

Mali

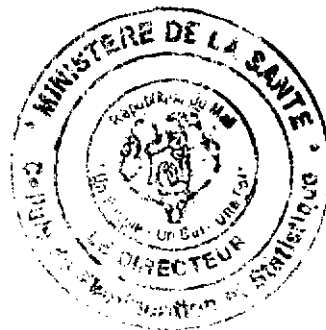


Enquête Démographique
et de Santé (EDSM-III)

2001

CONFIDENTIEL

DRAFT



Enquête Démographique et de Santé

**République du Mali
2001**

EDSM-III

ORC Macro
Calverton, Maryland USA

juin 2002





PRÉFACE

Les efforts en faveur du développement du secteur de la santé nous impose l'utilisation de méthodes sûres bénéficiant de l'assentiment général pour évaluer l'état de santé des populations, particulièrement celui des femmes, des enfants et son évolution dans le temps.

A l'effet de cette évaluation, le Mali a mené trois Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSM-I, II et III) dont la première en 1987 à travers le CERPOD (Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population et le Développement), la seconde en 1995/1996 par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique avec l'appui technique de Macro International et la troisième en 2001, sous la responsabilité technique de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique avec l'appui technique de Macro International. Ces enquêtes périodiques ont pour but de (i) fournir des informations sur la fécondité et ses déterminants, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité des enfants ; (ii) apprécier les différentes tendances enregistrées de ces phénomènes et mettre à jour des données, et (iii) constituer une base de données fiables sur la fécondité, la santé de la reproduction, la mortalité maternelle et infantile, la nutrition.

Pour la première fois, un module avec test sur l'anémie a été intégré à l'Enquête Démographique et de Santé de 2001, pour évaluer la situation nutritionnelle des enfants et des femmes enceintes. Mais la principale innovation de l'EDSM-III aura été l'intégration d'un module d'enquête de séro-prévalence du VIH-SIDA. Ceci a permis de tester avec succès la possibilité de mener les enquêtes de séro-pré-évaluation sur le VIH-SIDA avec, un taux d'acceptation de 92 % chez les femmes et 86 % chez les hommes, ce qui constitue l'un des meilleurs taux dans la sous-région. Ceci a été rendu possible grâce à l'introduction du test d'anémie, l'existence d'une méthodologie de test rapide fiable expérimenté par le CDC/Atlanta des Etats-Unis et surtout l'existence d'un laboratoire de biologie moléculaire à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) capable de mener tous les tests de contrôle du VIH/SIDA.

Cette troisième enquête (EDSM III) a touché un échantillon de 12.285 ménages et dans chaque ménage, toutes les femmes de 15 à 49 ans et un tiers des hommes de 15 à 59 ans ont été enquêtés. Le taux de réponse a été de 94,9 % chez les femmes et 83,8 % chez les hommes enquêtés. Comme les précédentes, elle fournit des données sur l'état nutritionnel des enfants, la mortalité maternelle, l'excision et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) y compris le VIH/SIDA.

Avec l'EDSM-III, le Mali dispose désormais d'une série d'enquêtes démographiques nationale comparables (EDSM-I, EDSM-II, EDSM-III) qui, ajoutées aux données issues d'autres sources, permettent une meilleure connaissance de la population du pays.

Le présent rapport a été précédé d'un rapport préliminaire qui a fait l'objet d'une large diffusion en mai 2002. Des analyses approfondies thématiques sont envisagées à partir de la base de données disponibles.

Il n'est plus besoin de dire, que les résultats de cette troisième opération sont d'une grande utilité pour les autorités politiques, les administrations publiques, les services techniques, la société civile, les organismes de coopération bilatérale et multilatérale, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les chercheurs et autres utilisateurs éventuels d'informations statistiques dans le cadre de la planification économique et sociale, en général, et dans le cadre des recherches sur la santé de la population, en particulier.

Je m'en voudrais de terminer sans remercier la population, les enquêteurs et les superviseurs pour leur dévouement et leur patience. J'aimerais également relever la qualité de la collaboration, le dynamisme et les efforts encore renouvelés des partenaires comme l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale sans le soutien desquels une telle opération n'aurait pu être réalisée. Je leurs adresse mes sincères remerciements ainsi qu'à l'ensemble des Partenaires techniques et financiers du secteur.

Le Ministre de la Santé


Mme TRAORE Fatoumata NAFI
Chevalier de l'Ordre National

REMERCIEMENTS

La réalisation de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-III) est une opération de grande envergure. Elle est le résultat des efforts constants des autorités nationales pour améliorer les connaissances démographiques et sanitaires du pays.

En effet, ce rapport est la conjugaison de multiples activités auxquelles de nombreuses personnes et institutions ont participé.

Nous remercions d'une part les populations des zones enquêtées et particulièrement les femmes et les hommes qui n'ont ménagé aucun effort, malgré leurs diverses occupations quotidiennes, pour se prêter à nos nombreuses questions, et d'autre part les autorités régionales et locales pour leur disponibilité et leur appui au bon déroulement de l'enquête.

Nos remerciements vont à toute l'équipe d'encadrement de l'EDSM-III : les responsables de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, particulièrement la Directrice Nationale, le Directeur National Adjoint et les Chefs de Division de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et ceux de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé; les Directeurs Régionaux du Plan et de la Statistique ; les Directeurs Régionaux de la Santé, les Directeurs Régionaux du Développement Social et de l'Economie Solidaire; les superviseurs et personnel de soutien dont la détermination a permis la réussite de l'opération.

Nous saluons ici les actions positives de la collaboration intra-sectorielle au sein du Département de la Santé notamment la Direction Nationale de la Santé, la Direction Administrative et Financière, l'Institut National de Recherche en Santé Publique, la Direction Nationale du Développement Social et tous les services techniques qui ont apporté leur soutien, et intersectorielle entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances.

L'occasion est bonne et opportune pour féliciter sincèrement les agents cartographes, les chefs d'équipes, les contrôleuses, les enquêtrices et enquêteurs, le personnel de saisie, les éditeurs et les chauffeurs dont le courage et le dévouement ont permis la collecte des informations sur le terrain et l'exploitation, malgré les conditions de travail souvent très pénibles.

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous les consultants nationaux qui ont participé à la formation des équipes de terrain.

Toute notre reconnaissance et notre gratitude à l'équipe de ORC/Macro, notamment Monsieur Mohamed Ayad, responsable de l'EDSM-III pour ORC/Macro, avec qui la collaboration a toujours été fructueuse et agréable; Monsieur Salif N'Diaye, Conseiller Technique du projet au Mali, qui a suivi de très près chaque étape de l'enquête et dont la disponibilité a permis à chaque instant de soutenir les équipes de terrain et de saisie; Monsieur Mamadou Thiam qui, à travers son expérience, a résolu les problèmes de sondage et d'échantillonnage ; Messieurs Njosa Ivo, Nicolas Hill et Keith Purvis pour la formation des agents de saisie, la vérification et la tabulation de toutes les données utilisées dans ce rapport.

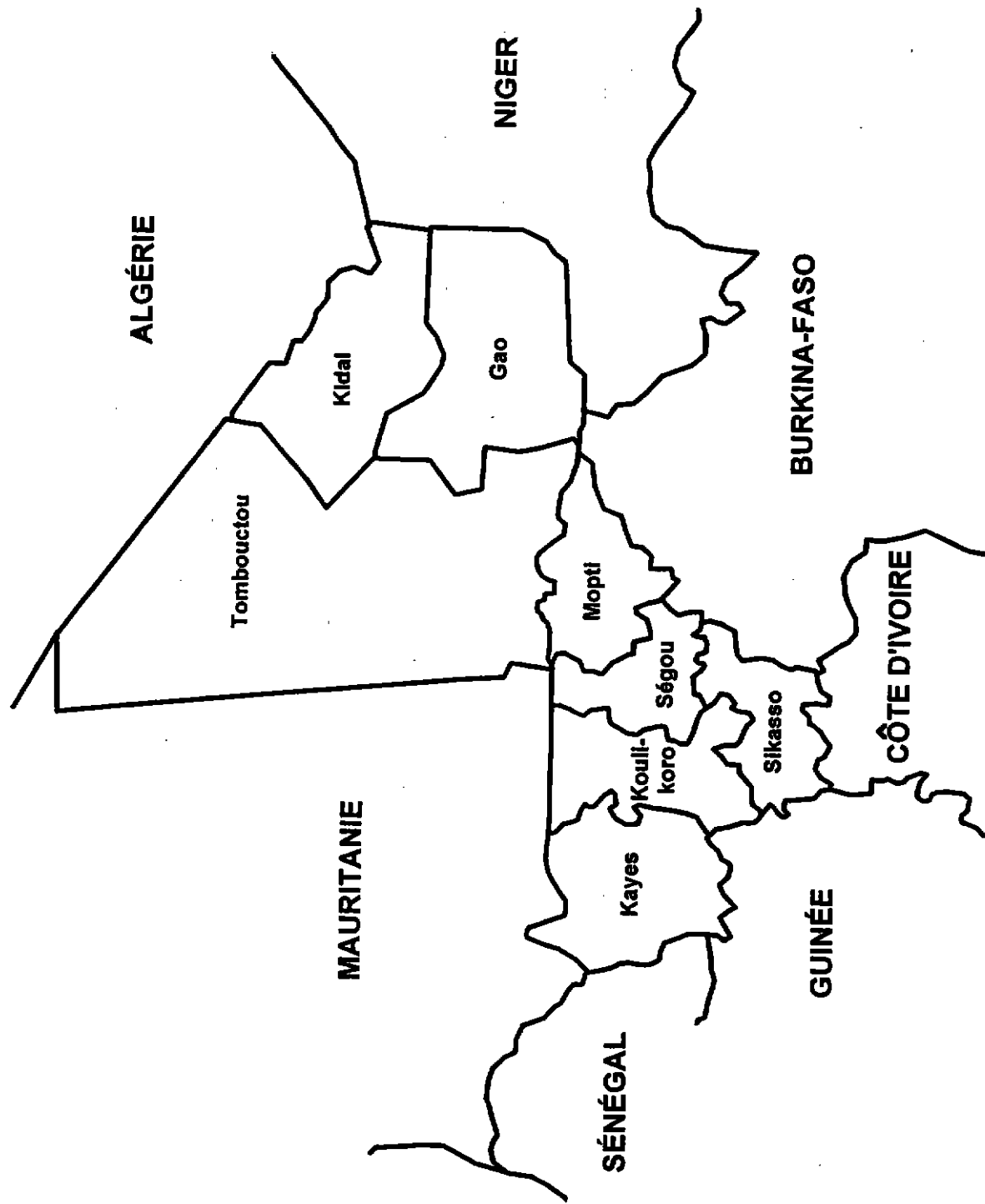
Notre reconnaissance et notre gratitude s'adressent également aux équipes de CDC-Atlanta et du Programme National de Lutte contre le SIDA dont la collaboration technique et financière a permis de mener à bien le volet « test de séroprévalence du SIDA » de l'EDSM-III.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMPPF	Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille
ASACO	Association de Santé Communautaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BCR	Bureau Central du Recensement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (atlanta, Etats-Unis)
CNI	Centre National d'Immunisation
CPS/MS	Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé
cscom	Centre de Santé Communautaire
CV	Coefficient de Variation
DBC	Distribution à Base Communautaire des contraceptifs
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DNAFLA	Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique
DSFC	Division de la Santé Familiale et Communautaire
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin contre)
EDSM-1	Première Enquête Démographique et de Santé au Mali
EDSM-11	Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Mali
EDSM-111	Troisième Enquête Démographique et de Santé au Mali
EDS (DHS)	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys)
ET	Ecart Type
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
GPS	Global Positionning System
IEC	Information, Education et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAMA	Méthodes de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MST	Maladie Sexuellement Transmissible

NCHS	National Center for Health Statistics (Etats Unis)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORC	Opinion Research Corporation
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRODESS	Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2002
RDV	Risque de Mortalité maternelle sur la Durée de Vie
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SE	Section d'Enumération
SIDA	Syndrôme de l'immuno-Déficience Acquise
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'immuno-Déficience Humaine

CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI



1.1 GÉOGRAPHIE, HISTOIRE ET ÉCONOMIE

Géographie

La république du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 km². Elle partage, au Nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie ; à l'est, le pays est frontalier avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté. C'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique, qui s'étend entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche.

Ainsi, du sud au nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano-guinéenne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière durant en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1300 mm à 1500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. Ce climat se caractérise par quatre zones ; le delta intérieur du Niger se caractérise par un climat particulier :

Les quatre zones sont les suivantes :

- la zone sud soudano-guinéenne : environ 6 % du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an ;
- la zone nord-soudanienne, avec 1 300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18 % du territoire ;
- la zone sahélienne : les précipitations vont de 700 à 200 mm d'eau par an.
- la zone saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara; elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.
- Le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieure. Cette nappe d'inondation est au cœur même du Sahel. Le delta avec ses 300 Km de long sur 100 Km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

Histoire

Le Mali actuel est né le 22 septembre 1960. Ce nom est un rappel et un hommage à la mémoire de l'un des grands Empires qu'a connus l'Afrique de l'Ouest : l'Empire du Mali. La République du Mali est assurément le berceau de nombreuses civilisations qui ont donné naissance à de nombreux Empires et Royaumes dont, entre autres :

- l'Empire du Ghana (VII^e-XII^e siècles)
- l'Empire du Mali (XIII^e-XV^e siècles)
- l'Empire Songhoï (XV^e-XVI^e siècles)
- les Royaumes Bambara de Ségou et du Kaarta (XVII^e-XVIII^e siècles)
- l'Empire Toucouleur de El-Hadj Omar Tall (XIX^e siècle)
- le Royaume Sénoufos de Sikasso (XIX^e siècle).

Ce brassage des peuples a été à l'origine de la formation de groupes humains fortement interdépendants et dont les apports civilisationnels respectifs constituent pour le Mali une des richesses la plus enviée dans la sous-région. En effet le Mali est un carrefour de civilisations avec ses nombreux groupes ethniques et linguistiques constituant chacun une source de richesses culturelles. Les principaux groupes ethniques sont les Bambara (ou bamanan), les Malinké (maninka), les Sarakolé (soninké ou marka), les Peuhls (foula), les Sénoufo/Minianka, les Dogons (dogonon ou habé), les Sonraï (songhoï et arma), les Touareg, les Maures et les Arabes. Malgré cette diversité, la conscience malienne, issue de l'histoire millénaire du pays, est réelle et profonde au-delà des frontières et tous les Maliens vivent dans un mixage total conformément aux exigences de la coutume et de la tradition du terroir.

Deux faits importants ont marqué l'histoire du Mali. Le premier est la pénétration de l'Islam à partir du VII^e siècle. Le second est l'irruption de la colonisation française en Afrique et qui prit corps et âme dans l'actuelle aire géographique du Mali à partir de 1857. L'Islam aussi bien que le colonialisme ont profondément désarticulé les structures sociales préexistantes, notamment les cultes. La colonisation française, plus que le fait islamique (religieux surtout) a imposé, par sa durée et les rapports de forces, de nouvelles formes étatiques, de nouvelles structures administratives et politiques. Ces nouvelles mutations ont été à la base de contestations et de revendications aboutissant à la naissance de l'état moderne du Mali après une vaine tentative d'unification avec le Sénégal au sein de la Fédération du Mali en 1959.

Économie

Comme l'écrasante majorité des États africains en général, en particulier ceux de l'Afrique au sud du Sahara, le Mali a une économie dont les ressources proviennent en premier chef de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. C'est dire que le secteur primaire est la sève nourricière de l'économie. Il est tributaire des aléas climatiques et des prix des matières premières sur le marché international. Il occupe, en effet, plus de 80 % de la population active et représente au moins 40 % du Produit Intérieur Brut (PIB), alors que le secteur secondaire (industrie) ne représente que 16 % du PIB et celui du tertiaire (commerce, services) 40 % en 2001.

L'agriculture, "locomotive" de l'économie, est essentiellement basée sur les cultures vivrières (mil, sorgho, riz, maïs, fonio, igname, manioc, haricot, blé...). S'ajoutent à ces cultures les cultures industrielles (arachide, coton, tabac). Le maraîchage fournit, entre autres, les oignons, le gombo... La bonne pluviométrie enregistrée ces dernières années a vu les productions agricoles augmenter : la production céréalière pour la campagne 1999-2000 fut estimée à environ 2 893 millions de tonnes; celle du coton graine atteignit 473 000 tonnes (DNSI, 1999) ce qui eu pour conséquence de placer le mali au deuxième rang des pays producteur de coton en Afrique après l'Égypte.

L'élevage, seconde richesse après l'agriculture, durement affecté par les sécheresses de 1972-73 et de 1984, a repris son souffle. Le cheptel se reconstitue petit à petit et on a dénombré en 1997 plus de 6 millions de bovins et 14,5 millions d'ovins et caprins.

La pêche, quant à elle, demeure, grâce aux fleuves Sénégal et Niger et à leurs affluents, un des piliers de l'économie nationale et fait du Mali un grand producteur de poissons d'eau douce dans la sous-région malgré les sécheresses et les pluviométries capricieuses. En 1997, la production annuelle de poisson frais était de 31 736 tonnes, celle de poissons fumés et séchés était de 12 281 tonnes. Les revenus d'exportations de poissons ont atteint près de 14 milliards de FCFA.

Parallèlement aux ressources agricoles, le Mali a d'énormes potentialités énergétiques, touristique et artisanales, de même que minières. En témoignent, dans le domaine des ressources énergétiques les aménagements hydroélectriques réalisés et ceux en voie de l'être : les sites de Sotuba, Markala, Sélingué, Manantali, Félou, Tossaye, Labézenga, Gouïna. En outre, il faut signaler les sources d'énergie renouvelables et l'accent mis sur l'énergie solaire (en pleine expansion). Le sous-sol malien renferme d'importants gisements parmi lesquels l'or, les phosphates, le sel gemme, le calcaire, la bauxite, le fer, le manganèse, le gypse, l'uranium, le marbre. Les sites aurifères les plus en vue sont ceux de Siam (en exploitation), de Sadiola (déjà opérationnel), de Loulo et la mine d'or de Kalana (privatisée). En 1995, la production de l'or fut évaluée à 6 600 kg et du coup, l'or occupe désormais la troisième place au niveau des ressources destinées à l'exportation (après le coton et le bétail sur pied).

1.2 POPULATION

Selon les données du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants en avril 1998 dont 50,5 % de femmes et 49,5 % d'hommes ; la densité est estimée à 7,9 habitants au km². Elle est estimée à 10 472 782 habitants en 2001 avec un taux d'accroissement inter-censitaire de 2,2 %.

Selon les mêmes données, 99 % des Maliens sont des sédentaires et 1 % sont des nomades. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2 %). Le taux d'urbanisation est de 26,8 %.

La répartition spatiale est inégale ; les trois quarts de la superficie du pays abritent moins de 10,0 % de la population. La répartition par région figure dans le tableau ci-dessous :

L'état sanitaire, au cours de la période 1992-1996, se caractérise, entre autres, par un quotient de mortalité infanto-juvénile de 238 ‰ (d'après l'Enquête Démographique et de Santé au Mali - EDSM-II de 1995-1996 voir Coulibaly et al. 1996). L'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans.

Au Mali, la population est essentiellement rurale. Au dernier recensement de la population, 22 % seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46 % de la population est âgée de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21 % de la population totale. Selon les données du RGPH de 1998, les principaux sous-groupes sont :

enfants de moins d'un an (0-11 mois)	= 2,9 %
enfants de 1 an à 4 ans (12-59 mois)	= 14,0 %
enfants de moins de 5 ans (0-4 ans)	= 17,0 %
enfants de moins de 15 ans (0-14 ans)	= 46,0 %
enfants de moins de 19 ans (0-18 ans)	= 55,2 %
femmes en âge de procréer (15-49 ans)	= 22,6 %

Ces indicateurs, associés à un âge médian à la première union (16 ans environ) et à la quasi-universalité du mariage ont pour résultat un niveau de fécondité assez élevé. Ce niveau de fécondité est estimé par un indice synthétique de 6,7 enfants par femme durant la période 1992-1996 (Coulibaly et al., 1996).

1.3 SITUATION SANITAIRE

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupant malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passée de 5,28 % en 1992 à 6,63 % en 2001. L'évolution des dépenses de santé dans le budget de l'Etat est la suivante entre 1992 et 2001.

Évolution du budget santé dans le budget de l'Etat
(en milliers de FCFA)

Année	Évolution du budget santé dans le budget d'Etat				Répartition du financement	
	Budget santé	Budget Etat	% santé dans le Budget Etat	Ratios	Financement intérieur	Financement extérieur (BSI)
1992	11.474.613	217.147.699	5,28 %	-	5.147.613	6.327.000
1993	9.649.678	200.474.564	4,81 %	-	5.201.678	4.448.000
1994	17.423.072	371.674.431	4,69 %	-	9.601.072	7.822.000
1995	25.683.090	353.960.000	7,26 %	8,01	9.624.090	16.059.000
1996	31.352.837	380.325.000	8,24 %	8,33	10.318.837	21.034.000
1997	28.777.080	400.323.000	7,19 %	9,57	12.129.080	16.648.000
1998	27.065.754	433.712.000	6,24 %	10,01	14.439.754	12.626.000
1999	24.787.365	476.113.000	5,21 %	10,76	16.046.365	8.741.000
2000	34.580.607	522.537.000	6,62 %	9,64	16.242.607	18.338.000
2001	36.943.517	556.881.000	6,63 %	10,01	20.813.517	15.930.000
Total	247.737.613	3.913.174.694	6,33 %	-	119.764.613 48,34 %	127.973.000 51,66 %

Source : DAF- Ministère de la Santé.

On note que les dépenses ont évolué de manière irrégulière ; cependant, le ratio des dépenses courantes s'est amélioré, passant de 8,01 % en 1995 à 10,01 % en 2001.

Au Mali, les niveaux de la morbidité et de la mortalité sont élevées et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance de la couverture sanitaire (63 % de la population réside à moins de 15 km d'un centre de santé de premiers contacts offrant le Paquet Minimum d'Activités) ;
- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ;
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;

- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A) ce qui provoque des maladies et des carences;
- La persistance de certaines coutumes et de traditions souvent néfastes pour la santé ;
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;
- Une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990 (MSP-AS, 1990). Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et péri-urbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies et qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio-sanitaire en vue d'améliorer le bien-être de la famille. En outre, par la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources, afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs, Etat, Organisations Non Gouvernementales (ONG), populations, etc.).

Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) et un Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS 1998-2002) basé sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés en 1998.

1.4 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Cadre institutionnel

La Troisième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-III) a été exécutée par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) et par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie et des Finances (DNSI/MEF), avec l'assistance technique de ORC/Macro.

Cette enquête entre dans le cadre du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ou Demographic and Health Surveys (DHS). Par ailleurs, elle s'inscrit dans le Programme PRODESS, dont l'un des objectifs est le renforcement du système national d'information sanitaire et social.

L'EDSM-III a bénéficié du financement de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale et le Budget d'Etat.

Objectifs

L'un des principaux objectifs de l'EDSM-III était de recueillir, à l'échelle nationale, des données de qualité qui permettent de :

- Connaître les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile, ainsi que les facteurs déterminant leur évolution ;

- Déterminer le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception chez les femmes et les hommes ;
- Obtenir des informations sur le nombre idéal d'enfants et sur l'attitude vis-à-vis de la planification familiale chez les femmes et les hommes en âge de procréer ;
- Recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile : visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement, vaccinations, supplémentation en Vitamine A, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- Évaluer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- Recueillir des données sur la pratique de l'excision ;
- Recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du sida ;
- Mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national, et
- Évaluer la disponibilité des services de santé et de planification familiale.

En outre, pour la première fois, l'EDSM-III s'est fixé pour objectifs d'évaluer la prévalence des anémies et du VIH-sida dans l'ensemble de la population.

Enfin, comme lors de la précédente enquête, l'EDSM-III a permis de développer les capacités nationales nécessaires à la réalisation périodique d'enquêtes démographiques et de santé.

Questionnaires

L'EDSM-III a utilisé 4 types de questionnaires¹ :

- Un questionnaire ménage;
- Un questionnaire individuel femme;
- Un questionnaire individuel homme;
- Un questionnaire communautaire sur la disponibilité des services.

Les questionnaires ménages et individuels femme et homme ont été traduits en trois langues nationales (le bambara, le sonraï et le peuhl).

1) Questionnaire ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation

¹ Les différents questionnaires utilisés sont présentés en Annexe E.

de résidence, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la survie des parents, le travail des enfants. Le questionnaire ménage permet aussi de relever le poids et la taille de toutes les femmes de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 6 ans. Par ailleurs, dans un tiers des ménages, on a mesuré le niveau d'hémoglobine des enfants de moins de 6 ans, des femmes et des hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Ce même prélèvement a servi pour le test du VIH-sida. Il faut noter que le consentement des enquêtées était requis pour les tests d'hémoglobine et du VIH-sida. Enfin, par le biais du questionnaire ménage, on a également collecté certaines caractéristiques des logements qui seront utilisées pour évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui seront enquêtés individuellement.

Cependant, l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un tiers des ménages, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans). Le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

En outre, le questionnaire comprend, en page de garde, la localisation du ménage (région, cercle, commune ou village), le nombre de visites effectuées par l'enquêtrice, le résultat de l'interview ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

2) Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme qui constitue le cœur de l'EDSM-III, a été élaboré sur la base du questionnaire Modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les dix sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : cette section porte sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion, l'ethnie, l'exposition aux médias.
- **Reproduction** : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, l'âge de la femme aux premières règles et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.
- **Connaissance et utilisation de la contraception** : cette section permet de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives existant dans le pays, ainsi que sur la source d'approvisionnement. Elle porte également sur les marques de pilules utilisées, les lieux et date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non-utilisation. De plus, quelques questions sur la connaissance et l'utilisation de l'allaitement comme moyen de retarder une grossesse ont été posées aux femmes.
- **Grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants** : cette section porte sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête et elle est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels. La deuxième partie porte sur les vaccinations incluses

dans le Programme élargi de Vaccinations (PEV) et la santé des enfants de moins de cinq ans, plus particulièrement sur la prévalence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants.

- Mariage et activité sexuelle : cette section porte sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- Préférences en matière de fécondité : cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle préféré et idéal entre les naissances, et l'opinion concernant la taille de la famille. Elle donne également des informations sur les interruptions de grossesses.
- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme : à ce niveau, des questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes.
- IST et sida : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles, et sur les modes de transmission et de prévention du sida.
- Excision : on collecte ici des informations sur l'importance de la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles aînées, ainsi que sur l'attitude vis-à-vis de cette pratique.
- Mortalité maternelle : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions supplémentaires sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.

3) Questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme qui est une forme allégée du questionnaire individuel femme permet de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception, et sur les opinions des hommes en matière de fécondité, de taille de la famille et de planification familiale, ainsi que sur l'excision, les IST et le sida.

4) Questionnaire sur la disponibilité des services

Le questionnaire communautaire a pour objectif de recueillir quelques informations sur les infrastructures socio-économiques (écoles, marché, services de transport..) et sanitaires (hôpitaux, cliniques, centres de santé communautaire..) disponibles dans chacune des grappes de l'enquête.

Échantillonnage

L'échantillon cible de l'EDSM-III était de 14 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et de 4 000 hommes âgés de 15 à 59 ans. Le RGPH de 1998, avec les 12123 Sections d'Énumération (SE) du fichier du Bureau Central du Recensement (BCR), a servi de base de sondage. On a identifié 7 domaines d'études : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et les régions de Tombouctou et Gao et Kidal

ensemble². L'échantillon est stratifié, pondéré et représentatif au niveau national et au niveau des milieux de résidence³ et des régions telles que définies précédemment.

L'échantillon a été sélectionné de la manière suivante :

- Au premier degré, 403 grappes, constituant les Unités Primaires de Sondage (UPS), ont été tirées de façon systématique à l'intérieur de chacune des 13 strates (Bamako et les milieux urbain et rural des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Kidal/Gao/Tombouctou) avec une probabilité proportionnelle à la taille de la SE, à savoir le nombre de ménages dans la SE ;
- Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné à partir de la liste de ménages établie lors de l'opération de dénombrement de chacune des 403 grappes sélectionnées.

Les 403 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSM-III, à l'exception d'une seule dans la région de Kayes. Au total, 13 717 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 12 617 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 12 617 ménages, 12 331 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,9 % comme l'indique le tableau 1.1⁴.

À l'intérieur des 12 331 ménages enquêtés, 13 543 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 12 849 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.

Personnel et calendrier des activités de l'EDSM-III

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs de l'EDSM-III, une direction technique a été mise en place sous l'autorité d'un Directeur Général et d'un Directeur Technique, chacun assisté d'un adjoint, et de 8 cadres techniques qui avaient en charge la supervision générale de l'enquête. Cette direction technique assistée d'un résident conseiller de Macro, est complétée par 14 agents de saisie et 2 éditeurs chargés des travaux informatiques, 4 agents de vérification et une secrétaire.

Par ailleurs, des consultants nationaux et internationaux ont assisté l'équipe technique pour l'adaptation du plan de sondage, la conception des questionnaires, la formation du personnel d'enquête, le traitement et l'analyse des données. Des consultants nationaux de la Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée (DNAFLA) ont effectué la traduction des questionnaires dans les trois principales langues du pays : bambara, sonraï et peulh.

² Compte tenu du fait que les régions de Tombouctou, Gao et Kidal représentent environ 65 % du territoire national et 10 % de la population totale. De ce fait et comme l'effectif de population des 3 régions est très faible, il a été décidé de les regrouper et de présenter les résultats pour les trois régions ensemble.

³ Dans la suite de ce rapport, les résultats seront présentés par milieu de résidence : Bamako, Autres Villes (selon la définition du RGPH), Ensemble Urbain (Bamako et les autres villes) et Milieu Rural.

⁴ Les résultats détaillés concernant la couverture de l'échantillon figurent en Annexe A.

Tableau 1.1 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Enquête	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage			
Nombre de logements sélectionnés	3 136	10 581	13 717
Nombre de ménages identifiés	2 926	9 674	12 617
Nombre de ménages enquêtés	2 800	9 531	12 331
Taux de réponse des ménages	95,7	98,5	97,9
Enquête individuelle femme			
Nombre de femmes éligibles	3 796	9 747	13 543
Nombre de femmes enquêtées	3 509	9 340	12 849
Taux de réponse des femmes	92,4	95,8	94,9
Ménages pour l'enquête homme			
Nombre de logements sélectionnés pour l'enquête homme	1 051	3 490	4 541
Nombre de ménages identifiés	987	3 201	4 188
Nombre de ménages enquêtés	933	3 154	4 087
Taux de réponse des ménages pour l'enquête homme	94,5	98,5	97,6
Enquête individuelle homme			
Nombre d'hommes éligibles	1 287	2 775	4 062
Nombre d'hommes enquêtés	961	2 444	3 405
Taux de réponse des hommes	74,7	88,1	83,8

L'EDSM-III s'est déroulée en trois étapes principales : le dénombrement des ménages des zones échantillonnées (de juillet à septembre 2000), le pré-test (septembre 2000) et l'enquête principale (janvier à mai 2001). Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées.

Pour les opérations de cartographie et de dénombrement des zones sélectionnées pour l'enquête, 24 agents ont été recrutés afin de former 12 équipes. Les agents cartographes étaient aussi chargés de réaliser l'enquête communautaire sur la disponibilité des services.

Pour le pré-test, 20 enquêtrices et enquêteurs ont été retenus pour suivre une formation de douze jours. La formation en langues nationales a été assurée par des spécialistes de la DNAFLA qui avaient traduit les questionnaires. Pour les travaux de terrain du pré-test qui ont duré 10 jours, quatre zones d'enquêtes, ne faisant pas partie des zones de l'échantillon principal, ont été retenues : deux secteurs de Bamako pour le milieu urbain et deux villages non loin de la capitale, pour le milieu rural. D'une manière générale, le pré-test a permis d'identifier des problèmes concernant la formulation et la traduction en langues nationales.

En ce qui concerne l'enquête principale, le recrutement s'est effectué de la manière suivante :

- Les chefs d'équipe au nombre de 25 ont été sélectionnés parmi les agents cartographes ;

- Les contrôleuses ont été sélectionnées, en majorité, parmi les personnes ayant effectué le pré-test ;
- Les enquêtrices (au nombre de 75, pour former les 25 équipes nécessaires) ont été sélectionnées après la formation et selon leurs résultats aux différents tests d'aptitude.

La formation qui a duré quatre semaines consistait, d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'enregistrement des informations et, d'autre part, en des exercices sur la façon de remplir les questionnaires. La formation a été assurée en français et, par la suite, des compléments ont été donnés en langues nationales par les cadres de la DNAFLA. En outre, différents spécialistes dans les domaines de la planification familiale, la vaccination, la nutrition et le sida ont donné aux enquêtrices des informations complémentaires dans leurs domaines de compétence. Par ailleurs, la pratique des mesures anthropométriques s'est déroulée dans le Centre de Santé de la Commune V. Enfin, pour parachever leur formation théorique, les enquêtrices ont réalisé des enquêtes de pratique sur le terrain, en langues nationales, pendant 3 jours.

Par ailleurs, la formation des agents pour le prélèvement de sang pour les tests d'hémoglobine et de VIH/sida, a été assurée par des spécialistes nationaux avec la participation de deux experts de CDC-Atlanta et de ORC/Macro. Afin de vérifier l'acceptabilité du test de VIH/sida une étude pilote a eu lieu du 8 au 12 décembre 2000 dans des zones urbaines et rurales non loin de Bamako, en dehors des grappes de l'échantillon. DE plus, une formation supplémentaire sur le consentement volontaire a eu lieu le 8 janvier 2001.

La liste du personnel de l'EDSM-III ainsi que des consultants nationaux et internationaux y ayant participé se trouve en Annexe D.

Collecte des données

Les opérations de collecte pour l'enquête communautaire sur la disponibilité des services se sont déroulées en même temps que les activités de cartographie. Une enquête auprès de chaque grappe a été réalisée.

Après une formation de quatre semaines environ, les 25 équipes⁵ composées chacune de trois enquêtrices, d'une contrôleuse, d'un chef d'équipe et d'un chauffeur ont visité les 403 grappes sélectionnées pour réaliser l'enquête principale. Au total, il a fallu près de cinq mois aux équipes pour mener à bien cette tâche.

Dans le cadre du suivi des travaux sur le terrain, des missions de supervision ont été organisées régulièrement. Les membres de l'équipe technique de la CPS/MS et de la DNSI, comprenant des démographes et des spécialistes en planification et en santé, ont assuré cette supervision des activités de terrain. Les missions de supervision avaient pour but d'apprécier les conditions de travail de chaque équipe, de contrôler la qualité du travail, de résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les équipes, de les ravitailler en matériel et de ramener à Bamako, les questionnaires des grappes enquêtées.

Exploitation des données

L'exploitation des données de l'EDSM-III s'est déroulée en 4 étapes :

⁵ Les équipes de Bamako et de Tombouctou/Gao disposaient d'un enquêteur et d'une enquêtrice supplémentaires pour effectuer les nombreuses visites nécessaires pour trouver les gens à leur domicile en milieu urbain. Par ailleurs, l'équipe de Bamako se déplaçait en mobylette.

- a) **Vérification** : la vérification consistait en un contrôle d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle sommaire de la cohérence des données. Ce travail, exécuté par quatre agents de vérification sous l'autorité d'un superviseur, a commencé à peine une semaine après le début de la collecte et a été mené parallèlement aux travaux de terrain. Cette vérification a permis d'améliorer la qualité des données recueillies.
- b) **Saisie/édition des données** : l'ensemble des opérations de saisie et d'apurement des données ont été réalisées à la DNSI, sur micro-ordinateurs au moyen du logiciel ISSA (Integrated Systems for Survey Analysis) développé par Macro International, Inc.

La saisie a été effectuée par 14 agents de saisie, travaillant en deux équipes tournantes de sept personnes chacune, sous la supervision de deux techniciens informatiques de la DNSI. Ces agents ont été formés en même temps que les enquêtrices avant de suivre leur propre formation sur micro-ordinateurs. À la suite de la saisie, les membres de l'équipe technique ont procédé à l'édition des données, à savoir la vérification de la cohérence interne des réponses contenues dans les questionnaires, et à la correction des erreurs.

Pour apprécier la qualité des données et réduire le taux d'erreurs lors de la saisie, un tiers des grappes ont été saisies deux fois, et par un agent différent. En corrigeant les erreurs de saisie ainsi détectées, on diminue le temps nécessaire à l'édition finale des données, qui consiste en la correction des incohérences à l'intérieur d'un même questionnaire, incohérences souvent dues à des erreurs de saisie.

- c) **Apurement** : après la saisie et l'édition des données d'une grappe, un programme de contrôle était exécuté pour vérifier la cohérence interne des réponses. A ce stade, tous les fichiers de grappes sont fusionnés en un seul et unique fichier.
- b) **Tabulation** : il s'agit du développement et de l'exploitation des programmes destinés à fournir les tableaux de base nécessaires à l'élaboration du rapport préliminaire et du rapport final. La tabulation a été entièrement réalisée au siège de ORC/Macro à Calverton, Maryland.

L'ensemble des opérations de contrôle et de nettoyage de fichier ainsi que la tabulation des données ont été réalisées au moyen du logiciel ISSA.

Au cours de l'EDSM-III dont l'objectif principal était de fournir des renseignements sur la fécondité, la mortalité, planification familiale et la santé au Mali, on a recueilli également des informations sur les caractéristiques des ménages (structure et composition) et des logements, au moyen du questionnaire ménage. Ce questionnaire a permis d'identifier par la suite les femmes et les hommes éligibles pour l'interview individuelle. Ce chapitre traite des principales caractéristiques des ménages et des logements ainsi que de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population (structure par sexe et par âge, état matrimonial, niveau d'instruction, etc.). Une deuxième partie, qui porte sur les résultats de l'enquête individuelle, est consacrée notamment aux caractéristiques démographiques et socio-culturelles des femmes et des hommes enquêtés : il s'agit principalement de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau d'instruction, du milieu de résidence et de la région de résidence. L'emploi de la population enquêtée ainsi que son accès aux médias seront aussi évoqués dans cette seconde partie.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

2.1.1 Structure par sexe et âge de la population

Dans les 12 331 ménages enquêtés avec succès, on a recensé 64 116 personnes résidentes de fait, c'est-à-dire des personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné, même si celui-ci n'est pas leur résidence habituelle (tableau 2.1). Cette population se répartit comme suit : 33 042 femmes (52 %) contre 31 070 hommes (48 %), soit un rapport de masculinité de 94 hommes pour 100 femmes. Ce rapport est de 96 hommes pour 100 femmes en milieu urbain et de 93 pour 100 en milieu rural. Le rapport de masculinité obtenu ici est plus faible que celui du RGPH de 1987 (96 hommes pour 100 femmes) et de 1998 (98). Ceci est certainement dû à une intensification récente de la migration masculine, notamment à partir du milieu rural. On peut également envisager une légère sous-estimation des hommes lors de l'EDSM-III due peut-être, en partie, au fait que les ménages collectifs, comprenant essentiellement des hommes (pensionnats, casernes, etc.) ont été exclus de l'échantillon.

Du point de vue du milieu de résidence, il apparaît aujourd'hui qu'un peu moins d'un tiers de la population malienne (27 %) réside en milieu urbain, proportion identique à celle du RGPH 1998 (26,8 %).

La pyramide des âges présente une allure régulière à base large (graphique 2.1), caractéristique d'une population jeune, avec une répartition par sexe assez équilibrée, sauf entre 20 et 34 ans, où le déficit en hommes est particulièrement sensible.

La structure par âge de la population présente peu d'irrégularités au niveau de chaque sexe, mis à part le déficit d'hommes de 20-34 ans évoqué précédemment. Toutefois, pour la population féminine, on peut noter un gonflement des effectifs à 50-54 ans, au détriment du groupe d'âges plus jeune. Il s'agit certainement d'une anomalie, pouvant être attribuée aux enquêtrices qui, pour éviter un surplus de travail au niveau de l'enquête individuelle, ont tendance, dans l'enquête ménage, à transférer certaines femmes du groupe d'âges 45-49 ans vers le groupe 50-54 ans, âges auxquels les femmes ne sont plus éligibles pour l'enquête individuelle. Pour les mêmes raisons, le même type de transfert apparaît, mais dans une moindre mesure, chez les hommes et les femmes, entre le groupe d'âges 15-19 ans, légèrement sous-estimé, et le groupe d'âges 10-14 ans, légèrement surestimé.

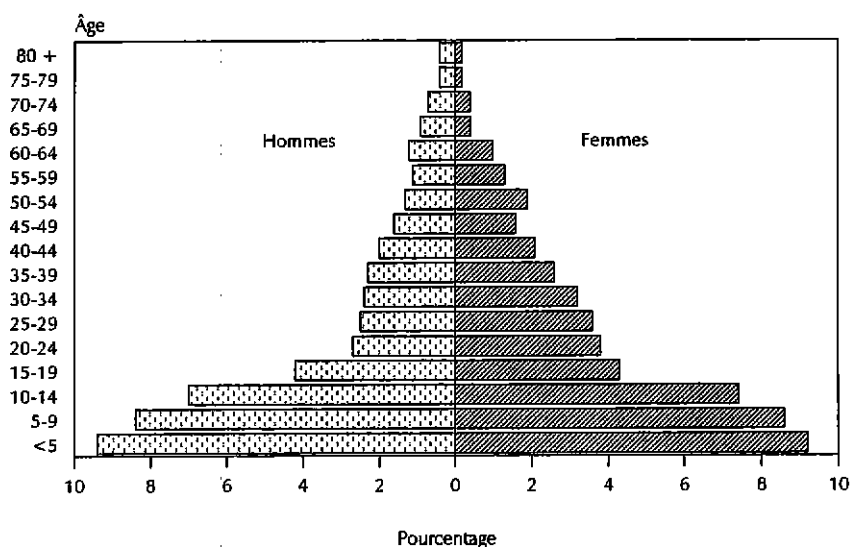
Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, ED5M-III Mali 2001

Groupe d'âges	Bamako			Autres villes			Ensemble urbain			Rural			Total		
	Homme	Femme	En-semble	Homme	Femme	En-semble	Homme	Femme	En-semble	Homme	Femme	En-semble	Homme	Femme	En-semble
<5	15,5	13,9	14,7	18,7	16,8	17,7	17,1	15,3	16,2	20,3	18,7	19,5	19,4	17,8	18,6
5-9	12,5	12,5	12,5	15,1	15,6	15,4	13,8	14,1	14,0	18,8	17,6	18,1	17,4	16,6	17,0
10-14	12,3	16,2	14,3	15,6	14,4	15,0	14,0	15,3	14,7	14,8	14,1	14,4	14,5	14,4	14,5
15-19	10,5	15,2	12,9	10,3	10,3	10,3	10,4	12,8	11,6	7,9	6,7	7,3	8,6	8,3	8,4
20-24	11,5	10,2	10,8	6,7	6,8	6,8	9,1	8,5	8,8	4,3	6,9	5,6	5,6	7,3	6,5
25-29	8,2	8,4	8,3	5,5	7,5	6,5	6,8	7,9	7,4	4,4	6,6	5,5	5,1	6,9	6,0
30-34	6,9	6,5	6,7	4,7	6,2	5,5	5,8	6,3	6,1	4,6	6,1	5,4	4,9	6,2	5,6
35-39	6,1	4,4	5,2	5,3	5,9	5,6	5,7	5,2	5,4	4,3	5,1	4,7	4,7	5,1	4,9
40-44	4,9	2,9	3,9	4,4	3,3	3,9	4,7	3,1	3,9	4,0	4,3	4,1	4,1	4,0	4,1
45-49	3,7	2,3	3,0	3,6	3,2	3,4	3,7	2,7	3,2	3,3	3,1	3,2	3,4	3,0	3,2
50-54	2,2	2,7	2,5	1,9	3,2	2,6	2,1	2,9	2,5	2,9	3,9	3,4	2,7	3,6	3,2
55-59	1,8	1,6	1,7	1,8	2,5	2,2	1,8	2,1	2,0	2,5	2,6	2,5	2,3	2,4	2,4
60-64	1,8	1,1	1,5	1,9	2,1	2,0	1,9	1,6	1,7	2,7	2,0	2,3	2,5	1,9	2,2
65-69	0,8	0,5	0,7	1,7	0,7	1,2	1,3	0,6	0,9	1,9	1,0	1,4	1,8	0,9	1,3
70-74	0,5	0,8	0,6	1,4	0,6	1,0	1,0	0,7	0,8	1,5	0,8	1,1	1,4	0,8	1,0
75-79	0,2	0,4	0,3	0,6	0,3	0,5	0,4	0,3	0,4	1,0	0,3	0,6	0,8	0,3	0,6
80 ou plus	0,3	0,2	0,3	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,9	0,3	0,6	0,8	0,4	0,6
NSP/ND	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 209	4 444	8 655	4 220	4 306	8 526	8 429	8 750	17 181	22 641	24 292	46 935	31 070	33 042	64 116

Note : Le sexe est inconnu dans 4 cas

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



La structure de la population par grands groupes d'âge se caractérise par une proportion importante de jeunes de moins de 15 ans, qui représentent la moitié de la population (50 %) (tableau 2.2). Les adultes âgés de 15-64 ans représentent un peu moins de la moitié de la population totale (46 %), alors que les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentent qu'une proportion assez faible (4 %). Comparé au RGPH de 1998, il apparaît que la proportion de la population de 0-14 ans serait passée de 46 % à 50%. Cette augmentation est certainement due, en partie au transfert déjà mentionné de certains individus 15-19 ans vers le groupe d'âges 10-14 ans, mais elle résulte aussi, très certainement, de l'intensification de l'émigration des adultes qui provoque une baisse relative de la proportion des 15-64 ans dans la population et donc, par contrecoup, une augmentation artificielle des 0-14 ans.

Tableau 2.2 Population (de fait) par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge d'après RGPH (1998) et l'EDSM-III (2001)

Groupe d'âges	RGPH 1998	EDSM-III 1998
<15 ans	46,0	50,1
15-64	46,6	45,3
65 ou plus	3,7	3,5
NSP/ND	0,2	0,1
Total	100,0	100,0

2.1.2 Taille et composition des ménages

Le tableau 2.3 porte sur la composition des ménages ; il fournit, plus précisément, la répartition des ménages selon leur taille et selon le sexe du chef de ménage.

Au Mali, dans leur quasi-majorité, les chefs de ménage sont des hommes (89 %). Les ménages qui ont à leur tête une femme et qui sont souvent des ménages de niveau socio-économique plus défavorisé représentent un cas sur neuf (11 %). Ce type de ménage est légèrement plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (13 % contre 11 %). C'est dans les autres villes que l'on constate la proportion la plus élevée de ménages dirigés par une femme (15 %).

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef du ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Milieu de résidence				Ensemble
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Chef de ménage					
Homme	89,0	84,8	86,8	89,3	88,7
Femme	11,0	15,2	13,2	10,7	11,3
Nombre de membres habituels					
0	0,6	0,4	0,5	0,1	0,2
1	9,7	9,4	9,5	6,6	7,3
2	7,1	11,7	9,6	12,0	11,4
3	11,0	12,4	11,8	15,2	14,3
4	11,8	14,7	13,4	14,2	14,0
5	10,5	12,5	11,6	13,4	12,9
6	10,9	9,4	10,1	11,0	10,8
7	8,8	8,5	8,6	7,8	8,0
8	7,3	5,9	6,5	5,6	5,9
9 ou plus	22,2	15,0	18,3	14,1	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne	6,1	5,3	5,7	5,2	5,3

Du point de vue de la taille, on constate que les ménages ne comprenant qu'une seule personne sont peu fréquents au niveau national (7 %), mais un peu plus fréquents en urbain qu'en rural (10 % contre 7 %). À Bamako, cette proportion est de 10 %. Plus de quatre ménages sur dix (41 %) sont composés de trois à cinq personnes et les ménages de grande taille (six personnes et plus) sont légèrement moins fréquents (40 %). Les ménages de très grande taille (9 personnes et plus) représentent près d'un ménage sur cinq en milieu urbain (18 %). La taille moyenne s'établit à 5,3 personnes par ménage et varie légèrement selon le milieu de résidence, passant de 5,7 personnes par ménage en milieu urbain à 5,2 en milieu rural.

Le tableau 2.4 fournit la répartition des enfants de moins de 15 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 2.4 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population d'enfants (de droit) de moins de 15 ans par état de survie des parents, et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Vivant avec les deux parents	Vivant avec la mère mais pas le père		Vivant avec la père mais pas la mère		Ne vivant avec aucun des parents					Total	Effectif
		Père vivant	Père décédé	Mère vivante	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul la père est vivant	Seule la mère est en vie	Les deux sont décédés	Information sur le père/mère non déclarée		
Âge												
<2	85,9	11,2	0,9	0,6	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,7	100,0	5 272
2-4	81,8	7,7	1,7	2,2	0,2	5,0	0,2	0,2	0,3	0,6	100,0	6 872
5-9	75,9	5,7	2,4	3,6	1,0	8,3	0,5	0,9	0,7	1,0	100,0	10 961
10-14	68,7	4,8	3,5	4,7	2,0	11,0	1,0	1,5	1,0	1,9	100,0	9 337
Sexe												
Homme	78,3	6,5	2,3	3,3	1,1	5,7	0,3	0,8	0,5	1,2	100,0	16 132
Femme	75,2	7,0	2,4	2,9	1,0	8,5	0,7	0,8	0,6	1,0	100,0	16 308
Milieu de résidence												
Bamako	66,5	9,7	4,2	3,0	0,9	11,4	0,8	0,9	0,9	1,7	100,0	3 561
Autres villes	71,2	9,9	2,5	2,8	1,0	9,3	0,8	1,0	0,6	0,9	100,0	4 110
Ensemble urbain	69,0	9,8	3,3	2,9	1,0	10,3	0,8	1,0	0,7	1,3	100,0	7 672
Rural	79,1	5,8	2,0	3,2	1,0	6,1	0,4	0,7	0,5	1,1	100,0	24 771
Région												
Kayes	75,1	11,1	2,7	2,5	1,4	5,0	0,6	0,6	0,4	0,5	100,0	4 420
Koulikoro	80,2	5,7	2,1	3,0	0,7	5,6	0,5	0,6	0,3	1,3	100,0	5 495
Sikasso	79,3	5,2	2,0	4,0	0,9	6,2	0,3	1,0	0,3	0,8	100,0	6 895
Ségou	82,4	5,0	1,3	3,7	1,1	4,2	0,2	0,5	0,2	1,4	100,0	5 982
Mopti	75,4	5,1	2,4	1,9	1,0	10,5	0,7	0,8	1,4	0,8	100,0	4 523
Kidal/Gao/ Tombouctou	62,4	10,4	3,4	3,2	1,4	13,0	1,0	2,2	1,3	1,7	100,0	1 567
Bamako	66,5	9,7	4,2	3,0	0,9	11,4	0,8	0,9	0,9	1,7	100,0	3 561
Ensemble	76,7	6,8	2,3	3,1	1,0	7,1	0,5	0,8	0,6	1,1	100,0	32 443

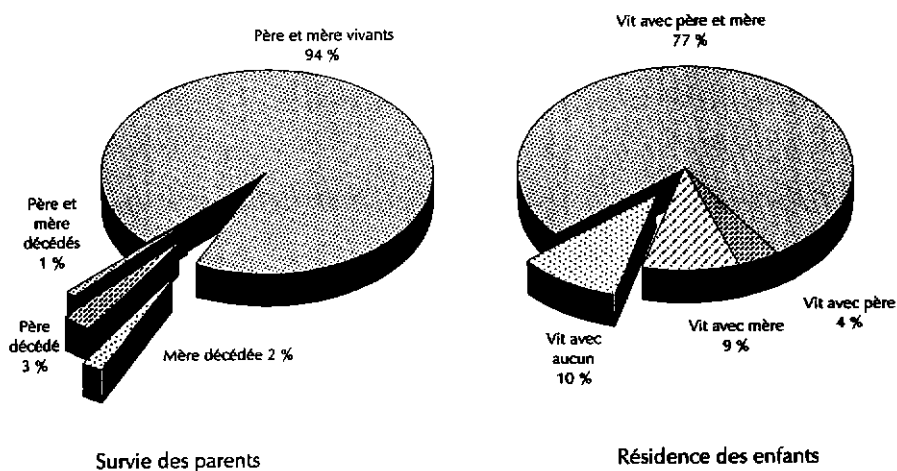
Note : Le sexe est inconnu pour 2 cas

La grande majorité des enfants de moins de 15 ans (77 %) vivent avec leurs deux parents biologiques et cette proportion varie avec l'âge de l'enfant : 86 % des 0-2 ans vivent avec leurs parents biologiques contre 69 % des 12-14 ans (tableau 2.3 et graphique 2.2.). Dans 9 % des cas, les enfants vivent seulement avec leur mère, que le père soit vivant ou décédé et, dans 4 % des cas, les enfants vivent seulement avec leur père biologique, que la mère soit vivante ou non. Au niveau national, environ un enfant de moins de 15 ans sur dix (9 %) ne vit ni avec sa mère, ni avec son père. Il apparaît que les proportions d'enfants vivant dans cette situation difficile augmentent rapidement avec l'âge, passant de 1 % chez les enfants de 0-2 ans à 16 % chez

les enfants de 10-14 ans. De même, on trouve une proportion plus importante de filles que de garçons vivant sans leurs parents (11 % contre 7 %). Du point de vue de la résidence, 14 % des enfants du milieu urbain vivent sans leurs parents biologiques contre 9 % en milieu rural.

Ces fortes proportions d'enfants vivant sans leurs parents s'expliquent certainement, en grande partie, par la scolarisation. En effet, l'insuffisance en écoles de niveau Fondamental 2 (second cycle de l'éducation de Base) oblige les enfants admis en septième année (première classe de Fondamental 2), à aller poursuivre leurs études dans des écoles éloignées de leur domicile familial, et ainsi à être confiés à d'autres parents ou amis de la famille. Ces proportions s'expliquent également, dans une moindre mesure, par le décès des parents : au niveau national, 0,6 % des enfants sont orphelins de mère et de père, 2 % n'ont plus leur mère, 4 % n'ont plus leur père et, globalement, 6 % des enfants maliens de moins de 15 ans sont orphelins d'au moins un des deux parents. Comme il fallait s'y attendre, ces proportions augmentent avec l'âge de l'enfant : 1 % des enfants de 0-2 ans ont, au moins, l'un des deux parents décédés, contre 9 % des enfants de 12-14 ans. Par ailleurs, les proportions d'enfants orphelins de père et/ou de mère sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural (7 % contre 5 %).

Graphique 2.2 Survie des parents des enfants de moins de 15 ans et résidence des enfants avec les parents



EDSM-III 2001

2.1.3 Niveau d'instruction de la population

Dans le cadre de l'enquête ménage, on a collecté des données sur le niveau d'instruction atteint et la dernière classe achevée à ce niveau, pour chaque membre du ménage âgé de 6 ans ou plus. Au Mali, comme dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, l'âge d'entrée à l'école primaire se situe, en principe, entre 6 et 7 ans. On a distingué quatre niveaux d'instruction : le primaire incomplet (ou Fondamental 1), le primaire complet (ou Fondamental 2, dans la classification internationale), le secondaire et le supérieur¹. Les tableaux 2.5.1 et 2.5.2 présentent, pour chaque sexe et par âge, la répartition des membres des ménages selon le niveau d'instruction atteint.

¹Dans les tableaux qui suivent, le niveau Fondamental 1 est appelé « Primaire incomplet », le Fondamental 2 « primaire complet », le secondaire et le supérieur.

Tableau 2.5.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) masculine des ménages, âgés de six ans ou plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Niveau d'instruction						Total	Effectif
	Aucun	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire	Supérieur	NSP/ND		
Groupe d'âges								
6-9	63,8	34,7	0,0	0,1	0,0	1,4	100,0	4 436
10-14	49,0	45,7	2,0	2,5	0,0	0,8	100,0	4 518
15-19	58,5	16,7	4,7	18,6	0,3	1,3	100,0	2 668
20-24	65,2	10,2	2,2	18,1	3,2	1,1	100,0	1 734
25-29	66,5	12,9	3,1	12,0	4,2	1,4	100,0	1 572
30-34	66,3	14,1	3,3	11,5	3,5	1,3	100,0	1 532
35-39	67,7	12,0	3,2	13,5	2,7	0,9	100,0	1 464
40-44	68,8	9,3	3,2	13,6	4,4	0,6	100,0	1 288
45-49	72,5	8,5	3,3	9,5	5,1	1,1	100,0	1 053
50-54	87,3	4,5	0,5	5,1	1,9	0,7	100,0	832
55-59	90,1	3,2	2,1	2,8	1,0	0,8	100,0	713
60-64	90,5	3,0	2,0	2,4	1,4	0,8	100,0	762
65 ou plus	94,0	2,5	1,2	1,2	0,5	0,6	100,0	1 451
NSP/ND	61,6	0,0	2,1	0,0	3,5	32,8	100,0	35
Milieu de résidence								
Bamako	29,3	27,7	4,5	28,4	8,6	1,6	100,0	3 480
Autres villes	52,2	27,8	4,4	13,8	1,3	0,6	100,0	3 290
Ensemble urbain	40,4	27,7	4,4	21,3	5,0	1,1	100,0	6 770
Rural	76,0	18,9	1,3	2,4	0,2	1,1	100,0	17 287
Région								
Kayes	71,5	21,8	2,1	3,7	0,5	0,4	100,0	2 943
Koulikoro	64,2	27,3	2,0	4,8	0,5	1,2	100,0	3 829
Sikasso	71,0	21,4	1,5	4,3	0,4	1,4	100,0	4 802
Ségou	76,5	17,2	1,6	3,3	0,1	1,2	100,0	4 602
Mopti	80,5	13,3	1,9	3,3	0,3	0,7	100,0	3 214
Kidal/Gao/ Tombouctou	65,9	20,7	2,3	9,9	0,7	0,5	100,0	1 187
Bamako	29,3	27,7	4,5	28,4	8,6	1,6	100,0	3 480
Ensemble	66,0	21,4	2,2	7,7	1,5	1,1	100,0	24 057

Le niveau d'instruction de la population malienne est extrêmement faible et les différences entre les sexes et les milieux de résidence sont très marquées. Globalement, tous âges confondus à partir de 6 ans, seulement un peu d'un homme sur trois (34 %) et moins d'une femme sur quatre (23 %) ont fréquenté l'école. En comparant les proportions des générations les plus anciennes à celles des plus jeunes, on peut cependant noter une amélioration du niveau d'instruction, même si celle-ci reste encore très lente. Ainsi, chez les hommes, la proportion de ceux sans instruction passe de 94 % chez ceux âgés de 65 ou plus, à 69 % chez ceux âgés de 40-44 ans et à 49 % chez ceux de 10-14 ans. Il semblerait que l'amélioration de la scolarisation pour la génération la plus jeune se soit ralentie, puisque 64 % des maliens de 6-9 ans n'ont encore jamais été à l'école : on doit voir ici l'effet d'un retard de l'âge d'entrée à l'école, c'est-à-dire que les enfants commencent, en fait, leur scolarité plus tard que prévu. La proportion d'hommes ayant fait des études passe de 6 % chez les hommes les plus âgés à 50 % chez ceux de 10-14 ans. Par ailleurs, on notera qu'à 15-24 ans, plus d'un tiers des hommes ont au moins, une instruction primaire.

