

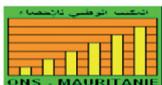
MAURITANIE

Suivi de la situation des femmes et des enfants

Enquête par Grappes
à Indicateurs Multiples
2011



RAPPORT FINAL MICS4 – 2011





L'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Mauritanie (MICS 2011) a été réalisée par l'Office National de la Statistique (ONS) entre mai et octobre 2011. Outre la contribution du Gouvernement Mauritanien, MICS 2011 a bénéficié du financement de l'UNICEF et de l'UNFAP. L'enquête a bénéficié de l'assistance technique du programme Global des enquêtes MICS de l'UNICEF.

Pour tous renseignements concernant MICS Mauritanie 2011, contacter l'ONS, à l'adresse suivante:
BP 240, Nouakchott, Mauritanie
Téléphone (222) 525-30-70; 525-52-15; Fax: (222) 525-52-15;
e-mail: webmaster@ons.mr. internet: www.ons.mr

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

MAURITANIE

Suivi de la situation des femmes et des enfants



Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2011

L'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS4-2011) de Mauritanie est une enquête nationale, auprès des ménages, des femmes âgées de 15 à 49 ans et des enfants de moins de cinq ans.

Les données sont représentatives au niveau national, déclinées selon le milieu de résidence (urbain et rural) et par wilaya (toutefois les wilayas de l'Inchiri et du Tiris-Zemmour ont été regroupées).

Le principal objectif de l'enquête était de recueillir des informations récentes pour suivre les progrès en vue d'atteindre;

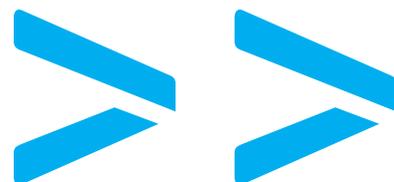
- les *Objectifs du Millénaire pour le Développement* adoptés en septembre 2000 et ceux du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP III°);
- les objectifs du plan d'action d'*Un Monde Digne des Enfants*, adopté en mai 2002.

L'enquête MICS4 fournit des données désagrégées par sexe, milieu de résidence, wilaya, quintile de bien-être économique des ménages et selon le niveau d'instruction atteint par la femme, la mère ou le chef de ménage, permettant d'identifier les disparités dans le pays.





Mortalité des enfants



Le taux de mortalité infantile (probabilité de mourir avant un an) s'élève à 75 pour mille naissances vivantes.

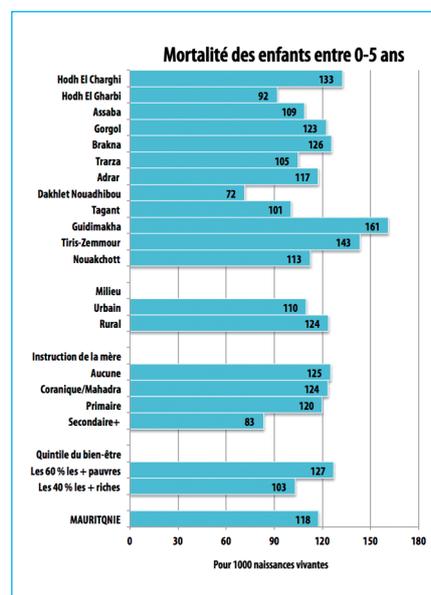
Le taux de mortalité infanto-juvénile (probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans) s'élève à 118 pour mille naissances vivantes.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont plus élevés d'un tiers chez les garçons (respectivement 85 pour mille et 133 pour mille) que chez les filles (64 pour mille et 102 pour mille).

La mortalité est plus élevée en milieu rural (78 pour mille et 124 pour mille) qu'en milieu urbain (70 pour mille et 110 pour mille).

Les taux de mortalité sont les moins élevés dans la wilaya de Dakhlet Nouadhibou (respectivement 49 pour mille et 72 pour mille) et les plus élevés dans celle du Guidimakha (mortalité infantile de 98 pour mille et infanto-juvénile de 161 pour mille).

On constate des écarts selon le niveau d'instruction, et de bien-être économique. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont nettement plus bas pour les enfants de mère ayant le niveau secondaire ou plus. La mortalité baisse globalement avec le niveau de bien-être économique.



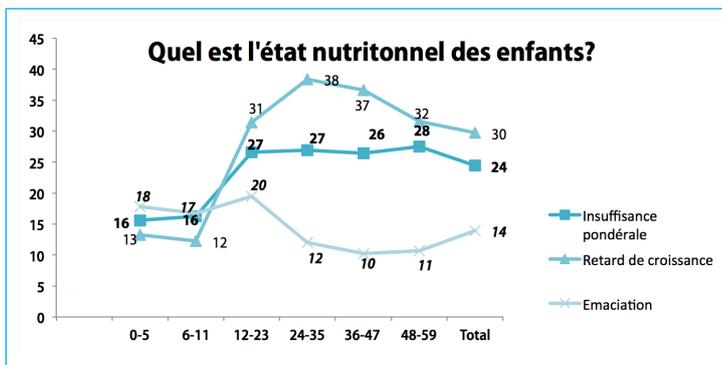


nutrition

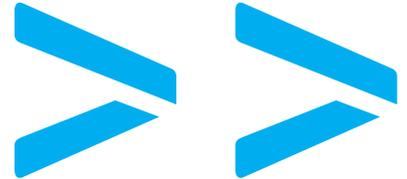
Allaitement et alimentation infantile

L'allaitement au sein moins d'une heure après la naissance est pratiqué par un peu plus de la moitié des mères (56 %). Au total, seulement un peu plus du quart (27 %) des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein, sans différence entre les milieux urbain et rural.

L'alimentation complémentaire adéquate des enfants âgés de six mois à deux ans est particulièrement importante pour la croissance et la prévention de la malnutrition. Or à peine la moitié (48 %) des bébés âgés de 6-8 mois ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous et moins d'un enfant âgé de 6-23 mois sur cinq (19 %) reçoit des aliments solides, semi-solides et mous quotidiennement le nombre minimum de fois requis pour son âge.



