



Agence Nationale de la Statistique
et de l'Analyse Démographique
et Economique



Recensement Général de la
Population et de l'Habitat
RGPH-5

Rapport d'analyse thématique

Thème 5 : Mortalité et état sanitaire de la population



LA BANQUE MONDIALE
BIRD · ICA



ARAB FUND FOR ECONOMIC
& SOCIAL DEVELOPMENT



Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
Liste des tableaux.....	5
Liste des graphiques.....	6
Résumé	7
INTRODUCTION	10
5.1 CONTEXTE NATIONAL	11
5.2. ASPECTS METHODOLOGIQUES	13
5.2.1. Définition des concepts.....	13
a) Le taux de mortalité juvénile.....	16
b) Le quotient de mortalité juvénile	16
a) Le taux de mortalité infanto-juvénile.....	17
b) Le quotient de mortalité infanto-juvénile	17
5.2.2. Evaluation de la qualité des données	18
5.2.2.1. Rapport de masculinité du nombre de décès par âge en 2023	18
5.2.2.2 Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants	19
5.3 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE	21
5.3.1. Mortalité Générale	21
5.3.1.1. Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence	21
5.3.1.2 Taux brut de mortalité selon les Wilayas et le sexe	22
5.3.1.3 Evolution du taux brut de mortalité	24
5.3.1.4 Comparaison du taux de mortalité en Mauritanie avec ceux des pays limitrophes	24
5.3.2 Esperance de Vie.....	25
5.3.2.1 Evolution de l'espérance de vie et du gain annuel moyen	25
5.3.2.2 Espérance de vie à la naissance selon les trois derniers Recensements et par sexe	26

5.3.2.3	Espérance de vie à la naissance par Wilaya selon le sexe	27
5.3.2.4	Espérance de vie à la naissance par milieu de résidence selon le sexe	28
5.3.2.5	Comparaison de l'espérance de vie à la naissance en Mauritanie avec les pays limitrophes ...	29
5.3.3	Mortalité dans l'enfance	30
5.3.3.1	Mortalité infantile	30
5.3.3.2	Mortalité infanto-juvénile	32
5.3.4	Mortalité Maternelle	35
5.3.4.1	Taux de mortalité maternelle (TMM)	36
5.3.4.2	Rapport de mortalité maternelle (RMM)	36
5.5.	ACCES A L'ASSURANCE MALADIE ET MALADIES CHRONIQUES	41
5.5.1	Accès à l'assurance maladie	41
5.5.2	Maladies chroniques	43
CONCLUSION		45
Bibliographie		47
ANNEXES		48

Sigles et acronymes

Sigles	Signification
1q0	Quotient de mortalité infantile
4q1	Quotient de mortalité juvénile
5q0	Quotient de mortalité infanto-juvénile
ANSADE	Agence Nationale de la Statistique et de l'Analyse Démographique et Economique
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNASS	Caisse Nationale d'Assurance de Sécurité Sociale
e0	Espérance de vie à la naissance
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPCV	Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages
LFR	Loi des Finances Rectificative 333
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
ODD	Objectifs de Développement Durables
RGPH	Recensement Général de La Population et de l'Habitat
RGPHAE	Recensement Général de La Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RMM	Rapport de Mortalité Maternelle
SCAPP	Stratégie de Croissance Accélérée et Prospérité Partagée
SR	Santé de la Reproduction
TBM	Taux Brut de Mortalité
TMM	Taux de Mortalité Maternelle

Liste des tableaux

Tableau 5.1 : Taux brut de mortalité par milieu de résidence et selon le sexe (en ‰), RGPH-5	22
Tableau 5. 2 Taux brut de mortalité (en ‰) selon la Wilaya et le sexe, RGPH-5	23
Tableau 5.3 : Comparaison du taux de mortalité en Mauritanie avec ceux des pays limitrophes, RGPH-5	25
Tableau 5.4 : Evolution de l'espérance de vie et du gain annuel moyen, RGPH-5	25
Tableau 5. 5 : Espérance de vie à la naissance selon les trois derniers Recensements RGPH-5.....	26
Tableau 5. 6: Espérance de vie à la naissance par Wilaya selon le sexe, RGPH-5.....	28
Tableau 5. 7: Espérance de vie à la naissance par milieu de résidence selon le sexe, RGPH-5	29
Tableau 5. 8 : Espérance de vie à la naissance en Mauritanie comparée à celle des pays limitrophes, RGPH-5.....	29
Tableau 5. 9 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), par Wilaya selon sexe, RGPH-5	31
Tableau 5. 10 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), par milieu de résidence selon sexe, RGPH-5.....	31
Tableau 5. 11 : Quotient de mortalité infanto-juvénile (en ‰), par Wilaya selon sexe, RGPH-5	33
Tableau 5. 12: Quotient de mortalité infanto-juvénile (en ‰), par milieu de résidence selon le sexe	33
Tableau 5. 13: Quotient de mortalité des enfants de la Mauritanie et des pays limitrophes, RGPH-5.....	35
Tableau 5. 14 : Taux de Mortalité Maternelle (TMM, en ‰) par milieu de résidence, RGPH-5	36
Tableau 5. 15: Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) par milieu de résidence RGPH-5	37
Tableau 5. 16: Répartition de l'enregistrement des décès survenus au cours des 12 derniers mois à l'état civil par wilaya selon le milieu de résidence, RGPH-5	40
Tableau 5. 17: Répartition (en %) de la population ayant accès à l'assurance maladie, RGPH-5.....	43
Tableau 5. 18 : Répartition (en) de la population souffrant de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) par sexe, RGPH-5	44

Liste des graphiques

Graphique 5.1 : Courbe des rapports de masculinité au décès en Mauritanie en 2023	19
Graphique 5.2 : Nombre d'enfants nés vivants et survivants par groupe d'âges de la mère en Mauritanie en 2023.....	19
Graphique 5.3: Nombre de naissances des 12 derniers et nombre d'enfants encore en vie des 12 derniers mois selon le groupe d'âge des mères en Mauritanie en 20234.....	20
Graphique 5.4 : Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence (en ‰)	22
Graphique 5.5 : Evolution du taux brut de mortalité de 1977 à 2023(en ‰).....	24
Graphique 5.6 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1965 à 2023.....	26
Graphique 5.7 : Espérance de vie à la naissance par wilaya	27
Graphique 5.8 : Evolution de la mortalité infantile de 1988 à 2023	32
Graphique 5.9 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile au cours des quatre RGPH et des opérations démographiques d'envergure nationale.....	35
Graphique 5.10 : Rapport de mortalité maternelle (en 100 000) selon la Wilaya, RGPH 2023	37
Graphique 5.11 : Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) selon l'âge de la mère RGPH 2023	38
Graphique 5.12 : Enregistrement des décès survenus au cours des 12 derniers mois à l'état civil selon la Wilaya (en %), RGPH 2023	39
Graphique 5.13 : Répartition (en%) de la population ayant accès à l'assurance maladie, selon le milieu de résidence, RGPH 2023	41
Graphique 5.14 : Répartition (en%) de la population ayant accès à l'assurance maladie, selon la Wilaya, RGPH 2023.....	42
Graphique 5.15 : Répartition (en %) de la population souffrant de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) par Wilaya.....	44

RESUME

L'analyse de la mortalité à partir du cinquième Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2023 en Mauritanie répond entre autres à un certain nombre d'objectifs en vue du suivi et l'évaluation : (i) du mouvement naturel et de la dynamique de la population ; (ii) des programmes nationaux dont le Cadre de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) ; (iii) des Objectifs du Développement Durables (ODD).

L'étude de la mortalité générale, infanto-juvénile et maternelle permet de mettre à la disposition des décideurs et autres responsables impliqués dans l'élaboration, la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation de programmes sanitaires en vue de la réduction de la mortalité, des informations pertinentes dans ce secteur.

Les données du cinquième RGPH permettent également de cerner le niveau et les tendances de la mortalité dans le pays. Ainsi, il ressort de ces données que le niveau de la mortalité demeure toujours élevé en dépit des efforts consentis par les différents acteurs. En effet, le taux brut de mortalité a connu une baisse remarquable durant les 60 ans passés depuis la première opération démographique réalisée en 1965. De 17‰ en 1965, le taux brut de mortalité est passé à 14,1‰ en 1975 et 10,9‰ en 2013. En 2023, on enregistre 6.1 décès pour 1000 habitants.

Selon le milieu de résidence, on note que le taux brut de mortalité en milieu rural (6,9‰) est plus élevé que celui du milieu urbain (5,4‰). En d'autres termes, sur 100 décès d'individus en milieu urbain, on enregistre 128 décès en milieu rural.

Selon le sexe, les résultats indiquent, cependant, que la mortalité masculine est relativement plus importante que celle des femmes, même si elle accuse une légère baisse. De 2013 à 2023, le taux de mortalité masculine est passé de 11,3‰ à 6,5‰ contre respectivement 10,4‰ et 5,6‰ chez les femmes au cours de la même période. Cela traduit bien une surmortalité masculine dont le rapport est de 116, en 2023. Ainsi, pour 100 décès de femmes on enregistre un peu plus de 106 décès d'hommes.

L'analyse du taux de mortalité infantile (moins d'un an) indique qu'il est passé de 72‰ en 2013 à 33,3‰ en 2023. Les enfants infanto-juvénile (enfant de moins de cinq ans) constituent un groupe très vulnérable. Le niveau de mortalité dans ce groupe d'âges fournit une idée de la prise en charge sanitaire dans le pays et explique en partie l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance.

En Mauritanie, en 2023, sur 1000 enfants qui naissent vivants, environ 46 meurent avant leur cinquième anniversaire. Les résultats du RGPH-5 révèlent une baisse très significative du quotient de mortalité infanto-juvénile qui est passé de 115‰ en 2013 à 46‰ en 2023.

La baisse de la mortalité et notamment celle des enfants de moins de 5 ans s'est traduite par une amélioration de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 60,3 ans en 2013 à 68,9 ans en 2023, soit un gain annuel moyen de 0,9 an qui est supérieur aux gains intercensitaires passés.

Le niveau de la mortalité maternelle, quoiqu'en baisse constante, reste tout de même plus élevés comparativement à certains pays limitrophes. En effet, le rapport de mortalité maternelle est passé de 582 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 à 498 en 2023, soit une amélioration de 84 points en 10 ans.

La situation est plus préoccupante pour les Wilayas du Guidimakha, du Gorgol et de l'Adrar, où chacune enregistre plus 700 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Il s'avère alors indispensable que des efforts supplémentaires soient déployés pour une meilleure prise en charge et un bon suivi des femmes en vue de les permettre de recevoir des soins de qualité durant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période immédiate du post-partum. En effet, il est démontré que partout où les mères sont exposées à la mortalité et à la morbidité maternelle, leurs enfants sont également en risque.

En ce qui concerne l'enregistrement des décès à l'état civil, les résultats du RGPH-5 montrent que la déclaration des décès est faible (33,4) à l'échelle nationale. Toutefois, il existe un énorme fossé entre le milieu urbain (49,5) et le milieu rural (17,9) et d'importantes disparités entre les Wilayas.

Enfin, pour ce qui est de la proportion de la population ayant accès à l'assurance maladie, l'analyse des résultats du RGPH-5 indique qu'avec 10,1 de taux de couverture sur le plan national (14,4 en milieu urbain, 5,2 en milieu rural et 0,5 en milieu nomade), la Mauritanie est encore loin des objectifs du développement (ODD3) qui prônent un accès universel aux services et soins de santé et l'on sait que cet accès est l'une des composantes les plus importantes de la sécurité sociale.

PRINCIPAUX INDICATEURS

Intitulé de l'indicateur	Milieu de résidence		
Mortalité	Urbain	Rural	National
Taux brut de mortalité (‰)			
Ensemble	5,4	6,9	6,1
Homme	5,8	7,5	6,5
Femme	5,0	6,3	5,6
Espérance de vie à la naissance			
Ensemble	69,6	68,2	68,9
Homme	68,8	67,1	68,0
Femme	70,5	69,4	69,9
Quotient de mortalité infantile (‰)			
Ensemble	31,2	35,5	33,3
Garçon	31,9	37,1	34,4
Fille	30,4	33,8	32,1
Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)			
Ensemble	42,7	49,9	46,2
Garçon	42,6	51,1	46,6
Fille	42,8	48,8	45,7
Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)			
Femmes de 10-49 ans	445	549	498
Proportion de la population souffrant de maladies chroniques	4,8	3,0	6,2
Proportion de décès déclarés à l'état civil ()	49,5	17,9	33,4

Source : ANSADE. RGPH-5, 2023

INTRODUCTION

La Mauritanie, à l'instar des autres pays africains, a réalisé son cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) en 2023. La réalisation de ce recensement visait à produire des données fiables pour la planification du développement au niveau central et décentralisé et pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance Accélérée et Prospérité Partagée (SCAPP) vers l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD).

Dans l'analyse thématique des résultats du RGPH-5, la mortalité et la situation sanitaire de la population occupe une place importante. En effet, les événements démographiques (mortalité, la fécondité, la natalité et la nuptialité) sont des indicateurs essentiels pour cerner le niveau de développement humain d'un pays. La mortalité se distinguant par son caractère irréversible et son impact direct sur l'espérance de vie et le bien-être des populations.

