saadna Ould Aly
Med Abderrahmane Ould Moud
Oumar Ould Abdellahi
Cheikh Ould Khaye
Moustapha Ould Vall
Med Lemine Ould Boulemsak
Med Mahmoud Ould Yedally
Sidi Mohamed Ould Beddy
Saad Bouh Ould Med Salem
Abba Ould Ghotob
Mouhamdi Ould Samoury
Mame Ndiaye Fall
Ely Salem Ould Amar
Diop Massaba
Med Ould Sidi Med
Riyade Ould Babah

Enumérateur

Ahmed Saleck Ould Manty
Med Abderrahmane Ould Dah
Med Ould Navea
Cheikh Ould Sidi Med
Bouna Ould Saha
Baba Ould Haidy
Med Ould Babana
Baba Ould Dah
Baba Ould N'Degsaad
Sidiya Ould Braahim El Khalil
Med El Mechri Ould Med Aly
Boullah Ould Yahya
Hachem Ould Ahmed Ould Hachem
Med Ould Allata
Ahmed Baba Ould Med Lemjed
Hamoudy Ould Hassen
Eby Ould Hamoud
Moustapha Ould Med El Moctar

Personnel de collecte

Chef d'équipe

Zeine Ould Abdellahi
Hejbou Ould Souleimane
Saadna Ould Aly
Med Abderrahmane Ould Moud
Oumar Ould Abdellahi
Cheikh Ould Khaye
Moustapha Ould Vall
Med Lemine Ould Boulemsak
Med Mahmoud Ould Yedally
Sidi Mohamed Ould Beddy
Saad Bouh Ould Med Salem
Abba Ould Ghotob
Mouhamdi Ould Samoury
Mame Ndiaye Fall
Ely Salem Ould Amar
Diop Massaba
Med Ould Sidi Med
Riyade Ould Babah

Enquêteurs

Ahmed Saleck Ould Manty
Med Abderrahmane Ould Dah
Med Ould Navea
Cheikh Ould Sidi Med
Bouna Ould Saha
Baba Ould Haidy
Med Ould Babana
Baba Ould Dah
Baba Ould N'Degsaad
Sidiya Ould Braahim El Khalil
Med El Mechri Ould Med Aly
Boullah Ould Yahya
Hachem Ould Ahmed Ould Hachem
Med Ould Allata
Ahmed Baba Ould Med Lemjed
Hamoudy Ould Hassen
Eby Ould Hamoud
Moustapha Ould Med El Moctar

Contrôleuses

Vadila Mint Bouna
Roughaya Mint Med ould Taleb
Fatimata Diara
Aminata Lam
Aïchetou Mint Outhmane
Marièm Mint Ahmed Vall
Oum Kethoum Mint Mahfoudh
Mariem Mint Cheikhna

Tahya Mint Sidi Med
Cherifa Vadel Mint Med Lemine
Zeinebou Mint Beddou
Habi Mint Bederdine
Marièm Mint Sid' Ahmed
Lalla Mint Taleb Med
NDeye Déguene
Rabia Mint Zeidane

Enquêtrices

Addou Mint Med Yahya
Soughra Mint Ebnou
Bambia Mint Cheikh
Dada Mint Mohamed
Fatma Mint Abdi
Aminetou Mint Abdel Aziz
Marièm Mint Abdelahi
Aicha Mint Ahmed Lebeid
Mariem Mint Youba Ould Cheikh
Mariem Mint Med Moustapha
Houley Samba Sy
Gueye Fatou
Aminetou Mint Med Ould Ebou
Bintou Wehbine Mint Med
Fatimétou Mint Amar
Massidatou Awani
Oumou kethoum Mint Med Vadel

El Avia Mint Abdelahi
Roughaya Mint Boubacar
Leila Khadijetou Mint Boubacar
Fatimétou Mint El Moustapha
Nana Mint Sidi Med
Lemina Mint El Hadrami
Wejaha Mint Med Maalainine
Dija Mint Ahmed Salem
Khadi Mint Sidi Med
KhadiMint Ahmed
El Ghaithe Mint Dah
Asstou Touré
Fama Thiam
Meimouna Mint Abderrahmane
Aoueichita Mint Mokhtar Saleck
Aminetou Mint Cheikhna
Wejaha Mint Med Maalainine

Traitement des Données

Silly Ould Eleyatt

Dièye Abdoul Kerim

Agents de saisie

Fatimata Camara

Med Abdellahi Salem

Fatimétou Mint Med Maleck

Aicha Mint Sebrou

Moulaye Ould Cherif Ahmed

Zeinebou Mint Med Cheikh Sidiya

Biya Mint Ethmane

Aicha Mint Yarba

El Ghaliya Mint Yargueitt

Beyaha Mint Dah

Fatimétou Mint Boubacar

Oumou Kethoum Mint Amar

Khadijetou Mint ETHmane

Beida Mint Abderrahmane

Marième Mint Med Ould Menny

El Haja Mint Abdellahi

Agents de Vérification/Codification

Diop Massaba

Fatimétou Mint Ahmed

Tebiba Mint Hady

Beyah Mint Senhoury

Lecture et Edition du rapport

Mar Mamadou

Ahmedou Ould Jiddoumou

Horma Ould Bouraya

ANNEXE C. Estimations des erreurs d'échantillonnage

L'échantillon de personnes interrogées choisi dans le cadre de l'enquête MICS 2007 de la Mauritanie n'est qu'un lot parmi tant d'autres qui auraient pu être choisis au sein de la même population, en utilisant la même composition et la même taille. Chacun de ces échantillons aurait donné des résultats légèrement différents de ceux de l'échantillon réellement choisi. Les erreurs d'échantillonnage sont une mesure de la variabilité entre l'ensemble des échantillons possibles. L'étendue de la variabilité n'est pas connue avec exactitude, mais une estimation statique peut être effectuée à partir des résultats de l'enquête.

Les mesures d'erreurs d'échantillonnage ci-dessous sont présentées dans cette annexe pour chaque indicateur sélectionné :

1. Erreur-type (*et*) : une erreur d'échantillonnage est généralement mesurée en termes d'erreur-type pour chaque indicateur (médians, proportions, etc.). L'erreur-type équivaut à la racine carrée de la variance. On utilise la méthode de la linéarisation de Taylor pour l'estimation des erreurs-types.
2. Le coefficient de variation (*et/r*) est le ratio de l'erreur-type sur la valeur de l'indicateur
3. L'effet du plan expérimental (*deff*) est le ratio de la variance réelle de l'indicateur, dans le cadre de la méthode d'échantillonnage utilisée dans l'enquête, sur la variance calculée dans le cadre de l'hypothèse d'un simple échantillonnage aléatoire. La racine carrée de l'effet du plan expérimental (*deft*) est utilisée pour démontrer l'efficacité de la conception de l'échantillon. Une valeur *deft* égale à 1 indique que la conception de l'échantillon est aussi efficace qu'un simple échantillonnage aléatoire, tandis qu'une valeur *deft* supérieure à 1 indique une augmentation de l'erreur-type due à l'utilisation d'une conception d'échantillon plus complexe.
4. Les limites de confiance sont calculées pour montrer l'intervalle dans lequel la valeur réelle pour la population devrait normalement figurer. La valeur de *n* importe quelle statistique calculée sur la base de l'enquête sera comprise dans une plage de plus ou moins deux fois son erreur-type ($p + 2.et$ ou $p - 2.et$) dans 95 % des échantillons possibles, de taille et de conception identiques.

Le module SPSS Version 14 Complex Samples a été utilisé pour le calcul des erreurs d'échantillonnage à partir des données de l'enquête MICS. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après. Outre les valeurs des erreurs d'échantillonnage décrites ci-dessus, les tableaux incluent également le nombre de dénominateurs pondérés et non pondérés de chaque indicateur.

Les erreurs d'échantillonnage sont calculées pour les indicateurs ayant un intérêt majeur, le total national, les régions ainsi que pour les zones urbaines et rurales. Parmi les indicateurs choisis, 3 sont basés sur les ménages, 8 sur les membres des ménages, 13 sur les femmes et 15 sur les enfants de moins de 5 ans. Tous les indicateurs sont présentés dans ce rapport sous forme de proportions. Le Tableau SE.1 contient la liste des indicateurs dont les erreurs d'échantillonnage ont été calculées, ainsi que la population de base (dénominateur) de chaque indicateur. Les tableaux SE.2 à SE.9 présentent les erreurs d'échantillonnage calculées.

Tableau SE.1 : Indicateurs choisis pour le calcul des erreurs d'échantillonnage

Liste des indicateurs choisis pour le calcul des erreurs d'échantillonnage et population de base (dénominateur) de chaque indicateur, Mauritanie, 2007

Indicateur MICS	Population de base	
MENAGES		
30	Disponibilité de moustiquaires imprégnées par ménage	Tous les ménages
41	Consommation de sel iodé	Tous les ménages
74	Punitions de l'enfant	Enfants de 2-14 ans choisis
MEMBRES DES MENAGES		
11	Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Tous les membres du ménage
12	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Tous les membres du ménage
55	Taux de fréquentation net du cycle primaire	Enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire
56	Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Enfants ayant l'âge d'aller au secondaire
59	Taux d'achèvement des études primaires	Enfants ayant l'âge de finir les études primaires
71	Travail des enfants	Enfants âgés de 5-14 ans
75	Prévalence d'orphelins	Enfants de moins de 18 ans
76	Prévalence d'enfants vulnérables	Enfants de moins de 18 ans
FEMMES		
4	Assistance par un personnel qualifié	Femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 dernières années
20	Soins prénatals	Femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 dernières années
21	Prévalence des contraceptifs	Femmes de 15-49 ans mariées/en union libre
60	Alphabétisation des adultes	Femmes âgées de 15-24 ans
63	Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Femmes âgées de 15-49 ans
67	Mariage avant 18 ans	Femmes âgées de 20-49 ans
70	Polygamie	Femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
82	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Femmes âgées de 15-24 ans
83	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	Femmes âgées de 15-24 ans ayant eu un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois
84	Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Femmes âgées de 15-24 ans
86	Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Femmes âgées de 15-49 ans
88	Femmes ayant subi le test de dépistage du VH	Femmes âgées de 15-49 ans
89	Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Femmes âgées de 15-49 ans
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		
6	Prévalence de l'insuffisance pondérale	Enfants de moins de 5 ans
25	Couverture vaccinale contre la tuberculose	Enfants âgés de 12-23 mois
26	Couverture vaccinale contre la polio	Enfants âgés de 12-23 mois
27	Couverture vaccinale contre la DTC	Enfants âgés de 12-23 mois
28	Couverture vaccinale contre la rougeole	Enfants âgés de 12-23 mois
31	Enfants entièrement vaccinés	Enfants âgés de 12-23 mois
-	Infection respiratoire aiguë au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
22	Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	Enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie au cours des deux dernières semaines
-	Diarrhée au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
35	Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et poursuite de l'alimentation	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux dernières semaines
37	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	Enfants de moins de 5 ans
-	Fièvre au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
39	Traitement antipaludéen	Enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre au cours des deux dernières semaines
46	Soutien pour les études	Enfants de moins de 5 ans
62	Enregistrement des naissances	Enfants de moins de 5 ans

Table SE.4: Sampling errors: Rural areas

Standard errors, coefficients of variation, design effects (*deff*), square root of design effects (*deft*) and confidence intervals for selected indicators, Mauritania, 2007

