

République du Mali

Enquête
Démographique et
de Santé EDSM-III

Mali 2001

Rapport Préliminaire

Cellule de Planification et de Statistique

Ministère de la Santé

et

Direction Nationale de la Statistique

et de l'Informatique

Ministère de l'Économie et des Finances

MEASURE DHS+

ORC Macro International

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ
EDSM-III

MALI 2001

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Cellule de Planification et de Statistique
Ministère de la Santé (CPS/MS)
et

Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique
Ministère de l'Économie et des Finances (DNSI/MEF)

et

MEASURE DHS+
ORC Macro
Calverton, Maryland USA

Octobre 2001

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) réalisée au Mali de janvier à mai 2001 par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS/MS) et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI/MEF). L'EDSM-III a été réalisée avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'UNICEF, la Banque Mondiale et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS+) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Pour tous renseignements concernant l'EDSM-III, contacter :

La Cellule de Planification et de Statistique (CPS/MS)

B.P. 12, Bamako, Mali

Téléphone (223) 23 27 25

Fax (223) 23 27 26

ou

La Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI/MEF)

B.P. 232, Bamako, Mali

Téléphone (223) 22 52 85

Fax (223) 23 71 45

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ORC Macro

11785 Beltsville Drive, Suite 300

Calverton, MD 20705 USA

Téléphone 301-572-0200

Fax 301-572-0999

E-mail : reports@macroint.com

Internet : <http://www.measuredhs.com/>

PERSONNEL DU PROJET EDSM-II

Direction du Projet

- Directeur national du projet : M. Mamadou Basséry BALLC, Directeur de la CPS/Ministère de la Santé ;
- Directeur National Adjoint du Projet : M. Seydou moussa TRAORE, Directeur National Adjoint de la DNSI/MEF ;
- Directeur Technique du Projet : M. Souleymane BA, division Population, BCR/DNSI
- Directeur technique adjoint du projet : Dr Isaka NIAMBELE, Chef de la Division Statistique et Documentation, CPS/MS ;

Equipe de SUPERVISION

- Moctar KONE, Chef division Etudes-Planification et Programmation- CPS/MS ;
- M. Mikeïla B. MAIGA, Division population –BCR/DNSI
- Dr MAIGA zeinab Mint YOUNGBA, Division Suivi-Evaluation et Coopération CPS/MS
- M. Ishaga COULIBALY, Chef Bureau Central de Recensement, DNSI
- Dr Idrissa Alido MAIGA, Division Statistique et Documentation CPS/MS
- M. Modibo DIARRA, Chef de la Division Suivi de la Situation alimentaire et Nutritionnelle, CPS/MS
- M. Boureima SINGARE, Bureau Central de Recensement, DNSI
- M. Guédiouma TANGARA, Bureau Central de Recensement, DNSI

Traitement Informatique

M. Amadou Karamoko TALL, Technicien de la statistique, DNSI

M. Fodé DIARRA, Technicien de la statistique, DNSI

Assistance Technique de Macro International

- M. Mohamed AYAD, Coordinateur des EDS à Macro ;
- M. Salif NDIAYE, Conseiller Technique Résident de Macro ;
- M. Ivo N'Josah, (Data Processor) Traitement des données ;
- M. Mamadou THIAM, chargé Echantillonnage

Secrétaires de EDSM-II

- Madame TRAORE Banté SIDIBE, Contractuel EDSM au BCR/DNSI
- Mme TANGARA Addia Fatoumata TRAORE, à la CPS/MS

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE	2
A. Objectifs de l'enquête	2
B. Questionnaires.....	3
C. Échantillonnage	4
D. Formation et collecte des données.....	4
E. Traitement des données	5
II- RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	6
A. Couverture de l'échantillon	6
B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés.....	7
C. Fécondité	8
D. Connaissance et utilisation de la contraception.....	10
a) Connaissance des méthodes contraceptives	10
b) Utilisation des méthodes contraceptives	10
c) Contraception et caractéristiques des utilisatrices.....	12
d) Sources d'approvisionnement pour les utilisatrices de la contraception	15
E. Désir d'enfants (supplémentaires)	15
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement	17
G. Vaccinations des enfants	19
H. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale	21
I. Allaitement et alimentation de complément.....	22
J. Mortalité des enfants	23
K. Connaissance du VIH/sida	25

REPERTOIRE DES TABLEAUX

- Tableau n°1 : Couverture de l'échantillon
- Tableau n°2 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes et des hommes
- Tableau n°3 : Fécondité actuelle
- Tableau n°4 : Connaissance et utilisation de la contraception
- Tableau n°5 : Contraception et caractéristiques des utilisatrices
- Tableau n°6 : Sources de la contraception
- Tableau n°7 : Désir d'enfants supplémentaires : répartition (en %) des enfants et des hommes actuellement en union selon le désir d'avoir des enfants (supplémentaires), selon l'âge,EDSM-III, Mali 2001
- Tableau n°8 : Soins prénatals et assistance à l'accouchement
- Tableau n°9 : Vaccination
- Tableau n°10 : Episodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale
- Tableau n°11 : Allaitement
- Tableau n°12 : Mortalité infantile et juvénile
- Tableau n°13 : Connaissance du VIH/Sida et de moyens d'éviter le VIH/Sida

REPERTOIRE DES GRAPHIQUES

- Graphique n°1 :Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
- Graphique n°2 : Utilisation actuelle de la contraception moderne (femmes de 15-49 ans en union)
- Graphique n°3 : Couverture vaccinale (%) par type de vaccin (enfants de 12-13 mois)
- Graphique n°4 : Mortalité avant l'âge de 5 ans

INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) est la troisième du genre réalisée au cours de ces quinze dernières années. Commanditée par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances, elle a été conduite par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS/MS) et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI/MEF), avec l'assistance technique de ORC Macro, société américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Elle a été exécutée grâce à l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP).

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'étude. Il fournit des informations relatives :

- aux taux de réponse des enquêtes,
- aux caractéristiques socio-démographiques des enquêtés,
- aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive, en particulier :
 - . la fécondité
 - . la planification familiale
 - . le suivi prénatal
 - . l'accouchement
- à la santé infantile, en particulier :
 - . la vaccination
 - . la diarrhée
 - . l'allaitement
- à la mortalité infanto-juvénile, et au VIH/sida

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final, prévu pour mars 2002.

Ces résultats, étant préliminaires, peuvent-être sujets à de légères modifications.

I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

A. Objectifs de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III), a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSM-III vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'excision ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- le taux d'anémie chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans ;
- le taux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans.

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles

- d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- la participation des hommes dans les soins de santé ;
- les taux d'anémie et de prévalence du VIH.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population malienne. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

B. Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, quatre types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés pour déterminer leur état nutritionnel. En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques. Par ailleurs, dans un tiers des ménages, on a testé le sang des femmes éligibles de 15-49 ans et celui des hommes de 15-59 ans pour déterminer les prévalences de l'anémie et du VIH. Chez les enfants de moins de cinq ans, on a seulement testé leur sang pour mesurer la prévalence de l'anémie.
- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les onze sections suivantes :
 - Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
 - Reproduction ;
 - Planification familiale ;
 - Grossesse, soins postnataux et allaitement ;
 - Vaccination, santé et nutrition ;
 - Mariage et activité sexuelle ;
 - Préférences en matière de fécondité ;
 - Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
 - Sida et autres maladies sexuellement transmissibles ;
 - Excision ;
 - Mortalité maternelle.
- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les sept sections suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Sida et Maladies sexuellement transmissibles ;
- Excision.

4) **Questionnaire communautaire.** Il a pour objectif de recueillir un certain nombre d'informations sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires disponibles dans chacune des grappes de l'enquête.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS+, préalablement adaptés au contexte du Mali en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, les questionnaires individuels (femme et homme) ont été traduits du français en bambara, sonrai et peulh, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs.

C. Échantillonnage

La troisième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-III) fait suite à celles réalisées en 1987 et 1995. Elle vise un échantillon national d'environ 14000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 3500 hommes âgés de 15 à 59 ans.

L'échantillon de l'EDSM-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la SE telle que définie au recensement en 1998. Chaque région a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 403 SE ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille; la taille étant le nombre de ménages estimé dans la SE pendant l'opération de cartographie pour le recensement de 1998. Un dénombrement des ménages dans chaque SE sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, les grandes SE ont été divisées en segments dont un seul a été retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas un degré de tirage car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de la SE.

Tous les membres des ménages tirés seront identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on identifiera sera également enquêtée avec un questionnaire femme. Dans certains ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, tous les hommes âgés de 15 à 59 seront aussi interrogés. Par ailleurs, ce sous-échantillon de ménages qui est le tiers a également servi pour le prélèvement de sang chez les femmes et les hommes pour le test d'anémie et de VIH, et chez les enfants de moins de cinq ans pour le test d'anémie.