Tableau 2.5.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) féminine des ménages, âgées de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Niveau d'instruction						Total	Effectif
	Aucun	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire	Supérieur	NSP/ND		
Groupe d'âges								
6-9	71,0	27,7	0,0	0,0	0,0	1,3	100,0	4 523
10-14	63,0	32,3	1,2	2,4	0,0	1,0	100,0	4 772
15-19	72,0	11,6	2,7	12,6	0,1	1,1	100,0	2 749
20-24	79,0	8,1	1,8	9,2	0,7	1,2	100,0	2 413
25-29	79,5	11,6	1,2	6,0	1,2	0,5	100,0	2 292
30-34	80,6	9,2	2,3	6,2	0,9	0,8	100,0	2 032
35-39	80,7	9,1	2,6	6,4	0,8	0,4	100,0	1 688
40-44	84,4	7,7	1,2	5,4	0,7	0,5	100,0	1 316
45-49	87,3	6,1	1,3	4,3	0,1	0,9	100,0	995
50-54	94,6	1,4	0,4	2,0	0,3	1,2	100,0	1 200
55-59	96,5	0,6	0,7	0,5	0,7	0,9	100,0	803
60-64	97,5	0,2	0,3	0,3	0,0	1,6	100,0	622
65 ou plus	96,3	0,4	0,1	0,1	0,2	2,9	100,0	764
Milieu de résidence								
Bamako	44,4	27,5	3,1	21,0	2,3	1,6	100,0	3 734
Autres villes	67,8	20,9	3,2	7,4	0,1	0,5	100,0	3 467
Ensemble urbain	55,7	24,4	3,1	14,5	1,3	1,1	100,0	7 201
Rural	85,1	12,4	0,6	0,8	0,1	1,0	100,0	18 985
Région								
Kayes	83,7	13,2	0,9	1,8	0,0	0,5	100,0	3 459
Koulikoro	79,4	16,4	1,1	1,9	0,3	0,9	100,0	4 170
Sikasso	80,3	14,9	1,1	2,3	0,0	1,5	100,0	5 040
Ségou	84,2	12,5	0,9	1,5	0,0	1,0	100,0	4 647
Mopti	87,6	9,6	0,8	1,2	0,0	0,8	100,0	3 727
Kidal/Gao/ Tombouctou	77,3	17,3	1,6	3,2	0,1	0,5	100,0	1 409
Bamako	44,4	27,5	3,1	21,0	2,3	1,6	100,0	3 734
Ensemble	77,0	15,7	1,3	4,6	0,4	1,0	100,0	26 185

Note : L'âge est inconnu dans 17 cas

Même si le niveau reste inférieur à celui observé pour les hommes et la tendance nettement moins rapide, on constate aussi une légère amélioration du niveau d'instruction des femmes. Celles sans instruction passent de 96 % à 65 ans ou plus, à 72 % chez celles de 15-19 ans. Néanmoins, pour les femmes, l'accès à l'instruction supérieure au primaire reste beaucoup plus limitée que pour les hommes. Ainsi, à 15-19 ans, 19 % des hommes ont une instruction supérieure au primaire, contre 13% des femmes seulement.

Comme on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction atteint varie de façon très importante selon le milieu de résidence. Ainsi, en milieu rural, 76 % des hommes et 85 % des femmes n'ont jamais fréquenté l'école contre, respectivement, 40 % et 56 % en milieu urbain. A l'opposé, les proportions de personnes ayant atteint un niveau supérieur au primaire atteignent 31 % pour les hommes et 19 % pour les femmes du milieu urbain contre, respectivement 4 % et moins de 2 % en milieu rural. C'est Bamako qui se caractérise par les proportions les plus élevées d'hommes et de femmes ayant fréquenté l'école : environ la même proportion (28 % pour chaque sexe) y ont un niveau d'instruction primaire et 37 % des hommes et 23 % des femmes y ont un niveau secondaire ou supérieur.

Le tableau 2.6 présente les taux nets et bruts de fréquentation scolaire par niveau d'instruction et par sexe, selon le milieu et la région de résidence. Les questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 5 à 24 ans.

Tableau 2.6 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNF) et taux brut de fréquentation scolaire (TBF) de la population (de droit) des ménages âgée de 5-24 ans, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Taux net de fréquentation scolaire ¹			Taux brut de fréquentation scolaire ²			Index de parité sexuelle
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	
ÉCOLE PRIMAIRE							
Milieu de résidence							
Bamako	80,2	72,5	76,2	112,6	98,9	105,5	87,8
Autres villes	60,2	46,0	53,1	87,4	64,2	75,7	73,5
Ensemble urbain	69,4	58,6	63,9	99,0	80,6	89,6	81,4
Rural	36,6	24,7	30,6	49,9	31,7	40,6	63,6
Région							
Kayes	39,3	26,4	32,7	56,2	33,7	44,7	59,9
Koulikoro	54,5	33,6	44,2	72,3	44,4	58,5	61,5
Sikasso	39,6	29,3	34,3	58,4	38,2	48,0	65,4
Ségou	36,2	26,7	31,5	47,1	34,8	41,0	73,8
Mopti	27,4	19,1	22,9	37,9	24,9	30,9	65,6
Kidal/Gao/ Tombouctou	39,8	33,6	36,6	56,8	46,2	51,4	81,4
Bamako	80,2	72,5	76,2	112,6	98,9	105,5	87,8
Ensemble	44,2	32,6	38,3	61,3	43,1	52,0	70,3
ÉCOLE SECONDAIRE							
Milieu de résidence							
Bamako	34,3	20,5	25,8	44,0	26,0	32,9	59,1
Autres villes	26,8	16,4	21,6	31,0	19,3	25,1	62,5
Ensemble urbain	30,3	18,8	23,8	37,1	23,2	29,3	62,7
Rural	5,0	2,0	3,6	5,8	2,3	4,2	40,4
Région							
Kayes	6,9	2,1	4,4	7,5	3,0	5,2	40,1
Koulikoro	8,9	3,1	6,1	9,7	3,5	6,7	36,0
Sikasso	8,4	6,9	7,7	9,6	8,7	9,2	91,0
Ségou	8,1	7,4	7,8	10,7	7,9	9,4	73,5
Mopti	10,3	3,6	6,9	11,9	4,2	8,0	34,9
Kidal/Gao/ Tombouctou	17,7	6,8	12,4	20,1	7,7	14,1	38,5
Bamako	34,3	20,5	25,8	44,0	26,0	32,9	59,1
Ensemble	12,6	8,3	10,4	15,2	10,2	12,7	67,4

Note : le taux brut de fréquentation scolaire peut excéder 100 %.

¹ Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (7-12 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (13-18 ans) qui fréquente l'école secondaire.

² Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire (7-12 ans). Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion des élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire (13-18 ans).

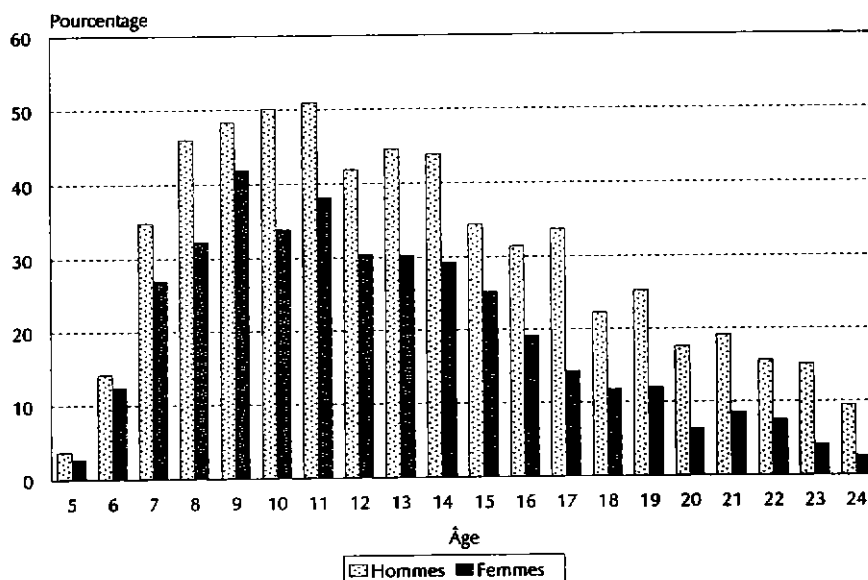
Le taux net de fréquentation scolaire qui est le rapport du nombre de personnes scolarisées d'un groupe d'âges à la population totale de ce groupe d'âges, donne une indication sur l'accès actuel de la population au système éducatif. Le taux net de fréquentation scolaire pour la population scolaire âgée de 7-12 ans est de 38 %, ce qui signifie qu'un peu plus d'un tiers de la population de 7-12 ans fréquente l'école primaire. Ce taux est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (64 % contre 31 %). De plus, ce taux varie d'un minimum de 23 % dans la région de Mopti à un maximum de 44 % dans celle de Koulikoro. Enfin, les résultats montrent que, quelle que soit la caractéristique considérée, le taux net est toujours plus élevé chez les garçons que chez les filles (44 % contre 33 % pour l'ensemble).

Au niveau du primaire, le taux brut de fréquentation scolaire s'établit à 52 %, ce qui signifie que 52 personnes fréquentent le niveau primaire pour 100 personnes de 7-12 ans. Selon le milieu et la région de résidence, on constate les mêmes variations que pour le taux net. Cependant, il faut noter qu'à Bamako le taux brut de fréquentation scolaire en primaire est légèrement supérieur à 100 %, ce qui indique qu'un nombre significatif d'enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge normal de fréquentation scolaire en primaire fréquentent ce niveau. Il faut remarquer aussi qu'à Bamako, ce taux brut supérieur à 100 % concerne uniquement les garçons (113 % contre 99 %), ce qui signifie que cette est fréquentation scolaire d'enfants trop âgés ou trop jeunes par rapport à l'âge normal est plus importante chez les garçons que chez les filles.

Le taux net de fréquentation scolaire pour la population âgée de 13-18 ans est de seulement 10 %, ce qui signifie que seulement un jeune de 13-18 ans sur dix fréquente l'école secondaire. Ce taux est beaucoup plus élevé en urbain qu'en rural (24 % contre 4 %) et selon les régions, il varie d'un minimum de 4 % dans la région de Kayes à un maximum de 20 % dans celles Kidal/Gao/Tombouctou., Bamako se détachant avec un taux de 26 %. En ce qui concerne le sexe, on constate que quelle que soit la caractéristique considéré, le taux est toujours plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Graphique 2.3 Taux de fréquentation scolaire par âge

(Pourcentage de la population de 5-24 ans fréquentant l'école par âge et sexe)



Note : le système pré-primaire n'est pas pris en compte

EDSM-III 2001

Le taux brut de fréquentation scolaire atteint 13 %, ce qui signifie que seulement 13 personnes fréquentent le niveau d'études secondaires pour 100 personnes de 13-18 ans (âges du niveau secondaire). On constate les mêmes écarts que pour le taux net, à savoir un taux plus élevé en urbain qu'en rural (29 % contre 4 %), un écart très important entre Bamako et les autres régions (33 % contre un minimum de 5 % à Kayes) et enfin des taux toujours plus élevés chez les garçons que chez les filles.).

2.1.4 Caractéristiques des logements et biens possédés par le ménage

Lors de l'enquête, certaines questions ont été posées en vue de saisir les caractéristiques socio-économiques du ménage et le niveau de confort du logement qui peut être évalué, d'une part, par la nature des matériaux de construction et, d'autre part, par les équipements, notamment le lieu d'aisance, le type d'approvisionnement en eau, la possession de certains biens de consommation et de moyens de transport. Ces caractéristiques, qui servent d'indicateurs de la situation socio-économique du ménage, ont également une influence déterminante sur l'état de santé des membres du ménage.

L'examen des données du tableau 2.7, illustrées par le graphique 2.4 montre que très peu de ménages maliens disposent de l'électricité : environ 11 % pour l'ensemble du pays. Alors qu'à Bamako, plus de la moitié des ménages disposent de l'électricité (56 %), ils ne sont que 21 % à en bénéficier dans les Autres Villes et seulement 2 % en milieu rural.

En majorité, les ménages maliens utilisent, pour boire, de l'eau provenant essentiellement de puits publics ouverts (37,8 %), de puits ouverts dans le logement (14 %), de puits publics protégés (7 %), de puits protégés dans la cour/logement (7 %), ou utilisent l'eau des robinets publics (20 %). Seulement 8 % des ménages ont l'eau courante à domicile. Environ 5 % des ménages utilisent l'eau du fleuve, des rivières, mares, etc. En fait, si l'on estime que les puits privés, les robinets publics ou privés fournissent de l'eau salubre, on peut dire que moins de la moitié des ménages maliens (47 %) ont accès à de l'eau potable salubre. Le type d'approvisionnement en eau varie fortement selon que l'on se trouve en ville ou dans le milieu rural. En milieu urbain, on dispose plus facilement de robinets publics (32 %), tandis qu'en milieu rural, c'est le puits public qui sert principalement à l'approvisionnement en eau (56 %). De même, environ 6 % des ménages utilisent l'eau du fleuve ou des lacs, alors qu'en ville, ce pourcentage est insignifiant (2 %). En fait, près des deux tiers des ménages ruraux (63 %) n'ont pas d'eau potable salubre à leur disposition. Par ailleurs, environ deux tiers des ménages (6 %) ont accès à l'eau à moins de 15 minutes de leur domicile.

Concernant le type de toilettes, 62 % de l'ensemble des ménages utilisent des installations sanitaires très sommaires, et seulement 10 % des latrines ménagées (généralement cimentées et ventilées, qui sont considérées adéquates à l'évacuation des excréments). Seulement un ménage malien sur dix dispose de toilettes avec chasse d'eau. À l'opposé, 23 % des ménages ne disposent d'aucun type de toilettes. En milieu urbain, 33 % des ménages ont accès à des chasses d'eau ou à des latrines améliorées, alors qu'en milieu rural, seulement 9 % des ménages disposent de ces installations. Par ailleurs, on note que 30 % des ménages du milieu rural ne disposent d'aucun type de toilettes.

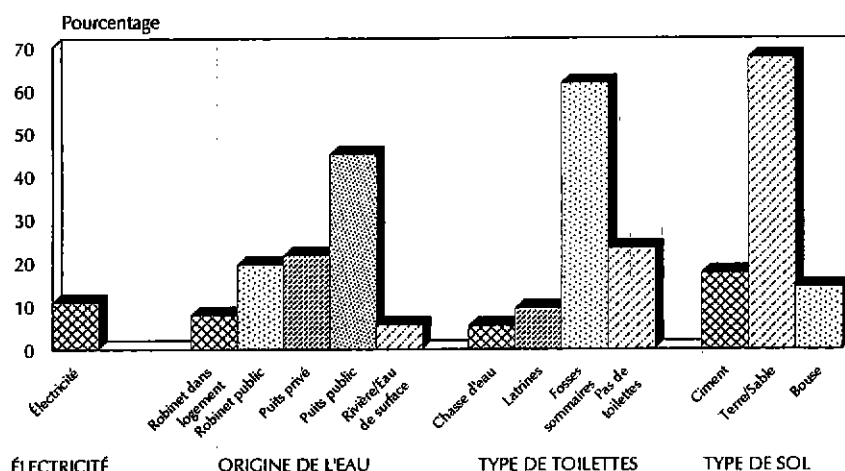
Le type de sol du logement est souvent utilisé comme un indicateur des conditions matérielles de vie du ménage. Les résultats de l'EDSM-III mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logements : plus des deux tiers des ménages (68 %) vivent dans des logements dont le sol est en terre/sable et 14 % disposent d'un sol en bouse, deux types de sols qui favorisent la propagation des maladies infectieuses. Enfin, 16 % des logements ont un sol en ciment. Des différences importantes apparaissent avec le milieu de résidence. Ainsi, si à Bamako 62 % des sols des logements sont recouverts de ciment (et dans 10 % des cas, de matériaux plus élaborés comme le carrelage, la moquette, le plancher, etc.), ils sont environ deux fois moins fréquents dans les Autres Villes (40 %) et pratiquement inexistant en milieu rural (5 %). Comme il fallait s'y attendre, pratiquement tous les logements du milieu rural disposent de sols en terre ou sable (77 %) ou en bouse (17 %).

Tableau 2.7 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique des logements	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Électricité					
Oui	55,8	21,0	37,0	2,2	10,8
Non	44,0	78,9	62,9	97,3	88,8
ND	0,3	0,0	0,1	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Source d'eau pour boire					
Dans le logement/la cour	40,0	15,9	26,9	1,7	7,9
Fontaine publique	44,4	21,4	32,0	15,5	19,5
Puits protégé dans logement/cour	4,5	12,8	9,0	6,5	7,2
Puits protégé public	0,6	4,1	2,5	8,8	7,2
Puits ouvert dans logement/cour	8,8	26,3	18,3	13,1	14,4
Puits ouvert public	1,5	14,8	8,7	47,3	37,8
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5
Fleuve/Rivière	0,0	4,0	2,2	5,5	4,7
Mare/Lac	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5
Camion citerne	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Autre/Non déterminé	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau					
Moins de 15 minutes (en %)	82,9	81,7	82,3	65,1	69,4
Temps médian pour aller à la source et en revenir	-	-	-	9,2	5,6
Type de toilettes					
Chasse d'eau avec évacuation	22,0	7,0	13,9	2,8	5,5
Latrines améliorées	25,5	13,4	19,0	6,3	9,5
Fosse/Latrines en plein air	52,3	75,5	64,8	60,5	61,6
Nature/Pas de toilette	0,2	4,1	2,3	30,1	23,3
Autre/Non déterminé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Matériau du sol					
Carreaux	10,1	1,6	5,5	0,1	1,4
Ciment	62,4	40,1	50,4	4,7	15,9
Terre/Sable	24,0	48,7	37,3	77,4	67,5
Moquette/Tapis	1,4	0,7	1,0	0,1	0,3
Bouse	1,8	8,7	5,6	17,1	14,3
Autre/Non déterminé	0,2	0,1	0,2	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 397	1 643	3 040	9 291	12 331

Graphique 2.4 Caractéristiques des logements



EDSM-III 2001

Concernant les biens de consommation durables et les moyens de transport possédés (tableau 2.8), on constate que 10 % des ménages ont déclaré ne rien posséder. Plus des deux tiers des ménages (69 %) ont un poste de radio qui constitue ainsi, et de loin, le bien le plus fréquemment possédé par les ménages maliens, que ce soit en milieu urbain (83 %) ou en milieu rural (64 %). Des différences plus importantes apparaissent pour les autres biens d'équipements possédés par les ménages selon le milieu de résidence. Ainsi, si au niveau national, seulement 14 % des ménages possèdent un poste de télévision, on en trouve environ deux tiers (61 %) dans la capitale, et environ trois fois moins dans les Autres Villes (26 %) et seulement 5 % en milieu rural. Il en est de même pour ceux possédant un réfrigérateur (19 % en milieu urbain contre moins de 1 % en milieu rural). Il est évident que la possession de ces équipements est aussi liée à l'accès à l'électricité, qui comme on l'a noté précédemment est très faible en milieu rural. Par ailleurs, aucun ménage du milieu rural ne dispose du téléphone et seulement 9 % des ménages urbains l'ont.

En ce qui concerne la possession de bicyclettes et de motocyclettes (respectivement, 37 % et 17 % au niveau national), elle est relativement répandue en milieu rural (respectivement, 50 % et 21 %). Par contre, la possession de voitures/camions est beaucoup plus répandue et utilisée en milieu urbain (14 %) qu'en milieu rural (1 %).

Tableau 2.8 Biens durables possédés par le ménages

Pourcentage des ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Biens durables	Milieu de résidence				
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	88,2	79,2	83,3	64,2	69,0
Télévision	61,1	26,4	42,4	4,9	14,2
Téléphone	15,7	3,9	9,3	0,1	2,4
Réfrigérateur	32,3	8,4	19,4	0,4	5,1
Bicyclette	31,2	37,6	34,6	54,4	49,5
Motocyclette	36,3	30,4	33,1	16,5	20,6
Voiture/Camion	21,8	6,9	13,7	1,3	4,4
Autres	5,7	34,8	21,4	69,6	57,7
Aucun	6,2	9,6	8,0	11,2	10,4
Effectif de ménages	1 397	1 643	3 040	9 291	12 331

L'étude des caractéristiques individuelles des personnes enquêtées est essentielle pour comprendre et expliquer les comportements en matière de fécondité, de contraception, d'hygiène, de nutrition et d'utilisation des services. Le questionnaire individuel a permis de recueillir quelques caractéristiques socio-démographiques des enquêtées tels que l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la religion. Cette partie se propose de présenter les caractéristiques des femmes enquêtées, caractéristiques qui, dans la suite de l'analyse, seront utilisées comme variables de classification de la plupart des phénomènes étudiés. Par ailleurs, cette partie porte aussi sur l'accès des femmes aux média, ce qui est d'une importance particulière pour la mise en place de programmes de planification familiale ou de santé. Enfin, une section particulière sera consacrée à l'activité économique des enquêtées (type d'emploi, occupation et forme de revenu) ainsi qu'à leur participation dans les prises de décision au sein du ménage.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon précise, lorsque l'enregistrement écrit des événements n'est pas encore entré dans les habitudes des populations, comme c'est le cas au Mali. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête individuelle. On demandait d'abord aux femmes leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité, acte de naissance, etc.) ou figure la date de naissance. Lorsque aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait estimer l'âge de la femme, soit par comparaison avec l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de l'enquêtée, ou encore en utilisant des références historiques.

On remarque que les distributions des femmes enquêtées par groupe d'âges quinquennaux, par milieu et par région de résidence sont proches de celles obtenues au RGPH de 1998, ce qui met en évidence la bonne représentativité de l'échantillon de l'EDSM-III (tableau 3.1). La distribution des femmes de 15-49 ans par groupes d'âge quinquennaux présente une allure assez régulière, les proportions de femmes de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et mesure que l'on avance vers les âges élevés, passant de 20 % à 15-19 ans à 15 % à 30-34 ans et à 8 % à 45-49 ans. Les femmes aux âges de fécondité maximale, c'est-à-dire, celles de moins de 30 ans, représentent la part la plus importante des femmes enquêtées, soit 55 %.

Du point de vue de l'état matrimonial, précisons que, dans le cadre de l'EDSM-III, ont été considérées en union toutes femmes mariées, de façon formelle ou non, ainsi que celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate que la très grande majorité des femmes (84 %) étaient en union au moment de l'enquête et, à l'inverse, seulement 14 % étaient célibataires. La proportion de femmes en rupture d'union (veuves, divorcées, séparées) ne représentent que 3 % des enquêtées.

D'après le tableau 3.1, on note que c'est en milieu rural que se concentre principalement la très grande majorité des enquêtées : 70 % des femmes vivent en milieu rural contre 30% en milieu urbain. Selon les régions, la population est un peu plus importante dans les régions de Sikasso (19 % des femmes y résident), de Ségou et de Koulikoro (16%) que dans les autres régions, en particulier dans celles de Kidal/Gao/Tombouctou qui ne comptent que 5 % des femmes.

En ce qui concerne la religion, la majorité des Maliennes se sont déclarées de confession musulmane (93 %). Par ailleurs, le catholicisme et l'animisme sont pratiqués par les femmes dans les proportions quasi identiques (3%).

Tableau 3.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

Répartition (en %) des femmes enquêtées par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
15-19	20,0	2 565	2 542
20-24	18,2	2 339	2 359
25-29	17,2	2 208	2 238
30-34	14,8	1 900	1 920
35-39	12,6	1 624	1 599
40-44	9,7	1 245	1 231
45-49	7,5	968	960
État matrimonial			
Célibataire	13,5	1 730	1 708
Mariée/en union	83,5	10 723	10 697
Divorcée/separée	1,8	233	275
Veuve	1,3	162	169
Milieu de résidence			
Bamako	16,5	2 114	2 067
Autres villes	13,6	1 749	1 442
Ensemble urbain	30,1	3 863	3 509
Rural	69,9	8 986	9 340
Région			
Kayes	13,5	1 734	1 942
Koulikoro	16,0	2 055	1 933
Sikasso	18,7	2 408	2 188
Ségou	16,2	2 078	1 665
Mopti	13,9	1 780	1 812
Kidal/Gao/Tombouctou	5,3	681	1 242
Bamako	16,5	2 114	2 067
Niveau d'instruction			
Aucun	80,0	10 275	10 270
Primaire	11,3	1 456	1 468
Secondaire ou plus	8,7	1 118	1 111
Ethnie			
Bambara	33,0	4 245	3 711
Malinké	9,2	1 177	1 240
Peulh	14,0	1 797	1 809
Sarakole/Soninke/Marka	12,3	1 584	1 683
Sonrai	5,9	763	1 039
Dogon	7,3	938	821
Tamacheck	2,0	257	488
Sénoufo/Minianka	8,3	1 063	969
Bobo	3,8	489	478
Autre	2,5	323	390
Religion			
Musulmane	92,9	11 934	11 911
Chrétienne	3,0	387	342
Animiste	2,8	360	473
Autre	1,3	163	118
Ensemble	100,0	12 849	12 849

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le niveau d'instruction de la population malienne reste l'un des plus faibles du monde, notamment en ce qui concerne les femmes. Les données collectées par l'EDSM-III montrent que la population sans aucune instruction demeure largement majoritaire : 80 % des femmes de 15-49 ans n'ont jamais fréquenté l'école (tableau 3.2). Onze pour cent des femmes ont le niveau primaire et 9% ont le niveau secondaire ou supérieur. En outre, le niveau d'instruction atteint varie de façon importante selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Ainsi, et comme on l'avait remarqué précédemment, la proportion de femmes ayant de l'instruction augmente régulièrement des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes : 6 % seulement des femmes de 45-49 ans ont, au moins, un niveau d'instruction primaire, contre 14 % des femmes de 15-19 ans. Corrélativement, C'est chez les femmes les plus jeunes que les proportions de celles sans instruction sont les plus faibles (72 %).

Tableau 3.2 Niveau d'instruction par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Plus haut niveau d'instruction					Ensemble	Effectif de femmes
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire	Plus que secondaire		
Groupe d'âges							
15-19	72,4	10,8	2,8	13,6	0,4	100,0	2 565
20-24	79,5	8,4	2,1	8,9	1,1	100,0	2 339
25-29	79,7	11,6	1,7	5,9	1,2	100,0	2 208
30-34	81,7	9,1	2,1	6,4	0,7	100,0	1 900
35-39	81,3	8,8	2,4	6,9	0,7	100,0	1 624
40-44	85,3	7,7	1,4	4,9	0,7	100,0	1 245
45-49	89,5	5,0	1,4	3,9	0,1	100,0	968
Milieu de résidence							
Bamako	47,3	14,5	3,7	30,4	4,1	100,0	2 114
Autres villes	70,0	10,8	5,4	13,5	0,3	100,0	1 749
Ensemble urbain	57,6	12,8	4,5	22,8	2,4	100,0	3 863
Rural	89,6	7,7	1,1	1,6	0,1	100,0	8 986
Région							
Kayes	86,0	9,3	1,5	3,2	0,0	100,0	1 734
Koulikoro	84,3	9,6	1,8	3,9	0,4	100,0	2 055
Sikasso	85,5	8,5	1,8	4,2	0,0	100,0	2 408
Ségou	89,2	6,0	1,6	3,2	0,0	100,0	2 078
Mopti	89,7	6,5	1,8	2,1	0,0	100,0	1 780
Kidal/Gao/ Tombouctou	79,6	11,8	2,8	5,5	0,2	100,0	681
Bamako	47,3	14,5	3,7	30,4	4,1	100,0	2 114
Ensemble	80,0	9,3	2,1	7,9	0,8	100,0	12 849

Comme on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction atteint varie de façon très importante selon le milieu de résidence. Ainsi, en milieu rural, 90 % des femmes n'ont jamais fréquenté l'école contre 58 % en milieu urbain. À l'opposé, les proportions de femmes ayant atteint un niveau supérieur au primaire atteignent 25 % pour les femmes du milieu urbain contre 2 % en milieu rural. C'est Bamako qui se caractérise par les proportions les plus élevées de femmes ayant fréquenté l'école : 18 % des femmes de la capitale ont un niveau d'instruction primaire et 35 % des femmes ont un niveau secondaire ou supérieur. À l'opposé, on constate que les femmes qui n'ont reçu aucune instruction sont surtout celles du milieu rural (90 %), principalement celles des régions de Mopti (90 %) et de Ségou (89 %).

3.3 ALPHABÉTISATION

Afin de s'assurer de niveau d'alphabétisation des femmes enquêtées, on leur a demandé, au moment de l'interview, de lire une phrase, redigée à cet effet, en Bamanan, Peulh et Sonrai. Les femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus (9%) étaient considérées comme étant alphabétisées.

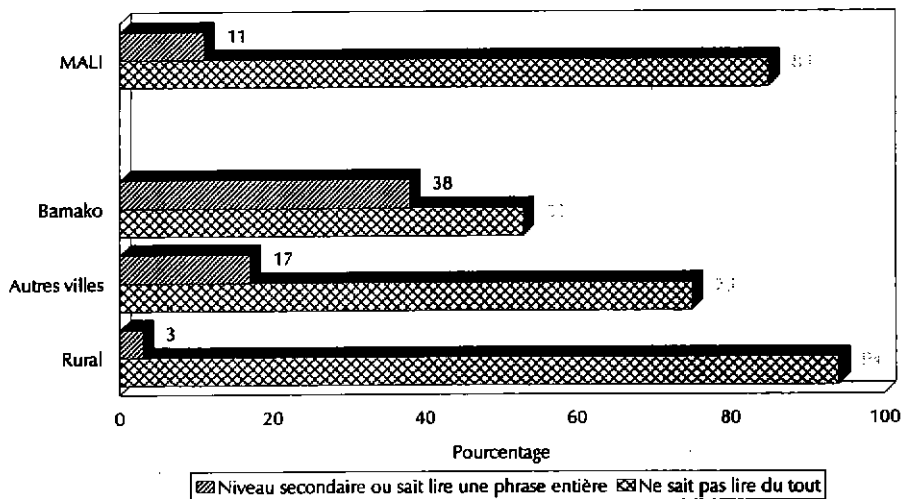
On constate au tableau 3.3 qu'une grande majorité de femmes (85%) n'ont pas été capables de lire une phrase. Si l'on ajoute à cette proportion celle des femmes n'ayant pu lire que partiellement (4 %), on obtient une proportion de 93 % de femmes qui ne sont pas capables de lire. Seule une minorité de femmes (2%) ont été capables de lire une phrase et par conséquent, au Mali, on peut considérer que seulement 11 % des femmes sont alphabétisées.

Tableau 3.3 Alphabétisation

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Pas d'instruction ou école primaire					ND	Ensemble	Effectif	Pourcentage pouvant lire
	Ecole secondaire ou plus	Peut lire toute une phrase	Peut lire une partie de la phrase	Ne peut pas lire du tout	Pas de carte dans la langue demandée				
Groupe d'âges									
15-19	14,0	2,8	4,5	77,9	0,3	0,5	100,0	2 565	16,8
20-24	10,0	1,0	4,0	83,8	0,7	0,5	100,0	2 339	11,1
25-29	7,1	1,8	4,4	86,4	0,2	0,1	100,0	2 208	8,9
30-34	7,1	2,0	4,6	86,0	0,2	0,2	100,0	1 900	9,0
35-39	7,6	1,3	5,3	85,4	0,2	0,2	100,0	1 624	8,9
40-44	5,6	2,1	3,6	88,2	0,3	0,2	100,0	1 245	7,7
45-49	4,1	1,1	3,1	90,9	0,2	0,6	100,0	968	5,2
Milieu de résidence									
Bamako	34,5	3,5	8,3	52,8	0,4	0,5	100,0	2 114	38,0
Autres villes	13,8	3,1	6,8	75,0	0,6	0,8	100,0	1 749	16,9
Ensemble urbain	25,1	3,3	7,6	62,8	0,5	0,6	100,0	3 863	28,5
Rural	1,6	1,2	2,9	93,9	0,2	0,2	100,0	8 986	2,8
Région									
Kayes	3,2	1,6	3,7	91,3	0,1	0,1	100,0	1 734	4,7
Koulikoro	4,3	1,4	3,3	90,6	0,0	0,4	100,0	2 055	5,7
Sikasso	4,2	1,4	3,7	89,8	0,3	0,5	100,0	2 408	5,6
Ségou	3,2	1,2	3,2	91,8	0,1	0,4	100,0	2 078	4,4
Mopti	2,1	1,3	3,4	92,1	1,0	0,1	100,0	1 780	3,4
Kidal/Gao/Tombouctou	5,8	3,0	3,9	87,1	0,1	0,0	100,0	681	8,8
Bamako	34,5	3,5	8,3	52,8	0,4	0,5	100,0	2 114	38,0
Ensemble des femmes	8,7	1,8	4,3	84,5	0,3	0,3	100,0	12 849	10,5

Graphique 3.1 Niveau d'alphabétisation



EDSM-III 2001

3.4 ACCÈS AUX MÉDIAS

Les données relatives à l'accès des femmes aux média sont particulièrement importantes pour la mise en place des programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale. Le tableau 3.4 présente les données sur l'accès des femmes aux média (la presse audiovisuelle ou écrite). Rappelons que 9% des ménages maliens possèdent un poste radio et 14 %, un poste de télévision (voir Section 2.7.).

Précisons, cependant, qu'il n'est pas nécessaire de posséder ces équipements pour y avoir accès, de nombreuses personnes allant écouter la radio ou regarder la télévision chez des amis ou des voisins. Ainsi, au Mali, la radio est le moyen d'information privilégié, puisque 62 % des femmes écoutent la radio au moins une fois par semaine, alors que 31 % de femmes regardent la télévision au moins une fois par semaine et 6% lisent habituellement des journaux. On constate surtout que plus du tiers des femmes enquêtées (34 %) n'ont accès à aucun des média, c'est-à-dire qu'elles ne lisent pas de journal, ne regardent pas la télévision et n'écoutent pas la radio, au moins une fois par semaine. Seulement 4 % des femmes ont accès aux trois types de média au moins une fois par semaine.

Tableau 3.4 Accès aux médias

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Lit le journal au moins une fois par semaine	Regarde de télévision au moins 1 une fois par semaine	Ecoute la radio au moins une fois par semaine	Tous les trois médias	Aucun média	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	8,2	44,9	64,9	6,2	26,5	2 565
20-24	6,2	33,6	63,4	4,9	31,5	2 339
25-29	5,3	33,2	63,9	4,4	32,2	2 208
30-34	4,6	24,8	59,5	3,4	36,5	1 900
35-39	5,3	27,4	60,3	3,8	36,6	1 624
40-44	4,2	18,1	54,8	3,1	41,4	1 245
45-49	2,6	17,8	57,3	1,8	40,1	968
Milieu de résidence						
Bamako	20,2	83,6	83,0	17,9	5,0	2 114
Autres villes	9,3	49,5	75,0	5,2	18,0	1 749
Ensemble urbain	15,3	68,2	79,4	12,2	10,9	3 863
Rural	1,5	15,0	53,8	0,9	43,4	8 986
Région						
Kayes	1,7	17,9	51,4	0,9	45,9	1 734
Koulikoro	3,1	31,0	58,5	2,6	35,0	2 055
Sikasso	4,2	20,2	65,3	1,7	31,4	2 408
Ségou	2,2	18,9	66,2	1,5	31,5	2 078
Mopti	2,0	13,9	44,0	1,1	53,9	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	3,1	20,4	47,1	1,8	48,2	681
Bamako	20,2	83,6	83,0	17,9	5,0	2 114
Niveau d'instruction						
Aucun	0,2	22,7	57,4	0,1	38,7	10 275
Primaire	9,5	48,9	70,7	5,6	21,5	1 456
Secondaire ou plus	50,4	84,3	87,4	41,3	2,3	1 118
Ensemble des femmes	5,6	31,0	61,5	4,3	33,6	12 849

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on note que l'accès aux média décroît avec l'augmentation de l'âge. Les femmes les plus jeunes sont donc celles qui sont les plus exposées à l'information. Ainsi, à 15-19 ans, 65 % des femmes écoutent la radio, 45 % regardent la télévision et 8 % lisent un journal, au moins, une fois par semaine, alors que 40 % des femmes de 45-49 ans n'ont accès à aucun des média. En outre, l'accès aux média est beaucoup plus important en milieu urbain et, plus particulièrement à Bamako, qu'en milieu rural. Ainsi, à Bamako, 84 % des femmes regardent la télévision, 83 % écoutent la radio et 20 % lisent des journaux, alors que 43 % des femmes rurales n'ont accès à aucun des média. Du point de vue régional, on constate que plus de la moitié des femmes de la région de Mopti (54 %) ainsi que 48 % de celles de Kidal /Gao/Tombouctou n'ont accès à aucun moyen d'information. Aussi, l'accès aux média est beaucoup plus important pour les femmes ayant fréquenté l'école que pour celles sans instruction: parmi les femmes de niveau secondaire ou supérieur, 84 % regardent la télévision, 87 % écoutent la radio et 50 % lisent des journaux, alors que 39 % des femmes sans instruction n'ont accès à aucun des média.

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

3.5.1 Emploi des femmes

L'EDSM-III a collecté des informations relatives à l'emploi des femmes enquêtées. Le terme emploi utilisé ici a une définition très large. Toute personne ayant déclaré une activité, régulière ou non, dans le secteur formel ou le secteur informel, avec une contrepartie financière ou non, est considérée comme ayant un emploi.

Le tableau 3.5 montre que plus d'un tiers des femmes de 15-49 ans (38 %) ne travaillaient pas au moment de l'enquête.

Tableau 3.5 Emploi

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont ou non un emploi et selon la durée de l'emploi, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Travaille dans les 12 mois précédant l'enquête		N'a pas travaillé les 12 mois précédant l'enquête	Total ¹	Effectif
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement			
Groupe d'âges					
15-19	50,5	2,1	47,4	100,0	2 565
20-24	58,1	1,6	40,2	100,0	2 339
25-29	63,9	1,9	34,2	100,0	2 208
30-34	66,9	1,4	31,7	100,0	1 900
35-39	69,6	1,2	29,1	100,0	1 624
40-44	67,0	2,1	30,7	100,0	1 245
45-49	69,6	0,8	29,4	100,0	968
Etat matrimonial					
Célibataire	48,5	2,6	48,9	100,0	1 730
Mariée/Vivant ensemble avec partenaire	64,2	1,5	34,3	100,0	10 723
Divorcée, séparée, veuve	63,0	3,1	33,5	100,0	395
Nombre d'enfants vivants					
0	52,0	2,2	45,8	100,0	2 808
1-2	61,2	1,7	37,0	100,0	3 810
3-4	66,0	1,5	32,6	100,0	2 944
5+	68,2	1,4	30,3	100,0	3 288
Milieu de résidence					
Bamako	58,8	3,3	37,9	100,0	2 114
Autres villes	58,6	1,1	40,2	100,0	1 749
Ensemble urbain	58,7	2,3	38,9	100,0	3 863
Rural	63,5	1,4	35,0	100,0	8 986
Région					
Kayes	72,5	0,3	27,1	100,0	1 734
Koulikoro	66,5	0,8	32,7	100,0	2 055
Sikasso	69,5	2,2	28,2	100,0	2 408
Ségou	46,0	2,0	51,9	100,0	2 078
Mopti	66,2	1,4	32,3	100,0	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	44,4	0,6	55,0	100,0	681
Bamako	58,8	3,3	37,9	100,0	2 114
Niveau d'instruction					
Aucun	63,0	1,6	35,3	100,0	10 275
Primaire	63,7	1,7	34,6	100,0	1 456
Secondaire ou plus	51,1	2,3	46,6	100,0	1 118
Ensemble	62,1	1,7	36,2	100,0	12 849

¹ Y compris les non déterminés

La proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête est de 62 %.

Cette proportion est plus importante en milieu rural (64 %) qu'en milieu urbain (59 %).

En outre, les résultats montrent que ce sont les femmes des régions de Kidal/Gao/Tombouctou et de Ségou qui étaient, proportionnellement, les moins nombreuses à travailler au moment de l'enquête (respectivement, 44 % et 46 %). Il en est de même des femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire par rapport aux autres puisque 51 % travaillaient au moment de l'enquête contre 64 % pour celles ayant un niveau primaire et 63 % pour celles sans instruction.

3.5.2 Occupation des femmes

Le tableau 3.6 présente la répartition de 8191 femmes qui travaillent au moment de l'enquête, par type d'occupation dans l'emploi actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

La majorité des femmes maliennes qui travaillent sont occupées dans l'agriculture (40 %), essentiellement celles résidant en milieu rural (54 %), et dans les régions de Kayes (71 %) et de Sikasso (67 %). Du point de vue de l'âge, on peut remarquer que les femmes plus âgées sont plus fréquemment occupées dans l'agriculture que les plus jeunes (40 % et plus à partir de 40 ans). De même, 45 % des femmes sans instruction travaillent dans l'agriculture contre 29 % de celles de niveau primaire et seulement 2 % de celles de niveau secondaire ou plus. Par ailleurs, le secteur du commerce et des services occupe près de deux femmes sur cinq (39%), notamment en milieu urbain (62%) et parmi les femmes de niveau secondaire (50 %). On remarque également que 30 % des femmes les plus instruites occupent un emploi technique et de gestion (30 %) alors que, au niveau national, cette proportion n'est que de seulement 3%.

Tableau 3.6 Occupation

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation dans l'emploi actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Professionnel/ technique/ gestion	Employé	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agri- culture	NSP/ND	Ensemble	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	3,4	0,8	32,5	7,6	6,2	11,5	36,1	1,8	100,0	1 349
20-24	1,9	0,5	39,1	7,1	5,8	2,1	41,6	1,8	100,0	1 397
25-29	2,5	0,1	43,6	6,6	5,7	0,7	38,8	1,8	100,0	1 453
30-34	1,9	0,6	39,2	9,9	5,9	0,9	39,2	2,4	100,0	1 298
35-39	3,5	0,9	40,6	7,7	5,4	0,3	40,2	1,4	100,0	1 151
40-44	3,4	0,0	36,1	7,6	5,3	0,8	45,0	1,8	100,0	861
45-49	2,2	0,5	39,0	7,9	5,7	0,6	42,4	1,6	100,0	682
Etat matrimonial										
Célibataire	8,3	1,1	39,9	6,5	7,6	14,6	19,8	2,1	100,0	884
Mariée/Vivant ensemble avec partenaire	1,8	0,4	38,2	7,8	5,4	1,0	43,5	1,8	100,0	7 046
Divorcée, séparée, veuve	6,1	1,5	48,5	11,1	9,0	6,9	16,1	0,8	100,0	262
Nombre d'enfants vivants										
0	5,5	1,0	36,2	8,9	6,8	10,3	29,3	2,0	100,0	1 521
1-2	2,1	0,3	39,4	7,9	7,1	1,7	39,9	1,7	100,0	2 396
3-4	2,3	0,8	39,2	7,7	5,6	0,6	41,5	2,2	100,0	1 985
5+	1,7	0,1	39,2	6,8	3,8	0,5	46,2	1,6	100,0	2 288
Milieu de résidence										
Bamako	9,5	1,3	59,3	10,3	4,4	13,8	1,3	0,3	100,0	1 311
Autres villes	3,2	0,1	65,9	9,1	7,0	1,8	11,1	1,8	100,0	1 045
Ensemble urbain	6,7	0,7	62,2	9,8	5,5	8,5	5,6	1,0	100,0	2 356
Rural	1,0	0,4	29,2	6,9	5,8	0,4	54,0	2,2	100,0	5 835
Région										
Kayes	2,2	0,1	12,6	6,7	5,4	0,4	71,3	1,2	100,0	1 262
Koulikoro	2,0	0,3	37,8	6,8	3,0	0,9	48,9	0,3	100,0	1 383
Sikasso	1,1	0,0	27,1	1,4	0,7	0,4	67,3	2,0	100,0	1 728
Ségou	0,8	1,5	59,0	6,3	3,1	0,3	24,1	4,9	100,0	998
Mopti	0,5	0,3	43,9	16,7	11,1	0,9	23,6	2,9	100,0	1 203
Kidal/Gao/ Tombouctou	2,0	0,7	41,8	11,1	41,2	0,2	0,2	2,8	100,0	306
Bamako	9,5	1,3	59,3	10,3	4,4	13,8	1,3	0,3	100,0	1 311
Niveau d'instruction										
Aucun	0,1	0,6	35,9	7,5	5,9	2,9	45,1	2,0	100,0	6 641
Primaire	3,2	0,3	51,5	7,8	4,7	2,3	28,9	1,4	100,0	953
Secondaire ou plus	29,8	0,0	49,9	10,1	6,3	0,7	1,9	1,3	100,0	597
Ensemble	2,7	0,5	38,7	7,8	5,8	2,7	40,1	1,8	100,0	8 191

3.5.3 Type d'emploi des femmes

L'occupation des femmes a été catalogué en activités agricoles et non agricoles. L'EDSM-III s'est intéressé au type d'employeur, au mode de paiement des enquêtées et à la continuité de l'emploi.

Le tableau 3.7 qui présente la répartition des femmes ayant déclaré avoir un emploi au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête montre que 83 % des femmes travaillent à leur propre compte, cela quelle que soit la nature de l'activité, puisque cette proportion est de 73% parmi les agricultrices et de 88% parmi celles qui pratiquent des activités non agricoles. Moins d'une sur cinq (18 %) a déclaré travailler pour le compte de quelqu'un d'autre : 13 % pour un membre de la famille et 5 % pour quelqu'un d'autre que la famille. De plus, le paiement en argent seulement a été le mode de paiement pour la majorité des femmes (61 %); cependant, il faut remarquer que 22 % n'ont pas été payées, en particulier 42 % des femmes ayant travaillé dans l'agriculture n'ont pas été rémunérées du tout.

Dans l'ensemble, 40 % des enquêtées ont travaillé toute l'année, essentiellement les femmes ayant travaillé dans le secteur non agricole (63 %). À l'opposé, 44 % des femmes ont travaillé de manière saisonnière, essentiellement celles ayant travaillé dans l'agriculture (91 %).

Tableau 3.7 Type d'emploi				
Répartition (en %) des femmes ayant un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenus, type d'employeur et continuité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non-agricole), EDSM-III Mali 2001				
Nature des gains	Type d'emploi			Ensemble
	Agricole	Non-agricole	ND	
Argent seulement	23,5	85,7	72,6	60,6
Argent et nature	21,3	5,1	9,6	11,7
En nature seulement	12,8	0,9	2,0	5,7
N'est pas payé	42,4	8,1	13,6	21,9
ND	0,1	0,1	2,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Employeur				
Travaille chez un membre de la famille	22,9	5,3	15,5	12,6
Travaille chez quelqu'un d'autre que la famille	3,8	6,5	6,0	5,4
A son propre compte	73,0	87,9	77,3	81,7
ND	0,0	0,3	1,2	0,2
Total	99,7	100,0	100,0	99,9
Continuité du travail				
Toute l'année	5,6	63,4	40,8	39,8
Saisonnier	90,8	12,0	44,8	44,2
Occasionnel	3,4	24,4	12,2	15,8
ND	0,2	0,2	1,2	0,2
Total	100,0	100,0	99,1	100,0
Effectif	3,282	4,758	151	8,191

3.6 DÉCISION DE L'UTILISATION DU REVENU ET CONTRIBUTION AUX DÉPENSES DU MENAGE

Le tableau 3.8 présente les résultats concernant la personne qui décide de l'utilisation du revenu de la femme ainsi que sur sa contribution aux dépenses du ménage.

La grande majorité des Maliennes qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois et qui ont été rémunérées décident elles-mêmes de la manière dont leur argent est dépensé (84 %), et ceci est d'autant plus vrai quand l'âge de la femme augmente (68 % des 15-19 ans contre 89 % de celles de 45-49 ans) ou encore lorsque son niveau d'instruction est supérieur au primaire (87%). Les citadines sont un peu plus nombreuses

Tableau 3.8 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Répartition (en %) des femmes ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la proportion dépensée pour les charges du ménage et, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Décision sur l'utilisation des revenus					Proportion des dépenses des ménages couverts par les gains						Total	Effectif
	Enquêtée seule	Conjointement quel- qu'un d'autre	Autre personne décide seul	ND	Total	Pratique- ment aucune/ aucune	Moins de la moitié	Moitié ou plus	Toutes	ND	Total		
Groupe d'âges													
15-19	67,7	11,9	20,2	0,2	100,0	61,1	15,1	17,1	6,6	0,1	100,0	931	
20-24	83,7	8,1	8,0	0,2	100,0	42,6	27,4	23,1	6,7	0,2	100,0	993	
25-29	88,3	6,8	4,9	0,0	100,0	34,7	28,1	28,2	8,6	0,4	100,0	1 082	
30-34	89,3	6,4	4,2	0,1	100,0	30,8	25,3	34,3	9,6	0,0	100,0	957	
35-39	88,5	6,9	4,6	0,0	100,0	24,6	28,6	33,8	12,9	0,1	100,0	850	
40-44	86,4	10,1	3,3	0,2	100,0	22,7	25,0	36,3	15,8	0,2	100,0	615	
45-49	88,6	8,1	3,2	0,2	100,0	23,7	19,5	37,3	19,4	0,2	100,0	491	
État matrimonial													
Célibataire	66,2	11,6	22,3	0,0	100,0	68,2	13,0	12,4	6,4	0,0	100,0	652	
Mariée/vivant ensemble avec partenaire	86,6	7,7	5,6	0,1	100,0	31,7	26,5	31,4	10,2	0,2	100,0	5 040	
Divorcée, séparée, veuve	85,3	9,6	4,9	0,1	100,0	36,9	13,8	22,6	26,4	0,3	100,0	227	
Nombre d'enfants vivants													
0	71,4	11,0	17,4	0,2	100,0	58,8	16,7	17,6	6,8	0,1	100,0	1 095	
1-2	85,4	7,9	6,6	0,1	100,0	39,6	25,5	26,0	8,8	0,1	100,0	1 749	
3-4	89,2	6,7	4,1	0,0	100,0	26,9	27,2	33,2	12,5	0,3	100,0	1 474	
5 ou +	87,4	8,0	4,4	0,2	100,0	24,7	26,3	36,1	12,7	0,2	100,0	1 600	
Milieu de résidence													
Bamako	86,5	6,3	7,2	0,1	100,0	44,9	23,8	23,1	8,2	0,1	100,0	1 204	
Autres villes	87,6	7,0	5,4	0,0	100,0	41,0	28,4	21,7	8,9	0,0	100,0	857	
Ensemble urbain	86,9	6,6	6,4	0,0	100,0	43,3	25,7	22,5	8,5	0,0	100,0	2 061	
Rural	82,9	9,1	7,9	0,1	100,0	32,0	23,9	32,4	11,4	0,2	100,0	3 857	
Région													
Kayes	78,0	15,9	5,9	0,3	100,0	30,0	28,6	32,0	9,1	0,3	100,0	494	
Koulikoro	76,0	13,0	10,9	0,1	100,0	25,8	18,3	37,9	17,6	0,3	100,0	1 076	
Sikasso	86,0	6,4	7,5	0,2	100,0	38,3	25,0	30,1	6,4	0,2	100,0	938	
Ségou	87,5	6,0	6,6	0,0	100,0	23,0	34,0	33,5	9,5	0,0	100,0	892	
Mopti	88,1	6,4	5,4	0,1	100,0	46,4	23,4	22,5	7,5	0,3	100,0	1 051	
Kidal/Gao/Tombouctou	88,3	4,5	7,2	0,0	100,0	41,4	15,8	19,9	22,9	0,0	100,0	263	
Bamako	86,5	6,3	7,2	0,1	100,0	44,9	23,8	23,1	8,2	0,1	100,0	1 204	
Niveau d'instruction													
Aucun	84,3	8,3	7,3	0,1	100,0	35,8	23,8	29,4	10,8	0,2	100,0	4 645	
Primaire	82,6	8,5	8,9	0,0	100,0	33,4	28,3	28,0	10,3	0,0	100,0	764	
Secondaire ou plus	86,6	7,0	6,3	0,1	100,0	41,4	24,9	26,4	7,2	0,1	100,0	509	
Ensemble	84,3	8,2	7,4	0,1	100,0	35,9	24,5	29,0	10,4	0,2	100,0	5 919	

à décider elles-mêmes de l'utilisation de leur revenu que celles du milieu rural (87 % contre 83 %). En outre, on constate que 8 % des femmes dépensent leur argent en accord avec quelqu'un d'autre, notamment celles résidant dans la région de Kayes (16%) et de Koulikoro (13 %).

Enfin dans 7 % des cas, c'est une autre personne qui décide de l'utilisation de l'argent, gagné par la femme et cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes de 15-19 ans (20 %) et chez les célibataires (22 %) et également chez celles de Koulikoro (11 %).

Pour ce qui concerne la contribution des femmes aux dépenses du ménage, les données collectées au cours de l'EDSM-III révèlent que dans plus d'un tiers des cas (36%), l'enquêtée ne contribue en aucune manière aux dépenses de ménage: il s'agit principalement des jeunes de 15-19 ans (61 %), des célibataires (68 %) et des femmes sans enfant (59 %). Par contre, 29% ont déclaré qu'elles participaient pour la moitié ou plus aux dépenses du ménage. Ce sont le plus réquemment les femmes les plus âgées, celles ayant au moins 3 enfants, celles du milieu rural et surtout les femmes de Koulikoro (38%). Enfin, seulement 10 % des femmes ont déclaré prendre en charge toutes les dépenses du ménage.

3.7 CONTRÔLE DU REVENU DES FEMMES

Au cours de l'EDSM-III, on a cherché à connaître le degré d'implication des enquêtées dans la prise en charge des dépenses du ménage. On a donc demandé aux femmes quelle part des dépenses du ménage était payée avec l'argent provenant de leurs revenus. Les résultats sont présentés au tableau 3.9 selon le statut matrimonial des femmes.

On constate tout d'abord que 87 % des femmes en union contre 71 % de celles qui ne le sont pas ont déclaré décider seule de l'utilisation de leur argent. En outre, 6 % des femmes mariées décident conjointement avec leur mari et chez les femmes qui ne sont pas en union, 11 % ont déclaré décider conjointement avec quelqu'un d'autre. Enfin, parmi les femmes en union, c'est le mari qui décide uniquement dans 5 % des cas, parmi les femmes qui ne sont pas en union, 18 % ont déclaré que la décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elles gagnaient était prise par quelqu'un d'autre uniquement.

Les données du tableau 3.9 laissent également apparaître quelque que soit le statut matrimonial, c'est quand la femme décide seule de l'utilisation de l'argent qu'elle gagne qu'elle contribue le moins aux dépenses du ménage: 93 % des femmes en union et 74% de celles qui ne le sont pas décident seules mais ne contribuent pratiquement pas aux dépenses du ménage. Par ailleurs, lorsque les enquêtées décident conjointement avec quelqu'un d'autre, on constate que dans 15 % des cas pour les femmes en union et 14 % pour celles qui ne le sont pas, elles assument financièrement toutes les dépenses du ménage.

Tableau 3.9 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes qui gagnent de l'argent pour leur travail durant les 12 derniers mois selon la personne qui décide de son utilisation et l'état matrimonial, et selon la proportion dépensée pour les charges du ménage, EDSM-III Mali 2001

Contribution dans les dépenses du ménage	Actuellement mariée ou vivat avec un partenaire										Pas mariée		
	Conjointement mariée ou vivat avec un partenaire					Pas mariée							
	Seule	Conjointement avec le mari	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Mari unique-ment	ND	Quel-qu'un d'autre unique-ment	Total	Effectif	Seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Quel-qu'un d'autre unique-ment	Total	
Contribution dans les dépenses du ménage Effectif													
Pratiquement aucune/aucune	93,3	1,0	1,5	3,1	1,0	0,1	100,0	1 599	74,1	7,4	18,6	100,0	528
Moins que la moitié	88,5	5,8	0,4	4,5	0,7	0,0	100,0	1 335	75,8	12,4	11,8	100,0	116
Moitié ou plus	82,2	9,2	2,2	5,6	0,8	0,0	100,0	1 583	57,8	22,7	19,5	100,0	132
Toutes	75,2	14,9	1,7	6,8	1,3	0,0	100,0	514	67,3	13,9	18,5	100,0	102
Ensemble ¹	86,6	6,3	1,5	4,6	0,9	0,1	100,0	5 040	71,1	11,1	17,8	100,0	878

3.8 PARTICIPATION DES FEMMES DANS LA PRISE DE DÉCISION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les résultats du tableau 3.10 présentent les pourcentages de femmes qui ont déclaré avoir le dernier mot sur un certain nombre de problèmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Dans l'ensemble, moins d'une femme sur dix (8%) a le dernier mot dans toutes les décisions ci-dessus mentionnées et près de 40 % d'entre elles n'ont le dernier mot dans aucune décision.

Tableau 3.10. Participation des femmes dans la prises de décision par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir le dernier mot seule ou conjointement en ce qui concerne certaines prises de décision, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Dernier mot seule ou conjointement :						Aucune dernier mot dans le prises de décisions	Effectif
	Propre soins de santé	Grands achats du ménage	Achats quotidiens du ménage	Visites à la famille, proches ou les amis	Repas à préparer chaque jour	Dernier mot dans toutes les décisions mentionnées		
Groupe d'âges								
15-19	9,9	9,9	12,8	19,9	26,6	5,0	62,0	2 565
20-24	12,0	13,2	19,3	26,4	47,5	5,5	41,5	2 339
25-29	17,2	15,9	26,6	29,6	55,5	7,9	34,0	2 208
30-34	18,7	16,9	27,8	31,5	59,4	8,3	33,1	1 900
35-39	22,3	20,2	32,8	32,7	60,9	10,5	29,8	1 624
40-44	25,8	23,9	35,8	36,0	63,4	12,4	26,4	1 245
45-49	26,3	27,2	38,1	39,8	64,5	16,2	26,2	968
État matrimonial								
Célibataire	13,4	9,4	10,2	23,2	14,1	6,6	69,4	1 730
Mariée/vivant ensemble avec partenaire	16,7	16,7	27,0	29,2	57,0	7,6	34,2	10 723
Divorcée, séparée, veuve	46,2	42,2	42,2	53,7	48,9	35,7	34,9	395
Nombre d'enfants vivants								
0	12,5	10,8	13,8	22,8	28,0	5,8	59,0	2 808
1-2	15,9	15,8	23,4	29,0	51,5	8,3	38,7	3 810
3-4	18,5	17,8	29,0	30,9	59,5	8,1	31,4	2 944
5 ou +	21,5	21,2	33,8	33,1	62,3	10,8	28,9	3 288
Milieu de résidence								
Bamako	25,1	20,6	26,9	39,5	46,9	11,2	36,2	2 114
Autres villes	15,9	15,2	20,2	28,8	46,5	9,1	44,6	1 749
Ensemble urbain	20,9	18,2	23,8	34,6	46,7	10,3	40,0	3 863
Rural	15,6	15,8	25,8	26,8	52,8	7,5	38,5	8 986
Région								
Kayes	16,7	13,0	26,5	16,6	52,8	4,0	39,4	1 734
Koulikoro	17,1	21,4	32,4	33,0	48,0	9,5	38,2	2 055
Sikasso	9,4	11,5	16,2	21,8	45,6	3,4	44,5	2 408
Ségou	14,1	12,6	24,0	24,5	55,1	8,9	41,7	2 078
Mopti	22,7	20,4	27,5	35,3	51,2	12,5	38,8	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	16,4	17,8	25,4	41,2	73,4	11,7	21,6	681
Bamako	25,1	20,6	26,9	39,5	46,9	11,2	36,2	2 114
Niveau d'instruction								
Aucun	16,4	16,2	25,1	27,8	51,9	8,1	39,1	10 275
Primaire	17,2	17,1	26,9	32,1	49,8	8,5	37,6	1 456
Secondaire ou plus	24,6	18,8	24,8	37,7	43,7	10,4	39,5	1 118
Emploi								
Ne travaille pas	10,8	10,7	14,1	23,6	42,0	6,1	50,2	4 847
Travaille pour de l'argent	24,1	22,4	34,4	39,0	57,7	12,1	29,4	5 754
Ne travaille pas pour de l'argent	13,0	14,0	25,6	15,7	53,0	3,7	39,6	2 214
ND	28,9	23,5	39,2	28,7	58,4	6,8	27,3	34
Ensemble	17,2	16,5	25,2	29,1	51,0	8,4	39,0	12 849

Les proportions de femmes qui ont le dernier mot dans toutes les décisions sont plus élevées parmi les femmes en rupture d'union (36 % contre 8 % parmi celles en union), chez celles de plus de 35 ans (au moins 10 %), chez les femmes ayant au moins cinq enfants (11 % contre 8 % pour celles en ayant 1 ou 2), chez les femmes des régions de Mopti (13 %), Gao (12 % et Bamako (11%) chez les femmes de niveau secondaire (10 % contre environ 8 % pour les autres); enfin on constate également que les femmes qui travaillent et qui gagnent de l'argent prennent plus fréquemment que les autres des décisions (12 %). En ce qui concerne les résultats selon les raisons spécifiques, on constate que la moitié des femmes ont déclaré avoir le dernier mot en ce qui concerne la préparation des repas quotidiens (51 %). À l'opposé, quand il s'agit des grands achats du ménage, seulement 17 % des femmes ont déclaré décider en dernier ressort. De même, la proportion de femmes qui peut décider de ses propres soins de santé est très faible (17 %), surtout parmi celles de Sikasso (9 %); dans 29 % des cas, les femmes maliennes décident des visites à la famille et aux proches et dans 25 % des cas, elles ont le dernier en ce concerne les achats quotidiens du ménage.