État nutritionnel



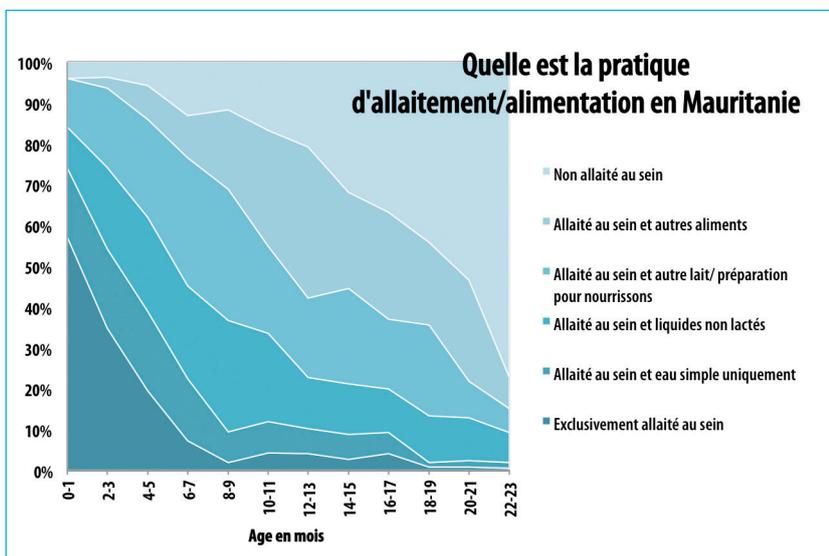
Globalement, un peu moins d'un tiers (30 %) des enfants présente un retard de croissance (rapport taille/âge), et 13 % présentent la forme sévère.

Un quart des enfants de moins de cinq ans (24 %) souffre d'insuffisance pondérale (rapport poids/âge). 8 % ont une insuffisance pondérale sévère. L'insuffisance pondérale est deux fois plus fréquente en milieu rural (avec 30 %, contre 16 % en milieu urbain).

Les enfants dont les mères ont reçu une instruction secondaire ou supérieure sont deux fois moins susceptibles de présenter une insuffisance pondérale que les enfants de mères sans instruction (respectivement 15 % et 30 %).

La prévalence du retard de croissance ne varie pas selon le sexe de l'enfant.

Il existe un écart important selon le niveau de bien-être économique (39 % chez les enfants des ménages les plus pauvres contre seulement 18 % chez ceux des plus riches) et le niveau d'instruction de la mère (sans instruction 33 % et le niveau secondaire et plus 21 %). L'émaciation (rapport poids/taille) touche un enfant mauritanien sur sept (14 %), et 4 % des enfants présentent une émaciation sévère.



nutrition



Iodation du sel

Moins d'un ménage sur dix (7 %) consomme du sel iodé contenant au moins 15 parts par million (ppm) d'iode. Cette proportion varie selon les wilayas, de 1 % au Hodh El Charghi à 15 % à Dakhlet Nouadhibou.

L'usage du sel iodé est plus important en milieu urbain (10 %) qu'en milieu rural (6 %), aucune différence n'est à relever entre les ménages les plus pauvres et les ménages les plus riches.



Supplémentation en vitamine A

Au cours des six mois précédant l'enquête, près de quatre enfants sur cinq, âgés de 6-59 mois (79 %) ont reçu un supplément de vitamine A à dose élevée.

La supplémentation en vitamine A varie beaucoup selon les wilayas, de 50 % au Guidimakha à 96 % au Tiris-Zemmour. Elle est aussi un peu plus élevée en milieu urbain (82 % contre 78 % en milieu rural).

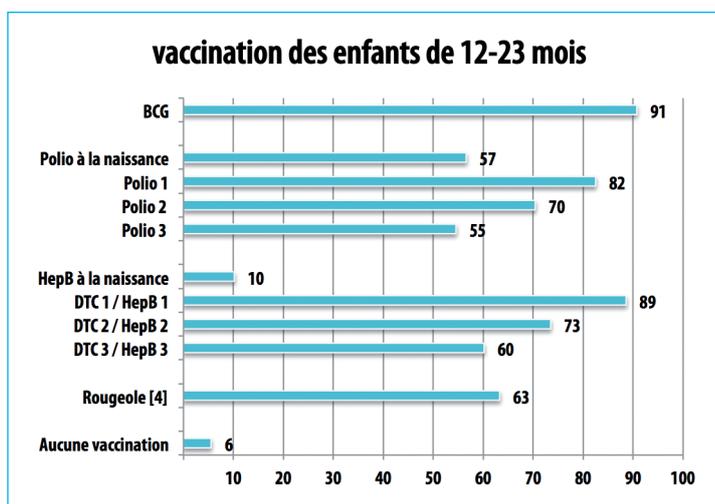


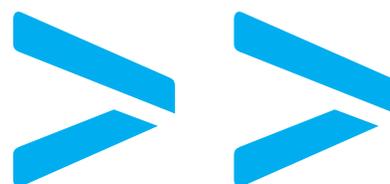
Insuffisance pondérale à la naissance

Un peu moins d'un quart (22 %) des nouveau-nés ont été pesés à la naissance, et environ un tiers d'entre eux (35 %) pèsent moins de 2500 grammes.

Le pourcentage de faible poids à la naissance ne varie pas beaucoup selon les zones urbaines et rurales ou selon le niveau d'instruction de la mère, mais il décroît légèrement avec le niveau de bien-être économique.

santé de l'enfant





Vaccination

Dans l'ensemble, un peu plus d'un tiers (35 %) des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins prévus par le Programme Élargi de vaccination (PEV), mais ils ne sont que 15 % à les avoir tous reçus avant leur premier anniversaire :

- neuf enfants sur dix (91 %) ont reçu le BCG,
- les deux tiers (63 %) ont reçu le vaccin contre la rougeole,
- seuls 55 % ont reçu les trois doses de vaccin contre la poliomyélite
- 60 % les trois doses de Pentavalent (qui combine les vaccins DTCoq et celui contre l'hépatite B).