La baisse rapide de la mortalité en général et celle des enfants de moins de cinq ans en particulier demeure un objectif prioritaire de santé publique commun à tous les gouvernements des pays en développement. Pour cette raison, depuis quelques décennies, des programmes, des politiques et des initiatives à l'échelle mondiale sont élaborés pour réduire ce phénomène surtout au niveau des populations les plus exposées. Parmi les objectifs de développement durable (ODD) figurent, entre autres, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la mortalité maternelle et la mortalité générale.

C'est pourquoi, dans l'optique d'atteindre les objectifs du développement durable, le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie a initié une série d'actions particulièrement orientées vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses, principales causes de décès dans les pays en développement.

Il convient de noter que l'état-civil est la meilleure source de collecte des données pour étudier la mortalité dans toutes ses composantes (mortalité des enfants, mortalité adulte, mortalité maternelle), mais son niveau actuel ne lui permet pas de jouer ce rôle en Mauritanie. En Mauritanie, les opérations de collecte d'informations telles que les enquêtes d'envergure nationale (MICS, EDS, EPCV ...) et les recensements demeurent donc, en dépit de leur coût élevé, les seules sources permettant d'étudier les phénomènes démographiques comme dans la plupart des pays en développement notamment ceux de l'Afrique.

Phénomène naturel, touchant l'accroissement de la population ou la survie de l'homme, l'espérance de vie ou le degré de bien-être a toujours fait l'objet d'étude des sciences, particulièrement la démographie. En effet, l'étude de la mortalité remonte dans la préhistoire de la démographie. Depuis les tables de décès de John GRANT à Londres, la mortalité est devenue l'une des principales thématiques étudiées, surtout dans les enquêtes démographiques et les recensements de la population.

Le RGPH-5 est réalisé en 2023, est le premier RGPH réalisé par l'ANSADE dans un contexte marqué par l'opérationnalisation et la mise en œuvre de la SNDS 2021-2030 et une amélioration de la situation sanitaire. Cette opération d'envergure nationale fournit des informations sur le niveau et les tendances actuelles de la dynamique économique et sociale de la population. Le présent thème présente les résultats du RGPH-5 sur la mortalité et ses composantes.

5.1 CONTEXTE NATIONAL

L'analyse des résultats du RGPH-5 en matière de mortalité et de situation sanitaire s'inscrit dans un contexte national marqué par des avancées importantes dans le secteur de la santé. En effet, la santé a été placée au cœur des priorités gouvernementales à travers la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP 2016-2030).

Cet engagement politique s'est traduit par une série de programmes

Dans ce cadre, le Plan National de Développement Sanitaire 2020-2030 a été élaboré et mis en œuvre suivant les orientations de la SCAPP. Cet engagement s'est traduit par plusieurs programmes visant à renforcer les fondations à améliorer la situation sanitaire du pays. Parmi ces programmes on peut citer entre autres :

- le « **Renforcement des piliers du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle** » qui comprend plusieurs sous-programmes (a) sous-programme 1 : Développement des ressources humaines de qualité ; (b) sous-programme 2 : Infrastructure et équipements et (c) sous-programme 3 : Financement de la couverture sanitaire universelle.
- Le « **Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile** » avec deux sous-programmes : (a) sous-programme 1 « Réduction de la mortalité maternelle » et sous-programme 2 « Réduction de la mortalité infanto-juvénile » ;
- le « **Renforcement de la lutte contre la maladie** » avec deux composantes : (a) Maladies Transmissibles et (b) Maladies non Transmissibles.

La disponibilisation et la mise en œuvre des directives relatives aux Politiques, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction, l'extension du Forfait obstétrical et le renforcement des capacités opérationnelles de FOSA, ont permis d'améliorer les couvertures en soins maternels et ceux des enfants. En effet, le taux de

couverture prénatale est passé de 64,6 en 2000 à 85,0 en 2023, tandis que l'utilisation des services d'accouchement s'est globalement améliorée passant de 56,9 en 2000 à 70,4 en 2020 puis à 71,3 en 2023. Les indicateurs de santé des enfants de moins de 5 ans tels que la prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et la couverture vaccinale ont également connu des améliorations. En effet, l'IRA est passé de 18,6 à 4,1 et la vaccination DTC3/ Penta 3 est passée de 39,9 à 72,4. La prévalence de la malnutrition aigüe sévère chez les moins de 5 ans est passée de 12,8 à 6,4. (SNIS 2023).

Au-delà des efforts déployés pour améliorer l'environnement global du secteur de la santé, il est indéniable que de réels progrès ont été enregistrés au cours des deux dernières décennies. En outre, le PASS (Programme d'Appui au Secteur de la Santé) a permis de réaliser quelques progrès en matière de restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la décentralisation des responsabilités et des ressources ainsi que le renforcement des capacités de gestion.

Enfin, il y a lieu de noter un accroissement progressif de la part du budget de la santé passant de 4,4 en 2013 à 7 en 2020 et 10 en 2023.

Toutefois, il convient de souligner que les moyens matériels et humains sont très inégalement répartis entre les régions et à l'intérieur de celles-ci entre les centres urbains et les zones rurales. Ce déséquilibre est nettement en faveur des Wilayas de Nouakchott où pourtant, il y a déjà des meilleures infrastructures sanitaires publiques et privées et un nombre de pauvres relativement bas par rapport aux autres Wilayas du pays. Cette situation se reflète sur les indicateurs de mortalité obtenus par ce cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2023.

En somme, bien que les indicateurs de mortalité aient enregistré une baisse remarquable en 2023, il existe cependant quelques défis à surmonter : Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

5.2. ASPECTS METHODOLOGIQUES

5.2.1. Définition des concepts

Décès : c'est la disparition permanente de tout signe de vie à un moment donné postérieur à la naissance vivante, c'est-à-dire la cessation des fonctions vitales après la naissance, sans possibilité de retour à la vie (Gendreau, 1993).

La mortalité est, selon le dictionnaire multilingue de Louis Henry, l'action de la mort sur les populations. De façon générale, l'analyse de la mortalité consiste à mesurer l'impact de la mort sur une population donnée. De façon spécifique, il s'agira de confronter, pour un temps défini, le nombre de décès et le volume de la population étudiée.

Selon la tranche d'âges concernée, on parlera de **mortalité infantile**, pour les enfants de moins d'un an ; de **mortalité juvénile** pour les enfants de 1 à 4 ans révolus n'ayant pas atteint 5 ans exacts et de **mortalité infanto-juvénile** pour les enfants de moins de 5 ans. La **mortalité maternelle**, quant à elle, concerne les femmes en âge de procréer et est liée à la grossesse et à l'accouchement. Les événements associés à ce phénomène sont les morts (décès) suite aux complications de la grossesse, les morts en couches et dans un délai précis après l'interruption de la grossesse. Dans le cadre du RGPH 2023, la population retenue est celle des femmes âgées de 10 à 49 ans répondant aux critères permettant de cerner le phénomène.

La mortalité générale : La mortalité désigne l'action de la mort sur les populations. Ce phénomène se traduit par des événements de décès. Le décès est la disparition permanente de tout signe de vie à un moment donné postérieur à la naissance vivante, c'est-à-dire la cessation des fonctions vitales après la naissance, sans possibilité de retour à la vie (F.Gendreau, 1993).

Taux Brut de Mortalité (TBM) : cet indicateur décrit la mortalité dans la population générale sans référence particulière à un sous-groupe. Il est calculé en rapportant les décès enregistrés dans la population pendant une période donnée (généralement une année) à l'effectif moyenne de cette population. Pour éviter de manipuler des fractions décimales, le taux de mortalité est généralement calculé pour 1.000.

Au niveau global, l'indice qui sera utilisé pour décrire la mortalité dans la population, en tenant compte de l'effectif de celle-ci, est le taux brut de mortalité. Cet indicateur décrit la mortalité dans la population générale sans référence particulière à un sous-groupe. Il est calculé en rapportant les décès enregistrés dans la population pendant une période donnée (généralement une année) à l'effectif moyen de cette

population. Pour éviter de manipuler des fractions décimales, le taux de mortalité est généralement calculé pour 1.000. Dans ce rapport, la population dénombrée pendant la période du recensement sera considérée comme la population moyenne au cours de l'année.

$$TBM = \frac{\text{Nombre de décès enregistrés dans la population au cours d'une période}}{\text{Effectif moyen de la population pendant la période}} \times 1000$$

Le taux brut de mortalité, ne tient pas compte des différences de structure d'âge de ces populations. Pour éliminer l'effet de l'âge, on utilise des taux standardisés à travers la méthode de la population-type. Les taux comparatifs issus de cette méthode correspondent aux taux que l'on observerait dans la population étudiée, si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (structure de la population nationale). Il est calculé en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

$$TCM_j = \sum_{i=1}^n P_i T_{ji}$$

Avec :

TCM_j = Taux Comparatif de Mortalité dans la population j

i : indice de la classe d'âge

n : nombre de classes d'âge

j : indice de la sous-population

p_i : part de la classe d'âge i dans la population de référence

T_{ji} : taux de mortalité observé dans la sous-population j pour la classe d'âge i

Population Moyenne : Il s'agit de la population en milieu de période qui est la somme de la population en début de période et celle en fin de période divisée par deux.

L'espérance de vie à la naissance (e₀) : c'est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né espère vivre si les taux de mortalité observés au moment de sa naissance restent les mêmes tout au long de sa vie. Elle correspond à l'âge moyen au décès dès la naissance. De la même façon, l'espérance de vie peut être définie pour un âge x donné. C'est la moyenne des âges au décès des personnes encore survivantes à l'âge x, pour une génération fictive.

Plusieurs méthodes permettent de calculer l'espérance de vie à la naissance. Ces méthodes dépendent en grande partie de la qualité des données. Dans les pays en développement d'une façon générale, les décès et les âges sont mal déclarés du fait des oublis, de la déficience de l'état civil et de certaines coutumes. Ainsi,

l'espérance de vie à la naissance ne se calcule pas généralement par la méthode directe. Il faudrait faire appel à des méthodes indirectes pour estimer son niveau.

L'espérance de vie à la naissance (e_0) correspond à l'âge moyen au décès dès la naissance. Elle s'obtient à partir de la formule suivante :

$$e_0 = \frac{\sum_{i=1}^{120} S_i}{S_0}$$

Où S_i est le nombre de survivants à l'âge i en début d'année et S_0 correspond à l'effectif total de la population de 0 an.

De la même façon, on peut définir des espérances de vie à un âge x donné (e_x). C'est la moyenne des âges au décès des personnes encore survivantes à l'âge x , pour une génération fictive.

$$e_x = \frac{\sum_{i=1}^{120} S_i}{S_x}$$

Table de Mortalité : elle désigne, à proprement parler, la série des quotients de mortalité observés aux différents âges dans un certain ensemble d'individus. Il peut aussi s'agir d'une collection de tables relatives à un même ensemble d'individus, chacune d'elles décrivant la mortalité de cet ensemble sous une forme particulière, correspondant à une certaine fonction des tables de mortalité. Les tables de mortalité permettent de construire des tables types de mortalité et dégager des indices de niveau de mortalité aux différents âges dans une génération en fonction des données globales ou fragmentaires. L'élaboration d'une table de mortalité nécessite des informations sur les âges, les décès, les quotients et les survivants au sein d'une population donnée.

La mortalité dans l'enfance

Les quotients de mortalité dans l'enfance sont les probabilités de décéder entre les âges x et $x+n$. Le taux de mortalité est une simple proportion des décès d'un âge donné sur la moyenne des survivants entre l'âge x et $x+n$. Il faut distinguer le taux du quotient pour la mortalité dans l'enfance.

Mortalité Infantile : c'est la mortalité des enfants âgés de moins de 1 an, c'est-à-dire ceux qui décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité infantile. Ces derniers mesurent la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire.

Le taux et le quotient ${}_1q_0$ sont identiques parce qu'ils utilisent les mêmes dénominateurs. Cependant, le quotient ${}_1q_0$ reflète la probabilité de décès avant l'âge d'un an, tandis que le taux de mortalité indique le nombre de décès survenus dans un groupe donné d'enfants, généralement pour 1 000 naissances vivantes.

Taux ou quotient de mortalité infantile ${}_1q_0 = \frac{D(0-1)}{N}$
--

Avec : $D(0-1)$ = Décès des individus de 0 à 1 an ;

N = Naissance au cours de l'année

Mortalité Juvénile : c'est la mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans révolus. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité juvénile qui représentent la probabilité de décéder entre le premier et le quatrième anniversaire. Il s'obtient en rapportant les décès survenus entre 1 et 4 ans à l'effectif de la population survivante à 1 an.

Pour la mortalité juvénile et la mortalité infanto-juvénile, il existe pour chacune d'elle deux indicateurs : le **taux** et le **quotient** de mortalité juvénile et le **taux** et le **quotient** de mortalité infanto-juvénile.

a) Le taux de mortalité juvénile

Le taux de mortalité juvénile est définie par la formule suivante: $m(1-4) = \frac{D(1-4)}{Pm(1-4)}$
--

Avec :

$m(1-4)$ = Taux de mortalité des enfants âgés de un à 4 ans révolus.

$D(1-4)$ = Nombre de décès des individus âgés de un à 4 ans révolus.

$Pm(1-4) = (S_1 + S_4)/2$ est la population moyenne pour le groupe d'âge 1-4.

b) Le quotient de mortalité juvénile

Le quotient de mortalité juvénile est définie par la formule suivante: ${}_4q_1 = \frac{D(1-4)}{S_1}$

Avec :

${}_4q_1$ = Probabilité pour un individu qui atteint un an de mourir avant son 5^{ème} anniversaire.