3.9 APPROBATION PAR LES FEMMES DE CERTAINES RAISONS JUSTIFIANT LE FAIT DE BATTRE LES EPOUSES

Au cours de l'EDSM-III, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons il était justifié qu'un homme batte son épouse. Une grande majorité des Maliennes (89 %) (tableau 3.11) pensent que pour au moins une des raisons citées, un homme a le droit de battre son épouse. C'est parmi les femmes mariées (90%), les mères de plus de 4 enfants (91 %), les femmes du milieu rural (90%), les femmes sans instruction ou du niveau primaire (90%) et enfin chez celles qui ne travaillent pas pour de l'argent (91 %) et chez celles de la région de Kayes (93 %) que l'on constate les proportions les plus élevées. En revanche, c'est en milieu urbain (27%), parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (21%) et surtout chez les femmes de la région de Ségou (16 %) que l'on constate les proportions les plus faibles de femmes qui approuvent que pour, au moins une raison citée, le fait qu'un homme batte son épouse.

Par ailleurs, les résultats selon les raisons spécifiques montrent que pour les trois quarts des femmes, il est justifié qu'un homme batte son épouse si celle-ci sort sans le lui dire, si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui et si elle néglige les enfants; battre son épouse par ce qu'elle a brûlé le repas n'est justifié que pour 34 % des femmes.

Tableau 3.11 Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait de battre les épouses

Pourcentage de femmes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'un mari/partenaire frappe sa femme ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Approuve qu'un mari batte sa femme et elle :						Effectif
	Elle brûle le repas	Elle discute ses ordres	Elle sort sans lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	
Groupe d'âges							
15-19	33,2	58,7	71,2	70,8	64,0	85,5	2 565
20-24	33,5	61,0	74,4	70,1	72,0	87,9	2 339
25-29	33,3	61,8	75,0	71,0	75,7	90,8	2 208
30-34	33,7	62,8	77,1	73,6	78,8	91,7	1 900
35-39	34,6	63,6	77,1	72,2	76,9	89,3	1 624
40-44	33,0	63,3	75,6	71,0	76,6	88,8	1 245
45-49	33,8	63,0	77,3	70,6	77,8	88,1	968
État matrimonial							
Célibataire	30,6	52,1	63,4	63,7	54,8	79,0	1 730
Mariée/vivant ensemble avec partenaire	34,1	63,2	76,9	72,5	76,6	90,4	10 723
Divorcée, séparée, veuve	33,1	61,5	72,7	71,6	72,0	87,6	395
Nombre d'enfants vivants							
0	32,3	55,8	68,3	67,2	61,6	83,6	2 808
1-2	33,7	62,4	75,2	71,1	75,5	88,9	3 810
3-4	35,0	63,5	76,5	72,2	76,2	90,7	2 944
5 ou +	33,2	64,2	78,9	74,2	79,1	91,3	3 288
Milieu de résidence							
Bamako	23,6	46,4	61,6	62,8	59,5	83,0	2 114
Autres villes	31,3	58,1	73,8	71,0	74,7	88,9	1 749
Ensemble urbain	27,1	51,7	67,1	66,5	66,4	85,7	3 863
Rural	36,3	65,9	78,3	73,4	76,6	90,1	8 986
Région							
Kayes	44,2	69,3	83,9	83,0	83,0	93,4	1 734
Koulikoro	39,6	74,8	81,7	83,5	77,3	91,1	2 055
Sikasso	43,1	68,9	79,1	74,0	77,1	91,1	2 408
Ségou	15,8	44,4	73,3	65,2	67,1	88,2	2 078
Mopti	33,2	60,5	68,8	58,7	75,6	84,3	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	40,7	80,2	79,7	73,3	83,2	93,1	681
Bamako	23,6	46,4	61,6	62,8	59,5	83,0	2 114
Niveau d'instruction							
Aucun	34,4	63,6	77,0	71,8	75,8	89,7	10 275
Primaire	37,1	63,1	75,0	75,8	74,5	90,0	1 456
Secondaire ou plus	21,3	42,0	56,1	61,2	51,6	78,4	1 118
Emploi							
Ne travaille pas	27,5	58,1	73,6	69,6	71,3	87,7	4 847
Travaille pour de l'argent	35,5	61,4	75,2	71,3	73,6	89,0	5 754
Ne travaille pas pour de l'argent	41,8	70,5	77,4	75,0	78,7	90,7	2 214
ND	29,5	47,3	60,2	72,1	57,6	78,3	34
Nombre de décisions de mot final pour la femme							
0	38,9	64,2	76,2	73,2	74,2	88,3	5 007
1-2	31,7	64,3	75,2	72,1	74,7	90,0	5 172
3-4	29,1	52,1	73,2	70,2	68,8	88,6	1 596
5	24,1	51,4	70,5	60,0	72,1	85,3	1 073
Ensemble	33,6	61,7	74,9	71,3	73,5	88,8	12 849

3.10 ATTITUDE DES FEMMES ENVERS LE REFUS D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR MARI/PARTENAIRE

Durant l'EDSM-III, on a également demandé aux femmes si elles pensaient que dans certaines circonstances il était justifié qu'une femme refuse les rapports sexuels à son mari. Le tableau 3.12 présente les pourcentages de femmes qui sont d'accord avec chacune des raisons citées selon différentes caractéristiques socio-démographiques.

Seulement 10 % des femmes ont déclaré approuver toutes les raisons justifiant qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. C'est parmi les femmes en rupture d'union (13 %), celles de Bamako(13 %), celles de Kidal/Gao/Tombouctou (18%), parmi celles de niveau d'instruction secondaire ou plus (15 %)et parmi celles ayant déclaré qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'un homme batte sa femme (14%) que cette proportion est la plus élevée. Selon les raisons spécifiques, les résultats montrent que c'est dans le cas où la femme vient d'accoucher récemment que la proportion de femmes qui approuvent qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari est la plus élevée (54 %). De plus, 45 % estiment justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec elle sait que celui-ci a une IST. Dans près d'un tiers des cas (32 %), le refus des rapports sexuels avec le mari est approuvé quand la femme sait que son mari a des relations avec d'autres femmes. La proportion de femmes estimant qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari est la plus faible : 29 %.

Tableau 3.12 Attitude des femmes envers le refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire

Pourcentage de femmes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'une femme refuse les rapports sexuels avec son mari ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Approuve qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :					D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif
	Elle sait que son mari a une maladie transmissible	Elle sait que son mari a des rapports avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatiguée ou pas d'humeur				
Groupe d'âges								
15-19	38,5	28,9	44,7	28,5	9,7	35,1	2 565	
20-24	47,2	36,4	56,2	31,1	11,3	23,0	2 339	
25-29	49,8	33,6	57,0	30,0	11,0	23,1	2 208	
30-34	47,5	30,7	59,4	29,7	10,1	22,3	1 900	
35-39	44,0	30,4	54,7	28,9	9,1	25,2	1 624	
40-44	48,6	32,5	58,1	28,1	9,7	21,7	1 245	
45-49	41,0	26,5	52,0	24,2	7,8	28,6	968	
État matrimonial								
Célibataire	44,4	28,3	42,9	29,2	11,4	35,9	1 730	
Mariée/vivant ensemble avec partenaire	45,2	32,2	56,1	29,1	9,7	24,3	10 723	
Divorcée, séparée, veuve	49,1	34,0	51,5	29,5	13,2	26,2	395	
Nombre d'enfants vivants								
0	42,1	30,0	44,6	28,8	10,4	33,3	2 808	
1-2	45,7	34,3	56,7	30,8	10,3	22,9	3 810	
3-4	47,7	32,1	57,9	28,8	10,2	24,2	2 944	
5 ou +	45,1	29,8	56,1	27,6	9,3	24,7	3 288	
Milieu de résidence								
Bamako	54,7	35,5	54,6	30,6	12,9	20,8	2 114	
Autres villes	42,9	31,0	50,7	27,7	7,6	26,8	1 749	
Ensemble urbain	49,3	33,5	52,8	29,3	10,5	23,5	3 863	
Rural	43,4	30,9	54,8	29,0	9,9	27,0	8 986	
Région								
Kayes	31,5	31,5	45,7	34,2	8,3	32,4	1 734	
Koulikoro	36,2	35,9	45,9	30,1	13,6	37,1	2 055	
Sikasso	44,3	24,9	58,0	26,1	6,2	24,4	2 408	
Ségou	57,5	33,5	63,4	28,5	9,7	14,5	2 078	
Mopti	40,8	28,0	52,7	26,5	6,9	30,2	1 780	
Kidal/Gao/Tombouctou	55,2	36,1	62,2	27,4	18,2	21,1	681	
Bamako	54,7	35,5	54,6	30,6	12,9	20,8	2 114	
Niveau d'instruction								
Aucun	43,0	30,9	53,8	28,7	9,4	26,8	10 275	
Primaire	50,0	33,3	53,6	28,8	11,4	26,1	1 456	
Secondaire ou plus	59,4	37,2	58,2	33,1	14,7	17,5	1 118	
Emploi								
Ne travaille pas	49,3	30,2	59,0	27,8	10,7	23,0	4 847	
Travaille pour de l'argent	44,4	34,6	49,9	30,0	9,9	27,2	5 754	
Ne travaille pas pour de l'argent	38,4	27,2	54,8	29,5	8,9	29,0	2 214	
ND	55,3	49,7	60,3	43,5	26,8	22,2	34	
Nombre de décisions de mot final pour la femme								
0	38,1	28,5	47,1	29,5	8,7	32,3	5 007	
1-2	47,9	34,2	58,5	30,7	11,3	21,5	5 172	
3-4	54,2	35,6	58,2	25,3	9,8	22,4	1 596	
5	52,1	28,7	60,6	25,3	10,5	22,5	1 073	
Nombre de raisons justifiant de battre la femme								
0	44,6	34,5	52,3	31,4	14,4	31,0	1 444	
1-2	53,2	31,7	58,5	26,6	9,4	22,1	2 706	
3-4	46,9	31,4	57,4	28,0	8,5	21,1	5 353	
5	36,3	31,0	46,4	31,9	11,2	34,6	3 346	
Ensemble	45,2	31,7	54,2	29,1	10,1	25,9	12 849	

L'un des objectifs de l'EDSM-III est de fournir les indicateurs sur les niveaux et tendances de la fécondité, et d'étudier leurs variations selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme telles que l'âge, le milieu de résidence, la région de résidence et le niveau d'instruction.

Afin d'atteindre cet objectif, des informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête : l'enquêtrice interrogeait la femme sur le nombre total d'enfants qu'elle avait eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs et ceux encore en vie de ceux décédés. Ensuite, l'enquêtrice reconstituait l'historique complet des naissances de l'enquêtée, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, elle enregistrait leur âge au moment de l'enquête et distinguait ceux vivant avec la mère de ceux vivant ailleurs ; pour les enfants décédés, elle enregistrait l'âge au décès.

Par ailleurs, un contrôle de cohérence était effectué par l'enquêtrice entre le nombre total d'enfants déclarés (vivants, décédés) et celui obtenu à partir de l'historique des naissances pour corriger d'éventuelles erreurs.

Malgré les multiples contrôles de cohérence effectués lors de la collecte, les données sur les naissances sont sujettes aux différents types d'erreurs inhérentes aux enquêtes retrospectives. Il s'agit notamment :

- du sous-enregistrement des naissances, en particulier l'omission (volontaire ou involontaire) d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- de l'imprécision des déclarations de dates de naissance ou d'âges, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et à certaines périodes.

Par ailleurs, au début des travaux de collecte, on a parfois observé certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés durant les cinq années ayant précédé l'enquête (ou depuis janvier 1996) vers les années précédentes. Ces déplacements d'année de naissance sont souvent effectués volontairement par les enquêtrices pour diminuer leur charge de travail. Ainsi, elles évitent de poser les questions sur la santé des enfants (section 4 du questionnaire) et de prendre les mesures anthropométriques des enfants concernés. Ces déplacements interviennent plus fréquemment quand la mère ne connaît pas avec certitude la date de naissance de son enfant ou quand l'enfant est décédé. Dans le cas de l'EDSM-III, il semble n'y avoir eu que de légers transferts de naissances de 1996 sur celles de 1995¹ et ces déplacements ne devraient pas affecter la mesure de la fécondité actuelle.

¹ À l'Annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances d'année x à la demi-somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit $N_x / [(N_{x-1} + N_{x+1}) / 2]$, rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau actuel de la fécondité ainsi que ses variations différentielles sont mesurés par les taux de fécondité générale par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes de ce groupe. Ils constituent des mesures fiables et courantes de la fécondité. Quant à l'ISF, qui est un indice du moment, il est calculé à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge d'une période considérée, ici la période des trois années ayant précédé l'enquête. Cette période de référence de trois ans a été retenue afin de pouvoir calculer les indicateurs de fécondité les plus récents possibles, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas pour réduire au maximum les erreurs de sondage.

Au niveau national, les taux de fécondité par âge, présentés dans le tableau 4.1 et au graphique 4.1 reflètent le schéma classique généralement observé dans les pays à forte fécondité : la fécondité débute très précocement à un niveau élevé à 15-19 ans (185 ‰), atteint son maximum à 20-24 ans (290 ‰) et se maintient à un niveau élevé jusqu'à 35-39 ans (202 ‰). Une baisse sensible de la fécondité intervient à 40-44 ans où le taux passe à 103 ‰ et à 45-49 ans où il n'est plus que de 35 ‰. La fécondité totale reste élevée au Mali car, en fin de vie féconde, une femme donne naissance, en moyenne, à 6,8 enfants.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF) et taux brut de natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Résidence				Ensemble
	Bamako	Autre villes	Ensemble urbain	Rural	
15-19	102	172	129	218	185
20-24	186	287	228	317	290
25-29	245	276	259	289	280
30-34	202	250	227	271	260
35-39	152	201	179	210	202
40-44	67	58	62	113	103
45-49	18	14	16	42	35
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,9	6,3	5,5	7,3	6,8
TGF (pour 1 000)	163	221	189	249	231
TBN	39,6	44,4	42,1	45,9	45,1

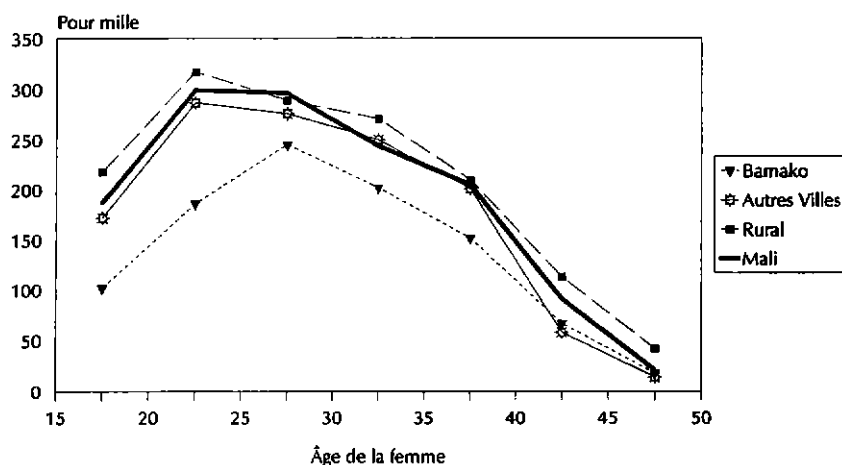
Note : Les taux sont calculés pour la période de 1-36 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

On remarque également, à tous les âges, sauf en fin de vie féconde, des différences significatives de niveau de fécondité selon le milieu de résidence. L'ISF qui est de 6,8 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, les femmes résidant en milieu rural auraient, en fin de vie féconde, 1,8 enfants de plus que celles résidant en milieu urbain. Comme indiqué précédemment, ces différences de fécondité s'observent pratiquement à tous les âges, mais l'écart relatif selon le milieu de résidence est particulièrement important aux très jeunes âges : ainsi, à 15-19 ans, le taux est de 129 ‰ en milieu urbain contre 218 ‰ en milieu rural, soit un taux supérieur de 69 %, alors qu'à 20-24 ans, le taux du milieu rural (317 ‰) n'est supérieur que de 39 % à celui du milieu urbain (228 ‰). Les femmes du milieu rural ont donc, aux jeunes

âges, une fécondité beaucoup plus élevée que les autres femmes. Chez les femmes du milieu urbain, le niveau maximum des taux de fécondité (259 ‰) s'observe, à 25-29 ans, tandis que chez les femmes du milieu rural, il s'observe à 20-24 ans (317 ‰).

Par ailleurs, au niveau national, le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 231 pour mille. Le Taux Brut de Natalité (TBN), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, est de 45 pour mille pour l'ensemble du pays.

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



EDSM-III 2001

Le niveau de fécondité présente des variations assez nettes, que ce soit selon le milieu de résidence des femmes que selon certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques. Le tableau 4.2, illustré par le graphique 4.2 laisse apparaître que l'ISF du milieu rural est nettement plus élevé que celui du milieu urbain. Bamako, la capitale, se caractérise par l'ISF le plus faible avec 4,9 enfants par femme. Bamako a une fécondité de 33 % plus faible que celle du milieu rural où l'on enregistre 7,3 enfants par femme. En ce qui concerne la région de résidence, le niveau maximum de fécondité observé à Sikasso (7,6 enfants) est de 55% plus élevé que le niveau minimum observé à Bamako. Par ailleurs, Il faut noter qu'à l'exception de Mopti (6,8 enfants) et des communes de Tombouctou/Gao/Kidal (6,3), le niveau de fécondité de toutes les régions est supérieur au niveau national.

Concernant le niveau d'instruction, le tableau 4.2 met en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction : la fécondité étant d'autant plus faible que le niveau d'instruction est élevé. Cela apparaît assez nettement dans les valeurs de l'ISF qui varient de 7,1 enfants pour les femmes sans instruction, à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et à 4,1 pour les femmes ayant un niveau secondaire ou plus. Il est manifeste que l'influence de l'instruction des femmes sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire, la différence de fécondité entre les femmes sans instruction et celles ayant un niveau primaire n'étant pas très importante (0,5 enfants en moyenne).

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Indice synthétique de fécondité pour les trois années précédant l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

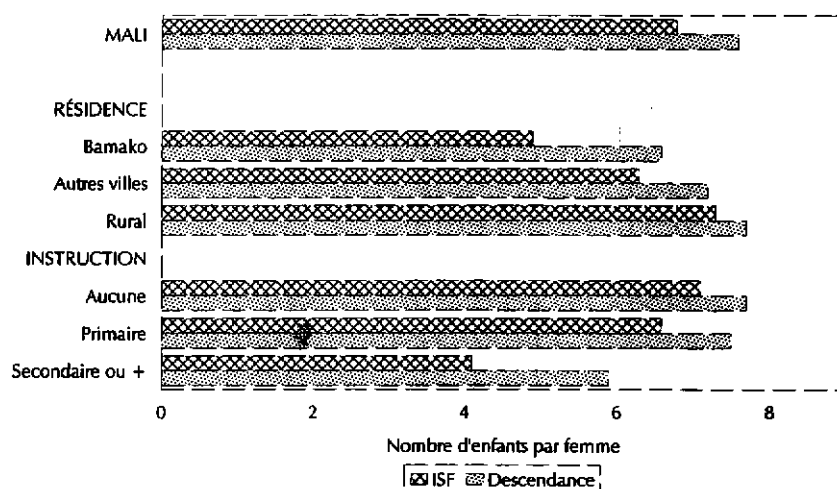
Caractéristique	Indice synthétique de fécondité ¹	Pourcentage actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Bamako	4,9	7,3	6,6
Autres villes	6,3	10,8	7,2
Ensemble urbain	5,5	8,9	7,0
Rural	7,3	14,4	7,7
Région			
Kayes	6,9	15,6	7,3
Koulikoro	7,2	13,3	7,6
Sikasso	7,6	13,7	8,2
Ségou	7,3	13,5	7,7
Mopti	6,8	12,8	7,7
Kidal/Gao/Tombouctou	6,3	14,1	6,6
Bamako	4,9	7,3	6,6
Niveau d'instruction			
Aucun	7,1	13,5	7,7
Primaire	6,6	11,8	7,5
Secondaire ou plus	4,1	7,0	5,9
Ensemble	6,8	12,7	7,6

¹ Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

Au tableau 4.2 et au graphique 4.2 figurent également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans. Contrairement à l'ISF qui mesure la fécondité actuelle ou du moment, le nombre moyen, qui est assimilé à une descendance finale, est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui ont atteint 40-49 ans. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF; par contre si l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Dans l'ensemble, la descendance, estimée à 7,6 enfants par femme, est nettement supérieure à l'ISF (6,8), *ce qui, en l'absence de sous-déclaration des naissances survenues au cours de la période la plus récente précédant l'enquête, suggère une baisse de la fécondité au cours des dernières années.*

L'écart entre les deux indicateurs de fécondité se vérifie quel que soit le milieu de résidence et le niveau d'instruction. L'écart semble être d'autant plus appréciable que l'ISF est faible, comme dans le cas de Bamako où l'ISF (4,9 enfants par femme) est inférieur de près de 26 % à la descendance (6,6 enfants), et dans le cas des femmes du niveau secondaire ou plus, dont l'ISF (4,1) est inférieur de 31 % à la descendance (5,9 enfants). La baisse de fécondité évoquée précédemment serait donc beaucoup plus nette chez ces catégories de femmes.

**Graphique 4.2 Indice synthétique de fécondité et
descendance atteinte à 40-49 ans**



EDSM-III 2001

Le tableau 4.2 donne enfin le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser ici qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes, dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne savent pas qu'elles sont enceintes, n'ont pas déclaré leur état. Néanmoins, on peut relever que cette proportion, estimée à 13 % au niveau national, varie dans le même sens que l'ISF selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Par ailleurs, au niveau national, cette proportion de femmes qui se sont déclarées enceintes est très légèrement inférieure à celle trouvée lors de l'EDSM-II de 1995-96 (14 %). Par contre, du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, la même tendance apparaît pour le milieu urbain (10 % en 1995-1996 contre 9 % en 2001), mais une tendance inverse apparaît chez les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (7 % en 2001 contre 6 % en 1995-1996). La proportion enregistrée à Bamako est un peu plus faible aujourd'hui : 8 % de femmes déclarées enceintes en 1995-1996 contre 7 % en 2001. Cette baisse des proportions de femmes enceintes est tout à fait cohérente avec la baisse de la fécondité suggérée précédemment, en particulier, en milieu urbain et chez les femmes les plus instruites où la tendance inverse observée ci-dessus pourrait s'expliquer par une sous-estimation de la proportion des femmes enceintes lors de l'EDSM-II 1995-1996.

4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Au Mali, plusieurs opérations d'envergure nationale ont été réalisées au cours desquelles l'estimation du niveau de la fécondité était une des priorités. Parmi ces différentes opérations, figurent l'EDSM-I réalisée en 1987, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), réalisé la même année et l'EDSM-II réalisée en 1995-1996. Les niveaux de fécondité du RGPH se rapportent à l'année 1986-87, tandis que ceux de l'EDSM-I, l'EDSM-II et l'EDSM-III se rapportent respectivement aux années 1983-1987 (centré autour de l'année 1985), aux années 1993-1996 (centré autour de l'année 1994), et aux années 1998-2001 (centré autour de l'année 1999). Considérant, la différence de méthode de collecte utilisée par le RGPH (naissances des 12 derniers mois ayant précédé le recensement) par rapport à la méthode de l'historique des naissances utilisée par l'EDSM-I, l'EDSM-II et l'EDSM-III, il est intéressant d'examiner les tendances de la fécondité à partir des résultats des trois EDSM.

L'examen du tableau 4.3 qui présente les taux de fécondité par âge et l'ISF selon l'EDSM-I, l'EDSM-II et l'EDSM-III révèle que la fécondité des femmes maliennes n'aurait pratiquement pas changé au cours des quinze (15) dernières années : l'ISF est passé de 6,9 enfants par femme en moyenne autour de l'année 1985 à 6,8 enfants autour de l'année 1999. À chaque âge, les taux sont très similaires; seule la fécondité des femmes de 15-19 ans semble avoir légèrement diminué entre les deux EDS, passant de 201 pour mille en 1985 à 185 pour mille en 1999.

Les données recueillies lors de l'EDSM-III permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité. Le tableau 4.4 et le graphique 4.3, qui présentent les taux de fécondité par groupe d'âges des mères à la naissance de leurs enfants et par période de cinq ans de 1981 à 2001, permettent de constater que les taux de fécondité n'ont que peu varié durant

les trois périodes les plus reculées (de 5 à 19 ans avant l'enquête, c'est-à-dire des années 1981 à 1996), avant de baisser sensiblement au cours de la période 0-4 ans avant l'enquête. Ces résultats suggèrent qu'un début de baisse de la fécondité s'est peut-être amorcé au Mali au cours des années les plus récentes, c'est-à-dire au cours des cinq dernières années. Au graphique 4.3 figurent également les taux de fécondité par âge calculés à l'EDSM-I et l'EDSM-II. Comme on l'a précisé précédemment, on constate que ces taux sont pratiquement confondus à ceux de l'EDSM-III pour la période la plus récente, ce qui avait été interprété comme le signe d'une stabilité de la fécondité. Par contre, sauf à 20-24 ans, ces taux se situent toujours en dessous de ceux estimés par l'EDSM-III pour les périodes correspondantes : ainsi, le taux à 25-29 ans, par exemple, est estimé à 288 pour mille par l'EDSM-I pour les années 1983-1987, à 347 pour mille par l'EDSM-II pour la période 1986-1990 et à 357 pour mille par l'EDSM-III pour la même période. Ceci signifie, soit que l'EDSM-III a surestimé les niveaux de fécondité des périodes anciennes, hypothèse peu vraisemblable, soit que les opérations précédentes ont sous-estimé les niveaux de fécondité. Dans ce dernier cas, la stabilité de la fécondité qui avait été déduite précédemment de la comparaison des niveaux de fécondité estimés par les trois opérations ne serait qu'artificielle et masquerait en fait une baisse réelle de la fécondité.

Au graphique 4.4, on a représenté l'ISF des femmes de 15-34 ans, âges auxquels elles ont déjà eu l'essentiel de leurs naissances, calculé pour trois périodes quinquennales avant l'EDSM-III et avant l'EDSM-II et pour deux périodes quinquennales avant l'EDSM-I. Les données ont été positionnées par rapport à l'année centrale de chaque période pour laquelle la fécondité a été estimée. Comme on l'a noté précédemment, on remarque que, d'après l'EDSM-III, la fécondité serait restée quasiment stable de 1983 à 1993 environ, pour diminuer récemment de façon sensible, passant de 6,1 enfants par femme autour de 1993 à 5,1 enfants par femme autour de 1998.

Tableau 4.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon l'EDSM-I (1987), l'EDSM-II (1995-1996) et l'EDSM-III (2001)

Groupe d'âges	EDSM-I 1987 ¹	EDSM-II 1995-96 ²	EDSM-III 2001
15-19	201	187	185
20-24	291	299	290
25-29	288	296	280
30-34	260	244	260
35-39	193	205	202
40-44	112	91	103
45-49	40	21	35
ISF 15-49	6,9	6,7	6,8

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes

¹ EDSM-I : Traoré et al., 1989;

² EDSM-II : Coulibaly et al., 1996

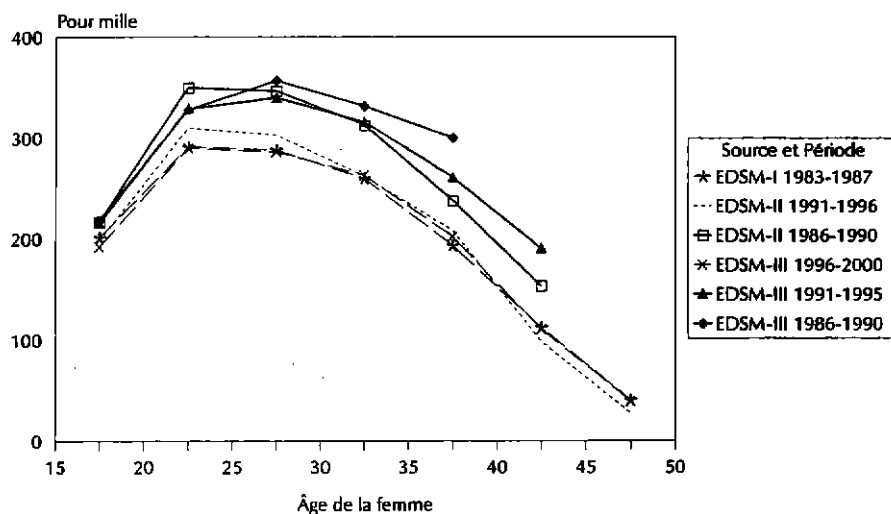
Tableau 4.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, EDSM-III Mali 2001

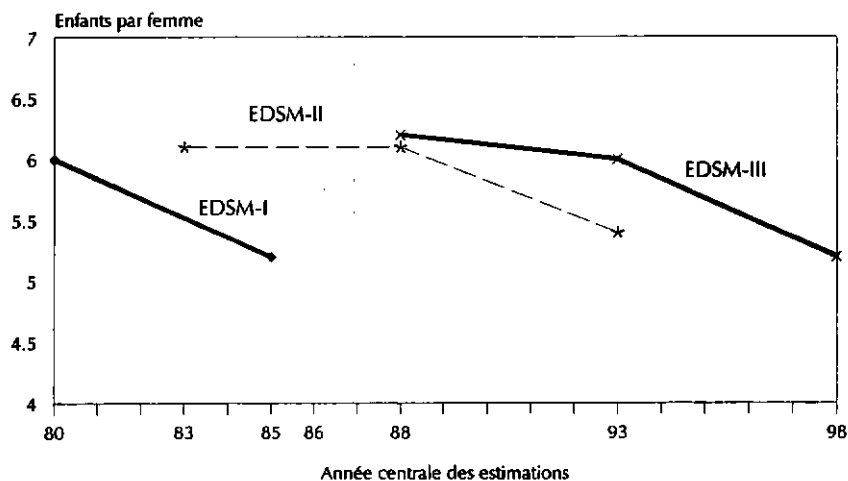
Groupe d'âges	Nombre d'années précédant l'enquête			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	192,3	215,3	217,8	199,7
20-24	289,9	328,8	327,8	310,1
25-29	286,4	339,5	356,6	331,4
30-34	263,1	316,0	332,2	[294,5]
35-39	202,2	261,3	[300,1]	-
40-44	110,2	[190,3]	-	-
45-49	[38,9]	-	-	-

Note : Les taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

**Graphique 4.3 Taux de fécondité générale par âge selon
l'EDSM-I 1987, l'EDSM-II 1995-96 et l'EDSM-III 2001**



**Graphique 4.4 Tendances de l'ISF pour les femmes de
15-34 ans selon l'EDSM-I, l'EDSM-II et l'EDSM-III**



4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

A partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eu au cours de leurs vie féconde, l'EDSM-III a déterminé les parités moyennes par groupes d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union. Le tableau 4.5 présente ces résultats qui laissent apparaître tout d'abord une augmentation régulière et rapide des parités avec l'âge de la femme : ainsi de 0,4 enfant en moyenne à moins de 20 ans, la parité atteint 1,8 enfants à moins de 25 ans et à la fin de sa vie féconde, une femme a donné naissance à 7,9 enfants, en moyenne. Par ailleurs, la répartition de toutes les femmes suivant le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce élevée puisque un tiers des jeunes femmes de moins de

20 ans (33 %) ont déjà donné naissance à au moins un enfant et plus d'une femme de 20-24 ans sur quatre (30 %) a déjà eu 3 enfants ou plus. En fin de vie féconde (45-49 ans), 62 % des femmes ont donné naissance à 8 enfants ou plus.

Les résultats relatifs aux femmes actuellement en union diffèrent peu de ceux concernant toutes les femmes, sauf aux jeunes âges. C'est ainsi que l'on remarque que près des deux tiers des femmes de 15-19 ans en union (63 %) ont déjà eu au moins un enfant contre un tiers (33 %) pour l'ensemble des femmes. Cependant, dès 20-24 ans où la proportion de femmes non mariées est déjà faible (12 % : voir Chapitre 5 – Nuptialité), l'écart entre la proportion de femmes en union ayant déjà eu au moins un enfant (89 %) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (81 %) est déjà peu important.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfants sont rares en Afrique et particulièrement au Mali, où la population reste profondément nataliste (voir Chapitre-7 Préférences en matière de fécondité). Par conséquent, la parité zéro des femmes les plus âgées et actuellement en union permet d'estimer le niveau de stérilité totale ou primaire. À 45-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable au Mali, 2 % seulement des femmes actuellement en union n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau peu élevé de stérilité primaire, observé lors de l'EDSM-II et de l'EDSM-III, est voisin de celui estimé lors de l'EDSM-I (3 %) et il reste très proche de celui enregistré lors des enquêtes EDS réalisées dans les pays voisins (Arnold et Blanc, 1990).

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âge des femmes, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	66,5	24,3	07,9	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 565	0,44	0,35
20-24	19,3	23,9	27,3	18,2	8,4	2,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 339	1,82	1,41
25-29	6,6	9,4	15,2	21,2	21,0	16,0	7,0	2,7	0,7	0,3	0,0	100,0	2 208	3,36	2,60
30-34	3,2	5,4	7,0	9,1	13,6	17,4	18,4	13,4	7,5	3,4	1,7	100,0	1 900	5,00	3,80
35-39	3,0	3,0	5,0	4,7	8,1	9,7	14,5	14,7	16,9	11,6	8,8	100,0	1 624	6,30	4,77
40-44	2,6	3,6	3,2	3,4	6,0	6,5	8,5	11,6	14,5	15,8	24,3	100,0	1 245	7,30	5,24
45-49	2,1	2,4	1,9	3,1	4,8	8,9	5,8	8,6	15,5	13,1	33,7	100,0	968	7,90	5,42
Ensemble	19,2	12,5	11,3	9,7	9,1	8,3	7,1	6,1	5,9	4,5	6,3	100,0	12 849	3,84	2,85
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	37,4	43,1	16,5	2,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 178	0,85	0,68
20-24	11,1	23,9	30,9	21,1	9,7	2,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 987	2,05	1,59
25-29	4,5	8,3	14,8	22,0	22,3	16,9	7,5	2,8	0,8	0,3	0,0	100,0	2 076	3,51	2,71
30-34	2,4	4,7	6,6	9,1	13,6	17,8	19,0	13,9	7,7	3,5	1,8	100,0	1 833	5,11	3,88
35-39	2,7	2,5	4,9	4,4	7,8	9,8	14,8	14,9	17,1	12,1	9,1	100,0	1 569	6,40	4,85
40-44	2,3	3,5	3,3	3,3	5,7	6,4	8,3	11,6	14,4	16,4	24,7	100,0	1 190	7,36	5,27
45-49	2,2	2,6	1,6	3,2	4,6	8,9	6,1	8,7	14,7	13,2	34,1	100,0	890	7,90	5,43
Ensemble	8,3	12,5	12,7	11,3	10,6	9,7	8,4	7,1	6,8	5,3	7,2	100,0	10 723	4,44	3,30

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. De nombreuses recherches ont prouvé que des intervalles entre naissances trop courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leur risque de décéder (voir Chapitre-10 Mortalité des enfants). Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente et suivant certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 4.6 Intervalle intergénésiq

Répartition (en %) des naissances, autres que le naissances de rang 1, des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente	Effectif de naissances
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +			
Groupe d'âges								
15-19	14,9	21,4	43,4	17,2	3,1	100,0	27,1	271
20-29	8,1	16,4	42,5	20,6	12,4	100,0	30,4	4 880
30-39	7,0	11,9	38,3	22,3	20,5	100,0	33,8	4 505
40 ou plus	7,7	9,6	30,7	23,7	28,3	100,0	36,7	1 303
Rang de naissance								
2-3	8,3	15,9	39,9	19,8	16,2	100,0	31,1	3 773
4-6	6,6	13,2	41,1	21,7	17,4	100,0	32,5	4 171
7 ou plus	8,8	12,3	36,4	23,6	18,9	100,0	33,7	3 016
Sexe de la naissance précédente								
Garçon	7,9	13,8	39,6	21,7	16,9	100,0	32,2	5 539
Fille	7,7	13,9	39,1	21,4	17,9	100,0	32,4	5 421
Survie d'enfant précédent								
Vivante	4,7	12,7	40,3	23,6	18,7	100,0	33,6	8 368
Décédé	17,7	17,6	36,4	15,0	13,2	100,0	27,4	2 592
Milieu de résidence								
Bamako	6,1	12,1	36,0	21,5	24,3	100,0	34,5	1 062
Autres villes	8,1	14,8	35,8	20,1	21,3	100,0	32,6	1 324
Ensemble urbain	7,2	13,6	35,9	20,7	22,6	100,0	33,7	2 386
Rural	8,0	14,0	40,4	21,8	15,9	100,0	32,0	8 574
Région								
Kayes	7,7	14,0	38,1	23,6	16,6	100,0	31,8	1 587
Koulikoro	8,9	15,1	40,6	19,1	16,4	100,0	31,6	1 835
Sikasso	8,0	13,3	40,7	22,8	15,2	100,0	32,0	2 396
Ségou	7,1	14,7	40,3	21,4	16,5	100,0	32,1	1 974
Mopti	7,3	12,8	39,6	22,0	18,3	100,0	33,0	1 594
Kidal/Gao/Tombouctou	11,1	15,5	36,0	17,5	20,0	100,0	31,3	512
Bamako	6,1	12,1	36,0	21,5	24,3	100,0	34,5	1 062
Niveau d'instruction								
Aucun	7,9	14,1	39,9	21,8	16,4	100,0	32,2	9 353
Primaire	8,2	13,8	37,8	20,4	19,7	100,0	32,1	1 211
Secondaire ou plus	3,3	9,7	33,1	20,0	33,9	100,0	38,2	396
Ensemble	7,8	13,9	39,4	21,6	17,4	100,0	32,3	10 960

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

L'examen de ce tableau laisse apparaître qu'un peu plus d'une naissance sur cinq (22 %) est survenue à moins de deux ans après la naissance précédente : 8 % des enfants sont nés moins de 18 mois et 14 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné. Une proportion importante des naissances (39 %) se sont produites entre 24 et 36 mois après la naissance précédente et plus d'un enfant sur trois (39 %) est mis au monde trois ans ou plus après son aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénéral est un peu plus de deux ans et demi (32,3 mois), ce qui signifierait que la moitié des naissances interviennent dans un intervalle inférieur à 32,8 mois.

Du point de vue de l'âge, on constate que plus l'âge est élevé, plus la proportion de femmes qui ont des intervalles intergénéral supérieurs à 24 mois augmente. Ainsi, on constate une forte proportion de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 15 à 19 ans (36 % et médiane de 27,1 mois), alors qu'un peu moins d'un cinquième des femmes de 30-39 ont un tel intervalle (19 % et médiane de 33,8 mois). En ce qui concerne les rangs de naissance et le sexe, on ne relève que très peu d'écart entre les intervalles intergénéral. Par contre, le décès de l'enfant précédent tend à raccourcir l'intervalle intergénéral à 27,4 mois, comparativement à 33,6 mois dans le cas d'une naissance qui suit un enfant encore en vie. Le désir de *remplacer* rapidement l'enfant décédé explique certainement ce résultat.

Le milieu de résidence ne semble pas avoir beaucoup d'effet sur l'étendue de l'intervalle intergénéral : l'intervalle médian, tout comme la répartition des enfants selon la durée de l'intervalle, sont très voisins quel que soit le milieu de résidence. Néanmoins, au niveau de Bamako, l'intervalle médian (34,5 mois) est supérieur d'environ trois mois à celui du milieu rural (32,0 mois). A propos du niveau d'instruction de la mère, l'écart entre les femmes sans instruction et celles du niveau primaire est peu significatif (respectivement une médiane de 32,2 mois et 32,1 mois). Par contre, le fait d'avoir fait des études secondaires ou plus prolonge cet intervalle médian de six mois environ (médiane de 38,2 mois).

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont eu leur première naissance influence généralement leur descendance finale et peut avoir des implications sérieuses en ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Le tableau 4.7 donne la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes par âge à la première naissance et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDSM-III Mali 2001

Âge actuel	Âge à la première naissance					Pourcentage qui n'ont jamais donné naissance	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	5,3	NA	NA	NA	NA	66,5	2 565	a
20-24	9,6	45,0	67,4	NA	NA	19,3	2 339	18,4
25-29	9,5	41,4	66,7	79,5	90,6	6,6	2 208	18,7
30-34	11,0	45,5	65,6	79,6	90,2	3,2	1 900	18,4
35-39	7,4	38,1	58,8	73,1	87,2	3,0	1 624	19,1
40-44	8,5	36,8	57,2	74,7	87,4	2,6	1 245	19,2
45-49	7,4	37,9	54,2	69,3	83,9	2,1	968	19,5

NA = Non applicable

^a Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant.

Parmi les femmes de 15-19 ans, la grande majorité (67 %) est encore sans enfant, mais parmi celles âgées de 20-24 ans, seulement 19 % étaient encore sans enfant. Plus de la moitié des femmes de 20-24 ans ont eu leur premier enfant avant 20 ans (55 %) et 10 % l'ont eu, en fait, avant d'atteindre leur 18^e anniversaire. Ces proportions restent assez proches d'un groupe d'âges à l'autre.

En observant l'âge médian à la première maternité par groupes d'âges des femmes à l'enquête, on constate que cet âge a peu changé des générations les plus anciennes (45-49 ans) aux plus jeunes générations (20-24 ans). Cependant, pour les femmes les plus âgées, l'âge médian (19,5 ans) est légèrement plus élevé que pour celles de 20-24 ans (18,7 ans), soit une différence d'environ 1 an et une tendance au rajeunissement de l'âge à la première naissance semble se dessiner d'une génération de femmes à l'autre. En l'absence d'espacement et/ou de limitation des naissances, ce changement de comportement pourrait entraîner une augmentation de la fécondité des femmes.

Le tableau 4.8 présente les âges médians à la première naissance selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Pour l'ensemble des femmes de 25 à 49 ans, l'âge médian à la première naissance s'établit à 18,9 ans et varie peu par rapport au milieu de résidence. On remarque que l'âge médian varie d'un peu plus d'une année entre le minimum observé en milieu rural (18,7 ans) et le maximum observé à Bamako (20,0 ans). Les régions de Kayes (18,5 ans), Koulikoro (18,3 ans), Sikasso (18,1 ans) et Mopti (18,7 ans) ont des âges médians à la première naissance légèrement plus faibles que la moyenne nationale. Les régions de Ségou (19,5 ans), de Tombouctou/Gao/Kidal (20,1 ans) et le District de Bamako (20,0 ans) ont des âges médians légèrement supérieurs à la moyenne nationale. On observe, par contre, une relation positive entre le niveau d'instruction et l'âge médian à la première naissance. Ainsi, les femmes du niveau secondaire ou plus ont eu leur premier enfant 3,6 ans plus tard que celles qui sont sans instruction (18,6 ans). Par contre, entre les femmes sans instruction et celles de niveau primaire, on n'observe aucune différence significative (18,6 ans contre 18,9 ans).

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance par caractéristiques socio-démographiques

Âge médian à la première naissance des femmes de 20-49 ans selon l'âge actuel et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Âge actuel						Âges 20-49	Âges 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Bamako	22,1	19,9	20,1	20,2	20,2	19,6	20,3	20,0
Autres villes	18,4	19,2	18,0	19,0	18,9	20,4	18,8	18,9
Ensemble urbain	19,9	19,5	18,9	19,6	19,3	20,1	19,5	19,4
Rural	17,9	18,4	18,2	18,9	19,2	19,4	18,5	18,7
Région								
Kayes	17,4	18,2	17,8	19,0	18,9	19,4	18,2	18,5
Koulikoro	18,0	18,3	17,8	18,5	18,5	18,9	18,2	18,3
Sikasso	17,8	18,2	17,8	18,4	18,3	18,1	18,1	18,1
Ségou	18,0	19,1	18,9	19,5	20,5	21,4	19,3	19,5
Mopti	18,1	18,4	18,1	19,0	19,2	19,3	18,6	18,7
Kidal/Gao/Tombouctou	19,4	19,3	19,6	20,6	20,8	22,2	19,9	20,1
Bamako	NA	19,9	20,1	20,2	20,2	19,6	NA	20,0
Niveau d'instruction								
Aucun	18,0	18,5	18,1	18,8	19,1	19,2	18,5	18,6
Primaire	18,5	18,6	18,9	19,1	19,4	20,5	18,8	18,9
Secondaire ou plus	NA	22,9	22,6	22,1	20,9	21,7	NA	22,2
Ensemble	18,4	18,7	18,4	19,1	19,2	19,5	18,8	18,9

Note : L'âge médian pour la cohorte 15-19 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.

NA = Non applicable

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les adolescentes (15-19 ans) contribuent pour près de 14 % à la fécondité totale des femmes. De plus l'âge médian à la première naissance (18,9 ans pour les femmes de 25-49 ans) se situe dans cette tranche d'âges. Le tableau 4.9 donne, par âge détaillé de 15 à 19 ans, les proportions d'adolescentes déjà mères ou enceintes d'un premier enfant, par caractéristiques socio-démographiques. En considérant que la somme des pourcentages relatifs aux femmes ayant déjà eu un enfant et de ceux des femmes enceintes de leur premier enfant fournit la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde, on remarque que 40 % des femmes de 15-19 ans ont commencé leur vie féconde : 34 % ont déjà eu un enfant et 7 % sont enceintes pour la première fois. Dès l'âge de 15 ans, près de 11 % des femmes ont commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et assez rapidement avec l'âge : à 17 ans, 38 % des femmes ont déjà un enfant ou sont enceintes et à 19 ans, plus des deux tiers des femmes (69 %) ont déjà commencé leur vie féconde, la grande majorité ayant déjà eu un enfant (61 %).

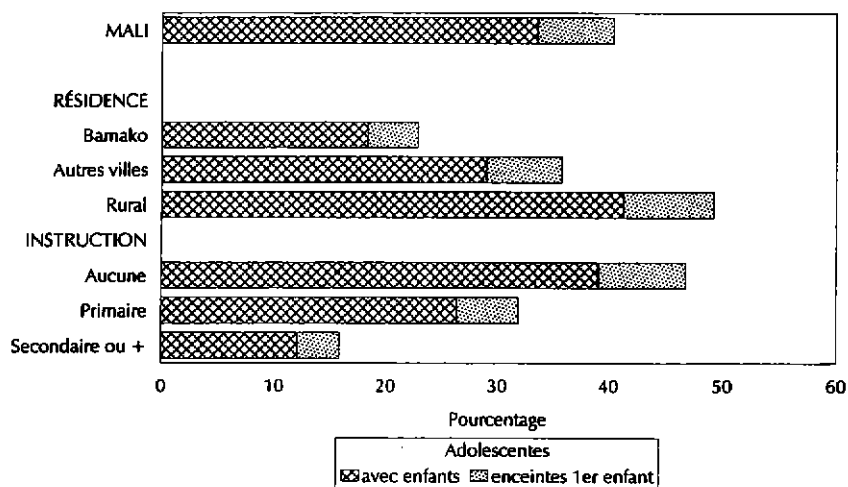
Tableau 4.9 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Pourcentage qui sont :		Pourcentage ayant déjà commencé la leur vie féconde	Effectif
	Mères	Enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	7,6	3,7	11,2	519
16	16,2	6,0	22,2	504
17	29,9	8,0	37,9	445
18	52,1	9,0	61,1	733
19	61,4	7,3	68,7	364
Milieu de résidence				
Bamako	18,4	4,5	22,9	654
Autres villes	29,0	6,8	35,9	408
Ensemble urbain	22,5	5,4	27,9	1 062
Rural	41,3	8,0	49,3	1 503
Région				
Kayes	43,8	7,3	51,1	345
Koulikoro	45,2	8,6	53,8	395
Sikasso	35,1	8,0	43,1	465
Ségou	35,3	7,8	43,1	286
Mopti	39,1	6,5	45,6	292
Kidal/Gao/Tombouctou	24,6	8,1	32,7	127
Bamako	18,4	4,5	22,9	654
Niveau d'instruction				
Aucun	39,0	7,8	46,8	1 856
Primaire	26,4	5,5	31,9	350
Secondaire ou plus	12,1	3,8	15,9	359
Ensemble	33,5	6,9	40,4	2 565

La précocité de la fécondité apparaît beaucoup plus accentuée en milieu rural où l'on enregistre 49% d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, dont 41 % déjà mères, par rapport au milieu urbain (28 %) (graphique 4.5). A Bamako, un peu moins d'une adolescente sur quatre (23 %) a commencé sa vie féconde : 18 % des adolescentes sont déjà mères et 5 % sont enceintes de leur premier enfant. Les régions de Koulikoro (54%) et de Kayes (51 %) sont celles où les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde sont de loin les plus importantes. Par ailleurs, de manière générale, il y a une corrélation négative entre le niveau d'instruction et la précocité de la fécondité ; les proportions les plus élevées de femmes ayant commencé leur vie féconde s'observent chez les adolescentes sans instruction (47 %) et chez celles ayant un niveau primaire (32 %). Par contre, seulement 16 % d'adolescentes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus ont déjà un enfant ou sont enceintes, soit trois fois moins que les adolescentes sans instruction et deux fois moins que celles du niveau primaire.

Graphique 4.5 Adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde



PLANIFICATION FAMILIALE

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays en développement. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics et la maîtrise du mouvement naturel de la population constitue, depuis quelques années, un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement. On observe donc ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception, et cela grâce aux actions en faveur de la planification familiale. L'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène récent au Mali. Elle est consécutive à la création, en 1972, de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF), une organisation non-gouvernementale, à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et à la création, en 1980, de la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) transformée en 2001 en Division Santé de la Reproduction (DSR) au sein de la Direction Nationale de la Santé. Enfin, conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, le Gouvernement du Mali a adopté, le 8 mai 1991, une politique nationale de population révisée en 2001.

Jusqu'en 1987, le niveau d'utilisation de la contraception au Mali n'était connu que par l'intermédiaire des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par l'AMPPF. L'évaluation de la connaissance et de l'utilisation de la contraception faite au cours de l'EDSM-I de 1987 était la première à couvrir l'ensemble du territoire national. L'EDSM-II a permis la mise à jour de la situation en matière de planification familiale en 1996. Les données de cette seconde enquête ont servi à l'élaboration du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social et du programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS).

Cette enquête, qui est la troisième EDS au Mali, va permettre d'apprécier le niveau actuel de la prévalence contraceptive et d'envisager les nouvelles orientations à prendre dans le cadre de la mise en œuvre de la phase II du PRODESS.

Lors de l'EDSM-III, les enquêtrices demandaient aux femmes interviewées quelles méthodes de contraception elles connaissaient, puis elles décrivaient les méthodes non citées spontanément et demandaient aux femmes interrogées si elles en avaient entendu parler; enfin, si l'enquêtée connaissait une méthode, on lui demandait si elle l'avait déjà utilisée. De même, des questions du même type ont été posées aux hommes. L'utilisation passée et actuelle de la contraception, l'intention de l'utiliser dans l'avenir et la connaissance d'un lieu où se procurer une méthode ont aussi fait l'objet de questions permettant de disposer d'un ensemble complet d'informations dans le domaine de la planification familiale au Mali.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La pratique de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, ainsi que d'un lieu où se la procurer. Par ailleurs, l'efficacité de la contraception dépend de la méthode utilisée. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la pilule, le stérilet ou DIU, les injections, les méthodes vaginales (spermicides, diaphragme, mousses et gelées), le condom (féminin et masculin), la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, ainsi que les implants (Norplant), la pilule du lendemain;

- les méthodes traditionnelles, incluant la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), la continence périodique et le retrait;
- et les méthodes dites « populaires », comme le tafo, les herbes, les racines, etc.

Le tableau 5.1, illustré par le graphique 5.1, indique que un peu plus des trois quart des femmes (78 %) ont déclaré connaître, au moins, une méthode et, à peu près les mêmes proportions, une méthode moderne (76 %). Ainsi la connaissance de la contraception et, en particulier, celle de la contraception moderne s'est beaucoup développée au cours des dernières années : en effet, en 1996, selon l'EDSM-II, 65 % des femmes avaient entendu parler d'une méthode contraceptive moderne.

Si l'on considère uniquement les femmes en union, on constate que leur niveau de connaissance est identique à celui de l'ensemble des femmes, et cela quelle que soit la méthode : 78 % de l'ensemble des femmes et de celles en union connaissent, au moins une méthode. Ce sont les femmes qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives¹ qui connaissent le plus les méthodes contraceptives (89 % pour une méthode quelconque et 89 % pour au moins une méthode moderne). On note une légère baisse du niveau de connaissance des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives par rapport à 1996 (92 % pour une méthode quelconque et 91 % pour au moins une méthode moderne) Ce sont les femmes qui ne sont pas en union qui connaissent le plus grand nombre de méthodes (plus de 5 méthodes par femme en moyenne pour les femmes non en union contre 3,9 pour les femmes en union). Les femmes célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels sont celles qui connaissent le moins bien la contraception (66 % pour l'ensemble des méthodes et 2,6 méthodes connues en moyenne).

Parmi les méthodes modernes, la pilule est la méthode la plus connue des femmes (68 %), suivie du condom (63 %) et des injectables (56%). Le condom est la méthode la plus connue des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (86 %). Le degré de connaissance des autres méthodes est bien plus faible : 32 % de l'ensemble des femmes connaissent la stérilisation féminine, 27% pour le Norplant, 22% pour le condom féminin et 21 % le DIU. On relève une légère baisse du niveau de connaissance de ces dernières méthodes par rapport à 1996 : stérilisation féminine (42 %), DIU (36 %). L'une des raisons de la baisse constatée serait la faible disponibilité de ces méthodes. Les méthodes les moins connues des femmes sont la pilule du lendemain (6%), le diaphragme (10%), les méthodes vaginales (11 %), la stérilisation masculine (12 %).

En ce qui concerne les méthodes traditionnelles et populaires, on constate qu'elles ont été moins fréquemment citées que les méthodes modernes : 29 % parmi l'ensemble des femmes et 29 % parmi les femmes en union. La MAMA (20 %) est la méthode traditionnelle la plus connue suivie des méthodes populaires comme les herbes, le tafo, les racines etc (19 %), la continence périodique (16 %) et le retrait (11 %).

¹ Sont considérées comme sexuellement actives les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les quatre semaines précédant l'enquête. Pour cette définition, voir Chapitre 5 - Nuptialité et exposition au risque de grossesse.

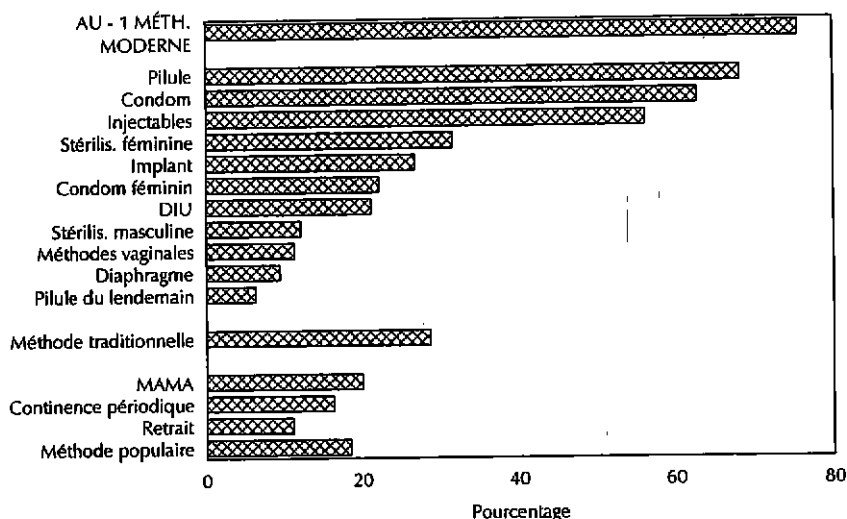
Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union, de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et de femmes qui ne n'ont pas d'expérience sexuelle qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDSM-III Mali 2001

Méthode contraceptive	Ensemble	En union	Femmes célibataire : ont eu des rapports sexuels		Femmes célibataires n'ont jamais eu de rapports
			Sexuellement actives	Sexuellement non actives	
N'importe quelle méthode	77,8	77,8	89,2	87,4	66,3
N'importe quelle méthode moderne	75,6	75,4	88,9	86,4	65,5
Méthode moderne					
Pilule	68,3	68,4	84,6	79,6	53,6
DIU	21,2	21,1	38,1	29,5	11,0
Injectables	56,2	56,9	74,3	66,6	35,5
Diaphragme	9,5	9,1	17,4	17,3	5,3
Mousse ou gelée	11,4	11,3	19,1	19,9	4,5
Condom féminin	22,2	21,8	34,2	32,6	15,5
Condom	62,8	61,5	85,6	78,3	58,3
Stérilisation féminine	31,7	32,5	42,2	37,4	16,7
Stérilisation masculine	12,2	12,6	14,0	14,4	6,3
Implant	26,8	25,7	51,8	43,6	17,6
Pilule du lendemain	6,4	6,1	12,9	9,4	4,7
N'importe quelle méthode traditionnelle	28,7	28,9	46,5	40,5	12,9
Méthode traditionnelle					
MAMA ¹	20,1	21,0	26,4	23,2	5,5
Contenance périodique	16,3	15,4	39,1	29,9	9,5
Retrait	11,2	10,6	27,5	20,4	5,2
Méthode populaire	18,5	19,2	19,5	23,1	7,5
Nombre moyen de méthodes connues	3,9	3,9	5,9	5,3	2,6
Effectif de femmes	12 849	10 723	311	781	1 039

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Graphique 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives



EDSM-III 2001

Le tableau 5.2 présente, pour les femmes en union, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon différentes caractéristiques socio-démographiques. En ce qui concerne l'âge, on constate que chez les femmes, le niveau de connaissance le plus élevé correspond aux groupes d'âges 20-34 ans (environ 80 % pour l'ensemble des méthodes et 78 % pour les méthodes modernes).