D. Formation et collecte des données

L'enquête pilote a été effectuée dans four grappes, deux urbaines et deux rurales. Aucune de ces grappes ne faisait partie de l'échantillon principal.

Au total 129 ménages, 187 femmes et 59 hommes ont été interviewés par quatre équipes de quatre enquêtrices chacune pendant cinq jours. L'objectif de cet exercice était de tester l'acceptabilité des questionnaires ménage, femme et homme, la traduction des questions spécifiques au Mali ainsi que l'estimation du temps nécessaire au remplissage de chaque type de questionnaire. La formation du personnel de terrain a duré trois semaines. L'enquête pilote qui a eu lieu du 28 septembre au 4 octobre 2000, avait permis de réviser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête et avait permis de finaliser la traduction des questionnaires dans les langues nationales.

Pour ce qui est de l'enquête principale, le personnel de terrain, sélectionné par la direction de l'EDSM-III a été formé sur une période de six semaines, y compris la formation pour le test d'anémie et de VIH. L'enquête débute quelques jours après la formation avec 25 équipes. Les équipes étaient composées de quatre enquêtrices, une contrôleuse (responsable également de la prise de sang pour les tests d'anémie et de VIH), un chef d'équipe et un chauffeur. Les chefs de ces équipes étaient chargés de mener l'enquête homme.

La collecte des données s'est déroulée du 6 juin au 15 mai 2001.

E. Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis), développé par le programme DHS. Quatre agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par quatorze opérateurs, de la mi-juin à la fin de septembre 2001 sous la supervision de deux programmeurs. Presque la moitié des questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par le Résident conseiller de Macro avec l'assistance de l'équipe technique de l'enquête, y compris les deux informaticiens de Macro.

II. RÉSULTATS: ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

A. Couverture de l'échantillon

Les 403 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSM-III, à l'exception d'une. Au total, 13 717 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 12 600 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 12 600 ménages, 12 331 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,9 % (voir tableau 1).

Tableau 1. Couverture de l'échantillon

Résultats de l'enquête ménage, de l'enquête femme et de l'enquête homme, EDSM-III, Mali 2001.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Ménages sélectionnés	13 717	100,0
Ménages remplis (1)	12 331	89,9
Ménages présents pas d'enquêté dispon. (2)	166	1,2
Ménages absents (3)	882	6,4
Ménages refusés (4)	76	0,6
Logement vide (5)	187	1,4
Logement détruit (6)	32	0,2
Logement non trouvé (7)	27	0,2
Ménages occupés	12 600	100,0
Ménages enquêtés	12 331	97,9
Autres	16	0,1
Ménages pas enquêtés	269	2,1
Femmes éligibles (FE)	13 543	100,0
FE rempli (a)	12 849	94,9
FE pas à la maison (b)	310	2,3
FE différé (c)	9	0,1
FE refusé (d)	167	1,2
FE partiellement rempli (e)	61	0,5
FE incapacité (f)	137	1,0
FE autre (g)	19	0,1
Taux de réponse global des femmes *	-	92,9
Ménages sélectionnés pour l'enquête homme	4 541	100,0
Ménages remplis (1)	4 087	90,0
Ménages présents pas d'enquêté dispon. (2)	61	1,3
Ménages absents (3)	284	6,3
Ménages refusés (4)	31	0,7
Logement vide (5)	55	1,2
Logement détruit (6)	9	0,2
Logement non trouvé (7)	9	0,2
Ménages occupés	4 188	100,0
Ménages enquêtés	4 087	97,6
Autres	5	0,1
Ménages pas enquêtés	101	2,4
Hommes éligibles (HE)	4 062	100,0
HE rempli (a)	3 405	83,9
HE pas à la maison (b)	469	11,5
HE différé (c)	10	0,2
HE refusé (d)	111	2,7
HE partiellement rempli (e)	10	0,2
HE incapacité (f)	46	1,1
HE autre (g)	11	0,3
Taux de réponse global des hommes *	-	81,8

* Le taux de réponse des femmes et des hommes est calculé de la façon suivante : (a)/(a+b+c+d+e+f+g)

A l'intérieur des 12 333 ménages enquêtés, 13 543 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 12 848 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 94,9 % pour les interviews auprès des femmes.

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 4 062 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 4 062 hommes devant être interviewés individuellement, 3 405 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 83,8 %, nettement inférieur à celui des femmes.

B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cible de l'EDSM-III. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, le milieu et région de résidence et le niveau d'instruction.

On remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge, passant de 20 % à 15-19 ans à 8 % à 45-49 ans. Par contre, chez les hommes, on remarque une surreprésentation au niveau du groupe d'âges 15-19 ans (20 % des hommes enquêtés) par rapport aux groupes d'âges suivants. Les proportions commencent à décroître graduellement à partir du groupe d'âges 15-19 ans (14 %). Par ailleurs, les femmes mariées ou en union de concubinage représentent 84 % de l'échantillon enquêté, contre 14 % qui sont célibataires et 3 % qui sont veuves ou divorcées. Chez les hommes de 15-59 ans, 74 % sont mariés ou sont en concubinage, 23 % sont célibataires et seulement 3 % sont veufs ou divorcés.

Parmi les femmes enquêtées, 17% résident dans la capitale, 14% dans les Autres Villes et 70 % en milieu rural. Les hommes sont légèrement plus représentés que les femmes dans le milieu urbain et, en particulier, dans la capitale (19 % des hommes contre 17 % des femmes), ce qui pourrait, peut-être, s'expliquer, par une migration rural-urbain plus importante chez les hommes.

Du point de vue régional, Sikasso (19 %), Bamako (17 %), Ségou et Koulikoro (chacune avec 16 %) sont les principaux lieux où résident les femmes. Viennent ensuite Mopti et Kayes avec 14 % chacune. Les régions du Nord (Tambouctou, Gao et Kidal) sont celles ayant les proportions les plus faibles (5 %). La population masculine est répartie généralement dans les régions de la même façon que celle des femmes avec quelques exceptions.

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, que la grande majorité des femmes malaises (72 %) n'ont jamais fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation contre 47 % des hommes. Par contre, 19 % des femmes et 34 % des hommes ont un niveau d'instruction primaire ou sont alphabétisés, et 9 % des femmes contre 19 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des femmes et des hommes
Répartition des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III, Mali 2001.

Caractéristiques	Femmes Enquêtées			Hommes Enquêtés		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Age						
15-19	20,0	2 565	2 542	19,6	668	670
20-24	18,2	2 339	2 359	13,6	443	439
25-29	17,2	2 203	2 238	13,2	450	445
30-34	14,8	1 909	1 920	12,4	422	402
35-39	12,6	1 624	1 599	10,8	367	392
40-44	9,7	1 245	1 231	10,4	356	369
45-49	7,5	968	960	8,1	274	272
50-54	-	-	-	6,7	226	239
55-59	-	-	-	5,2	178	177
Etat matrimonial						
Célibataire	13,5	1 730	1 708	22,8	775	736
Concubinage	1,6	200	175	1,4	48	44
Marié(e)	81,9	10 523	10 522	72,9	2 482	2 492
Veuves/Veufs	1,3	162	169	1,0	34	38
Séparé(e)/Divorcé(e)	1,8	233	275	2,0	67	73
Milieu de Résidence						
Bamako	16,5	2 114	2 067	19,0	647	574
Autres villes *	13,6	1 748	1 429	14,0	477	384
Total urbain	30,1	3 862	3 496	33,0	1 124	958
Rural	69,9	8 987	9 353	67,0	2 281	2 447
Région de résidence						
Kayes	13,5	1 734	1 942	11,8	402	450
Koulikoro	16,0	2 055	1 933	15,4	526	508
Sikasso	18,7	2 408	2 188	18,9	645	591
Segou	16,2	2 078	1 665	18,0	612	543
Mopti	13,9	1 780	1 812	12,1	412	426
Tombouctou	3,3	421	498	2,7	93	120
Gao	1,8	237	556	1,7	59	149
Kidal	0,2	22	188	0,3	10	44
Bamako	16,5	2 114	2 067	19,0	647	574
Niveau d'instruction						
Aucun	71,9	9 234	9 290	47,0	1 600	1 691
Alphabétisation (sans primaire)	8,1	1 041	980	18,7	637	601
Primaire	11,3	1 456	1 468	15,3	522	506
Secondaire ou +	8,7	1 118	1 111	19,0	645	606
ND	0,0	0	0	0,0	0	1
Ensemble	100,0	12 849	12 849	100,0	3 405	3 405

* Autre villes comprend toutes les villes en excluant Bamako.