$D(1-4)$ = Nombre de décès des individus âgés de un à 4 ans révolus.

S_1 = Survivants à un an.

Mortalité infanto-juvénile

Mortalité Infanto-Juvénile : c'est la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans. Ce phénomène est mesuré à l'aide des quotients de mortalité infanto-juvénile, qui représentent la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire. Il s'obtient en rapportant les décès entre 0 et 5 ans à l'effectif de la population de 0 an.

a) Le taux de mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité juvénile est définie par la formule suivante : $m(0-4) = \frac{D(0-4)}{P_m}$

Avec :

$m(0-4)$ = Taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans.

$D(0-4)$ = Nombre de décès des individus âgés de moins de 5 ans.

$P_m(0-4) = (S_0 + S_4)/2$ est la population moyenne pour le groupe d'âge 0-4 ans

b) Le quotient de mortalité infanto-juvénile

Le quotient de mortalité infanto-juvénile est $5q_0 = \frac{D(0-4)}{N}$

Avec :

$5q_0$ = Probabilité pour un individu de décéder avant son 5ème anniversaire.

$D(0-4)$ = Nombre de décès des individus âgés de moins de 5 ans.

N = Naissance au cours de l'année.

N.B. : Pour les besoins de comparaison, l'analyse s'intéresse seulement au quotient de mortalité au lieu des taux de mortalité.

La mortalité maternelle :

Mortalité Maternelle : elle se définit par « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (OMS, 1993). Les décès maternels se répartissent en deux groupes : décès par cause obstétricale directe et décès par cause obstétricale indirecte.

- **Taux de Mortalité Maternelle (TMM)**

Cet indicateur exprime le risque de mortalité parmi les femmes en âge de reproduction. Il traduit l'impact de la mortalité maternelle sur la population féminine adulte. Toutefois, il cache l'effet des niveaux différents de fécondité lors des comparaisons entre pays.

$$TMM = \frac{\text{Nombre de décès maternels au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre de femmes de 15-49 ans}} \times 1000$$

- **Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) :**

Il mesure le risque de décès maternel chez les femmes enceintes ou chez celles l'ayant été récemment. Cet indicateur s'obtient en rapportant le nombre de décès maternels au cours d'une période au nombre de naissances vivantes au cours de la même période. Le RMM est habituellement multiplié par un facteur de 100 000.

Souvent assimilé, à tort, au taux de mortalité maternelle, le rapport de mortalité maternelle est l'indicateur le plus souvent employé pour juger la mortalité maternelle, car il exprime mieux le risque obstétrique. Le RMM est le rapport entre le nombre annuel de décès maternels par le nombre de cent mille naissances vivantes au cours de l'année. Cet indicateur n'étant pas une mesure standardisée par âge ne se prête donc pas pour une comparaison dans le temps et dans l'espace.

$$\text{RMM} = \frac{\text{Nombre de décès maternels au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois}} \times 100000$$

5.2.2. Evaluation de la qualité des données

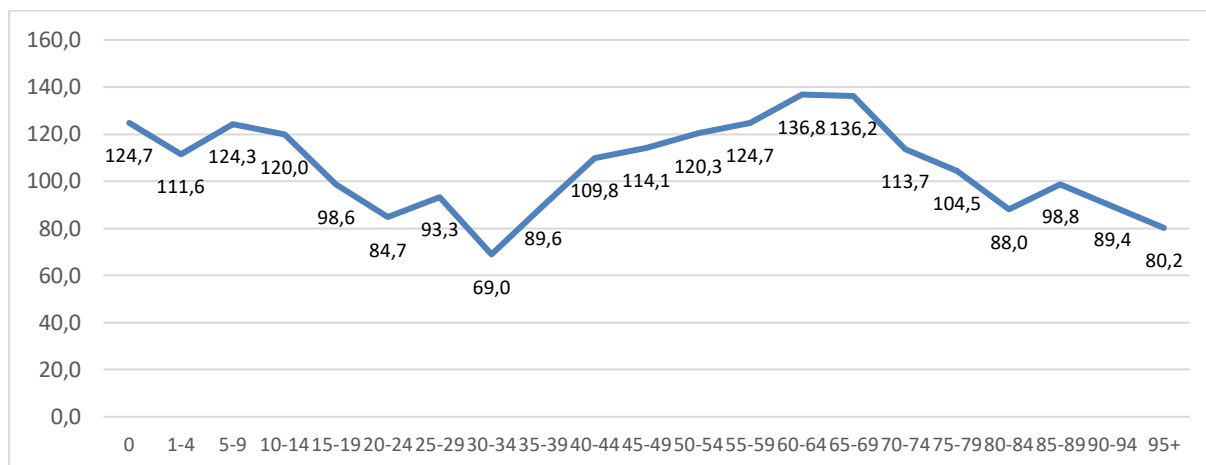
5.2.2.1. Rapport de masculinité du nombre de décès par âge en 2023

La répartition des décès par groupe d'âge et par sexe montre que le nombre de décès est plus élevé chez le sexe masculin pour les bas âges allant de 0 à 14 ans et pour les personnes dont l'âge est compris entre 40 et 80 ans. Par contre, pour les tranches d'âge de 15 à 39 ans, le nombre de décès est plus important chez les femmes. Cette situation est conforme à celle des pays en voie de développement où l'on enregistre une surmortalité féminine aux âges 15 à 19 ans qui correspondent aux âges les plus féconds, comportant ainsi les risques les plus élevés de mortalité maternelle. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, les résultats montrent également le nombre de décès chez les femmes est plus élevé que celui des hommes. Cela s'explique par le fait qu'à cet âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. C'est pourquoi, elles enregistrent plus de décès.

L'allure de la courbe du rapport de masculinité (graphique 5.1) montre une surmortalité masculine. Il varie entre 111,6 et 124,7 pour les bas âges jusqu'à 14 ans et entre 104,5 et 136,8 pour les âges compris entre 40

et 80 ans. Il est inférieur à 100 pour les âges allant de 15 à 39 et pour ceux au-delà de 80 ans. Les détails sont fournis dans le tableau 5.a4 de l'annexe.

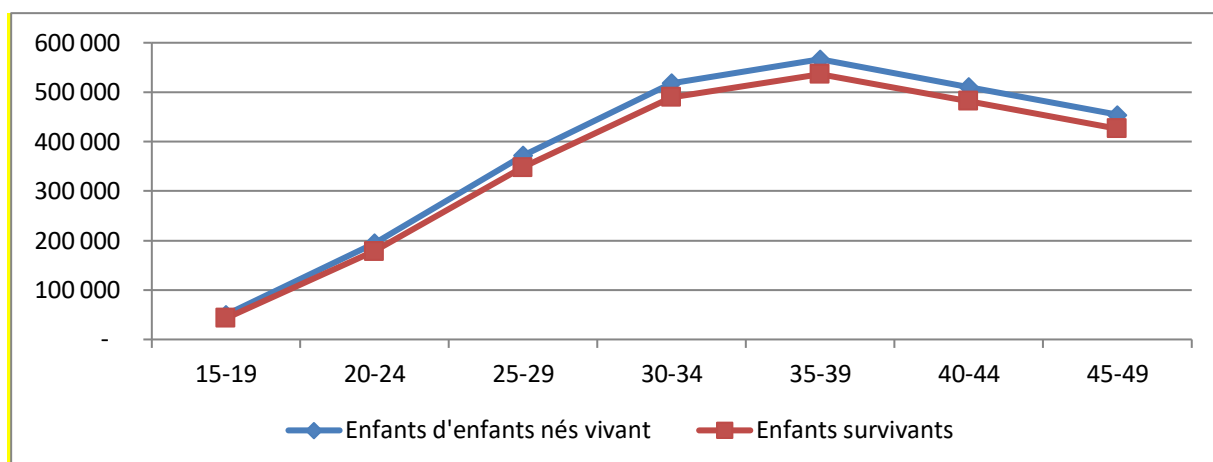
Graphique 5.1 : Courbe des rapports de masculinité au décès en Mauritanie en 2023



5.2.2.2 Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants

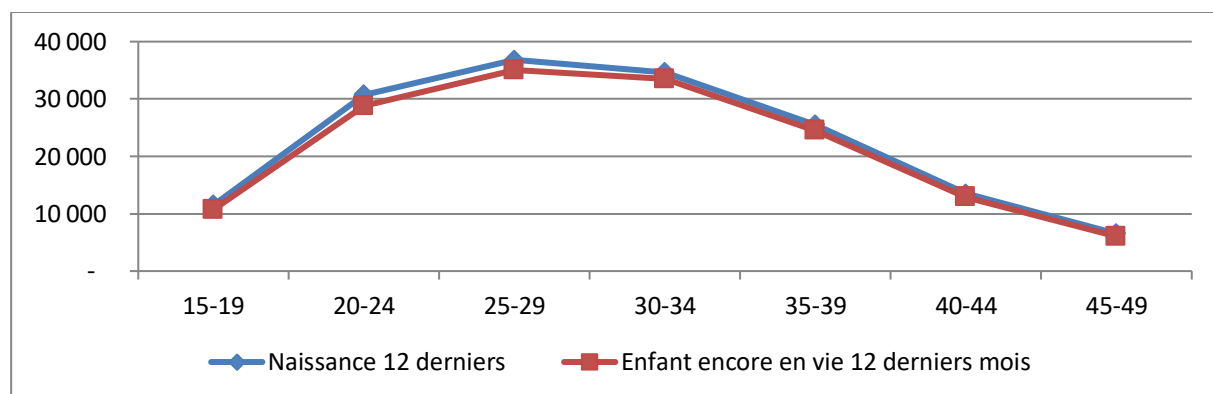
Pour calculer les indicateurs de mortalité, on a souvent eu recours aux méthodes indirectes en utilisant les données portant sur le nombre d'enfants nés vivants et survivants. L'examen du graphique 5.2 indique que les courbes relatives au nombre d'enfants nés vivants et à celle des enfants survivants selon les groupes d'âge des mères sont très rapprochées. Cela signifie que parmi les enfants nés vivants, très peu d'entre eux décèdent. Cette situation justifie la baisse constatée des quotients de mortalité infantiles et infanto-juvéniles. En d'autres termes, l'analyse des données issues des questions portant sur le nombre de naissances vivantes et survivantes peut bien servir à une estimation de la mortalité des enfants.

Graphique 5.2 : Nombre d'enfants nés vivants et survivants par groupe d'âges de la mère en Mauritanie en 2023



Par ailleurs, l'analyse des données relatives aux naissances des 12 derniers mois et celles des enfants encore en vie des 12 derniers mois confirme les résultats obtenus sur la baisse de la mortalité des enfants. La courbe des survivants est en dessous de celle des naissances vivantes et l'écart faible entre les deux représente les décès enregistrés traduit une baisse de la mortalité des enfants en Mauritanie en 2023.

Graphique 5.3: Nombre de naissances des 12 derniers et nombre d'enfants encore en vie des 12 derniers mois selon le groupe d'âge des mères en Mauritanie en 2023



5.3 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE

5.3.1. Mortalité Générale

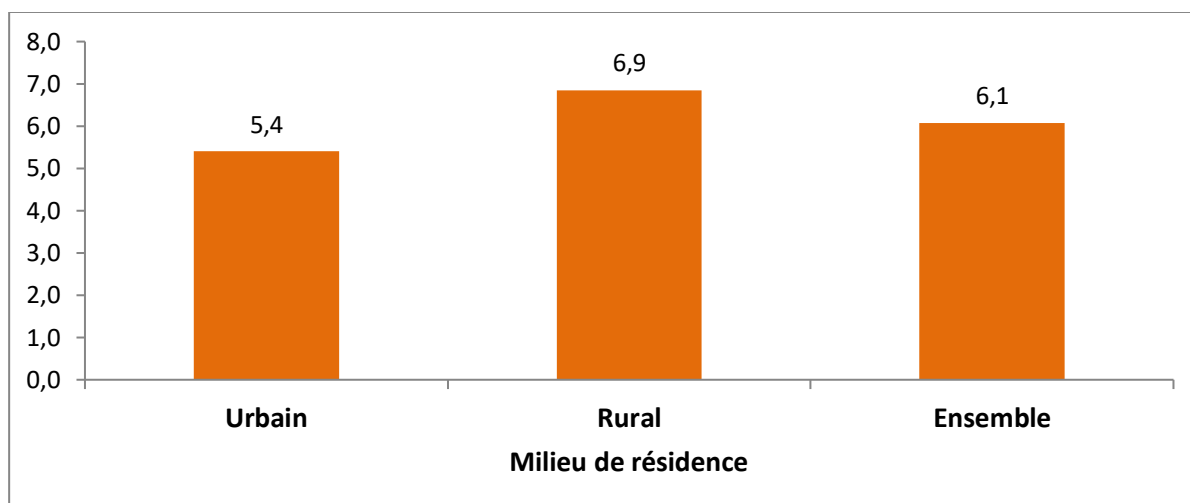
5.3.1.1. Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence

La mortalité reste un phénomène préoccupant pour bon nombre de pays en développement dont la République Islamique de Mauritanie. En effet, le niveau de mortalité reflète le niveau de développement d'un pays. L'analyse du niveau de la mortalité générale en Mauritanie est faite à partir des deux principaux indicateurs que sont : le taux brut de mortalité et l'espérance de vie à la naissance qui ont été obtenus par une approche indirecte du phénomène.