Du point de vue du milieu de résidence, ce sont les femmes du milieu urbain (91 % contre 74 % en milieu rural), et particulièrement celles qui résident à Bamako (95 %) qui connaissent le mieux les méthodes. Les femmes résidant dans les régions de Kayes (68%) et de Mopti (69%) sont celles qui connaissent le moins fréquemment les méthode contraceptives.

Comme on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction des femmes a un impact important sur le niveau de connaissance de la contraception. Pratiquement toutes les femmes ayant au moins, un niveau secondaire (100 %) ont cité une méthode moderne, contre 91 % de celles ayant le niveau primaire et 72 % de celles n'ayant jamais fréquenté l'école.

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et celles qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges			
15-19	74,0	72,0	1 178
20-24	80,1	78,2	1 987
25-29	80,1	78,1	2 076
30-34	80,7	78,8	1 833
35-39	79,3	77,1	1 569
40-44	73,4	70,5	1 190
45-49	69,8	64,2	890
Milieu de résidence			
Bamako	95,4	95,0	1 245
Autres villes	86,1	84,2	1 378
Ensemble urbain	90,5	89,3	2 622
Rural	73,7	70,9	8 101
Région			
Kayes	68,1	66,3	1 558
Koulikoro	80,7	76,6	1 839
Sikasso	82,5	81,4	2 095
Ségou	74,0	70,7	1 875
Mopti	68,9	66,9	1 562
Kidal/Cao/Tombouctou	76,4	70,6	549
Bamako	95,4	95,0	1 245
Niveau d'instruction			
Aucun	74,6	72,0	9 042
Primaire	92,8	91,2	1 120
Secondaire ou plus	99,7	99,6	561
Ensemble	77,8	75,4	10 723

5.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur a demandé s'ils l'avaient déjà utilisée afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie selon la méthode spécifique.

Les pourcentages des femmes ayant utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie sont présentés au tableau 5.3. Parmi l'ensemble des femmes, 23 % seulement ont déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. En outre, on constate un léger écart de pratique entre les méthodes traditionnelles (12 %) et les méthodes modernes (16 %). Parmi les méthodes modernes, la pilule est de loin, la méthode la plus utilisée (11 %) suivie des injectables (5 %) et du condom masculin (3 %). Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la MAMA qui est la plus utilisée (6 %) suivi de la continence périodique (4 %). Il faut noter que l'utilisation des autres méthodes est totalement négligeable (2 % au total). L'analyse des données selon l'âge met en évidence des différences dans le niveau de pratique de la contraception. C'est à 25-39 ans que la proportion de femmes ayant déjà utilisé une méthode est la plus élevée (environ 28 %) et cette proportion diminue aux âges suivants pour ne concerner que moins de 19 % des femmes de 45-49 ans.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union, et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique selon l'âge, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Méthodes modernes											Méthode traditionnelle					
	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIA-phragme	Mousse/gelée	Con-dom féminin	Con-dom masculin	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Implants	Pilule du lendemain	N'importe quelle méthode traditionnelle	MAMA ¹	Cont-nence périodique	Retrait	Méthode populaire	Effectif	
TOUTES LES FEMMES																	
15-19	10,6	7,5	3,5	0,1	0,1	0,1	3,4	0,0	0,1	0,0	0,1	4,6	1,3	0,5	1,1	2 565	
20-24	24,9	16,8	10,9	0,2	0,0	0,0	5,2	0,1	0,0	0,1	0,5	12,6	5,4	2,2	3,0	2 339	
25-29	28,8	19,4	14,5	0,4	0,0	0,0	3,8	0,1	0,0	0,4	0,4	14,4	6,2	2,3	3,4	2 208	
30-34	28,0	19,6	14,3	0,8	0,1	0,1	2,5	0,2	0,0	0,4	0,2	13,7	8,4	1,3	2,1	1 900	
35-39	27,8	18,4	14,0	1,0	0,1	0,1	1,9	0,5	0,0	0,7	0,1	14,6	7,6	1,2	3,4	1 624	
40-44	25,1	15,9	9,8	0,9	0,2	0,2	1,2	0,3	0,0	0,5	0,2	12,6	7,0	0,8	2,4	1 245	
45-49	19,3	11,3	7,6	0,8	0,0	0,0	0,8	1,2	0,0	0,2	0,1	9,6	6,7	0,3	1,7	968	
Ensemble	23,1	15,5	10,6	0,5	0,1	0,1	3,1	0,2	0,0	0,3	0,2	11,5	5,7	1,3	2,5	12 849	
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																	
15-19	12,3	8,0	4,8	0,0	0,2	0,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,1	5,6	2,7	0,5	1,5	1 178	
20-24	21,9	14,2	9,3	0,2	0,0	0,0	3,2	0,1	0,0	0,1	0,3	10,4	5,7	1,4	2,6	1 987	
25-29	26,9	17,7	13,3	0,3	0,0	0,0	2,9	0,1	0,0	0,4	0,3	13,7	6,3	2,0	3,4	2 076	
30-34	27,2	18,8	13,8	0,8	0,2	0,2	2,1	0,2	0,0	0,4	0,2	13,3	8,6	1,0	2,1	1 833	
35-39	27,6	18,1	13,9	1,0	0,1	0,1	1,6	0,5	0,0	0,7	0,1	14,5	7,7	1,2	3,3	1 569	
40-44	24,7	15,5	9,5	0,8	0,2	0,2	1,1	0,3	0,0	0,6	0,2	12,1	6,6	0,6	2,3	1 190	
45-49	19,3	11,2	7,6	0,9	0,0	0,0	0,8	1,2	0,0	0,2	0,1	9,8	6,7	0,4	1,9	890	
Ensemble	23,7	15,5	10,9	0,5	0,1	0,1	2,2	0,3	0,0	0,3	0,2	11,7	6,5	1,1	2,5	10 723	
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES																	
15-19	33,5	26,5	10,3	1,7	0,0	0,0	15,7	0,0	0,0	0,4	1,1	11,4	0,0	8,9	2,1	166	
20-24	62,8	51,0	32,1	0,0	0,0	0,0	29,7	0,0	0,0	0,0	1,9	38,3	6,1	27,9	6,1	96	
Ensemble ²	48,7	40,4	22,3	1,6	0,0	0,0	21,6	0,0	0,0	0,2	1,6	22,6	2,4	17,0	5,2	4,4	311

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

² Y compris les 49 femmes âgées de 25-49 ans

Par ailleurs, on constate que le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque par l'ensemble des femmes (23%) est peu différent de celui des femmes en union (24 %). Ce résultat s'explique par une pratique de la contraception très élevée chez les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (49 %). Parmi ces femmes, l'utilisation des méthodes modernes est très élevée (40 %), en particulier celle de la pilule (22 %) et du condom (22 %). Par ailleurs, 17 % d'entre elles ont déclaré avoir déjà utilisé la continence périodique et 5% la méthode du retrait.

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

La prévalence contraceptive correspond au pourcentage de personnes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête. Elle permet d'évaluer l'impact des programmes de planification familiale dans le pays.

Le tableau 5.4 fournit le niveau de prévalence par âge pour l'ensemble des femmes, pour celles en union et celles qui ne le sont pas et qui sont sexuellement actives. Si 23 % de l'ensemble des femmes interrogées ont déclaré avoir pratiqué une méthode quelconque de contraception au cours de leur vie, seulement 8 % d'entre elles en utilisaient une au moment de l'enquête : 3 % utilisaient une méthode traditionnelle ou populaire, notamment la MAMA et la continence périodique (2 % au total), et 6 % utilisaient une méthode moderne, essentiellement la pilule (3 %), les injectables (2%) (graphique 5.2).

Comme on l'a déjà souligné, au Mali, la prévalence de la contraception est à peu près la même parmi l'ensemble des femmes que parmi les femmes en union. Chez les femmes en union, seulement 8 % utilisaient une méthode quelconque au moment de l'enquête : moins de 6 % utilisaient une méthode moderne et moins de 3 % une méthode traditionnelle ou populaire. La méthode moderne la plus utilisée par les femmes en union est, de loin, la pilule (3 %). Parmi les méthodes traditionnelles, les femmes en union utilisent surtout la MAMA (1%). La similitude de la prévalence contraceptive entre l'ensemble des femmes et les femmes en union s'explique une fois de plus par la prévalence de la contraception très élevée chez les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives. En effet, parmi ces dernières, une femme sur trois (32 %) pratiquent la contraception, contre seulement 8 % des femmes en union. Elles utilisent surtout les méthodes modernes (22 %), et principalement la pilule (9 %) et le condom (7%). Quand elles utilisent une méthode traditionnelle ou populaire (10 %), il s'agit presque exclusivement de la continence périodique (8%).

Les données selon l'âge (tableau 5.4) font apparaître que, quelle que soit la catégorie de femmes, le niveau maximum de prévalence se situe à 30-39 ans (11 % pour les femmes en union et 11 % pour l'ensemble des femmes), âges auxquels les femmes ont déjà donné naissance en moyenne à plus de 5 enfants (voir Chapitre 3 - Fécondité); ce niveau diminue ensuite avec l'âge pour passer à 8 % à 40-44 ans et atteint son minimum à 45-49 ans, âges auxquels seulement environ 6 % des femmes en union utilisent une méthode contraceptive. Concernant les méthodes modernes, on constate qu'entre 20 et 39 ans, la pilule est la plus utilisée par les femmes en union, sa prévalence variant de moins de 3 % d'utilisatrices parmi les femmes de 20-24 ans à 4 % parmi celles de 35 -39 ans.

Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

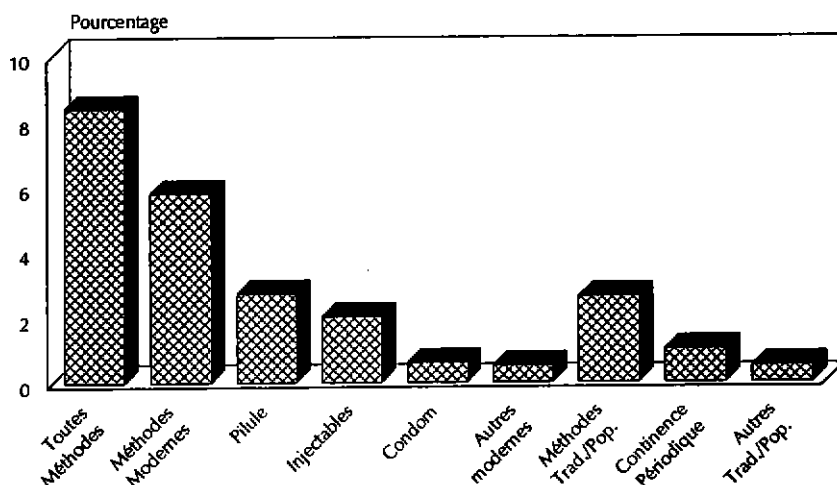
Répartition (en %) des femmes, des femmes actuellement en union, et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode actuellement utilisée, selon l'âge, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Méthodes modernes										Méthode traditionnelle							
	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injectables	Dia-phragme	Mousse/gelée	Condom féminin	Condom masculin	Stérilisation féminine	Implants	N'importe quelle méthode traditionnelle	MAMA ¹	Contraception périodique	Méthode folklorique	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif	
TOUTES LES FEMMES																		
15-19	5,4	3,6	1,4	0,1	1,1	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,8	0,2	1,2	0,0	0,4	94,6	100,0	2 565
20-24	9,1	6,1	2,8	0,1	1,9	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	2,9	1,3	1,2	0,0	0,4	90,9	100,0	2 339
25-29	9,6	6,5	4,0	0,1	1,7	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	3,1	1,2	1,1	0,0	0,8	90,4	100,0	2 208
30-34	10,3	7,3	3,3	0,1	2,8	0,0	0,0	0,6	0,2	0,3	3,0	1,9	0,6	0,0	0,4	89,7	100,0	1 900
35-39	10,9	7,1	3,6	0,4	2,4	0,0	0,0	0,1	0,5	0,2	3,8	1,8	1,3	0,0	0,7	89,1	100,0	1 824
40-44	7,7	5,7	2,1	0,4	2,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	1,9	0,9	0,7	0,0	0,3	92,3	100,0	1 245
45-49	5,3	4,4	1,2	0,0	1,8	0,0	0,1	0,1	1,2	0,1	0,9	0,1	0,5	0,0	0,2	94,7	100,0	968
Ensemble	8,4	5,8	2,7	0,2	2,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,1	2,6	1,1	1,0	0,0	0,5	91,6	100,0	12 849
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																		
15-19	4,9	3,6	1,5	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	1,3	0,4	0,5	0,0	0,4	95,1	100,0	1 178
20-24	7,1	5,2	2,6	0,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	1,9	1,4	0,3	0,0	0,2	92,9	100,0	1 987
25-29	8,6	5,9	3,7	0,0	1,6	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	2,7	1,2	0,6	0,0	0,8	91,4	100,0	2 076
30-34	9,8	7,0	3,3	0,1	2,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	2,8	2,0	0,4	0,0	0,4	90,2	100,0	1 833
35-39	10,5	6,8	3,4	0,4	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	3,7	1,8	1,3	0,0	0,6	89,5	100,0	1 569
40-44	7,9	5,9	2,1	0,4	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,0	0,9	0,8	0,0	0,3	92,1	100,0	1 190
45-49	5,6	4,7	1,3	0,0	1,9	0,0	0,1	0,1	1,2	0,1	0,9	0,1	0,5	0,0	0,3	94,4	100,0	890
Ensemble	8,1	5,7	2,8	0,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	2,3	1,2	0,6	0,0	0,5	91,9	100,0	10 723
FEMMES CÉLIBATAIRE SEXUELLEMENT ACTIVES																		
15-19	23,8	16,8	8,2	1,7	2,1	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,4	7,0	6,4	0,0	0,6	76,2	100,0	166
20-24	37,9	26,0	6,4	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	11,4	0,0	11,9	0,0	9,4	0,0	2,5	62,1	100,0	96
Ensemble ²	32,0	22,0	8,5	1,3	5,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	9,9	0,0	8,4	0,0	1,5	68,0	100,0	311

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

² Y compris les 49 femmes âgées de 25-49 ans

Graphique 5.2 Prévalence de la contraception parmi l'ensemble des femmes selon la méthode utilisée



EDSM-III 2001

Les renseignements recueillis permettent l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques socio-démographiques telles que le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants. Le tableau 5.5 présente ces résultats.

Chez les femmes, les différences de prévalence contraceptive sont très importantes lorsqu'on considère le milieu de résidence : en milieu rural, seulement 5 % des femmes en union utilisent une méthode contre 18% en milieu urbain. On retrouve des écarts aussi importants en ce qui concerne les méthodes modernes, la prévalence étant de 3 % en milieu rural et de 15 % en milieu urbain. Le district de Bamako se distingue par les proportions d'utilisatrices les plus élevées : 24 % pour l'ensemble des méthodes et 19 % pour les méthodes modernes (graphique 5.3). La pilule est, quel que soit le milieu, la méthode moderne la plus utilisée et son taux d'utilisation atteint 8 % en milieu urbain.

En ce qui concerne la région de résidence, on constate que dans toutes les régions, hormis le District de Bamako (24 %), la prévalence est inférieure à la moyenne nationale et même inférieure de moitié à la moyenne nationale dans les régions de Mopti et de Kidal/Gao/Tombouctou (4 % chacune contre 8 %). Dans toutes les régions, l'utilisation des méthodes modernes est, en général, plus importante que celle des méthodes traditionnelles ou populaires.

De plus, la prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction : 6 % des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque et 4 % seulement une méthode moderne. Chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la prévalence est deux fois plus élevée et atteint 13 %, dont 10 % pour les méthodes modernes, essentiellement la pilule (6 %). C'est chez les femmes les plus instruites (secondaire ou plus) que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec une femme sur trois qui utilisent une méthode (33 %) : 26 % utilisent une méthode moderne (15 % pour la pilule) et 8% une méthode traditionnelle, presque exclusivement la continence périodique (6 %).

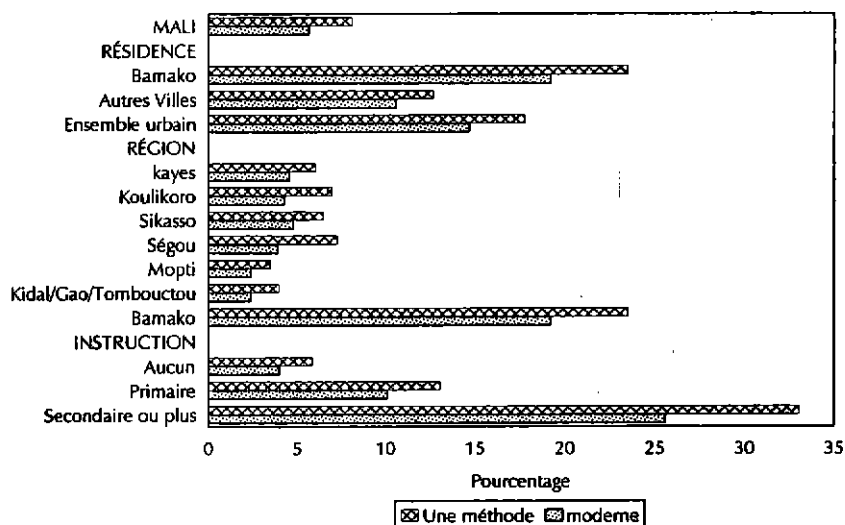
Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDMS-III Mali 2001

Caractéristique	Méthodes modernes							Méthode traditionnelle					Total	Effectif					
	N'im- porte quelle méth- ode	N'im- porte quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injecta- bles	Dia- phragme	Mousse/ gelée	Con- dom- nin	Stérili- sation fém- in	Im- plants	N'importe quelle méthode tradition- nelle	MAMA ¹			Conti- nance péri- odique	Retrait	Méthode folk- lorique	N'utilise pas actuelle- ment	
Milieu de résidence																			
Bamako	23,5	19,2	10,5	1,1	5,0	0,1	0,1	1,3	0,9	0,3	4,3	0,8	2,4	0,1	0,1	1,0	76,5	100,0	1 245
Autres villes	12,7	10,6	5,6	0,2	3,9	0,0	0,1	0,5	0,1	0,3	2,1	0,3	1,1	0,0	0,0	0,7	87,3	100,0	1 378
Ensemble urbain	17,8	14,7	7,9	0,6	4,4	0,0	0,1	0,9	0,5	0,3	3,1	0,6	1,7	0,0	0,0	0,8	82,2	100,0	2 622
Rural	4,9	2,8	1,1	0,0	1,4	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	2,1	1,5	0,3	0,0	0,0	0,3	95,1	100,0	8 101
Région																			
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	0,0	0,4	93,9	100,0	1 558
Koulikoro	7,0	4,3	1,9	0,0	1,8	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	2,7	1,3	0,7	0,0	0,0	0,7	93,0	100,0	1 839
Sikasso	6,5	4,8	1,7	0,0	2,5	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	1,7	0,9	0,3	0,0	0,0	0,4	93,5	100,0	2 095
Ségou	7,3	3,9	1,7	0,0	1,4	0,0	0,0	0,4	0,2	0,2	3,4	2,9	0,2	0,0	0,0	0,4	92,7	100,0	1 875
Mopti	3,5	2,4	1,4	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	1,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,1	96,5	100,0	1 562
Kidal/Cao/ Tombouctou	4,0	2,4	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	1,1	0,3	0,0	0,0	0,1	96,0	100,0	549
Bamako	23,5	19,2	10,5	1,1	5,0	0,1	0,1	1,3	0,9	0,3	4,3	0,8	2,4	0,1	0,1	1,0	76,5	100,0	1 245
Niveau d'instruction																			
Aucun	5,9	4,0	1,7	0,1	1,8	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	1,9	1,3	0,2	0,0	0,0	0,4	94,1	100,0	9 042
Primaire	13,1	10,1	5,6	0,1	3,5	0,1	0,0	0,4	0,3	0,1	3,0	1,5	0,9	0,0	0,0	0,5	86,9	100,0	1 120
Secondaire ou plus	33,1	25,6	15,0	1,9	5,0	0,0	0,2	2,3	1,0	0,1	7,5	0,5	6,3	0,0	0,0	0,7	66,9	100,0	561
Nombre d'enfants vivants																			
0	3,0	2,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	97,0	100,0	1 166
1-2	7,8	5,7	3,1	0,1	1,7	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	2,1	1,0	0,5	0,0	0,0	0,6	92,2	100,0	3 489
3-4	8,2	5,5	3,2	0,2	1,7	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	2,7	1,6	0,7	0,0	0,0	0,3	91,8	100,0	2 871
5+	10,0	7,2	2,6	0,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	2,8	1,6	0,6	0,0	0,0	0,6	90,0	100,0	3 197
Ensemble	8,1	5,7	2,8	0,2	2,1	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	2,3	1,2	0,6	0,0	0,0	0,5	91,9	100,0	10 723

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Graphique 5.3 Utilisation des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques des femmes

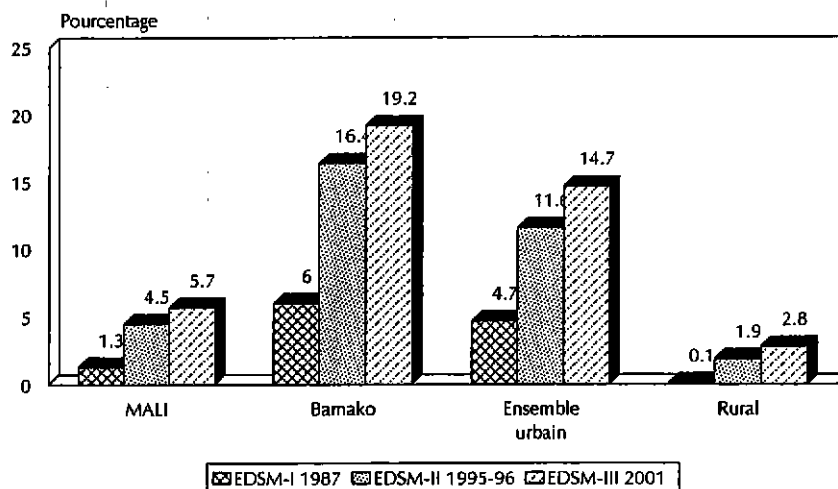


EDSM-III 2001

Comme on pouvait s'y attendre, l'utilisation de la contraception augmente avec la parité passant de 3 % chez les nullipares, à 8 % chez celles ayant 2 enfants vivants et atteignant 10 % chez les femmes ayant 5 enfants et plus. Lorsqu'on se limite aux seules méthodes modernes, les variations de la prévalence suivent la même tendance, avec une prédominance de la pilule, quelle que soit la parité.

Les résultats de l'EDSM-III mettent en évidence des niveaux d'utilisation de la contraception, et surtout de la contraception moderne, qui demeurent encore faibles, ce qui explique, en grande partie, que la fécondité reste encore à un niveau élevé. Cette situation est assez similaire à celle d'autres pays d'Afrique de l'Ouest où des enquêtes ont été réalisées. En outre, il faut noter que la prévalence contraceptive n'a pratiquement pas varié au cours des dernières années, ce qui explique, en partie, le maintien du niveau de la fécondité décrite précédemment (voir Chapitre 3 - Fécondité). En effet, de 1996 à 2001, la prévalence contraceptive est passée de 7 % à 8 % pour une méthode quelconque ; en ce qui concerne la prévalence moderne, elle est passée de 5 % à 6 % parmi les femmes en union. On notera, en particulier, qu'à Bamako, la prévalence contraceptive moderne est passée de 16 % à 19 % et que dans l'ensemble du milieu urbain elle est passée de 15 % à 18 % (graphique 5.4).

Graphique 5.4 Prévalence de la contraception moderne parmi les femmes de 15-49 ans en union, 1987-2001



5.4 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET STATUT DE LA FEMME

Cette partie traite de l'utilisation d'une méthode contraceptive selon le statut de la femme (nombre de décisions où elle a le dernier mot, nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec le mari, nombre de raisons justifiant le battement des femmes)

Du point de vue du nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot (tableau 5.6), la prévalence contraceptive passe de 7 % chez les femmes en union ne prenant aucune décision à 11 % chez celles qui prennent 3 à 4 décisions dans leur ménage. Ceci semble montrer que plus la femme est impliquée dans les décisions du ménage, plus son recours à des méthodes contraceptives est élevé. Cette tendance est observée quel que soit les types de méthodes (de 5% à 8% pour les méthodes modernes, de 2% à 3% pour les méthodes traditionnelles).

Par rapport aux raisons justifiant le refus d'une femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari, la prévalence contraceptive passe de 7 % chez les femmes qui considèrent qu'en aucun cas une femme ne peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari à 9 % chez celles qui considèrent que dans 3-4 situations, la femme a le droit de refuser les rapports sexuels. Ceci reste valable quel que soit les types de méthodes.

En ce qui concerne les raisons justifiant qu'un homme puisse battre sa femme, la prévalence passe de 7 % quand la femme considère que dans 5 situations spécifiques un mari a le droit de battre sa femme à 12 % quand la femme estime que dans aucun cas, un homme n'a le droit de battre sa femme.

Tableau 5.6 Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Méthode moderne						Méthode traditionnelle						Total	Effectif					
	N'im- porte quelle méth- ode	N'im- porte quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injecta- bles	Dia- phragme	Mousse/ gelée	Con- dom fém- ine	Con- dom	Stérili- sation fém- in	N'im- porte Im- plants	quelle méthode tradition- nelle			MAMA ¹	Conti- nence péri- odique	Retrait	Méth- ode folk- lorique	N'utilise pas actuelle- ment
Nombre de décisions dans lesquels la femme a dernier mot																			
0	6,6	4,8	2,7	0,1	1,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	1,8	0,8	0,4	0,0	0,5	93,4	100,0	3 669
1-2	8,2	5,7	2,5	0,1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	2,5	1,3	0,7	0,0	0,5	91,8	100,0	4 727
3-4	10,9	7,5	3,5	0,5	2,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,6	0,2	3,4	2,3	0,8	0,0	0,2	89,1	100,0	1 509
5	8,8	6,9	3,3	0,1	2,1	0,0	0,0	0,1	0,6	0,1	0,6	1,8	0,5	0,8	0,0	0,5	91,2	100,0	818
Nom. de raisons de refuser les rapports avec la mari																			
0	6,9	5,1	2,6	0,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	1,7	1,0	0,2	0,0	0,5	93,1	100,0	2 606
1-2	8,1	6,1	2,9	0,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1	2,0	0,9	0,7	0,0	0,4	91,9	100,0	5 416
3-4	9,2	5,6	2,6	0,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	3,6	2,1	0,8	0,0	0,6	90,8	100,0	2 701
Nom. de raisons justifiant le battement des femmes																			
0	11,7	8,0	4,8	0,6	1,4	0,0	0,1	0,0	0,8	0,2	0,0	3,8	2,9	0,8	0,0	0,1	88,3	100,0	1 033
1-2	9,8	6,9	3,0	0,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	2,9	1,6	1,0	0,0	0,3	90,2	100,0	2 213
3-4	7,3	5,2	2,6	0,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	2,1	0,9	0,5	0,0	0,6	92,7	100,0	4 593
5	6,7	4,8	2,1	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	1,8	0,9	0,4	0,0	0,5	93,3	100,0	2 885
Ensemble	8,1	5,7	2,8	0,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	2,3	1,2	0,6	0,0	0,5	91,9	100,0	10 723

5.5 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désiré est déjà atteint *ou pour d'autres raisons (par exemple médicale)*.

Le tableau 5.7 présente par groupe d'âges, la répartition des femmes en union selon le nombre d'enfants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois. Parmi les 24 % femmes en union ayant déjà utilisé la contraception, seulement 19 % ont commencé à l'utiliser alors qu'elles n'avaient pas d'enfant, c'est-à-dire pour retarder la venue du premier enfant, 58 % ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3) et 21 % ont commencé à des parités élevées (4 et plus), certainement pour limiter leur descendance.

La proportion de femmes ayant déjà utilisé la contraception alors qu'elles étaient nullipares augmente fortement des générations les plus anciennes aux plus jeunes (de 1 % à 45-49 ans, cette proportion est de 32 % à 20-24 ans et de 59 % à 15-19 ans). On note la même tendance pour les femmes qui ont commencé à pratiquer la contraception après la naissance du premier enfant : en effet, les proportions passent de 30 % à 45-49 ans à 42 % à 20-24 ans. De même, on remarque que le nombre médian d'enfants à la première utilisation passe de 3,8 pour les femmes les plus âgées à 0,4 pour celles de 20-24 ans. Ces résultats suggèrent qu'un changement de comportement se dessine, les jeunes générations ayant plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant et/ou à commencer à espacer leurs naissances dès les premières parités.

Tableau 5.7 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes qui ont déjà utilisé un moyen de contraception par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception et nombre médian d'enfants à la première utilisation, selon l'âge actuel, EDSM-III Mali 2001

Âge actuel	Nombre d'enfants vivants à la première utilisation						Total	Effectif	Nombre médian d'enfants à première utilisation de la contraception
	0	1	2	3	4 +	ND			
15-19	59,4	31,6	4,5	0,0	0,4	4,2	100,0	273	-
20-24	31,8	42,0	17,8	4,2	1,1	3,1	100,0	583	0,4
25-29	15,6	37,5	25,3	10,2	9,8	1,5	100,0	635	0,9
30-34	10,2	32,1	18,2	11,7	26,2	1,6	100,0	532	1,4
35-39	7,8	24,3	16,9	10,6	39,4	1,1	100,0	451	2,0
40-44	6,4	25,6	13,0	7,4	46,1	1,4	100,0	313	2,6
45-49	1,0	29,5	7,2	6,4	54,4	1,5	100,0	187	3,8
Ensemble	18,8	33,1	16,9	7,9	21,3	2,0	100,0	2 974	0,9

5.6 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

L'efficacité de l'utilisation de certaines méthodes de contraception, en particulier de la continence périodique, dépend de la connaissance exacte de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter

les réponses à cette dernière question, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories (tableau 5.8) :

- Connaissance : milieu du cycle ou entre deux cycles
- Connaissance douteuse : *juste après la fin des règles, juste avant le début des règles*. Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du *juste après* et du *juste avant*, elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité;
- Méconnaissance : *pendant les règles, n'importe quand, autre ou ne sait pas*.

Tableau 5.8 Connaissance de la période féconde			
Répartition (en %) des femmes qui utilisent la continence périodique, des femmes qui n'utilisent pas la continence périodique et de l'ensemble des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDSM-III Mali 2001			
Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes
Juste après le début des règles	2,1	3,6	3,6
Durant les règles	1,1	1,3	1,3
Juste après la fin des règles	29,8	17,5	17,6
Entre les règles	59,4	17,8	18,3
Pas de moment spécifique	1,5	18,1	17,9
Autre	0,0	0,0	0,0
NSP	6,0	41,4	41,0
ND	0,0	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	130	12 719	12 849

Près des deux tiers des femmes (61 %) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période, 21 % ont une connaissance douteuse et seulement 18 % des enquêtées savent à quelle période la femme a le plus de chance de tomber enceinte. Par contre, la connaissance des femmes ayant déjà utilisé la continence périodique comme méthode de contraception est nettement meilleure, puisque 59 % d'entre elles ont su situer correctement la période de fécondabilité. Néanmoins, parmi ces utilisatrices, on constate que 32 % n'en ont qu'une connaissance douteuse et 9 % ne savent pas situer la période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir de rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte. Cependant, bien que la pratique de cette méthode risque fort d'être vouée à l'échec pour ces femmes qui ne l'utilisent pas correctement, il faut rappeler qu'il n'y a au Mali, que 1 % d'utilisatrices de la continence périodique. Cela nécessite tout de même une éducation des femmes pour améliorer la connaissance de leur cycle, ce qui améliorerait nettement l'efficacité de cette méthode.

5.7 SOURCE D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'indiquer l'endroit où elles obtiennent

leur méthode. Le tableau 5.9 indique qu'au Mali, le secteur médical public est le secteur privilégié d'approvisionnement en méthodes contraceptives. La majorité des femmes utilisatrices de la contraception s'approvisionnent auprès du secteur médical public (52 %), essentiellement dans les centres de santé y compris CSCOM (35 %) et dans les hôpitaux (9 %); le secteur privé, avec environ un tiers d'utilisatrices (34 %), essentiellement les pharmacies (27 %), se situe en deuxième position.

Parmi les utilisatrices de la pilule, 46 % des femmes s'adressent au secteur médical privé, dont 38 % dans les pharmacies. Le secteur médical public contribue pour 39 % à l'approvisionnement en pilule dont 27 % dans les centres de santé y compris CSCOM. Pour les injectables qui nécessite l'intervention de personnel médical qualifié, les femmes préfèrent s'approvisionner dans le secteur public (76 %), la majorité allant dans les centres de santé (57 %). Près des deux femmes sur cinq se procurent les condoms dans le secteur privé médical (44 %) dont 36 % dans les pharmacies privées.

Les autres sources d'approvisionnement (autres que médicales) contribuent pour plus du tiers (37 %) pour les condoms, 13 % pour les pilules et 4 % pour les injectables.

Tableau 5.9 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'information la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDSM-III Mali 2001

Source d'approvisionnement	Pilule	Injectables	Condom	Stérilisation féminine	Ensemble ¹
Secteur public	38,9	75,5	6,9	(78,1)	51,8
Hôpital gouvern	6,6	8,5	1,6	(3,2)	9,4
Centre de santé gouvern	26,7	56,9	3,2	(29,4)	35,4
Clinique de PF	3,6	5,8	0,0	(5,5)	4,2
Agent de terrain	2,0	4,4	1,2	(0,0)	2,7
Autre publique	0,0	0,0	0,9	(0,0)	0,1
Secteur médical privé	45,6	19,9	43,8	(3,8)	33,6
Clinique/Hôpital privé	1,7	2,0	7,4	(1,6)	2,6
Pharmacie	37,5	14,0	36,4	(0,0)	26,5
Médecin privé	0,3	2,9	0,0	(0,0)	1,2
Agent de terrain	5,9	0,7	0,0	(0,0)	3,0
Autre privé médical	0,3	0,3	0,0	(2,2)	0,3
Autre source	12,8	4,0	37,0	(0,0)	11,1
Boutique	5,7	0,7	18,5	(0,0)	4,8
Eglise	0,0	0,0	1,7	(0,0)	0,2
Amis/parents	7,1	3,3	16,8	(0,0)	6,2
Autre	0,6	0,3	7,4	(5,1)	1,4
ND	2,1	0,3	4,9	(13,0)	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	350	258	75	31	749

() Basé sur un faible nombre de cas non-pondérés.

¹ Y compris 25 cas (20 cas de DIU, 1 cas de diaphragme, 3 cas de mousse/gelée, et 1 cas de condom féminin)

5.8 CHOIX DE LA MÉTHODE ET INFORMATION

L'utilisation des méthodes modernes de contraception présente souvent des effets secondaires sur lesquels il est bon d'informer les clientes de ces prestations. La méconnaissance de ces effets peut conduire à un rejet par les utilisatrices des méthodes contraceptives modernes.

Pour éviter toute déception aux femmes désireuses d'utiliser la contraception, les spécialistes de la planification familiale se doivent de bien cerner leurs objectifs (espacer ou limiter les naissances) et de les informer suffisamment sur les méthodes disponibles afin qu'elles fassent le choix adéquat. À l'EDSM-III, on a demandé aux utilisatrices de méthodes modernes si elles ont été suffisamment informées sur les méthodes (irréversibilité, efficacité, effets secondaires et précautions en cas d'effets secondaires). Le tableau 5.10 présente une synthèse des résultats obtenus.

Dans 45 % des cas, les utilisatrices ont été informées des effets secondaires. Toutefois le niveau d'information diffère selon la méthode utilisée et les caractéristiques socio-démographiques. En effet près des deux tiers des femmes utilisatrices des DIU (63 %) et plus de la moitié de celles qui utilisent les injectables (57 %) ont été informées des effets secondaires. Les utilisatrices des méthodes contraceptives en milieu urbain sont plus informées que celles du milieu rural (47 % contre 39 %). Ce sont les utilisatrices de la région de Koulikoro (60 %) qui sont les plus informées des effets secondaires des méthodes utilisées tandis celles de Mopti avec moins d'une utilisatrice sur cinq (18 %) sont les moins informées des effets secondaires. Le niveau d'information sur les effets secondaires augmente avec celui de l'instruction. En effet 40 % des utilisatrices sans aucune instruction sont informées contre 49 % pour celles ayant le niveau secondaire ou plus.

Près des deux cinquièmes des utilisatrices (39 %) sont informées des dispositions à prendre en cas d'effets secondaires des méthodes utilisées. Les variations constatées pour l'information concernant les effets secondaires sont les mêmes que pour les mesures à prendre en cas d'effets secondaires, aussi bien selon les différentes méthodes contraceptives que selon les caractéristiques socio-démographiques des utilisatrices.

Près de deux femmes sur cinq ont été informées sur la possibilité d'utilisation d'autres méthodes. Selon la méthode contraceptive, on constate que ce sont les utilisatrices d'injectables qui ont été les mieux informées. Par milieu de résidence, on note que les femmes de Bamako sont celles qui ont reçu le plus fréquemment des informations à ce sujet (47 % contre 32 % dans les Autres Villes). Dans les régions, on note des écarts, en particulier entre Bamako et Mopti qui se caractérisent par les proportions les plus élevées de femmes ayant reçu ce type d'informations et Sikasso qui, à l'opposé, détient la proportion la plus faible (24 %). Les résultats par niveau d'instruction montrent que ce sont les femmes les plus instruites qui sont les mieux informées (48 % contre 33 % pour celles sans instruction).

Il faut souligner que plus d'un tiers des utilisatrices de la stérilisation féminine (36%) n'ont pas été informées du caractère irréversible de cette méthode.

Tableau 5.10 Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle dans les cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée et pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires, et pourcentage de femmes qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser et pourcentage des femmes stérilisées au cours des cinq années précédant l'enquête qui ont été informées qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants, par méthode spécifique, source initiale de la méthode et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Méthode, source et caractéristique	Informée des effets secondaires/ problèmes des méthodes	Informée sur ce qu'il faut en cas d'effets secondaires ¹	Informée que d'autres méthodes peuvent être utilisées ²	Avertie que la stérilisation est permanente ³
Méthode				
Pilule	36,4	28,1	40,5	NA
DIU	63,4	58,1	38,1	NA
Injectables	56,6	53,4	41,6	NA
Implants	41,3	41,3	23,1	NA
Stérilisation féminine	24,9	18,4	17,1	64,0
Autre ⁴	NA	NA	24,0	NA
Milieu de résidence				
Bamako	49,4	46,6	46,9	*
Autres villes	44,0	32,8	32,4	*
Ensemble urbain	47,4	41,5	41,6	*
Rural	39,1	32,8	35,3	*
Région				
Kayes	43,2	39,7	34,9	*
Koulikoro	59,7	32,6	39,6	*
Sikasso	37,9	37,8	24,2	*
Ségou	33,6	25,8	35,3	*
Mopti	18,4	20,2	40,1	*
Kidal\Gao\Tombouctou	34,2	33,4	39,7	*
Bamako	49,4	46,6	46,9	*
Niveau d'instruction				
Aucun	39,7	36,1	32,6	*
Primaire	51,2	43,0	46,6	*
Secondaire ou plus	49,1	40,1	47,7	*
Ensemble	44,5	38,5	39,4	64,0
Effectif de femmes	669	669	674	31

NA = Non applicable

* Basé sur trop peu de cas

¹ Non compris les utilisatrices du condom et des autres méthodes modernes

² Non compris les utilisatrices du condom

³ Concerne les seules utilisatrices de la stérilisation

⁴ Les autres méthodes comprennent le condom féminin, le diaphragme, et les méthodes vaginales

* Basé sur trop peu de cas

NA = Non applicable

5.9 UTILISATION FUTURE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes et aux hommes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, s'ils avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.11, illustré par le graphique 5.5, fournit la distribution des femmes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur selon la parité.

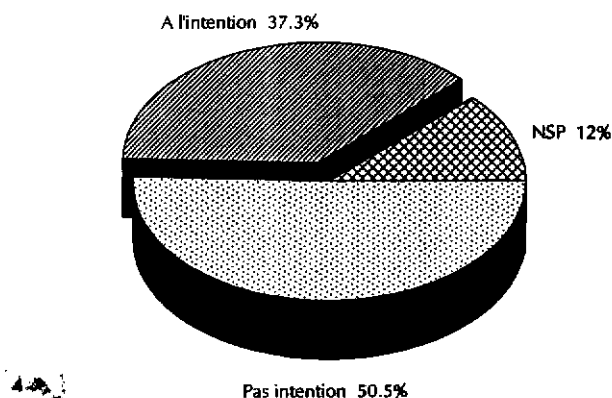
Tableau 5.11 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-III Mali 2001

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants					Ensemble
	0	1	2	3	4 ou +	
A l'intention d'utiliser	28,1	37,9	38,1	36,9	38,7	37,3
Incertaine	16,8	14,4	11,5	11,3	10,6	12,0
N'a pas l'intention d'utiliser	54,9	47,6	50,5	51,8	50,3	50,5
ND	0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2
Total ¹	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	828	1 670	1 580	1 435	4 345	9 857

¹ Y compris la grossesse actuelle.

Graphique 5.5 Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union



EDSM-III 2001

Un peu plus de la moitié des femmes (51 %) en union qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête, n'ont pas l'intention de le faire dans l'avenir (dans les 12 mois suivant l'interview).. Par contre, plus d'un tiers d'entre elles (37 %) ont l'intention d'utiliser la contraception dans le futur et 12% ne se sont pas prononcées sur la question. On constate que la proportion des femmes qui déclarent avoir l'intention d'utiliser une méthode de planification familiale augmente avec la parité : de 28 % chez les nullipares à 38 % chez celles ayant un enfant et à 39 % chez celles ayant 4 enfants ou plus

Parmi les nullipares qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête, 55% n'ont pas l'intention de le faire dans un avenir proche et 17% d'entre elles ne se sont pas prononcées. Parmi

les femmes à faible parité (1 à 3 enfants) la moitié n'a pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans un avenir proche et plus d'une femme sur dix reste incertaine. On observe également que 50% des femmes ayant 4 enfant et plus n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode dans un avenir très proche.

Aux femmes non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle en était la raison. Ces raisons sont regroupées en quatre groupes :

- Raisons associées à la fécondité : rapports sexuels peu fréquents, ménopause, hystérectomie, sous-fécondité, infécondité, veut plus/autant d'enfants que possible ;
- Opposition à l'utilisation de la planification familiale : enquêtée opposées, mari opposé, autres personnes opposées, interdits religieux ;
- Manque de connaissance : ne connaît aucune méthode, aucune source ;
- Raisons associées à la méthode : problème de santé, peur des effets secondaires, manque d'accès/éloignement, coût trop cher, utilisation gênante, interfère avec le fonctionnement du corps,

Les données du tableau 5.12 indiquent que, quel que soit l'âge, l'opposition à la planification familiale est la raison la plus fréquemment évoquée par les femmes (38 %), suivie des raisons associées à la fécondité (29 %) puis des raisons associées à la méthodes (15 %). Parmi les 38 % d'opposition à la planification familiale, dans deux cas sur trois, c'est l'enquêtée même qui est opposée (23 %) suivie du mari dans un cas sur quatre (10 %). Concernant les raisons associées à la fécondité, c'est le désir d'avoir des enfants qui est la plus fréquemment évoquée par les femmes (16 % sur 29 %).

On relève que dans 11 % des cas, la méconnaissance des méthodes est évoquée et dans 15 % des cas, ce sont les raisons associées aux méthodes qui expliquent le fait de ne pas utiliser la contraception

Par ailleurs, les raisons invoquées par les jeunes femmes et celles de 30 ans et plus diffèrent assez peu.

Tableau 5.12 Raison pour ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDSM-III Mali 2001

Raison de non-utilisation	Âge		
	15-29 ans	30-49 ans	Ensemble
Raisons associées à la fécondité	23,3	33,3	29,1
Rapports sexuels peu fréquents	3,0	4,1	3,6
Ménopause hystérectomie	0,0	5,6	3,2
Sous-féconde inféconde	1,3	9,3	5,9
Veut plus d'enfants	19,0	14,4	16,3
Opposée à l'utilisation	42,4	34,4	37,8
Enquêtée opposée	25,7	20,9	22,9
Mari opposé	12,2	8,3	9,9
Autres opposés	0,2	0,0	0,1
Interdits religieux	4,3	5,2	4,8
Manque de connaissance	12,8	10,3	11,4
Ne connaît aucune méthode	9,0	7,6	8,2
Ne connaît aucune source	3,9	2,7	3,2
Raisons associées à la méthode	14,9	15,3	15,1
Problèmes de santé	3,7	6,2	5,1
Peur des effets secondaires	4,3	3,3	3,7
Manque d'accès	0,3	0,2	0,3
Coûte trop cher	1,2	0,7	0,9
Utilisation gênante	0,3	0,6	0,5
Interfère avec le fonctionnement du corps	5,0	4,3	4,6
Autre	2,0	2,5	2,3
NSP	4,4	3,9	4,1
Total ¹	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 099	2 878	4 977

¹ Y compris les "non déterminés"

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix. Il ressort des données du tableau 5.13 que les méthodes modernes (92 %) sont les plus fréquemment citées, avec notamment 47 % pour la pilule et 39 % pour les injections; les implants sont cités par 4 % des futures utilisatrices, alors que les autres méthodes ne sont que très peu citées (moins de 2 % au maximum). Il est intéressant de noter que la continence périodique, qui est actuellement utilisée par moins de 1 % des femmes en union, reste au même niveau pour une utilisation future. De même, parmi les méthodes modernes, c'est la pilule qui vient en tête pour l'utilisation future ; rappelons que c'est également la méthode moderne actuelle la plus fréquemment utilisée.

Tableau 5.13 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge, EDSM-III Mali 2001

Méthode contraceptive	Âge		Ensemble
	15-29 ans	30-49 ans	
Pilule	48,9	44,3	46,9
DIU	1,1	1,4	1,3
Injection	39,0	38,3	38,7
Diaphragme	0,0	0,4	0,2
Condom	0,5	0,3	0,4
Stérilisation féminine	0,2	2,7	1,3
Stérilisation masculine	0,0	0,1	0,0
Continence périodique	1,0	1,1	1,0
Retrait	0,1	0,0	0,1
Implants	3,2	4,3	3,6
Allaitement maternel	0,5	0,7	0,6
Condom féminin	0,2	0,2	0,2
Mousse et gelée	0,1	0,4	0,2
Autre	4,4	5,1	4,7
ND	0,7	0,8	0,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 124	1 555	3 678

5.10 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Les médias peuvent se révéler très utiles en tant que support pour la diffusion d'informations sur la planification familiale en général, ainsi que sur les différentes méthodes de contraception. Pour cette raison, on a demandé à l'ensemble des femmes si elles avaient entendu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois ayant précédé l'enquête. Les résultats du tableau 5.14 permettent de constater que, durant le mois précédant l'enquête, moins de la moitié des femmes (46 %) n'ont ni vu, ni entendu, que ce soit à la radio, à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale. Un peu plus de la moitié des femmes (51 %) ont déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio au cours du mois précédant l'enquête, 30 % à la télévision et 11 % de femmes ont vu dans un journal ou une revue.

Rappelons ici que 31 % des femmes interrogées ont déclaré regarder la télévision et que 62 % des femmes ont déclaré écouter la radio, au moins une fois par semaine (voir Chapitre 3 - Section 3.4 - Accès aux médias).

Tableau 5.14 Exposition aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes qui, au cours des quelques mois précédant l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Radio	Télévision	Journal/ magazine	Aucune de ces trois sources médiatiques	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	46,4	33,8	12,9	48,9	2 565
20-24	54,3	32,9	13,2	42,7	2 339
25-29	56,8	32,9	11,1	41,0	2 208
30-34	53,1	27,5	10,5	45,6	1 900
35-39	50,7	27,4	10,4	47,1	1 624
40-44	44,1	21,2	7,4	54,2	1 245
45-49	46,6	22,0	8,0	52,2	968
Milieu de résidence					
Bamako	69,9	71,3	39,2	21,0	2 114
Autres villes	64,9	46,4	14,9	31,4	1 749
Ensemble urbain	67,6	60,0	28,2	25,7	3 863
Rural	43,8	16,6	3,7	55,4	8 986
Région					
Kayes	38,7	17,8	3,5	59,8	1 734
Koulikoro	51,5	31,4	7,1	45,9	2 055
Sikasso	57,9	23,3	7,7	41,1	2 408
Ségou	50,5	19,7	6,0	48,6	2 078
Mopti	40,9	17,6	3,7	58,5	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	25,0	9,3	1,6	73,8	681
Bamako	69,9	71,3	39,2	21,0	2 114
Niveau d'instruction					
Aucun	46,7	22,3	5,3	51,6	10 275
Primaire	61,1	46,1	17,2	34,5	1 456
Secondaire ou plus	76,3	75,4	55,7	14,7	1 118
Ensemble	50,9	29,6	11,1	46,4	12 849

Comme on pouvait s'y attendre, les résultats mettent en évidence des disparités importantes selon les caractéristiques des femmes : plus de la moitié des femmes du milieu rural (55 %) n'ont entendu aucun message, ainsi que celles n'ayant jamais fréquenté l'école (52 %). Corrélativement, les femmes du milieu urbain (74 %), notamment celles de la ville de Bamako (79%), et les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (85 %) sont celles qui sont le plus exposées à l'information, par la radio et/ou la télévision. Néanmoins, même parmi les femmes de Bamako, un cinquième des femmes (21 %) et plus d'une femme sur dix (15 %) parmi celles de niveau secondaire n'avaient entendu aucun message.

Par ailleurs, il ressort du tableau 5.14 que le mois précédant l'enquête, neuf femmes sur dix (89 %) n'ont reçu aucun message écrit sur la planification familiale par le biais des journaux et magazines. Ceci étant très lié au niveau d'instruction (rappelons que 80 % des femmes de 15-49 ans ne sont jamais allées à l'école), on constate que seules les femmes ayant un niveau d'études secondaire ou plus ont pu avoir accès à une information écrite (56 %).

L'information sur la planification familiale est aussi donnée par les agents et services de santé lors des contacts avec les femmes. Le tableau 5.15 indique qu'au cours des 12 derniers mois, la grande majorité (90 %) des femmes non-utilisatrices de la planification familiale n'ont ni reçu la visite d'un agent de santé, ni discuté de planification familiale dans un centre de santé. Moins du quart des non utilisatrices (24 %) a visité un service de santé sans y avoir discuté de planification familiale. Ainsi, dans les douze derniers mois, peu de non utilisatrices ont reçu un message de planification familiale de la part du personnel de la santé (seulement 8 % ont discuté de planification familiale avec un agent de terrain, et seulement 4 % ont discuté de planification familiale dans un centre de santé). La réception d'un message de planification familiale de la part du personnel de santé varie très peu selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme. On peut toutefois noter que les femmes non-utilisatrices du groupe d'âges 15-19 ans ont moins discuté de planification familiale avec les professionnels de la santé (7 %) tout comme les 45-49 ans (6%) contre 13 à 16 % chez les femmes de 20-44 ans

Tableau 5.15 Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des agents de planning familial

Pourcentage des non-utilisatrices de la contraception qui ont été contactées par un agent de terrain qui leur a parlé du planning familial, qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé des méthodes de planning familial, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Femme visité par agent de terrain qui a discuté du PF	Femme ayant visité un service de santé/ discuté du PF	Femme ayant visité service de santé et n'ayant pas discuté	Pas visité par agent de terrain/ pas discuté du PF à un	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	5,0	1,9	19,6	93,8	2 426
20-24	7,9	4,9	26,7	89,3	2 127
25-29	9,7	6,5	26,3	86,9	1 997
30-34	7,4	4,4	28,7	90,2	1 704
35-39	10,4	5,8	23,3	85,7	1 447
40-44	8,6	3,2	22,2	89,3	1 149
45-49	3,3	2,4	15,9	95,3	917
Milieu de résidence					
Bamako	6,6	6,4	36,9	89,1	1 676
Autres villes	10,0	8,6	28,8	85,9	1 529
Ensemble urbain	8,2	7,5	33,1	87,6	3 205
Rural	7,3	3,0	20,3	90,9	8 561
Région					
Kayes	4,2	4,0	25,8	93,5	1 629
Koulikoro	10,1	4,1	27,9	87,5	1 908
Sikasso	7,7	5,4	19,2	89,4	2 260
Ségou	9,6	3,0	18,0	88,7	1 924
Mopti	7,8	2,9	18,3	90,8	1 715
Kidal/Gao/Tombouctou	3,4	3,1	20,0	94,1	654
Bamako	6,6	6,4	36,9	89,1	1 676
Niveau d'instruction					
Aucun	7,0	3,5	21,8	91,0	9 704
Primaire	9,3	6,8	28,8	85,8	1 265
Secondaire ou plus	11,1	8,6	39,4	83,9	797
Ensemble	7,6	4,2	23,8	90,0	11 767

5.12 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale constituent un élément décisif pour la pratique de la contraception. L'EDSM-III s'est donc penchée sur les opinions et les attitudes des femmes concernant la planification familiale, ainsi que celles de leur conjoint, tant il est vrai qu'en la matière, le rôle joué par l'époux peut influencer grandement la décision de la femme. Pour cela, on s'est intéressé aux sujets suivants :

- la discussion éventuelle sur la contraception avec le conjoint;
- l'opinion des couples face à la planification familiale.

Il ressort des résultats présentés au tableau 5.16, qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 64 % des femmes en union et connaissant une méthode contraceptive n'ont jamais discuté de planification familiale avec leur conjoint. Un peu plus d'une femme sur trois (35 %) ont déclaré avoir abordé ce sujet avec leur conjoint : 17 % d'entre elles en ont discuté une ou deux fois seulement tandis que les autres (18 %) en ont parlé plus souvent (plus de deux fois) au cours des douze derniers mois.

Tableau 5.16 Discussion de la planification familiale avec le mari

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode contraceptive, selon le nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale avec leur mari, au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Nombre de fois				Total	Effectif
	Jamais	Une ou deux	Trois ou plus	ND		
15-19	69,4	16,2	13,5	0,9	100,0	872
20-24	62,0	16,2	21,2	0,6	100,0	1 592
25-29	57,3	21,2	20,6	0,9	100,0	1 664
30-34	65,9	15,1	18,2	0,9	100,0	1 480
35-39	61,0	18,1	20,1	0,9	100,0	1 244
40-44	68,5	16,7	13,8	1,0	100,0	873
45-49	77,8	11,8	9,8	0,6	100,0	621
Total	64,2	17,0	18,0	0,8	100,0	8 345

Les femmes qui ont discuté, le plus souvent, de la planification familiale avec leur partenaire sont celles de 25-29 ans (42 %) suivi des femmes de 35-39 ans (38%). À 45-49 ans, la proportion ne concerne que 21 % des femmes.

En ce qui concerne le tableau 5.17, il apparaît que chez trois couples sur dix (30 %), les deux conjoints approuvent la planification familiale et que dans moins de deux couples sur dix (18 %) les opinions des conjoints divergent en matière de planification familiale. On notera que, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des couples, lorsque les opinions des couples divergent, les cas dans lesquels la femme approuve et l'homme désapprouve (16 % dans l'ensemble) sont toujours nettement plus fréquents que les cas contraires (2 % dans l'ensemble).

Selon le milieu de résidence, il n'y a pas une différence nette entre le comportement des couples urbains et de ceux du rural (41 % des couples urbains approuvent la planification familiale contre 26 % pour les couples ruraux). L'analyse selon la région fait apparaître une différence importante entre le District de Bamako (45 %) et les autres régions (13% à Kidal/Gao/Tombouctou à 36% à Sikasso). En outre on constate que plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus le niveau d'approbation dans le couple est élevé : 26% chez les femmes sans instruction contre 60% chez celles ayant le niveau secondaire ou plus.

Tableau 5.17 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale (PF), selon qu'elles approuvent la planification familiale et selon leur perception de la position de leur mari, à l'envers de la planification familiale par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Enquêtées approuvant le PF			Enquêtées désapprouvant le PF			Enquêtée incertaine	Total	Effectif
	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari inconnue/ ND	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari inconnue/ ND			
Groupe d'âges									
15-19	27,7	14,9	27,2	1,5	12,6	7,0	9,2	100,0	872
20-24	29,0	18,0	23,0	1,5	14,9	6,0	7,6	100,0	1 592
25-29	34,8	18,8	20,5	2,1	13,3	6,0	4,5	100,0	1 664
30-34	29,9	17,8	22,7	1,4	13,2	7,9	7,1	100,0	1 480
35-39	31,5	15,7	20,6	1,4	14,5	8,2	8,0	100,0	1 244
40-44	27,8	12,5	22,9	1,0	17,0	11,0	7,8	100,0	873
45-49	21,3	11,9	20,4	2,8	21,1	12,1	10,3	100,0	621
Milieu de résidence									
Bamako	45,0	17,7	13,7	2,1	11,8	3,9	5,8	100,0	1 188
Autres villes	36,8	17,8	15,7	2,0	14,1	6,4	7,2	100,0	1 186
Total urbain	40,9	17,8	14,7	2,0	12,9	5,2	6,5	100,0	2 374
Rural	25,5	15,9	25,4	1,5	15,3	8,8	7,7	100,0	5 971
Région									
Kayes	24,2	19,3	35,8	1,5	7,0	6,7	5,6	100,0	1 062
Koulikoro	28,3	20,1	26,3	1,1	9,4	7,8	6,9	100,0	1 485
Sikasso	35,9	17,8	18,2	2,9	12,6	6,3	6,3	100,0	1 729
Ségou	29,5	15,6	17,4	0,8	24,8	2,0	9,8	100,0	1 386
Mopti	18,2	9,8	25,4	1,5	20,5	16,4	8,3	100,0	1 076
Kidal/Gao/Tombouctou	12,7	7,0	24,2	0,9	20,6	23,7	11,0	100,0	419
Bamako	45,0	17,7	13,7	2,1	11,8	3,9	5,8	100,0	1 188
Instruction									
Aucun	26,1	16,0	23,9	1,7	15,8	8,2	8,3	100,0	6 747
Primaire	37,7	20,1	19,1	0,9	10,9	7,3	4,0	100,0	1 039
Secondaire ou plus	60,0	15,5	9,9	1,8	7,8	2,9	2,0	100,0	559
Total	29,8	16,4	22,3	1,6	14,7	7,7	7,3	100,0	8 345

Le comportement procréateur des femmes est affecté par plusieurs facteurs appelés déterminants proches de la fécondité. Ce chapitre porte sur ces facteurs qui, en dehors de la contraception, jouent un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et donc sur le niveau de la fécondité : il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum.

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Dans la plupart des sociétés africaines, le mariage, bien qu'il ne soit pas le cadre exclusif des rapports sexuels, constitue le cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient, toutefois, d'une population, voire d'un groupe, à l'autre. Les diversités culturelles, économiques et structurelles dans une société déterminent les variations de l'âge auquel débute la formation des unions; elles définissent notamment l'intensité de la nuptialité.