C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournie par les femmes sur l'historique de leurs naissances. De surcroît, les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédent l'enquête, soit, approximativement, 1998-2001. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter ... maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la

mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

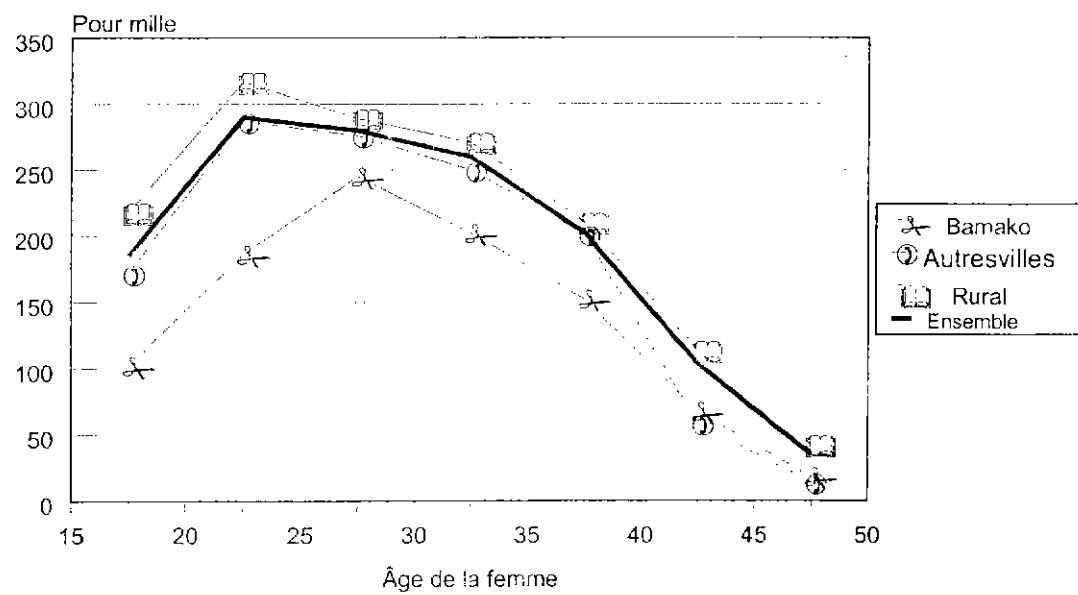
Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité générale par âge (en 0/00) et Indice Synthétique de Fécondité pour la période de trois ans précédant l'enquête, par milieu de résidence, et taux de fécondité générale par âge (en 0/00) et Indice Synthétique de Fécondité selon l'EDSM-II (1995-96), EDSM-III, Mali 2001.

Groupe d'âges De la femme	Taux de fécondité par âge et par milieu de résidence, EMMUS-III 2000				EDSM-II 1995-96 *	
	Bamako	Autres villes	Tota. urbain	Rural		
Age						
15-19	102	172	129	218	185	187
20-24	186	287	228	317	290	297
25-29	245	276	259	289	280	296
30-34	202	250	227	271	260	244
35-39	152	201	179	210	202	205
40-44	67	58	62	113	103	91
45-49	18	14	16	42	35	21
ISF 15-49	4,9	6,3	5,5	7,3	6,8	6,7

* EDSM-II (1995-96) : fécondité de la période 1993-95

Graphique 1
Taux de fécondité générale par âge
selon le milieu de résidence



EDSM-III 2001

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes maliennes se caractérisent par une fécondité élevée aux jeunes âges (185 % à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (290 %), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 6,8 enfants par femme, ce qui est un des taux des plus élevés dans le monde.

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSM-III sont très proches de ceux trouvés lors de l'EDSM-II de 1995-1996 (tableau 3). Dans les deux enquêtes EDSM-II et EDSM-III, la fécondité atteint son maximum dans la tranche d'âges 20-24 ans (respectivement, 299 % et 290 %). L'ISF (6,7 enfants par femme) pour la période 1993-1996 par l'EDSM-II, est resté pratiquement le même (6,8 enfants par femme) pour la période 1998-2001.

Selon le milieu de résidence, on constate que généralement à tous les âges, les femmes du milieu urbain ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale en milieu urbain (259 %) se situe au niveau du groupe d'âges 25-29, alors que celle en milieu rural (317 %) se situe au niveau du groupe d'âges 20-24 ans. L'ISF qui en résulte, passe, respectivement, de 7,3 enfants par femme en milieu rural à 6,3 dans les Autres Villes et à 4,9 dans la ville de Bamako.

D. Connaissance et utilisation de la contraception

a) Connaissance des méthodes contraceptives

La connaissance des méthodes contraceptives est relativement élevée tant au niveau de l'ensemble des femmes que de celles en union. En effet, sur l'ensemble des 12 849 femmes enquêtées, 78 % ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive moderne (tableau 4). Sur les 10 723 femmes en union, le pourcentage est le même que l'ensemble des femmes. Les méthodes les plus connues des femmes en union sont, par ordre d'importance : la pilule (68 %), le condom (62 %), les injections (57 %), la stérilisation féminine (33 %), les méthodes vaginales (27 %), les implants/Norplant (26 %), le DIU (21 %) et la stérilisation masculine (13 %). Comparée aux résultats de l'EDSM-II, la connaissance de l'ensemble des méthodes montrent une amélioration de la connaissance, dont le niveau chez les femmes mariées était de 67 % en 1995-96.

Les méthodes traditionnelles sont moins connues que les méthodes modernes par les deux groupes de femmes. Seulement 40 % de l'ensemble des femmes connaissent, au moins, une méthode traditionnelle. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) vient en tête avec 21 %. Les femmes en union, quant à elles, connaissent les méthodes traditionnelles à 41 % et la MAMA à 21 %.

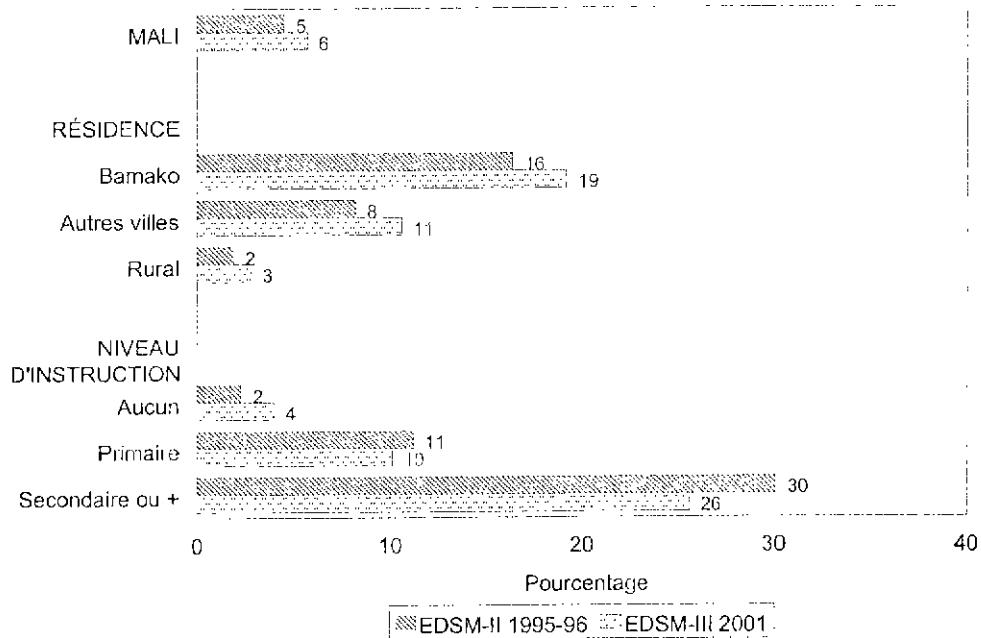
b) Utilisation des méthodes contraceptives

Presque 23 % de l'ensemble des femmes ont déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode contraceptive moderne. Ce niveau d'utilisation passe à 24 % chez les femmes en union (tableau 4).

Plus de trois hommes sur dix ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive moderne aussi bien parmi l'ensemble des hommes que les hommes en union (respectivement 31 % et 33 %) (tableau 4). Les méthodes les plus utilisées selon les déclarations des hommes en union sont le condom (15 %) et la pilule (10 %), suivies des injections (5 %). Parmi les hommes en union, 19 % ont déjà utilisé une méthode traditionnelle et, plus particulièrement, la continence périodique (13 %).