Table	Value (<i>r</i>)	Standard error (<i>se</i>)	Coefficient of variation (<i>se/r</i>)	Design effect (<i>deff</i>)	Square root of design effect (<i>deft</i>)	Weighted count	Unweighted count	Confidence limits		
								<i>r</i> - 2 <i>se</i>	<i>r</i> + 2 <i>se</i>	
HOUSEHOLDS										
Household availability of ITNs	CH.10	0.132	0.007	0.050	2.265	1.505	5774	6039	0.119	0.145
Iodized salt consumption	NU.5	0.012	0.001	0.120	1.019	1.009	5647	5890	0.009	0.015
HOUSEHOLD MEMBERS										
Use of improved drinking water sources	EN.1	0.521	0.017	0.033	7.046	2.655	32579	6039	0.487	0.556
Use of improved sanitation facilities	EN.5	0.131	0.009	0.071	4.533	2.129	32579	6039	0.113	0.150
Net primary school attendance rate	ED.3	0.484	0.013	0.027	4.500	2.121	6462	6678	0.458	0.510
Net secondary school attendance rate	ED.4	0.082	0.009	0.105	4.295	2.073	4160	4341	0.065	0.099
Primary completion rate	ED.6	0.062	0.009	0.142	1.528	1.236	1103	1145	0.044	0.079
Child labour	CP.2	0.212	0.008	0.038	4.441	2.107	10911	11299	0.196	0.229
Prevalence of orphans	HA.10	0.076	0.004	0.057	4.966	2.229	18242	18800	0.067	0.085
WOMEN										
Skilled attendant at delivery	RH.5	0.391	0.018	0.045	2.712	1.647	2027	2109	0.356	0.426
Antenatal care	RH.3	0.661	0.016	0.024	2.371	1.540	2027	2109	0.629	0.693
Contraceptive prevalence	RH.1	0.040	0.004	0.107	2.069	1.438	4040	4273	0.032	0.049
Adult literacy	ED.8	0.350	0.016	0.046	3.150	1.775	2664	2781	0.318	0.382
Prevalence of female genital mutilation/cutting (FGM/C)	CP.7	0.841	0.009	0.011	4.192	2.047	6409	6780	0.823	0.859
Marriage before age 18	CP.5	0.496	0.009	0.019	1.825	1.351	4988	5295	0.478	0.515
Polygyny	CP.5	0.098	0.008	0.082	3.089	1.757	4040	4273	0.082	0.114
Comprehensive knowledge about HIV prevention among young people	HA.3	0.017	0.004	0.226	2.498	1.581	2664	2781	0.009	0.025
Attitude towards people with HIV/AIDS	HA.5	0.127	0.006	0.048	2.057	1.434	5763	6045	0.115	0.140
Women who have been tested for HIV	HA.6	0.024	0.002	0.096	1.545	1.243	6409	6780	0.020	0.029
Knowledge of mother- to-child transmission of HIV	HA.4	0.310	0.010	0.032	3.024	1.739	6409	6780	0.291	0.330
UNDER-5s										
Underweight prevalence	NU.1	0.365	0.009	0.024	1.525	1.235	4548	4750	0.348	0.382
Tuberculosis immunization coverage	CH.2	0.845	0.015	0.018	1.766	1.329	972	1011	0.815	0.875
Polio immunization coverage	CH.2	0.527	0.017	0.033	1.215	1.102	967	1005	0.492	0.562
Immunization coverage for DPT	CH.2	0.598	0.019	0.031	1.425	1.194	955	993	0.560	0.635
Measles immunization coverage	CH.2	0.791	0.017	0.022	1.780	1.334	961	996	0.757	0.825
Fully immunized children	CH.2	0.432	0.017	0.039	1.180	1.086	966	1004	0.398	0.466
Acute respiratory infection in last two weeks	CH.6	0.057	0.004	0.074	1.784	1.336	5102	5338	0.049	0.066
Antibiotic treatment of suspected pneumonia	CH.7	0.190	0.021	0.108	0.854	0.924	293	311	0.149	0.232
Diarrhoea in last two weeks	CH.4	0.228	0.007	0.029	1.330	1.153	5102	5338	0.215	0.241
Received ORT or increased fluids and continued feeding	CH.5	0.275	0.015	0.053	1.363	1.167	1162	1256	0.246	0.304
Fever in last two weeks	CH.12	0.181	0.008	0.042	2.071	1.439	5102	5338	0.166	0.196
Antimalarial treatment	CH.12	0.084	0.010	0.121	1.238	1.113	922	929	0.063	0.104
Support for learning	CD.1	0.318	0.012	0.036	3.269	1.808	5102	5338	0.295	0.341
Birth registration	CP.1	0.424	0.013	0.030	3.557	1.886	5102	5338	0.398	0.449

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.3: Sampling errors: Urban areas

Standard errors, coefficients of variation, design effects (*deff*), square root of design effects (*deft*) and confidence intervals for selected indicators, Mauritania, 2007

Table	Value (<i>r</i>)	Standard error (<i>se</i>)	Coefficient of variation (<i>se/r</i>)	Design effect (<i>deff</i>)	Square root of design effect (<i>deft</i>)	Weighted count	Unweighted count	Confidence limits		
								<i>r</i> - 2 <i>se</i>	<i>r</i> + 2 <i>se</i>	
HOUSEHOLDS										
Household availability of ITNs	CH.10	0.485	0.016	0.033	4.485	2.118	26995	4322	0.452	0.517
Iodized salt consumption	NU.5	0.685	0.013	0.019	3.492	1.869	26995	4322	0.659	0.712
HOUSEHOLD MEMBERS										
Use of improved drinking water sources	EN.1	0.485	0.016	0.033	4.485	2.118	26995	4322	0.452	0.517
Use of improved sanitation facilities	EN.5	0.685	0.013	0.019	3.492	1.869	26995	4322	0.659	0.712
Net primary school attendance rate	ED.3	0.717	0.011	0.015	2.299	1.516	4082	3802	0.695	0.739
Net secondary school attendance rate	ED.4	0.306	0.013	0.043	2.748	1.658	3599	3308	0.280	0.333
Primary completion rate	ED.6	0.172	0.017	0.100	1.352	1.163	695	648	0.138	0.207
Child labour	CP.2	0.091	0.005	0.059	2.333	1.528	7127	6642	0.080	0.102
Prevalence of orphans	HA.10	0.075	0.004	0.060	3.393	1.842	12680	11674	0.066	0.084
WOMEN										
Skilled attendant at delivery	RH.5	0.901	0.008	0.009	1.060	1.030	1506	1430	0.885	0.918
Antenatal care	RH.3	0.880	0.010	0.011	1.290	1.136	1506	1430	0.861	0.900
Contraceptive prevalence	RH.1	0.158	0.008	0.051	1.538	1.240	3311	3151	0.141	0.174
Adult literacy	ED.8	0.604	0.012	0.020	1.540	1.241	2669	2479	0.579	0.628
Prevalence of female genital mutilation/cutting (FGM/C)	CP.7	0.597	0.013	0.023	4.342	2.084	6140	5769	0.570	0.624
Marriage before age 18	CP.5	0.370	0.008	0.022	1.302	1.141	4834	4558	0.354	0.387
Polygyny	CP.5	0.119	0.010	0.085	3.051	1.747	3311	3151	0.099	0.139
Comprehensive knowledge about HIV prevention among young people	HA.3	0.080	0.008	0.098	2.047	1.431	2669	2479	0.064	0.095
Attitude towards people with HIV/AIDS	HA.5	0.171	0.009	0.050	2.868	1.693	5953	5597	0.154	0.188
Women who have been tested for HIV	HA.6	0.084	0.004	0.048	1.201	1.096	6140	5769	0.076	0.092
Knowledge of mother- to-child transmission of HIV	HA.4	0.421	0.010	0.024	2.402	1.550	6140	5769	0.401	0.441
UNDER-5s										
Underweight prevalence	NU.1	0.201	0.009	0.044	1.421	1.192	3113	2948	0.183	0.218
Tuberculosis immunization coverage	CH.2	0.870	0.017	0.019	1.636	1.279	694	653	0.836	0.904
Polio immunization coverage	CH.2	0.370	0.018	0.049	0.918	0.958	683	642	0.334	0.407
Immunization coverage for DPT	CH.2	0.528	0.025	0.047	1.585	1.259	680	640	0.478	0.578
Measles immunization coverage	CH.2	0.721	0.024	0.033	1.783	1.335	681	641	0.674	0.768
Fully immunized children	CH.2	0.255	0.018	0.071	1.107	1.052	687	644	0.219	0.291
Acute respiratory infection in last two weeks	CH.6	0.075	0.005	0.063	1.079	1.039	3570	3334	0.066	0.085
Antibiotic treatment of suspected pneumonia	CH.7	0.295	0.029	0.097	0.947	0.973	268	241	0.237	0.352
Diarrhoea in last two weeks	CH.4	0.206	0.008	0.037	1.186	1.089	3570	3334	0.190	0.221
Received ORT or increased fluids and continued feeding	CH.5	0.391	0.021	0.053	1.183	1.088	734	650	0.350	0.433
Fever in last two weeks	CH.12	0.166	0.009	0.057	2.158	1.469	3570	3334	0.147	0.185
Antimalarial treatment	CH.12	0.112	0.014	0.128	1.060	1.030	594	516	0.084	0.141
Support for learning	CD.1	0.420	0.014	0.034	2.855	1.690	3570	3334	0.391	0.449
Birth registration	CP.1	0.752	0.010	0.013	1.747	1.322	3570	3334	0.732	0.771

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.2: Sampling errors: Total sample

Standard errors, coefficients of variation, design effects (*deff*), square root of design effects (*deft*) and confidence intervals for selected indicators, Mauritania, 2007

	Table	Value (<i>r</i>)	Standard error (<i>se</i>)	Coefficient of variation (<i>se/r</i>)	Design effect (<i>deff</i>)	Square root of design effect (<i>deft</i>)	Weighted count	Unweighted count	Confidence limits	
									<i>r</i> - 2 <i>se</i>	<i>r</i> + 2 <i>se</i>
HOUSEHOLDS										
Household availability of ITNs	CH.10	0.119	0.005	0.039	2.124	1.457	10361	10361	0.109	0.128
Iodized salt consumption	NU.5	0.016	0.001	0.093	1.421	1.192	10122	10066	0.013	0.019
HOUSEHOLD MEMBERS										
Use of improved drinking water sources	EN.1	0.505	0.012	0.023	5.819	2.412	59573	10361	0.481	0.528
Use of improved sanitation facilities	EN.5	0.505	0.008	0.022	3.027	1.740	59573	10361	0.488	0.521
Net primary school attendance rate	ED.3	0.574	0.009	0.016	3.447	1.856	10543	10480	0.556	0.592
Net secondary school attendance rate	ED.4	0.186	0.008	0.042	3.111	1.764	7758	7649	0.170	0.202
Primary completion rate	ED.6	0.105	0.008	0.081	1.369	1.170	1798	1793	0.088	0.122
Child labour	CP.2	0.164	0.005	0.033	3.843	1.960	18038	17941	0.154	0.175
Prevalence of orphans	HA.10	0.076	0.003	0.042	4.295	2.073	30922	30474	0.069	0.082
WOMEN										
Skilled attendant at delivery	RH.5	0.609	0.012	0.020	2.195	1.481	3533	3539	0.584	0.633
Antenatal care	RH.3	0.754	0.010	0.014	2.065	1.437	3533	3539	0.734	0.775
Contraceptive prevalence	RH.1	0.093	0.004	0.047	1.686	1.299	7351	7424	0.084	0.102
Adult literacy	ED.8	0.477	0.010	0.021	2.180	1.476	5333	5260	0.457	0.497
Prevalence of female genital mutilation/cutting (FGM/C)	CP.7	0.722	0.008	0.011	4.302	2.074	12549	12549	0.705	0.738
Marriage before age 18	CP.5	0.434	0.006	0.014	1.548	1.244	9822	9853	0.422	0.447
Polygyny	CP.5	0.107	0.006	0.059	3.147	1.774	7351	7424	0.095	0.120
Comprehensive knowledge about HIV prevention among young people	HA.3	0.048	0.004	0.091	2.211	1.487	5333	5260	0.040	0.057
Attitude towards people with HIV/AIDS	HA.5	0.150	0.005	0.035	2.575	1.605	11715	11642	0.139	0.160
Women who have been tested for HIV	HA.6	0.053	0.002	0.043	1.289	1.135	12549	12549	0.049	0.058
Knowledge of mother- to-child transmission of HIV	HA.4	0.364	0.007	0.019	2.598	1.612	12549	12549	0.350	0.378
UNDER-5s										
Underweight prevalence	NU.1	0.298	0.006	0.022	1.537	1.240	7661	7698	0.285	0.311
Tuberculosis immunization coverage	CH.2	0.856	0.011	0.013	1.708	1.307	1667	1664	0.833	0.878
Polio immunization coverage	CH.2	0.462	0.013	0.028	1.080	1.039	1651	1647	0.437	0.488
Immunization coverage for DPT	CH.2	0.569	0.015	0.027	1.517	1.231	1635	1633	0.538	0.599
Measles immunization coverage	CH.2	0.762	0.014	0.019	1.806	1.344	1642	1637	0.734	0.790
Fully immunized children	CH.2	0.358	0.013	0.035	1.157	1.076	1654	1648	0.333	0.384
Acute respiratory infection in last two weeks	CH.6	0.065	0.003	0.049	1.443	1.201	8672	8672	0.058	0.071
Antibiotic treatment of suspected pneumonia	CH.7	0.240	0.017	0.071	0.885	0.941	562	552	0.206	0.274
Diarrhoea in last two weeks	CH.4	0.219	0.005	0.023	1.277	1.130	8672	8672	0.209	0.229
Received ORT or increased fluids and continued feeding	CH.5	0.320	0.012	0.038	1.305	1.142	1896	1906	0.296	0.344
Fever in last two weeks	CH.12	0.175	0.006	0.034	2.111	1.453	8672	8672	0.163	0.187
Antimalarial treatment	CH.12	0.095	0.008	0.088	1.176	1.085	1516	1445	0.078	0.112
Support for learning	CD.1	0.360	0.009	0.025	3.043	1.745	8672	8672	0.342	0.378
Birth registration	CP.1	0.559	0.009	0.016	2.707	1.645	8672	8672	0.541	0.576

ANNEXE D. Tableaux sur la qualité des données

Tableau DQ.1 : Répartition de la population des ménages par âge

Répartition par âge et par sexe de la population des ménages (pondérée), Mauritanie, 2007