Aucune wilaya ne dépasse le taux de 52 % d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés. La vaccination est particulièrement faible dans la wilaya du Tagant avec seulement un cinquième (20 %) des enfants complètement vaccinés, et dans une moindre mesure, dans celles du Hodh El Charghi et du Gorgol (30 % dans toutes les deux). Les enfants du milieu rural ont été un peu plus vaccinés que ceux du milieu urbain (41 % contre 35 %).



Vaccin antitétanique chez la femme enceinte

Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, un peu plus d'une sur deux (56 %) est protégée contre le tétanos.

santé de l'enfant



Traitement de la maladie

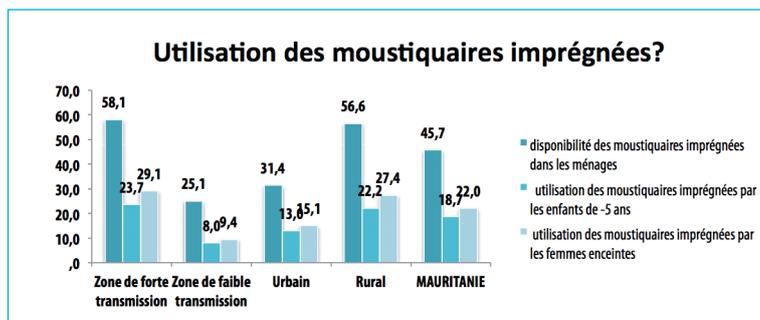
Près d'un enfant de moins de cinq sur six (17 %) a eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Dans l'ensemble, la moitié (48 %) des enfants atteints de diarrhée ont reçu des Solutions de Réhydratation Orale (SRO) ou davantage de liquides. Un tiers (33 %) ont reçu une TRO (SRO ou liquides maison recommandés ou davantage de liquides) avec poursuite de l'alimentation, tel que recommandé.

La proportion d'enfants atteints de diarrhée qui ont reçu une TRO avec poursuite de l'alimentation varie fortement entre les wilayas (de 9 % dans l'A drar à 39 % au Guidimakha).

Dans l'ensemble, 3 % des enfants de moins de cinq ans ont présenté des signes correspondant à la pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Parmi ces enfants, un peu moins de la moitié (43 %) ont été emmenés chez un prestataire de santé approprié et un peu moins d'un tiers (30 %) ont reçu une antibiothérapie.

Le recours à l'antibiothérapie est bien plus élevé en milieu urbain (42 %) qu'en milieu rural (25 %) et il est faible parmi les enfants des ménages les plus pauvres (16 %) et les enfants dont les mères/gardiennes n'ont pas d'instruction (21 %).



Paludisme

En Mauritanie, deux tiers des ménages (67 %) ont au moins une moustiquaire, et moins de la moitié (46 %) ont au moins une moustiquaire imprégnée (MI).

La disponibilité des moustiquaires est nettement supérieure dans les zones à forte transmission de paludisme, où les trois quarts (76 %) des ménages possèdent au moins une moustiquaire et 58 % possèdent au moins une moustiquaire imprégnée (MI).

Dans les zones de forte transmission, on observe peu de différence sur disponibilité de moustiquaire selon le milieu urbain/rural, mais cette disponibilité augmente avec le niveau d'instruction du chef de ménage.

Un enfant sur cinq, de moins de cinq ans (19 %), et près d'un quart des femmes enceintes (22 %) dorment sous une MI. L'utilisation de moustiquaire est un peu plus importante dans les zones à forte transmission, où 24 % des enfants des moins de cinq et 29 % des femmes enceintes dorment sous une MI. Dans ces zones, parmi les ménages possédant au moins une MI, près de quatre enfants sur dix (37 %) dorment effectivement sous une MI.

Le principal symptôme du paludisme est la fièvre. Dans l'ensemble de la Mauritanie, un enfant sur dix (11 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. La prévalence de la fièvre est pratiquement identique dans les zones à forte transmission du paludisme.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, un cinquième (20 %) ont été traités avec des antipaludiques « appropriés » et moins d'un sur dix (9 %) ont reçu ces antipaludiques dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre.

L'administration d'antipaludéens aux enfants fiévreux n'est pas plus importante dans les zones à forte transmission.

Le recours au diagnostic du paludisme est très faible: seuls 5 % des enfants de moins de cinq ans souffrant de fièvre ont fait le test au niveau national, et 4 % dans les zones à forte transmission.

Par ailleurs, parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals au cours de leur dernière grossesse dans les deux dernières années, seules 20 % ont reçu le traitement préventif intermittent (TPI) de prévention du paludisme.

Le pourcentage de femmes ayant reçu le TPI est trois fois plus élevé dans les zones à forte transmission (25 %) que dans les zones à faible transmission (9 %).



Eau et Assainissement



Lavage des mains

Lors de l'enquête, le lieu dédié au lavage des mains n'a été observé que dans la moitié des ménages. Plus de la moitié (56 %) avait à la fois de l'eau et du savon à l'endroit désigné.

Au total, deux tiers des ménages (66 %) ont du savon quelque part dans le logement. Cette proportion est plus grande dans le milieu urbain (79 % contre 57 % dans le milieu rural) et augmente fortement avec le niveau d'instruction du chef de ménage et le niveau de richesse.



Utilisation de sources d'eau améliorées

Dans l'ensemble, plus de la moitié (53 %) de la population utilise une source améliorée d'eau de boisson : 59 % en milieu urbain et 48 % en milieu rural. La situation la plus critique est dans la wilaya du Hodh El Gharbi, avec seulement 28 % de la population utilisant une source améliorée.

L'accès aux sources améliorées augmente fortement avec le niveau de richesse des ménages : de 28 % chez les plus pauvres à 71 % chez les plus riches.