Pour ce qui est de l'utilisation actuelle, 8,1 % des femmes en union ont déclaré utiliser une méthode contraceptive : 5,7 % utilisent une méthode moderne et 2,3 % une méthode traditionnelle. Pour l'ensemble des femmes, ces taux sont respectivement de 5,8 % et 2,6 %. La

Graphique 2
Utilisation actuelle de la contraception moderne
(Femmes de 15-49 ans en union)



prévalence contraceptive a légèrement augmenté ces dernières années au Mali, puisque 5 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1995-96 selon l'EDSM-II contre 6 % en 2001 (Graphique 2).

Tableau 4. Connaissance et utilisation de la contraception

Pourcentage de l'ensemble des femmes et des hommes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive spécifique ayant utilisé et utilisant actuellement une méthode contraceptive, et pourcentage de l'ensemble des hommes et des hommes actuellement en union connaissant, ayant déjà utilisé et utilisant actuellement une méthode contraceptive, EDSM-III, Mali 2001.

Méthode contraceptive	FEMMES						HOMMES					
	Connaissance d'une méthode		A déjà utilisé		Utilisé actuellement		Connaissance d'une méthode		A déjà utilisé		Utilisé actuellement	
	Ensem- ble	En union	Ensem- ble	En union	Ensem- ble	En union	Ensem- ble	En union	Ensem- ble	En union	Ensem- ble	En union
Au moins une méthode	77,8	77,8	23,1	23,7	8,4	8,1	87,9	88,8	30,8	32,8	16,6	17,0
Au moins une méthode moderne	75,6	75,4	15,4	15,3	5,8	5,7	87,6	88,4	24,2	23,4	11,6	10,2
Pilule	68,3	68,4	10,6	10,9	2,7	2,8	69,8	74,8	7,9	10,0	2,4	3,6
DIU	21,2	21,1	0,5	0,5	0,2	0,2	18,6	21,4	0,5	0,6	0,1	0,1
Injections	56,2	56,9	4,6	4,8	2,0	2,1	63,0	69,7	3,5	4,5	1,2	1,8
Implants/Norplant	26,8	25,7	0,3	0,3	0,1	0,1	24,6	28,3	0,7	1,0	0,2	0,1
Méthodes vaginales	27,6	27,1	0,9	0,9	0,0	0,0	35,7	37,9	1,1	1,1	0,0	0,0
Condom	62,8	61,5	3,1	2,2	0,6	0,3	84,5	85,1	18,6	14,9	7,6	4,2
Stérilisation féminine	31,7	32,5	0,2	0,3	0,2	0,3	43,2	48,0	0,4	0,5	0,2	0,3
Stérilisation masculine	12,2	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0	28,5	32,9	0,3	0,3	0,0	0,0
Au moins une méthode Traditionnelle	40,3	41,2	12,0	12,2	2,6	2,3	49,5	58,3	14,8	18,5	4,9	6,8
MAMA *	20,1	21,0	5,7	6,5	1,1	1,2	20,7	26,9	2,4	3,8	0,3	0,5
Continence périodique	16,3	15,4	4,0	3,4	1,0	0,6	35,6	42,3	11,0	13,3	3,5	4,9
Retrait	11,2	10,6	1,3	1,1	0,0	0,0	30,4	35,0	3,1	3,2	0,1	0,1
Autre méthodes	22,7	23,2	2,7	2,7	0,5	0,5	17,9	20,8	1,7	2,4	1,0	1,3
Effectif	12 849	10 723	12 849	10 723	12 849	10 723	3 405	2 122	3 405	2 122	3 405	2 121

* MAMA : Méthode l'Allaitement Maternel et de l'Anténorhée

Les deux méthodes modernes les plus utilisées actuellement par les femmes en union sont la pilule (2,8 %), les injections (2,1 %). Pour les autres, les pourcentages varient entre 0,1 % et 0,3 %. Parmi les 2,3 % de femmes en union qui utilisent une méthode traditionnelle, la MAMA est la méthode la plus fréquemment utilisée (1,2 %). Chez les hommes en union, le taux de prévalence est de 17 %. Il est très différent de celui des femmes en union. Les méthodes modernes utilisées les plus citées par les hommes sont par ordre d'importance : le condom (4,2 %), la pilule (3,6 %) et les injections (1,8 %). Pour les méthodes traditionnelles, la méthode la plus utilisée est la continence périodique (4,9 %).

c) Contraception et caractéristiques des utilisatrices

La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant d'un minimum de 4,9 % à 15-19 ans à un maximum de 10,5 % à 35-39 ans (tableau 5). Il est à noter que les injections sont surtout utilisées par les femmes des groupes d'âges de 35 à 44 ans (variant entre 2,4 % et 3 %). Pour la pilule, l'utilisation maximum de 3,7 % s'observe chez les 25-29 ans.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes diffère largement selon le milieu de résidence : 19,2 % dans la capitale, 10,5 % dans les Autres Villes et 2,8 % en rural. La

prévalence de la contraception moderne varie fortement selon la région, de 0,6 % dans la région de Gao à 7 % Koulikoro et 19,2 % dans la ville de Bamako.

La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (25 %) que chez celles qui ont un niveau primaire (10 %), et celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (4 %).

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception moderne. Le taux d'utilisation augmente en fonction du nombre d'enfants : le taux passe de 2,1 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 6,8 % pour celles ayant deux enfants, puis diminue pour les femmes ayant trois enfants pour augmenter de nouveau pour les femmes ayant quatre enfants ou plus (6,9 %).

Tableau 5. Contraception et caractéristiques des utilisatrices

Caractéristiques socio-démographiques	Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la méthode contraceptive actuellement utilisée et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM (II, Mali 2001)										Méthodes traditionnelles	Non utilisées actuellement	Total	Efficacité		
	Méthodes modernes					Méthodes traditionnelles										
	Au moins une méth. quelconque	Pièce	DIU	Injection	Norplant	Condom	Stéril. féminin/masc.	Au moins une méthode traditionnelle	MANA	Continence périodique	Retrait	Autres				
Age																
15-19	4,9	3,6	1,5	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1	1,3	0,4	0,5	0,0	0,4	95,1		
20-24	7,1	5,2	2,6	0,2	1,7	0,0	0,6	0,1	1,9	1,4	0,3	0,0	0,2	92,9		
25-29	8,6	5,9	3,7	0,0	1,6	0,0	0,4	0,1	2,7	1,2	0,6	0,0	0,8	91,4		
30-34	9,8	7,0	3,3	0,1	2,8	0,2	0,4	0,2	2,8	2,0	0,4	0,0	0,4	90,2		
35-39	10,5	6,8	3,4	0,4	2,4	0,2	0,5	0,0	3,7	1,8	1,3	0,0	0,6	89,5		
40-44	7,9	5,9	2,1	0,4	3,0	0,0	0,0	0,3	2,9	0,9	0,8	0,0	0,3	92,1		
45-49	4,7	5,6	1,3	0,0	1,9	0,1	0,1	0,1	0,9	0,1	0,5	0,0	0,3	94,4		
Milieu de résidence																
Bamako	22,5	19,2	10,5	1,1	5,0	0,3	1,3	0,9	0,2	4,3	0,8	2,4	0,1	1,0	76,5	
Autres villes	12,8	10,6	5,6	0,2	3,9	0,3	0,5	0,1	2,1	0,3	1,1	0,0	0,0	0,7	87,2	
Total urbain	17,9	14,7	7,9	0,6	4,4	0,3	0,9	0,5	0,1	3,4	0,6	1,7	0,0	0,8	82,1	
Rural	4,9	2,8	1,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	2,1	1,5	0,3	0,0	0,3	95,1	
Région de résidence																
Kayes	6,1	4,6	2,1	0,1	2,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,4	0,3	0,8	0,0	0,4	93,9
Koulikoro	7,0	4,3	1,9	0,0	1,8	0,9	0,1	0,4	0,0	2,7	1,3	0,7	0,0	0,7	93,0	
Sikasso	6,5	4,8	1,7	0,0	2,5	0,0	0,3	0,2	0,0	1,7	0,9	0,3	0,0	0,4	93,5	
Segou	7,3	5,9	1,7	0,0	1,4	0,2	0,4	0,2	0,0	3,4	2,9	0,2	0,0	0,4	92,7	
Mopti	3,5	2,4	1,4	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	1,0	0,0	0,0	0,1	96,5	
Tombouctou	4,8	3,1	1,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0	0,0	95,2	
Gao	1,8	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	1,0	0,0	0,3	98,2	
Kidal	9,1	7,8	4,1	0,0	3,1	0,0	0,7	0,0	0,0	1,3	0,6	0,0	0,7	0,0	90,9	
Bamako	23,5	19,2	10,5	1,1	5,0	0,3	1,3	0,9	0,2	4,3	0,8	2,4	0,1	1,0	76,5	
Niveau d'instruction																
Aucun	5,9	4,0	1,7	0,1	1,8	0,1	0,2	0,0	0,0	1,9	1,3	0,2	0,0	0,4	94,1	
Primaire	13,1	10,1	5,6	0,1	3,5	0,1	0,4	0,3	0,1	3,0	1,1	0,9	0,0	0,5	86,9	
Secondaire ou +	27,1	25,6	15,0	1,9	5,0	0,1	2,3	1,0	0,3	1,5	0,5	0,3	0,0	0,7	66,9	
Etat civil																
Autre	1	3,0	2,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	97,0	
2	6,3	4,6	2,7	0,1	1,3	0,0	0,4	0,2	0,0	1,7	1,1	0,2	0,0	0,4	93,7	
3	9,4	6,8	3,5	0,1	2,3	0,0	0,7	0,2	0,1	2,6	1,0	0,8	0,0	0,8	90,6	
4	7,8	5,0	2,7	0,2	1,6	0,0	0,1	0,3	0,0	2,8	1,9	0,5	0,0	0,5	92,2	
5	9,5	5,9	3,3	0,2	3,0	0,0	0,1	0,3	0,0	2,6	1,3	1,0	0,0	0,4	90,5	
6	8,1	5,7	2,8	0,2	2,1	0,1	0,3	0,3	0,0	1,2	0,6	0,0	0,5	91,9	100,0	
															107,2	