Le tableau 6.1 présente la répartition des femmes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. Rappelons que dans le cadre de l'EDSM-III, on a considéré comme étant mariée, ou plus exactement *en union*, toutes les femmes cohabitant régulièrement, que l'union soit légale ou non, formelle ou non. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers que les unions de fait. Ainsi, dans le cadre de ce rapport, le terme *union* désigne l'ensemble des femmes qui ont déclaré qu'elles étaient mariées ou qu'elles vivaient avec un partenaire.

La grande majorité des femmes interrogées étaient en union au moment de l'enquête (84 %). Le célibat concerne 14 % des femmes de 15-49 ans et les femmes en rupture d'union, principalement des veuves, représentent une part négligeable de la population (3 %).

Tableau 6.1 État matrimonial actuel

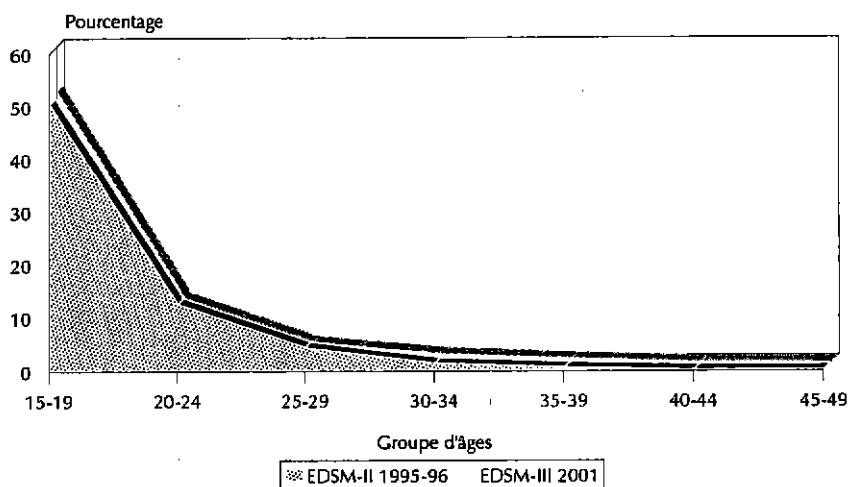
Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Etat matrimonial					Total	Effectif
	Célibataire	Mariée/en union	Veuve	Divorcée	Séparée		
15-19	51,4	45,9	0,1	0,3	2,3	100,0	2 565
20-24	12,0	85,0	0,5	0,7	1,9	100,0	2 339
25-29	3,8	94,0	0,6	0,8	0,7	100,0	2 208
30-34	1,7	96,5	0,7	0,4	0,7	100,0	1 900
35-39	0,8	96,6	1,5	0,8	0,4	100,0	1 624
40-44	0,1	95,6	2,9	1,3	0,2	100,0	1 245
45-49	0,0	91,9	6,4	1,0	0,7	100,0	968
Ensemble	13,5	83,5	1,3	0,7	1,1	100,0	12 849

Les résultats du tableau 6.1 mettent en évidence une diminution rapide des proportions de femmes célibataires avec l'âge. De 51 % seulement à 15-19 ans, la proportion passe à 12 % à 20-24 ans. et à partir de 30 ans, cette proportion devient très faible : 2 % dans le groupe d'âges 30-34 ans, et pratiquement aucune femme ne reste célibataire au-delà de 40 ans (moins de 1 %). Corrélativement, on constate que la proportion de femmes en union augmente avec l'âge jusqu'à 35-39 ans (97 %), puis diminue légèrement du fait de l'augmentation de la proportion des femmes en rupture d'union qui atteint 6 % à 45-49 ans.

Au graphique 6.1 figurent les proportions de femmes célibataires par âge, selon l'EDSM-II de 1995-1996 et l'EDSM-III de 2001. On peut constater que les proportions de célibataires sont restées quasi invariables entre les deux dates à tous les âges. De même, les proportions de femmes en union n'ont pas également variées de façon significative. Cette situation inchangée depuis 1995-96 est un facteur important qui pourrait expliquer, en partie, le maintien du niveau de la fécondité observée ces dernières années au Mali.

Graphique 6.1 Proportion de femmes célibataires selon l'âge, EDSM-II 1995-1996 et EDSM-III 2001



6.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint avait une ou plusieurs autres épouses. Le tableau 6.2 présente la proportion de femmes en union selon le nombre de co-épouses par certaines caractéristiques socio-démographiques. La polygamie est une pratique très répandue au Mali puisqu'elle concerne 43 % des femmes en union. Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge pour concerner plus de la moitié des femmes de 45-49 ans en union (56 %). Il faut souligner que dès l'âge de 15-19 ans, plus d'une femme en union sur cinq vit en union polygame (22 %). Par ailleurs, on constate que la polygamie est une pratique beaucoup plus répandue en milieu rural (46 %) qu'en milieu urbain (34 %). Du point de vue régional, la région de Kayes se caractérise par un niveau de polygamie très élevé (55 %) Dans les régions de Koulikoro et Sikasso, la proportion de femmes vivant en union polygame est aussi très élevée, respectivement 44 % et 52 %. Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes semble jouer un rôle déterminant sur le type d'union : les femmes sans instruction sont beaucoup plus fréquemment en union polygame (44 %) que celles de niveau d'instruction primaire (39 %) et secondaire ou plus (26 %).

Parmi les femmes en union polygame, la grande majorité (73 %, soit 32 % de l'ensemble des femmes en union) n'ont qu'une seule co-épouse. En outre, il apparaît que les femmes qui sont le plus fréquemment en union polygame sont aussi celles qui ont le plus fréquemment plus d'une co-épouse. Ainsi, 20 % des femmes de 45-49 ans en union ont plus d'une co-épouse contre 2 % de celles de 15-19 ans. Par contre, si les femmes de niveau primaire vivent moins fréquemment en union polygame que les femmes sans instruction (38 % contre 44 %), les proportions de celles qui ont plus d'une co-épouse sont quasi identiques pour les deux catégories de femmes (12 % pour les femmes instruites contre 11 % pour les femmes sans instruction).

Tableau 6.2 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Nombre de co-épouses					Total ¹	Effectif
	0	1	2	3 ou +	NSP		
Groupe d'âges							
15-19	77,7	19,7	2,4	0,0	0,1	100,0	1 178
20-24	71,9	21,8	5,2	1,0	0,1	100,0	1 987
25-29	60,7	31,7	6,0	1,3	0,3	100,0	2 076
30-34	51,2	37,3	9,2	1,9	0,4	100,0	1 833
35-39	46,4	37,7	12,1	3,4	0,4	100,0	1 569
40-44	41,4	39,9	14,5	4,2	0,1	100,0	1 190
45-49	43,7	36,3	16,1	3,9	0,0	100,0	890
Milieu de résidence							
Bamako	71,0	20,6	6,5	1,6	0,3	100,0	1 245
Autres villes	62,2	24,6	10,4	2,7	0,1	100,0	1 378
Ensemble urbain	66,4	22,7	8,5	2,2	0,2	100,0	2 622
Rural	54,5	34,6	8,7	2,0	0,2	100,0	8 101
Région							
Kayes	45,5	41,0	10,0	3,4	0,1	100,0	1 558
Koulikoro	55,9	36,4	6,5	0,8	0,3	100,0	1 839
Sikasso	48,4	38,4	10,2	2,9	0,2	100,0	2 095
Ségou	62,4	22,7	12,2	2,3	0,3	100,0	1 875
Mopti	61,0	30,5	7,2	1,2	0,2	100,0	1 562
Kidal/Gao/Tombouctou	72,4	22,4	3,5	1,5	0,2	100,0	549
Bamako	71,0	20,6	6,5	1,6	0,3	100,0	1 245
Niveau d'instruction							
Aucun	55,9	33,1	8,7	2,0	0,3	100,0	9 042
Primaire	61,3	27,3	9,2	2,3	0,0	100,0	1 120
Secondaire ou plus	74,1	17,7	6,5	1,6	0,1	100,0	561
Ensemble	57,4	31,7	8,7	2,0	0,2	100,0	10 723

¹ Y compris les non déterminés

6.3 ÂGE A LA PREMIÈRE UNION ET ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

Âge à la première union

Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Le tableau 6.3 présente les proportions de femmes déjà entrées en union à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel des enquêtées.

Les femmes maliennes se marient très jeunes. Le tableau 6.3 indique que le pourcentage de femmes qui étaient déjà en union à 15 ans exacts est très élevé (25 %) et, à 22 ans exacts, 88 % des femmes actuellement âgées de 25-49 ans étaient déjà en union. À 25 ans exacts, la quasi-totalité des femmes maliennes (94 %) ont déjà contracté une union. Parmi les femmes âgées de 25-49 ans, une sur deux était déjà mariée à l'âge de 16,5 ans (âge médian). Par ailleurs, bien que l'amplitude en soit très faible, il semble que le calendrier de la primo-nuptialité ait subi de légères modifications, dans le sens d'un vieillissement, au fil des générations : l'âge médian à la première union passe de 16,4 ans pour les femmes des générations anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) à 16,7 ans pour les femmes des générations récentes (âgées de 20-24 ans à l'enquête). On peut aussi noter une diminution récente des mariages très précoces : 28 % des femmes

Tableau 6.3 Âge à la première union

Pourcentage de femmes non-célibataires par âge exact et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, EDSM-III Mali 2001

Age actuel	Pourcentage déjà en première union à l'âge exact de :					Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge au premier mariage
	15	18	20	22	25			
15-19	19,4	NA	NA	NA	NA	51,4	2 565	a
20-24	24,5	65,4	80,9	NA	NA	12,0	2 339	16,7
25-29	24,0	62,8	79,4	88,3	94,1	3,8	2 208	16,8
30-34	27,6	68,4	80,2	87,6	93,8	1,7	1 900	16,2
35-39	24,3	66,1	78,9	87,9	93,7	0,8	1 624	16,4
40-44	26,4	66,0	80,4	88,9	95,0	0,1	1 245	16,4
45-49	24,1	65,3	77,4	86,2	94,3	0,0	968	16,4
20-49	25,1	65,6	79,8	NA	NA	4,0	10 284	16,5
25-49	25,3	65,6	79,4	87,9	94,1	1,6	7 945	16,5

NA = Non applicable

a Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

de 30-34 ans étaient déjà mariées à 15 ans exacts, contre 25 % des femmes de 20-24 ans et 19 % des femmes de 15-19 ans à l'enquête.

L'âge au premier mariage varie de façon sensible en fonction du milieu de résidence et des autres caractéristiques socio-démographiques. Le tableau 6.4 et le graphique 6.2 indiquent que, chez les femmes vivant en milieu rural, l'âge médian au premier mariage (16,2 ans) est plus faible de 2,2 ans que celui des femmes de Bamako (18,4 ans). De plus, la tendance au vieillissement de l'âge d'entrée en première union est particulièrement nette chez les femmes urbaines : dans les générations anciennes âgées de 45-49 ans à l'enquête, l'âge médian à la première union était de 16,9 ans tandis qu'il est de 18,5 ans pour les femmes urbaines des générations les plus récentes âgées de 20-24 ans à l'enquête. On relève la même tendance au vieillissement de l'âge d'entrée en première union pour les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (20,0 ans pour les 45-49 ans contre 23,3 ans pour les 25-29 ans). Par contre, l'âge médian n'a pas subi de modification sensible pour les femmes rurales des mêmes générations. Une fois de plus, la région de Kayes se caractérise par un âge médian d'entrée en union particulièrement jeune, 15,4 ans et qui n'a pratiquement pas subi de modifications d'une génération à l'autre. Le niveau d'instruction atteint par les femmes est certainement le facteur qui influence le plus directement le calendrier de la primo-nuptialité : plus le niveau d'instruction est élevé, plus l'âge d'entrée en union est tardif. C'est ainsi que les femmes ayant une instruction secondaire ou plus (âge médian de 21,8 ans) se marient plus de quatre ans plus tard que les femmes ayant une instruction primaire (17,1 ans) et plus de 5 ans plus tard que les femmes sans instruction (16,1 ans).

Le graphique 6.2 indique également qu'à l'EDSM-II, l'âge médian était légèrement plus précoce que celui enregistré par l'EDSM-III, aussi bien pour l'ensemble du Mali (16,0 ans contre 16,5 % ans) que pour le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

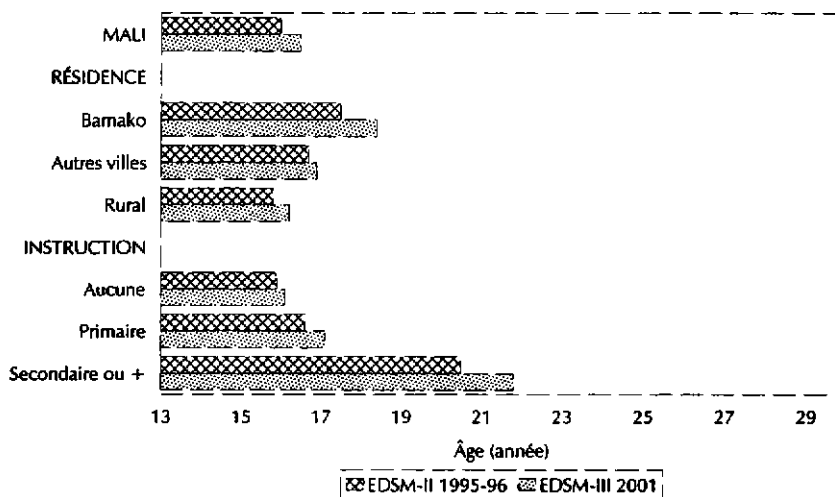
Tableau 6.4 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20(25)-49 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Groupe d'âges						Âge médian	Âge médian
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	20-49 ans	25-49
Milieu de résidence								
Bamako	a	19,2	18,3	18,7	17,3	17,0	18,9	18,4
Autres villes	17,2	18,0	16,1	16,5	16,0	16,8	17,0	16,9
Ensemble urbain	18,5	18,6	17,0	17,4	16,5	16,9	17,8	17,5
Rural	16,1	16,3	16,0	16,1	16,4	16,3	16,2	16,2
Région								
Kayes	15,5	15,5	15,2	15,4	15,5	15,3	15,4	15,4
Koulikoro	15,8	16,0	15,7	15,7	15,6	15,7	15,8	15,8
Sikasso	16,4	16,7	16,0	16,5	16,3	16,3	16,4	16,4
Ségou	16,8	17,7	17,2	17,5	18,7	18,6	17,5	17,8
Mopti	16,7	17,0	16,0	16,0	16,4	16,9	16,5	16,4
Kidal/Gao/Tombouctou	17,2	17,0	17,5	17,7	17,4	17,0	17,3	17,3
Bamako	a	19,2	18,3	18,7	17,3	17,0	18,9	18,4
Niveau d'instruction								
Aucun	16,3	16,4	15,9	16,0	16,1	16,2	16,2	16,1
Primaire	16,7	17,3	16,9	16,9	16,9	17,3	17,0	17,1
Secondaire ou plus	a	23,3	22,6	21,7	19,9	20,0	a	21,8
Ensemble	16,7	16,8	16,2	16,4	16,4	16,4	16,5	16,5

^a Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

Figure 6.2 Âge médian des femmes à la première union



Note : Femmes de 25-49 ans et hommes de 30-59 ans

EDSM-II 1995-96

Âge aux premiers rapports sexuels

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, les rapports sexuels n'ayant pas forcément lieu dans le cadre de l'union. Pour cette raison, on a demandé aux femmes l'âge auquel elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au tableau 6.5, figurent les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges et l'âge médian aux premiers rapports sexuels. En atteignant 15 ans, plus d'une femme de 25-49 ans sur quatre (27 %) a déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion est de 75 % à 18 ans, et la quasi-totalité des femmes de 25-49 ans (94 %) ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 22 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels, estimé à 15,8 ans chez les femmes de 25-49 ans, est inférieur de 1,4 ans à l'âge médian d'entrée en union (16,5 ans) ce qui signifie que les premiers rapports sexuels des femmes ont lieu, en général, au moment de l'union. En outre, on ne constate pas de modifications de l'âge aux premiers rapports sexuels au fil des générations : l'âge médian est estimé à 15,9 ans pour les femmes des générations les plus anciennes (45-49 ans) et pour celles des générations les plus récentes (25-29 ans).

Tableau 6.5 Âge aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par âge exact et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Pourcentage ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact de :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux premiers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	26,0	NA	NA	NA	NA	36,2	2 565	a
20-24	30,1	75,3	87,5	NA	NA	4,0	2 339	a
25-29	27,8	74,6	87,5	93,5	95,6	0,5	2 208	15,9
30-34	29,3	76,0	86,3	90,8	93,4	0,2	1 900	15,8
35-39	25,4	75,6	85,3	91,9	94,2	0,1	1 624	15,8
40-44	26,6	72,4	85,5	91,4	93,5	0,1	1 245	15,9
45-49	23,1	73,0	83,3	89,3	94,4	0,0	968	15,9
20-49	27,6	74,8	86,3	NA	NA	1,1	10 284	15,9
25-49	26,9	74,6	86,0	91,7	94,3	0,2	7 945	15,8

NA = Non applicable

^a Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont un union à l'âge x.

Selon les différentes caractéristiques socio-démographiques, les données du tableau 6.6 font apparaître les mêmes différences entre les âges aux premiers rapports sexuels que celles observées pour les âges à la première union (graphique 6.3); cependant, ici, les écarts entre les différents groupes de femmes restent relativement plus faibles. Les femmes résidant dans la région de Kayes (15,3 ans), celles résidant dans la région de Koulikoro (15,6 ans) ont les rapports sexuels les plus précoces tandis que les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (18,7 ans) ont les rapports sexuels les plus tardifs. Contrairement à l'âge à la première union pour lequel une tendance assez nette au vieillissement semble se dessiner pour certains groupes de femmes (en particulier, les femmes urbaines et celles instruites), aucune modification de même type n'est perceptible au niveau d'un groupe quelconque de femme par rapport à l'âge médian aux premiers rapports sexuels.

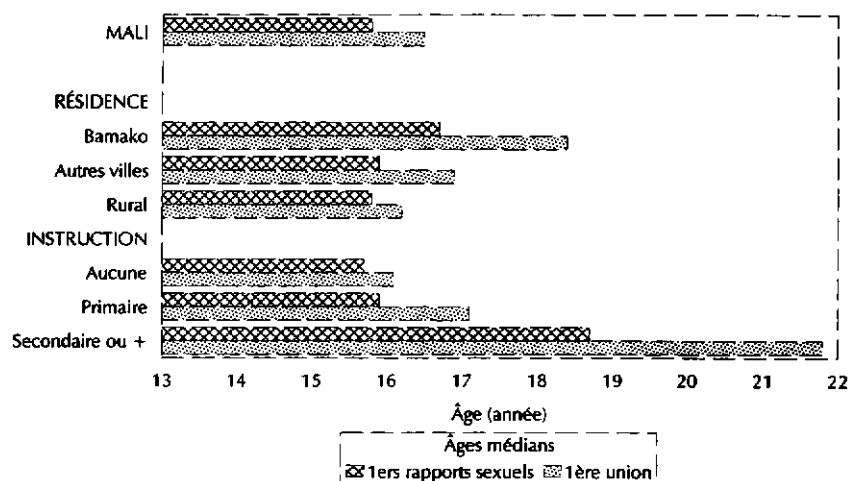
Tableau 6.6 Âge médian aux premiers rapports sexuels

Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Groupe d'âges						Âge médian 20-49 ans	Âge médian 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Bamako	17,2	16,9	16,5	17,0	17,3	16,5	16,9	16,7
Autres villes	15,8	16,4	15,7	15,7	15,7	16,1	15,8	15,9
Ensemble urbain	16,6	16,7	16,0	16,0	15,9	16,3	16,3	16,2
Rural	15,7	15,7	15,7	15,8	15,9	15,9	15,8	15,8
Région								
Kayes	15,1	15,3	15,1	15,3	15,5	15,2	15,3	15,3
Koulikoro	15,8	15,8	15,6	15,6	15,4	15,6	15,6	15,6
Sikasso	15,8	15,7	15,6	15,9	15,8	16,1	15,8	15,8
Ségou	15,7	15,9	15,8	15,9	17,3	16,1	15,9	16,0
Mopti	16,2	16,3	15,9	16,0	16,1	16,8	16,2	16,1
Kidal/Gao/Tombouctou	17,3	16,9	16,8	16,2	17,2	16,6	16,9	16,7
Bamako	17,2	16,9	16,5	17,0	17,3	16,5	16,9	16,7
Niveau d'instruction								
Aucun	15,8	15,7	15,7	15,7	15,8	15,9	15,8	15,7
Primaire	15,8	15,9	15,9	15,9	16,4	15,9	15,9	15,9
Secondaire ou plus	18,1	19,0	18,2	18,8	18,8	19,1	18,5	18,7
Ensemble	15,9	15,9	15,8	15,8	15,9	15,9	15,9	15,8

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-24 ans parce que certaines d'entre elles peuvent encore avoir leurs premiers rapports sexuels d'atteindre 25 ans.

Graphique 6.3 Âges médians des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels



6.4 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels est un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse, surtout dans une société où la prévalence de la contraception moderne reste faible, comme c'est le cas au Mali. À l'EDSM-III, on a posé la question suivante à toutes les femmes, sans tenir compte de leur état matrimonial : * *Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois ?* + Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels (à savoir 93 % des femmes enquêtées), plus de deux tiers (68 % soit 63 % de l'ensemble des femmes) sont considérées comme sexuellement actives au moment de l'enquête, car elles ont déclaré avoir eu, au moins une fois, des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'interview (tableau 6.7). Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence depuis plus de 4 semaines, soit à la suite d'une naissance (abstinence post-partum), soit pour d'autres raisons. Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de un an pour la majorité des femmes : 20 % des femmes ont eu leur dernier rapport sexuel dans l'espace de un an contre 9 % pour celles qui l'ont eu il y a un an ou plus.

Quelle que soit la caractéristique examinée, on constate que l'activité sexuelle des femmes maliennes, et surtout celle des femmes en union, est élevée ce qui, en l'absence de tout contrôle des naissances, explique en partie le niveau de la fécondité. La proportion de femmes sexuellement actives augmente avec l'âge, jusqu'à 35 ans, passant de 37 % à 15-19 ans, à 73 % jusqu'à 40-44. À 45-49 ans, l'activité sexuelle diminue, mais reste toujours importante puisque 63 % des femmes de ce groupe d'âge sont encore sexuellement actives. De même, l'abstinence prolongée semble augmentée avec l'âge : 27 % des femmes de 15-19 ans n'ont pas eu de rapports sexuels dans les 4 dernières semaines, contre 33 % de celles de 45-49 ans. Parmi les femmes en union, on constate une augmentation légère de l'activité sexuelle avec la durée de l'union jusqu'à 20-24 ans : les proportions de femmes sexuellement actives passent de 70 % après 0-4 ans de mariage à 77 % à 20-24 ans de mariage. Il faut aussi souligner que parmi les femmes qui ne sont pas en union, seulement 15 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête. Ces résultats confirment l'hypothèse avancée précédemment que si l'union n'est pas le cadre exclusif de l'activité sexuelle, elle en reste le cadre privilégié. Le milieu de résidence fait apparaître des écarts importants entre les proportions de femmes sexuellement actives : en milieu urbain, les femmes sont nettement moins actives sexuellement (55 %) que dans le milieu rural (66 %), ce qui explique, en partie, les différences importantes de fécondité entre ces deux milieux de résidence. Cependant, la proportion de femmes en abstinence prolongée est plus importante en milieu rural (31 %) qu'en milieu urbain (28 %). Les résultats selon le niveau d'instruction mettent en évidence des proportions de femmes sexuellement actives légèrement moins élevées chez les femmes instruites (59 % pour le primaire et 50 % pour le secondaire ou plus) que chez celles sans instruction (65 %). Enfin, on constate que l'activité sexuelle est associée à l'utilisation de la contraception. Les femmes utilisatrices de la contraception moderne sont, proportionnellement, beaucoup plus nombreuses à avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête (79 % des utilisatrices de la pilule) que les utilisatrices de méthodes traditionnelles (60 % des utilisatrices de la continence périodique) et aussi que celles qui n'utilisent pas la contraception (62 %). À l'inverse, chez les femmes utilisatrices de la contraception moderne, la proportion se trouvant en abstinence prolongée est moins élevée que chez les femmes qui n'utilisent pas de contraception ou qui utilisent une méthode traditionnelle : 20 % des utilisatrices de la contraception moderne, 29 % des non-utilisatrices de contraception et 37 % des utilisatrices de la continence périodique.

Tableau 6.7 Activité sexuelle récente

Répartition (en %) des femmes par activité sexuelle la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Derniers rapports sexuels				Jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année	Il y a un an ou plus	ND			
Groupe d'âges							
15-19	37,0	20,3	6,2	0,2	36,2	100,0	2 565
20-24	64,6	21,8	9,3	0,2	4,0	100,0	2 339
25-29	67,3	22,7	9,4	0,1	0,5	100,0	2 208
30-34	73,2	20,0	6,5	0,1	0,2	100,0	1 900
35-39	73,4	18,3	7,6	0,5	0,1	100,0	1 624
40-44	73,2	17,2	9,4	0,1	0,1	100,0	1 245
45-49	66,5	18,1	14,7	0,7	0,0	100,0	968
Durée de l'union (en années)							
0-4	69,5	23,2	6,9	0,1	0,3	100,0	1 888
5-9	71,7	20,1	8,1	0,0	0,0	100,0	1 980
10-14	71,7	21,5	6,6	0,2	0,0	100,0	1 568
15-19	74,2	19,3	6,2	0,3	0,0	100,0	1 425
20-24	77,7	15,5	6,0	0,8	0,0	100,0	1 132
25+	73,5	18,4	7,6	0,4	0,0	100,0	1 141
Mariée plus d'une fois	71,9	21,3	6,7	0,0	0,1	100,0	1 590
Divorcée/séparée/veuve/célibataire	14,6	20,1	16,3	0,4	48,6	100,0	2 126
Milieu de résidence							
Bamako	49,6	21,2	10,9	0,3	18,0	100,0	2 114
Autres villes	61,8	20,0	8,5	0,2	9,5	100,0	1 749
Ensemble urbain	55,1	20,7	9,8	0,3	14,1	100,0	3 863
Rural	66,3	20,0	7,9	0,2	5,5	100,0	8 986
Région							
Kayes	64,7	20,9	9,2	0,2	5,0	100,0	1 734
Koulikoro	62,2	23,1	8,8	0,3	5,5	100,0	2 055
Sikasso	60,0	22,8	9,4	0,3	7,5	100,0	2 408
Ségou	74,8	15,5	5,0	0,1	4,6	100,0	2 078
Mopti	68,7	17,0	6,9	0,3	7,0	100,0	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	61,1	20,6	9,9	0,0	8,4	100,0	681
Bamako	49,6	21,2	10,9	0,3	18,0	100,0	2 114
Niveau d'instruction							
Aucun	64,9	20,2	8,4	0,2	6,3	100,0	10 275
Primaire	59,4	21,1	9,1	0,3	10,1	100,0	1 456
Secondaire ou plus	49,7	19,5	8,9	0,1	21,8	100,0	1 118
Méthode de contraception utilisée							
Aucune méthode	61,9	20,4	8,7	0,2	8,8	100,0	11 767
Pilule	78,8	16,1	4,7	0,0	0,4	100,0	350
IUD	96,6	3,4	0,0	0,0	0,0	100,0	20
Stérilisation	77,1	15,1	7,7	0,0	0,0	100,0	31
Continence périodique	60,3	33,2	3,3	1,0	2,2	100,0	130
Autre	74,2	17,4	7,4	0,1	0,8	100,0	552
Ensemble des femmes	62,9	20,2	8,5	0,2	8,1	100,0	12 849

¹ Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines

6.5 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle ou abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation est appelé aménorrhée post-partum, qui est estimée ici par la longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant et le retour des règles. Par ailleurs, sa durée peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. La combinaison de ces facteurs, examinés successivement dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de la non-susceptibilité. Une femme est considérée comme non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle ne peut pas tomber enceinte), ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données du tableau 6.8 se rapportent aux naissances des 3 dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. Cette distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Figurent également au tableau 6.8 les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité.

Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en non susceptible post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médianes et moyennes, EDSM-III Mali 2001

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances dont les mères sont en:			Effectif de naissances
	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non susceptible post-partum	
<2	96,6	87,2	99,1	453
2-3	83,7	35,9	88,0	593
4-5	75,0	25,9	81,5	535
6-7	68,7	19,9	71,4	529
8-9	65,3	12,6	68,3	468
10-11	55,5	12,8	60,0	381
12-13	47,3	16,0	53,5	499
14-15	39,4	9,8	43,2	570
16-17	24,4	5,9	28,7	424
18-19	22,4	8,3	27,7	381
20-21	16,1	4,0	17,9	310
22-23	14,6	7,6	20,2	274
24-25	7,9	4,2	10,8	408
26-27	4,6	1,8	6,2	440
28-29	5,0	3,7	8,2	410
30-31	3,9	1,8	5,7	339
32-33	5,7	1,3	6,7	388
34-35	2,9	2,7	5,2	477
Ensemble	39,1	15,9	42,6	7 878
Médiane	11,7	2,4	12,8	NA
Moyenne	13,1	5,5	14,3	NA

Note : Les estimations sont basées sur le statut au moment de l'enquête
NA = Non applicable

Au Mali, près de deux tiers des femmes (65 %) restent en aménorrhée pour au moins 9 mois, et près d'une femme sur deux (47 %) pour au moins 13 mois. Au-delà de 19 mois, la proportion de femmes dont les règles n'ont pas encore repris n'est que de 16 %, et au-delà de 25 mois, cette proportion s'établit à 8 % seulement. La moitié des femmes qui ont accouché ont leur retour de règles après 11,7 mois (durée médiane) et, en moyenne, l'aménorrhée dure 13,1 mois. Cette durée d'aménorrhée relativement longue est fonction de la durée, de l'intensité et de la fréquence de l'allaitement qui agissent sur le retour de l'ovulation (Voir Chapitre 9 - Allaitement et Nutrition).

L'abstinence post-partum est pratiquée au Mali, mais pour une période très courte. En effet, une proportion importante des femmes (87 %) s'abstiennent de rapports sexuels pendant moins de 2 mois après une naissance. En fait, cette période d'abstinence post-partum correspond à la période sans rapports sexuels après un accouchement, préconisée par l'Islam et qui est de 40 jours. Quatre mois après la naissance, près des trois quarts des femmes (74 %) ont repris leurs rapports sexuels. La durée médiane de l'abstinence post-partum est de 2,4 mois, ce qui est bien inférieur à la valeur moyenne (5,5 mois).

La période de non-susceptibilité dure, en moyenne, 14,3 mois et la moitié des femmes qui viennent d'accoucher ne courent pratiquement pas de risque de tomber enceinte pendant 12,8 mois. Cette période, légèrement supérieure à une année, résulte essentiellement de la durée de l'aménorrhée.

Le tableau 6.9 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non-susceptibilité selon certaines caractéristiques socio-culturelles et démographiques des femmes. On constate tout d'abord que les durées d'aménorrhée et de non-susceptibilité varient légèrement en fonction de l'âge : les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans), présentent des durées d'aménorrhée d'environ 3 mois plus courtes que leurs aînées (femmes de plus de 30 ans). En ce qui concerne l'abstinence, il n'y a pratiquement pas de variations avec l'âge. Le milieu de résidence influe aussi sur la durée de l'aménorrhée qui est plus longue chez les femmes du milieu rural (12,4 mois) que chez celles du milieu urbain (9,4 mois). Par contre, aucune différence significative n'est observée pour l'abstinence post-partum. Au niveau régional, les régions de Ségou, Mopti et de Kidal/Gao/Tombouctou se caractérisent par des durées d'aménorrhée supérieures à la moyenne nationale (11,7 mois) et des durées d'abstinence plus courtes (environ 2 mois). Il faut noter la durée d'abstinence de 4,3 mois enregistrée pour la région de Sikasso, qui est la plus longue du pays. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les femmes qui ne sont pas allées à l'école ont une durée d'aménorrhée plus longue (12,0 mois) que celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (4,4 mois).

Bien entendu, la durée de non-susceptibilité est totalement dépendante de la durée de l'aménorrhée et de l'abstinence. Elle suit donc les mêmes variations que celles décrites précédemment.

Tableau 6.9 Durée médiane de la non susceptibilité post-partum par caractéristiques socio-démographiques

Nombre médian de mois d'aménorrhée, d'abstinence et de non susceptibilité post-partum, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
15-29	10,6	2,4	11,8	4 705
30-49	13,4	2,3	14,1	3 172
Milieu de résidence				
Bamako	8,0	2,4	9,2	882
Autres villes	11,4	2,2	11,9	1 007
Ensemble urbain	9,4	2,3	10,7	1 889
Rural	12,4	2,4	13,5	5 988
Région				
Kayes	11,9	2,3	13,0	1 119
Koulikoro	11,8	2,3	12,4	1 348
Sikasso	11,2	4,3	13,0	1 654
Ségou	14,5	2,0	14,5	1 390
Mopti	13,3	1,9	14,3	1 103
Kidal/Gao/Tombouctou	12,8	2,1	13,8	382
Bamako	8,0	2,4	9,2	882
Niveau d'instruction				
Aucun	12,0	2,4	13,1	6 640
Primaire	11,9	2,5	12,7	879
Secondaire ou plus	4,4	2,3	9,0	359
Ensemble	11,7	2,4	12,8	7 878

Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel

Au tableau 6.10, figurent les proportions de femmes de 30-49 ans qui ne sont pas enceintes, qui ne sont pas en aménorrhée post-partum et qui sont en ménopause selon les groupes d'âges. L'incidence de la ménopause dans la population féminine est un facteur important dans la détermination du niveau de la fécondité, puisque les femmes en ménopause sont infécondes. L'incidence de la ménopause chez les femmes de 30-49 ans est de 13 % et augmente avec l'âge passant de 3 % des femmes de 30-34 ans à 53 % des femmes de 48-49 ans. On peut constater qu'aux âges où généralement, les femmes sont encore fécondes, une proportion non négligeable s'est déclarée en ménopause : 13 % à 42-43 ans, 29 % à 44-45 ans et 30 % à 46-47 ans. À 48-49 ans, plus de la moitié des femmes sont en ménopause.

Table 6.10 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 ans qui ne sont pas enceintes, qui ne sont pas en aménorrhée post-partum et qui sont en ménopause, EDSM-III Mali 2001

Âge	Pourcentage en ménopause ¹	Effectif
30-34	2,6	1 012
35-39	3,2	979
40-41	9,3	470
42-43	13,3	360
44-45	28,9	430
46-47	29,5	337
48-49	53,4	271
Total	13,4	3 859

¹ Pourcentage de toutes les femmes qui ne sont pas enceintes et qui ne sont pas en aménorrhée post-partum dont les dernières règles ne se sont pas produites dans les six mois ou plus ayant précédé l'enquête.

L'EDSM-III a abordé le sujet des préférences en matière de fécondité par le biais de questions concernant le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant et le nombre total d'enfants désirés. Ces questions ont pour objectif, d'une part, l'évaluation du degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité et, d'autre part, la mesure des besoins futurs en matière de contraception, aussi bien pour espacer que pour limiter les naissances. Un autre objectif est de mieux connaître l'opinion des femmes et des hommes vis-à-vis de la taille idéale de la famille.

Il faut préciser que les données sur les attitudes et opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été l'objet de controverses. En effet, certains chercheurs pensent que, d'une part, les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité reflètent des points de vue éphémères qui sont exprimés sans beaucoup de conviction et que, d'autre part, elles ne tiennent pas compte de l'effet des pressions socio-culturelles et de l'attitude des autres membres de la famille, en particulier de celle du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de fécondité. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont certainement liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur passé.

Malgré les problèmes d'interprétation concernant l'analyse de ces données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats présentés dans ce chapitre peuvent aider à expliquer les forces qui affectent la fécondité au Mali, où la prévalence contraceptive est encore faible et où la fécondité et la natalité restent élevées. L'analyse qui suit porte uniquement sur les femmes en union au moment de l'enquête.

7.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir dépend entre autres du nombre d'enfants actuellement en vie du couple. Il ressort du tableau 7.1 que cette variable est déterminante dans l'analyse du désir d'enfants.

D'après le tableau 7.1 et le graphique 7.1, il apparaît qu'un peu plus d'une femme sur cinq seulement (21 %) a déclaré qu'elle ne désirait plus d'enfants tandis que plus des deux tiers des femmes (72 %) ont répondu vouloir des (d'autres) enfants. Il faut noter que parmi les femmes qui désirent avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, la majorité (38 %) voudrait espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus, et un quart (26 %) voudrait avoir un enfant rapidement. Au total, 59 % des femmes en union, celles ne voulant plus d'enfants (21 %) plus celles désirant espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans (38 %) peuvent être considérées comme candidates potentielles à l'utilisation de la planification familiale.

Comme il fallait s'y attendre, les proportions de femmes qui ne veulent plus d'enfant augmentent selon le nombre d'enfants survivants (graphique 7.1) : elles passent de 3 % chez les femmes qui ont un seul enfant à 9 % chez celles qui ont trois enfants et atteint 56 % chez celles qui en ont six ou plus. Ces femmes ne désirant plus d'enfants ont, en principe, atteint leur descendance souhaitée. Les nullipares se distinguent par leur très forte proportion (93 %) à souhaiter avoir un enfant et la majorité d'entre elles le souhaitent dans l'immédiat : 76 % désirent un enfant dans les deux années à venir, 4 % le souhaitent après deux ans, et 14 % désirent en avoir un sans savoir à quel moment précis. Chez les femmes ayant, au moins, un enfant, le désir d'en avoir un autre reste encore très élevé (il y a encore près d'un tiers des femmes ayant 6 enfants ou plus

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-III Mali 2001

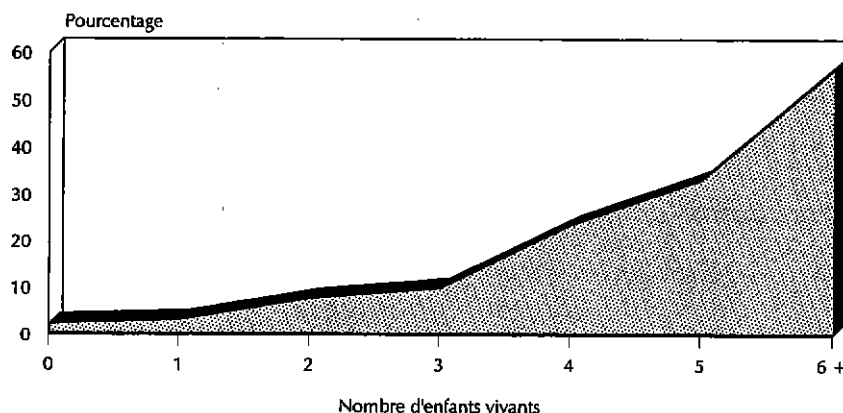
Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt ²	75,7	35,2	27,0	24,6	20,8	17,8	9,1	26,4
Veut un autre plus tard ³	3,7	49,5	53,6	50,8	41,5	33,7	19,6	37,7
Veut un autre, NSP quand	13,7	9,3	8,4	8,6	6,9	5,7	3,7	7,6
Indécise	1,1	1,9	2,3	3,8	4,3	5,4	7,5	4,0
Ne veut plus d'enfants	2,0	2,6	7,2	9,3	23,3	32,6	55,7	21,2
Stérilisée	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0	0,3	0,7	0,3
S'est déclarée stérile	3,6	1,1	1,2	2,2	2,9	4,1	3,4	2,5
ND	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	864	1 782	1 741	1 553	1 397	1 174	2 211	10 723

¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle

² Veut un autre dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Graphique 7.1 Proportion de femmes en union ne voulant plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants



Note : Y compris les femmes stérilisées

EDSM-III 2001

qui en désirent encore) mais, contrairement aux nullipares, la majorité de ces femmes souhaitent avoir l'enfant supplémentaire à un intervalle de plus de deux ans, ce qui correspond à ce qui a été observé du point de vue de l'intervalle intergénérisque (médiane de 30,3 mois; voir Chapitre 4 - Fécondité). On notera cependant qu'au fur et à mesure que la parité augmente, les proportions de femmes désirant un autre enfant diminuent, passant de 94 % de celles ayant un enfant à 69 % de celles ayant 4 enfants et à 32 % de celles en ayant 6 ou plus. Enfin, les proportions des femmes indécises sur leur désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires restent faibles, seulement 4 % de l'ensemble des femmes en union n'ayant pas su se prononcer, mais cette proportion augmente avec le nombre d'enfants vivants pour atteindre 8 % chez celles qui ont 6 enfants ou plus.

Le tableau 7.2 fournit la répartition des femmes en union qui ne veulent plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Globalement, un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) ne veut plus d'enfant. Du point de vue du milieu de résidence, 24 % des femmes du milieu urbain souhaitent limiter leur descendance, contre 21 % en milieu rural; en outre, à Bamako, 24 % des femmes ne veulent plus d'enfant. Cependant, on notera qu'à parité égale, la proportion de femmes voulant limiter leur descendance est toujours plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : parmi les femmes ayant 5 enfants, par exemple, 42 % de celles du milieu urbain ne veulent plus d'enfants contre 30 % de celles du milieu rural. En ce qui concerne la région de résidence : les femmes de Koulikoro et du district de Bamako sont celles qui désirent le plus fréquemment ne plus avoir d'enfant (24 %) et, à l'opposé, les femmes de Mopti sont celles qui expriment ce désir le moins fréquemment (17 %). Concernant le niveau d'instruction, on constate que si parmi les femmes sans instruction et celles ayant fréquenté l'école primaire, la proportion de celles qui ne veulent plus d'enfants est quasiment identique, chez les femmes de niveau secondaire par contre, cette proportion est 1,5 fois supérieure à celle des femmes de niveau d'instruction plus faible (30 % contre 20 %).

Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances selon les caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants, et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Milieu de résidence								
Bamako	1,2	1,7	8,8	15,1	40,1	42,8	71,2	24,1
Autres villes	1,4	3,5	8,4	9,7	28,6	40,5	66,5	24,0
Ensemble urbain	1,2	2,6	8,6	12,1	33,8	41,6	68,5	24,1
Rural	2,3	2,8	7,0	8,9	19,8	30,4	53,3	20,6
Région								
Kayes	1,0	2,3	8,7	9,2	30,8	34,8	57,6	22,8
Koulikoro	2,0	2,8	9,0	10,4	19,4	38,0	60,9	24,1
Sikasso	2,9	2,2	8,9	5,6	14,2	29,5	54,4	21,0
Ségou	0,0	1,4	3,9	9,5	21,8	32,8	51,7	20,8
Mopti	3,5	2,2	5,2	8,4	19,8	24,6	48,9	16,8
Kidal/Gao/Tombouctou	4,6	12,2	8,6	18,6	25,6	30,2	51,9	20,2
Bamako	1,2	1,7	8,8	15,1	40,1	42,8	71,2	24,1
Niveau d'instruction								
Aucun	1,9	3,0	7,2	9,0	21,0	31,5	55,6	21,1
Primaire	1,9	0,6	3,7	9,3	22,6	31,8	56,7	20,2
Secondaire ou plus	2,4	2,9	14,0	20,8	62,4	67,1	76,5	29,7
Ensemble	2,0	2,8	7,4	9,6	23,3	32,9	56,3	21,5

Note : Les femmes/hommes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle.

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non-utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (elles souhaitent espacer leurs naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception¹. Les femmes ayant des besoins insatisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 7.3 donne des estimations des besoins non-satisfaits et satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Alors que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception est très faible chez les femmes en union (8 %, voir Chapitre 5 - Planification familiale), les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont importants puisque plus d'une femme en union sur quatre (29 %) en exprime le besoin. Parmi ces femmes, la grande majorité aurait besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances (21 % contre 8 % pour limiter).

Si les femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 37 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif principal l'espacement des naissances (26 %). À l'heure actuelle, chez les femmes en union, seulement 22 % de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite au Mali.

L'analyse différentielle des besoins en matière de planification familiale met en évidence de légères variations des besoins selon l'âge des femmes. C'est à 15-19 ans et à 40-44 ans que les besoins non-satisfaits sont les plus élevés (32 %); entre 20 et 44 ans, âges auxquels la fécondité et la prévalence contraceptive sont les plus élevées, les besoins non-satisfaits sont encore très importants (entre 27 % et 30 %). De même, la demande potentielle totale reste très importante (entre 36 % et 41 %) avant 45 ans. En outre, on peut noter que jusqu'à 40 ans, les besoins non-satisfaits et la demande potentielle totale en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Au-delà de 44 ans, les besoins non-satisfaits et la demande totale chutent de façon très importante et les femmes expriment beaucoup plus le besoin de limiter que d'espacer leurs naissances.

S'agissant du milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que la demande potentielle en matière de planification familiale est nettement plus élevée en milieu urbain (49 %) qu'en milieu rural (33 %). La demande potentielle au niveau du district de Bamako (57 %) est plus d'une fois et demi plus élevée que celle du milieu rural. Cependant, les besoins non-satisfaits en milieu urbain (31 %) et en milieu rural (28 %) ne sont pas très différents. Quel que soit le milieu, les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que les besoins pour la limitation des naissances (respectivement 22 % et 9 % en milieu urbain et 20 % et 7 % en milieu rural). En milieu urbain, pour 36 % des femmes, les besoins en matière de planification familiale se trouvent satisfaits, contre seulement 15 % en milieu rural. À Bamako, deux cinquième de la demande en matière de contraception est satisfaite (41 %).

Du point de vue des divisions administratives, les besoins non-satisfaits dans les régions de Ségou, Mopti, Kidal\Gao\Tombouctou sont plus faibles (environ 20 %) que dans les autres régions où ils dépassent les 30 %. De même, on observe le même profil concernant la demande potentielle. Excepté le district de Bamako et la région de Ségou, le pourcentage de demande satisfaite n'atteint pas 20 %. C'est à Kayes (15 %), Mopti (15 %) et à Kidal\Gao\Tombouctou (16 %) que les plus faibles proportions de demande satisfaite sont enregistrées.

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2000

Caractéristique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹ pour :			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisatrices) ² pour :			Demande potentielle totale en matière de planification familiale ³ pour :			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif
	Espacer	Limiter	En-semble	Espacer	Limiter	En-semble	Espacer	Limiter	En-semble		
Groupe d'âges											
15-19	30,6	0,9	31,5	4,7	0,2	4,9	35,4	1,1	36,4	13,5	1 178
20-24	28,4	1,1	29,5	6,6	0,4	7,1	35,1	1,5	36,6	19,3	1 987
25-29	25,1	2,0	27,1	7,5	1,1	8,6	32,6	3,1	35,7	24,1	2 076
30-34	21,5	7,1	28,5	6,0	3,7	9,8	27,5	10,8	38,3	25,5	1 833
35-39	16,7	14,1	30,8	4,3	6,3	10,5	20,9	20,4	41,3	25,5	1 569
40-44	9,5	22,1	31,6	1,3	6,6	7,9	10,8	28,8	39,6	20,1	1 190
45-49	2,5	14,8	17,3	0,7	5,0	5,6	3,1	19,8	22,9	24,5	890
Milieu de résidence											
Bamako	24,4	9,1	33,5	14,7	8,8	23,5	39,1	17,8	57,0	41,2	1 245
Autres villes	20,5	9,0	29,4	8,5	4,3	12,7	28,9	13,3	42,2	30,2	1 378
Ensemble urbain	22,3	9,0	31,4	11,4	6,4	17,8	33,8	15,4	49,2	36,3	2 622
Rural	20,4	7,2	27,6	3,0	1,9	4,9	23,4	9,1	32,5	15,1	8 101
Région											
Kayes	25,7	7,7	33,4	3,1	2,9	6,1	28,8	10,6	39,4	15,4	1 558
Koulikoro	24,2	9,7	33,9	3,8	3,2	7,0	28,0	12,8	40,8	17,1	1 839
Sikasso	22,2	8,2	30,4	3,9	2,7	6,5	26,1	10,9	36,9	17,7	2 095
Ségou	15,5	6,9	22,4	5,4	1,9	7,3	20,9	8,8	29,7	24,6	1 875
Mopti	16,0	4,7	20,7	2,6	0,9	3,5	18,6	5,6	24,2	14,6	1 562
Kidal/Gao/Tombouctou	14,9	6,7	21,6	3,3	0,6	4,0	18,3	7,3	25,6	15,5	549
Bamako	24,4	9,1	33,5	14,7	8,8	23,5	39,1	17,8	57,0	41,2	1 245
Niveau d'instruction											
Aucun	20,7	7,6	28,4	3,8	2,1	5,9	24,5	9,8	34,3	17,2	9 042
Primaire	23,7	7,5	31,2	9,0	4,1	13,1	32,7	11,5	44,2	29,6	1 120
Secondaire ou plus	17,2	8,2	25,3	17,9	15,2	33,1	35,1	23,4	58,4	56,6	561
Ensemble	20,9	7,6	28,5	5,1	3,0	8,1	25,9	10,7	36,6	22,1	10 723

¹ Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

³ Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande totale concerne 58 % des femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur contre 44 % des femmes de niveau d'instruction primaire et seulement 34 % des femmes sans instruction. De plus, dans 57 % des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 30 % des cas pour les femmes de niveau primaire et 17 % pour les femmes sans instruction.

Le tableau 7.4 présente les mêmes données que le tableau précédent mais pour l'ensemble des femmes. On constate qu'un quart seulement de leur demande en planification familiale est déjà satisfaite. Ainsi, leur demande potentielle totale (34 %) est largement supérieure au niveau de leur utilisation actuelle

Tableau 7.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de l'ensemble des femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-II Mali 2000

Caractéristique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹ pour :			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisatrices) ² pour :			Demande potentielle total en matière de planification familiale ³ pour :			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif
	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble		
Groupe d'âges											
15-19	17,9	0,7	18,6	5,0	0,4	5,4	22,9	1,1	24,0	22,6	2 565
20-24	25,9	1,1	27,0	8,4	0,7	9,1	34,3	1,7	36,1	25,2	2 339
25-29	23,8	2,0	25,8	8,2	1,3	9,6	32,0	3,3	35,4	27,0	2 208
30-34	20,9	6,8	27,7	6,5	3,8	10,3	27,3	10,7	38,0	27,1	1 900
35-39	16,3	13,6	29,9	4,7	6,3	10,9	21,0	19,9	40,9	26,8	1 624
40-44	9,1	21,2	30,2	1,4	6,3	7,7	10,4	27,5	37,9	20,3	1 245
45-49	2,3	13,6	15,9	0,6	4,7	5,3	2,9	18,3	21,2	24,9	968
Milieu de résidence											
Bamako	17,2	5,7	22,9	14,5	6,2	20,7	31,7	11,9	43,6	47,5	2 114
Autres villes	17,3	7,3	24,6	8,9	3,7	12,6	26,1	11,0	37,2	33,9	1 749
Ensemble urbain	17,2	6,4	23,6	11,9	5,1	17,0	29,2	11,5	40,7	41,9	3 863
Rural	19,2	6,5	25,7	3,0	1,7	4,7	22,1	8,3	30,4	15,5	8 986
Région											
Kayes	24,4	6,9	31,3	3,4	2,6	6,0	27,7	9,5	37,3	16,2	1 734
Koulikoro	22,2	8,6	30,8	4,3	2,9	7,1	26,5	11,5	38,0	18,8	2 055
Sikasso	20,4	7,3	27,7	3,8	2,4	6,1	24,2	9,6	33,8	18,1	2 408
Ségou	15,1	6,3	21,3	5,4	2,0	7,4	20,5	8,3	28,7	25,8	2 078
Mopti	14,4	4,1	18,5	2,9	0,8	3,7	17,3	4,9	22,2	16,5	1 780
Kidal/Gao/Tombouctou	12,3	5,7	18,1	3,2	0,7	3,8	15,5	6,4	21,9	17,6	681
Bamako	17,2	5,7	22,9	14,5	6,2	20,7	31,7	11,9	43,6	47,5	2 114
Niveau d'instruction											
Aucun	19,0	6,8	25,9	3,6	1,9	5,6	22,7	8,8	31,4	17,7	10 275
Primaire	20,3	5,8	26,2	9,4	3,7	13,1	29,8	9,5	39,3	33,3	1 456
Secondaire ou plus	11,9	4,3	16,2	19,6	9,1	28,7	31,5	13,4	44,9	63,9	1 118
Ensemble	18,6	6,5	25,1	5,7	2,8	8,4	24,2	9,2	33,5	25,2	12 849

¹ Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

³ Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

(8 %). Alors que 8 % des Maliennes utilisent actuellement la contraception, 24 % ont des besoins non-satisfaits : au total, la demande potentielle totale en matière de planification familiale pourrait atteindre 34 % si toutes les femmes arrivaient à satisfaire leurs besoins. Tout comme les femmes en union, qu'il s'agisse de l'utilisation actuelle ou des besoins non-satisfaits et, donc, de la demande potentielle totale, il faut noter qu'avant tout, la contraception est orientée vers l'espacement des naissances. Ainsi, parmi les 34 % de femmes susceptibles d'utiliser la contraception, 25 % le feraient en vue d'espacer leurs naissances contre seulement 9 % pour les limiter.

6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DÉSIRÉS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est, pour elle ou pour son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour essayer de savoir quel est ce nombre idéal pour les femmes maliennes, lors de l'enquête, on a posé à toutes les enquêtées l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes sans enfant : ** Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout ? +*
- Aux femmes ayant des enfants : ** Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total ? +*

Ces questions, simples en apparence, peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes ayant déjà des enfants, parce qu'elles doivent se prononcer sur le nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont déjà. Or il peut être difficile pour une femme de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

Il ressort du tableau 7.5 que les femmes maliennes restent très attachées à une descendance nombreuse : en moyenne, le nombre idéal d'enfants est de 6,2 et il atteint 6,5 si on se limite aux seules femmes en union. Le nombre idéal moyen d'enfants par femme demeure assez proche de l'ISF (6,8 enfants). Si l'on examine la distribution des tailles déclarées, il apparaît que pour deux femmes sur cinq (40 %) le nombre idéal est de 6 enfants et plus. Ces résultats confirment l'attachement des Maliennes à une descendance nombreuse.

Par ailleurs, on peut noter une relation entre le nombre actuel d'enfants et la taille idéale qui passe de 5,4 chez les femmes sans enfant à 7,0 chez celles qui ont déjà 5 enfants. Il est difficile de savoir si ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes des générations les plus récentes (et à parité faible), ou s'il s'agit, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit et que se constitue sa descendance.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement en union, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-III Mali 2001

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
0	0,6	0,5	0,4	0,2	0,7	0,6	1,4	0,7
1	0,5	0,4	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3
2	4,5	2,0	2,4	1,5	1,7	2,3	1,6	2,4
3	7,7	5,5	4,1	3,2	2,5	2,7	2,6	4,3
4	22,7	20,7	17,7	10,6	10,3	6,1	7,1	14,5
5	17,1	18,2	15,8	15,3	9,9	10,0	6,9	13,6
6 ou plus	29,9	31,1	35,6	42,9	47,6	47,3	50,2	39,7
Réponses non-numériques	17,0	21,6	23,9	26,2	27,0	30,8	29,8	24,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 457	2 059	1 829	1 598	1 428	1 197	2 280	12 849
Nombre idéal moyen ² d'enfants pour :								
Ensemble des femmes	5,4	5,7	5,9	6,5	6,7	7,0	7,3	6,2
Effectif	2 039	1 614	1 392	1 180	1 042	828	1 601	9 696
Femmes actuellement en union	5,7	5,9	6,0	6,5	6,7	7,0	7,3	6,5
Effectif	672	1 372	1 324	1 146	1 023	813	1 556	7 905

¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle

² Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.

Quelles que soient les caractéristiques étudiées, la taille idéale de la famille tend à augmenter selon l'âge (tableau 7.6), de la même manière qu'elle augmente avec la parité : elle passe de 5,6 enfants pour les femmes de 15-19 ans à 7,4 pour les femmes de 45-49 ans. Là encore, il est difficile de conclure que ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes des générations les plus récentes ou, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit.

L'analyse différentielle de la taille idéale de la famille fait apparaître une tendance similaire d'augmentation selon l'âge, quelles que soient les caractéristiques étudiées (tableau 7.6). Par contre, pour l'ensemble des femmes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, la région de résidence et le niveau d'instruction (graphique 7.2). Les femmes ont pour idéal une famille légèrement moins nombreuse que celles du milieu rural, l'écart absolu observé entre les deux milieux est de 1 enfant. Par rapport à la région administrative, c'est à Bamako que le nombre idéal d'enfants est le plus faible (4,8 pour les femmes et 6,3 pour les hommes) et le plus élevé est enregistré dans la région de Mopti (7,5 enfants). On constate également que le nombre idéal d'enfants est d'autant moins important que le niveau d'éducation est élevé : il passe, par exemple, de 6,6 enfants chez les femmes sans instruction à 5,8 chez les femmes ayant un niveau primaire et à 4,4 chez celles de niveau secondaire ou plus.

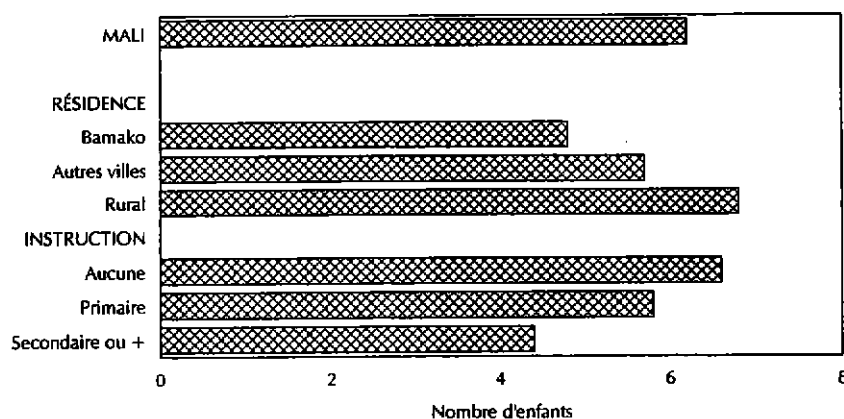
Finalement, on peut noter que, quelles que soient les caractéristiques étudiées, les variations du nombre idéal d'enfants sont assez similaires à celles observées pour les niveaux de fécondité (voir Chapitre 4 - Fécondité).