Les données du RGPH-5 montrent qu'en 2023 environ un peu plus de 6 individus meurent annuellement sur 1000 habitants dénombrés. Ce taux indique une baisse significative par rapport à celui enregistré lors du RGPH de 2013 qui était estimé à 10,9‰. Cette baisse est le fruit de multiples actions entreprises pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Ces efforts se font surtout sentir en matière d'offre de santé. C'est en ce sens on constate en 2023 qu'une part non moins importante du budget de l'Etat (10) a été allouée au financement de la santé. En effet, cette part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat est passée de 4,4 en 2013 à 10 en 2023, (LFR, 2023 ministères des Finances).

L'analyse de la mortalité selon le milieu de résidence montre que le niveau de mortalité est plus élevé en milieu rural (6,9‰) qu'en milieu urbain (5,4‰).

Graphique 5.4 : Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence (en ‰)



L'analyse selon le sexe, montre que le taux brut de mortalité pour les masculins (6,5 ‰) est plus élevé que chez les féminins (5,6‰). Cet écart est aussi observé dans les deux milieux de résidence comme l'indique le tableau 5.1 ci-dessous. L'écart entre les deux milieux est plus prononcé en milieu rural (1,2 points entre le sexe masculin et féminin en milieu rural, contre 0,8 point en milieu urbain).

Tableau 5.1 : Taux brut de mortalité par milieu de résidence et selon le sexe (en ‰), RGPH-5

Milieu de résidence	Sexe		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Milieu Urbain	5,8	5,0	5,4
Milieu Rural	7,5	6,3	6,9
Ensemble	6,5	5,6	6,1

Source : ANSADE, RGPH 2023

5.3.1.2 Taux brut de mortalité selon les Wilayas et le sexe

Le tableau 5.2 présente la répartition du taux brut de mortalité par Wilaya de résidence selon le sexe. Il en ressort qu'à l'exception des Wilayas de Dakhlet Nouadhibou et du Tiris Zemmour où le taux brut de mortalité est plus élevé (ou égale) chez les féminins que chez les masculins, toutes les autres Wilayas de la Mauritanie connaissent une surmortalité masculine.

L'analyse selon la Wilaya, nous permet de distinguer trois groupes de Wilayas. Le premier est celui où le taux brut de mortalité est supérieur à la moyenne nationale. Ce groupe concerne les Wilayas de l'Adrar, du Tagant, du Hodh Chargui, de l'Assaba, du Gorgol, du Hodh El Gharbi, du Guidimakha, du Brakna et du Trarza. L'écart entre le taux brut de mortalité de ces neuf Wilayas et celui du niveau national varie entre 0,3 point au Trarza et 1,5 point dans les Wilayas de l'Adrar et du Tagant. Le second groupe est constitué de la seule Wilaya de l'Inchiri qui a un taux de mortalité identique à celui du niveau national. Le dernier groupe composé des Wilayas de Dakhlet Nouadhibou, de Nouakchott-Nord, de Nouakchott-Sud, de Tiris Zemmour et de Nouakchott-Ouest, où le taux de mortalité inférieur à la moyenne nationale. Les Wilayas de l'Adrar et du Tagant, avec un taux brut de mortalité de 7,6‰, sont les zones qui ont le taux le plus élevé en Mauritanie ; à l'inverse, la Wilaya de Nouakchott-Ouest, avec l'influence de la Moughataa la plus nantie (Tevrag Zeina), dispose du taux brut de mortalité le plus faible du pays (3,4‰).

Tableau 5. 2 : Taux brut de mortalité (en ‰) selon la Wilaya et le sexe, RGPH-5

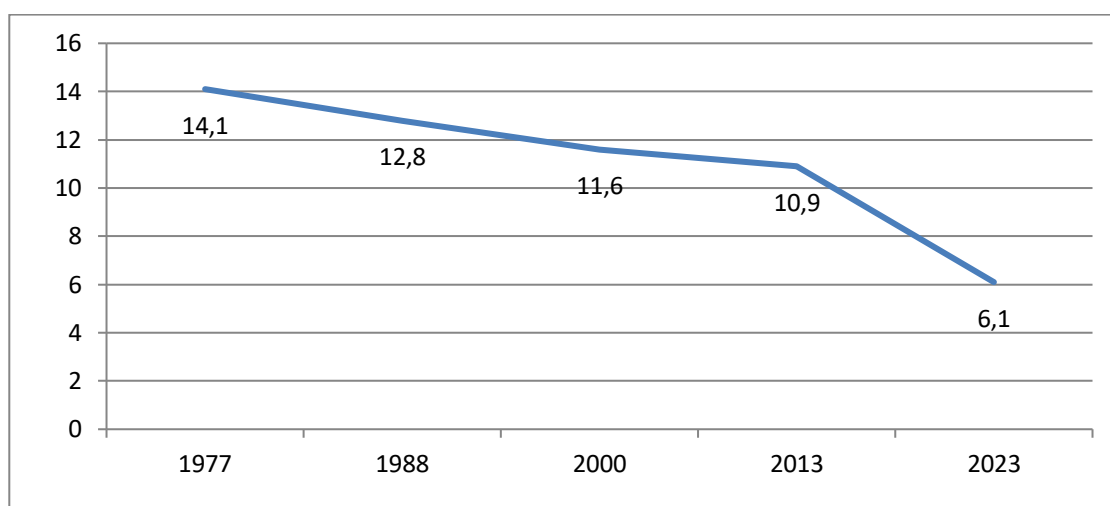
Wilaya	Sexe		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Hodh Chargui	8,3	6,8	7,5
Hodh El Gharbi	7,8	6,2	6,9
Assaba	7,8	6,8	7,3
Gorgol	7,6	6,4	7,0
Brakna	7,0	6,1	6,5
Trarza	6,8	6,0	6,4
Adrar	8,4	6,8	7,6
Dakhlet Nouadhibou	4,8	4,9	4,9
Tagant	8,0	7,2	7,6
Guidimakha	7,0	6,2	6,6
Tiris Zemmour	4,4	4,4	4,4
Inchiri	6,2	6,0	6,1
Nouakchott-Ouest	3,7	3,1	3,4
Nouakchott-Nord	5,0	4,1	4,5
Nouakchott-Sud	4,9	3,9	4,4
Mauritanie	6,5	5,6	6,1

Source : ANSADE, RGPH 2023

5.3.1.3 Evolution du taux brut de mortalité

Le taux brut de mortalité a connu depuis 1977, une baisse progressive malgré son niveau toujours élevé. Il est passé de 14,1 pour mille en 1977 à 6,1 pour mille en 2023, soit une réduction d'au moins 57 en 46 ans. La courbe ci-dessous est révélatrice de la baisse progressive du taux brut de mortalité en Mauritanie.

Graphique 6. 5 : Evolution du taux brut de mortalité de 1977 à 2023(en ‰)



Source : RGPH 1977-2023, ANSADE

5.3.1.4 Comparaison du taux de mortalité en Mauritanie avec ceux des pays limitrophes

En comparant le niveau de mortalité en Mauritanie avec ceux des pays de la sous-région (Tableau 5.3), on se rend compte que malgré une baisse significative du taux brut de mortalité enregistré 2023, il demeure encore supérieur à ceux de trois pays limitrophes (l'Algérie, le Maroc et le Sénégal) mais inférieur à celui du Mali. Par conséquent des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour atteindre les seuils recommandés par les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Tableau 5.3 : Comparaison du taux de mortalité en Mauritanie avec ceux des pays limitrophes, RGPH-5

Pays	Taux de mortalité	Année de référence	Source
Mauritanie	6,1	2023	RGPH5
Sénégal	5,8	2023	RGPH5
Mali	8,9	2022	RGPH5
Algérie	4,3	2022	RGPH6
Maroc	5,1	2024	RGPH7

Source : ANSADE, RGPH 2023 ; RGPH des pays.

5.3.2 Esperance de Vie

5.3.2.1 Evolution de l'espérance de vie et du gain annuel moyen

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un individu vivrait si les conditions sanitaires du moment restent constantes. Selon les données nationales ajustées, tout individu qui naît en Mauritanie en 2023 vivrait 68,9 ans. On remarque que le gain moyen annuel varie entre les différentes périodes de recensement organisés dans le pays. Toutefois, on constate une augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance depuis 1965. En effet, de 34 ans en 1965, elle est passée à 68,9 ans en 2023 ; soit un gain annuel moyen de 0,6 sur la période.

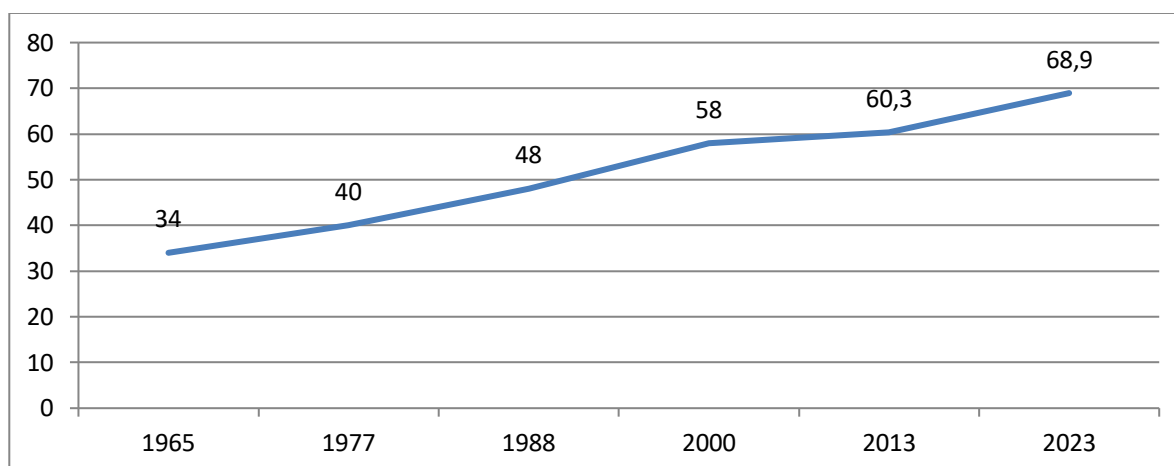
Tableau 5.4 : Evolution de l'espérance de vie et du gain annuel moyen, RGPH-5

Indicateurs de mortalité	1965	1977	1988	2000	2013	2023
e_0 (ans)	34	40	48	58	60,3	68,9
Gain moyen annuel	-	0,5	0,7	0,8	0,2	0,9

Source : RGPH 1965-2023, ANSADE.

La courbe présentée ci-dessous dans le graphique 5.3 illustre clairement l'évolution de l'espérance de vie à la naissance qui, sans être exponentielle, traduit une nette amélioration du phénomène en Mauritanie en moins de 60 ans.

Graphique 7. 6 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1965 à 2023



Source : RGPH 1977-2023, ANSADE

5.3.2.2 Espérance de vie à la naissance selon les trois derniers Recensements et par sexe

Selon le sexe, on constate que l'espérance de vie à la naissance est plus élevée chez les femmes (69,9 ans) que chez les hommes (68 ans). Lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013 et celui réalisé en 2023 le gain moyen annuel chez les hommes est multiplié par 10 passant de 0,1 à 1,0 ; tandis que chez les femmes il n'est multiplié que par 4 passant de 0,2 à 0,8.

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

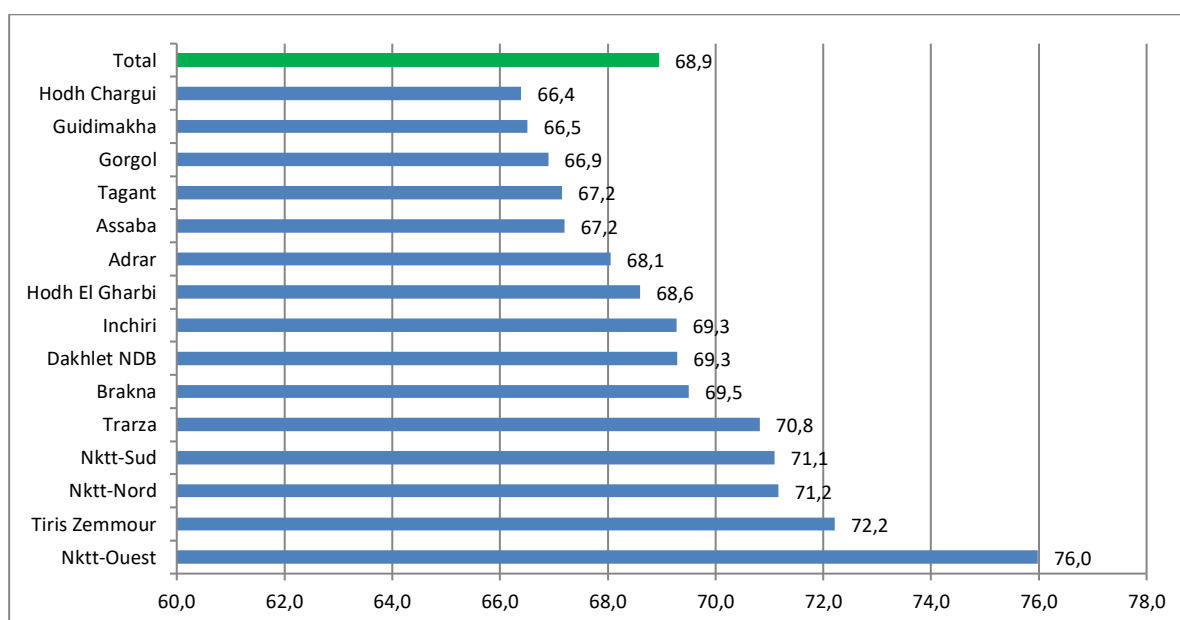
	Année du RGPH			
Variation selon le sexe	1988	2000	2013	2023
Masculin		56,9	58,3	68,0
Gain annuel sexe masculin	-		0,1	1,0
Féminin		58,6	61,8	69,9
Gain annuel sexe féminin	-		0,2	0,8
Ensemble	48	57,7	60,3	68,9
Gain annuel ensemble	-	0,8	0,2	0,9

Source : ANSADE, RGPH 1988-2023

5.3.2.3 Espérance de vie à la naissance par Wilaya selon le sexe

L'analyse de l'estimation de l'espérance de vie à la naissance selon la Wilaya de résidence montre que toutes les Wilayas de la Mauritanie ont une espérance de vie à la naissance supérieure à 66 ans. En plus on remarque que huit Wilayas sur les quinze que compte le pays, ont une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne nationale. La Wilaya qui a l'espérance de vie à la naissance la plus élevée en Mauritanie est Nouakchott-Ouest avec 76,0 ans. Les sept Wilayas ayant une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale sont le Hodh El Gharbi, l'Adrar, l'Assaba, le Tagant, le Gorgol, le Guidimakha et le Hodh Chargui.