d) Sources d'approvisionnement pour les utilisatrices de la contraception

Le tableau 6 présente la répartition des utilisatrices actuelles de méthodes modernes de contraception selon la source auprès de laquelle elles se sont procurées cette méthode. Pour les utilisatrices de la stérilisation féminine, on s'est limité aux femmes qui ont commencé à utiliser cette méthode à partir de 1996. Pour les autres méthodes (pilule, injections et condom) il s'agit de la dernière source d'approvisionnement.

Tableau 6. Sources de la contraception

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives modernes selon la méthode utilisée et sa source d'approvisionnement, EDSM-III, Mali 2001.

Source des méthodes	Source quand la femme a commencé à utiliser (depuis 1996)		Méthode actuelle (Dernière source de PF)			Toutes méthodes modernes	Effectif
	Norplant	Steril. féminine ¹ et masculin ²	Pilule	Injection	Condom		
SECTEUR PUBLIC							
Hôpital du gouvernement, agréé	*	(78,1)	38,9	75,5	6,9	51,0	369
Centre de santé du gouv., agréé	*	(43,2)	6,6	8,5	1,6	9,1	66
Clinique de planing familial	*	(29,4)	26,7	56,9	3,2	34,9	253
Agent DBC	*	(5,5)	5,6	5,8	0,0	4,3	31
Autre public	*	(0,0)	2,0	4,4	1,2	2,6	19
	*	(0,0)	0,0	0,0	0,9	0,1	1
SECTEUR MEDICAL PRIVE	*	(3,8)	45,6	19,9	43,8	34,0	246
Hôpital, clinique privé	*	(1,6)	1,7	2,0	1,4	2,4	17
Pharmacie	*	(0,0)	37,5	14,0	36,4	27,0	196
Médecin privé	*	(0,0)	0,3	2,9	0,0	1,2	8
Infirmerie	*	(0,0)	5,9	0,7	0,0	3,1	22
Autre médical privé	*	(2,2)	0,3	0,3	0,0	0,4	3
AUTRE SOURCE	*	(0,0)	12,8	4,0	37,0	11,5	83
Boutique, kiosque	*	(0,0)	5,7	0,7	18,5	4,9	36
Eglise	*	(0,0)	0,0	0,0	1,7	0,2	1
Amis/parents	*	(0,0)	7,1	3,3	16,8	6,4	46
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Effectif	10	31	350	258	75	724	724

¹ y compris les "autres" et les "non déclarés"

* Basé sur trop peu de cas

() basé sur un faible nombre de cas

Pour l'ensemble des méthodes contraceptives modernes utilisées par les femmes, le secteur médical public constitue la principale source d'approvisionnement (51 %). Son rôle est resté le même par rapport à l'EDSM-II de 1995-96 (52%). Un peu plus d'une utilisatrice sur trois (34 %) s'est approvisionné aux services du secteur médical privé.

La grande majorité des femmes qui ont été stérilisées ont recouru au secteur public (78 %), suivie des injections (76 %). Par contre la pilule est surtout fournie par le secteur médical privé (46 %), suivi du secteur public (39 %).

E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, seulement 21 % (y compris 0,3 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 39 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement

des naissances, et 26 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 7). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une légère augmentation, passant de 19 % en 1995-1996 à 21 % en 2001, alors que la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance a légèrement baissé (42 % à 39 %).

Tableau 7. Désir d'enfants supplémentaires : Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union selon le désir d'avoir des enfants (supplémentaires), selon l'âge, EDSM-III, Mai 2001.

Désir d'avoir des/ d'autres enfants	Age									Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Femmes actuellement en union										
Veut un enfant										
Dans les 2 ans	30,1	27,1	27,5	28,8	26,9	23,3	15,9	-	-	26,4
Attendre 2 ans ou +	56,7	59,9	51,9	39,7	24,1	8,6	1,5	-	-	38,8
NSP quand	9,4	6,9	7,7	6,5	6,2	4,7	2,1	-	-	6,5
Indécise	1,6	2,2	3,2	4,6	6,1	7,0	4,6	-	-	4,0
Ne veut plus d'enfants	1,6	3,2	8,9	19,3	34,1	50,0	58,4	-	-	21,2
Stérilisée	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,3	1,2	-	-	0,3
Déclarée stérile	0,7	0,4	0,3	0,8	1,8	5,5	15,6	-	-	2,5
Non déclaré	0,0	0,1	0,4	0,2	0,3	0,6	0,7	-	-	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0
Effectif	0 118	1 987	2 076	1 833	1 569	1 190	890	-	-	10 723
Hommes actuellement en union										
Veut un enfant										
Dans les 2 ans	*	30,7	34,3	38,5	33,9	35,1	32,2	40,3	43,0	36,1
Attendre 2 ans ou +	*	61,6	60,1	49,7	56,6	47,9	38,3	24,5	18,2	45,7
NSP quand	*	6,5	4,0	5,3	4,4	5,3	9,4	8,4	5,1	5,8
Indécis	*	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,6	2,7	2,3	0,6
Ne veut plus d'enfants	*	1,2	1,4	3,8	2,9	10,5	14,9	16,6	20,4	8,5
Déclaré stérile	*	0,0	0,2	1,4	1,9	1,2	4,5	7,5	11,0	3,1
Non déclaré	*	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4	86	291	370	349	353	269	222	177	2 122

* Basé sur trop peu de cas

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec l'âge : de moins de 2 % à 15-19 ans, elle passe à 9 % à 25-29 ans, 20 % à 30-34 ans et 35 % à 35-39 ans. Parallèlement, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant), très élevée aux jeunes âges (57 % à 15-19 ans et 60 % à 20-24 ans) diminue ensuite avec l'âge au profit des femmes qui veulent limiter leurs naissances. Par contre, la proportion de femmes qui veulent un (autre) enfant rapidement reste relativement faible à chaque âge, atteignant un «maximum» de 30 % à 15-19 ans.

En ce qui concerne les hommes en union, ils sont généralement plus conservateurs que les femmes, puisque 9 % d'entre eux ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (contre 22 % des femmes). Pour ce qui est de l'espacement des naissances, les hommes sont légèrement plus favorables à cette pratique que les femmes (46 % contre 39 %) : à 25-29 ans 60 % des hommes veulent attendre deux ans ou plus avant d'avoir un (autre) enfant contre 52 % des femmes, à 35-39 ces proportions sont, respectivement, de 57 % et de 24 %.

F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour chaque enfant dernier né dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse afin d'éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour ces mêmes naissances, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale et qui les avait assistées pendant l'accouchement.

Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Presque la moitié des naissances de derniers nés survenues au cours des cinq dernières années (49 %), la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse et, dans 32 % des cas, elle a reçu deux doses (tableau 8). Cette dernière proportion est la même que celle observée dans l'EDSM-II de 1995-1996 pour les naissances survenues au cours des trois années précédant l'enquête..

Les enfants de mère âgée de 20-34 ans sont mieux protégés (51 % pour, au moins, une dose) que les enfants de mère plus âgée (44 % à 35 ans ou plus). Le tableau 8 fait également ressortir que les mères résidant en milieu urbain (80 %) ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles du milieu rural (40 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (66 %) et secondaire (92 %) ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles sans instruction (44 %).