Tableau 7.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes, par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Âge actuel							Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Bamako	4,7	4,5	4,8	5,0	5,2	5,6	6,0	4,8
Autres villes	4,8	5,5	5,5	6,1	7,0	6,2	7,0	5,7
Ensemble urbain	4,8	4,8	5,1	5,5	6,1	6,0	6,6	5,2
Rural	6,3	6,3	6,5	7,0	7,1	7,4	7,7	6,8
Région								
Kayes	5,0	5,2	5,6	6,4	6,4	6,5	6,8	5,7
Koulikoro	5,3	5,2	5,3	5,4	5,7	5,3	5,6	5,3
Sikasso	6,3	6,2	6,3	6,6	7,6	7,2	7,8	6,6
Ségou	6,0	6,4	6,2	6,8	6,9	7,7	8,0	6,7
Mopti	6,7	7,1	7,5	8,1	7,9	8,0	7,8	7,5
Kidal/Gao/	6,0	7,1	7,0	7,9	8,1	8,5	8,8	7,4
Tombouctou	4,7	4,5	4,8	5,0	5,2	5,6	6,0	4,8
Bamako								
Niveau d'instruction								
Aucun	5,9	6,1	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	6,6
Primaire	5,4	5,1	5,3	6,1	6,7	6,9	8,1	5,8
Secondaire ou plus	4,4	4,2	4,3	4,2	4,5	5,2	4,6	4,4
Ensemble	5,6	5,8	6,0	6,5	6,8	7,1	7,4	6,2

Graphique 7.2 Nombre idéal d'enfants



6.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Lors de l'EDSM-III, on a posé aux femmes des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) : ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des trois dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non-désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

Il apparaît, d'après le tableau 7.7, que la majorité des naissances des trois dernières années (96 %) étaient désirées : la plupart de ces naissances (79 %) se sont produites au moment voulu mais dans 17 % des cas, les femmes auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées représentent seulement 3 %. Quel que soit le rang, la grande majorité des naissances sont voulues et arrivent au moment voulu. Cependant, on peut noter que les naissances de rang élevé (4 et plus) sont moins bien planifiées que les naissances de rangs inférieurs : en effet, 5 % des naissances de rang 4 ou plus n'étaient pas désirées contre moins de 2 % des naissances de rang 1 à 3.

Tableau 7.7 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par type de planification de la fécondité, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDSM-III Mali 2001

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Statut de la naissance ¹ :				Total	Effectif
	Moment désiré	Voulait plus tard	Ne voulait pas d'enfants	ND		
Rang de naissance						
1	84,6	13,1	1,6	0,8	100,0	2 513
2	82,9	15,3	0,7	1,1	100,0	2 273
3	81,6	16,3	0,9	1,2	100,0	1 965
4 ou plus	75,9	18,2	5,0	1,0	100,0	8 091
Âge de la mère						
< 20	81,1	16,3	1,5	1,1	100,0	2 828
20-24	81,0	17,4	0,8	0,7	100,0	3 678
25-29	79,0	18,4	1,5	1,1	100,0	3 371
30-34	77,8	17,4	3,7	1,1	100,0	2 596
35-39	76,0	14,6	8,6	0,8	100,0	1 592
40-44	75,4	8,3	15,3	0,9	100,0	681
45-49	75,6	8,3	15,5	0,5	100,0	95
Ensemble	79,2	16,6	3,2	1,0	100,0	14 842

¹ Y compris la grossesse actuelle

On peut également constater au tableau 7.7 que la proportion de naissances non désirées augmente fortement avec l'âge de la mère, passant de 1 % dans les groupes d'âges les plus jeunes à 9 % à 35-39 ans et à 16 % chez les femmes de 45-49 ans. C'est dans le groupe d'âges à très forte fécondité (15 à 34 ans) que les naissances qui se sont produites plus tôt que souhaité sont les plus fréquentes (15 % à 18 % de ces naissances étaient désirées mais ne se sont pas produites au moment voulu). C'est aussi dans ce groupe d'âges que la proportion de femmes ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale pour espacer leurs naissances est la plus importante. Enfin, il faut noter que près d'un sixième des naissances issues de mères de moins de 20 ans (16 %) étaient désirées, mais elles auraient été souhaitées plus tard.

Le tableau 7.8 présentent une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue au calcul de l'ISF, mis à part que les naissances considérées comme non désirées sont éliminées du numérateur. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes maliennes serait de 6,1 enfants au lieu de 6,8 enfants, soit environ un enfant de moins. Ce niveau de fécondité désirée, inférieur de près d'un enfant à la fécondité réelle, met en évidence l'importance des besoins en matière de planification familiale qu'il reste à satisfaire.

Tableau 7.8 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali 2001

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité
Milieu de résidence		
Bamako	4,06	4,86
Autres villes	5,63	6,29
Ensemble urbain	4,77	5,50
Rural	6,63	7,30
Région		
Kayes	6,31	6,91
Koulikoro	6,18	7,24
Sikasso	6,94	7,56
Ségou	6,45	7,28
Mopti	6,50	6,84
Kidal/Gao/Tombouctou	5,99	6,26
Bamako	4,06	4,86
Niveau d'instruction		
Aucun	6,40	7,09
Primaire	5,88	6,61
Secondaire ou plus	3,54	4,15
Ensemble	6,09	6,78

Note : L'ISF est le même que celui présenté au tableau 4.2.

Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF (graphique 7.4). Les écarts les plus importants entre la fécondité réelle et la fécondité désirée s'observent chez les femmes de la région de Koulikoro (6,2 contre 7,2 enfants par femme). Pour les autres catégories de femmes, l'écart est plus limité, variant de 0,3 à 0,8 enfants.

Le tableau 7.9 présentent le nombre idéal d'enfant et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en fonction de certains indicateurs du statut de la femme. L'analyse différentielle du nombre idéal moyen d'enfants en fonction du nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot et en fonction du nombre de raisons justifiant qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint ne laisse pas apparaître de variations significatives. Tout au plus peut-on remarquer qu'en fonction du nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme, le nombre idéal varie d'un minimum de 5,9 enfants chez les femmes n'approuvant dans aucun cas qu'un mari batte sa femme, à un maximum de 6,5 enfants chez les femmes qui approuvent cinq raisons justifiant le fait qu'un mari batte sa femme.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont importants quel que soit l'indicateur de statut de la femme considéré puisque plus d'une femme sur cinq a des besoins non satisfaits (variant de 21 % à 28 %). La majorité de ces besoins seraient orientée vers l'espacement des naissances. Bien que les variations du nombre idéal moyen d'enfants soient perceptibles uniquement par rapport au nombre de raisons justifiant le fait qu'un mari batte sa femme, il apparaît que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale présentent des variations assez significatives quel que soit l'indicateur de statut

considéré. Les besoins non satisfaits en matière de planification augmentent avec le nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot passant de 22 % pour les femmes n'ayant jamais eu le dernier mot à 28 % pour celles qui ont eu le dernier mot 1 à 2 fois. De même, les besoins non satisfaits augmentent avec le nombre de raisons de refus de rapports sexuels avec le mari : les besoins non satisfaits passent de 23 % chez les femmes qui estiment que dans aucun cas une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari, à 27 % chez les femmes ayant déclaré que dans 3-4 occasions une femme a le droit de refuser les rapports sexuels avec le mari. Par contre, on observe une tendance inverse du point de vue du nombre de raisons justifiant le fait qu'un mari batte sa femme : les besoins non satisfaits passent de 21 % chez les femmes qui trouvent que dans aucun cas un mari n'a le droit de battre sa femme, à 27 % chez celles qui pensent que cela est normal dans cinq différentes circonstances.

Tableau 7.9 Statut de la femme, nombre idéal moyen d'enfants et besoins non-satisfaits

Nombre idéal moyen d'enfants et besoins non-satisfaits pour espacer et limiter, selon les indicateurs du statut de la femme, EDSM-III Mali 2001

Indicateurs du statut de la femme	Nombre idéal moyen d'enfants	Besoin non satisfait en matière de planification famille pour :			Total	Effectif
		Effectif ¹	Espacer	Limiter		
Nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot						
0	6,1	3 589	17,0	5,1	22,0	5 007
1-2	6,3	4 073	21,1	6,9	28,0	5 172
3-4	6,3	1 193	18,5	8,3	26,8	1 596
5	6,3	840	14,3	8,4	22,7	1 073
Nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal de refuser les rapports sexuels au mari						
0	6,2	2 276	16,7	6,5	23,2	3 331
1-2	6,3	4 805	18,3	6,6	24,9	6 280
3-4	6,1	2 616	21,1	6,3	27,4	3 238
Nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal qu'un mari batte sa femme						
0	5,9	1 140	14,6	5,9	20,5	1 444
1-2	6,1	2 188	18,7	6,6	25,3	2 706
3-4	6,3	4 013	18,5	6,5	25,0	5 353
5	6,5	2 355	20,3	6,6	26,9	3 346

¹ Seulement des femmes qui ont donné une réponse numérique.

Au cours de l'EDSM-III, on a collecté des informations sur la santé des mères et sur celle de leurs enfants nés au cours des cinq dernières années qui ont précédé l'enquête. Ce chapitre présente les résultats concernant les soins prénatals et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée et enfin l'accès des femmes aux soins de santé. Ces résultats permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile ; ils contribuent ainsi à l'évaluation et à la planification des politiques et des programmes de santé. L'alimentation des enfants et leur état nutritionnel, évalués à partir des mesures anthropométriques et de la mesure du taux d'hémoglobine par la méthode de l'hémocue, seront présentés au Chapitre 9 (Allaitement, état nutritionnel et anémie).

8.1 SOINS PRÉNATALS, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES

Visites prénatales

Pendant l'enquête, on a demandé aux femmes, pour chaque naissance survenue depuis janvier 1996, si au cours de la grossesse, elles avaient été en consultation prénatale. On a aussi enregistré le nombre de visites prénatales effectuées et la durée de grossesse au moment de la première visite, ainsi que le nombre d'injections antitétaniques qu'elles avaient reçues.

Le tableau 8.1 présente la répartition des femmes qui ont eu une naissance survenue dans les cinq années précédant l'enquête, par type de personnel consulté par la mère durant la grossesse la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Les données concernent seulement les dernières naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête. Lors de l'enquête, toutes les catégories de personnel consulté par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées, mais seule la personne la plus qualifiée a été retenue dans ce tableau. On observe que sur 100 femmes qui ont été examinées, plus de la moitié (57%) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes auxiliaires). Ces consultations ont été principalement effectuées par les infirmières ou sages-femmes auxiliaires (54 %) et dans très peu de cas, elles ont été dispensées par des médecins (3 %). Dans 1 % des cas, la mère a consulté une accoucheuse traditionnelle. Cependant, pour un peu moins d'une naissance sur deux (42%) les mères n'ont fait aucune consultation prénatale.

Tableau 8.1

Il apparaît que, les consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières et sages-femmes auxiliaires) sont légèrement plus fréquentes pour les naissances issues de femmes de moins de 20 ans (60 %) que pour celles issues de femmes plus âgées (57 % pour celles de 20-34 ans et 52 % à partir de 35 ans). On constate également que la proportion de naissances pour laquelle la mère a consulté un professionnel de la santé diminue avec le rang de naissance; en effet, pour 63 % des naissances de rang 1 (qui sont le plus souvent celles issues des femmes les plus jeunes), la mère est allée en consultation, contre 56 % des naissances de rang 4-5 et de 51 % de celles de rang 6 ou plus. Ce même tableau fait apparaître que la proportion de femmes ayant bénéficié de consultations prénatales varie fortement avec le milieu et la région de résidence (graphique 8.1). Si plus des trois-quarts des naissances des zones urbaines (88 %) ont donné lieu à des consultations prénatales, les mères vivant en milieu rural n'ont reçu des soins prénatals que pour 48 % des naissances des cinq dernières années. Corrélativement, c'est en milieu rural que l'on trouve la plus forte proportion de femmes (52 %) qui ne sont jamais allées en consultations prénatales.

Du point de vue régional, les proportions de naissances ayant bénéficié de consultations prénatales varient de 36 % dans la région de Mopti à 46 % dans la région de Ségou, pour atteindre un maximum de 93 % dans le District de Bamako. Cette proportion est de 46 %, en moyenne, pour les trois régions du nord (Kidal/Gao/Tombouctou). Dans toutes les régions on constate que seulement pour 1 % des naissances des cinq dernières années, les femmes ont consulté une accoucheuse traditionnelle pendant leur grossesse. Cette situation s'expliquerait par l'amélioration de l'accès aux structures de soins par la mise en place des centres de santé communautaires et des établissements privés.

Le recours aux consultations prénatales varie de façon très importante avec le niveau d'instruction des femmes. C'est ainsi que pour la quasi-totalité des naissances issues de femmes ayant un niveau secondaire ou plus (96 %) il y a eu un suivi de la grossesse, alors que 77 % des naissances de femmes ayant un niveau primaire et 52 % de celles de femmes sans instruction ont donné lieu à des visites prénatales (graphique 1).

Graphique 8.1

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Au tableau 8.2 figurent les données sur le nombre de visites prénatales effectuées et le stade de la grossesse à la première visite. Seulement près du tiers des naissances (30 %) ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus, ce qui est en accord avec les recommandations de l'OMS. Par ailleurs, on note que pour 17 % des naissances, les mères ont effectué 2 à 3 visites et que pour 5 % des naissances, elles n'en ont effectué qu'une seule. En fait, bien que la fréquence des consultations prénatales ne soit pas élevée au Mali, parmi les femmes qui consultent, plus de la moitié font le nombre de visites recommandées par l'OMS (57 % des femmes qui ont consulté pendant leur grossesse l'ont fait au moins 4 fois).

Tableau 8.2

Par ailleurs, toujours selon les données du tableau 8.2, on constate que, pour moins d'un tiers des naissances (23 %), la première visite prénatale s'est effectuée à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois ; par contre, pour 13 % des naissances, la première visite n'a eu lieu qu'à 6-7 mois de grossesse, compromettant ainsi le nombre et l'espacement régulier des visites prénatales préconisées par l'OMS. Dans seulement 3 % des cas, les femmes ont attendu le huitième mois pour effectuer la première visite. La durée médiane de grossesse à la première visite s'établit à 4,6 mois.

Types de soins prénatals

Le tableau 8.3 donne le pourcentage des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente qui ont reçu certaines informations et/ou qui ont effectué certains examens au cours des visites, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Dans ce tableau figure également la proportion de femmes qui ont reçu du fer et des médicaments antipaludéens. On observe que sur 100 femmes, un peu plus d'un quart seulement (28 %) a été informé des signes de complications de la grossesse ; par contre dans la quasi-totalité des cas (93 %), le poids a été relevé ; la tension et la taille ont été vérifiées dans environ 84 % des cas. Pour deux tiers des femmes (63 %), un examen d'urine a été effectué, et dans 45 % des cas un échantillon de sang a été prélevé. En outre, les résultats montrent qu'environ un tiers des femmes (35 %) ont reçu du fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et enfin dans 60 % des cas, les femmes ont reçu des médicaments antipaludéens.

Tableau 8.3

Selon les résultats, il semble que les femmes de moins de 20 ans (21 %) aient reçu moins d'informations sur les signes de complications de grossesse que celles plus âgées (respectivement 29 % et 32 % pour les 20-34 ans et 35-49 ans). On constate également que pour moins du tiers (29 %) des naissances de rang 6 ou plus, les femmes ont reçu des informations sur les signes de complications de la grossesse. Selon le milieu de résidence les pourcentages de femmes ayant été informées sur les signes de complications de la grossesse varie de 25 % en milieu rural à 33 % en milieu urbain.

Du point de vue régional, le pourcentage de femmes ayant reçu des informations sur les signes de complications de la grossesse varie d'un minimum de 19 % dans la région de Koulikoro à un maximum de 43 % dans la région de Kayes. Paradoxalement le District de Bamako enregistre un faible pourcentage de 29 %. Selon le niveau d'instruction, on constate des écarts importants, la proportion de femmes informées variant d'un minimum de 26 % parmi les femmes sans aucune instruction à un maximum de 36 % parmi les plus instruites.

Vaccinations antitétaniques

Au tableau 8.4 figurent les résultats sur les vaccinations antitétaniques (VAT) reçues par les mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Ces vaccinations faites au cours de la grossesse ont pour but de prévenir le tétanos néonatal qui est l'une des principales causes de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. Pour une protection complète de la mère et de l'enfant, il faut deux injections au cours de la grossesse, avec au moins 30 jours d'intervalle entre les deux piqûres, ou bien une seule injection, si la mère a déjà été vaccinée lors de la grossesse précédente (ou avant toute grossesse)

Tableau 8.4

Environ un peu moins d'une naissance sur deux (49 %) a été protégée par, au moins, une dose de vaccin reçue par les mères durant la grossesse et, dans un tiers des cas (32 %), les femmes ont reçu deux doses de vaccin ou plus. On notera également que la proportion de naissances couvertes par, au moins, une vaccination (49 %) est inférieure à la proportion de naissances pour lesquelles la mère s'est rendue en consultation prénatale (57 %), ce qui pourrait signifier que toutes les femmes qui se rendent en consultation prénatale n'ont pas bénéficié de la vaccination antitétanique. Cependant, on relève surtout que 50 % des naissances n'ont pas du tout été protégées contre le tétanos néonatal.

Selon les caractéristiques socio-démographiques, on ne constate que peu d'écart selon l'âge des mères, la couverture variant de 51 % pour les femmes de 20-34 ans à 43 % pour celles de 35 ans ou plus. Comme attendu, les naissances des femmes résidant en milieu urbain (78 %) sont deux fois mieux protégées, par au moins une dose de VAT, que celles des mères rurales (39 %). Il existe aussi de très fortes disparités régionales dans la couverture de la vaccination antitétanique des mères pendant la grossesse. Ainsi, on constate que dans les régions de Mopti (33 %), Ségou (35 %), au moins le tiers des mères ont bénéficié d'au moins une dose de VAT, contre plus de la moitié dans la région de Sikasso (57 %). Dans les régions de Kidal/Gao/Tombouctou (40 %), Kayes (42 %) et Koulikoro (49 %) moins de la moitié des mères ont reçu au moins une dose de VAT. Le District de Bamako (83 %) a enregistré le taux le plus élevé de mères vaccinées.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, comme pour les consultations prénatales, plus le niveau d'instruction de la mère est élevé et plus la proportion de naissance protégées contre le tétanos est élevée. Ainsi, seulement 44 % des naissances de mères qui ne sont jamais allées à l'école ont été protégées par au moins une injection, alors que cette proportion concerne 64 % des naissances de femmes ayant le niveau primaire et en moyenne 86 % de celles des femmes ayant le niveau secondaire ou plus.

Lieu d'accouchement

Au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, 61 % des naissances ont eu lieu à la maison contre 38 % dans les établissements sanitaires publics, (y compris le secteur communautaire) et privés (tableau 8.5). En outre, le lieu d'accouchement varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate qu'en milieu urbain (79 %), les femmes accouchent plus fréquemment en formations sanitaires qu'en milieu rural (25 %). Selon l'âge on relève peu de variation entre les femmes de moins de 20 ans (40 %) et celles de 35 ans ou plus (35 %). De même, la fréquentation des services de santé pour l'accouchement diminue avec le rang de naissance de l'enfant : d'un maximum de 46 % pour le rang 1, elle diminue au fur et à mesure que la parité augmente pour n'atteindre que 33 % des naissances de rang 6 ou plus.

Tableau 8.5

En ce qui concerne la région de résidence, on constate que les régions de Mopti, de Ségou et de Kayes se caractérisent par les plus faibles proportions de femmes accouchant dans des structures sanitaires (respectivement, 18 % et 32 %). De même, le niveau d'instruction joue un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement : en moyenne 88 % des naissances de femmes ayant un niveau secondaire ou plus se sont déroulées dans un établissement sanitaire, contre 56 % des naissances de mères de niveau primaire et seulement 33 % de celles dont la mère n'a aucune instruction. Les deux tiers des femmes sans instruction (66 %) ont accouché à la maison. En outre, on note que les naissances pour lesquelles la mère n'a effectué aucune visite prénatale se déroulent beaucoup moins fréquemment en établissement sanitaire (9 %) que lorsqu'il y a eu des consultations prénatales, en particulier lorsqu'il y en a eu 4 ou plus (72 %). La concentration des infrastructures sanitaires en milieu urbain, où réside la plupart des femmes ayant fréquenté l'école, explique très certainement, en grande partie, les disparités constatées selon la résidence et le niveau d'instruction.

Assistance lors de l'accouchement

Le tableau 8.6 présente la répartition des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. On constate tout d'abord que 41 % des naissances des cinq dernières années ont été assistées par un professionnel de la santé : dans la majorité des cas, ce sont des infirmières ou des sages-femmes (39 %) qui ont aidé à l'accouchement, les médecins n'intervenant que pour une part négligeable (2 %). Environ un quart des naissances ont bénéficié de l'assistance d'accoucheuses traditionnelles (26 %) et une proportion relativement élevée (18 %) s'est déroulée avec l'assistance des parents ou d'amis.

Tableau 8.6

L'examen des données par caractéristiques socio-démographiques de la mère met en évidence le même type de variations que celles observées à propos du lieu d'accouchement (graphique 8.2). La région de Mopti qui se caractérise par le plus faible pourcentage d'accouchements en structure sanitaire enregistre également la plus faible proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé (20 %). Avec une proportion de 22 % d'accouchements assistés par du personnel de santé, les femmes de la région de Ségou ne bénéficient pas non plus de bonnes conditions d'accouchements. Les naissances qui ont été le plus fréquemment assistées par du personnel de santé sont celles de mères de moins de 20 ans (44 %), les naissances de rang 1 (48 %), celles issues de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (92 %). Par ailleurs, les naissances de mères résidant en milieu urbain sont assistées, en grande majorité, par un professionnel de la santé (84 %) contre seulement 28 % de celles du milieu rural.

Graphique 8.2

Les naissances assistées par des accoucheuses traditionnelles sont peu fréquentes en milieu urbain (6 %) et chez les femmes de niveau secondaire ou plus (4 %) alors qu'elles représentent 31 % des naissances du milieu rural et 27 % des naissances de mères sans instruction. Les parents et amis jouent un rôle non négligeable puisque près d'une naissance sur cinq (18 %) s'est produite avec leur assistance : leur rôle est particulièrement important en milieu rural (22 %), dans la région de Kidal/Gao/Tombouctou (41 %) et quand il s'agit de naissances de femmes sans instruction (19 %).

Enfin, on constate qu'une proportion non négligeable de naissances, plus d'une sur six (16 %), s'est déroulée sans aucune aide. C'est chez les femmes de 35 ans ou plus (21 %) et chez celles de la région de Ségou (32 %) que cette proportion est la plus élevée. La proportion de femmes qui accouchent sans aucune assistance est aussi élevée quand la naissance est de rang 6 ou plus (21 %), issue d'une femme du milieu rural (19 %) et d'une femme sans instruction (18 %).

Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, 1 % a eu lieu par césarienne (tableau 8.7). Cette faible proportion n'est pas surprenante, puisque, respectivement, seulement 2 % et 39 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de médecins et sage-femmes/infirmières/. Comme il fallait s'y attendre, les césariennes, qui nécessitent un environnement hospitalier, sont plus fréquentes à Bamako (5 %) et chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur (5 %).

Tableau 8.7

D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 21 % des cas (tableau 8.7) : parmi ces derniers, 17 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes alors que 3 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes). Précisons que cette information est en partie biaisée dans la mesure où les rares enfants qui ont été pesés sont certainement ceux qui sont nés dans les meilleures conditions (en établissement sanitaire équipé, probablement en milieu urbain et dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus). À la question, très subjective, concernant la *grosseur* de leur bébé à la naissance, 74 % des mères ont déclaré qu'il était *moyen ou gros*, dans 14 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *plus petit que la moyenne* et, dans 8 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *très petit*.

Pour 21 % d'enfants, on dispose à la fois du poids à la naissance et de l'opinion de leur mère sur leur *grosseur*. En combinant ces deux types d'informations pour les 21 % d'enfants, il est possible de déterminer quel est le pourcentage de chaque catégorie (moyen ou gros, plus petit que la moyenne et très petit) qui correspond à des faibles poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). En appliquant cette classification à l'ensemble des enfants nés durant les cinq dernières années et pour lesquels on connaît la *grosseur* d'après leur mère, on estimerait à 26 %, la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Bien qu'il ne s'agisse ici que d'une estimation très approximative qui est, peut-être, excessive et demanderait des investigations supplémentaires, ce résultat est moins biaisé que celui concernant les seuls enfants qui ont été pesés.

Visites postnatales

Le tableau 8.8 présente la répartition des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et dont l'accouchement s'est déroulé en dehors d'un établissement sanitaire, selon l'intervalle de temps entre l'accouchement et le premier examen postnatal et par certaines caractéristiques socio-démographiques. Rappelons que les données ne portent que sur la dernière naissance.

Les résultats montrent que plus de huit femmes sur dix (84 %) n'ont effectué aucune visite postnatale. Dans 10 % des cas seulement, un bilan postnatal a été effectué dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement, 1 % dans les 3-6 jours et 2 % dans les 7-41 jours après l'accouchement.

Tableau 8.8

Selon l'âge on ne constate pas une variation significative des proportions de femmes ayant effectué une visite postnatale. Le rang de naissance n'a pas, non plus, une influence sur la fréquence des soins postnatals. En milieu urbain, après un accouchement, 78 % des femmes n'ont pas effectué de bilan postnatal contre 85 % en milieu rural. Du point de vue régional, le pourcentage de femmes n'ayant pas suivi de consultations postnatales varie de 78 % à Sikasso à 91 % à Mopti. Par niveau d'instruction, on ne constate pas non plus de variations des pourcentages de femmes n'ayant effectué aucune visite postnatale : 85 % chez les femmes sans instruction, 82 % chez celles avec une instruction primaire et 83 % chez les femmes ayant une instruction secondaire ou plus. Toutefois il faut noter que pour les femmes instruites ou celles du milieu urbain, la majorité a accouché dans un établissement sanitaire ; par conséquent, ce tableau ne concerne qu'une minorité de femmes avec instruction ou vivant dans les centres urbains.

Statut de la femme et santé reproductive

Le tableau 8.9 présente trois types de pourcentages selon les indicateurs du statut de la femme : il s'agit du pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins prénatals, du pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins postnatals et enfin du pourcentage de naissances s'étant déroulées avec l'assistance de personnel de santé.

Les trois indicateurs du statut de la femme présentés dans ce tableau sont les suivants: 1) le nombre de décisions prises par la femme, 2) le nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal de refuser les rapports sexuels au mari et 3) le nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal qu'un mari batte sa femme. Tout d'abord, on ne constate pas de variation significative des pourcentages de femmes ayant reçu des soins prénatals quel que soit l'indicateur du statut de la femme.

En ce qui concerne le pourcentage de femmes qui ont effectué des soins postnatals 2 jours après l'accouchement, il semble qu'il y ait une certaine relation avec deux indicateurs : par exemple, on constate que la proportion de femmes ayant eu des soins postnatals augmente en fonction du nombre de décisions auxquelles la femme est associée : de 31 % quand la femme ne participe à aucune décision, la proportion passe à 33 % quand la femme a pris 3-4 décisions et à 43 % quand elle a été associée à la prise de 5 décisions. On constate que la proportion de femmes qui ont effectué des soins postnatals est plus élevée quand la femme estime qu'il n'y a aucune raison qui justifie qu'un mari puisse battre sa femme : 37 % de femmes qui pensent que dans aucun cas un mari n'a le droit de battre son épouse ont effectué des soins postnatals contre 32 % quand elles pensent que dans 3 ou 4 situations, un tel comportement est normal et la proportion tombe à 29 % quand la femme pense que pour 5 raisons, il est normal qu'un mari batte sa femme.

Par contre, la fréquence des soins postnatals ne semble pas être influencée par l'opinion de la femme concernant les raisons justifiant qu'une femme puisse refuser des rapports sexuels à son mari

Le fait que la femme bénéficie d'une assistance lors de son accouchement semble être influencé par le nombre de décisions auxquelles elle est associée : En effet, plus le nombre de décisions prises par la femme est élevé et plus les proportions de naissances assistées par du personnel de santé lors de l'accouchement augmentent. Quand la femme ne participe à aucune décision, 40 % des accouchements sont assistés par du personnel de santé ; quand la femme est associée à 5 décisions, la proportion passe à 47 %. De même, l'opinion de la femme concernant le nombre de raisons qui justifient qu'un mari puisse battre sa femme semble avoir une influence sur la fréquence des accouchements assistés par du personnel de santé : d'un maximum de 44% quand la femme pense que dans aucun cas un mari n'est autorisé à battre sa femme, la proportion tombe à 36 % quand elle pense que pour 5 raisons, un mari peut utiliser la violence contre sa femme.

Par contre, la fréquence des accouchements assistés par du personnel de santé ne semble pas être influencée par l'opinion de la femme concernant les raisons justifiant qu'une femme puisse refuser des rapports sexuels à son mari.

Tableau 8.9

8.2 VACCINATION

Au cours de l'enquête, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, on a enregistré les informations nécessaires à une évaluation de la couverture vaccinale du programme élargi de vaccination (PEV). Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la polio et le DTCoq contre la Diphtérie le tétanos et la coqueluche). D'après le calendrier de vaccination, ces vaccins doivent tous être administrés avant l'âge d'un an.

Selon les recommandations de l'OMS (OMS, 1991), la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Les informations ont été, soit recopiées à partir de la carte de vaccination, soit enregistrées à partir des déclarations de la mère. Ainsi lorsque la carte de vaccination n'était pas disponible, l'enquêtrice demandait à la mère si l'enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio et le DTCoq (y compris le nombre de doses), celui contre la rougeole.

Le tableau 8.10 et le graphique 8.3 présentent les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon les différentes sources d'information : la carte de vaccination, les déclarations de la mère et les deux sources combinées. Seul le groupe d'âges 12-23 mois a été retenu puisque, selon les recommandations de l'OMS, les enfants de ce groupe d'âges devraient déjà être complètement vaccinés. On notera que, dans 48 % des cas, la mère a présenté une carte de vaccination à partir de laquelle les informations ont été enregistrées (T.8.11).

Tableau 8.10

Selon les deux sources ~~moins d'un tiers des enfants de 12-23 mois (29 %) avaient~~ reçu toutes les vaccinations du PEV¹ au moment de l'enquête. Par ailleurs, on constate que le taux de couverture varie selon le type de vaccin : 69 % des enfants ont reçu le BCG (donné en principe à la naissance), 74 % ont reçu la première dose de polio et 61 % celle du DTCoq ; cette proportion diminue ensuite avec les doses et moins de deux enfants de 12-23 mois sur cinq a reçu les trois doses de polio (39 %) et de DTCoq (40 %). Le taux de déperdition² entre la première et la troisième dose est donc très important (35 %). Seulement la moitié des enfants (49 %) sont vaccinés contre la rougeole.

Parmi enfants qui ont reçu toutes les vaccinations, 22 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois, cels selon les deux sources d'information. À l'inverse, 22 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucune des vaccinations du PEV avant l'âge de 12 mois.

Graphique 8.3

La couverture vaccinale complète présente de fortes disparités selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants et de leur mère (tableau 8.11). Au niveau du sexe, on constate que les garçons sont

¹ Il s'agit du BCG, des trois doses de polio et de DTCoq et de la rougeole.

² Le taux de déperdition pour la polio, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

couverts dans un pourcentage très proche de celui des filles (28 % contre 29 %). La couverture vaccinale diminue avec l'augmentation du rang de naissance : de 34 % pour les enfants de rang 1, elle passe à 23 % pour ceux de rang 6 ou plus. Les naissances de rang 1 étant essentiellement issues de jeunes femmes, on peut supposer que ces dernières sont plus sensibilisées que leurs aînées à la vaccination des enfants.

Tableau 8.11

Par milieu de résidence (graphique 8.4), on constate, comme on pouvait s'y attendre, que la couverture vaccinale des enfants du milieu rural est nettement inférieure à celle des enfants du milieu urbain : 22 % seulement des enfants du milieu rural sont complètement vaccinés, contre 50 % en milieu urbain ; à l'inverse, près d'un quart des enfants du milieu rural (26 %) n'ont reçu aucune vaccination du PEV, contre 7 % en milieu urbain. En outre, il faut noter la très forte déperdition entre les doses de polio/DTCoq qui caractérise le milieu rural : 55 % contre 27 % en milieu urbain pour la polio. Du point de vue régional, la région de Mopti se marginalise avec un peu moins de la moitié des enfants (41 %) qui n'ont reçu aucune des vaccinations du PEV et avec un taux de déperdition vaccinale de 69 % entre la première et la troisième dose de DTCoq. Dans les régions de Ségou et de Kidal/Gao/Tombouctou, les proportions d'enfants non vaccinés sont aussi plus élevées que la moyenne nationale (respectivement 36 % et 27 %). La proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés varie de manière significative d'une région à une autre, passant de (61 %) dans le District de Bamako, suivi de Sikasso (35 %), de Koulikoro (30 %), de Kidal/Gao/Tombouctou (24 %) et de Ségou (23 %) pour tomber respectivement à 14 % et 12 % à Kayes et Mopti.

Graphique 8.4

Le niveau d'instruction de la mère joue également un grand rôle dans la couverture vaccinale des enfants. En effet, le niveau de couverture vaccinale est nettement plus élevé chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus (63 %) que chez ceux dont la mère a un niveau primaire (39 %) ou, surtout que chez ceux dont la mère n'a pas d'instruction (25 %). À l'inverse, un quart des enfants de femmes sans instruction (24 %) n'ont reçu aucune vaccination, contre 12 % des enfants des femmes de niveau primaire et 5 % des femmes de niveau secondaire ou plus.

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ont été collectées pour les enfants de moins de cinq ans. Ainsi, il a été possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. Au tableau 8.12 sont présentés les taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. On y trouve également les proportions d'enfants de chaque âge pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 8.12

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ont été collectées pour l'ensemble des enfants de moins de cinq ans. Ainsi, il a été possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des enfants de 12-23 mois, 24-35 mois, 36-47 mois et 48-59 mois. Au tableau 8.12, sont présentés les taux de couverture vaccinale d'après la carte de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. Les proportions d'enfants pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice figurent également dans ce tableau.

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, une carte de vaccination a été présentée à l'enquêtrice dans 35 % des cas et cette proportion varie de 48 % pour les enfants âgés de 12-23 mois à l'enquête à 27 % pour ceux âgés de 48-59 mois. Cette variation peut être le signe d'une amélioration de la couverture vaccinale des enfants mais elle pourrait également résulter du simple fait que, plus les enfants sont âgés plus le risque d'avoir égaré la carte est fréquent. Dans l'ensemble, 58 % ont reçu le vaccin du BCG avant l'âge de 12 mois, 29 % la troisième dose

de DTC et 29 % la troisième dose de polio, 32 % ont été vaccinés contre la rougeole et 16 % ont été protégés contre toutes les maladies du PEV avant l'âge de 12 mois. À l'opposé, 35 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucune de ces vaccinations.

Plus les enfants sont âgés et plus les taux de couverture vaccinale sont faibles, passant de 22 % pour tous les vaccins chez les enfants de 12-23 mois à 14 % chez ceux de 36-47 mois et à 11 % chez les enfants de 48-59 mois. Ces variations peuvent provenir, en partie, de problèmes de mémoire des enquêtées, celles-ci ne se souvenant plus très bien des vaccinations données aux enfants les plus âgés. Cependant, on peut également avancer comme explication une amélioration de la couverture vaccinale au cours des cinq dernières années.

8.3 MALADIES DES ENFANTS

Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et, en particulier, la pneumonie constituent l'une des principales causes de décès d'enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces maladies, on a demandé aux mères si leurs enfants, nés dans les cinq dernières années, avaient souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un véritable diagnostic, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Les soins précoces pouvant éviter des complications des infections respiratoires et même le décès, on a également demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation dans un établissement sanitaire.

On constate que 10 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de toux, accompagnée de respiration courte et rapide, au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête (tableau 8.13). C'est chez les enfants de 6-11 mois (13 %) que les infections respiratoires sont les plus fréquentes (graphique 8.5). Par contre, le sexe de l'enfant et son milieu de résidence ne font pas apparaître d'écarts significatifs de prévalence.

Tableau 8.13
Graphique 8.5

Selon le niveau d'instruction des mères, on constate que les enfants de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (12 %) sont légèrement plus touchés par ces infections que ceux dont la mère a un niveau primaire (10 %) et que ceux dont la mère n'a aucune instruction (10 %).

La fièvre pouvant être un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

D'après le même tableau 8.13, on constate qu'au niveau national, près de trois enfants de moins de 5 ans sur dix (27 %) ont eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, la prévalence de la fièvre présente des écarts importants selon l'âge de l'enfant. Comme pour les infections respiratoires aiguës, ce sont les enfants de 6-11 mois qui semblent les plus touchés (35 %) de même que ceux de 12-23 mois (36 %). Les deux sexes sont touchés de façon uniforme (27 % chacun). À l'inverse de la toux, il existe des disparités dans la prévalence de la fièvre selon le milieu de résidence : 28 % pour le milieu rural contre 24 % pour le milieu urbain. Du point de vue régional, les enfants de Ségou et Sikasso (19 % chacun) sont moins affectés par la fièvre que les enfants des régions de Kidal/Gao/Tombouctou (48 %) et Mopti (33 %).

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës et de la fièvre, plus de quatre enfants sur dix (43 %) ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil (tableau 8.13). Les enfants de 24-35 mois sont ceux qui ont été conduits le plus fréquemment

dans un établissement sanitaire (46 %). Le sexe des enfants ne semble pas avoir d'influence sur le recours aux soins.

La fréquentation des établissements sanitaires est plus importante en milieu urbain (67%) qu'en milieu rural (36 %) du fait, certainement, de la plus grande disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires en ville. Du point de vue régional, on remarque que trois enfants sur quatre souffrant d'IRA et de fièvre dans le District de Bamako (75 %) ont été conduits dans un établissement sanitaire contre près de la moitié à Mopti (44 %) et entre 32 % et 40 % pour les autres régions. En outre, on constate également que les mères du niveau secondaire ou plus (72 %) conduisent presque deux fois plus souvent leurs enfants dans les centres de soins que les femmes sans instruction (40 %).

Possession et utilisation de moustiquaires

Le tableau 8.14 présente le pourcentage de ménages selon la présence de moustiquaire dans le ménage, et parmi les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans, la répartition (en %) selon l'utilisation de moustiquaires dans la nuit précédant l'enquête, et par certaines caractéristiques socio-démographiques. Il ressort de ce tableau que ~~la majorité~~ les ménages disposent d'une moustiquaire. Parmi les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans, dans 68% des cas, tous les enfants ont dormi sous une moustiquaire, dans 6% des cas quelques enfants ont dormi sous une moustiquaire et dans 17% des cas aucun des enfants n'a dormi sous une moustiquaire.

Selon le milieu de résidence, la disponibilité de moustiquaires varie peu. Elle est de 53 % en milieu rural et de 58 % en milieu urbain. Du point de vue régional, la disponibilité de moustiquaire passe d'un minimum de 26% à Sikasso à un maximum de 84 % à Kidal/Gao/Tombouctou.

Quel que soit le milieu de résidence, au moins dans les deux tiers des ménages, tous les enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire dans la nuit précédant l'enquête. Par région, le niveau d'utilisation des moustiquaires par tous les enfants des ménages atteint son maximum dans les régions du nord et de Ségou (81 % chacune), suivies du District de Bamako (75 %) et de la région de Mopti (69 %). Le niveau d'utilisation le plus faible est observé à Sikasso (45 %) et Koulikoro (57 %).

Tableau 8.14

Traitement de la fièvre

Le tableau 8.15 présente le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans, qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, par type de médicaments antipaludéens selon le milieu de résidence. Il ressort de ce tableau que la majorité des enfants (74 %) ont été soignés à l'aide de la chloroquine et d'autres médicaments, 38 % ont reçu de la chloroquine, 20 % de l'amodiaquine et 14 % de l'aspirine et/ou du paracétamol. Le recours à ces médicaments semble être plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural. À titre d'exemple, 54 % des enfants de Bamako ont reçu de la chloroquine contre 50 % dans les Autres Villes et seulement 34 % en milieu rural.

Produits nettoyants pour se laver les mains

Le tableau 8.16 présente le pourcentage de ménages qui possèdent le nécessaire pour se laver les mains, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On constate que 51% des ménages disposent d'un accès à l'eau, 15 % utilisent du savon, des cendres ou tout autre produit de nettoyage, 8% utilisent les trois moyens de nettoyage et 14% n'utilisent aucun moyen de nettoyage. La proportion de ménages qui disposent d'une cuvette pour se laver les mains est de 76 %. Selon le lieu de résidence, il n'y a pas de différence significative par rapport à la disponibilité de l'eau pour les ménages du milieu urbain et rural. Du point de vue régional, le pourcentage de ménages qui utilisent une source d'eau varie de 30 % à Mopti et 31 % à Kidal/Gao/Tombouctou pour atteindre un maximum de 75% à Koulikoro.

Tableau 8.16

Prévalence de la diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. Suivant les recommandations de l'OMS pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Mali s'est engagé dans un programme de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), appelée Kénéyadi, soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDSM-III, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'interview. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient le Kénéyadi et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé soit le Kénéyadi, soit une solution d'eau sucrée et salée.

Selon les données du tableau 8.17, près d'un enfant sur cinq (19 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

Comme on peut le constater au graphique 8.6, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (29 %) et de 12-23 mois (27 %). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait, davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes.

Tableau 8.17

Graphique 8.6

Du point de vue du sexe de l'enfant, on n'observe pas de différences significatives. Par résidence, on constate que les enfants vivant dans le district de Bamako et dans la région de Ségou sont respectivement moins atteints de diarrhée (14 % et 13%) que ceux des autres régions (variant entre 18 % et 28 %).

Selon le niveau d'instruction (tableau 8.18), on n'observe pas de différences entre la proportion d'enfants ayant eu la diarrhée; les proportions variant de 19 % chez les mères sans aucune instruction à 17 % chez les plus instruites alors qu'on s'attendrait à ce que la prévalence de la diarrhée chez les enfants diminue significativement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère.

la disponibilité du nécessaire pour se laver les mains dans le ménage affecte peu la prévalence de la diarrhée. Par contre, l'accès à l'eau a un impact sur la prévalence de la diarrhée; elle est de 14 % chez les enfants vivant dans les ménages ayant accès à l'eau du robinet contre 27 % chez ceux vivant dans les ménages utilisant l'eau des marigots.

Connaissance des sachets de SRO

Le tableau 8.18 indique que parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années précédant l'enquête, 68 % ont déclaré connaître les sachets de Kénéyadi. Le niveau de connaissance des sachets de SRO ne présente pas d'écarts assez importants selon les groupes d'âges des mères. Cette connaissance varie de 65 à 71 %.

Du point de vue de la résidence, la quasi-totalité des femmes en milieu urbain (89 %) connaissent les sachets de Kénéyadi, alors que seulement trois femmes du milieu rural sur cinq (61 %) ont affirmé les connaître.

Dans la région de Mopti (44 %), la connaissance de la solution de réhydratation par voie orale est plus faible que celle des autres régions dont le taux varie entre 63 et 92 %.

Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus ont une meilleure connaissance de la solution de réhydratation orale que celles sans instruction (96 % en moyenne contre 64 %).

Tableau 8.18

Traitement de la diarrhée

Le tableau 8.19 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, seulement 17 % ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie; les enfants de moins de 6 mois (14 %), et ceux de 48-59 mois (11 %) ont été relativement moins nombreux à bénéficier de consultations que les autres enfants. Par ailleurs, les enfants du milieu urbain ont été menés en proportion beaucoup plus importante en consultation (39 %) que ceux du milieu rural (12 %). Au niveau régional, en dehors du District de Bamako (41 %), les pourcentages varient peu dans les autres régions (entre 11 % et 17 %). Par niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants nés de mères sans instruction sont relativement moins nombreux à être conduits en consultation : 15 % contre 23 % des enfants de mères d'instruction primaire et 39 % des enfants de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 8.19

Alors que la proportion de femmes qui ont déclaré connaître la SRO est de 68 %, on constate que seulement 30 % des enfants malades ont reçu une TRO soit sous la forme des sachets de SRO, soit sous forme d'une solution maison. De plus, 17 % des enfants qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation.

Les enfants ayant été traités au moyen d'une TRO sont plus particulièrement les enfants de 6-23 mois (32 % en moyenne – voir également graphique 8.6), ceux résidant en milieu urbain (53 %) et, enfin, ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus (56 %). Près des deux tiers des enfants vivant dans le District de Bamako (64 %), soit une proportion supérieure à celle des autres régions, ont bénéficié d'un traitement par réhydratation orale. Les niveaux d'utilisation de la TRO les plus faibles sont enregistrés à Mopti (9 %) et à Kidal/Gao/Tombouctou (10 %).

Par ailleurs, la majorité des enfants malades (53 %) ont reçu davantage de liquides pendant les épisodes diarrhéiques, et 66 % ont reçu des sachets de SRO, une solution maison ou davantage de liquides.

Par ailleurs, pendant les épisodes de diarrhée, certains enfants ont reçu divers types de traitement, donnés seuls ou en plus de la réhydratation orale. Les traitements administrés sont principalement des comprimés/sirop (26 %) et des remèdes traditionnels (36 %). Par contre, comme nous l'avons annoncé plus haut, 17 % des enfants n'ont reçu aucun traitement. Les comprimés et sirop sont utilisés surtout par les enfants du District de Bamako (34 %) et des régions de Sikasso (31 %) et de Mopti (27 %). Ces médicaments sont aussi utilisés plus fréquemment par les mères de niveau secondaire (41 %) que par celles de niveau primaire (29 %) et celles sans instruction (25 %).

Alimentation pendant la diarrhée

Le tableau 8.20 présente les résultats concernant l'alimentation des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon la quantité de liquides et d'aliments offerts en comparaison avec ce qui est offert d'habitude. Si plus de la moitié des mères (54 %) savent qu'il faut augmenter la quantité de liquides à donner à un enfant en cas de diarrhée, à l'opposé 12 % pensent qu'il faut la diminuer et 20 % pensent qu'il faut donner toujours la même quantité. En ce qui concerne la quantité de nourriture, 13 % des

mères savent qu'il faut donner plus à manger à leur enfant malade, 30 % pensent qu'il faut diminuer la quantité de nourriture et 28 % pensent qu'il faut donner la même quantité.

Ces résultats démontrent que les mères devraient être beaucoup mieux informées sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides et d'aliments à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques de façon à éviter les risques de déshydratation et d'affaiblissement et, ainsi, de réduire la mortalité qui peut en résulter.

Tableau 8.20

Problèmes perçus pour l'accès aux soins de santé de la femme

L'accès des populations-cibles aux soins de santé qui leur sont destinés est l'une des conditions primordiales à réaliser par les dispensateurs de soins pour arriver à changer favorablement la situation sanitaire de ces populations. Au cours de l'enquête, on a cherché à connaître les types de problèmes rencontrés par les mères pour avoir accès aux soins de santé.

Selon les données du tableau 8.21, le manque d'argent représenterait l'obstacle majeur rencontré par les femmes pour suivre le traitement prescrit dans les établissements de santé. En effet, plus de la moitié des femmes (51 %) ont signalé avoir à faire face à cet obstacle. L'importance de ce problème augmente sensiblement avec l'âge et la parité. Il affecte également davantage les femmes du milieu rural que celles du milieu urbain (60 % contre 33 %). En outre, le problème du manque d'argent se pose de manière plus aiguë aux femmes qui n'ont pas d'instruction qu'aux autres, ce qui traduit, probablement, l'écart de niveau socio-économique entre ces femmes. Au niveau de la région, le problème d'argent se pose particulièrement avec acuité pour Kidal/Gao/Tombouctou (75 %) et Mopti (69 %). Comme il fallait s'y attendre, le District de Bamako jouit d'une position plus favorable par rapport aux autres régions (seulement 32 % des femmes ont cité le manque d'argent).

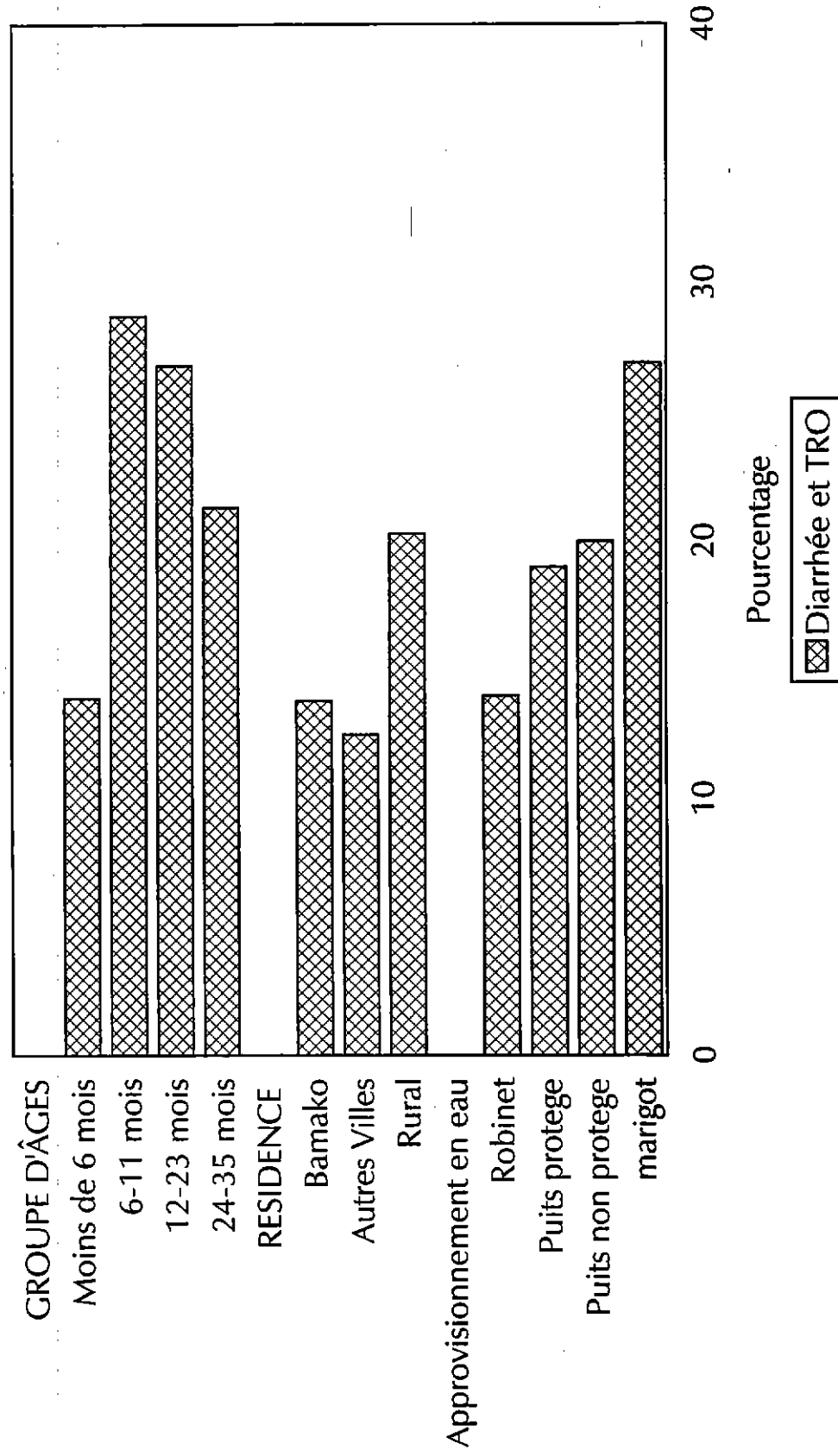
Deux autres problèmes importants ont été rapportés par les femmes : l'obligation de prendre un moyen de transport (41 %) et la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (40 %). Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents dans le milieu rural que dans le milieu urbain et ils sont d'autant plus fréquents que le niveau d'instruction est bas. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés. C'est dans les régions de Mopti et de Kidal/Gao/Tombouctou que les problèmes de distance et de transport ont été rapportés le plus fréquemment.

Les autres problèmes évoqués sont : le souhait de ne pas vouloir aller toute seule (31 %), la méconnaissance de l'endroit pour le traitement (22 %) et le fait de demander la permission d'aller se soigner (18 %).

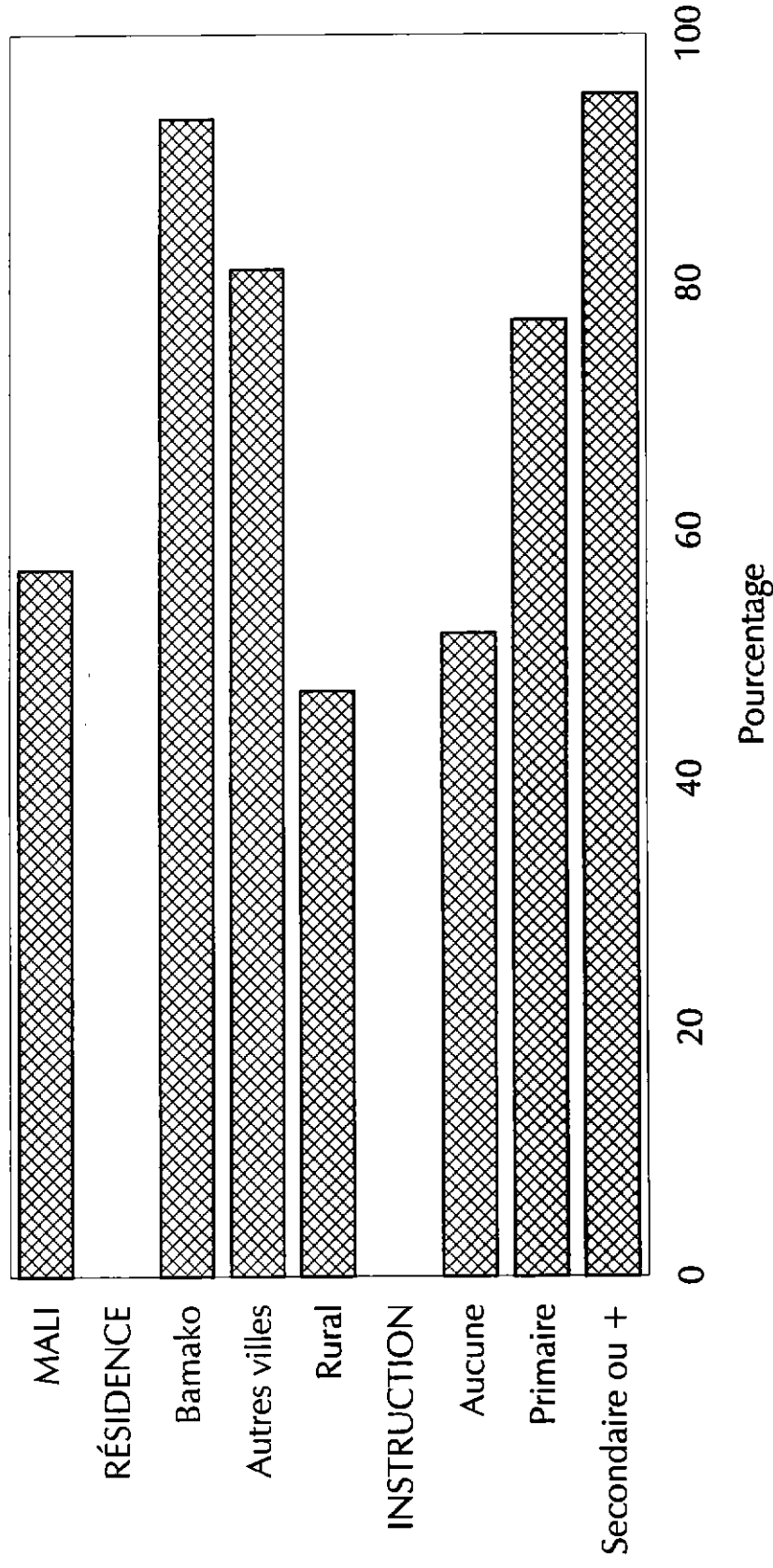
Globalement, deux femmes sur trois (67 %) ont déclaré avoir, au moins, un des problèmes évoqués, et les femmes du milieu rural (74 %), celles de Mopti (84 %) et des régions du nord (83 %), et celles sans instruction (71 %) sont celles qui ont le plus fréquemment mentionné des problèmes pour accéder aux soins de santé.

Tableau 8.21

Graphique 8.6 Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

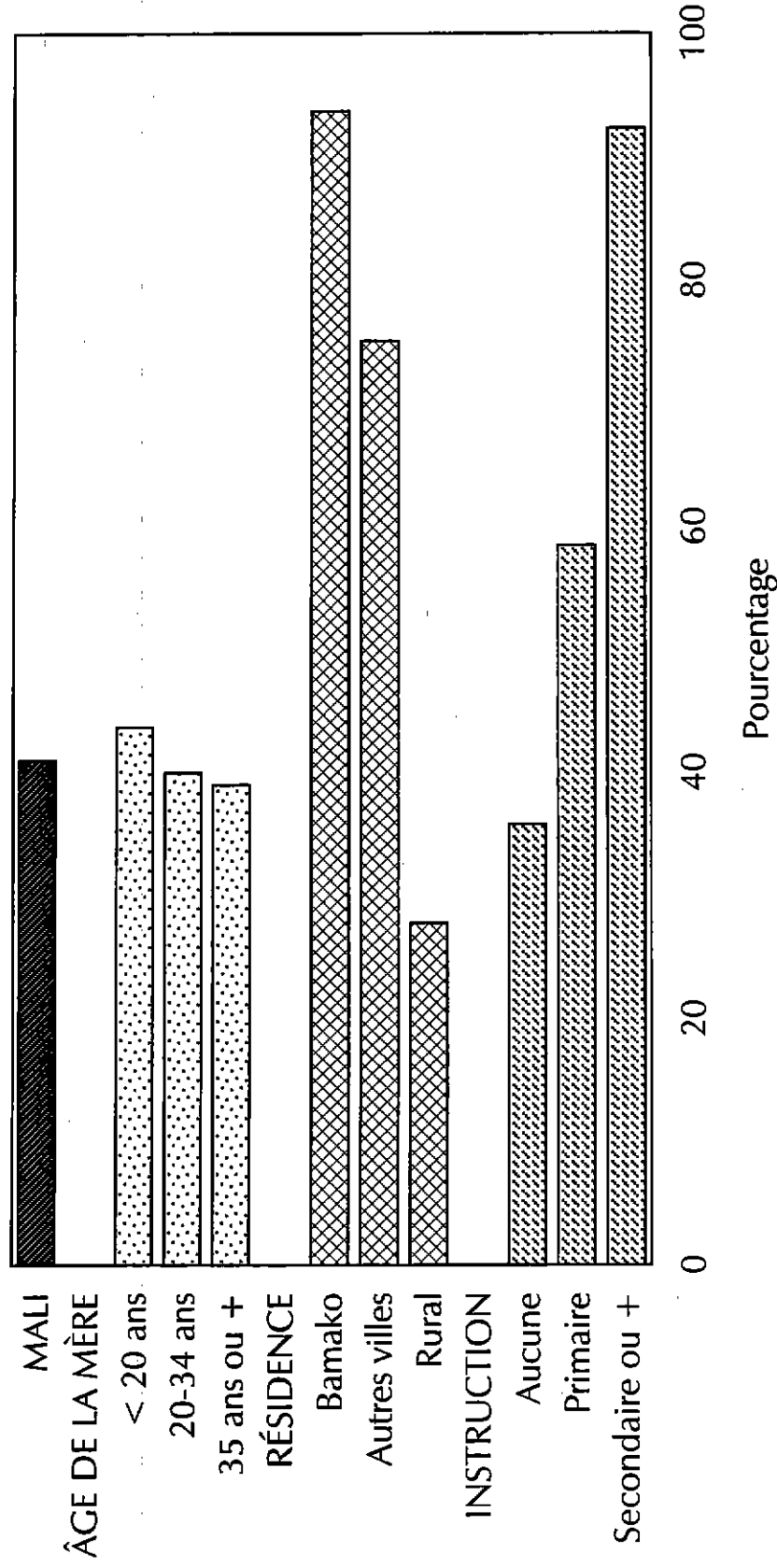


Graphique 8.1 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse



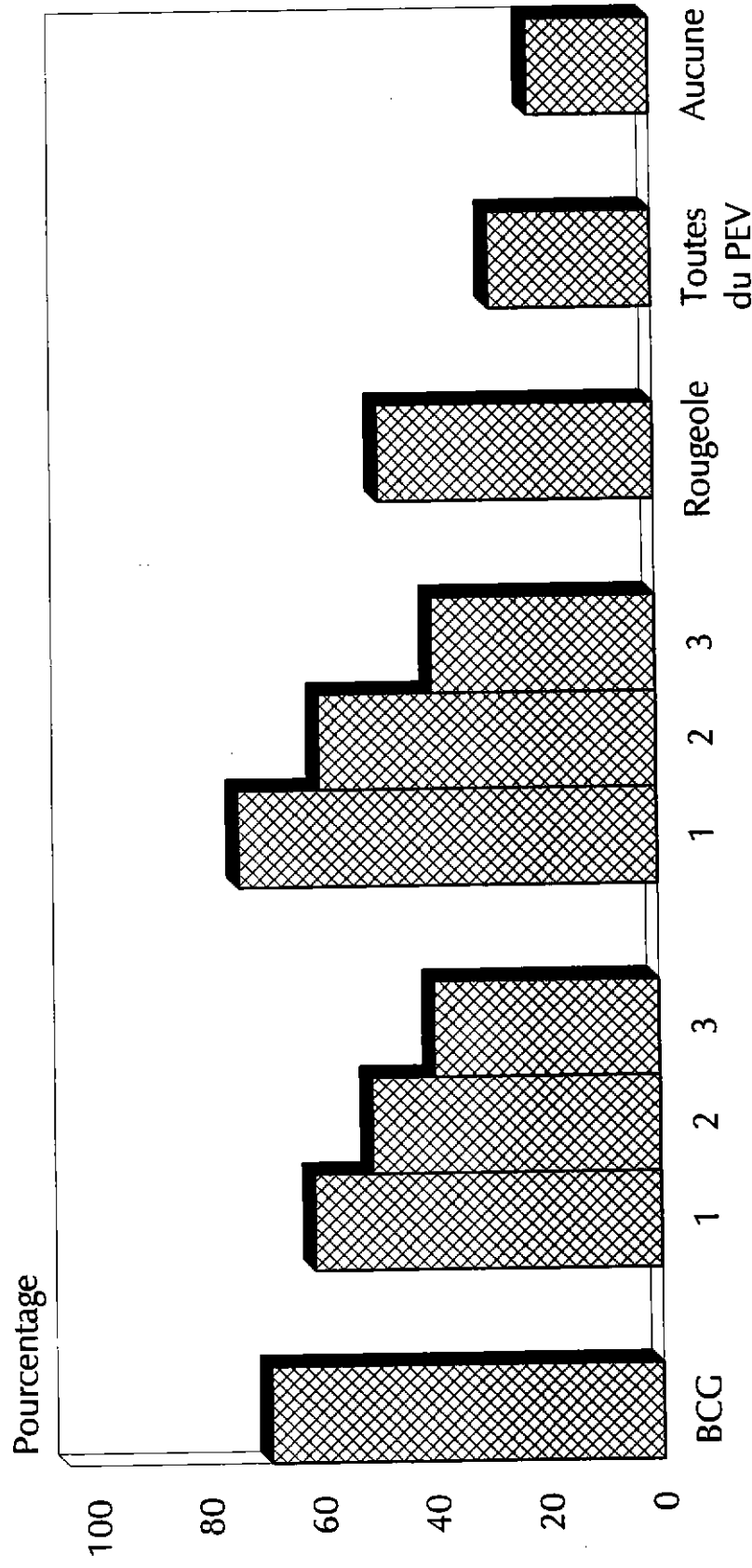
Note : Soins prénatals par un médecin, une sage-femme, une sage-femme auxiliaire ou une infirmière.