Graphique 5.8 : Espérance de vie à la naissance par wilaya



Source :RGPH 2023 ,ANSADE

A l'exception de la Wilaya de Dakhlet Nouadhibou où l'espérance de vie des hommes (70,1 ans) est plus élevée que celle des femmes (68,5 ans), dans toutes les autres Wilayas l'espérance de vie des femmes domine celle des hommes.

Tableau 5. 6: Espérance de vie à la naissance par Wilaya selon le sexe, RGPH-5

Wilaya	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Hodh Chargui	65,1	67,7	66,4
Hodh El Gharbi	67,4	69,8	68,6
Assaba	66,0	68,4	67,2
Gorgol	65,6	68,3	66,9
Brakna	68,7	70,3	69,5
Trarza	70,0	71,6	70,8
Adrar	66,8	69,4	68,1
Dakhlet Nouadhibou	70,1	68,5	69,3
Tagant	66,1	68,2	67,2
Guidimakha	65,8	67,2	66,5
Tiris Zemmour	72,2	72,2	72,2
Inchiri	68,2	70,4	69,3
Nouakchott-Ouest	75,6	76,4	76,0
Nouakchott-Nord	69,8	72,6	71,2
Nouakchott-Sud	70,0	72,2	71,1
Mauritanie	68,0	69,9	68,9

Source : ANSADE, RGPH 2023

5.3.2.4 Espérance de vie à la naissance par milieu de résidence selon le sexe

Les résultats montrent que des différences significatives sont observées entre le milieu urbain et rural, respectivement 69,6 ans et 68,2 ans soit un écart de 1,2 entre les deux milieux. Quel que soit le milieu, l'espérance de vie à la naissance des femmes est plus élevée que celle des hommes. L'écart entre les deux sexes est de 1,7an en milieu urbain en faveur des femmes contre 2,3 ans en milieu rural.

Tableau 5. 7: Espérance de vie à la naissance par milieu de résidence selon le sexe, RGPH-5

Milieu	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	68,8	70,5	69,6
Rural	67,1	69,4	68,2
Total	68,0	69,9	68,9

Source : ANSADE, RGPH 2023

5.3.2.5 Comparaison de l'espérance de vie à la naissance en Mauritanie avec les pays limitrophes

La Mauritanie a connu une hausse remarquable de l'espérance de vie en 2023, grâce aux efforts déployés par les autorités publiques pour améliorer le bien-être de la population. La Mauritanie rattrape le Sénégal alors les deux pays avaient en 2013 une espérance de vie à la naissance estimée respectivement à 60,3 et 64,8 ans. Cependant, comparée au Maroc et à l'Algérie, la Mauritanie est de loin derrière ces deux pays. On constate que le Mali a une espérance de vie la plus faible parmi les pays limitrophes de la Mauritanie.

Tableau 5. 8 : Espérance de vie à la naissance en Mauritanie comparée à celle des pays limitrophes, RGPH-5

Pays	Espérance de vie à la naissance	Année de référence	Source
Mauritanie	68,9 ans	2023	RGPH5
Mali	60,5 ans	2022	RGPH5
Sénégal	68,9 ans	2023	RGPH5
Algérie	79,6 ans	2022	RGPH6
Maroc	77,3 ans	2024	RGPH7

Source : RGPH, RGPH des pays limitrophes

5.3.3 Mortalité dans l'enfance

La mortalité aux bas âges détermine en grande partie la mortalité générale. En effet, la population âgée de 0 à 4 ans révolus constitue le groupe le plus vulnérable au niveau sanitaire. Aussi, la mortalité dans cette tranche d'âge est très importante et est influencée par un certain nombre de facteurs.

Ce thème met en évidence la mortalité chez les enfants âgés de 0 à 4 ans révolus. Il s'agira tout d'abord de renseigner les niveaux et analyser l'évolution de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile.

5.3.3.1 Mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les enfants de moins d'un an. En 2023, le quotient de mortalité infantile ($_{1q0}$) est de 33,3‰ au niveau national. En d'autres termes, environ 33 enfants sur 1000 naissances meurent avant leur premier anniversaire. Selon le sexe, ce quotient est nettement plus élevé chez les garçons (34,4‰) que chez les filles (32,1‰).

Au niveau Wilayas, deux groupes peuvent être distingué. Le premier groupe concerne les Wilayas qui ont un quotient de mortalité infantile supérieur à la moyenne nationale. Il s'agit des Wilayas de Hodh Chargui, Guidimakha, Gorgol, Tagant, Assaba, Adrar et Hodh El Gharbi. Le second groupe est composé des Wilayas ayant un quotient de mortalité infantile inférieur à la moyenne nationale. Ce sont les Wilayas de l'Inchiri, Dakhlet Nouadhibou, Brakna, Trarza, Nouakchott-Sud, Nouakchott-Nord, Tiris Zemmour et Nouakchott-Ouest. Par ailleurs, il faut souligner que la Wilaya qui a le quotient de mortalité le plus élevé est le Hodh Chargui, suivie par celle du Guidimakha ; tandis que celle qui enregistre le plus faible quotient est la Wilaya de Nouakchott-Ouest.

L'analyse des résultats montre également que pour toutes les Wilayas, le quotient de mortalité infantile des garçons est supérieur à celui des filles à l'exception de Dakhlet Nouadhibou, Tiris Zemmour et Nouakchott-Ouest qui enregistrent un quotient plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Tableau 5. 9 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), par Wilaya selon sexe, RGPH-5

Wilaya	Mortalité infantile		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Hodh Chargui	44,0	39,0	41,5
Hodh El Gharbi	36,4	32,4	34,4
Assaba	40,8	36,9	38,9
Gorgol	42,5	37,0	39,8
Brakna	32,3	30,9	31,6
Trarza	28,1	27,3	27,7
Adrar	38,1	33,8	36,0
Dakhlet Nouadhibou	28,0	36,4	32,2
Tagant	40,5	37,5	39,0
Guidimakha	41,5	40,5	41,0
Tiris Zemmour	21,9	25,6	23,7
Inchiri	33,6	30,8	32,3
Nouakchott-Ouest	13,6	15,0	14,3
Nouakchott-Nord	28,9	24,6	26,8
Nouakchott-Sud	28,1	25,6	26,9
Total	34,4	32,1	33,3

Source : ANSADE, RGPH 2023

L'analyse selon le milieu de résidence présente un quotient de mortalité infantile de 35,5‰ en milieu rural contre 31,2‰ en milieu urbain. La distinction selon le sexe donne la même tendance comme celle observée au niveau national qui indique une surmortalité masculine quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 5. 10 : Quotient de mortalité infantile (en ‰), par milieu de résidence selon sexe, RGPH-5

	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	31,9	30,4	31,2
Rural	37,1	33,8	35,5
Total	34,4	32,1	33,3

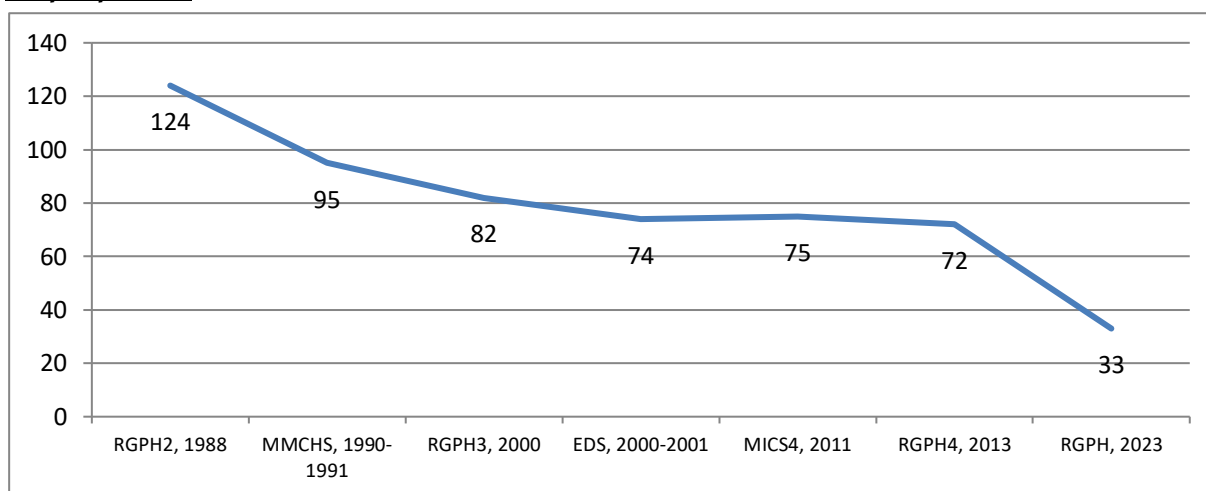
Source : ANSADE, RGPH 2023

L'examen de l'évolution de la mortalité infantile indique que celle-ci est à la baisse depuis 1988. En effet, elle est passée de 124‰ en 1988 à 33,3‰ en 2023, donnant ainsi une baisse relative d'un peu plus de 73 entre 1988 et 2023. (Graphique5.8).

Cette remarquable baisse peut-être attribuée à plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer entre autres :

- le taux de couverture prénatale qui est passé de 64,6 en 2000 à 85,0 en 2023 ;
- le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié qui est passé de 56,9 en 2000 à 71,3 en 2023 ;
- le taux de couverture postnatale est passée de 9,2 à 49,3 ;
- la vaccination DTC3/ Penta 3 est passée de 39,9 en 2000 à 72,4 en 2023.

Graphique 5.9 : Evolution de la mortalité infantile de 1988 à 2023



Sources : RGPH 1988-2023, MICS 2011 et EDS2000-01, ANSADE

5.3.3.2 Mortalité infanto-juvénile

Le quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) est la probabilité pour les enfants qui naissent vivants de mourir avant l'âge de cinq ans. L'analyse des résultats montre qu'en 2023, ce quotient est estimé à 46,2 ‰ en 2023. Cela signifie que sur 1000 enfants qui naissent vivants en Mauritanie en 2023, 46 meurent avant l'âge de 5 ans.

A l'échelle Wilaya, il existe deux groupes de Wilayas. Le premier regroupe les Wilayas qui ont un quotient de mortalité infanto-juvénile supérieur à la moyenne nationale. Il s'agit des Wilayas de Hodh Chargui, Guidimakha, Gorgol, Tagant, Assaba, Adrar et Hodh El Gharbi. Le second groupe est constitué des autres Wilayas du pays qui ont enregistré un quotient de mortalité infanto-juvénile inférieur à la moyenne

nationale. La Wilaya de Nouakchott-Ouest détient le plus faible quotient de mortalité infanto-juvénile en 2023 (17,1‰). Par ailleurs, bien que le quotient de mortalité des garçons soit, en général, supérieur à celui des filles, cinq Wilayas se distinguent par une tendance différente. En effet dans les Wilayas de Guidimakha, du Trarza, du Tiris Zemmour, de Nouakchott-Ouest et surtout du Dakhlet Nouadhibou, le quotient de mortalité est plus élevé chez les filles.