Concernant les consultations prénatales, pour 57 % des naissances, la mère a consulté, au moins une fois, un professionnel de santé, soit un médecin (3 %), soit une sage-femme, une infirmière ou une auxiliaire (54 %). Par contre, 42 % des naissances n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale.

Selon les caractéristiques socio-démographiques, les consultations différentielles sont importantes. Par exemple, selon le niveau d'instruction, 95 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 77 % de celles ayant un niveau primaire et 52 % de celles sans niveau d'instruction.

Pour plus de quatre naissances sur dix (42 %), la mère a reçu l'assistance de personnel formé au cours de l'accouchement (tableau 8), soit d'un médecin (2 %), d'une infirmière ou d'une sage-femme (24 %), ou d'une auxiliaire ou d'une matrone formée (16%). Par ailleurs, 24 % des femmes ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles, 17 % par des parentes ou amies et 16 % ont accouché sans assistance.

Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel formé (86 %) que les femmes du milieu rural (29 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel formé (94 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (61 %) et surtout que celles qui sont sans niveau d'instruction (37 %). Cependant, il faut noter que chez les femmes sans niveau d'instruction que le recours à du personnel formé lors de l'accouchement n'a que légèrement augmenté depuis l'EDSM-II (37 % contre 35 %).

Tableau 8. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique, a reçu des soins prénatals et a bénéficié d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III, Mali 2001.

Caractéristiques socio-démographiques	Soins prénatals						Assistance à l'accouchement						Effectif		
	Injection Antitétanique	2 doses ou plus	Medecin ou infirmier ou auxiliaire	Ensemble Personnel	Autres Personnel non formé	Persemaine	Medecin	Infirmière / Sage-femme	Aide soignante / Marraine	Ensemble Personnel formé	Assistance traditionnelle	Patron Amis	Personne		
Age à la naissance															
<20	16,1	31,3	2,0	58,0	60,0	0,7	0,2	39,1	2,0	25,4	19,2	46,6	18,4	0,1	
20-34	17,6	33,8	2,9	54,5	57,4	0,5	0,2		1,5	25,2	15,1	41,8	17,5	1,452	
35+	16,4	27,4	2,9	49,3	52,2	0,4	0,7		1,9	20,8	17,8	40,5	14,5	5 245	
Milieu de résidence															
Bamako	29,5	54,9	9,2	84,0	93,1	0,5	0,5	5,8	5,8	86,4	2,9	92,1	2,6	1,2	
Autres villes	21,8	53,3	3,8	77,4	81,3	0,5	0,4		3,2	59,2	14,7	77,0	7,0	8,8	
Total urbain	25,5	54,1	6,4	80,6	87,0	0,5	0,4		52,1	72,2	9,0	85,7	4,9	5,2	
Rural	14,5	25,0	1,6	45,6	47,2	0,5	0,2		0,8	9,0	18,7	28,5	30,6	20,9	
Région de résidence															
Kayes	16,0	26,8	1,4	51,0	52,4	0,5	0,1	47,0	0,9	20,8	15,3	36,9	30,4	25,7	
Koulikoro	18,1	31,8	0,9	59,6	60,6	0,7	0,3		35,7	1,6	20,5	28,4	50,5	38,2	8,8
Sikasso	18,3	39,2	0,3	63,5	63,7	0,1	0,5		54,0	0,6	13,1	32,1	45,8	19,7	10,4
Segou	13,0	23,0	2,9	41,8	44,7	1,0	0,3		63,9	1,2	14,8	6,7	22,7	21,1	1402
Mopti	11,8	21,7	3,4	32,3	35,8	0,4	0,0		58,0	1,0	12,0	7,1	20,1	22,5	17,7
Tombouctou	12,9	25,4	2,1	40,0	42,0	0,0	0,0		47,5	0,5	17,3	6,8	20,1	32,4	1,452
Gao	13,3	29,2	12,1	39,7	51,8	0,0	0,7		38,9	4,5	16,8	2,6	23,9	24,8	1,192
Kidal	17,7	37,5	3,3	57,8	61,1	0,0	0,0		5,8	2,2	44,6	4,5	14,3	38,4	247
Bamako	29,5	54,9	9,2	84,0	93,1	0,5	0,5		5,8	86,4	2,9	95,1	2,6	5,0	
Niveau d'instruction															
Aucun	16,0	28,8	1,9	50,0	51,9	0,5	0,3	47,3	1,1	19,1	16,7	36,8	26,6	17,8	
Primaire	19,0	46,3	5,0	72,1	77,1	0,3	0,1		3,9	41,5	17,8	61,4	17,1	12,6	
Secondaire ou +	32,5	56,0	11,9	83,1	95,2	0,0	0,8		10,3	76,2	7,6	94,1	2,9	8,9	
Rang de naissance															
1	15,6	37,4	3,4	60,1	63,5	0,5	0,3	35,7	2,4	32,0	17,3	51,7	21,5	6 965	
2-3	18,5	33,7	3,3	57,3	60,6	0,8	0,2		53,5	2,4	27,4	15,4	45,1	24,6	9,0
4-5	18,6	32,1	2,5	53,5	56,0	0,5	0,1		48,1	1,0	24,5	15,2	40,7	25,5	13,1
6+	15,8	28,4	2,1	49,2	51,3	0,2	0,4		42,4	1,2	18,7	17,4	37,0	24,7	2,277
Total	17,1	32,1	2,7	55,1	56,8	0,3	0,3		11,6	24,4	16,4	42,4	24,4	17,1	1,822

G. Vaccination des enfants

Le Ministère de la Santé a mis en place, depuis des années, un Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Selon ce PEV, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCOQ, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. Les enfants doivent avoir reçu tous ces vaccins lorsqu'ils atteignent 1 an. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance.

Lors de l'EDSM-III, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux façons différentes : soit elles étaient copiées à partir des cartes de vaccination des enfants (ce qui permet d'établir avec plus de justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations) soit, lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte, enregistrées à partir des réponses données par la mère. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 9 que pour 48 % des enfants de 12 à 23 mois, une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore faible au Mali, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, 29 % des enfants de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés et 22 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (tableau 9 et graphique 3). Les autres enfants (50 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère chaque vaccin spécifique, 69 % des enfants ont reçu le BCG, 49 % ont été vaccinés contre la rougeole, 40 % et 39 % des enfants ont reçu respectivement les trois doses de DTCOQ et de polio. Par rapport à l'EDSM-II, la couverture vaccinale a très peu changé au niveau national.

La couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence : ce sont les enfants de Bamako qui ont reçu le plus fréquemment tous les vaccins (61 %), suivis de ceux des Autres Villes (50 %) et de ceux du milieu rural (22 %). Il faut noter qu'entre 1995-1996 (EDSM-II) et 2001, la couverture vaccinale s'est légèrement améliorée dans la capitale (61 % contre 54 % en 1995-1996).

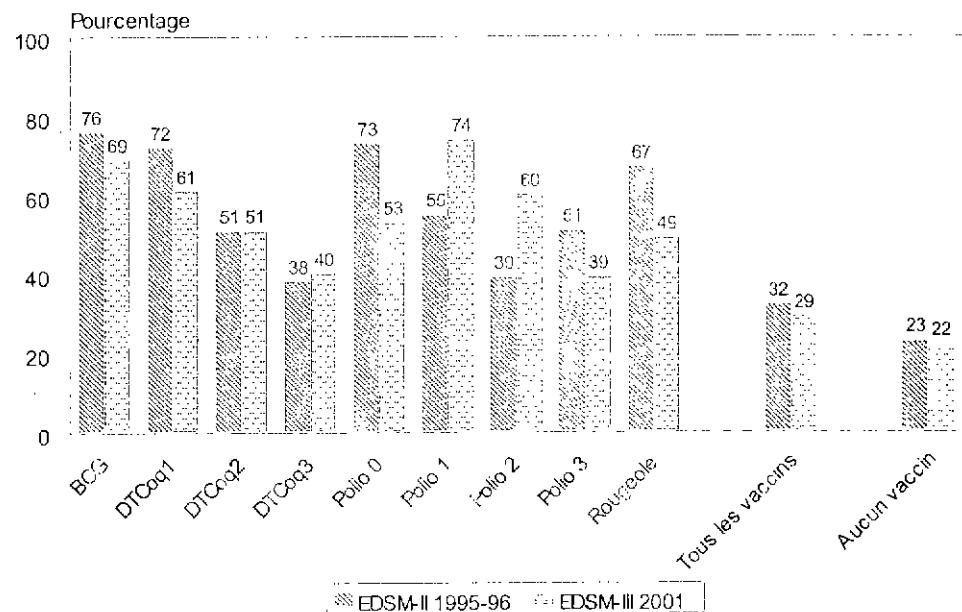
Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de mère ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (63 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire (39 %), et surtout que ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (25 %).