Age	Hommes		Femmes		Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0	974	3.4	1007	3.3	41	211	0.7	218	0.7
1	925	3.2	872	2.8	42	211	0.7	212	0.7
2	987	3.4	930	3.0	43	152	0.5	191	0.6
3	1064	3.7	891	2.9	44	148	0.5	217	0.7
4	776	2.7	806	2.6	45	295	1.0	236	0.8
5	1102	3.8	1098	3.6	46	298	1.0	345	1.1
6	1210	4.2	1160	3.8	47	144	0.5	138	0.4
7	1021	3.6	992	3.2	48	222	0.8	185	0.6
8	987	3.4	993	3.2	49	146	0.5	99	0.3
9	716	2.5	695	2.3	50	286	1.0	406	1.3
10	1071	3.7	1014	3.3	51	150	0.5	215	0.7
11	659	2.3	598	1.9	52	161	0.6	295	1.0
12	910	3.2	887	2.9	53	144	0.5	187	0.6
13	685	2.4	744	2.4	54	131	0.5	156	0.5
14	735	2.6	761	2.5	55	166	0.6	215	0.7
15	576	2.0	594	1.9	56	172	0.6	219	0.7
16	552	1.9	559	1.8	57	85	0.3	89	0.3
17	601	2.1	768	2.5	58	126	0.4	99	0.3
18	573	2.0	609	2.0	59	49	0.2	70	0.2
19	413	1.4	505	1.6	60	292	1.0	302	1.0
20	565	2.0	723	2.3	61	102	0.4	109	0.4
21	403	1.4	482	1.6	62	130	0.5	78	0.3
22	442	1.5	666	2.2	63	79	0.3	54	0.2
23	343	1.2	476	1.5	64	92	0.3	45	0.1
24	362	1.3	521	1.7	65	172	0.6	168	0.5
25	443	1.5	547	1.8	66	111	0.4	93	0.3
26	331	1.2	431	1.4	67	62	0.2	68	0.2
27	244	0.8	310	1.0	68	65	0.2	48	0.2
28	357	1.2	514	1.7	69	47	0.2	32	0.1
29	192	0.7	277	0.9	70	282	1.0	221	0.7
30	418	1.5	568	1.8	71	58	0.2	26	0.1
31	240	0.8	355	1.1	72	47	0.2	56	0.2
32	236	0.8	293	1.0	73	37	0.1	24	0.1
33	281	1.0	402	1.3	74	40	0.1	22	0.1
34	263	0.9	286	0.9	75	76	0.3	52	0.2
35	336	1.2	376	1.2	76	36	0.1	32	0.1
36	303	1.1	436	1.4	77	22	0.1	12	0.0
37	252	0.9	293	1.0	78	19	0.1	16	0.1
38	261	0.9	315	1.0	79	23	0.1	12	0.0
39	176	0.6	232	0.8	80+	167	0.6	173	0.6
40	420	1.5	424	1.4	NSP/Manquant	49	0.2	25	0.1
					Total	28706	100	30866	100.0

Tableau DQ.2 : Répartition par âge des femmes concernées et des femmes interrogées

Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population féminine des ménages âgée de 10-54 ans, des femmes de 15-49 ans interrogées et du pourcentage des femmes concernées effectivement interrogées (pondéré), Mauritanie, 2007

Age	Population féminine âgée de 10-54 ans dans les ménages	Femmes de 15-49 interrogées		Pourcentage de femmes concernées interrogées
	Nombre	Nombre	Pourcentage	
10-14	4005	s/o	s/o	s/o
15-19	3035	2809	21,7	92
20-24	2868	2695	20,8	94
25-29	2079	1946	15,0	93
30-34	1904	1798	13,9	94
35-39	1651	1553	12,0	94
40-44	1261	1195	9,2	94
45-49	1004	942	7,3	93
50-54	1258	s/o	s/o	s/o
15-49	13802	12938	100	93,7

s/o : sans objet

Remarque : Les pondérations de la population féminine des ménages et des femmes interrogées sont celles des ménages. L'âge repose sur le questionnaire dédié aux ménages.

Tableau DQ.2m : Répartition par âge des hommes concernés et des hommes interrogés

Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population masculine des ménages âgée de 10-64 ans, des hommes de 15-59 ans interrogés et du pourcentage des hommes concernés effectivement interrogés (pondéré), Mauritanie, 2007

Age	Population masculine âgée de 10-64 ans dans les ménages	Hommes de 15-59 interrogés		Pourcentage d'hommes concernés interrogés
	Nombre	Nombre	Pourcentage	
10-14	4060	s/o	s/o	s/o
15-19	2716	1015	20,1	37,4
20-24	2114	831	16,4	39,3
25-29	1566	627	12,4	40,1
30-34	1437	577	11,4	40,2
35-39	1328	560	11,1	42,2
40-44	1141	459	9,1	40,2
45-49	1105	443	8,8	40,1
50-54	873	318	6,3	36,5
55-59	597	224	4,4	37,5
60-64	695	s/o	s/o	s/o
15-59	12877	5056	100	39,3

s/o : sans objet

Remarque : Les pondérations de la population masculine des ménages et des hommes interrogés sont celles des ménages. L'âge repose sur le questionnaire dédié aux ménages.

Tableau DQ.3 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans concernés et interrogés

Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population infantile des ménages âgée de 0-4, des enfants dont la mère ou la personne en charge a été interrogée et du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère ou la personne en charge a été interrogée (pondéré), Mauritanie, 2007

Age	Population infantile des ménages âgée de 0-7 ans		Questionnaires pour enfants de 0-4 ans		Pourcentage d'enfants concernés interrogés
	Nombre		Nombre	Pourcentage	
0	1980		1919	21	96
1	1797		1736	19	96
2	1917		1837	20	95
3	1955		1891	21	96
4	1584		1517	17	95
5	2200		s/o	s/o	s/o
6	2371		s/o	s/o	s/o
7	2013		s/o	s/o	s/o
0-4	9233		8900	100	96.4

s/o : sans objet

Remarque : Les pondérations de la population infantile des ménages et des enfants interrogés sont celles des ménages. L'âge repose sur le questionnaire administré aux ménages.

Tableau DQ.4 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans

Répartition par groupes d'âges de 3 mois des enfants de moins de 5 ans (pondérée), Mauritanie, 2007

Age en mois	Garçons		Filles		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0-2	216	4,9	226	5,3	441	5,1
3-5	233	5,3	229	5,4	461	5,3
6-8	235	5,3	277	6,5	512	5,9
9-11	251	5,7	251	5,9	502	5,8
12-14	284	6,4	279	6,6	563	6,5
15-17	191	4,3	185	4,4	376	4,3
18-20	206	4,7	196	4,6	402	4,6
21-23	185	4,2	155	3,7	341	3,9
24-26	361	8,2	353	8,3	714	8,2
27-29	219	4,9	183	4,3	402	4,6
30-32	217	4,9	185	4,4	402	4,6
33-35	147	3,3	157	3,7	304	3,5
36-38	415	9,4	366	8,6	781	9,0
39-41	193	4,3	135	3,2	328	3,8
42-44	196	4,4	189	4,5	385	4,4
45-47	183	4,1	146	3,4	329	3,8
48-50	356	8,0	373	8,8	731	8,4
51-53	134	3,0	141	3,3	275	3,2
54-56	120	2,7	144	3,4	264	3,0
57-59	80	1,8	65	1,5	145	1,7
Total	4429	100	4241	100	8672	100

Tableau DQ.5 : Exactitude des âges et des périodes

Les ratios des âges et des périodes aux limites de l'éligibilité par type d'information collectée (pondérés), Mauritanie, Année

	Ratios des âges et des périodes*			Limite d'éligibilité (inférieure-supérieure)	Module ou questionnaire
	Hommes	Femmes	Totals		
Age dans le questionnaire administré aux ménages					
1	,96	,93	,95		
2	,99	1,04	1,01	Inférieure	Punitions de l'enfant et enfants handicapés
3	1,13	1,02	1,07		
4	,79	,86	,83	Supérieure	Questionnaire dédié aux moins de 5 ans
5	1,07	1,08	1,07	Inférieure	Travail des enfants et éducation
6	1,09	1,07	1,08		
8	1,09	1,11	1,10		
9	,77	,77	,77	Supérieure	Enfants handicapés
10	1,31	1,32	1,32		
13	,88	,93	,91		
14	1,10	1,09	1,10	Supérieure	Travail et punitions des enfants
15	,93	,93	,93	Inférieure	Questionnaire administré aux femmes
16	,96	,87	,91		
17	1,04	1,19	1,12	Supérieure	Enfants orphelins et vulnérables
18	1,14	1,22	1,18		
23	,90	,86	,87		
24	,95	1,01	,98	Supérieure	Éducation
25	1,17	1,09	1,13		
48	1,30	1,31	1,31		
49	,67	,43	,55	Supérieure	Questionnaire administré aux femmes
50	1,47	1,69	1,59		
Age dans le questionnaire administré aux femmes					
23	s/o	,86	s/o		
24	s/o	1,02	s/o	Supérieure	Comportement sexuel
25	s/o	1,07	s/o		
Mois depuis le dernier accouchement dans le questionnaire dédié aux femmes					
6-11	s/o	1,13	s/o		
12-17	s/o	1,05	s/o		
18-23	s/o		s/o	Supérieure	Anatoxine tétanique et santé maternelle et infantile
		,86			
24-29	s/o	1,19	s/o		
30-35	s/o	,84	s/o		

* Les ratios des âges ou des périodes sont calculés selon la formule $x / ((x_{n-1} + x_n + x_{n+1}) / 3)$, x étant l'âge ou la période.

s/o : sans objet

Tableau DO.6 : Exhaustivité du rapport

Pourcentage des renseignements manquants pour les questions et indicateurs choisis (pondéré),
Mauritanie, Année

Questionnaire et rubrique	Groupe de référence	Pourcentage de renseignements manquants*	Nombre de cas
Ménage			
Test du sel	Tous les ménages interrogés	1,5	10361
Femmes			
Date de naissance	Toutes les femmes de 15-49 ans		
Mois uniquement		72,1	12549
Mois et année manquants		,0	12549
Date du premier mariage	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant		
Mois uniquement		47,3	7967
Mois et année manquants		10,4	7967
Nombre d'années depuis le premier mariage	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant	7,3	831
Date du dernier mariage	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant		
Mois uniquement		9,7	7967
Mois et année manquants		,2	7967
Date du premier mariage	Toutes les femmes déjà mariées de 15-		
Mois uniquement		22,9	8989
Mois et année manquants		39,0	8989
Age lors du premier mariage	Toutes les femmes déjà mariées de 15-	3,5	8989
Enfants de moins de 5 ans			
Date de naissance	Tous les enfants de moins de 5 ans		
Mois uniquement		2,0	8672
Mois et année manquants		,1	8672
Anthropométrie	Tous les enfants de moins de 5 ans		
Taille		3,8	8672
Poids		5,3	8672
Taille ou poids		5,7	8672

* Inclut les réponses « Ne sait pas »

Tableau DO.7 : Présence de la mère dans le ménage et de la personne interrogée pour le questionnaire dédié aux moins de 5 ans

Répartition des enfants de moins de cinq ans par statut de présence de la mère dans le même ménage et par personne interrogée pour le questionnaire dédié aux moins de 5 ans (pondérée), Mauritanie, 2007

Age	Mère vivant dans le même ménage				Mère ne vivant pas dans le même ménage			Total	Nombre d'enfants de 0-4 ans
	Mère interrogée	Père interrogé	Autre femme adulte interrogée	Autre homme adulte interrogé	Père interrogé	Autre femme adulte interrogée	Autre homme adulte interrogé		
0	94,1	,8	1,5	,2	,0	3,2	,0	100	1980
1	93,6	1,0	,9	,0	,2	4,0	,1	100	1797
2	89,8	,7	1,7	,1	,4	7,1	,2	100	1917
3	87,4	,8	1,4	,0	,6	9,4	,2	100	1955
4	86,7	1,1	1,1	,1	,7	9,9	,4	100	1584
Total	90,4	,9	1,3	,1	,4	6,6	,2	100	9233

**Tableau DQ.8 : Fréquentation
scolaire par âge**

Age	École primaire						École secondaire					Sup érieure	Ne sai t pas à l'éc ole	Total	Number		
	Présc olaire	1 ^{er} an né e	2 ^e an né e	3 ^e an né e	4 ^e an né e	5 ^e an né e	6 ^e an né e	1 ^{er} an né e	2 ^e an né e	3 ^e an né e	4 ^e an né e					5 ^e an né e	
5	4,2	,1	6,5	2,5	,6	,2	,1		1	2	3	4	,0	,3	85,4	100	2200
6	2,5	,5	20, 6	7,9	2,1	,4	,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,3	65,3	100	2371
7	,8	1,0	23, 9	19, 4	8,4	2,1	,5	,0	,0	,0	,1	,0	,0	1,0	42,4	100	2013
8	,7	,6	19, 0	24, 2	18, 0	5,8	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,6	29,6	100	1980
9	,1	,5	11, 9	23, 2	22, 7	13, 4	5,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	1,5	20,6	100	1411
10	,3	,2	8,1	18, 3	22, 6	18, 3	8,4	,0	,2	,0	,0	,0	,0	1,0	19,7	100	2085
11	,2	,1	5,4	12, 2	18, 0	19, 9	16, 7	,0	,3	,1	,1	,1	,0	,6	16,7	100	1257
12	,1	,0	4,2	8,5	16, 1	18, 1	16, 3	,0	,9	,4	,1	,1	,0	1,4	21,4	100	1798
13	,2	,0	2,5	6,4	9,1	14, 8	17, 9	,0	2,1	1,5	,6	,1	,0	1,2	24,9	100	1429
14	,1	,1	1,8	4,2	8,1	10, 2	15, 1	,0	5,0	4,1	1,1	,6	,1	1,4	27,6	100	1495
15	,1	,1	1,4	1,3	4,0	7,3	10, 5	,0	5,7	5,8	3,6	1,2	,1	1,3	40,2	100	1170
16	,0	,2	1,2	1,1	3,1	4,5	8,6	,0	5,2	6,5	5,2	2,3	,0	,9	44,5	100	1111
17	,0	,0	,8	1,3	1,9	2,1	5,6	,0	4,4	6,9	7,7	5,2	,1	,9	53,2	100	1369
18	,0	,0	,0	,4	1,3	1,6	2,0	,0	2,6	6,4	6,5	5,4	,2	,4	62,3	100	1183
19	,2	,0	,2	,8	,5	1,6	1,4	,0	2,2	5,4	4,8	5,3	1,9	,4	62,7	100	918
20	,0	,1	,7	,4	,5	1,1	1,0	,2	1,5	2,4	2,6	5,7	2,4	,0	69,7	100	1287
21	,0	,0	,1	,3	,3	,4	,5	,0	,8	1,3	1,5	3,3	5,1	,4	71,9	100	884
22	,0	,0	,0	,3	,3	,2	,4	,0	,2	,9	1,7	1,6	4,0	,4	79,5	100	1109
23	,0	,0	,0	,3	,7	,2	,8	,0	,5	1,1	1,1	1,1	5,1	,0	81,2	100	819
24	,0	,0	,0	,0	,3	,0	,4	,1	,2	,8	,8	,3	5,2	,2	84,9	100	884
Total	0.6	,2	6,7	7,9	8,0	6,8	6,0	,0	,5	,0	,6	,2	,8	,8	47,3		28772