Tableau 5. 11 : Quotient de mortalité infanto-juvénile (en ‰), par Wilaya selon sexe, RGPH-5

Wilaya	Mortalité infanto-juvénile		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Hodh Chargui	63,0	58,5	60,7
Hodh El Gharbi	49,8	46,1	48,0
Assaba	57,3	54,5	55,9
Gorgol	60,2	54,7	57,5
Brakna	43,2	43,6	43,4
Trarza	36,4	37,5	36,9
Adrar	52,7	48,8	50,8
Dakhlet Nouadhibou	36,2	53,7	45,0
Tagant	56,8	55,6	56,2
Guidimakha	58,5	61,2	59,9
Tiris Zemmour	26,7	34,7	30,7
Inchiri	45,4	43,4	44,4
Nouakchott-Ouest	16,0	18,1	17,1
Nouakchott-Nord	37,6	33,1	35,3
Nouakchott-Sud	36,4	34,7	35,5
Total	46,6	45,7	46,2

Source : ANSADE, RGPH 2023

Selon le milieu de résidence, on observe que le quotient de mortalité infanto-juvénile est plus élevé en milieu rural (49.9‰) qu'en milieu urbain (42.7‰). L'écart entre les deux milieux est de 7,2 points (8,5 points chez les garçons et 6 points chez les filles). Du point de vue du sexe, les résultats montrent une surmortalité infanto-juvénile masculine dans le milieu rural avec un écart de 2,3 points entre les deux sexes ; tandis qu'à l'inverse, dans le milieu urbain la mortalité infanto-juvénile est légèrement plus élevée chez les filles.

Tableau 5. 12: Quotient de mortalité infanto-juvénile (en ‰), par milieu de résidence selon le sexe

	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	42,6	42,8	42,7
Rural	51,1	48,8	49,9
Total	46,6	45,7	46,2

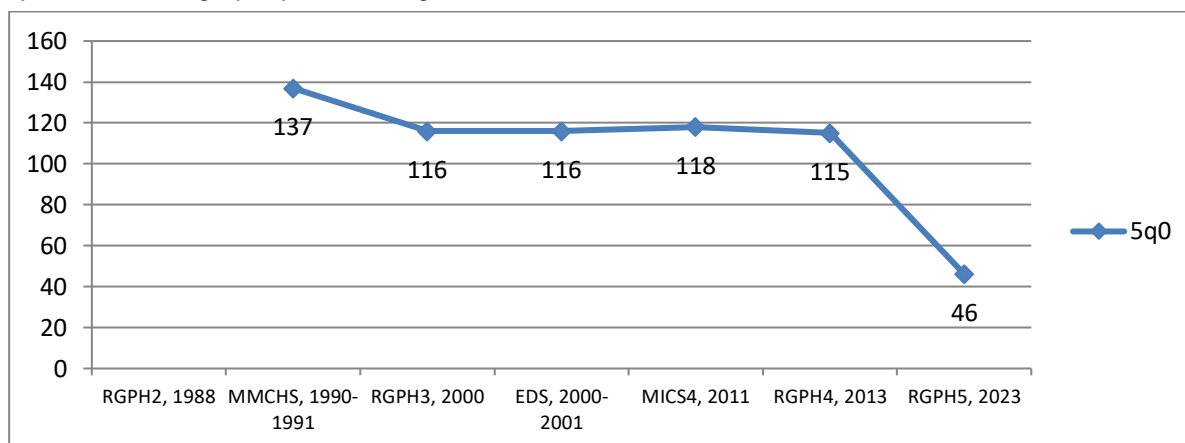
Source : ANSADE, RGPH 2023

Le graphique 5.9 présente l'évolution du quotient de mortalité infanto-juvénile au cours des quatre recensements généraux de population en Mauritanie. Il en ressort que le quotient de mortalité infanto-juvénile était en baisse depuis 1988 passant de 137‰ en 1990-1991 à 116‰ en 2000 puis il s'est stabilisé autour de ce taux jusqu'en 2013 avant de chuter à 46‰ en 2023. L'augmentation légère de ce quotient observé en 2011 peut éventuellement être attribuée à plusieurs facteurs parmi lesquels, on peut citer entre autres :

- l'effet de mémoire qui peut induire des omissions volontaires ou involontaires des cas de décès influant ainsi sur l'effectif global des décès ;
- les mauvaises déclarations de l'âge au décès, les mauvaises déclarations des âges pour les survivants à la date du recensement et les fortes variations par âge des taux de couverture des personnes recensées peuvent influencer substantiellement sur les niveaux des indicateurs de mortalité calculés ;
- les différences méthodologiques utilisées pour le calcul des indicateurs. En effet, en fonction de la qualité des données (notamment les questions sur la survie des enfants), des techniques d'ajustement statistique appliquées. Certaines opérations utilisent des approches indirectes, tandis que d'autres font recours à des méthodes directes, lorsque l'information sur les naissances et les décès sont jugées suffisamment fiable. Ces différences méthodologiques peuvent influencer les niveaux estimés de la mortalité et doivent être prises en compte dans l'interprétation des tendances.

Toutefois, l'importante baisse du quotient de mortalité infanto-juvénile peut être due également à l'amélioration des conditions sanitaires, notamment celles des enfants de moins cinq ans. En effet, selon les statistiques sanitaires du SNIS, confirmées par les données de l'EDS 2019-2021, on note une nette amélioration de certains indicateurs relatifs à la santé de l'enfant. C'est le cas par exemple de (i) la prévalence des IRA chez les moins de 5 ans qui est passée de 18,6 en 2000 à 4,1 en 2021 ; (ii) la prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les moins de 5 ans qui est passée de 12,8 en 2000 à 4,6 en 2021.

Graphique 5.10 : Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile au cours des quatre RGPH et des opérations démographiques d'envergure nationale



Sources : Différents RGPH, MICS et EDS

La comparaison des quotients de mortalité infantile et la mortalité infanto-juvénile de la Mauritanie avec ceux des pays limitrophes indique que le niveau de ces indicateurs est meilleur par rapport à ceux du Sénégal et le Mali. Ils sont cependant inférieurs à ceux du Maroc et de l'Algérie. La baisse remarquable des quotients de mortalité des enfants qui sont passés de 72‰ en 2011 (MICS 5) à 33,3‰ en 2023 (RGPH5) pour la mortalité infantile et de 115‰ en 2011 (MICS 5) à 46‰ en 2023 (RGPH5) pour la mortalité infanto-juvénile, est certainement liée aux efforts déployés par les autorités nationales pour améliorer la situation sanitaire en général, et celle des enfants en particulier.

Tableau 5. 13: Quotient de mortalité des enfants de la Mauritanie et des pays limitrophes, RGPH-5

Pays	Quotient de mortalité infantile	Quotient de mortalité infanto-juvénile	Année de référence	Source
Sénégal	48,3	65,8	2023	RGPH5
Mali	52	87,0	2023-2024	EDSM
Mauritanie	33,3	46,2	2023	RGPH5
Algérie	19,9	22,0	2022	RGPH6
Maroc	15,4	18	2024	RGPH7

Source : RGPH, EDS des pays

5.3.4 Mortalité Maternelle

Il existe deux indicateurs de mortalité maternelle ; le taux de mortalité et le rapport de mortalité. Le second est l'indicateur le plus utilisé pour juger la mortalité maternelle car il exprime mieux le risque obstétrique.

5.3.4.1 Taux de mortalité maternelle (TMM)

Le taux de mortalité maternelle (TMM) exprime le risque de mortalité parmi les femmes en âge de reproduction. Il traduit l'impact de la mortalité maternelle sur la population féminine adulte. Toutefois, il cache l'effet des niveaux différents de fécondité lors des comparaisons entre pays. Il s'obtient en rapportant le nombre de décès maternels au cours de 12 derniers mois sur la population des femmes en âge de procréer. Selon le RGPH 5, son niveau est de 0,65 décès par an pour mille femmes. Ce taux varie entre les milieux de résidence : il est estimé à 0,83‰ dans le milieu rural contre 0,50‰ dans le milieu urbain.

Tableau 5. 14 : Taux de Mortalité Maternelle (TMM, en ‰) par milieu de résidence, RGPH-5

Milieu	TMM
Urbain	0,50
Rural	0,83
Total	0,65

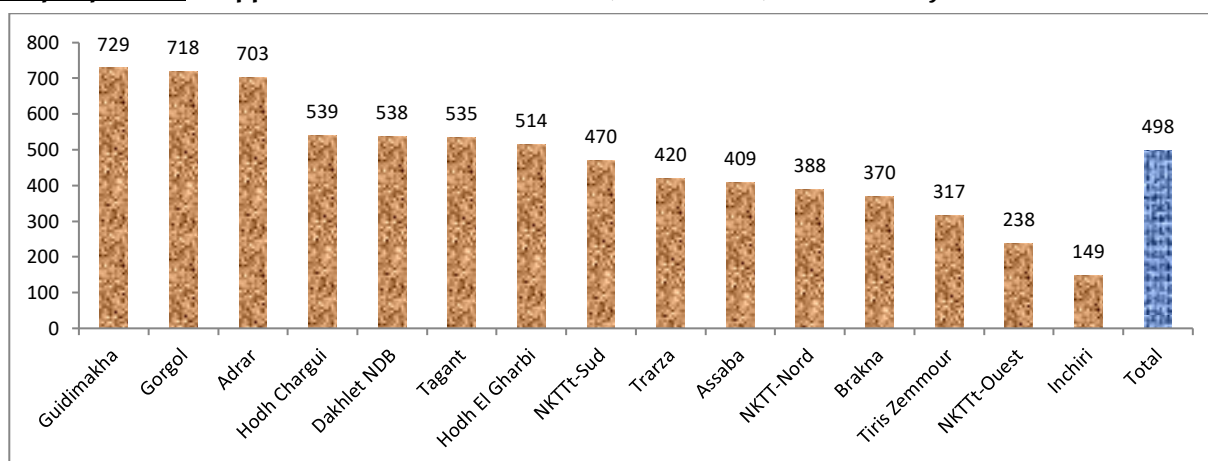
Source : ANSADE, RGPH 2023

Du point de vue régional, le taux de mortalité maternelle est plus élevé dans les Wilayas du Gorgol (1,11), Guidimakha (1,09) et Adrar (0,81). Les Wilayas qui enregistrent des taux de mortalité maternelle le plus faible, c'est à dire inférieur à la moyenne nationale sont l'Inchiri (0,18), Nouakchott-Ouest (0,23) et Tiris Zemmour (0,37). (cf tableau 5.a1 de l'Annexe).

5.3.4.2 Rapport de mortalité maternelle (RMM)

Selon le RGPH-5, sur 100 000 naissances vivantes, environ 498 femmes décèdent pour des raisons liées à la grossesse. L'analyse régionale indique que les Wilayas qui ont un rapport de mortalité maternelle le plus élevé sont encore le Guidimakha (729 décès), le Gorgol (718) et Adrar (703). Il est à noter qu'il existe quatre autres Wilayas qui ont un RMM supérieur à la moyenne nationale ; il s'agit du Hodh Chargui, de Dakhlet Nouadhibou, du Tagant et du Hodh El Gharbi. Les Wilayas qui ont enregistré le rapport le plus faible sont le Tiris Zemmour, Nouakchott-Ouest et l'Inchiri.

Graphique 5.11 : Rapport de mortalité maternelle (en 100 000) selon la Wilaya, RGPH 2023



Source : ANSADE, RGPH 2023

L'analyse selon le milieu de résidence montre que le rapport de décès maternels est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (549 contre 445 pour 100 000 naissances). Comparativement au RGPH de 2013, le rapport de mortalité maternelle est passé de 582 en 2013 à 498 en 2023, cela traduit une amélioration de 84 points en 10 ans soit 8,4 points par an.

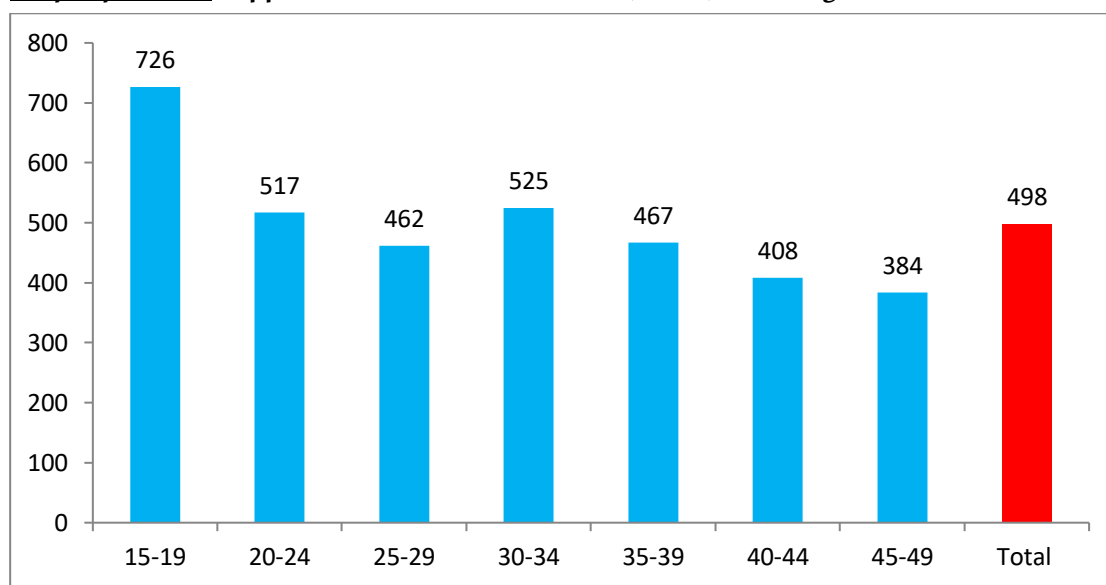
Tableau 5. 15: Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) par milieu de résidence RGPH-5

Milieu	RMM
Urbain	445
Rural	549
Total	498

Source : ANSADE. RGPH 2023

L'analyse du rapport de mortalité selon l'âge de la mère indique, une mortalité élevée chez les mères adolescentes de 15-19 ans (graphique 5.8 ci-dessous). En effet, pour cette catégorie de mères (non encore matures donc fragiles), le rapport de mortalité est évalué à 726 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les niveaux les moins élevés sont observés chez les mères qui approchent la ménopause du fait probablement qu'elles sont plus expérimentées à gérer leur grossesse et les périodes du postpartum et de la postnatale même si les spécialistes en santé déconseillent les accouchements pour cet âge.