Graphique 8.2 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés avec l'assistance d'un professionnel de la santé



Note : Assistance par un médecin, une sage-femme, une sage-femme auxiliaire, une infirmière.

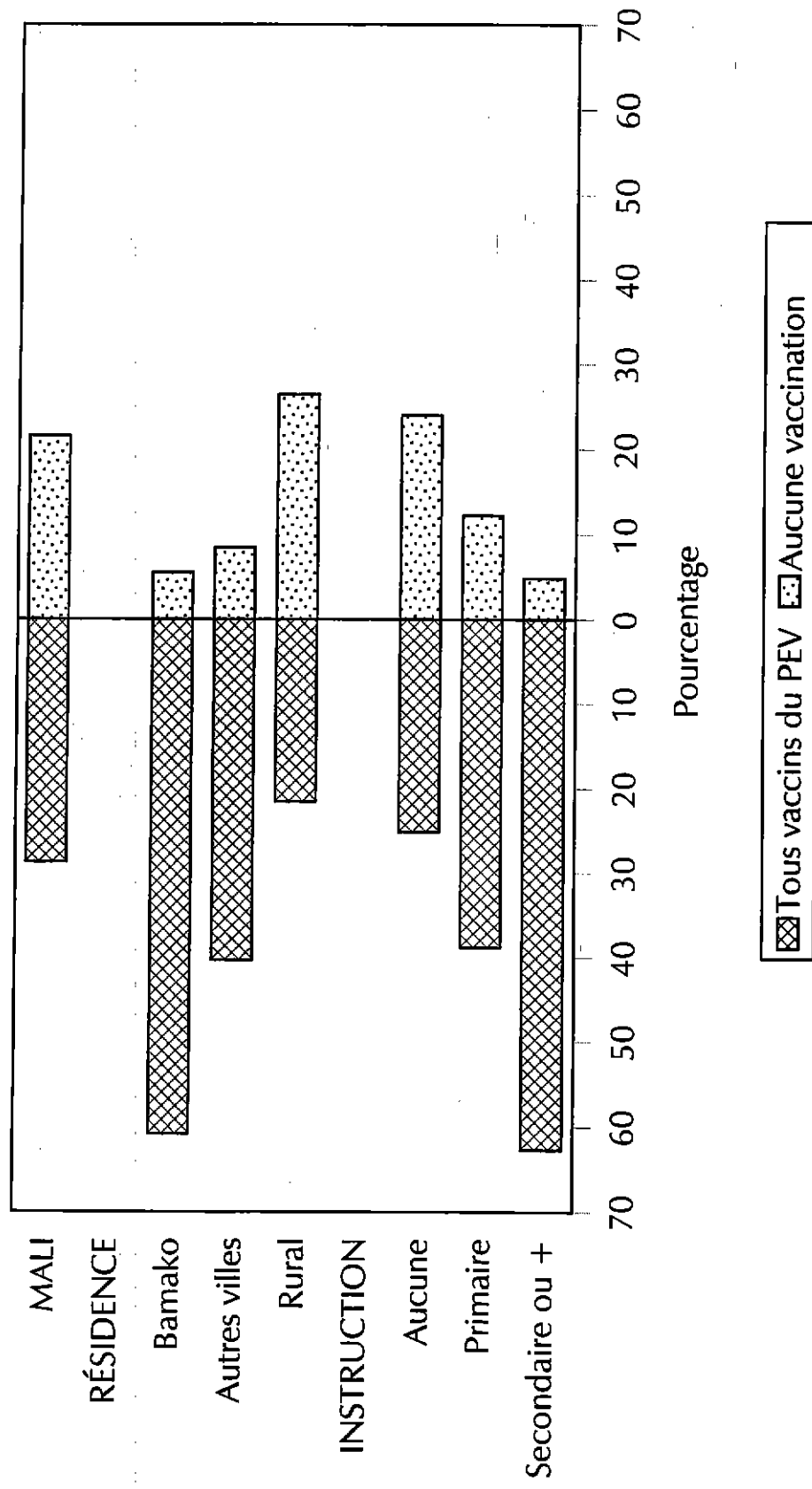
Graphique 8.3 Vaccinations des enfants de 12-23 mois (selon le type de vaccin)



DTCoq Polio

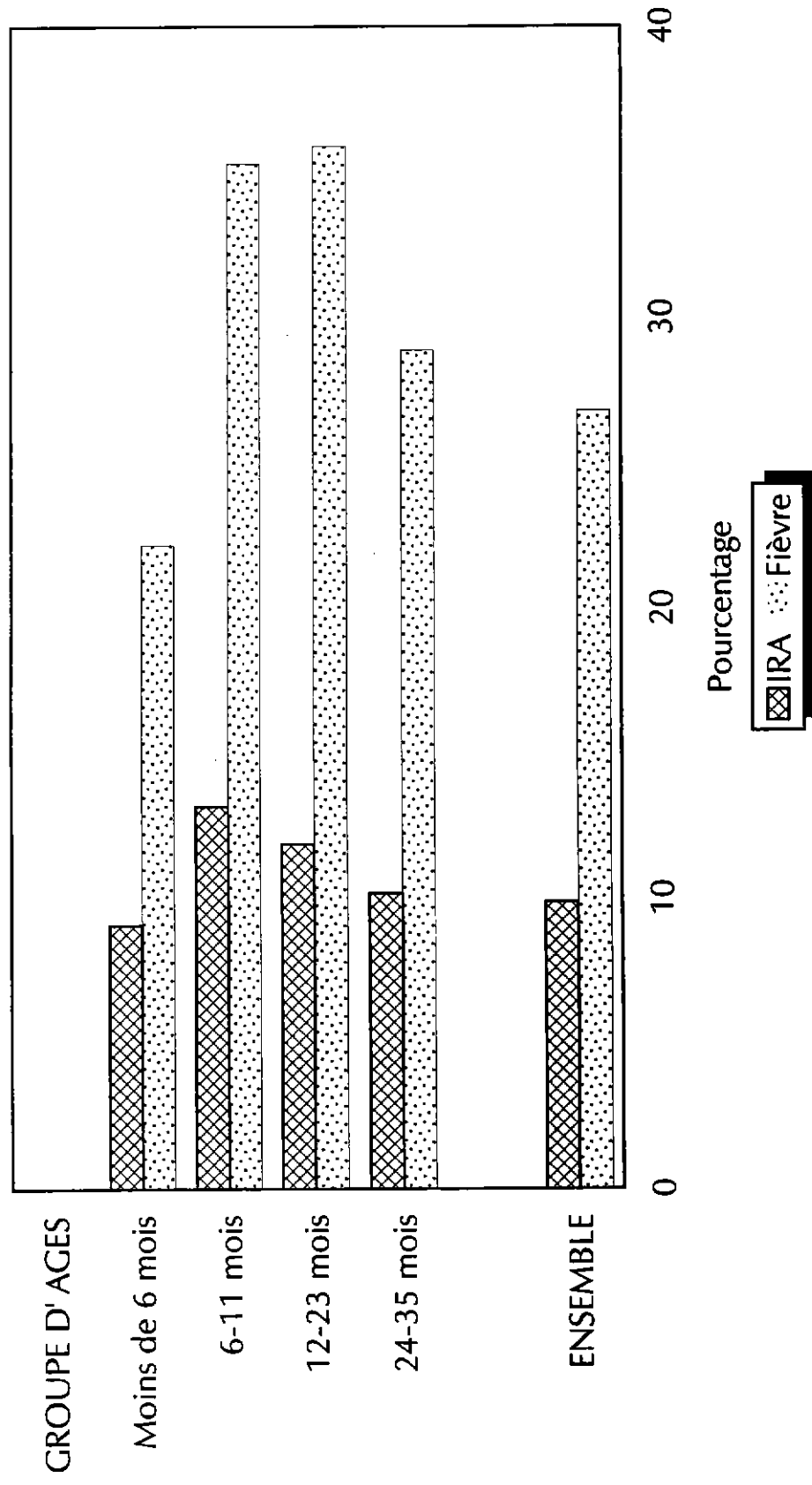
selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère

Graphique 8.3 Pourcentage d'enfants 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination



Note : Informations selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère.

Graphique 8.4 Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans selon l'âge



Ce chapitre est consacré à l'analyse des données sur l'alimentation des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément en constituent la première partie. La deuxième partie est consacrée aux résultats concernant les mesures anthropométriques des enfants et des femmes (taille et poids), à partir desquelles a été évalué leur état nutritionnel. Enfin, la dernière partie est consacrée aux carences en micronutriments : elle porte en particulier sur la prévalence de l'anémie dans la population, sur la consommation de Vitamine A et sur la supplémentation en fer par les femmes; les résultats sur l'utilisation de sel iodé figurent également dans ce chapitre.

9.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte, à son tour, la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. D'autre part, par son intensité et par sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des mères et des enfants.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, à quel moment elles ont commencé à les allaiter, pendant combien de temps elles les ont allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge ont été introduits des aliments de complément et enfin de quel type d'aliments il s'agissait. On a également demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

Début de l'allaitement

On constate que la presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (97 %), ont été allaités pendant un certain temps (tableau 9.1) et que cette pratique est presque uniforme quelles que soient les caractéristiques de la mère. Cependant, on constate que seulement 32 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois dans l'heure qui a suivi la naissance et que, globalement, 82 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois au cours des 24 heures suivant la naissance. Ainsi, bien que l'allaitement soit quasi général au Mali et que la majorité des femmes allaitent dans les 24 heures suivant la naissance, il n'en reste pas moins qu'environ un enfant sur cinq (18 %) n'est pas allaité durant son premier jour d'existence. Sur le plan nutritionnel, ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant. En effet, c'est lors des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient des anticorps de la mère et qui sont essentiels pour lui éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit, à la place du lait maternel, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Tableau 9.1

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment de la mise au sein de l'enfant varie selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. Concernant le milieu de résidence, c'est en milieu urbain que la proportion d'enfants allaités au cours de l'heure suivant la naissance est la plus importante (41 %), contre 30 % seulement en milieu rural. Au niveau régional,

seulement 19 % des enfants de Koulikoro sont allaités dans l'heure qui suit la naissance, suivis de ceux de Kidal/Gao/Tombouctou avec 22 % et des enfants de Kayes avec 27 %. Le niveau d'instruction des mères joue de façon positive sur le début de l'allaitement. En effet, 32 % des enfants de mère sans instruction ont été allaités durant la première heure contre 33 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et 41 % de ceux dont la mère a, au moins, le niveau secondaire.

Lorsque la mère a accouché avec l'assistance de personnel médical, on constate que, dans 36 % des cas, l'enfant a été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance ; cette proportion est de 31 % lorsque la mère a été assistée par une accoucheuse traditionnelle, de 30 % quand elle a été assistée par une autre personne et de 29 % quand elle n'a reçu aucune aide. De même, quand les femmes accouchent dans un centre de santé, 37 % de leurs enfants sont allaités durant la première heure, contre 30 % de ceux qui sont nés à la maison. Ces résultats mettent en évidence la méconnaissance par les mères des avantages de la mise au sein de leurs enfants dès la naissance. En général, les variations observées selon les caractéristiques socio-démographiques pour la mise au sein de l'enfant dans l'heure suivant la naissance sont identiques à celles observées pour le début de l'allaitement durant le jour suivant la naissance. Toutefois, il faut noter qu'au niveau régional, seulement 55 % des enfants de Kayes sont allaités durant les premières 24 heures ; ce niveau est de loin inférieur à celui des autres régions dont les niveaux varient entre 80 % et 90 %.

Introduction de l'alimentation de complément

L'allaitement exclusif correspond à la consommation exclusive de lait maternel et il est recommandé jusqu'à l'âge de six mois. Par contre, à partir de cet âge, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins de l'enfant. Cependant, l'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24 heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'à propos des enfants derniers-nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans, dans la mesure où pratiquement tous les enfants sont sevrés au-delà de cet âge.

On constate au tableau 9.2 et au graphique 9.1 que, dès leur naissance, presque tous les enfants sont allaités (99 %) et cette pratique se poursuit très longtemps après la naissance puisque, à 27 mois, 95 % ~~sont encore allaités~~. Cette proportion décroît ensuite sensiblement et au-delà de 27 mois, cette proportion n'est plus que de 23 % environ. Par contre, la pratique de l'allaitement exclusif est très peu courante. Dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent de donner à l'enfant autre chose que le lait maternel : à 0-1 mois, 55 % des enfants reçoivent de l'eau seulement en plus du lait maternel, 6 % reçoivent d'autres types de liquides (y compris d'autres types de lait) et 3 % reçoivent déjà des aliments de complément ; ces proportions passent, respectivement, à 65 %, 9 % et 4 % dès l'âge de 2-3 mois, et seulement 22 % des enfants de ce groupe d'âges sont allaités uniquement au sein. Globalement, seulement un quart des enfants (25 %) de 0-5 mois sont nourris selon les pratiques recommandées, c'est-à-dire qu'ils sont allaités exclusivement. Par contre, à 6-9 mois, âge auquel tous les enfants devraient encore être allaités, mais aussi recevoir des aliments de complément, seulement 32 % des enfants maliens sont nourris de cette façon.

Tableau 9.2

Graphique 9.1

L'utilisation de biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est généralement associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier les maladies diarrhéiques du fait de la difficulté à nettoyer le biberon correctement et à stériliser les tétines. On constate au tableau 9.2 que le biberon est très peu utilisé par les mères maliennes puisque 4 % des enfants de moins de 6 mois avaient reçu quelque chose au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête ; à 12-15 mois, l'utilisation du biberon est de 5 % seulement.

Durée et fréquence de l'allaitement

La durée médiane de l'allaitement est estimée à 22,6 mois au niveau national et la durée moyenne (23,1 mois) est légèrement supérieure (tableau 9.3). Si on se limite à l'allaitement exclusif ou à l'allaitement accompagné seulement d'eau, les durées médianes sont très courtes (respectivement, 0,6 et 8,5 mois). On constate en outre des variations relativement importantes selon les différentes caractéristiques des femmes et des enfants. La durée médiane d'allaitement est la même selon le sexe de l'enfant (22,6 mois pour les deux sexes), par contre, par rapport à Bamako, la durée de l'allaitement est supérieure d'environ 3 mois en milieu rural (23,3 contre 20,1 mois). De même, elle est plus longue d'environ 10 % chez les femmes sans instruction par rapport aux femmes de niveau secondaire (22,8 contre 20,8). Au point de vue régional, la durée médiane d'allaitement varie d'un minimum de 20,1 mois à Bamako à un maximum de 24,5 mois à Sikasso.

Tableau 9.3

Au tableau 9.3, figure également la moyenne de l'allaitement. La valeur ainsi obtenue pour le Mali est de 23,1 mois. Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir le tableau ci-dessous), on peut constater que la durée moyenne d'allaitement au Mali ne se différencie pas particulièrement des durées observées dans les autres pays africains.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroun	1998	18,2
Côte d'Ivoire	1998-1999	20,2
Sénégal	1992-1993	20,4
Tanzanie	1999	20,4
Niger	1998	20,7
Tchad	1996-1997	22,0
Guinée	1999	22,2
Ouganda	2000-2001	22,6
Mali	2001	23,1
Togo	1998	24,3
Éthiopie	2000	24,9
Burkina Faso	1998-1999	26,9

Par ailleurs, le tableau 9.3 met en évidence le fait que la majorité des enfants de moins de six mois (97 %) ont été allaités six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête et que le nombre d'allaitements est légèrement plus élevé pendant le jour que la nuit (7,7 fois contre 4,2 fois en moyenne). En outre, on constate que la proportion d'enfants qui ont été allaités 6 fois ou plus au cours des dernières 24 heures diffère très peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

Types d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments donnés aux enfants derniers-nés de moins de trois ans sont présentées au tableau 9.4 selon la situation des enfants par rapport à l'allaitement. Au Mali, l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides a lieu à un âge relativement beaucoup trop précoce. Ainsi, au cours des dernières 24 heures, parmi les enfants de moins de 2 mois, en plus du lait maternel, 4 % ont reçu des préparations artificielles pour bébé, 3 % ont reçu d'autres laits ou des produits laitiers (fromage et yaourt), 3 % ont reçu des liquides autres que du lait (artificiel ou d'animal), 2 % ont reçu des céréales et 5 % ont reçu une nourriture solide ou semi-solide quelconque.

Tableau 9.4

L'OMS recommande l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation des enfants à l'âge de 6 mois, parce qu'à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Mali, une proportion non négligeable d'enfants consomme des céréales et des tubercules ou racines avant l'âge de 6 mois. Par contre, à 6-7 mois, une proportion insuffisante d'enfants consomme des aliments solides ou semi-solides suffisamment variés en plus du lait maternel et riches en protéines et minéraux : 19 % consomment des céréales, 8 % des fruits et/ou légumes, 2 % des tubercules ou racines, et 9 % seulement de la viande, de la volaille du poisson et/ou des oeufs. Comme on pouvait s'y attendre, au même âge, la proportion d'enfants non allaités qui consomment les différents types d'aliments est plus élevée que pour les enfants allaités.

Le tableau 9.5 présente la fréquence des aliments reçus par l'enfant au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête. Le nombre moyen de fois où les enfants ont reçu certains aliments est extrêmement faible variant entre 0 et 0,1 pour les enfants de moins de 6 mois et entre 0 et 0,5 fois pour les enfants de 6-9 mois. Comme on l'a constaté dans le tableau 9.4, le tableau 9.5 montre également que les enfants non allaités semblent recevoir plus d'aliments de supplément que ceux qui sont allaités.

Tableau 9.5

Le tableau 9.6 présente le nombre moyen de fois où les enfants derniers-nés de moins de trois ans ont reçu des aliments particuliers dans les sept jours précédant l'enquête. Ce tableau montre la même tendance que celle observée dans le tableau précédent. La seule différence c'est que le nombre moyen est plus important – comme attendu – pour 7 jours que pour 24 heures. Ainsi, en une semaine, le nombre moyen de fois se situe entre 0 et 5,7 pour les enfants allaités de moins de 6 mois et varie entre 0,1 et 6,4 fois pour les enfants allaités de 6 à 9 mois.

Tableau 9.6

9.2 IODATION DU SEL, VITAMINE A ET CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE CHEZ LES ENFANTS ET CHEZ LES FEMMES

Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation de sel iodé peut entraîner un retard dans le développement mental (crétinisme) de l'enfant et favoriser l'apparition du goitre chez les adultes. Elle peut également accroître les risques d'avortements spontanés, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité infantile. Jusqu'à récemment, la consommation du sel iodé n'était pas entrée dans les mœurs des Maliens et, en règle générale, le sel produit localement n'était pas iodé.

Lors de l'EDSM-III, les enquêteurs demandaient, dans chaque ménage, un peu de sel utilisé pour la cuisine. Ce sel était testé au moyen d'un "kit" fourni par l'UNICEF permettant de déterminer la teneur en iode du sel. Le test permet de savoir si le sel n'est pas du tout iodé ou s'il est iodé à plus ou moins de 15 parts par million (PPM). Le sel qui contient au moins 15 PPM d'iodé est considéré comme suffisamment iodé. Il faut noter que le sel a été testé dans 67 % des ménages, et que 22 % de ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête.

Il ressort du tableau 9.7 que dans l'ensemble du pays, moins de 36 % des ménages utilisent du sel non iodé et plus de 64 % disposent du sel iodé. Cependant, dans seulement 37 % des ménages, le sel est suffisamment iodé. Le pourcentage de ménages disposant de sel iodé est nettement plus élevé en milieu urbain (78 %) qu'en milieu rural (61 %). Par ailleurs, 47 % des ménages urbains disposent du sel iodé à 15 PPM ou plus contre 34 % des ménages ruraux. Par région, on constate que la proportion de ménages disposant de sel suffisamment iodé présente de grandes variations, passant d'un minimum de 5 % à Kidal/Gao/Tombouctou à un maximum de 57 % à Bamako et 39 % à Mopti.

Tableau 9.7

Consommation de micronutriments chez les enfants

La carence en vitamine A ou l'avitaminose A affecte le système immunitaire de l'enfant, et augmente ainsi ses risques de décéder des maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants, et affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays qui ont une mortalité infanto-juvénile supérieure à 70 pour mille, et dans lesquels la carence en vitamine est un problème de santé publique, on mette en place un programme de contrôle de la vitamine A.

Tableau 9.8

Le tableau 9.8 présente le pourcentage d'enfants derniers-nés qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept derniers jours¹ et le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu, au moins, une dose de complément de vitamine A (en gélule ou ampoule) au cours des derniers 6 mois.

Dans l'ensemble, environ quatre enfants sur dix de moins de cinq ans (41 %) ont reçu des compléments de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, on constate que ce sont les enfants de 36-47 mois qui ont reçu le plus fréquemment des compléments de vitamine A (43 %). Les proportions d'enfants qui ont reçu des compléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. Les enfants de Bamako sont ceux qui ont reçu le plus fréquemment des compléments de vitamine A (58 %) ; dans les Autres Villes, la proportion est de 53 % et en milieu rural elle n'est que de 36 %. Par niveau d'instruction, ce sont les enfants des femmes les plus instruites qui ont reçu le plus fréquemment ce type de complément (62 %, contre 48 % des enfants quand la mère a un niveau primaire et seulement 39 % quand elle est sans instruction). Du point de vue régional, ce sont les enfants du District de Bamako (58 %), de Kidal/Gao/Tombouctou (51 %) et de Koulikoro (48 %) qui ont reçu le plus fréquemment ce type de supplément nutritionnel. Pour les autres caractéristiques (sexe, rang de naissance, statut de l'allaitement, et âge de la mère à la naissance), les différences constatées ne sont pas importantes.

Pour éviter l'avitaminose A, il est également recommandé que les enfants consomment des aliments riches en vitamine A. Près du tiers seulement des enfants derniers-nés de moins de trois ans ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours précédant l'enquête (32 %).

¹ La liste des aliments considérés comme riches en vitamine A figure en note du tableau 9.4.

Tableau 9.8

La consommation d'aliments riches en vitamine A augmente avec l'âge et ce sont ceux de 24-35 mois qui en ont consommé le plus fréquemment (56 %). Par ailleurs, on ne remarque pas de variation importante de cette proportion selon le sexe et le rang de naissance de l'enfant. Cependant, il faut souligner que les enfants allaités au sein sont moins nombreux à consommer des aliments riches en vitamine A que ceux qui ne sont pas allaités au sein (25 % contre 58 %).

Par rapport au milieu de résidence et à la région, les variations de la consommation des aliments riches en vitamine A sont relativement importantes. Par exemple, par région, on constate que la proportion d'enfants qui ont reçu ce type d'aliments passe d'un minimum de 16 % dans les régions du nord (Kidal/Gao/Tombouctou) et à Mopti à un maximum de 50 % dans le District de Bamako. Selon le niveau d'instruction, on note que lorsque la mère n'est pas instruite, cette proportion est estimée à 30 % contre 55 % chez les enfants dont la mère a, au moins, le niveau d'instruction secondaire.

Consommation de micronutriments et cécité crépusculaire chez les femmes

Lors de l'enquête, on a également demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. À cette question, 18 % des mères ont répondu qu'elles avaient effectivement reçu de la vitamine A après l'accouchement. (tableau 9.9). Cette proportion varie peu selon l'âge de la femme, mais selon le rang de naissance de l'enfant, on constate que cette proportion est légèrement plus élevée pour les naissances de rang 1, 2 et 3 que pour les rangs supérieurs (19 % contre 16 % au rang 6 et plus). Selon le milieu de résidence, on note qu'à Bamako, près du tiers des femmes (33 %) ont reçu des compléments de vitamine A mais qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 13 %. Au niveau régional, la proportion la plus faible de femmes ayant reçu des compléments de vitamine A est observée dans la région de Mopti (6 %), suivie par Kidal/Gao/Tombouctou et Ségou (respectivement 8 % et 13 %). Après le District de Bamako (33 %), ce sont les régions de Sikasso et de Kayes qui se caractérisent par les proportions les plus élevées de femmes qui ont reçu des compléments en vitamine A (environ 20 % chacune). On note également que les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire sont plus nombreuses à avoir reçu des compléments en vitamine A (39 % contre 21 % chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 16 % chez celles n'ayant aucune instruction).

Tableau 9.9

Pour lutter contre la cécité crépusculaire, il faut d'abord lutter contre la carence en vitamine A. En effet, la cécité crépusculaire a souvent pour cause une carence en vitamine A (ou avitaminose A), résultant d'une alimentation pauvre et peu variée et d'une prise insuffisante d'aliments contenant cette vitamine ; cette affection a un effet néfaste sur la santé des femmes.

Au cours de l'enquête on a demandé aux femmes si pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée du jour ou au cours de la nuit. Le tableau 9.9 indique que 19 % des femmes ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années ont déclaré que, pendant leur grossesse, elles avaient eu des difficultés pour y voir à la tombée du jour. Cependant, une proportion importante de femmes ont déclaré avoir eu également des difficultés pour y voir pendant la journée : ces femmes ont donc, semble-t-il, des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. On a donc calculé une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire en éliminant de la cécité crépusculaire « déclarée » les femmes ayant également déclaré avoir des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire « ajustée » ainsi, passe à 6 %. Les proportions de femmes considérées ainsi comme atteintes de cécité crépusculaire varient peu selon l'âge de la femme et le nombre d'enfants nés vivants. On note cependant que cette forme de cécité est moins fréquente en milieu urbain (3 %) qu'en milieu rural (7 %). Au niveau régional, Kidal/Gao/Tombouctou et Mopti détiennent les

proportions les plus élevées de femmes ayant souffert de cécité crépusculaire (respectivement 11 % et 9 % contre 2 % à Kayes et 3 % dans le District de Bamako). Selon le niveau d'instruction de la femme, la prévalence de la cécité crépusculaire ajustée varie de 6 % chez les mères sans instruction à 2 % chez les mères de niveau secondaire ou plus.

Le tableau 9.9 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer durant la grossesse. Dans l'ensemble, Près des deux tiers des femmes (64 %) n'ont pas pris de fer pendant la grossesse. À l'opposé, 18 % en ont pris pendant une durée inférieure à deux mois, 3 % entre 2 et 3 mois et seulement 3 % pendant trois mois ou plus. C'est parmi les femmes les plus instruites que l'on constate les proportions les plus élevées de celles qui en ont pris pendant au moins 90 Jours (14 %) ; parmi celles sans instruction et celles du milieu rural, ces proportions sont de 2 % à peine.

Anémie par carence en fer

Le manque de fer est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde et elle affecte plus de 3,5 milliards dans les pays en développement (ACC/SCN, 2000). L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B₁₂ et en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire, dont à la base, un manque de fer. (DeMaeyer et al., 1989 ; Yip, 1994).

Au cours de l'EDSM-III, au moment de mesurer la taille et le poids des femmes et des enfants, on a également procédé à un prélèvement de sang. Précisons que ce test n'a eu lieu que dans un ménage sur trois de l'échantillon. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lame rétractable (*Tenderlette*) ; b) on laissait alors tomber une ou deux gouttes de sang sur une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (*HemoCue*), appareil qui, en moins d'une minute, pouvait nous donner une mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang ; c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire

L'anémie peut être classée en trois niveaux, selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang ; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer et al., 1989). Ainsi, l'anémie est considérée comme sévère si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si la mesure se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl. Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, l'anémie sera considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang ; on assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1989). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. Au Mali, comme la majorité de la population vit dans des régions très peu élevées, il ne s'est pas avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine à ce qu'elles auraient été au niveau de la mer

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 9.10 indique qu'au Mali plus de huit enfants sur dix (83 %) de 6-59 mois sont atteints d'anémie : 18 % d'anémie légère, 53 % d'anémie modérée et 11 % d'anémie sévère. On ne constate que peu d'écart de prévalence entre les enfants vivant avec leur mère et ceux dont la mère n'est pas dans le ménage.

Tableau 9.10

Du point de vue de l'âge, c'est entre 10 et 23 mois que les enfants sont le plus touchés par l'anémie (89 % en moyenne). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisante. Le niveau par sexe est pratiquement le même (82 % chez les garçons et 84 % chez les filles).

La prévalence de l'anémie est moins élevée à Bamako (73 %) qu'en milieu rural (85 %) et que dans le reste du milieu urbain (80 %) (graphique 9.4). Les régions de Koulikoro (91 %), Sikasso (89 %) et Mopti (90 %) ont les niveaux de prévalence les plus élevés. Par niveau d'instruction, la prévalence de l'anémie est de 84 % chez les enfants dont la mère est sans instruction, de 81 % chez ceux dont la mère a le niveau primaire et de 67 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Graphique 9.4

Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 9.11 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de six femmes sur dix (63 %) sont atteintes d'anémie : 39 % sous une forme légère, 21 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. Bien que la prévalence de l'anémie varie beaucoup par âge (de 58 % à 70 %) et par nombre d'enfants vivants (de 56 % à 66 %), aucune tendance nette ne se dégage. Par contre, les femmes enceintes sont plus fréquemment anémiées (25 % sont atteintes d'anémie légère et 49 % d'anémie modérée ou sévère) que chez les femmes qui ne sont pas enceintes, surtout pour les formes modérée et sévère. L'allaitement, par contre, ne semble pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative : les niveaux d'anémie des femmes qui allaitent sont cependant légèrement plus élevés que ceux observés chez les femmes n'allaitant pas.

Tableau 9.11

La prévalence de l'anémie varie sensiblement selon le milieu de résidence : 50 % chez les femmes de Bamako contre 57 % chez celles des Autres Villes et 67 % chez les femmes du milieu rural. Au niveau régional, les niveaux d'anémie varient d'un minimum de 50 % dans le district de Bamako et de 59 % dans les régions de Sikasso et de Ségou à un maximum de 74 % dans la région de Mopti. L'anémie est plus fréquente parmi les femmes sans instruction que parmi celles qui ont fréquenté l'école (65 % contre 56 % chez celles du primaire et 47 % chez les femmes du secondaire ou plus).

Le tableau 9.12 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la sévérité de l'anémie chez leur mère. Dans 2 517 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leur mère. Globalement, on constate que chez les enfants dont la mère est anémiée, la prévalence de l'anémie est légèrement plus élevée que parmi l'ensemble des enfants (85 % contre 83 %). En outre, parmi les enfants dont la mère souffre d'anémie sévère, 96 % sont anémiés ; de même, c'est aussi quand la mère est atteinte d'anémie sévère que la proportion d'enfants atteints de cette forme grave d'anémie est la plus importante (22 %). Quand la mère souffre d'anémie modérée, la prévalence de l'anémie modérée chez les enfants est aussi très élevée (57 %). Le fait que la mère soit elle-même anémiée semble donc être un facteur déterminant de la prévalence de l'anémie chez les enfants.

Tableau 9.12

9.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

État nutritionnel des enfants

Méthodologie

L'évaluation de l'état nutritionnel des jeunes enfants est un des objectifs majeurs de l'EDSM-III. L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir; par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille² et du poids de l'enfant prises au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans présents dans les ménages enquêtés devaient être pesés et mesurés : les données devraient donc porter sur les 11, 856 enfants répondant à ces critères. Cependant, les résultats présentés ci-dessous ne concernent que 10,099 enfants, soit 85 % des enfants éligibles. Sont exclus des résultats : 9 % d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille ne sont pas connus (l'enfant n'a pas été mesuré parce qu'il était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé), environ 5 % d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement improbables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes), et enfin 1,3 % d'enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet, les indices taille-pour-âge et poids-pour-âge n'ayant de sens que calculés à partir d'informations très précises sur l'âge.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connue sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS³. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts type en dessous de la médiane de la population de référence.

Le tableau 9.13 présente les pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition selon les trois indices anthropométriques et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Parmi les 10,099 enfants pour lesquels l'état nutritionnel est présenté, 9,369 vivaient dans le même ménage que leur mère et leur mère a été enquêtée. Pour ces enfants, l'état nutritionnel a donc pu être analysé selon certaines caractéristiques disponibles à partir du questionnaire individuel-femme, comme le rang de naissance, l'intervalle intergénéral et le niveau d'instruction de la mère. Par ailleurs, pour 721 enfants (soit 7 % des 10 099 enfants qui font l'objet de cette analyse), la mère n'a pas été enquêtée : dans 313 cas, la mère n'a pas été enquêtée pour diverses raisons (par exemple, elle était absente ou malade au moment de l'enquête) mais elle vivait dans le même ménage que son enfant et, dans 408 cas, elle n'a pas été enquêtée parce qu'elle vivait ailleurs ou était décédée. Cette dernière catégorie présente un intérêt particulier car on peut supposer que les

² Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme *taille* sera utilisé ici pour tous les enfants, quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

³ NCHS : National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, des États-Unis); CDC :

Centers for Disease Control and Prevention (Centres nationaux des maladies, des États-Unis); OMS : Organisation Mondiale de la Santé

conditions de vie de ces enfants, et donc leur état nutritionnel, sont très différentes de celles d'enfants vivant avec leur mère.

Retard de croissance

Le tableau 9.13 fournit tout d'abord les proportions d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition chronique. La malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge se traduit par un *retard de croissance*. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et elle ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants sont mesurés. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, * ...il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance. + (Delpuech, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges n'est pratiquement plus rattrapable. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. L'enfant qui a une taille insuffisante pour son âge peut, cependant, avoir un poids en correspondance avec sa taille réelle; pour cette raison, cette forme de malnutrition n'est pas toujours *visible* dans une population.

Tableau 9.13

Selon les résultats du tableau 9.13 concernant l'indice taille-pour-âge, on constate que **près de quatre enfants sur dix (38 %) souffrent de malnutrition chronique** (la taille-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence) et la moitié d'entre eux (19 %) souffrent *de malnutrition chronique sévère* (la taille-pour-âge se situe à moins de 3 écarts type de la médiane de la population de référence). Ces proportions sont extrêmement élevées quand on sait que les niveaux dans une population en bonne santé et bien nourrie sont de 2,3 % (à -2 écarts type) et 0,1 % (à -3 écarts type). En outre, on constate que 46 % des enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage sont atteints de malnutrition chronique contre 38 % de ceux dont la mère est présente dans le ménage.

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence de la malnutrition chronique, qu'elle soit modérée ou sévère (tableau 9.13 et graphique 9.2). La **proportion** d'enfants accusant un retard de croissance augmente très régulièrement et très rapidement avec l'âge : En effet, de 6 % à moins de 6 mois, le niveau de malnutrition chronique augmente et **touche trois fois plus d'enfants à 6-11 mois (20 %)** ; à partir de **12 mois**, elle touche près d'un enfant sur deux (45 % à 12-23 mois et 49 % à 24-35 mois). La forme sévère de ce type de malnutrition touche 7 % des **enfants de 6-11 mois** et concerne ensuite près de 20 % des enfants **à 12-23 mois**. Pour cette dernière catégorie d'âge, la situation est particulièrement préoccupante car, comme on l'a précisé précédemment, c'est avant deux ans que la plupart des enfants accumulent un retard de croissance staturale et, après cet âge, le retard n'est plus rattrapable.

Graphique 9.2

La malnutrition chronique touche légèrement plus les garçons que les filles (39 % contre 37 %). On constate également une augmentation progressive de la malnutrition avec le rang de naissance, mais les différences sont minimales (de 36 % pour les enfants de rang 1 à 39 % pour les enfants de rang 6). L'intervalle intergénéral semble également avoir une influence sur la prévalence de la malnutrition, puisque les enfants nés moins de quatre ans après leur aîné souffrent plus fréquemment de malnutrition que les premiers nés et ceux nés quatre ans ou plus après l'enfant précédent.

Les niveaux de malnutrition chronique présentent de fortes variations selon le milieu de résidence (graphique 9.3). En effet, près de deux fois plus d'enfants accusent un retard de croissance en milieu rural (43 %) qu'en milieu urbain (24 %) ; en ce qui concerne la forme sévère de la malnutrition chronique, il y a

plus de quatre fois plus d'enfants atteints en milieu rural que dans la capitale (5 % par rapport à 22 %). En dehors du District de Bamako, dans toutes les régions, entre 36 % et 48 % des enfants sont atteints de malnutrition chronique : la situation est particulièrement préoccupante dans la région de Sikasso (48 %).

Graphique 9.3

Le niveau d'instruction de la mère est aussi une variable en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente de fortes variations : parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction, les proportions de ceux accusant un retard de croissance sont trois fois plus élevées que celles des enfants dont la mère a une instruction secondaire ou supérieure (40 % contre 14 %). Concernant la malnutrition chronique sous sa forme sévère, les écarts sont encore plus importants : 21 % des enfants de mère sans instruction en sont atteints contre 4 % de ceux dont les mères sont les plus instruites. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent aussi une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène; mais aussi et surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et non diversifiée et par des conditions de logement parfois insalubres. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence de la malnutrition chronique parmi les enfants des femmes sans instruction.

Émaciation

Au tableau 9.13 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec sa taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête), et il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle a eu lieu la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, que ce soient des maladies (rougeole, diarrhée..) ou des déficits alimentaires (sécheresses, périodes de soudure) sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et/ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou *émacié*. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de *malnutrition aiguë modérée*, ceux se situant à moins de trois écarts type sont considérés comme souffrant de *malnutrition aiguë sévère*.

Un peu moins de 11% d'enfants souffrent de **malnutrition aiguë** et environ un dixième d'entre eux sont atteints de la forme sévère d'émaciation (2 %). La proportion d'enfants atteints d'émaciation est environ cinq fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %).

Du point de vue de l'âge (graphique 9.1), ce sont les enfants des groupes d'âges 12-23 mois (un peu plus de 20 %) qui sont les plus touchés. Il n'est guère surprenant que le niveau maximum d'émaciation soit atteint à ces âges. En effet, c'est à 12-23 mois que la majorité des enfants sont sevrés (la durée médiane de l'allaitement est de 22,6 mois) et, très certainement, les aliments de sevrage ne sont pas suffisants pour couvrir les besoins nutritionnels à ces âges, ce qui provoque des carences, une plus grande fragilité face aux infections et à la malnutrition. Par ailleurs, ce groupe d'âges correspond également au stade de développement des enfants où ils commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Le fait qu'après le 2^e anniversaire, les proportions d'enfants émaciés diminuent n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle peut être aussi la conséquence d'une forte mortalité des enfants les plus atteints ; seuls les enfants les moins touchés survivraient après leur 2^e anniversaire.

On constate une légère différence selon le sexe de l'enfant ; elle est en faveur des filles. Mais on ne constate pas de relation nette avec le rang de naissance ou l'âge de la mère. Par contre, la prévalence de l'émaciation diminue légèrement avec l'augmentation de l'intervalle intergénéral : de 11 % quand l'intervalle est inférieur à 24 mois, la proportion passe à 9 % quand l'intervalle est de 48 mois ou plus ; de même, l'émaciation touche 17 % des enfants qui naissent très petits contre 9 % quand ils sont moyens ou gros à la naissance. Du point de vue du milieu de résidence (graphique 9.4), comme pour la malnutrition chronique, c'est à Bamako que la prévalence de la malnutrition aiguë est la plus faible : 6 % contre 10 % dans le reste du milieu urbain et 11 % en milieu rural. Du point de vue régional, la situation est particulièrement préoccupante dans les régions de Kidal/Gao/Tombouctou (16 %) et de Ségou (14 %). Concernant le niveau d'instruction des mères, comme il fallait s'y attendre, ce sont les enfants dont la mère a un niveau au moins secondaire qui sont le moins atteints (5 %).

Graphique 9.4

Insuffisance pondérale

Le tableau 9.13 présente enfin l'état nutritionnel des enfants mesurés au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indice est un *indice combiné*, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une insuffisance pondérale. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer entre les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et celles qui sont récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins de trois écarts type sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale sévère*.

Près d'un enfant malien sur trois (33 %) souffre d'insuffisance pondérale et 11 % d'insuffisance pondérale sévère. Ces proportions sont très largement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3 % et 0,1 %).

Comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition déjà fréquente aux jeunes âges (3 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher près de trois enfants sur dix à 6-11 mois (graphique 9.1). Du point de vue des caractéristiques des enfants et des mères, les variations observées pour la malnutrition chronique se retrouvent pour l'insuffisance pondérale. Les enfants les plus touchés sont les garçons (34 %), ceux de rang 6 et plus (35 %) et ceux dont l'intervalle intergénéral est inférieur à 24 mois (41 %). Les enfants du milieu rural (37 %) sont beaucoup plus atteints que ceux du milieu urbain (20 %). Il en est de même pour ceux des régions de Sikasso (40 %), de Kidal/Gao/Tombouctou (38 %) et de Ségou (36 %). Comme pour la malnutrition chronique, le niveau d'instruction de la mère est la variable en fonction de laquelle on constate le plus d'écarts : 13 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 28 % de ceux de mère d'instruction primaire, et 35 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction.

Tendances de la malnutrition

Au graphique 9.5, figurent les niveaux de malnutrition des enfants de moins de trois ans d'après et l'EDSM-II de 1995-1996 et ceux de l'EDSM-III de 2001. On constate que la prévalence du retard de croissance a légèrement augmenté, passant de 30 % en 1995-1996 à 38 % en 2001. Par contre, l'insuffisance pondérale estimée à 40 % en 1995-1996 est passée aujourd'hui à 33 %. De même, la prévalence de l'émaciation a chuté entre les deux enquêtes, passant de 23 % en 1995-1996 à 11 % en 2001. Il est évident que la situation relative à la nutrition des enfants maliens reste très inquiétante.

Graphique 9.5

État nutritionnel des femmes

Dans le cadre de l'EDSM-III, pour déterminer l'état nutritionnel des femmes, on a relevé le poids et la taille des femmes de 15-49 ans. Les résultats du tableau 9.14 présentent certains indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des femmes : la taille, le poids et l'Indice de masse Corporelle (IMC) calculé à partir du poids et de la taille. Afin d'éviter d'introduire un biais dans les distributions du poids et de l'IMC, on a exclu de l'analyse les femmes enceintes et celles ayant eu une naissance dans les deux mois précédant l'enquête.

Même si la taille peut varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle demeure néanmoins un indice indirect du statut socio-économique de la femme dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. Par ailleurs, d'un point de vue anatomique, la taille des femmes est associée à la largeur du bassin; les femmes de petite taille sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, il est admis généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

On constate au tableau 9.14 que la taille moyenne des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années est de 161,3 centimètres, c'est-à-dire nettement au-dessus du seuil critique. De plus, seule une très faible proportion de femmes (moins d'un pour cent) a une taille inférieure à 145 cm (considéré ici comme taille limite critique). Les résultats selon l'âge et le milieu de résidence ne font pas apparaître de variations. Par contre, selon les régions et le niveau d'instruction, on note des écarts ; En effet, la taille moyenne varie d'un maximum de 163 centimètres dans la région de Kayes à un minimum de 160,0 centimètres dans la région de Sikasso. De même, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus mesurent, en moyenne, 163,3 centimètres contre 161 chez celles n'ayant pas d'instruction.

Tableau 9.14

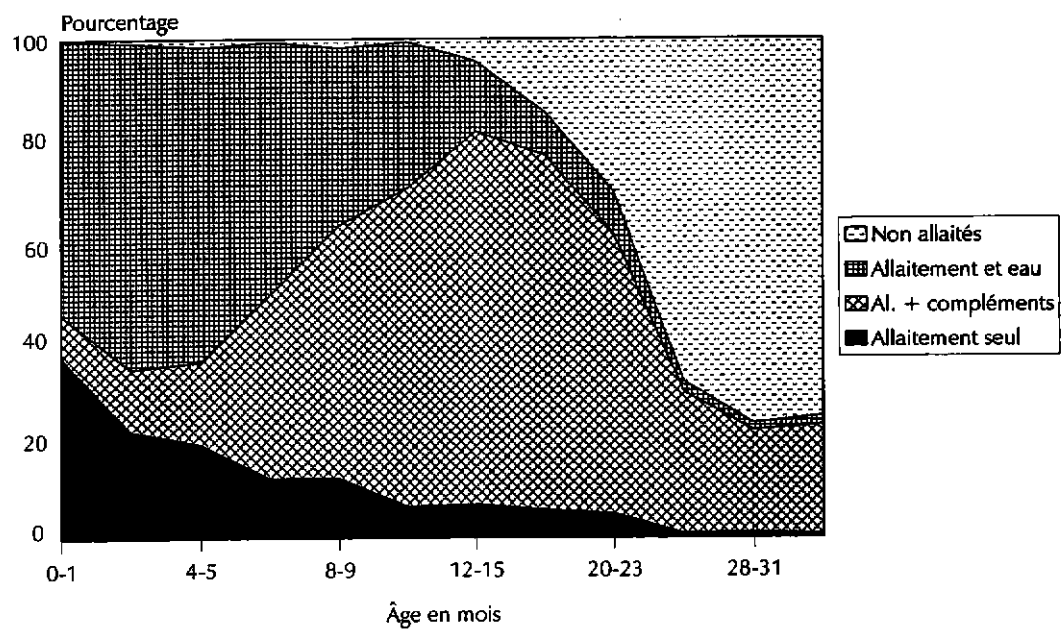
L'indice de Quételet ou l'Indice de Masse Corporelle (l'IMC) permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille. Il présente en outre l'avantage de ne pas utiliser nécessairement de table de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. L'IMC est calculé en divisant le poids de la femme en kilogrammes par le carré de sa taille (kg/m^2). Pour indiquer une déficience énergétique chronique, on utilise généralement comme seuil la valeur moyenne de $18,5 \text{ kg/m}^2$. À l'opposé, pour un excédent de poids, le seuil généralement admis est de 25 kg/m^2 ou plus. Au Mali, la valeur moyenne de l'IMC chez les femmes non enceintes et ayant eu, au moins, une naissance au cours des cinq dernières années est de 21,9 (tableau 9.14). Les trois quarts des femmes ont un IMC normal, compris entre 18,5 et $24,9 \text{ kg/m}^2$. Il convient de noter cependant qu'une proportion relativement importante de femmes (13 %) se situe en deçà du seuil de $18,5 \text{ kg/m}^2$ et souffrent donc de malnutrition chronique aiguë ; Parmi ces femmes, 9 % se caractérisent par une maigreur légère, 2 % par une maigreur modérée mais 1 % des femmes se trouvent dans un état de maigreur sévère. C'est parmi les femmes les plus jeunes (22 % à 15-19 ans et 11 % à 20-24

ans), parmi celles des régions de Kayes et de Kidal/Gao/Tombouctou (17 % chacune) et celle de Koulikoro (16 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de femmes dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m².

Par ailleurs, une proportion importante de femmes (15 %) ont un indice élevé supérieur à 25kg/m², et font partie, par conséquent, de la catégorie des femmes ayant un excès de poids. Parmi ces femmes, 11% ont un IMC compris entre 25,0 et 29,9 kg/m² et 4% des femmes présentent un état d'obésité ; c'est parmi les femmes de niveau secondaire ou plus et parmi celles de Bamako que ces proportions sont les plus élevées (respectivement, 11 % et 10 %).

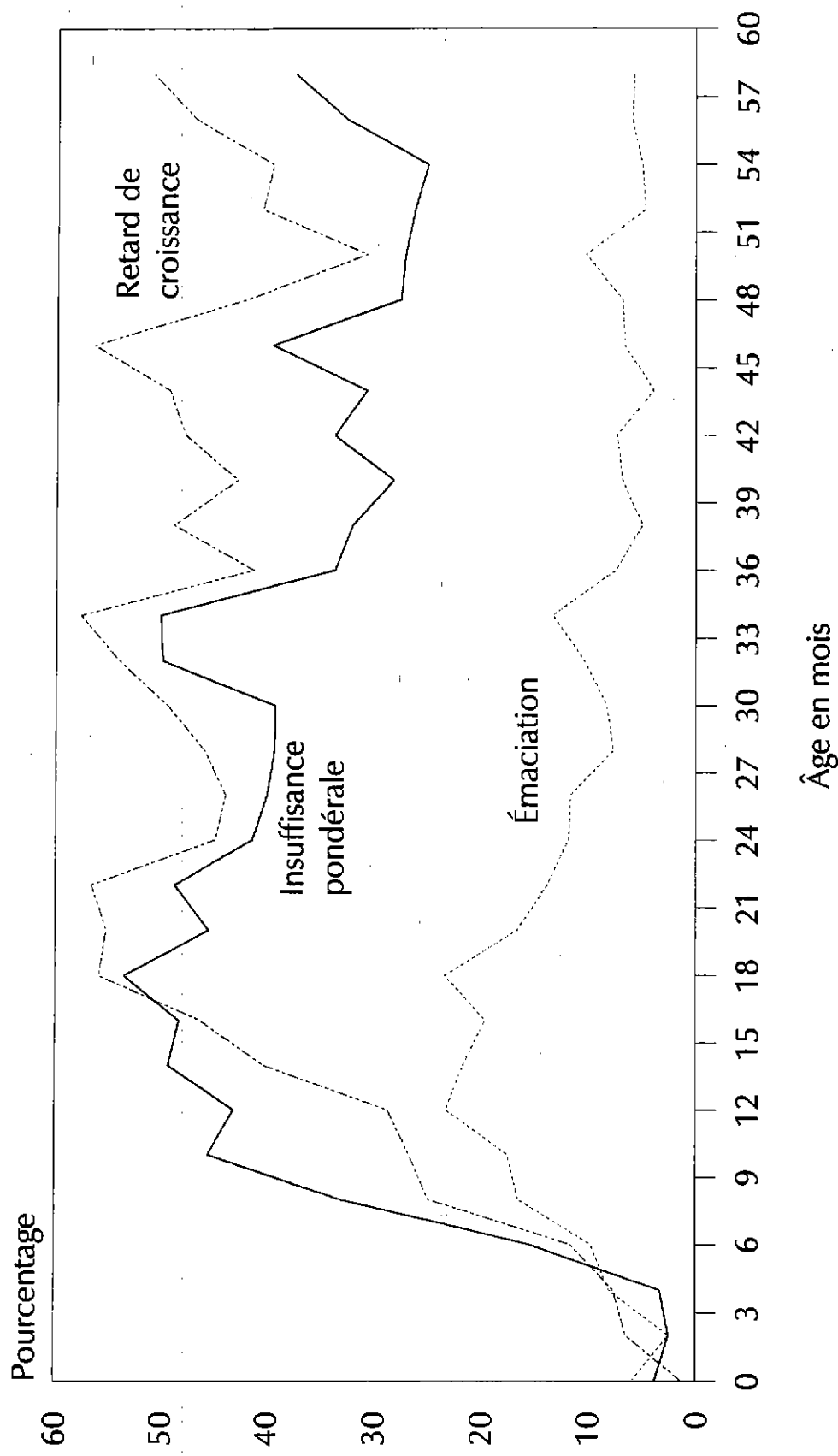
Tableau 9.14

Graphique 9.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans

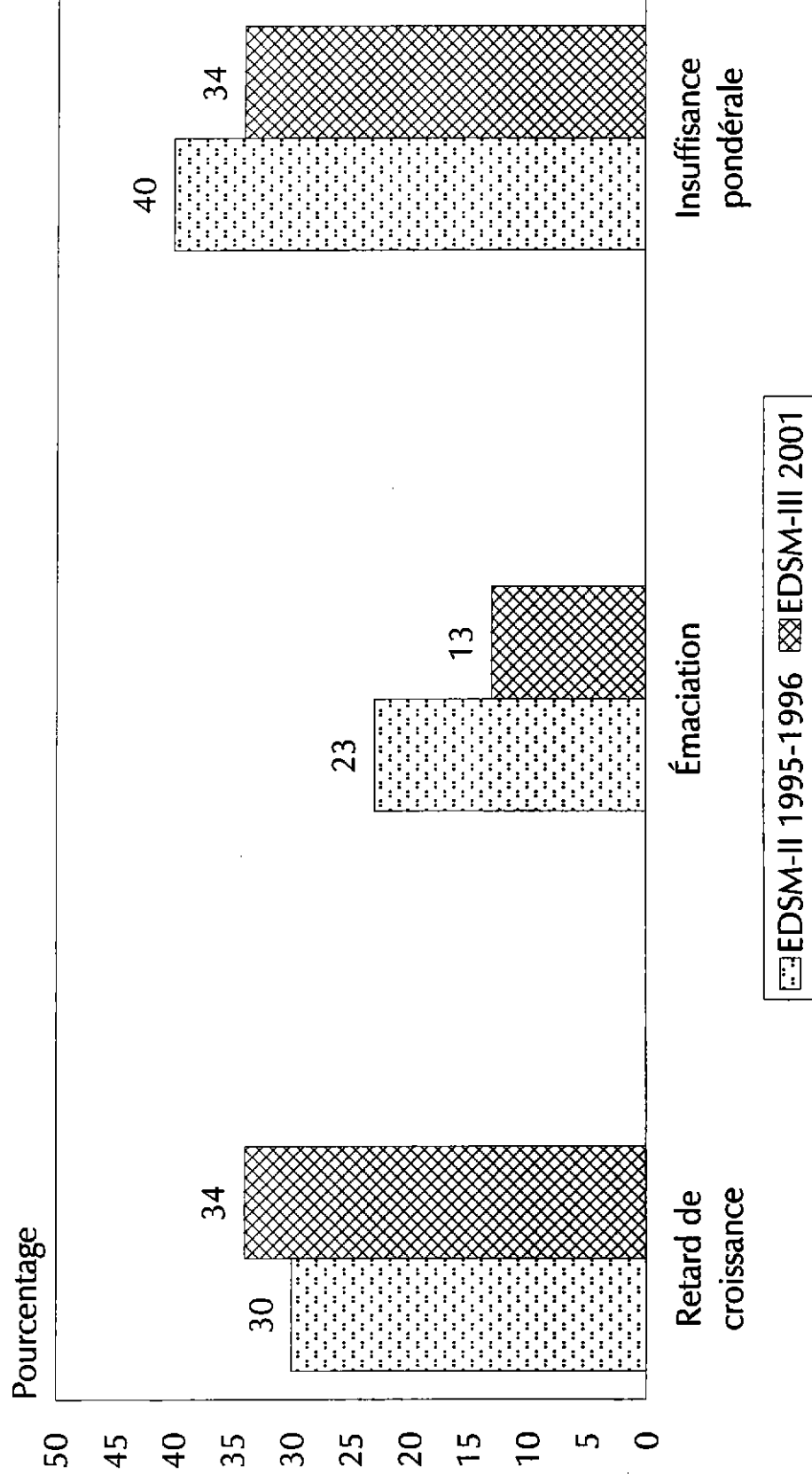


EDSM-III 2001

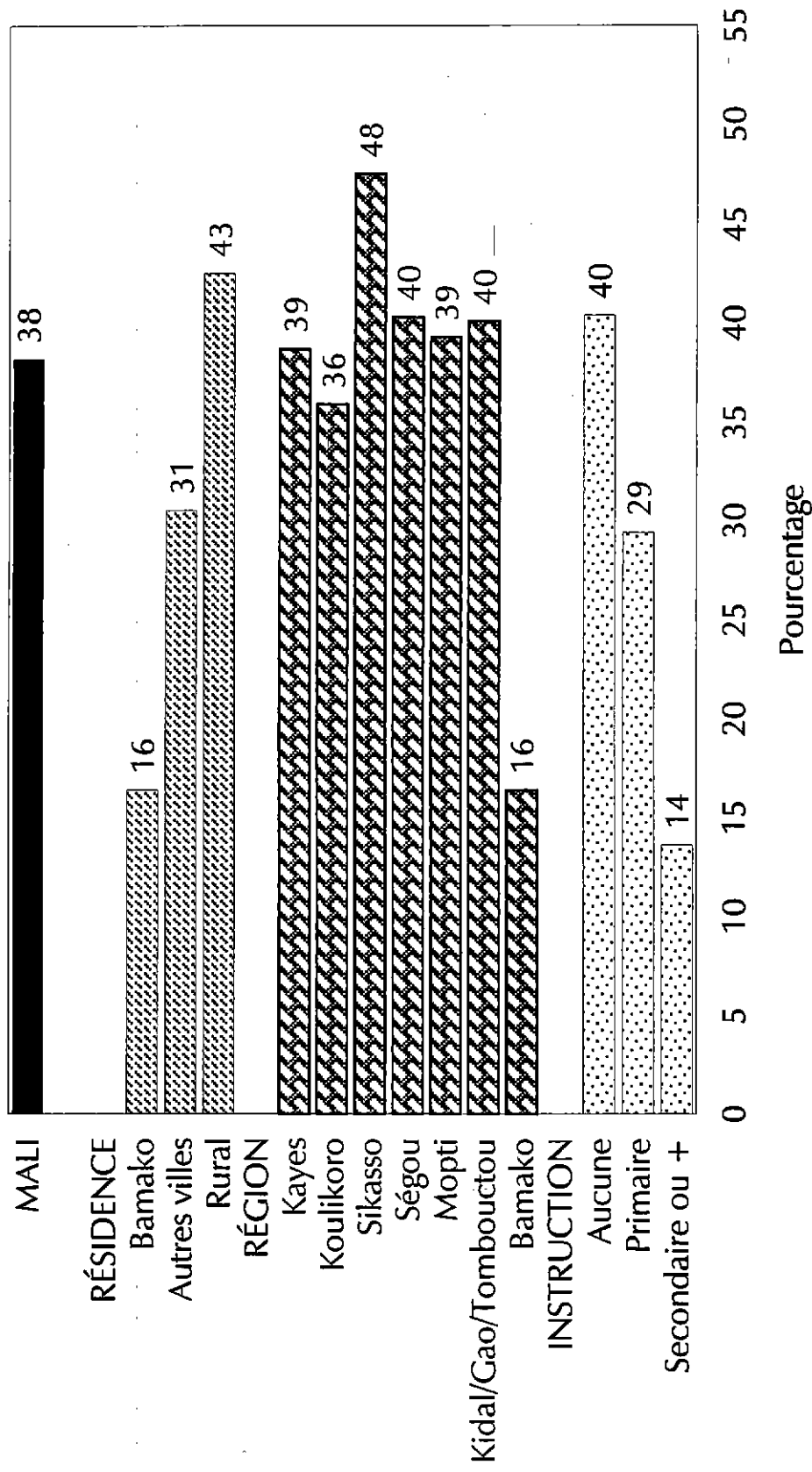
Graphique 9.2 État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



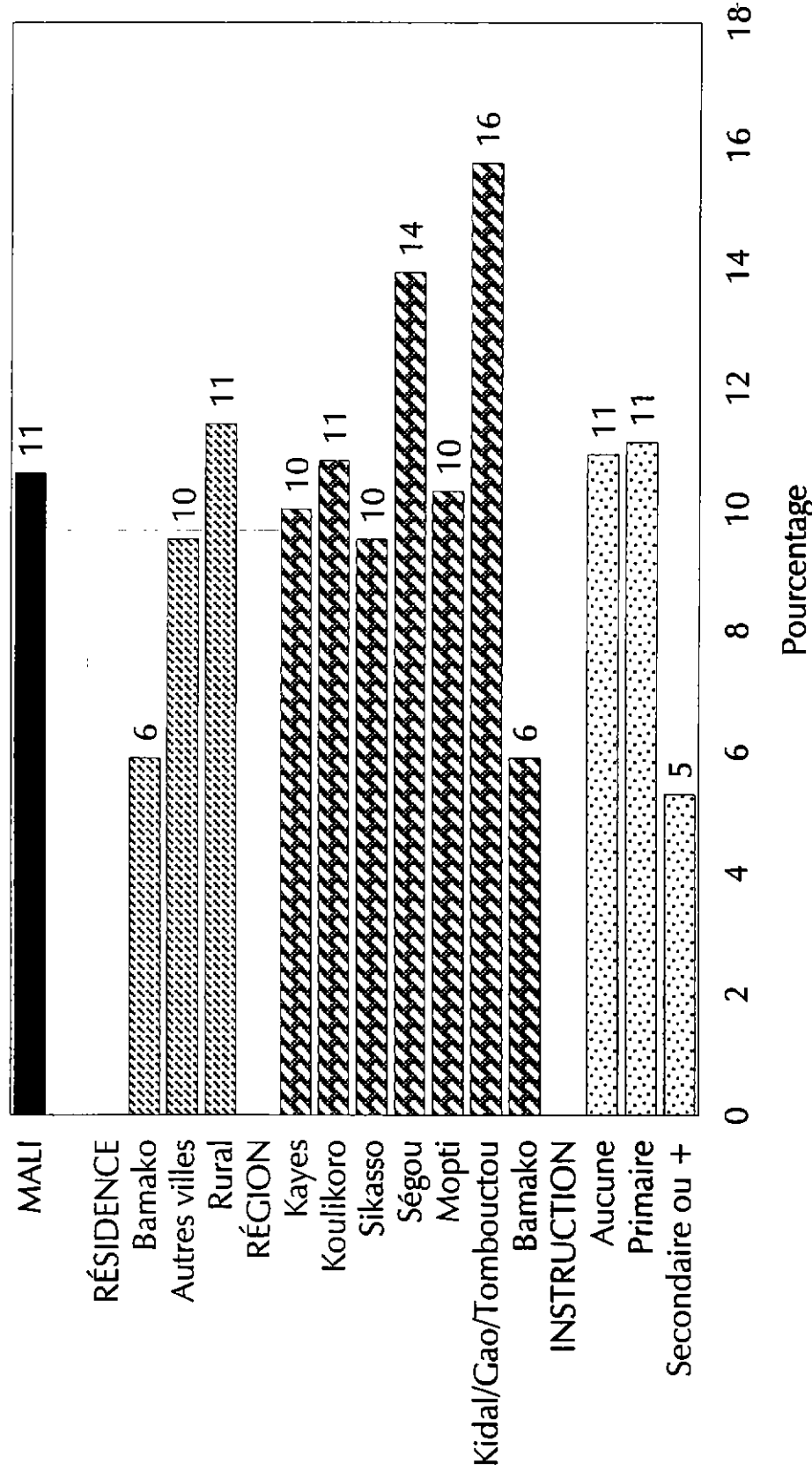
Graphique 9.3 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 3 ans) selon l'EDSM-II 1995-1996 et l'EDSM-III 2001



Graphique 9.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance



Graphique 9.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation



Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans les diverses couches sociales de cette population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays. À ce propos, Basch, cité par Godelieve Masuy Stroobant (Chaire Quetelet, 1991) disait que «la mortalité infantile ne se résume pas à mesurer le risque pour un enfant né vivant de décéder avant l'âge d'un an, c'est aussi l'un des indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer le niveau de développement économique et social d'une population ». Ainsi, la connaissance de la mortalité des enfants est indispensable, non seulement aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'un des principaux objectifs de l'EDSM-III : collecter des informations sur la mortalité des enfants selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la mère.