Tableau 9. Vaccination

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant une carte de vaccination vue par l'enquêteuse et pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccin (selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère) selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III, Mali 2001.

Caractéristiques socio-démographiques	Carte de vaccination	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu (selon la carte de vaccination et les déclaration de la mère)							L'effectif d'enfants			
		BCG	DTCog1	DTCog2	DTCog3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes vaccinations du PEV*	Aucune vaccination du PEV*
Sexe de l'enfant												
Maculin	48,4	69,3	63,0	51,8	41,2	54,1	74,3	60,5	39,2	49,4	28,3	21,1
Féminin	48,2	68,7	58,9	49,6	38,0	52,2	73,4	58,5	39,6	48,0	39,1	22,1
Milieu de Résidence												
Bamako	70,6	92,7	87,6	82,5	75,9	81,4	89,3	82,1	71,0	78,1	60,8	26,5
Autres villes	58,4	88,2	76,8	68,4	61,4	70,4	87,3	77,1	58,4	64,0	40,3	28,1
Total urbain	64,3	90,4	82,1	75,3	68,4	75,8	88,3	79,5	64,5	70,9	50,3	24,6
Rural	43,0	62,0	54,0	42,6	30,1	45,7	69,1	52,9	31,1	41,3	21,5	15,50
Région de résidence												
Kayes	35,8	57,6	53,1	33,6	21,1	38,4	76,7	54,7	27,0	39,4	13,6	18,5
Keulkeré	53,3	71,2	67,2	56,9	45,1	62,3	73,2	59,8	41,2	47,4	29,5	18,1
Sikasso	60,6	81,8	68,6	58,9	43,7	58,3	83,4	69,3	46,6	56,2	34,6	13,3
Sigou	39,7	59,9	51,2	44,3	36,1	48,1	63,0	53,9	35,0	40,1	22,8	35,5
Moré	24,7	45,9	34,6	24,3	16,6	28,1	54,7	26,1	16,7	27,1	12,2	49,8
Tombouctou	35,0	56,2	53,6	43,7	25,9	42,9	61,4	43,7	19,8	36,2	17,3	28,2
Gao	54,2	76,4	70,3	59,7	48,2	57,9	82,4	60,2	42,2	51,4	32,8	60
Kidal	36,9	73,6	53,0	45,2	42,4	50,5	76,1	44,7	40,2	37,0	12,8	43
Bamako	71,6	92,7	87,6	83,5	75,9	81,4	89,3	82,1	71,0	78,1	60,8	5,6
Niveau d'instruction												
Aucun	45,3	65,5	56,7	46,4	34,6	48,9	71,2	56,2	35,1	44,9	25,1	24,0
Primaire	58,7	83,5	77,7	67,0	57,5	70,9	84,6	71,0	53,1	62,1	38,8	15,3
Secondaire ou +	72,5	93,3	92,0	83,5	80,2	82,0	93,4	88,0	77,3	78,7	62,7	4,9
Ensemble	46,3	69,0	61,0	50,7	39,6	53,2	73,9	59,5	39,4	48,7	28,7	21,5
* PEV: Programme d'assainissement de l'environnement (exclu Polio 0)											2,197	

Graphique 3
Couverture vaccinale (%) par type de vaccin
(enfants de 12-23 mois)



H. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Les maladies diarrhéiques et leurs conséquences, notamment la déshydratation, constituent l'une des principales causes de décès des enfants dans la plupart des pays en développement.

Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation chez l'enfant, le Ministère de la Santé a mis en place un programme de Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre.

Le tableau 10 fait apparaître qu'au niveau national, 19 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédent l'enquête. Parmi ces enfants, 12 % ont reçu un traitement au moyen d'un sachet de SRO et 22 % ont été traités avec une solution préparée à la maison par les mères. Au niveau national, près de 30 % des enfants diarrhéiques ont été traités au moyen de l'une et/ou l'autre de ces TRO.

Concernant la prévalence de la diarrhée par âge, on peut constater que ce sont les enfants de 6-11 mois qui sont les plus touchés (29 %). Selon les différentes caractéristiques socio-démographiques, on ne note qu'assez peu de variations dans la prévalence de la diarrhée, mis à part au niveau régional.

Tableau 10. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, d'après les déclarations de la mère, ont eu la diarrhée dans les 24 heures et dans les deux dernières semaines, et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines ayant reçu des sachets de Sérum Oral ou une solution de réhydratation faite à la maison, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-01, Mali 2001.

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	% d'enfants avec diarrhée dans les deux dernières semaines et ayant reçu:			Effectif d'enfants de moins de 5 ans
		Sachets Sérum Oral	Solution faite à la maison	L'une ou l'autre TRO*	
Age de l'enfant					
< 6 mois	13,9	9,2	22,4	27,1	1 479
6-11 mois	28,7	16,2	23,3	33,6	1 271
12-23 mois	26,8	12,9	23,2	30,7	2 197
24-35 mois	21,3	11,6	20,8	28,1	2 027
36-47 mois	13,3	8,3	20,4	26,8	2 245
48-59 mois	9,4	10,5	23,6	31,0	1 925
Sexe de l'enfant					
MASCULIN	19,3	12,5	22,3	30,2	5 644
FÉMININ	17,8	11,4	22,2	29,3	5 499
Milieu de Résidence					
Bamako	13,8	34,2	41,7	63,9	1 277
Autres villes	12,5	21,9	31,2	42,5	1 367
Total urbain	13,1	23,6	36,5	53,4	2 644
Rural	20,3	8,6	19,4	25,0	8 499
Région de résidence					
Kayes	23,1	8,4	35,4	39,3	1 588
Koulakoro	18,3	12,3	34,5	40,5	1 913
Sikasso	17,5	13,6	15,5	26,0	2 343
Segou	13,0	14,0	16,7	25,0	1 947
Mopti	23,5	3,6	6,3	9,0	1 553
Tombouctou	27,4	1,8	2,8	4,6	323
Gao	29,0	13,8	8,2	17,5	181
Kidal	28,4	5,5	8,6	14,1	19
Bamako	13,8	34,2	41,7	63,9	1 277
Niveau d'instruction					
Aucun	18,8	11,2	21,0	28,2	9 398
Primaire	18,0	13,6	24,8	32,8	1 231
Secondaire ou +	16,0	24,6	42,0	56,0	514
Ensemble	18,6	12,0	22,3	29,8	11 143

* TRO: Thérapie de Réhydratation Orale

Dans la capitale et parmi les enfants dont la mère est la plus instruite, la TRO est utilisée par une proportion non négligeable d'enfants pour traiter les cas de diarrhée (respectivement, 64 % et 76 %) alors qu'une proportion limitée d'enfants du milieu rural et de ceux dont la mère est sans instruction ont bénéficié de ce type de thérapie (respectivement, 25 % et 27 %).

I. Allaitement et alimentation de complément

Le tableau 11 présentent les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 11. Allaitement

Répartition (en %) des enfants de 0-23 mois selon qu'ils sont allaités, ou non, selon le type d'alimentation de complément, et pourcentage de ceux prenant le biberon, selon le nombre de mois éoulés depuis la naissance de l'enfant, EDSM-III, Mali 2001.

Groupe d'âges	Non allaités	Allaités			Total	% prenant le biberon	Effectif d'enfants	
		Seulement eau	Plus liquides	Plus solide/bouillie				
0-5 mois	0,7	12,4	74,2	7,7	5,1	100,0	4,0	1 453
6-9 mois	1,3	4,3	51,1	10,9	32,4	100,0	4,6	917
10-11 mois	0,6	2,5	33,2	5,2	58,5	100,0	3,9	342
12-15 mois	4,6	1,7	19,3	3,8	70,6	100,0	5,3	941
16-19 mois	14,5	0,5	14,0	2,4	68,7	100,0	4,5	678
20-23 mois	30,3	0,6	12,8	1,8	54,5	100,0	4,4	464

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est quasi générale au Mali puisque pratiquement tous les enfants de 0-5 mois sont allaités. Si l'allaitement est généralisé, par contre, les pratiques alimentaires des enfants ne sont pas toujours conformes aux recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé. En effet, alors que l'OMS recommande que, jusqu'à l'âge de 6 mois, les enfants reçoivent exclusivement le sein. 12 % seulement des enfants de 0-5 mois sont nourris de cette façon : les autres enfants de ce groupe d'âges reçoivent, en plus du sein, de l'eau (74 %), d'autres liquides (8 %) et même des aliments solides ou des bouillies dans 5 % des cas. À l'opposé, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit pas pour garantir la meilleure croissance des enfants, l'OMS recommande que des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : on constate ici que 68 % des enfants ne sont pas nourris de cette façon dans le groupe 6-9 mois.