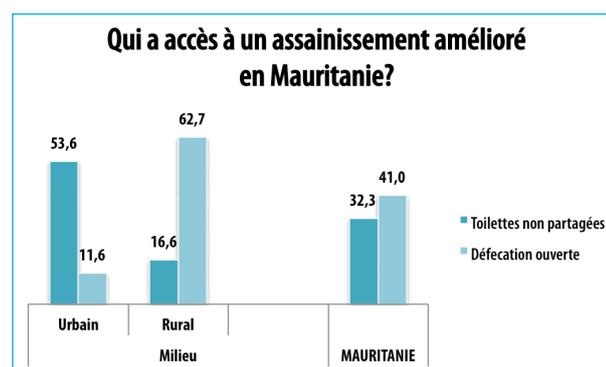
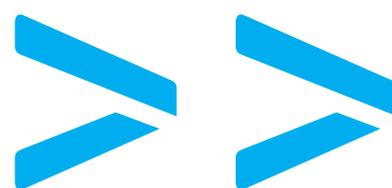
Les trois quarts de la population (75 %) ne font recours à aucune méthode de traitement. Parmi la population utilisant des sources d'eau de boisson non améliorées, moins d'un tiers (29 %) ont recours à une méthode appropriée de traitement de l'eau.

Utilisation d'installations sanitaires améliorées

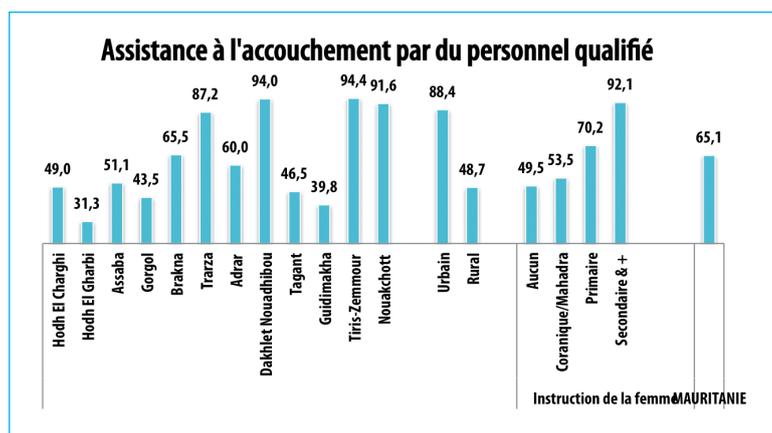
Dans l'ensemble de la Mauritanie, 41 % de la population ne dispose d'aucune forme de toilette et défèque à l'air libre. Seul un tiers de la population utilise des toilettes améliorées non partagées avec d'autres ménages.

L'utilisation de toilettes améliorées non partagées est nettement supérieure en milieu urbain (53 %) qu'en milieu rural (17 %). Au total, une personne sur cinq (21 %) utilise à la fois une source d'eau améliorée et des toilettes améliorées non partagées.

Ce pourcentage est trois fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (34 % contre 11 %).



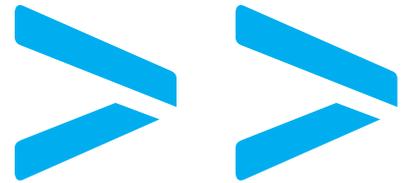
Santé de la femme



Contraception et besoins non satisfaits

La prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, chez les femmes de 15-49 ans actuellement mariées est seulement de 11 %.

La contraception est quatre fois plus utilisée par les femmes vivant en milieu urbain (20 %) que celles du milieu rural (5 %). Chez les femmes actuellement mariées, les besoins non satisfaits en matière de contraception s'élèvent à 31 %.



Soins prénatals

La couverture des soins prénatals par un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) est relativement élevée en Mauritanie. Près de neuf femmes sur dix (84 %) ayant accouché au cours des deux années précédentes ont été suivies en consultation prénatale par un personnel qualifié.

La couverture est plus élevée en milieu urbain (92 %) qu'en milieu rural (79 %) et augmente avec le niveau d'instruction et avec le niveau de bien-être économique.

Près de la moitié des femmes (48 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales comme l'OMS et l'UNICEF le recommandent. Ce taux est plus important en milieu urbain (56 %) et dans les wilayas de Dakhlet Nouadhibou (64 %) et Trarza (63 %).

Assistance à l'accouchement

Deux tiers (65 %) des naissances survenues au cours des deux années précédant l'enquête ont été assistées par un professionnel de la santé qualifié. L'assistance qualifiée à l'accouchement est deux fois plus élevée en milieu urbain (88 %) qu'en milieu rural (49 %).

Plus une femme est instruite, plus elle est susceptible d'avoir accouché avec l'assistance d'un intervenant qualifié.

Deux tiers des naissances ont lieu dans une structure de santé et une naissance sur trois se produit à domicile. La région de Dakhlet Nouadhibou a la plus forte proportion d'accouchements dans une structure de santé (95 %), suivie de Nouakchott (92 %). Le Hodh El Charbi a la proportion la plus faible (33 %).



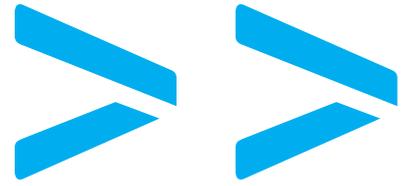
Mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle en Mauritanie pour la période 2004-2011 est de 715 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Il reste très élevé et ne semble pas évoluer significativement (le ratio de mortalité maternelle était de 747 pour 100 000 NV selon l'EDS 2000-2001).

Développement du jeune enfant





Éducation et apprentissage de la petite enfance

Seul un enfant âgé de 36-59 mois sur sept (14 %) suit un apprentissage préscolaire organisé. Ce type d'apprentissage est quatre fois plus fréquent en milieu urbain (27 %) qu'en milieu rural (6 %).