Tableau DQ.9 : Ratio des sexes à la naissance chez les enfants nés et les enfants vivants

Ratio des sexes à la naissance chez les enfants nés, les enfants vivants et les enfants décédés par âge des femmes (pondéré Mauritanie, 2008)

Age	Enfants nés			Enfants vivants			Enfants décédés			Nombre de femmes
	Nombre de garçons nés	Nombre de filles nées	Ratio des sexes	Nombre de garçons vivants	Nombre de filles vivantes	Ratio des sexes	Nombre de garçons décédés	Nombre de filles décédées	Ratio des sexes	
15-19	388	326	1,19	354	301	1,18	34	25	1,35	2727
20-24	1490	1440	1,03	1320	1308	1,01	169	133	1,28	2606
25-29	2548	2291	1,11	2244	2077	1,08	305	213	1,43	1898
30-34	3378	3263	1,04	2937	2897	1,01	442	366	1,21	1743
35-39	3821	3617	1,06	3308	3234	1,02	513	383	1,34	1507
40-44	3398	3268	1,04	2829	2832	1,00	569	436	1,30	1147
45-49	3114	2883	1,08	2573	2420	1,06	541	463	1,17	920
Total	18137	17088	1,06	15565	15069	1,03	2572	2018	1,27	12549

Remarque : Le ratio des sexes est calculé sous forme de rapport Nombre de garçons/ Nombre de filles

Tableau DQ.10 : Répartition des femmes par temps écoulé depuis le dernier accouchement

Répartition des femmes âgées de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant par nombre de mois depuis le dernier accouchement (pondérée), Mauritanie, 2007

	Mois depuis le dernier accouchement				
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
-4	4	,1	26	142	3,1
-3	4	,1	27	118	2,5
-2	5	,1	28	97	2,1
-1	7	,2	29	89	1,9
0	86	1,9	30	76	1,6
1	165	3,5	31	93	2,0
2	141	3,0	32	84	1,8
3	132	2,8	33	59	1,3
4	157	3,4	34	64	1,4
5	136	2,9	35	73	1,6
6	180	3,9	26	142	3,1
7	158	3,4	27	118	2,5
8	158	3,4	28	97	2,1
9	191	4,1	29	89	1,9
10	199	4,3	30	76	1,6
11	163	3,5	31	93	2,0
12	158	3,4	32	84	1,8
13	208	4,4	33	59	1,3
14	142	3,0	34	64	1,4
15	157	3,4	35	73	1,6
16	143	3,1	26	142	3,1
17	118	2,5	27	118	2,5
18	117	2,5	28	97	2,1
19	133	2,8	29	89	1,9
20	98	2,1	30	76	1,6
21	91	1,9	31	93	2,0
22	106	2,3	32	84	1,8
23	125	2,7	33	59	1,3
24	106	2,3	34	64	1,4
25	182	3,9	35	73	1,6
			Total	4667	100

ANNEXE E. Indicateurs MICS : numérateurs et dénominateurs

INDICATEURS	NUMÉRATEURS	DÉNOMINATEURS
1 Taux de mortalité chez les moins de 5 ans	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 5 ans	Nombre d'enfant n'atteint pas 5 ans
2 Taux de mortalité infantile	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 1 an	Nombre d'enfant n'atteint pas 1 an
3 Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès chez les femmes liés à la grossesse dans une année spécifique	Nombre d'enfants nés vivants au cours de l'année (exprimés par 100 000 naissances)
4 Assistance par un personnel qualifié	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête, assistées par un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
5 Accouchements dans un établissement spécialisé	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché dans une formation sanitaire au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
6 Prévalence de l'insuffisance pondérale	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/âge de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévére)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est faible
7 Prévalence des retards de croissance	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont la taille est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian taille/âge de la norme NCHS/WHO (modéré et sévère). Nombre d'enfants dont la taille est de trois écarts types en deçà de la norme (sévére)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans mesurés
8 Prévalence de la déperdition	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/taille de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévére)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans pesés et mesurés
9 Enfants de faible poids à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesant moins de 2 500 grammes	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
10 Enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants et pesés à la naissance au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
11 Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Nombre d'habitants vivant dans des ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
12 Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Nombre d'habitants des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
13 Traitement de l'eau	Nombre d'habitants des ménages utilisant de l'eau traitée	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
14 Élimination des excréments infantiles	Nombre d'enfants de moins de trois ans dont les (dernières) selles ont été éliminées de manière sûre	Nombre total d'enfants de moins de trois ans interrogés
15 Taux d'allaitement exclusif	Nombre de nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel	Nombre total de nourrissons de 0-5 mois interrogés
16 Taux d'allaitement continu	Nombre de nourrissons de 12-15 mois et de 20-23 mois actuellement nourris au lait maternel	Nombre total d'enfants de 12-15 mois et de 20-23 mois interrogés
17 Taux d'alimentation complémentaire	Nombre de nourrissons de 6-9 mois nourris au lait maternel et aux compléments	Nombre total de nourrissons de 6-9 mois interrogés

	commencé à temps	alimentaires	
18	Fréquence de l'alimentation complémentaire	Nombre de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires au moins le nombre de fois minimal recommandé par jour (deux fois par jour pour les nourrissons de 6-8 mois, trois fois par jour pour ceux de 9-11 mois)	Nombre total de nourrissons de 6-11 mois interrogés
19	Enfants bien nourris	Nombre de nourrissons de 0-11 mois convenablement nourris : nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel et nourrissons de 6-11 mois nourris au sein et aux aliments solides et pâteux le nombre de fois convenable (voir ci-dessus) la veille	Nombre total de nourrissons de 0-11 mois interrogés
20	Soins prénatals	Nombre de femmes de 15-49 ans assistées par un personnel sanitaire qualifié au moins une fois en cours de grossesse au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
21	Prévalence des contraceptifs	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
22	Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines, traités aux antibiotiques	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
23	Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines ayant consulté un traitant approprié	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
24	Combustibles solides	Nombre de résidents dans les ménages utilisant des combustibles solides (bois, charbon, résidus de récoltes ou déjections animales) comme principale source énergétique pour la cuisson	Nombre total de résidents des ménages interrogés
25	Couverture vaccinale contre la tuberculose	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au BCG avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
26	Couverture vaccinale contre la polio	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés à l'OPV3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
27	Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au DTC3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
28	Couverture vaccinale contre la rougeole	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
29	Couverture vaccinale contre l'hépatite B	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre l'hépatite avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
30	Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la fièvre jaune avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
31	Enfants entièrement vaccinés	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés aux DTC1-3, aux OPV-1-3, au BCG et contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
32	Protection contre le tétanos néonatal	Nombre de mères ayant eu un enfant né vivant au cours de l'année écoulée, qui ont reçu au moins deux doses du vaccin de l'anatoxine tétanique (VAT) dans l'intervalle approprié avant d'accoucher	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours de l'année précédant l'enquête
33	Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, traités aux sels de réhydratation par voie	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières

	orale et/ou à l'aide d'une solution domestique appropriée	semaines	
34	Traitement à domicile de la diarrhée	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
35	Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et poursuite de l'alimentation	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée traités à la RVO (sels de réhydratation orale ou solution domestique appropriée) ou dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
36	Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	Nombre de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée de manière permanente ou imprégnée l'année passée	Nombre total de ménages interrogés
38	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
39	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines, traités à l'aide d'un antipaludéen approprié dans les 24 heures qui ont suivi l'accès de fièvre	Nombre total d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines
41	Consommation de sel iodé	Nombre de ménages dont le test du sel a révélé 15 parts par million ou plus d'iode ou d'iodate	Nombre total de ménages interrogés
42	Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu au moins une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois	Nombre total d'enfants de 6-59 mois interrogés
43	Supplémentation en vitamine A (accouchées)	Nombre de femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 ans précédant l'enquête, qui ont reçu une dose élevée de compléments en vitamine A dans les 8 semaines ayant suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
44	Contenu des soins prénatals	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu des soins prénatals en cours de grossesse	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
45	Allaitement commencé à temps	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont donné le sein au nouveau-né dans l'heure qui a suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
46	Soutien pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois vivant dans des ménages où un adulte a mené au cours des 3 derniers jours quatre activités (voire plus) de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
47	Soutien paternel pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont le père a mené au cours des 3 derniers jours une ou plusieurs activités de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois
52	Fréquentation du préscolaire	Nombre d'enfants de 36-59 mois fréquentant un type de programme d'éducation de base	Nombre total d'enfants de 36-59 mois interrogés
53	Prédisposition pour la scolarisation	Nombre d'enfants en première année du cycle primaire ayant fréquenté un type d'établissement préscolaire l'année dernière	Nombre total d'enfants en première année interrogés

54	Taux d'entrée net au cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école qui sont actuellement en première année	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
55	Taux de fréquentation net du cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle primaire qui fréquentent actuellement une école primaire ou secondaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
56	Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle secondaire qui fréquentent actuellement une école secondaire ou un établissement supérieur	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire interrogés
57	Enfants parvenus au CM2	Proportion d'enfants entrés en première année du cycle primaire parvenus au CM2	
58	Taux de passage au cycle secondaire	Nombre d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée passés au cycle secondaire	Nombre total d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée interrogés
59	Taux d'achèvement des études primaires	Nombre d'enfants (tous âges confondus) en dernière année du cycle primaire (hormis les redoublants)	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'achever les études primaires (âge normal pour la dernière année du cycle primaire) interrogés
60	Taux d'alphabétisation chez les adultes	Nombre de femmes de 15-24 ans capables de lire une courte phrase simple sur la vie quotidienne	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
61	Indice de parité des sexes	Proportion de filles dans les cycles primaire et secondaire	Proportion de garçons dans les cycles primaire et secondaire
62	Enregistrement des naissances	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont la naissance a été enregistrée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
63	Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi <u>une</u> des formes d'excision/mutilation génitale	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
64	Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi une forme extrême d'excision/mutilation génitale (telle que l'infibulation)	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
65	Prévalence de l'E/MGF chez les filles	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant avoir fait subir au moins à l'une de leurs filles une forme d'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées, ayant au moins une fille vivante
66	Approbation de l'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans favorables à la poursuite de l'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
67	Mariage avant 15 ans et 18 ans	Nombre de femmes mariées ou entrées en union avant d'avoir eu exactement 15 ans ou 18 ans, par groupes d'âges	Nombre total de femmes de 15-49 ans et de 20-49 ans interrogées, par groupes d'âges
68	Jeunes femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre de femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre total de femmes de 15-19 ans interrogées
69	Différence d'âges des conjoints	Nombre de femmes mariées ou en union âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans ayant une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur époux actuel	Nombre total de femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans mariées ou en union libre interrogées
70	Polygamie	Nombre de femmes en situation de polygamie	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre interrogées
71	Travail des enfants	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans interrogés
72	Élèves ouvriers	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants qui fréquentent	Nombre total d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le

	l'école	travail des enfants
73 Ouvriers élèves	Nombre d'enfants de 5-14 ans fréquentant l'école qui sont impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans scolarisés
75 Prévalence d'orphelins	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont au moins l'un des parents est décédé	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
76 Prévalence d'enfants vulnérables	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont l'un des parents souffre d'une maladie chronique, dont le ménage a perdu un adulte de 18-59 ans au cours de l'année écoulée ou dont le ménage a connu un adulte de 18-59 ans qui a souffert d'une maladie chronique au cours de l'année écoulée	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
78 Conditions d'accueil des enfants	Nombre d'enfants de 0-17 ans ne vivant pas avec un parent biologique	Nombre total d'enfants de 0-17 ans interrogés
79 Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Proportion d'enfants orphelins ou vulnérables de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de moins de cinq ans qui ont été pesés	Proportion d'enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables, atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère, sur l'ensemble des enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables qui ont été pesés
81 Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans dont la famille a reçu un soutien extérieur de base pour la protection	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans interrogés
82 Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans qui ont su identifier correctement deux méthodes de prévention de l'infection à VIH et qui ont rejeté trois idées fausses courantes sur la transmission du virus	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
84 Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
85 Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	Nombre de femmes sexuellement actives âgées de 15-24 ans interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois
86 Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Nombre de femmes exprimant une réponse favorable pour les quatre questions relatives aux porteurs du VIH ou aux malades du sida	Nombre total de femmes interrogées
87 Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant connaître un centre de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
88 Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant avoir subi le test de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
89 Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant correctement identifié les trois modes de transmission verticale	Nombre total de femmes interrogées
90 Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir bénéficié de conseils sur le VIH/SIDA lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
91 Dépistage pour la prévention de la	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des	Nombre total de femmes ayant accouché au cours

	transmission mère-enfant du VIH	consultations prénatales, qui déclarent avoir reçu les résultats de leur test dépistage du VIH lors de ces consultations	des 24 derniers mois interrogées
96	Source d'approvisionnement	Nombre d'enfants (ou de ménages) dont les approvisionnements se font auprès de fournisseurs publics, présentée individuellement par type de provision : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été obtenus
97	Coût d'approvisionnement	Coût moyen des approvisionnements obtenus, présenté individuellement pour chaque type de provision et classé par leur provenance d'un fournisseur public ou privé : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens.	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été obtenus
98	Besoins à couvrir en matière de planning familial	Nombre de femmes fécondes mariées ou en union, désireuses d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants, qui ne pratiquent pas la contraception	Nombre total de femmes mariées ou en union libre interrogées
99	Demande couverte en matière de planning familial	Nombre de femmes mariées ou en union pratiquant la contraception	Nombre de femmes mariées ou en union libre dont la demande en contraception n'est pas couverte ou qui pratiquent la contraception
100	Attitudes face à la violence domestique	Nombre de femmes estimant que le mari/partenaire a le droit de frapper ou de battre sa femme dans au moins l'une de ces circonstances : (1) sortir sans l'aviser, (2) négliger les enfants, (3) se disputer avec lui, (4) refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, (5) brûler les aliments	Nombre total de femmes interrogées
101	Enfants handicapés	Nombre d'enfants de 2-9 ans souffrant au moins de l'un des neuf handicaps signalés : (1) retard de la position assise, debout ou la marche, (2) problème de vue, de jour ou de nuit, (3) semble avoir un problème d'ouïe, (4) difficulté pour comprendre les instructions, (5) difficulté pour marcher ou mouvoir les bras ou encore faiblesse/raideur des membres, (6) fait des crises, devient raide, perd connaissance, (7) n'apprend pas à faire les choses comme les enfants de son âge, (8) ne sait pas parler ou parle de manière incompréhensible, (9) semble mentalement attardé, faible ou lent	Nombre total d'enfants de 2-9 ans interrogés

ANNEXE F: Les questionnaires



QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REponses NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE.