Pour ce qui est de l'utilisation du biberon, les mères maliennes se conforment bien aux recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé. Seulement 4 % seulement des enfants de 0-5 mois reçoivent des liquides quelconques au biberon.

J. Mortalité des enfants

Le calcul du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSM-III. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on connaît les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 et le graphique 4 présentent les différents quotients pour cinq périodes quinquennales allant de 1976 à 2001. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSM-III (période 1996-2001), le risque de mortalité infantile est évalué à 113 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 131 %.

Tableau 12. Mortalité infantile et juvénile

Mortalité infantile, mortalité juvénile et mortalité infanto-juvénile par périodes quinquennales précédant l'enquête. EDSM-III, Mali 2001.

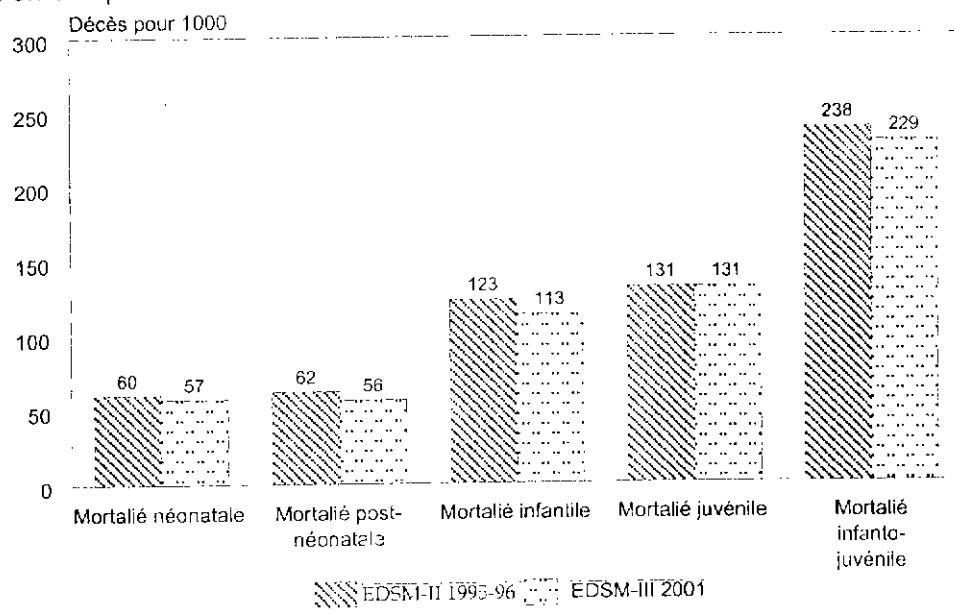
Périodes avant l'enquête	Taux de mortalité				
	Mortalité néonatale	Mortalité Post- néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto- juvénile
0-4 ans	57,1	56,4	113,4	130,5	229,1
5-9 ans	79,3	59,7	139,0	125,9	247,3
10-14 ans	78,2	51,2	129,4	139,2	250,6
15-19 ans	77,6	74,3	151,9	169,6	295,7
EDSM-II *	60,4	62,1	122,5	131,1	237,5

* Estimation pour la période 1991-96

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 57 % pour la mortalité néonatale et à 56 % pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 229 %. En d'autres termes, au Mali, environ un enfant sur quatre meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Graphique 4 **Mortalité avant l'âge de 5 ans**

Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSM-II de 1995-1996, on



observe que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu, dans toutes ses composantes, une très légère diminution. Par exemple, la mortalité infantile est passée de 123 % pour la période 1990-1995 à 113 % pour la période 1996-2001. Pour ce qui est de la mortalité juvénile (1-4 ans) elle est passée de 131 % à 129 % au cours de la même période (voir graphique 4). Toutefois, la mortalité des enfants au Mali reste une des plus élevées dans le monde.

K. Connaissance du VIH/sida

La majorité des femmes (90 %) et la totalité des hommes (98 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. La majorité des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH/sida et ont cité au moins un moyen de protection (respectivement, 61 % et 79 %). À ce niveau, les différences selon le milieu de résidence montrent que les femmes et les hommes de Bamako sont plus informés que ceux des autres villes et de ceux du milieu rural (tableau 13).

Pour ce qui est des moyens de prévention, l'utilisation du condom est le moyen le plus fréquemment cité (34 % des femmes et 52 % des hommes) pour éviter de contracter le VIH/sida, suivie de « limiter les rapports sexuels à un partenaire » (29 % des femmes et 31 % des hommes) et de « s'abstenir de rapports sexuels » (17 % des femmes et 29 % des hommes). L'autre moyen cité par au moins 10 % des enquêtés des deux sexes est « éviter d'embrasser » (12 % des femmes et 18 % des hommes). Quant aux autres moyens cités, les pourcentages sont extrêmement faibles variant entre moins 1 % et 5 % aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 13 Connaissance du VIH/Sida et de moyens d'éviter le VIH/Sida
 Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déclaré connaître le VIH/Sida et pourcentage de ceux connaissant au moins un moyen pour éviter le VIH/Sida par sexe et milieu de résidence. EDSM-III. Mali 2001.

Connaissance	Femmes						Hommes			
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Connaissant le VIH/Sida	98,1	94,6	96,5	87,7	90,3	99,6	98,9	99,3	97,6	98,1
Effectif	2 114	1 748	3 862	8 987	12 849	647	477	1 124	2 280	3 405
Au moins un moyen pour éviter le VIH/Sida	85,2	73,1	79,8	51,6	60,7	90,0	85,7	88,2	74,5	79,1
Effectif										
Se abstenir des rapports sexuels	23,4	21,9	22,7	14,5	17,1	39,4	26,6	34,0	26,7	29,1
Utiliser le condom	64,3	50,2	58,0	22,2	33,7	74,5	61,4	68,5	43,8	52,2
Limitier le nombre de partenaires	30,7	32,3	31,4	28,5	29,4	28,0	35,4	31,1	30,9	31,0
Eviter les rapports avec les prostituées	5,7	1,5	3,8	3,1	3,3	4,2	6,9	5,3	5,5	5,4
Eviter les rap. avec pers. ayant plusieurs partenaires	3,0	1,9	2,5	1,0	1,5	5,4	8,4	6,7	4,6	5,3
Eviter les rap. avec pers. ayant plusieurs partenaires	2,4	1,2	1,9	0,7	1,1	1,2	1,6	1,4	1,4	1,4
Eviter les rapports homosexuels	0,8	0,3	0,6	0,1	0,2	0,1	0,6	0,3	0,4	0,3
Eviter les rapports avec ceux qui se droguent	2,0	0,6	1,4	0,2	0,6	1,3	2,3	1,8	0,7	1,0
Eviter les transfusions sanguines	8,4	3,4	6,2	1,8	3,2	5,5	6,1	5,7	3,1	4,0
Eviter les infections	12,2	7,9	10,3	2,7	5,2	6,5	9,8	7,9	3,1	4,5
Eviter d'embrasser	21,1	19,3	22,0	7,0	11,8	24,9	25,8	24,8	13,8	17,5
Eviter les pipettes de insectiques	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2
Eviter de partager lames/taissoirs	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Chercher protection des guérisseurs	1,0	2,3	1,6	0,9	1,1	0,1	0,9	0,4	0,4	0,4
Autres	1,2	1,3	1,2	0,9	1,0	3,0	1,7	2,4	1,7	2,9
Ne connaît aucun moyen	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,5	0,5	0,5	1,2	0,9
Effectif										
Ne connaît pas ou ne sait pas si on peut éviter le VIH/Sida	14,1	26,2	19,5	47,6	38,6	9,5	13,9	11,4	24,3	26,1
Effectif des personnes connaissant le VIH/Sida	2 074	1 654	3 728	7 879	11 608	644	472	1 116	2 226	3 355

MEASURE DHS+ Rapports Préliminaires

Turquie			Décembre	1998	(anglais)
Ghana			Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)		
Guinée	Octobre	1999	(français)		
Kazakhstan			Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie			Février	2000	(anglais)
Zimbabwe			Mars	2000	(anglais)
Bangladesh			Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)		
Ethiopie	Août	2000	(anglais)		
Haïti	Septembre	2000	(français)		
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)		
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)		
Malawi	Février	2001	(anglais)		
Rwanda	Février	2001	(français)		
Arménie	Mars	2001	(anglais)		
Gabon	Mars	2001	(français)		
Ouganda	Mai	2001	(anglais)		
Mauritanie	Juillet	2001	(français)		
Népal	Septembre	2001	(anglais)		
Mali	Octobre	2001	(français)		

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS+ sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays; MEASURE DHS+ est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS+, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 9 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.