L'accès au préscolaire est semblable pour les filles et pour les garçons, mais varie fortement avec le niveau de bien-être économique: 41 % des enfants de 36-59 mois vivants dans les ménages les plus riches fréquentent l'école maternelle, alors qu'ils ne sont que 2 % parmi les ménages les plus pauvres.

Plus de la moitié des enfants de 36-59 mois (55 %) se sont adonnés à plus de quatre activités favorisant l'apprentissage et la préparation à l'école, accompagnés d'un adulte, durant les 3 jours précédant l'enquête.

Quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (40 %) disposent d'au moins deux jouets dans leur ménage. Seules 6 % des mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans déclarent utiliser des livres d'enfants ou livres d'images.

Près d'un quart des enfants âgés de 0-59 mois (22 %) ont été laissés sous la garde d'autres enfants, et 15 % ont été laissés seuls durant la semaine précédant l'interview. En combinant les deux indicateurs de garde, il ressort que plus d'un quart (26 %) des enfants ont été laissés avec une garde inadéquate pendant la semaine précédant l'enquête.

Indice de Développement du Jeune Enfant

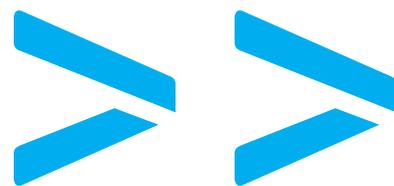
L'enquête MCIS a utilisé dix critères pour calculer l'Indice de Développement du Jeune Enfant (IDJE). En Mauritanie, selon cet indice, 58 % des enfants âgés de 36-59 mois sont en bonne voie de développement. L'IDJE est sensiblement plus élevé chez les enfants fréquentant un établissement préscolaire (75 %) que chez ceux qui n'en fréquentent pas (55 %).

L'analyse des quatre domaines du développement de l'enfant montre que la quasi-totalité (94 %) des enfants est sur la bonne voie dans le domaine physique et 90 % dans le domaine de l'apprentissage. En revanche, ils sont beaucoup moins à être sur la bonne voie dans les domaines du socioaffectif (56 %) et de l'alphabétisme - capacité de calcul (19 %).

Dans tous les domaines, le score est plus élevé chez les enfants vivant dans les ménages les plus riches, et ceux fréquentant un établissement préscolaire et parmi les enfants plus âgés.



Éducation et alphabétisation



Alphabétisation

Près de six femmes sur dix âgées de 15-24 ans (57 %) sont alphabétisées. Le taux d'alphabétisation chez les jeunes femmes est nettement plus élevé en milieu urbain (70 %) qu'en milieu rural (46 %). Ce taux augmente sensiblement avec le niveau de bien-être économique : de 27 % parmi les jeunes femmes des ménages les plus pauvres à 80 % dans les ménages les plus riches.

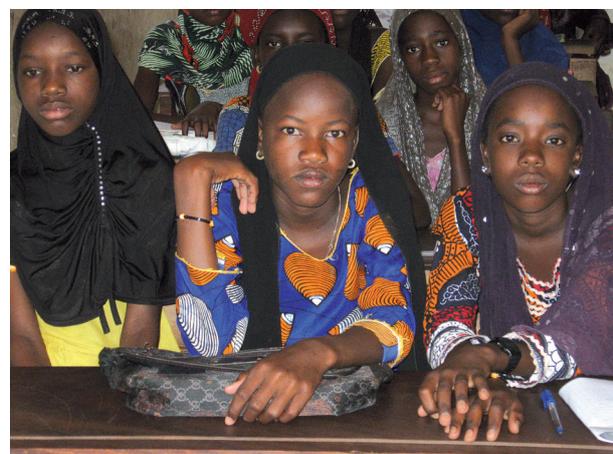
Fréquentation de l'école primaire et secondaire

Dans l'ensemble, 61 % des enfants en âge scolaire primaire fréquentent effectivement une école primaire. Ce qui indique que 40 % ne sont pas scolarisés.

Le taux net de fréquentation primaire est nettement plus important en milieu urbain (72 %) qu'en milieu rural (55 %). Ce taux varie significativement d'une wilaya à l'autre : de 43 % en Assaba à 85 % au Tiris-Zemmour. Le taux de fréquentation primaire est 83 % chez les enfants des ménages les plus aisés, seulement de 45 % chez les plus pauvres.

Le taux net de fréquentation du secondaire est plus de deux fois inférieur à celui du primaire. Seul un quart des enfants en âge de fréquenter le secondaire y va effectivement. Un tiers est encore au primaire.

43 % des enfants de 12 à 17 ans ne sont pas scolarisés du tout. L'écart entre milieu urbain et milieu rural est prononcé, avec des taux respectifs de 38 % et 14 %.





Taux de survie et achèvement de l'enseignement primaire

Parmi les enfants débutant en première année, huit sur dix atteindront la dernière année. Ce taux varie peu selon le sexe de l'enfant ou son milieu de résidence. Le taux d'achèvement brut du primaire en Mauritanie est de 76 %. Il est légèrement supérieur chez les garçons (78 %) que chez les filles (75 %) et augmente avec le niveau de bien-être économique.

Le taux de transition du primaire au secondaire est estimé à 67 % : les deux tiers des enfants ayant fréquenté la dernière classe de l'école primaire l'année précédente, fréquentent cette année la première année de l'école secondaire. Ce taux est plus élevé en zone urbaine qu'en milieu rural (75 % contre 56 %). Ce taux varie de 48 % en Adrar à 83 % au Gorgol ou au Tiris-Zemmour.

Parité entre les sexes

L'indice de parité des sexes (IPS) à l'école primaire est légèrement supérieur à 1 (1,05), ce qui signifie que le taux net de fréquentation du primaire est un peu plus élevé chez les filles que chez les garçons.

En revanche, il n'est que de 0,84 au niveau de l'enseignement secondaire dénotant un écart important en défaveur des filles, dans la fréquentation du secondaire.