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE

HH

HH 1. Wilaya : /__/_/ HH 2. Moughataa : /__/_/

HH 3. Commune : /__/_/ HH 4. Localité : /__/_/

HH 5. DR: /__/_/ HH 6. Grappe : /__/_/

HH 7. Milieu : /__/_/ HH 8. Ménage N° : /__/_/

Urbain.....1 Rural.....2

HH 9. Nom du Chef du ménage : _____

HH10. Nom et code de l'enquêteur : HH11. Nom et code du contrôleur :

Nom _____ /__/_/ Nom _____ /__/_/

HH12. Date de l'interview : /__/_/ /__/_/ /__/_/

Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplir les informations suivantes :

<p>HH13. Résultat de l'interview du ménage :</p> <p>Rempli1</p> <p>Pas à la maison2</p> <p>Refusé3</p> <p>Logement non trouvé/détruit4</p> <p style="text-align: center;">Autre (à préciser) 6</p>	<p>HH14. Nom de l'enquêté(e) du questionnaire ménage :</p> <p>Nom : _____</p> <p>No de ligne : _____</p> <p>HH11. Nbr. des membres du ménage : /__/_/</p>								
HH15. Nombre de femmes éligibles : /__/_/	HH16. Nbr. Quest. Femme remplis: /__/_/								
HH17. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : /__/_/	HH18 Nbr. Quest. Enfant - de 5 ans remplis : /__/_/								
HH19. Nombre d'hommes éligibles : /__/_/	HH20. Nbr. Quest. Homme remplis : /__/_/								
<p>HH 21.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">N° Visite</td> <td style="width: 60%;">Date</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>/__/_/ /__/_/ /__/_/</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>/__/_/ /__/_/ /__/_/</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>/__/_/ /__/_/ /__/_/</td> </tr> </table>	N° Visite	Date	1	/__/_/ /__/_/ /__/_/	2	/__/_/ /__/_/ /__/_/	3	/__/_/ /__/_/ /__/_/	<p>HH22. Nom et code de l'agent de saisie</p> <p>Nom..... /__/_/</p>
N° Visite	Date								
1	/__/_/ /__/_/ /__/_/								
2	/__/_/ /__/_/ /__/_/								
3	/__/_/ /__/_/ /__/_/								

Observations :

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE

POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DU MÉNAGE. Enregistrer le chef du ménage à la ligne 01. Enregistrer tout les autres membres (HL2), leur relation avec le chef du ménage (HL3) et leur sexe (HL4).

Ensuite, demander: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL).

Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 15 membres. Cocher ici si une autre feuille est utilisée /_/

ÉLIGIBLE POUR :												
					QUESTION-NAIRE FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	QUESTION ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	QUESTION-NAIRE HOMME	Pour les enfants âgés de 0-17 ans, poser les questions de HL9-HL12			
HL 1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	HL4. (Nom) est-il/ elle de sexe masculin ou féminin? 1 masculin 2 féminin	HL5. QUEL AGE A (nom)? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer en années révdues 98=NSP*	HL6. Encercler le N° de ligne si la femme est âgée de 15 - 49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5 - 14 : Qui est la mère ou la principale gardienne de cet enfant? Enregistrer le N°. de ligne de la mère/ gardienne	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : Qui est la mère ou la principale gardienne de cet enfant? Enregistrer le N° de ligne de la mère/ Gardienne	HL8 A. Encercler le N° de ligne si l'homme est âgé de 15 - 59 ans	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 oui 2 non⇒ H L11 8 nsp⇒ HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? ENREGISTRER LE N°. DE LIGNE DE LA MERE OU 00 POUR 'NON'	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE? 1 oui 2 non⇒ ligne suiv. 8 NSP⇒ ligne suiv.	HL12. Si en vie : Est-ce que le père biologique de (nom) vit dans ce menage? ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PERE OU 00 POUR 'NON'
ligne	Nom	Relation	M F	Age	15-49	Mère	Mère	15-59	O N NSP	Mère	O N NSP	Père
01		/_0_/_1_/_	1 2	/_/_/_/	01	/_/_/_/	/_/_/_/	01	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
02		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	02	/_/_/_/	/_/_/_/	02	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
03		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	03	/_/_/_/	/_/_/_/	03	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
05		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	05	/_/_/_/	/_/_/_/	05	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
06		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	06	/_/_/_/	/_/_/_/	06	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/

07		/	__	/	1	2	/	__	/	07	/	__	/	07	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
08		/	__	/	1	2	/	__	/	08	/	__	/	08	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
09		/	__	/	1	2	/	__	/	09	/	__	/	09	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
10		/	__	/	1	2	/	__	/	10	/	__	/	10	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
11		/	__	/	1	2	/	__	/	11	/	__	/	11	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
12		/	__	/	1	2	/	__	/	12	/	__	/	12	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
13		/	__	/	1	2	/	__	/	13	/	__	/	13	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
14		/	__	/	1	2	/	__	/	14	/	__	/	14	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/
15		/	__	/	1	2	/	__	/	15	/	__	/	15	1	2	8	/	__	/	1	2	8	/	__	/

Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI – MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU QUI N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE ? *Si oui, enregistrer le nom de l'enfant et compléter la feuille de ménage. Ensuite compléter les totaux ci-dessus.*

	Femmes 15 – 49	Enfants 5 - 14	Enfants - de 5 ans	Hommes 15 – 59					
Totaux	/	__	/	/	__	/	/	__	/

Maintenant, pour chaque femme de 15 – 49 ans, inscrire son nom et le N° de ligne et les autres informations du Panneau d'Information du Questionnaire Femme ; de même pour chaque Homme âgé de 15 – 59 ans. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans, inscrire son nom et son N° de ligne ET le nom et N° de la ligne de la mère ou de la gardienne principale sur le Panneau d'Information du Questionnaire des enfants âgés de moins de 5 ans.

Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible, pour chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans.

Codes HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage

01 = Chef de ménage **02** = épouse / époux **03** = Fils / Fille **04** = Gendre / Belle Fille **05** = Petit fils / Petite Fille **06** = Mère / Père **07** = Beau Père / Belle Mère / Beau frère / Belle sœur
08 = Frère / Sœur **09** = Oncle / Tante **10** = Nièce ou Neveu par le sang **11** = Autre parent **12** = Enfant adopté / Enfant en garde / Enfant du conjoint **13** = Sans parenté **98** = Ne sait pas

MODULE EDUCATION												
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus						Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans						
ED1. No. de ligne.	ED1A. Nom	ED2. (NOM) A-T-IL/ ELLE DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU INFORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ?		ED4. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2006-2007) (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED5. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST- IL ALLE A L'ECOLE? <i>Enregistrer le nombre de jours dans l'espace ci- dessous. Enregistrer 9 si la semaine dernière était vacance.</i>	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom) ? NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE 3 LYCEE 4 UNIVERSITE 5 CORANIQUE 6 MAHADRE 8 NSP CLASSE : 98 NSP	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (2005-2006)? (nom) AVAIT-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom) ? NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE 3 LYCEE 4 UNIVERSITE 5 CORANIQUE 6 MAHADRE 8 NSP CLASSE : 98 NSP			
LIGNE		OUI NON NSP	NIVEAU	CLASSE	OUI NO NSP	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O N NSP	NIVEAU	CLASSE	
09		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
10		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
11		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
12		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
13		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
14		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
15		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	

<p>WS6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i></p>	<p>La faire bouillir A Y ajouter de l'eau de javel/chlore B La filtrer à travers un linge C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)..... D Désinfection solaire E Laisser reposer F</p> <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?</p> <p><i>Si « Chasse d'eau » ou « Chasse manuelle », Insister:</i> PAR OU PASSENT LES EAUX USEES?</p> <p><i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i></p>	<p>Chasse d'eau / chasse manuelle Chasse branchée à l'égout .....11 Chasse branchée à fosse septique .....12 Chasse branchée à autre chose .....13 Chasse branchée à endroit inconnu/pas sûr/NSP où .....14 Latrines améliorées auto aérées (LAA) .....21 Latrines couvertes .....22 Latrines à fosse / trou ouvert .....23 Pas de toilettes ou brousse ou champ .....95</p> <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 96</p>	<p>95⇒ MODU LE SUIVANT</p>
<p>WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p>WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Nbre. de ménages (si moins de 10)... 0 ____</p> <p>Dix ménages ou plus .....10 NSP .....98</p>	
<p>WS10. EXISTE-IL DU SAVON DANS LA LATRINE ?</p>	<p>Oui .....1 Non .....2</p>	



QUESTIONNAIRE FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque femme éligible.

Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

WM1.Wilaya:...../___/___/	WM2.Moughataa: /___/
WM3.Commune..... /___/___/	Localité:
WM4. N° de grappe : _____	WM5. N° de ménage : _____
WM6. Nom de la femme :	WM7. N° de ligne de la femme : _____
WM8.Nom et code de l'enquêtrice :	WM9. Jour/Mois/Année de l'interview : _____/_____/_____
WM10. Résultat de l'interview de la femme	Rempli.....1 Pas à la maison.....2 Refusé.....3 Rempli partiellement .....4 Incapacité.....5 Autre (à préciser) :.....6

Présenter vos salutations à la femme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REponses NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

WM11. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois ____ NSP mois 98 Année ____	
WM12. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues) ____	
WM13. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒WM17
WM14. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3 Coranique 4 Mahadra 5	
WM15. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVE À CE NIVEAU ?	Classe/Année ____	
WM16. Vérifier WM14:		
<input type="checkbox"/> <i>Secondaire/Supérieur/Mahadra</i> ⇒ Passer WM18 <input type="checkbox"/> <i>Primaire ou Coranique</i> ⇒ Continuer avec WM17		
WM17. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. <i>L'enfant lit un livre.</i> 2. <i>Les pluies sont en retard cette année.</i> 3. <i>Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.</i> 4. <i>Le travail des champs est dur.</i>	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase 3 Pas de carte dans langue qui convient 4 <i>(langue à préciser)</i> Aveugle/muet, problème de vue/audition 5	
ME18 QUELLE EST VOTRE LANGUE MATERNELLE ?	Arabe 1 Poular 2 Soninké 3 Wolof 4 Autres (à préciser) : 5	

MODULE SUR LA MORTALITE DES ENFANTS		CM
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES.</i>		
<p>CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS?</p> <p><i>Si « Non », insister en demandant :</i> JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒ MODULE MARIAGE
<p>CM2A. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?</p> <p>JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PERE AUTRE QUE VOTRE MARI ACTUEL.</p> <p><i>Passer à CM3 seulement si l'année de naissance du premier enfant est connue. Autrement, continuer avec CM2B.</i></p>	<p>Date de la première naissance</p> <p>Jour __ __</p> <p>NSP jour 98</p> <p>Mois __ __</p> <p>NSP mois..... 98</p> <p>Année __ __ __</p> <p>NSP Année..... 9998</p>	⇒ CM3
<p>CM2B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?</p>	<p>Années révolues depuis la première naissance..... __ __</p>	
<p>CM3. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒ CM5
<p>CM4. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Fils à la maison __ __</p> <p>Filles à la maison..... __ __</p>	
<p>CM5. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒ CM7
<p>CM6. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p>	<p>Fils ailleurs __ __</p> <p>Filles ailleurs __ __</p>	
<p>CM7. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒ CM9
<p>CM8. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?</p>	<p>Garçons décédés __ __</p> <p>Filles décédées __ __</p>	
<p>CM9. Faire la somme des réponses à CM4, CM6, et CM8.</p>	<p>Total __ __</p>	
<p>CM10. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?</p>		

<input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Passer à CM11</i> <input type="checkbox"/> <i>No. ⇒ Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11</i>		
<p>CM11. DE TOUTES CES (<i>nombre total</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ- VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E)) ?</p> <p>Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.</p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>Jour/Mois/Année..... _ _ / _ _ / _ _ _ _</p>	
<p>CM12. <i>Vérifier CM11: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est à dire, depuis (jour et mois de l'interview en 2005)?</i></p> <p><i>Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Passer au module mariage</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec CM13</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Nom de l'enfant :</i></p>		
<p>CM13. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?</p>	<p>À ce moment-là.....1</p> <p>Plus tard.....2</p> <p>Ne plus/ne pas avoir d'enfant .....3</p>	

MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE (TT)		TT
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête.</i>		
TT1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ? <i>S'il y a une carte, il faut l'utiliser pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carte vue) 1 Oui (carte pas vue)..... 2 Non 3 NSP 8	
TT2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQURE ANTITETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE)?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ TT5 8⇒ TT5
TT3. <i>Si Oui</i> : DURANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION ANTI-TETANOS ?	Nombre de fois __ __ NSP 98	98⇒ TT5
TT4. <i>Combien de doses de TT ont été enregistrées à TT3?</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Passer au module suivant</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Moins de deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Continuer avec TT5</i>		
TT5. AVEZ-VOUS REÇU, N'IMPORTE QUAND AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ MODU- LE SUIV . 8⇒ MODU- LE SUIV .
TT6. COMBIEN DE FOIS AVEZ -VOUS EU CETTE INJECTION ?	Nombre de fois __ __	
TT7. EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ? <i>Passer au module suivant seulement si l'année de l'injection est connue. Autrement continuer avec TT8.</i>	Mois __ __ NSP le mois..... 98 Année __ __ __ __ NSP l'année 9998	⇒ MODU- LE SUIV . ⇒ TT8
TT8. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANOS AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE?	Années __ __	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN																					
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CM12 et inscrire ici le nom du dernier enfant :</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>																							
<p>MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE <i>nom</i>], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrer la capsule de 200,000 UI ou le flacon.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p><i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Autre personne :</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Personne Y</p>	Y ⇒ MN7																					
<p>MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>MN3A. AVEZ-VOUS ÊTE PESEE ?</p> <p>MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>MN3C. AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON D'URINE ?</p> <p>MN3D. AVEZ-VOUS DONNE DU SANG ?</p> <p>MN3E. AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR L'INTERET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ?</p> <p>MN3F. AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR L'INTERET DU SEL IODE ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tension</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Urine.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Sang</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>L'intérêt de l'allaitement.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>L'intérêt du sel iodé</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids.....	1	2	Tension	1	2	Urine.....	1	2	Sang	1	2	L'intérêt de l'allaitement.....	1	2	L'intérêt du sel iodé	1	2	
	Oui	Non																					
Poids.....	1	2																					
Tension	1	2																					
Urine.....	1	2																					
Sang	1	2																					
L'intérêt de l'allaitement.....	1	2																					
L'intérêt du sel iodé	1	2																					
<p>MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN5. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	2 ⇒ MN7 8 ⇒ MN7																					
<p>MN6. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN7. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (<i>nom</i>) ?</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Autre personne :</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Personne Y</p>																						

<p>MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercle le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Domicile Votre domicile .....11 Autre domicile .....12</p> <p>Secteur public Hôpital I .....21 Centre de santé / PMI. ....22</p> <p style="text-align: right;">Poste de Santé .....23</p> <p>Secteur médical privé Clinique privée .....31 Autre (<i>à préciser</i>) .....96</p>	
<p>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (<i>nom</i>) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN10. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒MN12 8⇒MN12</p>
<p>MN11. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>De la carte.... 1 (kilogrammes) __ . __ __ __</p> <p>De mémoire... 2 (kilogrammes) __ . __ __ __</p> <p>NSP 9998</p>	
<p>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒MN14</p>
<p>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement .....000</p> <p>Heures 1 __ __ <i>ou</i> Jours 2 __ __</p> <p>NSP/Ne se rappelle pas 998</p>	
<p>MN14. APRES LA NAISSANCE DU (NOM), EST-CE QUE VOUS AVEZ EFFECTUE UN EXAMEN</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒MN17</p>
<p>MN15. APRES COMBIEN DE JOURS OU DE SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER EXAMEN DE SANTE ? (ENREGISTRER « 00 » SI MEME JOUR)</p>	<p>Jours après accouchement.....1 __ __</p> <p>Semaines après accouchement.....2 __ __</p> <p>Ne sait pas .....998</p>	
<p>MN16. QUI VOUS A EXAMINE A CE MOMENT –LA ?</p> <p>(INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE)</p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin .....11 Sage-femme .....12 Infirmière.....13 Accoucheuse auxiliaire/matrone .....14</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....21 Agent de santé communautaire .....22</p> <p style="text-align: right;">Amie/Parente.....23</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>à préciser</i>) 96</p>	

MN17. AU COURS DES DEUX PREMIERS MOIS, APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, EST – CE QUE VOUS AVEZ RECU UNE DOSE DE LA VITAMINE A, COMME CELLE-CI ?	Oui :.....1	
	Non :.....2	

MODULE SUR LE MARIAGE		MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE ?	Oui, actuellement mariée 1 Non 2	2⇒MA3
MA1A. QUEL TYPE DE MARIAGE ?	Monogame .....1 Polygame .....2	
MA2. QUEL AGE A EU VOTRE MARI A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues __ __ NSP .....98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE?	Oui, a été mariée 1 Non 2	2⇒MODULE SUIV.
MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE?	Veuve 1 Divorcée..... 2	
MA5. COMBIEN DE FOIS ÉTIEZ VOUS MARIÉE?	Nombre de mariage __ __	
MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE <u>LA PREMIÈRE FOIS</u> ?	Mois __ __ NSP le mois.....98 Année __ __ __ __ NSP l'année 9998	
MA7. Vérifier MA6:		
<input type="checkbox"/> Le mois et l'année de mariage connus ? ⇒ Passer au Module suivant		
<input type="checkbox"/> Le mois ou l'année de mariage n'est pas connu(e) ? ⇒ Continuer avec MA8		
MA8. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI?	Âge en années révolues __ __	
MODULE SUR LA CONTRACEPTION		CP
CP1. AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MODULE SUIV.
CP2. DE QUELS MOYENS OU MÉTHODES AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER ?	Stérilisation féminine.....A Stérilisation masculine.....B Pilule.....C DIU.....D Injections.....E Implants.....F Condom.....G Condom féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/gelée.....J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique.....L Retrait.....M AUTRE (A PRÉCISER).....X	
CP3 PAR QUELS MOYENS AVEZ-VOUS ENTENDU		

PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE :	Oui	Non	
A) A LE RADIO ?	1	2	
B) A LA TELEVISION ?	1	2	
C) DANS LES JOURNAUX OU MAGASINES ?	1	2	
D) SUR LES AFFICHES ?	1	2	
E) AU COURS DE REUNIONS, DE MEETINGS ?	1	2	
F) DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ?	1	2	
G) AUTRES (A PRECISER).....	1	2	
CP4. APPROVEZ-VOUS LE FAIT QUE LES COUPLES UTILISENT UNE METHODES POUR EVITER D'AVOIR DES ENFANTS ?	Approuve .....1	Désapprouve .....2	
	Ne sait pas .....3		
CP4A VERIFIER MA1 (MARIEE ACTUELLEMENT)	Oui :..... 1	NON :..... 2	2⇒MODU- LE SUIV
CP5. Êtes-vous enceinte en ce moment ?	Oui, actuellement enceinte..... 1	Non .....2	2⇒CP6
	Pas sûre ou NSP..... 8		8⇒CP6
CP5a. Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfants du tout ?	À ce moment..... 1	Plus tard..... 2	1⇒CP8B
	Ne voulait plus d'enfants..... 3		2⇒CP8B 3⇒CP8B
CP6. Certains couples utilisent différents moyens ou méthodes pour retarder ou éviter une grossesse. En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	Oui..... 1	Non..... 2	2⇒CP8A

<p>CP7. Quelle méthode utilisez-vous?</p> <p><i>Ne suggérez pas. Si plus d'une méthode mentionnée, encercler tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine..... A Stérilisation masculine..... B Pilule C DIU D Injections..... E Implants..... F Condom..... G Condom féminin H Diaphragme I Mousse/gelée..... J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)..... K Abstinence périodique..... L Retrait M Autre (à préciser) X</p>	
<p>CP8a. Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?</p> <p>CP8b. <i>SI ACTUELLEMENT ENCEINTE</i> : Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou voudriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?</p>	<p>Avoir (un/autre) enfant..... 1 Pas d'autre du tout/Aucun..... 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte..... 3 Indécise / NSP..... 8</p>	<p>2⇒ CP8D 3⇒ MODU E SUIVANT 8⇒ CP8D</p>
<p>CP8c. Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'(un autre) enfant ?</p>	<p>Mois 1 ___ Années 2 ___</p> <p>Bientôt/maintenant 993 Elle ne peut pas tomber enceinte 994 Autre 996 NSP 998</p>	
<p>CP8D. Vérifier CP5:</p> <p><input type="checkbox"/> Actuellement enceinte? ⇒ CP9 <input type="checkbox"/> Pas enceinte ou pas sûre ? ⇒ Continuer avec CP8e</p>		
<p>CP8e. Pensez-vous que vous êtes physiquement apte à être en état de grossesse en ce moment?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8</p>	
<p>CP9. AVEZ-VOUS L'INTENSION D'UTILISER UNE METHODE CONTRACEPTIVE DANS L'AVENIR ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒ MODU- LE SUIV .</p>
<p>CP10. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LAQUELLE VOUS PENSEZ QUE VOUS N'UTILISEZ PAS DE METHODE DANS L'AVENIR ?</p>	<p>Sous-fécondité/stérile 1 Veut autant d'enfants que possible 2 Enquêtée opposée 3 Mari sera opposé 4 Autres personnes opposées 5 Interdits religieux 6 Connaît aucune source 7 Problèmes de santé 8 Peurs des effets contraires 09 Pas accessibles/trop loin 10 Trop cher 11 Pas pratique à utiliser 12 Interfère avec des fonctions naturelles Du corps 13 Autre (à préciser) 14 Ne sait pas 15</p>	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV .
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?		
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI NA AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE, LA BOISSON ET LE THE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQUE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7b. Vérifier MA1:		
<input type="checkbox"/> Actuellement enceinte? ⇒ HA7c		
<input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SURE ? ⇒ CONTINUER AVEC HA7D		
HA7C. EST – CE QUE VOUS AVEZ UTILISE DES PRESRVATIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	
HA7D. EST -CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR SE SOIGER CONTRE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7E. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ UNE PERSONNE, EN MAURITANIE, QUI A LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
		Oui Non NSP
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Au cours de la grossesse	1 2 8
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement	1 2 8

HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES PRODUITS ALIMENTAIRES OU DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA14. Vérifier MN5: A-t-elle effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Passer à HA18A		
<input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec HA15		
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA18
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA17. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL EXIGE?	A demandé le test 1 Proposé et accepté 2 Exigé 3	1⇒MODU- LE SUIV. 2⇒MODU- LE SUIV. 3⇒MODU- LE SUIV.
HA18. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
HA18a. Si elle a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals : EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?		

MODULE SUR L'EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS MAURITANIE, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FIN INTERVIEW
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG8
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A CE MOMENT -LA. VOUS -A-T-ON COUPE QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GENITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Traditionnel 'Exc iseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre (à préciser) : 16 Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre (à préciser) 26 NSP 98	
FG8. <i>Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante</i> <i>Vérifier CM4 et CM6, dans le Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a-t-elle une fille vivante ?</i> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec FG9 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à FG16		
FG9. EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ? SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées :__ __ Aucune fille excisée..... 00	00⇒ FG16
FG10. SUR LAQUELLE DE VOS FILLES A T - ON PROCEDE TOUT RECEMMENT A L'EXCISION ? <i>Enregistrer le nom de la fille.</i>	Nom de la fille : _____	
FG11. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA. A-T-ON ENLEVE QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG13
FG12. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG13. LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG14. QUEL AGE AVAIT (nom) AU MOMENT DE L'EXCISION ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.</i>	Âge de la fille à l'excision__ __ NSP 98	
FG15. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre (à préciser) : 16 Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre (à préciser) 26 NSP 98	
FG16. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue..... 1 Disparaître 2 Cela dépend..... 3 NSP 8	

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC																								
HC1. Quelle est la langue maternelle/langue natale du chef de ménage ?	Arabe 1 Poular 2 Soninke 3 Wolof.....4 Autre langue (à préciser)..... 6																									
HC2. Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	Nbre. de pièces — —																									
HC3. PRINCIPAL MATERIEL DU SOL : Enregistrer l'observation.	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Pierre 13 Matériau fini Ciment 21 Carreau 22 Autre (à préciser)..... 96																									
HC4. PRINCIPAL MATERIEL DU TOIT. Enregistrer l'observation.	Matériau naturel Chaume/feuille de palmier 11 Herbe/bambou/ Planches de bois 12 Natte 13 Tissu 14 Matériau fini Métal (zinc) 21 Bois 22 Tuiles 23 Ciment 24 Autre (à préciser)96																									
HC5. PRINCIPAL MATERIEL DES MURS. Enregistrer l'observation.	Matériau traditionnel Pas de murs 11 Canne/palmes/troncs 12 Motte de terre 13 Pierre avec boue 14 Briques découvertes 15 Bois/métal de récupération 16 Carton 17 Matériau fini Ciment 21 Pierre avec chaux/ciment 22 Contre-plaqué 24 Zinc 24 Autre (à préciser)96																									
HC6. Dans votre ménage, quel type de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	Électricité 1 Gaz naturel 2 Charbon de bois 3 Bois 4 Autre (à préciser)..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8																								
HC7. Dans ce ménage, est-ce que vous cuisinez sur un feu à ciel ouvert, un four ouvert ou un four fermé ? Insister sur le type.	Feu à ciel ouvert 1 Four ouvert 2 Four fermé 3 Autre (à préciser)..... 96																									
HC8. Est-ce que la cuisine est généralement faite dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	À la maison 1 Dans un autre bâtiment 2 À l'extérieur 3 Autre (à préciser)6																									
HC8A. HABITUELLEMENT, EST- CE QUE LES MEMBRES DE MENAGE LAVENT LES MAINS AVEC LE SAVON AVANT LE REPAS ?	Oui1 Non 2																									
HC9. Dans votre ménage, avez-vous : L'électricité ? La radio ? La télévision ? Un téléphone mobile ? Un téléphone fixe? Un réfrigérateur ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Électricité</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Télévision</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone mobile</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone fixe</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Réfrigérateur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ordinateur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Électricité	1	2	Radio	1	2	Télévision	1	2	Téléphone mobile	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur	1	2	Ordinateur	1	2	
	Oui	Non																								
Électricité	1	2																								
Radio	1	2																								
Télévision	1	2																								
Téléphone mobile	1	2																								
Téléphone fixe	1	2																								
Réfrigérateur	1	2																								
Ordinateur	1	2																								

<i>Un Ordinateur Connexion a l'Internet ?</i>	Connexion à l'Internet	1	2	
<i>HC10. Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :</i>		Oui	Non	
<i>Une bicyclette?</i>	Bicyclette	1	2	
<i>Une motocyclette ou un scooter ?</i>	Motocyclette/Scooter	1	2	
<i>Une charrette tirée par un animal?</i>	Charrette avec animal	1	2	
<i>Une voiture ou un camion?</i>	Voiture/Camion	1	2	
<i>Un bateau à moteur?</i>	Bateau à moteur	1	2	

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS
CL

Les questions de ce module doivent être posées à la mère/gardienne de chaque enfant dans le ménage âgé de 5 à 14 ans. Pour les membres de ménage de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laisser les lignes en blanc.