Graphique 5.12 : Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) selon l'âge de la mère RGPH 2023

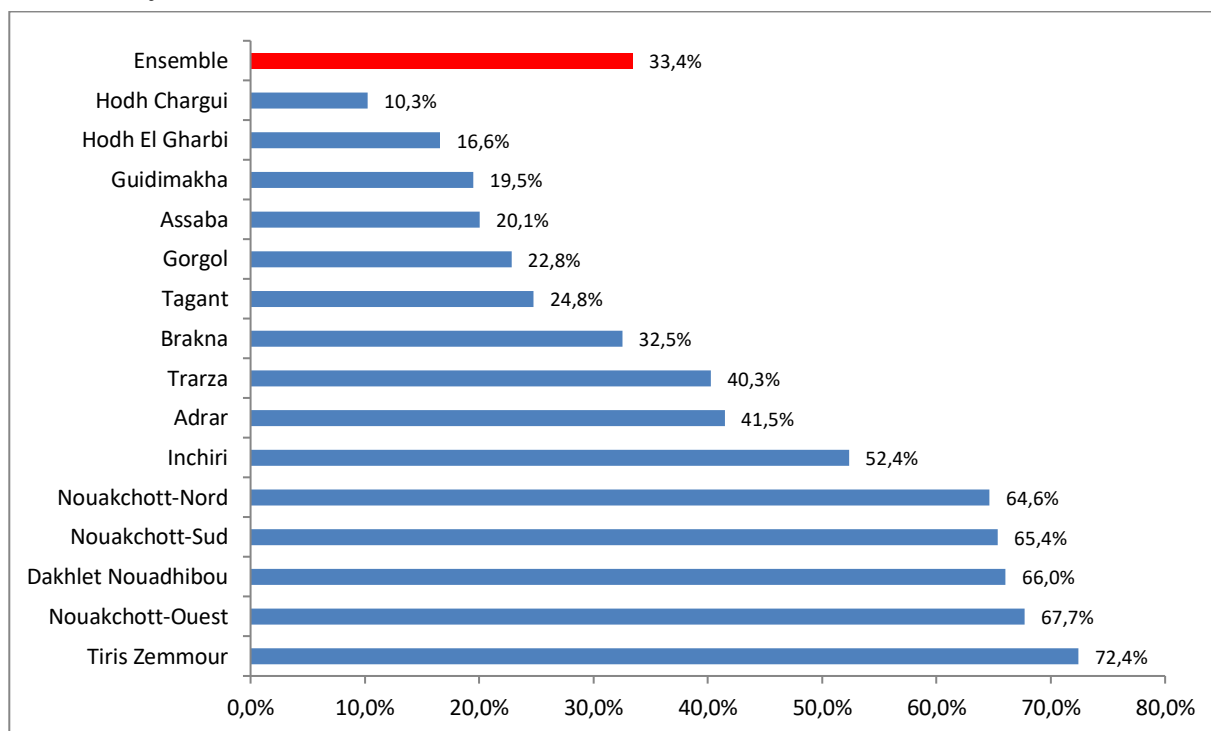


Source : ANSADE, RGPH 2023

5.4 ENREGISTREMENT DES DÉCÈS A L'ETAT CIVIL

En Mauritanie, malgré les quelques progrès observés pendant les dernières années, l'enregistrement des décès à l'état civil demeure un phénomène peu développé surtout en milieu rural. Les résultats du RGPH-5 montrent que la déclaration des décès à l'état civil est estimée à 33,4 pour l'ensemble de la Mauritanie. Elle varie en fonction des Wilayas. Les proportions sont plus élevées dans les Wilayas de Tiris Zemmour (72,4), Nouakchott-Ouest (67,7) et Dakhlet Nouadhibou (66,0). A l'inverse, ces proportions sont plus faibles dans les Wilayas de Hodh Chargui (10,3), Hodh El Gharbi (16,6), Guidimakha (19,5) et Assaba (20,1). Cette faible couverture s'expliquerait, en partie, par le fait que l'enregistrement des décès est souvent associé aux démarches d'héritage ou d'enjeu juridique.

Graphique 5.13 : Enregistrement des décès survenus au cours des 12 derniers mois à l'état civil selon la Wilaya (en %), RGPH 2023



Source :

L'analyse selon le milieu de résidence révèle qu'il existe d'importantes disparités entre les deux milieux. En effet le niveau de déclaration des décès à l'état civil est presque trois fois plus élevé en milieu urbain (49,5) qu'en milieu rural (17,9). La sous déclaration des décès à l'état civil demeure donc un problème majeur au niveau de la société Mauritanienne surtout en milieu rural. Ainsi, des stratégies nouvelles et efficaces devraient être recherchées pour rehausser le niveau de déclaration des décès à l'état civil.

Tableau 5. 16: Répartition de l'enregistrement des décès survenus au cours des 12 derniers mois à l'état civil par wilaya selon le milieu de résidence, RGPH-5

Wilaya	Urbain (en%)	Rural (en %)
Hodh Chargui	17,5	7,0
Hodh El Gharbi	29,9	12,5
Assaba	30,4	14,6
Gorgol	35,0	18,0
Brakna	43,2	28,7
Trarza	47,5	36,2
Adrar	46,7	30,4
Dakhlet Nouadhibou	66,1	65,0
Tagant	28,9	22,7
Guidimakha	25,5	16,5
Tiris Zemmour	72,6	68,8
Inchiri	53,1	41,6
Nouakchott-Ouest	67,7	0,0
Nouakchott-Nord	64,6	0,0
Nouakchott-Sud	65,4	0,0
Ensemble	49,5	17,9

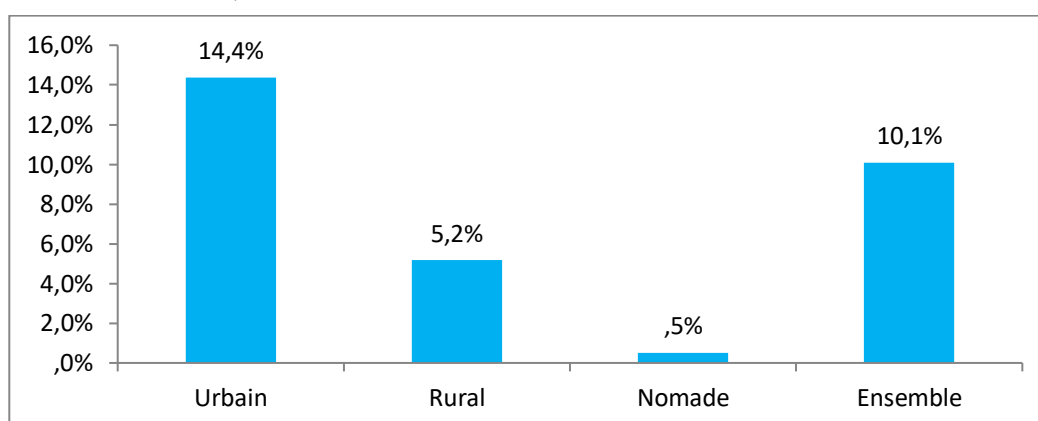
Source : ANSADE, RGPH 2023

5.5. ACCES A L'ASSURANCE MALADIE ET MALADIES CHRONIQUES

5.5.1 Accès à l'assurance maladie

L'assurance maladie accompagne les assurés tout au long de leur vie, en prenant en charge leurs soins quels que soient leurs ressources, leur situation ou leur état de santé. Elle garantit ainsi un accès universel aux droits et elle permet l'accès aux soins. Selon les résultats du RGPH 5, seulement 10,1 de la population bénéficient de l'assurance maladie. La proportion de la population ayant accès à l'assurance maladie varie selon les milieux de résidence et selon la répartition régionale. L'analyse des résultats indique que cette proportion est 14,4 en milieu urbain 5,2 en milieu rural et 0,5 dans le milieu nomade.

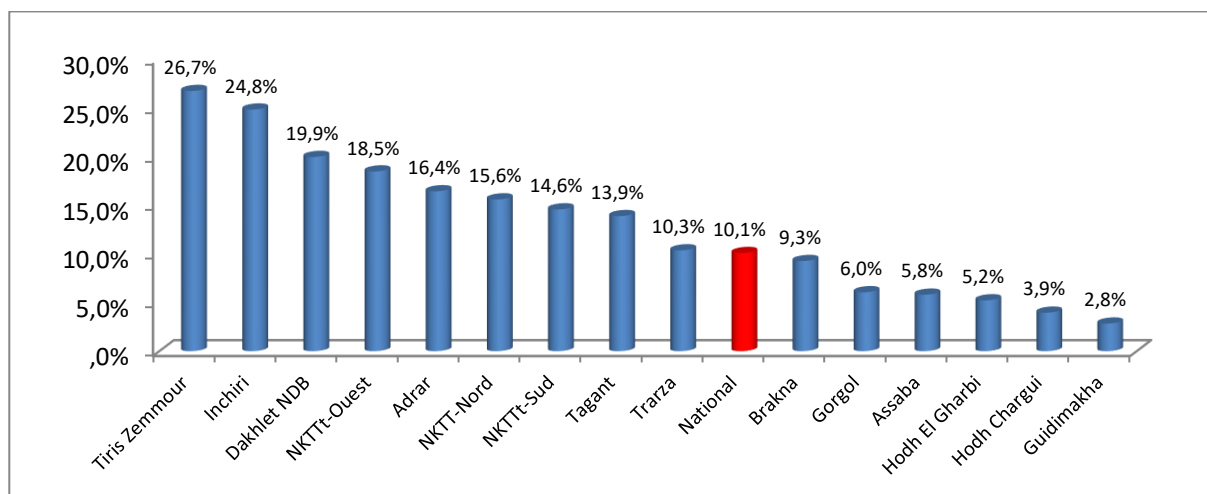
Graphique 5.14 : Répartition (en%) de la population ayant accès à l'assurance maladie, selon le milieu de résidence, RGPH 2023



Source : ANSADE, RGPH 2023

L'examen de la population ayant accès à l'assurance maladie suivant la Wilaya de résidence indique de grandes disparités. En effet, il existe six Wilayas dans lesquelles cette proportion est inférieure à la moyenne nationale. Il s'agit des Wilayas suivantes : Brakna (9,3), Gorgol (6), Assaba (5,8), Hodh El Gharbi (5,2), Hodh Chargui (3,9) et Guidimakha (2,8). Les autres neuf Wilayas ont chacune une proportion de personnes ayant accès à l'assurance supérieure à la moyenne nationale qui s'établit à 10,1. On note que les Wilayas de Tiris Zemmour et de l'Inchiri se distinguent avec des taux supérieurs à 24. Cela peut se comprendre si on prend en compte que ces deux Wilayas abritent de grandes sociétés minières où tous les employés et leurs familles bénéficient de l'assurance maladie auprès de leur employeur. Elles sont suivies par les Wilayas de Dakhlet Nouadhibou, les trois Wilayas de Nouakchott et l'Adrar. Les détails de ces proportions par milieu et par Wilayas sont fournis par le tableau 5.a2 de l'annexe.

Graphique 5.15 : Répartition (en%) de la population ayant accès à l'assurance maladie, selon la Wilaya, RGPH 2023



Source : ANSADE, RGPH 2023

En Mauritanie il existe différents types d'assurance maladie : (1) La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), mise en place en 2007, couvre les parlementaires, les fonctionnaires et agents de l'État, les personnels des Forces armées, les personnels des établissements publics, sociétés à capitaux publics et personnes morales de droit public, les personnels des sociétés du secteur privé et les titulaires de pension de retraite issus de ces groupes. (2) La Caisse Nationale de Solidarité en Santé (CNASS) qui vise à mettre en place un système social d'assurance maladie volontaire afin de permettre aux populations d'accéder aux soins de santé moyennant une faible participation financière. (3) l'assurance privée.

Le tableau 5.17 fait ressortir la proportion des personnes ayant déclaré avoir accès à l'assurance maladie selon le type d'assurance. Les résultats montrent que 89,9 de la population ne bénéficie d'aucun type d'assurance maladie. Sur 10,1 de bénéficiaires d'assurance maladie au niveau national, 8,9 sont assurés à travers la CNAM contre seulement 0,6 pour la CNASS et 0,6 pour l'assurance privée. Selon le sexe on note qu'au niveau de la CNAM les proportions sont identiques chez les hommes et chez les femmes ; cependant, au niveau de la CNASS la proportion des femmes bien que faible est supérieure à celle des hommes et au niveau de l'assurance privée la proportion chez hommes domine celle des femmes.

Par ailleurs, il faut noter que la Caisse Nationale de Solidarité en Santé est une création récente (juin 2022), il est donc envisageable que les proportions des assurés vont évoluer à la hausse d'ici quelques années à mesure que le système se développe et se stabilise.