L'IPS au secondaire est particulièrement faible au Guidimakha (0,52), ainsi que chez les enfants vivant en milieu rural en comparaison à ceux vivant en zone urbaine (0,67 contre 0,92).

Protection de l'enfance

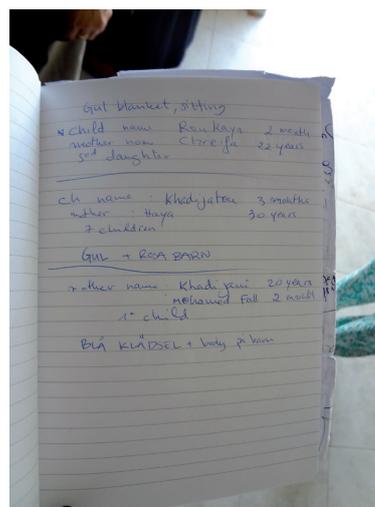
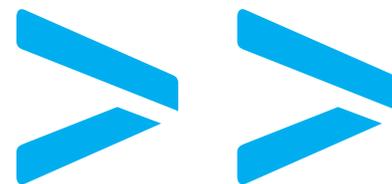


Enregistrement des naissances

59 % des naissances ont été enregistrées à l'état civil en Mauritanie.

Il n'y a pas de différence dans l'enregistrement des garçons et des filles. L'écart est important entre milieu urbain (75 % d'enfants enregistrés) et rural (48 % d'enfants enregistrés).

Les enfants des ménages les plus pauvres ont nettement moins de chance d'être enregistrés à l'état civil (33 %) que ceux des ménages les plus riches (84 %).

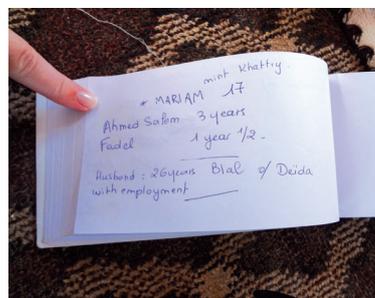


Travail des enfants

Près d'un quart (22 %) des enfants de 5-14 ans sont impliqués dans le travail des enfants :

- soit effectuent plus de 28 heures de travail domestiques par semaine,
- soit effectuent un travail économique.

La prévalence du travail des enfants est plus de deux fois plus élevée en milieu rural (27 %) qu'en milieu urbain (12 %). Elle est quatre fois plus élevée dans les ménages les plus pauvres (36 %) que dans les ménages les plus riches (8 %). Le travail des enfants est similaire pour filles et garçons.



Discipline des enfants

En Mauritanie, près de neuf enfants sur dix (87 %), âgés de 2-14 ans, ont fait l'expérience d'une discipline violente, en étant soumis à au moins une forme de punition psychologique ou physique par leurs mères ou d'autres membres du ménage.

Plus important encore, plus d'un quart (28 %) des enfants ont été soumis à des châtiments physiques sévères et plus d'un tiers de femmes (36 %) ou mères/gardiennes pensent que les enfants doivent être punis physiquement.

La violence s'observe dans tous les milieux : on observe peu d'écarts par sexe de l'enfant, milieu rural/urbain, niveau de bien-être économique ou niveau d'instruction de la mère. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les wilayas de l'Assaba, du Guidimakha et du Hodh El Gharbi (93 %, 86 % et 83 % respectivement).

Protection de l'enfance



Mariage précoce, polygamie et mariage intergénérationnel

Environ un quart (26 %) des jeunes femmes âgées de 15-19 ans sont actuellement mariées. Cette proportion varie beaucoup entre zones urbaines (18 %) et rurales (32 %), et elle est très liée au niveau d'instruction (48 % parmi les femmes non instruites pour seulement 13 % pour les filles de niveau secondaire ou plus).

Le mariage précoce, avant l'âge de 15 ans, a concerné 15 % des femmes actuellement âgées de 15-49 ans. Le mariage avant 18 ans a concerné 37 % des femmes actuellement âgées de 20-49 ans.

Le mariage précoce diminue avec le niveau d'instruction de la femme : seulement 6 % des femmes de niveau secondaire ou plus ont été mariées avant l'âge de 15 ans, contre 20 % pour les femmes sans instruction.

En outre, plus d'une femme mariée sur dix reste en union polygame. La polygamie est particulièrement élevée au Guidimakha (29 %). Plus d'un quart des femmes âgées de 20-24 ans sont actuellement mariées à un homme plus âgé qu'elles de dix ans ou plus (29 %) ; 15 % des femmes âgées de 15-19 ans sont actuellement mariées à des hommes plus âgés qu'elles de dix ans ou plus.



Violence domestique

Près de quatre femmes sur dix (38 %) en Mauritanie estiment qu'un mari a le droit d'exercer sur sa femme une violence physique ou morale dans certaines situations. La proportion de femmes qui approuvent ces violences est plus importante dans les ménages les plus pauvres (47 %), et parmi les femmes les moins instruites (48 %).

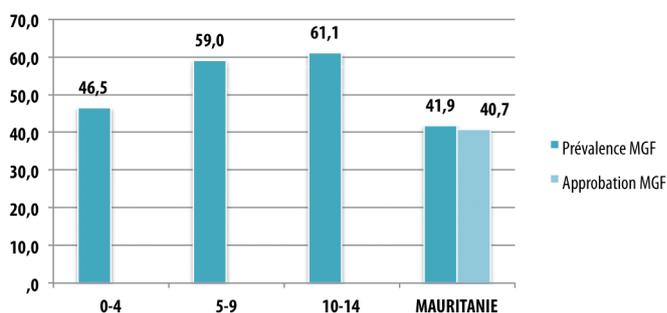
Mutilation génitale féminine/excision

Près de sept femmes de 15-49 ans sur dix ont subi une forme de mutilation génitale féminine/excision (MGF/E). La mutilation génitale est plus élevée en milieu rural (81 %) qu'en milieu urbain (57 %).