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE.

CL1. No. de ligne.	CL2. Nom	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? <i>Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE?</i>			CL4. <i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? <i>Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux.</i> <i>Enregistrer la réponse, puis ⇒ CL.6</i>			CL5. AU COURS DE L'ANNEE DERNIERE (nom) A-T- IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? <i>Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE?</i>			CL6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ?		CL7. <i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?		CL8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT DES/D'AUTRES TRAVAUX POUR LE MENAGE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?)		CL9. <i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL?	
		1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON ⇒ A CL5	1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON	1 OUI 2 NON ⇒ A CL8	1 OUI 2 NON ⇨ LIGNE SUIVANTE	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON					
LIGNE	NOM	OUI PAYE	NON N. PAYE	NON	NO. D'HEURES	OUI PAYE	NON N. PAYE	NON	OUI NON	NO. D'HEURES	OUI NON	OUI NON	NO. D'HEURES	OUI NON	OUI NON	NO. D'HEURES		
01		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
02		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
03		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
04		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
05		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
06		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
07		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
08		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
09		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
10		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
11		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
12		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
13		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
14		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				
15		1	2	3	___ ___	1	2	3	1	2	___ ___	1	2	___ ___				

HANDICAP

Ce module doit être administré aux personnes en charge des enfants de 2 à 9 ans qui vivent dans le ménage. Pour les membres du ménage de moins de 2 ans ou de plus de 9 ans, laisser les lignes en blanc

JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER S'IL Y'A DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS DANS CE MENAGE QUI ONT L'UN DES PROBLEMES DE SANTE QUE JE VAIS VOUS CITER

DA1. Numéro ligne.	DA2. Nom de l'enfant	DA3. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A OU AVAIT UN RETARD SERIEUX POUR S'ASSEOIR, SE TENIR DEBOUT OU MARCHER ?	DA4. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR VOIR LA LUMIERE DU JOUR OU A LA TOMBEE DE LA NUIT?	DA5. EST -CE QUE (nom) SEMBLE AVOIR DES TROUBLES DE L'AUDITION? (UTILISE UN APPAREIL ACCOUST- IQUE, A DES TROUBLES DE L'AUDITION, TOTALEMENT SOURD)	DA6. QUAND VOUS DEMANDEZ A (nom) DE FAIRE QUELQUE CHOSE, EST CE QU'IL /ELLE COMPREND CE QUE VOUS DITES?	DA7. EST-CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR MARCHER, OU BOUGER LES BRAS OU EST - CE QU'IL/ELLE MANQUE DE FORCE ET/OU A UNE RAIDEUR DANS LE BRAS OU LES JAMBES?	DA8. EST-CE QUE (nom) PIQUE PARFOIS DES CRISES, DEVIENT RAIDE OU PERD CONNAISS- ANCE?	DA9. EST-CE QUE (nom) APPREND A FAIRE DES CHOSSES COMME LES AUTRES ENFANTS DE SON AGE?	DA10. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE PARLER DU TOUT (PEUT-IL /ELLE SE FAIRE COMPR ENDRE EN PARLANT, PEUT DIRE DES CHOSSES RECONNAISS- ABLES)?	DA11. (Pour les enfants de 3-9 ans): EST-CE QUE LA FACON DE PARLER DE (nom) EST DIFFERENTE DE LA NORMALE (PAS ASSEZ CLAIRE POUR QU'IL/ELLE SOIT COMPRIS(E) PAR LES GENS AUTRES QUE SA FAMILLE IMMEDIATE)?	DA12. (Pour les enfants de 2 ans): EST-CE QUE (nom) PEUT NOMMER AU MOINS UN OBJET (PAR EXEMPLE, UN ANIMAL, UN JOUET, UNE TASSE, UNE CUIILLIERE) ?	DA13. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS DU MEME AGE (nom) PARAIT-T- IL/ELLE MENTALE- MENT ARRIERE OU EST-IL/ELLE LENT(E) D'ESPRIT?
LIGNE	NOM	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N
01		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
02		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
03		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
04		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
05		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
06		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
07		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
08		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
09		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
10		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
11		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
12		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
13		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
14		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
15		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2

Module sur les moustiquaires		TN																				
TN1. Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	Oui Non	1 2	2⇒ module suiv.																			
TN2. Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de moustiquaires ____																					
TN3. Est-ce que la moustiquaire (Est-ce que n'importe laquelle des moustiquaires) fait partie des types suivants :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>O</th> <th>Nbr</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TN3o1. Moustiquaire simples</td> <td>1</td> <td>___</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TN3o2. Moustiquaire impregnées</td> <td>1</td> <td>___</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TN3o3. Autres moustiquaires</td> <td>1</td> <td>___</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	Nbr	N	NSP	TN3o1. Moustiquaire simples	1	___	2	8	TN3o2. Moustiquaire impregnées	1	___	2	8	TN3o3. Autres moustiquaires	1	___	2	8	
O	Nbr	N	NSP																			
TN3o1. Moustiquaire simples	1	___	2	8																		
TN3o2. Moustiquaire impregnées	1	___	2	8																		
TN3o3. Autres moustiquaires	1	___	2	8																		
TN3a. Où avez-vous reçu la moustiquaire ?	Secteur public Hôpital 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 PMI 14 Agent de santé communautaire 15 Autre (à préciser)16 Secteur médical privé Clinique privé(e) 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Autres à préciser 26 Autres sources Parent ou ami 31 Magasin / Magasin 32 Guérisseur traditionnel 33 Autre (à préciser).....96 NSP 98																					
TN3b. Combien avez-vous payé pour la moustiquaire ?	OUGUIYA	_____																				
	Gratuit	9996																				
	NSP	9998																				
TN4. Depuis combien de temps possédez-vous la (plus récente) moustiquaire ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si LA REPOSE EST "12 MOIS" OU "1 AN", INSISTER POUR DETERMINER SI LA MOUSTIQUAIRE A ETE OBTENUE IL Y A EXACTEMENT 12 MOIS OU PLUTOT OU PLUS TARD.</i>	Mois	_____																				
	Plus de 24 mois	95																				
	NSP/Pas sûre	98																				
TN5. Depuis que vous avez la moustiquaire, est-ce que vous l'avez (les avez) trempée(s) ou plongée(s) dans un liquide pour tuer/éloigner les moustiques ?	Oui Non NSP	1 2 8	2⇒ module suiv. 8⇒ module suiv.																			
TN6. Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois	_____																				
	Plus de 24 mois	95																				
	NSP/Pas sûre	98																				

MODULE SUR LA MORTALITE MATERNELLE **MM**

Poser les questions de ce module à chaque membre adulte (âgé de 15 ou plus) du ménage. Copier le nom et le numéro de ligne de chaque adulte à partir du questionnaire ménage. Si un des membres adultes n'est pas à la maison, un autre membre adulte peut répondre à sa place. Dans ce cas, encercler le '1' dans MM3, et inscrire le numéro de ligne de cet (te) **autre** enquêté(e) remplaçant(e) « proxy » dans MM4. Pour les membres du ménage de moins de 15 ans, laisser les lignes en blanc.

MM1. Ligne no.	MM2. Nom	MM3. Est-ce que l'information est une information par procuration? 1 oui⇒MM4 2 non ⇒MM5		MM4. N° de ligne de l'enquêté(e) « proxy » (à partir de la feuille d'enregistrement du ménage HL1)	MM5. Combien de sœurs (nées de la même mère) avez-vous ? 98= NSP	MM6. Parmi ces sœurs, combien ont-elles atteint l'âge de 15 ans ? 98= NSP	MM7. Parmi ces sœurs (qui ont au moins 15 ans), combien sont-elles encore en vie ? 98= NSP	MM8. Parmi ces sœurs qui ont atteint l'âge de 15 ans ou plus, combien sont-elles décédées ? 98= NSP	MM9. Parmi ces sœurs qui sont décédées, combien sont-elles décédées quand elles étaient enceintes, au cours d'un accouchement ou dans les six semaines suivant la fin d'une grossesse ? 98= NSP
Ligne	Nom	O	N	Ligne					
01		1	2	---	---	---	---	---	---
02		1	2	---	---	---	---	---	---
03		1	2	---	---	---	---	---	---
04		1	2	---	---	---	---	---	---
05		1	2	---	---	---	---	---	---
06		1	2	---	---	---	---	---	---
07		1	2	---	---	---	---	---	---
08		1	2	---	---	---	---	---	---
09		1	2	---	---	---	---	---	---
10		1	2	---	---	---	---	---	---
11		1	2	---	---	---	---	---	---
12		1	2	---	---	---	---	---	---
13		1	2	---	---	---	---	---	---
14		1	2	---	---	---	---	---	---
15		1	2	---	---	---	---	---	---

MODULE SUR L'IODIZATION		SI
<p>SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DU SEL UTILISE LA NUIT DERNIERE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.</i></p>	<p>Pas iodé 0 PPM 1</p> <p>Moins de 15 PPM..... 2</p> <p>15 PPM ou plus 3</p> <p>Pas de sel à la maison 6</p> <p>Sel pas testé..... 7</p>	

SI2. *Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL6. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible.*

Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME Administrer le questionnaire à la première femme éligible.

Non ⇒ Continuer.

SI3. *Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. Vous devez avoir un questionnaire dont le panneau d'information est rempli pour chaque enfant éligible.*

Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS Administrer le questionnaire à la mère ou gardienne pour le premier enfant éligible.

Non ⇒ Cont. Avant de partir, remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et enregistrer le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.

SI4. *Y a-t-il des hommes éligibles âgés de 15-59 ans qui vivent dans le ménage? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8 A Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque homme éligible.*

Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME Administrer le questionnaire au premier éligible.

Non ⇒ Continuer.



ONS



QUESTIONNAIRE ENFANT

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardienne dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

UF 1. Wilaya :/___/___/ UF2. Moughataa: /___/

UF3. Commune..... /___/___/ Localité :

UF4. N° Grappe _____ UF5. N° de ménage : _____

UF6. Nom de l'enfant : UF7. N° de ligne de l'enfant : _____

UF8. Nom de la mère/gardienne: _____

UF9. N° de ligne de mère/gardienne : _____

UF10. Nom et N° de code de l'enquêtrice : _____

UF11. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ / _____ / _____

UF12. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/gardienne).	Rempli.....1 Pas à la maison.....2 Refusé.....3 Rempli partiellement .....4 Incapacité.....5 Autre (à préciser) :.....6
--	--

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET L'ENFANT ET CERTAINS CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

UF13. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insister : QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.	Date de naissance : Jour NSP jour.....98 Mois Année.....
--	--

UF14. QUEL AGE A (nom) EN MOIS ? INSISTER : pour obtenir l'âge en en mois.	Âge en mois :
---	---------------------

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
BR1. (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1 Oui, pas vu 2 Non 3 NSP 8	1⇒BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée ... 3 Ne sait pas où l'enregistrer 4 Ne voit pas l'utilité de l'état civil 5 Autre (à préciser) 6 NSP 7	
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	
BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âgé de 36 à 49 mois <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8		
BR6. (Nom) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures..... _ _	
BR8. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : <i>Si 'Oui', demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LA GARDIENNE/ENQUETEE)?</i> <i>Encercler toutes les réponses.</i>		
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)?	Livres	Mère A Père B Autre X Person ne Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom)?	Contes	A B X Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons	A B X Y
BR8D. EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	Sortir en dehors	A B X Y
BR8E. JOUER AVEC (nom)?	Jouer avec	A B X Y
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps	A B X Y

MODULE SUR LA VITAMIE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrer la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> -100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, -200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois __ __ NSP .....98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 6</p> NSP 8	