Tableau 5. 17: Répartition (en %) de la population ayant accès à l'assurance maladie, RGPH-5

Sexe	Type de l'assurance (en)			
	CNAM	CNASS	Privé	Non
Masculin	8,9	,5	,7	90,0
Féminin	8,9	,6	,6	89,9
Total	8,9	,6	,6	89,9

Source : ANSADE. RGPH-5, 2023

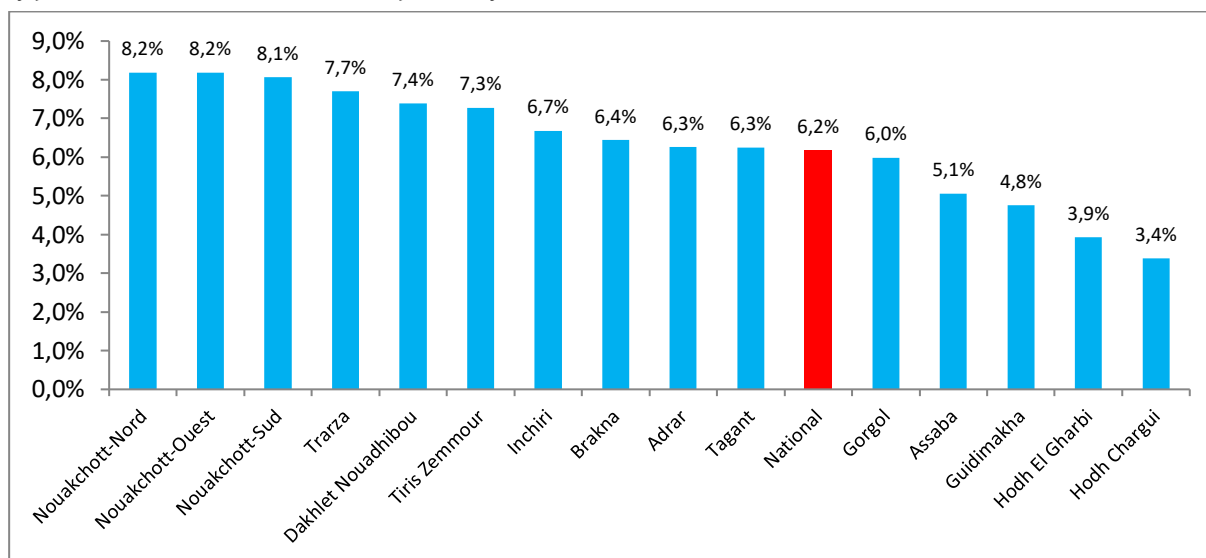
5.5.2 Maladies chroniques

La fréquence des maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale...) constitue un problème de santé publique et préoccupe les autorités de façon générale et particulièrement les autorités sanitaires. En effet, outre les pathologies les plus fréquentes (paludisme, affections respiratoires, diarrhées...), de plus en plus on assiste à une recrudescence des maladies chroniques au sein de la population mauritanienne.

En 2023, les résultats du RGPH indiquent que 6,2 de la population mauritanienne souffrent de maladies chroniques. L'examen de la proportion du nombre de personnes vivant avec les maladies chroniques par Wilaya montre que trois Wilayas sont plus affectées par ces pathologies ; il s'agit des trois Wilayas de Nouakchott où cette proportion est supérieure à 8. Le deuxième groupe est constitué des Wilayas du Trarza, Dakhlet Nouadhibou et Tiris Zemmour qui enregistrent une proportion de plus de 7. Le troisième groupe regroupe les Wilayas où cette proportion dépasse 6,2 qui est la moyenne nationale : ce sont les Wilayas de l'Inchiri, Brakna, Adrar et Tagant. Enfin le dernier groupe est formé des Wilayas du Gorgol, de l'Assaba, du Guidimakha, du Hodh El Gharbi et du Hodh Chargui où la proportion de personnes souffrant de maladies chroniques est inférieure à la moyenne nationale. (cf graphique 5.12 ci-dessous).

Selon le milieu de résidence, la proportion de personnes souffrant de maladies chroniques est plus élevée en milieu urbain (4,8), qu'en milieu rural (3,0) et nomade (1,9). Ces résultats montrent que la sédentarité et le mode urbain constituent des facteurs déterminant de l'augmentation des maladies chroniques en Mauritanie.

Graphique 5.16 : Répartition (en %) de la population souffrant de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) par Wilaya



Enfin par rapport au sexe, la proportion des personnes souffrant de maladies chroniques est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement 7,3 et 5,0. (Tableau 5.18). Le tableau 5.a3 de l'annexe fournit les détails sur la proportion des personnes souffrant de maladies chroniques selon la Wilaya et selon le milieu de résidence.

Tableau 5. 18 : Répartition (en %) de la population souffrant de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) par sexe, RGPH-5

Sexe	Maladies chroniques	
	Oui	Non
Masculin	5,0	95,0
Féminin	7,3	92,7
Total	6,2	93,8

Source : ANSADE. RGPH-5, 2023

CONCLUSION

Les résultats du RGPH5 révèlent qu'en 2023, la Mauritanie connaît une espérance de vie à la naissance (pour les deux sexes) estimée à 68,9 ans. Celle-ci est un peu plus élevée pour le sexe féminin (69,9 ans) comparativement au sexe masculin (68,0 ans). On note également un écart de 1,4 an entre milieu urbain (69,6 ans) et milieu rural au détriment de ce dernier (68,2 ans). Rappelons que cette espérance de vie à la naissance a connu une constante évolution à la hausse depuis 1988. De 48 ans en 1988, elle est passée 57,7 ans en 2000, à 60,3 ans en 2013 et à 69,9 ans en 2023.

Les résultats de l'analyse indiquent que le taux brut de mortalité générale est de 6,1‰ à l'échelle nationale. Ce taux est plus élevé en milieu rural (6,9‰) qu'en milieu urbain (6,4‰). L'analyse par région montre que toutes les Wilayas de la Mauritanie ont une espérance de vie à la naissance supérieure à 66 ans. Toutefois, la Wilaya de Nouakchott-Ouest avec une espérance de vie à la naissance estimée à 76,0 ans apparaît comme la plus favorisée en termes d'indicateurs de mortalité.

La mortalité infantile est évaluée à 33,3‰ avec une légère surmortalité masculine (34,4‰ chez les garçons contre 32,1‰ chez les filles). De façon globale, en Mauritanie, sur 1000 enfants nés vivants, 33 n'atteignent pas leur premier anniversaire. L'analyse de la mortalité infanto-juvénile indique que sur 1000 enfants nés vivants, 46 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

La mortalité maternelle reste toujours à un niveau élevé en Mauritanie malgré la dynamique de baisse observée depuis plusieurs années. Le rapport de mortalité maternelle est de 498 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 445 décès de mères en milieu urbain contre 549 décès en milieu rural pour 100 000 naissances vivantes. Au niveau régional, le rapport de mortalité maternelle est élevé dans les Wilayas du Guidimakha (729 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), le Gorgol (718) et l'Adrar (703). En revanche, il est plus faible dans les Wilayas de Nouakchott-Ouest (238 décès pour 100 000 naissances vivantes) et l'Inchiri (149 décès).

Par ailleurs, en Mauritanie, les résultats du RGPH 2023 révèlent que la déclaration des décès à l'état civil est estimée à 33,4 pour l'ensemble le pays. Il existe des disparités tant au niveau des Wilayas qu'au niveau du milieu de résidence. En effet la proportion est de 49,5 en milieu urbain contre 17,9 en milieu rural. Selon les Wilayas, on observe que seulement dans les trois Wilayas de Nouakchott, Dakhlet Nouadhibou et Tiris Zemmour, la proportion des déclarations des décès à l'état civil est supérieure à 60.

Les résultats du RGPH 5, montrent qu'en 2023 la proportion de la population ayant accès à l'assurance maladie est estimé à 10,1 pour tout le pays avec une nette différence entre le milieu urbain (14,4) et le milieu rural (5,2).

Enfin l'analyse des résultats du RGPH-5 indique que 6,2 de la population mauritanienne souffre de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) avec une légère différence entre les hommes (7,3) et les femmes (5,0.). Des écarts sont également observés au niveau des milieux de résidence : urbain (4,8), rural (3,0) et nomade (1,9).

Bibliographie

Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Mauritanie - 1977

Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Mauritanie – 1988

Recensement Général de Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Mauritanie - 2000

Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Mauritanie - 2013

Recensement Général de la Population et de l'Habitat en Mauritanie, Thème : Mortalité, Avril 2015

Enquête Démographique et de santé, de Mauritanie – 2019-2021

Plan National de Développement Sanitaire, 2021-2030 - Mauritanie - 2021

Enquête Démographique et de santé, du Mali – 2022

Statistiques sur la mortalité des adultes, au Maroc - 2022

Sixième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, en Algérie - 2022

Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Mali – 2023

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage du Sénégal -2024

ANNEXES

Tableau 5.a1: Taux de Mortalité Maternelle (TMM, en %) par wilaya RGPH 2023

Wilaya	TMM
Hodh Chargui	0,77
Hodh El Gharbi	0,73
Assaba	0,55
Gorgol	1,11
Brakna	0,53
Trarza	0,5
Adrar	0,81
Dakhlet Nouadhibou	0,6
Tagant	0,73
Guidimakha	1,09
Tiris Zemmour	0,37
Inchiri	0,18
Nouakchott-Ouest	0,23
Nouakchott-Nord	0,42
Nouakchott-Sud	0,54
Total	0,65

Tableau 5.a2: Répartition (en%) de la population ayant accès à l'assurance maladie, RGPH 2023

Wilaya	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
Hodh Chargui	7,3%	2,9%	,1%	3,9%
Hodh El Gharbi	10,0%	3,7%	,0%	5,2%
Assaba	8,1%	4,7%	,3%	5,8%
Gorgol	8,6%	5,0%	,4%	6,0%
Brakna	13,7%	7,7%	1,3%	9,3%
Trarza	12,9%	9,2%	1,0%	10,3%
Adrar	19,6%	11,2%	2,2%	16,4%
Dakhlet Nouadhibou	20,2%	13,6%	2,4%	19,9%
Tagant	18,8%	11,9%	,2%	13,9%
Guidimakha	4,5%	2,1%	,3%	2,8%
Tiris Zemmour	30,4%	3,4%	,0%	26,7%
Inchiri	29,3%	16,9%	,0%	24,8%
Nouakchott-Ouest	18,5%	,0%	,0%	18,5%
Nouakchott-Nord	15,6%	,0%	,0%	15,6%
Nouakchott-Sud	14,6%	,0%	,0%	14,6%
Ensemble	14,4%	5,2%	,5%	10,1%

Tableau 5.a3: Répartition (en %) de la population souffrant de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance rénale) par wilaya selon le milieu de résidence

Wilaya	Urbain	Rural	Nomade	Ensemble
Hodh Chargui	4,8%	3,0%	1,9%	3,4%
Hodh El Gharbi	6,1%	3,2%	2,6%	3,9%
Assaba	6,4%	4,4%	1,3%	5,1%
Gorgol	7,2%	5,5%	5,5%	6,0%
Brakna	7,3%	6,1%	2,3%	6,4%
Trarza	8,6%	7,4%	3,3%	7,7%
Adrar	7,2%	4,7%	0,8%	6,3%
Dakhlet Nouadhibou	7,4%	6,5%	4,1%	7,4%
Tagant	8,0%	5,6%	0,6%	6,3%
Guidimakha	6,1%	4,2%	1,1%	4,8%
Tiris Zemmour	8,0%	2,8%	1,4%	7,3%
Inchiri	7,8%	4,7%	0,9%	6,7%
Nouakchott-Ouest	8,2%	0,0%	0,0%	8,2%
Nouakchott-Nord	8,2%	0,0%	0,0%	8,2%
Nouakchott-Sud	8,1%	0,0%	0,0%	8,1%
Ensemble	7,5%	4,6%	2,0%	6,2%

Tableau 5.a4 : Répartition des décès par groupe d'âge selon le sexe

Groupe d'âge des mères	Masculin	Féminin	Total
0	1192	956	2147
1-4	1465	1313	2778
5-9	563	453	1016
10-14	420	350	770
15-19	415	421	836
20-24	438	517	954
25-29	473	507	980
30-34	442	641	1084
35-39	499	557	1056
40-44	670	610	1280

45-49	657	576	1233
50-54	1006	836	1842
55-59	686	550	1236
60-64	1386	1013	2398
65-69	858	630	1488
70-74	1291	1135	2426
75-79	653	625	1278
80-84	990	1125	2116
85-89	494	500	994
90-94	532	595	1127
95+	397	495	891
Total	15525	14405	29930

Tableau 5.a5 : Parités moyennes des enfants nés vivants et survivants par groupe d'âges des mères

Groupe d'âge des mères	Enfants d'enfants nés vivant	Enfants survivants	Naissance 12 derniers	Enfant encore en vie 12 derniers mois	Nombre de femmes	Parité moyenne
15-19	50 097	42 920	11 568	10 723	289 946	0,172781712
20-24	194 714	178 580	30 748	28 772	231 328	0,841721179
25-29	372 196	348 202	36 827	35 050	195 738	1,9014961
30-34	518 268	489 643	34 645	33 460	167 809	3,088431774
35-39	566 618	536 332	25 504	24 467	140 844	4,023019077
40-44	510 531	482 249	13 487	12 875	111 201	4,59105566
45-49	454 372	426 298	6 516	6 035	93 474	4,860938395
Total	2 666 796	2 504 224	159 294	151 383	1 230 341	