Elle diminue avec le niveau d'instruction de la femme (de 82 % pour les femmes sans aucune instruction à 51 % pour les femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure). Plus de la moitié des femmes (55 %) ont déclaré qu'au moins une de leurs filles vivantes de 0-14 ans avait subi une forme de MGF/E.

Quatre femmes de 15-49 ans sur dix (41 %) estiment que la pratique de la MGF/E doit être poursuivie.

**Attitude et prévalence MGF
chez les filles de 0-14 ans**



VIH/SIDA



Connaissance et transmission du VIH/SIDA

En Mauritanie, près de neuf femmes de 15-49 ans sur dix (89 %) ont entendu parler du SIDA. Toutefois, seulement 29 % connaissent les deux principaux moyens de prévenir la transmission du VIH. Au total, seuls 6 % des femmes de 15-49 ans ont une connaissance approfondie des méthodes de prévention et de transmission du VIH.

Ce pourcentage est trois fois plus élevé en zone urbaine (10 %) contre 3 % en milieu rural. Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage de femmes ayant une connaissance approfondie augmente plus ou moins avec le niveau d'instruction de la femme.

Ces pourcentages et tendances sont similaires parmi les jeunes femmes (de 15-24 ans).

Dans l'ensemble :

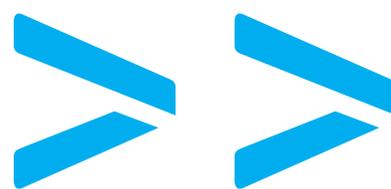
- les deux tiers (65 %) des femmes savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant ;
- le pourcentage des femmes connaissant les trois moyens de transmission de la mère à l'enfant est de 40 % ;
- un quart des femmes ne connaissent aucun des trois moyens spécifiques.

Attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA

En Mauritanie, la quasi-totalité des femmes qui ont entendu parler du SIDA sont d'accord avec au moins une attitude bienveillante (93 %). Mais seulement 6 % expriment des attitudes de bienveillance et d'acceptation sur quatre questions proposées :

- Prendre soin d'un membre de la famille atteint du SIDA.
- Acheter des légumes frais à un vendeur séropositif.
- Penser qu'une enseignante séropositive devrait être autorisée à enseigner dans les écoles.
- Ne pas vouloir garder secret le statut sérologique d'un membre de la famille par rapport au VIH

Le pourcentage de femmes exprimant au moins une, ou bien les quatre attitudes bienveillantes, augmente avec le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. Il est aussi plus important en milieu urbain.



Connaissance d'un endroit pour faire le test de dépistage et recours au test

Un peu moins d'un tiers des femmes savent où faire le test du dépistage du Sida. 16 % déclarent l'avoir déjà effectué.

Seulement 5 % des femmes âgées de 15-49 ans ont été testées et ont reçu le résultat du test (dans les douze mois précédant l'enquête). Ces résultats sont similaires dans la tranche d'âge 15-24 ans.

Tableau récapitulatif des résultats

Indicateurs des Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)
et des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), Mauritanie, 2011

SUJET	NUMÉRO INDICATEUR MICS4	NUMÉRO INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	
MORTALITÉ DES ENFANTS					
Mortalité des enfants	1,1	4,1	Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans	118 ‰	
	1,2	4,2	Taux mortalité infantile	75 ‰	
NUTRITION					
État nutritionnel	Insuffisance pondérale				
	2,1a	1,8	Modérée et grave (- 2 SD)	24,4 %	
	2,1b		Sévère (-3D)	8,2 %	
	Retard croissance				
	2,2a		Modéré et grave (- 2 SD)	29,7 %	
	2,2b		Sévère (- 3 SD)	12,6 %	
	Émaciation				
	2,3a		Modéré et grave (- 2 SD)	13,9 %	
	2,3b		Sévère (- 3 SD)	4,0 %	
	Allaitement et alimentation infantile	2,4		Enfants ayant été allaités	94,8 %
2,5			Mise au sein moins d'une heure après la naissance	55,7 %	
2,6			Allaitement exclusif des moins de 6 mois	26,9 %	
2,7			Poursuite de l'allaitement à 1 an	85,0 %	
2,8			Poursuite de l'allaitement à 2 ans	35,5 %	
2,9			Allaitement prédominant pour les moins de 6 mois	61,0 %	
2,10			Durée moyenne de l'allaitement	19,3 mois	
2,11			Alimentation au biberon	11,0 %	
2,12			Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	47,9 %	
2,13			Fréquence minimum des repas	18,7 %	
2,14			Allaitement approprié à l'âge	44,0 %	
2,15			Fréquence alimentation lactée pour enfants non allaités au sein	53,2 %	
Iodation du sel		2,16		Consommation de sel iodé	7,3 %
Vitamine A		2,17		Supplémentation en vitamine A (enfants moins de 5 ans)	79,4 %
Insuffisance pondérale à la naissance		2,18		Nourrissons de poids insuffisant à la naissance	34,7 %
	2,19		Nourrissons pesés à la naissance	22,1 %	
SANTÉ DE L'ENFANT					
Vaccinations	3,1		Couverture vaccinale contre la tuberculose	90,7 %	
	3,2		Couverture vaccinale contre la poliomyélite	54,5 %	
	3,3		Couverture vaccinale contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCTCoq)	57,3 %	
	3,4	4,3	Couverture vaccinale contre la rougeole	63,3 %	
	3,5		Couverture vaccinale contre l'hépatite B	57,3 %	
Vaccin antitétanique	3,7		Protection néonatale contre le tétanos	55,7 %	
Traitement des maladies	3,8		Thérapie par réhydratation orale avec alimentation continue	40,4 %	
	3,9		Recours aux soins pour pneumonie présumée	43,0 %	
	3,10		Antibiothérapie de pneumonie présumée	30,4 %	
Utilisation de combustibles solides	3,11		Combustibles solides	59,8 %	
Paludisme	3,12		Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) dans le ménage	45,7 %	
	3,14		Enfants de moins de 5 ans dormant sous n'importe quelle moustiquaire	27,3 %	
	3,15	6,7	Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée (MI)	18,7 %	
	3,16		Usage de diagnostics du paludisme	5,1 %	
	3,17		Traitement antipaludique enfants moins de 5 ans donné le même jour ou le jour suivant	8,6 %	
	3,18	6,8	Traitement antipaludique donné aux enfants de moins de 5 ans	19,7 %	
	3,19		Femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée (MI)	22,0 %	
	3,20		Traitement préventif intermittent du paludisme	18,9 %	
EAU ET ASSAINISSEMENT					
Eau et Assainissement	4,1	7,8	Utilisation de source améliorée d'eau de boisson	53,0 %	
	4,2		Traitement de l'eau	28,8 %	
	4,3	7,9	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	32,3 %	
	4,4		Élimination hygiénique des matières fécales de l'enfant	20,3 %	
	4,5		Endroit pour le lavage des mains	56,3 %	
	4,6		Disponibilité de savon	66,3 %	