MODULE SUR LE DEPARASITAGE (ALBENDAZOLE) CHEZ LES ENFANTS AGES DE 12-59 MOIS AL		
AL1. (nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN COMPRIME D'ALBENDAZOLE (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? MONTRER LE COMPRIME OU LE FLACON	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
AL2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois __ __ NSP .....98	
AL3. OÙ (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 6</p> NSP 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF																																				
BF1. A-T-IL/ELLE ETEALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3																																				
BF2. EST-IL/ELLE TOUJOURS ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8																																					
<p>BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">O</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?</td> <td>A. Suppléments de vitamines 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3B. EAU ?</td> <td>B. Eau 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?</td> <td>C. Eau sucrée ou jus.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?</td> <td>D. SRO.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?</td> <td>E. Préparation.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS</td> <td>F. Lait.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3G. AUTRES LIQUIDES ?</td> <td>G. Autres liquides.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?</td> <td>H. Aliment solide ou semi-solide.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1	2	8	BF3B. EAU ?	B. Eau 1	2	8	BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus.....1	2	8	BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO.....1	2	8	BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation.....1	2	8	BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS	F. Lait.....1	2	8	BF3G. AUTRES LIQUIDES ?	G. Autres liquides.....1	2	8	BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide.....1	2	8		
	O	N	NSP																																			
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1	2	8																																			
BF3B. EAU ?	B. Eau 1	2	8																																			
BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus.....1	2	8																																			
BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO.....1	2	8																																			
BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation.....1	2	8																																			
BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS	F. Lait.....1	2	8																																			
BF3G. AUTRES LIQUIDES ?	G. Autres liquides.....1	2	8																																			
BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide.....1	2	8																																			
<p>BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5</p> <p><input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant</p>																																						
<p>BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES?</p> <p>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</p>	<p>Nombre de fois ____</p> <p>NSP 8</p>																																					

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (<i>nom local du sachet de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8</p> <p>B. Liquide maison.....1 2 8</p> <p>C. Liquide SRO préemballé....1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien 1</p> <p>Environ la même quantité (ou un peu moins) 2</p> <p>Plus 3</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1</p> <p>Beaucoup moins 2</p> <p>Un peu moins 3</p> <p>Environ la même quantité 4</p> <p>Plus 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS À UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?</p>	<p>Problème dans la poitrine 1</p> <p>Nez bouché 2</p> <p>Les deux 3</p> <p style="text-align: center;">Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>6⇒CA12</p>
<p>CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>

<p>CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?</p> <p>QUELQUE PART AILLEURS</p> <p>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Centre de santé..... B</p> <p>PMI..... C</p> <p>Poste de santé..... D</p> <p>Agent de santé villageois E</p> <p>Autre (à préciser)..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie..... K</p> <p>Autre (à préciser)..... L</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) / ami(e) P</p> <p>Commerce..... Q</p> <p>Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p>	
<p>CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA12</p> <p>8⇒ CA12</p>
<p>CA11. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p>Encercler tous les médicaments mentionnés.</p>	<p>Traitement antibiotique..... A</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen..... R</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA12. Vérifier UF14: L'enfant est-il âgé de moins de 36 mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines .....01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines .....02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé .....03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères.....04</p> <p>Enterré.....05</p> <p>Lissé à l'air libre .....06</p> <p>Autre (à préciser) 96</p> <p>NSP .....98</p>	
<p>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés.</p> <p>Mais NE lui faites PAS de suggestions.</p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter A</p> <p>L'enfant devient de plus en plus malade B</p> <p>L'enfant développe une fièvre C</p> <p>L'enfant a une respiration rapide D</p> <p>L'enfant a des difficultés à respirer E</p> <p>L'enfant a du sang dans les selles..... F</p> <p>L'enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Autre (à préciser) Y</p> <p>Autre (à préciser) Z</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION		IM	
Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.			
IM1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?	Oui, vue .....1 Oui, pas vue.....2 Non.....3	2⇒IM10 3⇒IM10	
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date de vaccination		
	JOUR	MOIS	ANNÉE
IM2. BCG	BCG		
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0		
IM3B. POLIO 1	VPO1		
IM3C. POLIO 2	VPO2		
IM3D. POLIO 3	VPO3		
IM4A. DTC OQ1	DPCoQ1		
IM4B. DTC OQ2	DPCoQ2		
IM4C. DTC OQ3	DPCoQ3		
IM5A. HEPB1 (OU DTCOQHB1)	(DTCOQ)H1		
IM5B. HEPB2 (OU DTCOQ HB2)	(DTCOQ)H2		
IM5C. HEPB3 (OU DTCOQHB3)	(DTCOQ)H3		
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)	ROUGEOLE		
IM7. FIEVRE JAUNE	FJ		
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1		
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2		
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, ou des suppléments de Vitamine A.	Oui .....1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B). Non.....2 NSP.....8	1⇒MODULE SUIV. 2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.	
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.	

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 premières semaines).....1 Plus tard .....2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __ __	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTC OQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois __ __	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	
IM18. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM18A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A	O N NSP Campagne A.....1 2 8	
IM18B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B	Campagne B.....1 2 8	
IM18C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C	Campagne C.....1 2 8	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar .....A Chloroquine .....B Amodiaquine .....C Quinine .....D Combinaison basée sur l'Artémisinine ....E Autre (<i>à préciser</i>) .....H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ....P Aspirine Q Ibuprofen .....R Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar .....A Chloroquine .....B Amodiaquine .....C Quinine .....D Combinaison basée sur l'Artémisinine ....E Autre (<i>à préciser</i>) .....H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ....P Aspirine Q Ibuprofen .....R Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		
ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE COMMENCE À PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ? <i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre 2 3 jours après la fièvre 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	

ENREGISTRER LE CODE DU JOUR OU L'ANTIPALUDEEN A ETE DONNE.		
ML10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU- LE SUIV . 8⇒MODU- LE SUIV .

ML11. Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT QUI VIT DANS LE MENAGE DONT L'ENQUETEE EST LA MERE/GARDIENNE ?
VERIFIER LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE, COLONNE HL8.

OUI. ⇒ FIN DU PRESENT QUESTIONNAIRE ; ET PUIS
PASSER AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS POUR L'ENFANT ELIGIBLE SUIVANT.

NON. ⇒ FIN DE L'INTERVIEW. REMERCIER L'ENQUETEE DE SA COLLABORATION.

SI CET ENFANT EST LE DERNIER ENFANT ELIGIBLE DANS LE MENAGE, PASSER AU MODULE SUR
L'ANTHROPOMETRIE.

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE**AN**

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg).....__ __ . __	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF14: <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 24 mois. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 24 mois ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée..... 1 __ __ __ . __ Taille (cm) Position debout 2 __ __ __ . __	
AN3. NOMET Code du mesureur :	Code __ __	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus 3 Autre (à préciser) 6	

AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.

Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Information sur le Ménage.



QUESTIONNAIRE HOMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME

*Ce questionnaire doit être administré à chaque homme âgé de 15 à 59 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque homme éligible.
Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de l'homme dans l'espace ci-dessous.
Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.*

ME1. Wilaya:...../___/___/	ME2. Moughataa: /___/
ME3. Commune..... /___/___/	Localité:
ME4. N° de grappe : ___ ___ ___	ME5. N° de ménage : ___ ___
ME6. Nom de l'homme : _____	ME7. N° de ligne de l'homme : ___ ___
ME8. Nom et numéro de code de l'enquêteur: _____	ME9. Jour/Mois/Année de l'interview : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
ME10. Résultat de l'interview de l'homme	Rempli 1 Pas à la maison 2 Refusé 3 Rempli partiellement 4 Incapacité 5 Autre (à préciser) 6

Présenter vos salutations à l'homme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

ME11. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance : Mois _ _ NSP mois .....98 Année _ _ _ _ NSP Année 9998	
ME12. QUEL AGE AVIEZ -VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues)..... _ _	
ME13. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒ME17
ME14. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT :	Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3 Coranique 4 Mahadra 5	
ME15. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE À CE NIVEAU ?	Classe/Année _ _	
ME16. Vérifier ME14:		
<input type="checkbox"/> <i>Secondaire/Supérieur/Mahdra ⇒ passer à ME18</i> <input type="checkbox"/> <i>Primaire ou Coranique ⇒ Continuer avec ME17</i>		
ME17. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer les phrases à l'enquête. Si l'enquête ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. <i>L'enfant lit un livre.</i> 2. <i>Les pluies sont en retard cette année.</i> 3. <i>Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.</i> 4. <i>Le travail des champs est dur.</i>	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase..... 3 Pas de carte dans langue qui convient 4 <i>(langue à préciser)</i> Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5	
ME18 QUELLE EST VOTRE LANGUE MATERNELLE ?	Arabe .....1 Poular 2 Soninké .....3 Wolof .....4 Autres (à préciser) :.....5	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ FIN DE L'INTERVIEW
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Non..... 2	
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI NA AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE, LA BOISSON OU LE THE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQUE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA7B. EST – CE QUE VOUS AVEZ UTILISE DES PRESRVATIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	
HA7C. EST CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR SE SOIGER CONTRE LE SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA7D. EST CE QUE VOUS CONNAISSEZ UNE PERSONNE, EN MAURITANIE, QUI A LE SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	

HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse 1 2 8	
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement 1 2 8	
HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES PRODUITS ALIMENTAIRES OU LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA14. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA17
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA16. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL EXIGE?	A demandé le test 1 Proposé et accepté 2 Exigé..... 3	1⇒ FIN DE L'INTERVIEW 2⇒ FIN DE L'INTERVIEW 3⇒ FIN DE L'INTERVIEW
HA17. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui..... 1 Non 2	

ANNEXE G: Malnutrition de L'Enfant (nouvelle méthode : OMS 2005)

Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément mal nourris, Mauritanie, 2007

		Poids pour âge: % dessous -2 SD	Poids pour âge: % dessous -3 SD*	Nombre d'enfants	Taille pour âge: % dessous -2 SD	Taille pour âge: % dessous -3 SD**	Nombre d'enfants	Poids pour taille: % dessous - 2 SD	Poids pour taille: % dessous -3 SD***	Poids pour taille: % dessus +2 SD	Nombre d'enfants
Sexe	Masculin	25,8	7,2	3 904	33,0	14,7	3 904	14,3	3,8	2,2	3 904
	Feminin	23,8	7,6	3 788	29,8	12,7	3 788	12,4	3,6	2,0	3 788
Wilaya	Hodh ECharghi	32,3	8,2	948	39,1	16,6	948	15,1	4,1	1,9	948
	Hodh ELGharbi	27,0	9,2	749	34,1	14,8	749	10,9	3,8	2,0	749
	Assaba	32,4	10,0	868	36,2	15,9	868	14,4	3,9	1,6	868
	Gorgol	34,9	12,1	776	34,7	16,2	776	23,2	6,8	1,1	776
	Brakna	25,8	9,7	658	31,4	13,3	658	18,2	5,9	2,2	658
	Trarza	19,3	4,6	792	25,7	10,1	792	12,2	2,1	1,8	792
	Adrar	27,7	8,5	137	41,6	15,4	137	13,6	2,4	1,4	137
	Nouadhibou	11,0	2,1	264	21,5	9,1	264	5,6	1,0	3,2	264
	Tagant	34,2	14,0	156	41,2	19,8	156	17,6	5,3	3,4	156
	Guidimagma	35,9	12,3	466	40,5	21,5	466	18,3	4,7	0,9	466
	Tiris Zemmour	17,3	4,3	113	41,1	17,2	113	6,4	1,4	3,6	113
	Inchiri	18,2	4,3	16	27,3	12,5	16	19,0	6,3	1,8	16
	Milieu	Nouakchott	12,3	2,3	1 750	21,8	9,0	1 750	7,1	2,0	3,0
Urbain		16,3	4,0	3 150	25,2	10,3	3 150	9,9	2,5	3,0	3 150
	Rural	30,7	9,8	4 542	35,8	16,1	4 542	15,7	4,5	1,5	4 542
Age	< 6 mois	15,6	5,5	806	13,0	4,3	806	17,8	6,9	4,2	806
	6-11 mois	18,0	3,7	936	14,4	3,9	936	18,3	5,4	2,3	936
	12-23 mois	26,1	8,0	1 513	33,0	13,6	1 513	16,5	4,1	1,6	1 513
	24-35 mois	26,7	7,5	1 605	37,4	16,5	1 605	12,2	3,5	2,1	1 605
	36-47 mois	27,6	8,6	1 606	38,4	19,1	1 606	9,1	1,7	1,9	1 606
	48-59 mois	28,4	8,9	1 218	37,7	16,8	1 218	9,9	2,5	1,4	1 218
Niveau d'instruction de la mère	Sans instruction	30,2	9,7	2 331	34,3	16,2	2 331	16,3	5,1	1,3	2 331
	Primaire	22,6	6,6	2 227	29,8	12,3	2 227	12,8	3,7	2,5	2 227
	Secondaire & +	10,6	2,6	948	19,9	7,9	948	7,8	1,3	2,9	948
Indice de Richesse	Coranique/Mahadra	27,6	7,8	2 164	35,3	15,1	2 164	13,2	3,1	2,2	2 164
	Plus pauvre	33,9	11,5	1 934	37,6	17,8	1 934	17,2	4,5	1,1	1 934
	Pauvre	33,6	10,6	1 550	38,9	17,6	1 550	17,9	5,3	1,4	1 550
	Moyen	26,1	7,7	1 403	32,4	13,7	1 403	13,9	4,0	2,4	1 403
	Riche	15,5	3,3	1 450	24,1	9,1	1 450	9,6	2,6	2,7	1 450
	Plus riche	10,2	2,0	1 356	21,1	8,4	1 356	6,2	1,4	3,3	1 356
Total		24,8	7,4	7 692	31,5	13,7	7 692	13,4	3,7	2,1	7 692

* MICS Indicateur 6; MDG Indicateur 4 ;** MICS Indicateur 7 ;*** MICS Indicateur 8