SUJET	NUMERO INDICATEUR MICS4	NUMERO INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	
SANTE DE LA REPRODUCTION					
Contraception et besoins non satisfaits	5,1	5,4	Taux de fécondité des adolescentes	71 ‰	
	5,2		Grossesses précoce	23,6 ‰	
	5,3	5,3	Prévalence contraceptive	11,4 ‰	
	5,4	5,6	Besoins non satisfaits en contraception	31,1 ‰	
Santé maternelle et du nouveau-né	Soins prénatals				
	5,5a	5,5	Au moins une fois par le personnel qualifié	84,2 ‰	
	5,5b		Au moins quatre fois par n'importe quel prestataire	48,4 ‰	
	5,6		Contenu des soins prénatals	58,2 ‰	
	5,7	5,2	Personnel qualifié à l'accouchement	65,1 ‰	
	5,8		Accouchement dans une structure de santé	64,5 ‰	
Mortalité maternelle	5,9		Césarienne	9,6 ‰	
	5,13a	5,1	Taux de mortalité maternelle selon la méthode directe	715 pour 100 000	
	5,13b		Taux de mortalité maternelle selon la méthode indirecte	626 pour 100 000	
DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT					
Développement de l'enfant	6,1		Soutien à l'apprentissage	54,5 ‰	
	6,2		Appui du père à l'apprentissage	28,3 ‰	
	6,4		Matériel d'apprentissage : jouets	40,4 ‰	
	6,5		Garde inadéquate	26,1 ‰	
	6,6		Indice de développement du jeune enfant	57,9 ‰	
	6,7		Fréquentation du préscolaire	13,6 ‰	
EDUCATION					
Alphabétisation et Education	7,1	2,3	Taux d'alphabétisation des jeunes femmes	57,4 ‰	
	7,2		Préparation à l'école	5,4 ‰	
	7,3		Taux d'admission à l'éducation primaire	33,7 ‰	
	7,4	2,1	Taux net de scolarisation primaire (ajusté)	61,0 ‰	
	7,5		Taux net de scolarisation secondaire (ajusté)	23,7 ‰	
	7,6	2,2	Enfants atteignant la dernière classe du primaire	78,1 ‰	
	7,7		Taux d'achèvement du primaire	76,4 ‰	
	7,8		Taux de transition à l'école secondaire	66,6 ‰	
	7,9		Indice de parité entre les sexes (école primaire)	1,05 ratio	
	7,10		Indice de parité entre les sexes (école secondaire)	0,84 ratio	
PROTECTION DE L'ENFANT					
Enregistrement des naissances	8,1		Enregistrement des naissances	58,8 ‰	
Travail des enfants	8,2		Travail des enfants	21,5 ‰	
	8,3		Fréquentation scolaire des enfants travailleurs	56,3 ‰	
	8,4		Travail des enfants parmi les étudiants	22,7 ‰	
Discipline de l'enfant	8,5		Discipline violente	86,9 ‰	
Mariage précoce et polygamie	8,6		Mariage avant l'âge de 15 ans	14,8 ‰	
	8,7		Mariage avant l'âge de 18 ans	37,3 ‰	
	8,8		Jeunes femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées	25,7 ‰	
	8,9		Polygamie	10,9 ‰	
	Différence d'âge entre conjoints				
	8,10a		Femmes de 15-19 ans	59,9 ‰	
8,10b		Femmes de 20-24 ans	52,9 ‰		
Mutilation génitale féminine/ excision	8,11		Approbation de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E)	40,7 ‰	
	8,12		Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les femmes	69,4 ‰	
	8,13		Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles	54,8 ‰	
	8,13b		Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles de moins de 5 ans	46,6 ‰	
Violence domestique	8,14		Attitudes envers la violence domestique	37,9 ‰	
Conditions d'accueil des enfants et orphelinat	9,17		Enfants ne vivant pas avec un parent biologique	9,4 ‰	
	9,18		Prévalence d'enfants avec au moins un parent décédé	7,2 ‰	

Tableau récapitulatif des résultats

Indicateurs des Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)
et des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), Mauritanie, 2011

SUJET	NUMÉRO INDICATEUR MICS4	NUMÉRO INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR
VIH/SIDA				
VIH/SIDA, connaissance et attitudes	9,1		Connaissance approfondie sur la prévention du VIH	6,4 %
	9,2	6,3	Connaissance approfondie sur la prévention du VIH chez les jeunes	6,3 %
	9,3		Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH	39,9 %
	9,4		Attitude bienveillante envers les gens vivant avec le VIH	6,2 %
	9,5		Femmes qui savent où faire le test VIH	29,6 %
	9,6		Femmes ayant subi le test VIH et connaissant les résultats	4,6 %
	9,7		Jeunes femmes sexuellement actives ayant subi le test du VIH et connaissant les résultats	3,4 %
	9,8		Conseils sur le VIH lors des soins prénatals	21,1 %
	9,9		Dépistage du VIH lors des soins prénatals	18,9 %