10.1 MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. L'enquêtrice enregistre toutes les naissances de la femme, en précisant le sexe, la date de naissance, l'âge et l'état de survie. Pour les enfants décédés, l'enquêtrice enregistre également l'âge au décès. Ces informations permettent de calculer les différents quotients de mortalité des enfants. Pour le calcul de ces quotients, l'EDSM-III a utilisé la méthode directe d'estimation, basée sur la durée réellement vécue par les enfants dans la période considérée.

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente, à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici, les femmes de 15-49 ans). On adopte généralement l'hypothèse selon laquelle la mortalité des mères n'a aucun lien avec celle de leurs enfants. Cette hypothèse n'est pas toujours vérifiée surtout lorsque les enfants sont nés de femmes mortes en couches ou des suites de l'accouchement. Dans ce type d'enquêtes, on n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère n'est pas actuellement en vie : dans le cas où ces enfants, « orphelins de mère », seraient en nombre important¹ et où leur mortalité serait différente de celle des enfants dont la mère survit (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

Du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données peut être affectée par :

1) le **sous-enregistrement des événements**, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, peut induire une sous-estimation de la mortalité; en

¹ Selon les résultats de l'enquête ménage, 0,4 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les

outre, si ce sous-enregistrement était d'autant plus important que la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, les tendances observées des niveaux de mortalité s'en trouveraient affectées. Une technique d'évaluation succincte du sous-enregistrement des décès des très jeunes enfants consiste à calculer la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme, généralement, la mortalité diminue rapidement au cours de l'enfance, on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité d'ensemble des enfants et une proportion inférieure à 60 % indiquerait un sous-enregistrement important des décès précoces. Dans le cas de l'EDSM-III, les proportions varient d'un minimum de 66 % à un maximum de 72 % au cours des quinze années avant l'enquête (Annexe C.5), ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement important des décès précoces. Une faible proportion de mortalité néonatale par rapport à la mortalité infantile est également utilisée pour estimer l'importance de la sous-déclaration des décès de jeunes enfants. Le rapport des décès de moins d'un mois aux décès de moins de douze mois est d'environ 1/3, un écart important indiquerait un mauvais enregistrement des décès ou une mauvaise déclaration de l'âge au décès (Akoto Eliwo Mandjale, 1985). Comme on peut le constater à l'annexe C.6, selon la période quinquennale considérée, les proportions se situent à un niveau acceptable, variant de 53 % à 60 %, et ne mettent en évidence aucune sous-estimation importante des décès.

2) les déplacements différentiels de dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés. Ces *déplacements* qui n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et par conséquent une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédant (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête). A l'Annexe C, le tableau C.5 fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Comme on l'a précisé au Chapitre 4 (Fécondité), le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un manque de naissances en 1996, et un *surplus* en 1995. Ces déplacements semblent plus prononcés pour les enfants décédés, nés en *sous-nombre* en 1996 (rapport = 68 < 100) et en *surnombre* en 1995 (rapport = 151 > 100). Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale, ne devraient pas être affectés de façon significative par ces transferts, qui se produisent à l'intérieur de l'intervalle de référence.

3) l'imprécision des déclarations d'âge au décès, en particulier, l'attraction de 12 mois comme âge au décès², en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et, par contre-coup, une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant que très peu affectée.

Finalement, les limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances et, comme nous venons de le voir, les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents (Sullivan et al., 1990) : dans le cadre de cette analyse, on n'a donc procédé à aucun ajustement des données.

10.2 NIVEAUX ET TENDANCES

À partir des informations recueillies dans l'historique des naissances, on calcule les indicateurs suivants :

quotient de mortalité néonatale (NN) :

mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact;

² Pour essayer de minimiser l'attraction de certains âges (en particulier, un an) les enquêtrices devaient enregistrer en jours, les décès de moins d'un mois, en mois, les décès de moins de deux ans, et en années les décès survenus à deux ans et plus.

quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :	mesure chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois;
quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) :	communément appelé à tort taux de mortalité infantile, mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant le premier anniversaire;
quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) :	mesure chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire;
quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) :	mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Le tableau 10.1 présente ces différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années, divisées en trois périodes quinquennales. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête, soit 1996-2001), un peu moins d'un enfant sur quatre (229 ‰) est décédé avant d'atteindre son cinquième anniversaire : sur 1 000 naissances, 113 sont décédées avant l'âge d'un an, et sur 1 000 enfants atteignant leur premier anniversaire, 131 sont décédés avant d'atteindre cinq ans. Avant l'âge d'un an, la probabilité de décéder durant le premier mois d'existence (57 ‰) est presque identique à celle de mourir entre le premier et le douzième mois exacts (56 ‰).

Tableau 10.1

Les données du tableau 10.1, représentées au graphique 10.1 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile au cours des quinze dernières années. Bien que le niveau de la mortalité infanto-juvénile enregistré aujourd'hui au Mali, reste l'un des plus élevés de la sous-région (graphique 10.3), il n'en demeure pas moins qu'il a diminué de façon très régulière depuis quinze ans. De 1988 (année centrale de la période 10-14 ans avant l'enquête) à 1998 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'enquête), la mortalité infanto-juvénile est passée de 251 à 229 décès pour 1 000 naissances vivantes. **La mortalité infantile est passée de 129 ‰ à 113 ‰, soit une baisse de près de 12 %. Au cours de la même période, la mortalité juvénile a connu une baisse de 6 %, passant de 139 ‰ à 130 ‰.** En outre, on notera que l'essentiel de la baisse de la mortalité infantile est la conséquence de la baisse de la mortalité néonatale qui est passée de 78 ‰ 10-14 ans avant l'enquête à 57 ‰ au cours de la période la plus récente. En général, la diminution du niveau de mortalité des enfants est le résultat de l'amélioration des conditions sanitaires dont bénéficient, en premier lieu, les populations les plus vulnérables (voir Chapitre -8 Santé de la mère et de l'enfant) ainsi que de la relance économique.

Graphique 10.1

Le graphique 10.1 permet également de comparer les tendances de la mortalité infantile selon l'EDSM-III et l'EDSM-II, réalisée en 1995-96. Les résultats de l'EDSM-III pour la période rétrospective 10-14 ans avant l'enquête, soit autour de l'année 1988, sont légèrement inférieurs aux résultats de l'EDSM-II de 1995-96 pour la période 5-9 ans avant l'enquête : pour cette période, le quotient de mortalité infantile est estimé à 129 ‰ par l'EDSM-III contre 145 ‰ par l'EDSM-II. Pour la période 5-9 ans avant l'enquête, soit autour de l'année 1993, le quotient de mortalité infantile estimé par l'EDSM-III (139 ‰) est légèrement supérieur à celui estimé par l'EDSM-II pour la période 0-4 ans avant l'enquête (123 ‰). Malgré ces légers écarts, les données des deux enquêtes mettent en évidence une baisse régulière de la mortalité infantile au cours des 20 dernières années, passant de 152 ‰ autour de l'année 1983 à 113 ‰ autour de l'année 1998. En ce qui concerne la mortalité juvénile (graphique 10.2), on constate que les résultats des deux enquêtes

sont très voisins : ils mettent en évidence une baisse régulière de la mortalité entre 1983 et 1993, le quotient passant de 164 ‰ à 126-131 ‰. Par contre, au cours des dernières années, la mortalité juvénile semble rester stable puisque le quotient est estimé à 131 ‰ autour de l'année 1998. Par ailleurs, les données représentées au graphique 10.3 montrent également une baisse de la mortalité infanto-juvénile qui passe de 251 ‰ 10-14 ans avant l'enquête à 229 ‰ 0-4 ans avant l'enquête.

Graphique 10.3

10.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 10.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1991-2001). La référence à une période de dix ans est utilisée ici pour pouvoir disposer, pour chaque sous-groupe de population, d'un nombre d'événements statistiquement suffisant au calcul des différentes probabilités.

Tableau 10.2

La mortalité infantile est beaucoup plus faible en milieu urbain (106 ‰), qu'en milieu rural (132 ‰). Les écarts de mortalité selon le milieu de résidence persistent également après un an : sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 88 décèdent avant le cinquième anniversaire en milieu urbain contre 140 en milieu rural. Dans l'ensemble, la mortalité infanto-juvénile est de 37 % plus élevée en milieu rural (253 ‰) qu'en milieu urbain (185 ‰).

La mortalité des jeunes enfants varie également d'une région à une autre. Ainsi, dans la région de Mopti, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire est de 22 % supérieure à la moyenne nationale (291 ‰ contre 238 ‰). La région de Mopti se caractérise aussi par le niveau de mortalité infantile le plus élevé (159 ‰), alors que pour la mortalité juvénile, c'est la région de Tombouctou qui détient le niveau le plus élevé (171 ‰). A Bamako, la Capitale, la probabilité de décéder avant cinq ans est de 44 % inférieure à la moyenne nationale (134 ‰ contre 238 ‰). La mortalité infantile y est 26 % plus faible que la moyenne nationale, tandis que la mortalité juvénile y est 66 % inférieure. Entre un et cinq ans, il y a peu de différence de mortalité entre les autres régions du pays.

Les enfants dont la mère est sans instruction ont une probabilité de mourir avant un an (130 ‰) supérieure de 6 % à ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (122 ‰), une fois et demi plus élevée que ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire (52 ‰). Cette différence de mortalité est également très nette pour les enfants survivants à un an, puisque leur probabilité de mourir avant cinq ans est 70 % plus élevée quand leur mère n'a aucune instruction (134 ‰) que lorsqu'elle a atteint le secondaire ou plus (40 ‰). En ce qui concerne, la mortalité infanto-juvénile, la probabilité de décéder des enfants dont la mère a atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus (90 ‰) est 64 % plus faible que celle des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (247 ‰). Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important aux services de santé des femmes instruites expliquent l'essentiel de ces différences de mortalité.

Le tableau 10.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin : sur 1 000 garçons, 250 n'atteignent pas le cinquième anniversaire, alors que ce quotient est de 226 pour 1 000 filles à la naissance. Cet écart de mortalité entre les sexes se produit lors de la première année (mortalité infantile de 136 ‰ pour les garçons contre 116 ‰ pour les filles) et plus particulièrement au cours du premier mois d'existence (mortalité néonatale : 80 ‰ contre 56 ‰).

Tableau 10.3

Trois caractéristiques décrivant les niveaux de mortalité et présentées au tableau 10.3 concernent le comportement procréateur, notamment l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance et l'intervalle par rapport à la naissance précédente. En ce qui concerne l'âge de la mère, les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les enfants nés de jeunes mères (moins de 20 ans) : ainsi, le risque de décéder avant l'âge d'un an est près d'une fois et demie plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de moins de 20 ans (181 ‰) que pour un enfant né d'une mère appartenant au groupe d'âge 20-29 ans (111 ‰). Par ailleurs, la mortalité entre la naissance et le premier anniversaire d'un enfant dont la mère est âgée de 40 ans ou plus (128 ‰) est sensiblement plus élevée que celle d'un enfant dont la mère est âgée de 20 à 29 ans (111 ‰).

Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile sont, comme il fallait s'y attendre, élevés pour le rang un (180 ‰), puis baissent nettement pour les rangs suivants (113 ‰ et 103 ‰ pour les rangs 2 à 6), et remontent ensuite pour les enfants de rangs les plus élevés (136 ‰ pour les rangs 7 et plus). La durée de l'intervalle intergénérisique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles de moins de deux ans, qui réduisent chez la femme le degré de récupération de ses capacités physiologiques, entraînent une mortalité infanto-juvénile (322 ‰) supérieure de 47 % à celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 2 ans (219 ‰) et une fois et demi plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 4 ans ou plus (132 ‰). Cet écart de mortalité est dû à un écart de mortalité avant un an : La mortalité infantile pour les intervalles de moins de deux ans est près de deux fois plus élevée que celle pour les intervalles de 4 ans ou plus.

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, de rangs élevés et par des intervalles intergénérisiques très courts.

Par ailleurs, il ressort de ce même tableau que les bébés très petits ou petits à la naissance (y compris les prématurés) ont une mortalité beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros. Sur 1 000 enfants de très petite taille à la naissance, 90 n'atteignent pas la fin du premier mois d'existence, et 154 n'atteignent pas leur premier anniversaire. Pour ces enfants, les probabilités de mourir durant le premier mois et au cours de la première année d'existence sont environ 2 fois supérieures à celles des enfants moyens ou gros à la naissance (respectivement 43 ‰ et 93 ‰).

Le tableau 10.4 présente la mortalité périnatale pour la période de cinq ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. Le graphique 10.4 illustre le niveau de mortalité périnatale selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant et selon l'intervalle par rapport à la grossesse précédente.

Tableau 10.4

Graphique 10.4

Considérée comme indicateur de la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement, la mortalité périnatale inclut la mortinatalité et la mortalité néonatale (ou parfois la seule mortalité néonatale précoce) (Pressat r. et al., 1985, p. 52). Selon Masuy Stroobant G., l'idée de combiner la mortinatalité (tous les enfants mort-nés ou qui n'ont pas montré aucun signe de vie à la naissance) et la mortalité néonatale précoce (décès d'enfants de 0-6 jours) en un indice unique appelé la mortalité périnatale semble avoir son origine dans un article publié en 1948 dans *Population Studies* par Peller S. intitulé « Mortality. Past and Future ».

Au regard du tableau 10.4 et du graphique 10.4, on constate que les risques de mortalité périnatale sont particulièrement élevés quand l'âge de la mère est inférieur à 20 ans.

À propos de l'intervalle par rapport à la grossesse précédente, il ressort du tableau 10.4 et du graphique 10.4, que plus les intervalles entre les grossesses sont longs, plus les taux de mortalité périnatales sont faibles : de 54 % quand 15-26 mois séparent deux grossesses, le taux passe à 35 % quand l'intervalle est de 39 mois et plus. Par ailleurs, selon le milieu de résidence, on ne constate pas d'écart très important du taux de mortalité périnatale (49 % en milieu urbain contre 51 % en milieu rural).

Selon les régions, on constate que le taux de mortalité périnatale varie d'un minimum de 38 % à Ségou à un maximum de 64 % à Kayes.

Les résultats concernant le niveau d'instruction de la mère ne font pas apparaître d'écarts du risque de décéder pendant la période périnatale.

Le tableau 10.5 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères de 18 ans ou plus;
- les naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénérisique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 3);
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénérisique et le rang de naissance;
- et, enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à haut risque définie ci-dessus.

Tableau 10.5

Au regard du tableau 10.6, il ressort que 29 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 10 % correspondent à des risques élevés parce qu'elles sont de rang un, mais sont inévitables, environ 39 % correspondent à des hauts risques multiples et 22 % correspondent à des catégories à plusieurs hauts risques. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1) court un risque de décéder 1,67 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. La fécondité précoce apparaît nettement comme un facteur de risque élevé, puisque les enfants issus de mères adolescentes et qui représentent 9 % de l'ensemble des naissances ont un risque de décéder 2 fois plus élevé que la catégorie de référence. De même, un enfant né rapidement après son aîné (moins de 24 mois après) court un risque de décéder plus de 2 fois plus important (2,20) que la catégorie de référence. Ce sont, en fait, les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés, puisque leur mortalité est de 1,66 fois plus élevée que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque. La situation la plus sérieuse est celle qui concerne les enfants de rang 4 et qui suivent leur aîné de moins de 2

ans : ces enfants courent un risque de décéder 2,35 fois plus élevé que ceux appartenant à la catégorie sans risque.

Ces résultats démontrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seule conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 10.6) qu' environ 18 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque et que 76 % des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à haut risque (simple ou multiple). Cette dernière proportion est supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (61 %). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité des jeunes enfants.

Tableau 10.5

Effectifs de mort-nés et de décès néonataux précoces et taux de mortalité périnatale pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-III Mali, 2000.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- COULIBALY, Salif, et al. (1996). *Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM), 3eme édition, 1995-96*. Calverton Maryland U.S.A. : Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, Cellule de Planification et de Statistique, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro International Inc. ;
- 2- NDAMOBISSI, R. et al. (1995). *Enquête Démographique et de Santé 1994-95*. Calverton Maryland : Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Division des Statistiques et des Etudes Economiques et Macro International Inc. ;
- 3- AKOTO Eliwo M. (1985). *Mortalité infantile et juvenile en Afrique : Niveaux et caractéristiques, causes et déterminants*. Edition Ciaco, Département de Démographie, Louvain-La Neuve, 273p.
- 4- MASUY-STROOBANT, G. Santé et Mortalité infantile: Indicateurs et Comparabilité, In Josianne DUCHENE et Guillaume WUNSCH, *Chaire Quetelet, 1991 : Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, LLN, Académia/ l'Harmattan, 1995, pp. 371-399 ;
- 5- PRESSAT, R. et al.. Manuel d'analyse de la Mortalité, INED, paris, 1985, 164p.

11.1 INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles nous renseignent sur la santé des femmes, en général, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis sur place.

L'EDSM-III a collecté des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe ou indirecte (Graham et al., 1989; Rutenberg et al., 1990). Ces estimations se font à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; si elle est décédée, on a posé des questions sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussel et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Etant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

11.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en Annexe E (Section 10 du questionnaire individuel). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, on a demandé à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui sont encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pourraient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, on a posé à la femme d'autres questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse est non ou ne sait pas, on a posé la question suivante :
- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels.

11.3 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNÉES

Que l'on utilise la méthode directe ou indirecte, l'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus de données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs - informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 11.1.

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la quasi-totalité des sœurs survivantes (97,3 %), et un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 93,3 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes¹. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

¹ L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et sœur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et sœurs "encadrants". Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisé comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

Tableau 11.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs

Nombre de frères et sœurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDSM-III Mali 2001

Frères et sœurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Total des frères et sœurs	33 968	100,0	36 101	100,0	70 069	100,0
Survivants	26 370	77,7	27 553	76,3	53 932	77,0
Décédés	7 561	22,3	8 507	23,6	16 068	22,9
ND/Manquant	28	0,1	41	0,1	69	0,1
Total des survivants	26 370	100,0	27 553	100,0	53 932	100,0
Âge déclaré	25 660	97,3	26 709	96,9	52 370	97,1
ND/Manquant	718	2,7	844	3,1	1 562	2,9
Total des décédés	7 561	100,0	8 507	100,0	16 068	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	7 055	93,3	7 869	92,5	14 923	92,9
Âge au décès manquant	128	1,7	134	1,6	262	1,6
Nombre d'années manquantes	103	1,4	165	1,9	268	1,7
Âge et nombre d'années manquants	274	3,6	340	4,0	614	3,8

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 11.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas du Mali, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à 1974, alors que celle des enquêtées est égale à 1973², ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous-déclaration des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non, n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 11.2.

Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance, comme nous l'avons annoncé ci-dessus, est de 106 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. En outre, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée, de 103 à 108, à l'exception de la période 1960-1964 où le rapport de masculinité est d'environ 113. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs.

² On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1951-1986), celles des frères et sœurs portent sur 55 ans (1925-2001).

L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée montre une taille moyenne presque constante pour la période 1970-1984. La quasi-stabilité des tailles moyennes semble indiquer, comme les résultats précédents, qu'aucune omission importante de frères et sœurs n'a été commise par les enquêtrices.

Avec ce type de données, peut se poser un autre problème : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation.

En ce qui concerne les estimations de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 7 années (c'est-à-dire 0-6 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 7 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

11.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITE ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 1994-2001, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 11.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (625 femmes et 640 hommes), de sorte que les taux individuels sont basés sur des événements relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Pour les femmes, les taux estimés présentent peu de variations de 15 à 34 ans puis augmentent, comme attendu, aux âges 35 ans ou plus. La tendance générale semble plausible, avec une augmentation par un facteur de près de deux entre le taux pour le plus jeune groupe d'âges (environ 3,7 pour 1000 femmes) et le groupe d'âges le plus élevé (environ 7,7 pour 1000 femmes). Les taux de mortalité pour les hommes présentent la même tendance par âge, mais l'augmentation aux deux groupes d'âges les plus élevés est nettement supérieure à celle observée chez les femmes. D'ailleurs le taux du groupe d'âges le plus élevé étant plus de trois fois supérieur à la moyenne du taux du groupe d'âges le plus jeune (passant de 3,0 pour 1000 à 9,4 pour 1 000).

Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes de la mortalité puisque les données sur la mortalité des sœurs constituent la base des données pour la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données exactes sur la mortalité au Mali, l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

Tableau 11.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (%) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDSM-III 2001

Année de naissance	Répartition en %	
	Enquêtées	Frères/ Sœurs
Avant 1945	0,0	0,8
1945-49	0,0	1,8
1950-54	4,9	4,0
1955-59	8,5	6,5
1960-64	11,9	10,5
1965-69	13,8	12,0
1970-74	17,3	15,1
1975 ou plus tard	43,7	49,3
Total	100,0	100,0
Intervalle	1951-1986	1925-2001
Médiane	1973	1974
Effectif	12 849	70 050
Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité à la naissance

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 11.3. Parmi les tables-types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité de l'Afrique de l'Ouest ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du type de mortalité infantile et juvénile du Mali. Pour ce qui est des tables-types de mortalité hypothétique pour l'Afrique de l'Ouest, les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité approximativement égal au quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) estimé pour la période de dix ans précédant l'EDSM-III³.

Tableau 11.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

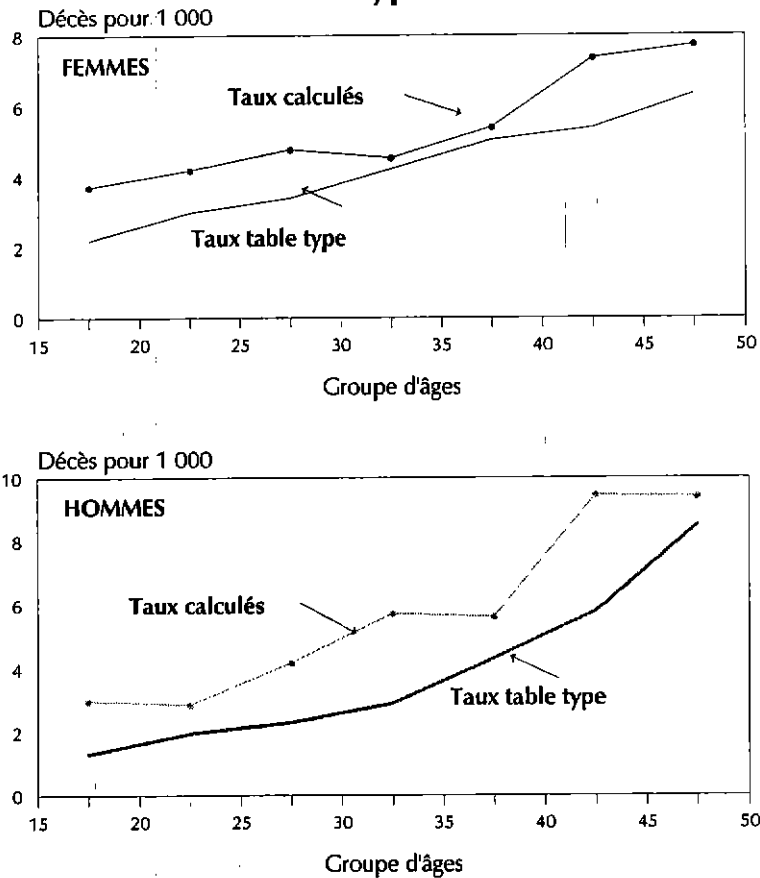
Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et soeurs des femmes enquêtées, par sexe, Mali 1994-2001 et taux des tables types de mortalité, EDSM-III 2001

Groupe d'âges	Taux estimés pour 1994-2001			Table type hypothétique des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest ¹
	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)	Taux (‰)
SEXE FÉMININ				
15-19	102	27 548	3,70	2,18
20-24	120	28 785	4,18	2,98
25-29	120	25 273	4,77	3,39
30-34	93	20 483	4,53	4,22
35-39	82	15 201	5,40	5,04
40-44	69	9 348	7,36	5,39
45-49	39	5 044	7,72	6,35
15-49	625	131 683	4,7	
SEXE MASCULIN				
15-19	85	28 380	2,98	1,30
20-24	87	30 318	2,86	1,96
25-29	113	27 178	4,17	2,30
30-34	127	22 257	5,72	2,90
35-39	90	16 024	5,61	4,30

Les résultats du tableau 11.3 font apparaître un niveau de mortalité relativement élevé entre 15 et 49 ans, estimé à 4,7 pour l'ensemble des femmes et à 4,6 pour l'ensemble des hommes. Comme les décès à ces âges restent, néanmoins, relativement rares et comme les données sont celles d'un échantillon, les taux ne varient pas de façon régulière selon l'âge. En particulier, la mortalité à 40-44 ans semble surestimée pour les hommes. Il s'agit très certainement ici de mauvaises déclarations d'âge au décès. Néanmoins, pour les femmes comme pour les hommes, la tendance générale de la mortalité par âge semble plausible avec la table de mortalité type des Nations Unies (voir graphique 11.1), bien que les taux de mortalité adulte estimés soient généralement supérieurs aux taux extrapolés du modèle de l'Afrique de l'Ouest.

³ Les estimations de la probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire (${}_5q_0$) sont de 226 pour 1000 pour le sexe féminin et de 249 pour 1000 pour le sexe masculin pour la période de dix ans précédant l'enquête (voir Chapitre 10).

Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDSM-III et taux des tables types de mortalité



11.5 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITE MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont présentées au tableau 11.4. Le nombre de décès maternels est estimé à 178 pour la période de 0-6 ans avant l'enquête. La tendance à la hausse des taux par âge est régulière jusqu'à l'âge 35, puis devient irrégulière pour les âges les plus élevés surtout pour le groupe d'âges 45-49 ans. Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité maternelle, exprimée pour 1000 femmes-années d'exposition est égale à 1,34 pour la période 1994-2001. Cette estimation est la même que celle trouvée lors de l'EDSM-II de 1995-1996 (1,35 pour la période 1989-1996).

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (Tableau 11.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Les taux de mortalité maternelle sont de 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-6 ans avant l'enquête. Ce taux n'a pratiquement pas changé par rapport à celui estimé par l'EDSM-II de 1995-1996. Il était de 577 pour la période de 1989-1996.

à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur des échantillons comme ceux des EDS, il est préférable d'utiliser une estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au tableau 11.5. Mis à part les groupes d'âges les plus jeunes pour lesquels très peu d'unités d'exposition ont été observées, les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, par groupe d'âges, varient de 0,031 à 0,098. Dans l'ensemble, les taux estimés varient peu, bien que les estimations concernant les groupes d'âges les plus jeunes (15-24 ans) soient nettement plus élevées. Dans la mesure où cette tendance est réelle, elle peut être interprétée, soit comme une augmentation récente du risque de décéder pour cause maternelle, soit comme un enregistrement plus complet des événements récents par les enquêtées les plus jeunes. Quand on agrège les déclarations de toutes les enquêtées, le risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle est égal à 0,044 ou, en d'autres termes, ce risque est d'environ 1 sur 23. Ces valeurs peuvent être transformées en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, qui se rapporte à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1988, est de 505, soit pratiquement la même que celle trouvée lors de l'EDSM-II de 1995-1996 qui était de 507 décès maternels pour 100 000 naissances. Mais dans les deux cas, nous pensons que les deux taux sont largement sous-estimés. En effet, les niveaux des indices synthétiques de fécondité utilisés pour le calcul de la mortalité maternelle selon la méthode indirecte sont extrêmement élevés (8,3 et 8,8 enfants par femme) par rapport au niveau réel de l'ISF au Mali au milieu des années 80 qui était de l'ordre de 7 à 7,3 enfants par femme.

Tableau 11.5 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimation de la mortalité maternelle par la méthode indirecte, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges des enquêtées	Nombre d'enquêtées	Nombre de soeurs de 15 ans ou +	Nombre de soeurs décédées	Décès maternels ajustés	Facteurs d'ajustement pour l'exposition	Soeurs/ unité d'exposition au risque	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)
15-19	2 565	3 205 ^a	132	50,3	0,107	514	0,098
20-24	2 339	3 931 ^a	176	61,7	0,206	902	0,068
25-29	2 208	4 487 ^a	185	44,7	0,343	1418	0,032
30-34	1 900	3 903	246	84,6	0,503	1 963	0,043
35-39	1 624	3 112	224	65,0	0,664	2 066	0,031
40-44	1 245	2 412	255	76,7	0,802	1 934	0,040
45-49	968	1 662	240	65,8	0,900	1 496	0,044
Total	12 849	22 712	1 457	449,0	-	10 293	0,044

Taux de mortalité maternelle (TMM)² 505

¹ Obtenu en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de soeurs de 15 ans et plus par enquêtée, déclarées par les enquêtées de 30-49 ans.

² TMM = $(1 - [1 - \text{RDV}]^{1/\text{ISF}}) \times (100\ 000)$, où l'ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 10-14 ans avant l'enquête, estimé à 8,8 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

11.7 DISCUSSION

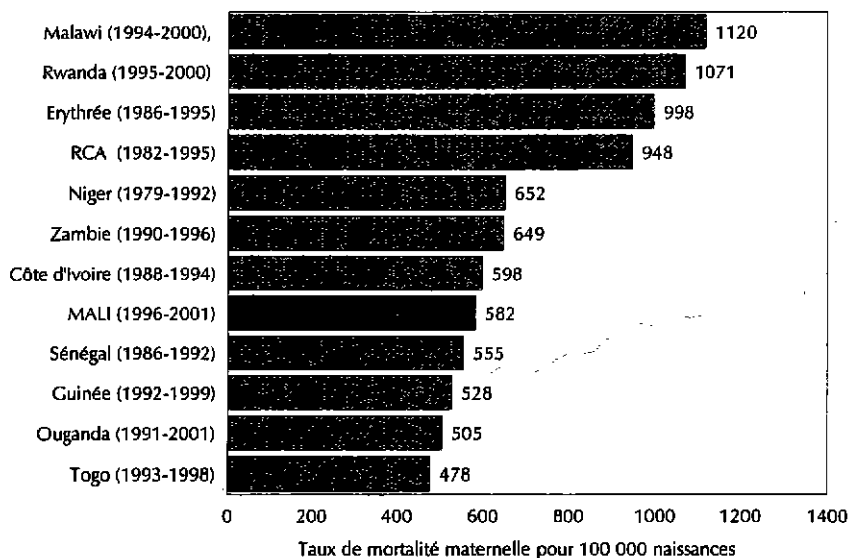
L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDM-III pour la période 1996-2001 est de 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes; l'estimation indirecte du taux de mortalité maternelle est de 505, ce qui représente une moyenne couvrant une longue période avant l'enquête, centrée sur approximativement 12 années précédant l'enquête, soit 1988. Etant donné le degré d'erreurs de sondage associé à ces estimations de mortalité, ces deux taux peuvent être considérés comme très voisins. Globalement on peut estimer que le taux de mortalité maternelle se situerait entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes durant les décennies 1980 et 1990. Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées dans d'autres pays africains sont présentés au graphique 11.2.

Il apparaît ainsi que la mortalité maternelle est très élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la région avec des taux se situant dans leur majorité entre plus de 500 et 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Les résultats de l'EDS-III suggèrent que le comportement procréateur constitue un risque important de la mortalité maternelle dans un pays où la fécondité reste extrêmement élevée. Par ailleurs, la première naissance et l'intervalle inter-génésique court constituent "des facteurs de risque". Des analyses différentielles de la mortalité maternelle selon la parité et l'intervalle entre naissances suggèrent qu'il existe un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle inter-génésique court.

Au Mali comme dans les autres pays subsahariens, pour conduire à une baisse de la mortalité maternelle, les efforts devront être effectués dans deux domaines: 1) la disponibilité de services de visites prénatales et d'accouchement dans les établissements sanitaires, surtout dans les zones rurales, et 2) l'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques, et en particulier les accouchements trop longs. Des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour traiter les cas d'accouchement avec complications.

Graphique 11.2 Mortalité maternelle au Mali et en Afrique subsaharienne



La pratique de l'excision qui consiste en l'ablation d'une partie des organes génitaux externes de la femme est une coutume profondément ancrée dans la vie des femmes maliennes. Plusieurs formes peuvent être pratiquées : ablation du clitoris (clitoridectomie), ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres (excision¹) et ablation du clitoris et des grandes et petites lèvres, *avec suture du sexe de la femme (infibulation)*. Au Mali, les deux premières formes sont les plus fréquentes et sont le plus souvent pratiquées par des *exciseuses* traditionnelles, dans des conditions d'asepsie souvent peu satisfaisantes. Cette pratique a des répercussions importantes sur la vie des femmes. Au-delà du traumatisme causé par la douleur, des hémorragies, des infections (y compris le risque de transmission du VIH, puisque le même instrument est utilisé plusieurs fois sans qu'il soit stérilisé), des cicatrices douloureuses peuvent s'ensuivre ; en outre des douleurs pour uriner, au cours des règles, au cours des rapports sexuels et même des difficultés à l'accouchement sont fréquentes. Au Mali, la volonté politique du gouvernement de prendre en compte la lutte contre la pratique de l'excision s'est traduite par des actions telles que :

- La prise en compte des mutilations génitales parmi les composantes de la Santé de la Reproduction (SR)
- La création d'un comité National d'Action pour l'abolition des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant

Des actions de plaidoyer et de sensibilisation, menées par des organisations de femmes et des ONGs ont été entreprises. En outre, des programmes pour la prise en charge des complications vont être mis en place.

Au Mali, le Comité national d'actions pour l'abandon des pratiques² néfastes à la santé de la femme et de l'enfant a mené des actions parmi lesquelles on peut citer i) le Plaidoyer auprès des parlementaires ii) le Plaidoyer auprès des élus locaux, iii) la Sensibilisation des associations membres de la coordination des associations et ONGs féminines (CAFO).

Le réseau des pairs éducateurs en MGF (Mutilation génitale des Femmes) a été impliqué dans la campagne d'information et des actions de plaidoyer au niveau des différentes régions.

Les différentes actions menées ont permis de rompre le silence autour d'un sujet aussi sensible et tabou qu'est l'excision. Aujourd'hui, même des religieux ont accepté de se prononcer en public sur ce sujet.

La volonté politique du gouvernement de lutter contre la pratique de l'excision s'est également manifestée par l'adoption d'un plan d'action national pour la disparition de l'excision.

- Par ailleurs, une décision du Ministère de la Santé interdisant la pratique par les agents socio-sanitaires en milieu médical a été prise (décision qui est en train d'être corrigée pour apporter plus de précision)

¹ Bien que le terme excision désigne une forme bien spécifique d'ablation, dans la suite de ce rapport, il sera également utilisé de façon générale pour désigner les trois différentes formes que prend cette pratique.

² 16 pratiques en total dont l'excision

- Enfin, une décision a été prise d'introduire dans les curricula des établissements scolaires socio-sanitaires une formation sur les problèmes posés par la MGF.

Pour évaluer l'ampleur de cette pratique dans le pays, l'EDSM-III a collecté des informations sur la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées, sur le type d'excision pratiquée ainsi que sur l'âge des femmes au moment de l'excision et le type de personne qui a procédé à l'excision. On a également demandé aux femmes si, parmi leurs filles, certaines avaient subi cette pratique. Dans le cas d'une réponse affirmative, des informations ont été collectées concernant la fille qui a été le plus récemment excisée. En outre, pour connaître l'opinion des femmes au sujet de l'excision, on leur a également posé des questions sur leur opinion concernant la poursuite ou l'arrêt de cette pratique, sur les objections faites lors de l'excision de la fille, sur les complications au moment ou après l'excision des filles et sur les avantages pour une fille d'être excisée ou non. Dans le questionnaire homme, on a également posé une série de questions sur la connaissance et l'opinion des hommes au sujet de l'excision.

12.1 CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FEMMES ENQUÊTÉES

Au Mali, la quasi-totalité des femmes ont déclaré connaître l'excision (98 %). Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, ces proportions sont très élevées. De même, la majorité des hommes ont déclaré connaître l'excision (96%).

Pratique de l'excision chez les femmes enquêtées

Le tableau 12.1 fournit également les proportions de femmes excisées. La pratique de l'excision est très répandue au Mali puisque 92 % ont déclaré avoir subi cette pratique. (tableau 12.1). L'ablation d'une partie des organes génitaux externes est la pratique la plus fréquente puisqu'elle a été effectuée dans 81 % des cas. Dans 2 % des cas, seule une entaille a été pratiquée et un peu moins de 2 % des femmes ont subi une excision avec suture du vagin.

On ne note aucune variation importante dans les proportions de femmes excisées selon les groupes d'âges (91 % à 15-19 ans, 92 % à 35-39 ans et 91 % à 45-49 ans), ce qui laisse penser que cette pratique perdure d'une génération à l'autre. De plus, l'enlèvement de parties de chairs est la pratique prédominante quelle que soit la génération.

Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas, non plus, apparaître d'écarts, les proportions de femmes excisées variant de 93 % à Bamako et en milieu rural à 92 % dans les Autres Villes. Selon la région, on constate que les régions du nord Kidal/Gao/Tombouctou se caractérisent par une faible proportion de femmes excisées (34%). Par contre, dans les autres régions, la proportion de femmes excisées varie d'un minimum de 88% dans la région de Mopti à un maximum de 98% dans celle de Kayes. Le niveau d'instruction semble avoir une légère influence sur la prévalence de l'excision, celle-ci variant d'un minimum de 87 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus à un maximum de 92 % chez celles sans instruction. Par contre, la religion ne semble pas jouer un rôle important dans la pratique de l'excision, puisque la très grande majorité des femmes sont excisées quelle que soit leur religion. Cependant, on constate que les femmes de confessions animiste (95 %) et musulmane (92 %) sont plus souvent excisées que celles de confession chrétienne (76 %). Seule l'appartenance ethnique semble jouer un rôle important dans la pratique de l'excision : c'est dans les ethnies Sonraï et Tamacheck que la prévalence de l'excision est, de loin, la plus faible (respectivement, 41 % et 65) ce qui est cohérent avec l'observation faites précédemment sur les régions de Tombouctou, Gao et Kidal, où sont concentrées une grande partie des femmes de ces ethnies.

Compte tenu des difficultés à obtenir des informations fiables sur le type d'excision subie, au cours de l'enquête, on a simplement demandé aux femmes si on leur avait fait une simple entaille ou si on leur avait enlevé des morceaux de chair dans la zone des organes génitaux. Cette information ne permet pas de définir le type d'excision, mais elle permet au moins de différencier une certaine forme d'excision "symbolique" consistant à faire une "simple" entaille de l'excision proprement dite, consistant en l'ablation d'une partie, plus ou moins importante, des organes génitaux externes de la femme. On a également demandé aux femmes si on leur avait fermé le vagin. Les résultats du tableau 12.1 indiquent que, dans leur majorité (81 %), les femmes maliennes excisées ont subi une excision "réelle", c'est à dire qu'une partie de leurs organes génitaux externes ont été enlevés au cours de la procédure. Très peu de femmes (2 %) ont subi la forme "légère" d'excision (entaille sans ablation de chairs) et moins de 2 % des femmes ont eu leur vagin fermé ; de plus, 15 % des femmes n'ont pas su répondre à la question concernant le type d'excision qu'elles avaient subi.

Âge à l'excision des femmes enquêtées

Le tableau 12.2 présente les données sur l'âge des femmes à l'excision. Les résultats montrent qu'au Mali l'excision est pratiquée à un âge relativement tôt : 8 % des femmes ont déclaré que l'excision avait eu lieu lorsqu'elles avaient 0-1 an et 7 % lorsqu'elles avaient 2-4 ans ; par ailleurs, 46 % des femmes n'ont pas pu déterminer un âge exact mais elles ont déclaré que l'excision avait eu lieu durant l'enfance. Globalement, pour plus de six femmes sur dix (61 %) on constate qu'elles ont subi cette pratique avant 5 ans.

Cependant, dans 21 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles avaient été excisées à l'âge de 5-9 ans et 13 % à 10-14 ans. Seulement 1 % des femmes ont été excisées à 15 ans ou plus. Enfin, 4 % des femmes n'ont pas pu dire à quel âge elles avaient été excisées, ce qui signifie qu'elles ont été très probablement excisées à un âge très jeune.

Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques font apparaître quelques variations dans l'âge à l'excision. Selon le milieu de résidence, on constate qu'en milieu rural, l'excision est pratiquée plus tard qu'en milieu urbain (56 % contre 74 % avant 5 ans). De plus, près de deux femmes sur cinq du milieu rural (39 %) ont déclaré avoir été excisées entre 5 et 14 ans contre seulement 21 % en urbain. À Bamako 79 % des femmes ont été excisées avant 5 ans alors que dans les Autres Villes, cette proportion est de 61 %.

En ce qui concerne la région, on constate que c'est dans les régions de Kayes et de Mopti que la proportion de femmes excisées avant 5 ans est la plus élevée (respectivement 85 % et 67 %). À l'opposé, c'est dans la région de Sikasso que l'excision se pratique le plus tardivement (49 % des femmes excisées entre 5 et 14 ans.)

Entre les femmes de religion chrétienne et celles appartenant à la religion musulmane, on ne constate pas d'écart important de l'âge à l'excision (65 % des femmes chrétiennes excisées avant 5 ans contre 62 % chez les musulmanes).

Du point de vue ethnique - qui est très lié à la région de résidence - on constate que ce sont les femmes des ethnies Bambara (46 % entre 5 et 14 ans) et celles de l'ethnie Sénoufo/Minianka, qui habitent principalement la région de Sikasso, qui sont excisées à l'âge le plus tardif (42 % de femmes excisées entre 5 et 14 ans) ; par contre, parmi les femmes Sarakolé/Soninké/Marka (région de Kayes) 80% ont déclaré avoir été excisées avant 5 ans.

Personne ayant procédé à l'excision

La très grande majorité des femmes enquêtées (91 %) ont été excisées par des exciseuses traditionnelles. Le recours à des professionnels de la santé est très rare (2 %) Cependant, on constate que le recours au service de ces derniers est un peu plus fréquent quand il y a eu fermeture du vagin.

12.2 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Lors de l'interview, des questions ont également été posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour savoir si elle ou l'une d'entre elles, avait été excisée. Si plusieurs filles de l'enquêtée avaient été excisées, les questions concernant le type d'excision, l'âge à l'excision, les complications, etc. portaient uniquement sur la fille qui avait été excisée le plus récemment. Comme certaines filles enquêtées étaient trop jeunes au moment de l'enquête pour avoir déjà été excisées, on a également demandé aux femmes dont la fille n'a pas été excisée si elles avaient l'intention de la faire exciser.

Pratique de l'excision chez les filles

L'analyse du tableau 12.4 montre que plus de sept enquêtées sur 10 (73 %) ayant, au moins, une fille avaient déjà fait exciser leur fille ou, au moins l'une de leurs filles, 17 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser et, à l'opposé 7 % n'avaient pas l'intention de le faire. Seulement un peu plus de 1 % ont déclaré qu'elles n'avaient pas pris de décision. ~~En total, 90 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est à dire un niveau très proche de celui des mères (92 %).~~ Ce résultat indique qu'au Mali l'excision est une pratique qui reste encore aujourd'hui très répandue.

C'est dans les catégories de femmes parmi lesquelles la fréquence de l'excision est la plus faible que l'on constate les proportions les plus élevées de celles qui n'ont pas l'intention de faire exciser leur fille : c'est le cas de la région Kida/Gao/Tombouctou (57 %), parmi les femmes des ethnies Sonrai et Tamacheck (respectivement, 54 % et 25 %) et parmi les femmes de religion chrétienne (30 %). Bien évidemment, la proportion la plus élevée de femmes qui n'ont pas l'intention de faire exciser leur fille est observée chez les femmes qui n'ont pas, elles-mêmes, été excisées (83 %).

Les résultats du tableau 12.5 indiquent que, comme pour les mères, la pratique la plus courante a consisté en l'ablation de chairs (87 %) ; dans 4 % des cas, c'est-à-dire deux fois plus que chez les mères, le vagin a été totalement fermé. Quant à la forme "légère" d'excision (entaille sans ablation de chairs), elle n'a été pratiquée que dans seulement 2 % des cas. De plus, on ne constate que très peu d'écarts selon les caractéristiques socio-démographiques

Tableau 12.5

Âge des filles à l'excision

Le tableau 12.6 présente la répartition des filles qui ont été excisées le plus récemment selon l'âge à l'excision. En premier lieu, on constate que pour 80 % des filles, l'excision a eu lieu avant 5 ans. : 30 % à 0-1 ans ; 22 % à 2-4 ans ; et 28 % dans la petite enfance. Par rapport aux mères, on constate donc que les filles sont excisées à des âges plus jeunes puisque 61 % des mères avaient été excisées avant 5 ans. De plus, on constate que seulement 3 % des filles ont subi cette pratique à 10-14 ans contre 13 % chez les mères. Précisons cependant que ces résultats doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où la structure par âge des filles est totalement différente de celle des femmes enquêtées et où certaines filles étaient encore trop jeunes au moment de l'enquête pour être excisées.

Tableau 12.6

On constate cependant des écarts importants selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. Comme pour les mères, l'excision est toujours pratiquée à un âge plus tardif en rural qu'en urbain (89 % des excisions des filles ont été effectuées avant 5 ans contre 76 % en milieu rural). De même, c'est toujours dans les régions de Kayes et Bamako que l'on constate les proportions les plus élevées de filles excisées à un âge jeune (respectivement, 96 % et 93 % avant 5 ans) ; Par contre dans la région de Sikasso, l'excision se pratique toujours à un âge tardif, un tiers des filles ayant été excisées entre 5 et 14 ans (33 %). Selon le niveau d'instruction, il semble que plus la mère a un niveau d'instruction élevé et plus la fille est fréquemment excisée à un âge jeune : En effet 92 % des filles dont la mère a un niveau secondaire ou plus et 85 % de celles dont la mère a un niveau primaire ont été excisées avant 5 ans ; chez celles dont la mère n'a aucune instruction, cette proportion est de 78 % . Selon l'ethnie, on constate comme pour les mères que dans les ethnies Bambara et Sénoufo/Minianka, l'excision se pratique toujours à un âge plus tardif que dans les autres ethnies (respectivement 29 % et 27 % des filles ont été excisées entre 5-14 ans) ; par contre, chez les Sarakolé/Soninké/Marka, (94 %), les Dogons (84%) et les Tamacheck (79%), les filles ont été excisées plus jeunes que dans les autres ethnies.

Personne ayant pratiqué l'excision

Comme pour leur mères, les filles ont été excisées en majorité par des *exciseuses* traditionnelles (94%) (tableau 12.7). Cependant, malgré un niveau toujours très faible, le recours à un professionnel de la santé est deux fois plus important pour les filles (4 %) qu'il ne l'était pour les mères (2 %), ce qui peut laisser supposer une amélioration des conditions d'asepsie dans lesquelles sont pratiquées ces interventions. Néanmoins, on peut aussi considérer que cette tendance comporte un risque de déviation dans la lutte contre l'excision.

Tableau 12.7

Excision des filles et complications

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si leur fille qui avait été excisée le plus récemment avait souffert d'un certain nombre de complications pendant ou après l'excision. Les résultats sont présentés au tableau 12.8. D'après les déclarations de la mère, plus d'une fille sur cinq (22 %) ont eu, au moins une complication, et dans 6 % des cas, les filles ont même eu, au moins, deux complications. Si l'on analyse les résultats selon le type de complications, on constate que 17 % des filles ont eu des saignements excessifs et 8 % ont eu des problèmes d'infections/cicatrisation ; de plus, 5 % des mères ont déclaré que leur fille avait eu un gonflement de la zone génitale, ce qui peut également être un signe d'infection.

Tableau 12.8

12.3 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

Dans le but de mieux comprendre les raisons qui expliquent la pratique de l'excision, on a demandé aux femmes et aux hommes quels étaient, à leur avis, les avantages pour une fille d'être excisée et les avantages de ne pas être excisée.

Avantages pour une fille d'être excisée

Le tableau 12.9.1 présente les résultats concernant les avantages de l'excision d'après les femmes. On constate tout d'abord que 15 % ont déclaré qu'il n'y a aucun avantage pour une fille à être excisée et cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes qui n'ont pas été excisées (58 %). On peut également souligner que plus de 42 % des femmes des régions de Kidal, Gao et Tombouctou ainsi que 41 % des femmes de l'ethnie Sonraï et 33 % des femmes chrétiennes ont déclaré qu'il n'y avait pas d'avantage pour une fille à être excisée.

Tableau 12.9.1

Il apparaît ensuite que la reconnaissance sociale (42 %), le fait que l'excision soit associée à une meilleure hygiène (21 %) et la nécessité religieuse (19 %) sont les principaux avantages cités par les femmes (graphique 12.1). Il faut aussi noter que 7 % des femmes ont évoqué la préservation de la virginité et que dans 7 % de cas également les femmes ont avancé l'argument selon lequel l'excision augmente les chances de mariage. Seulement 2 % ont déclaré que le fait qu'une femme soit excisée contribuait à augmenter le plaisir sexuel de l'homme. Selon les caractéristiques socio-démographiques, on remarque que la reconnaissance sociale apportée par l'excision a été particulièrement citée par les femmes les plus âgées (plus de 50 % à 40 ans et plus), celles du milieu rural (45 %), celles sans instruction (44 %), celles des ethnies Sénoufou/Minianka (52 %) et les femmes animistes (48 %). L'argument de l'hygiène a été particulièrement évoquée par les femmes de Kayes (32 %) et de Ségou (28 %), et celles appartenant aux ethnies Malinké (33 %). Quant à la nécessité religieuse de l'excision, elle a été particulièrement citée par les femmes de Ségou (28 %) et de Mopti (26 %) et celles de l'ethnie Peulh (26 %).

Au tableau 12.9.2 sont présentées les proportions d'hommes ayant cité divers avantages de l'excision. On constate, en premier lieu, qu'une proportion plus importante que celle des femmes (20 %) a déclaré qu'il n'y avait aucun avantage pour une femme à être excisée (graphique 12.1). Cette proportion varie de manière importante selon les différentes caractéristiques socio-démographiques. Cette opinion a surtout été exprimée par les hommes des régions du nord (Kidal, Gao et Tombouctou : 42 %), ceux ayant une éducation secondaire ou plus (34 %), ceux appartenant aux ethnies Dogon (30 %) et Sonraï (28 %) et les hommes de religion chrétienne (34 %).

Tableau 12.9.2

Graphique 12.1

Cependant, pour 29 % des hommes, l'excision apporte à la femme une certaine reconnaissance sociale : ce sont surtout les hommes des régions de Kayes (55 %) et Ségou (44 %), ceux des ethnies Malinké (39 %) et Sénoufou/Minianka (38 %) et les hommes animistes (41 %) qui ont été les plus nombreux à citer cet avantage. En outre, pour 20 % des hommes, l'excision est une nécessité religieuse : cette opinion est particulièrement fréquente chez les hommes les plus âgés (32 % à 50 ans ou plus), ceux sans instruction (23 %), les hommes des ethnies Sarakolé/Soninké/Marka (29 %) et Sonraï (27 %). Enfin, pour 17 % des hommes, l'excision est associée à une meilleure hygiène, et pour 12 %, elle aide à préserver la virginité.

Avantages pour une fille de ne pas être excisée

Au tableau 12.10.1 figurent les proportions de femmes ayant cité divers avantages pour une fille à ne pas être excisée. Plus de la moitié des femmes (59 %) ont déclaré que le fait de ne pas être excisée n'apportait aucun avantage. Cette opinion est particulièrement fréquente chez les femmes des régions de Ségou (69 %) et Mopti (65 %). Par contre, pour 7 % des femmes, ne pas être excisée évite la souffrance ; cet argument a été particulièrement avancé par 15 % des femmes de religion chrétienne, 15 % des femmes de

niveau secondaire ou plus ainsi que par 13 % de celles de l'ethnie Dogon et par 11 % de celles de l'ethnie Sonraï. Pour 5 % des femmes, ne pas être excisée signifie moins de problèmes de santé : près d'une femme sur cinq de niveau secondaire ou plus (18 %) ont cité cette raison ainsi que 12 % de celles de Bamako. *Le plus grand plaisir de l'homme* est un argument qui a été évoqué par 5 % des femmes, en particulier, par 14 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et 12 % de celles de Bamako. En outre, 16 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, 14 % de celles de religion chrétienne et 12 % de celles de Bamako ont avancé comme argument *le plus grand plaisir de la femme* ; Seulement 3 % de femmes ont cité l'argument religieux.

Tableau 12.10.1

Le tableau 12.10.2 présente les proportions d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée. Une proportion aussi importante que celle des femmes (59 %) a déclaré que, pour une fille, ne pas être excisée ne comportait aucun avantage (graphique 12.2). C'est parmi les hommes de la région de Kayes (70 %), ceux de l'ethnie Malinké (71 %) et les hommes animiste (69 %) que cette proportion est la plus élevée.

En ce qui concerne les avantages pour une femme de ne pas être excisée, 10 % des hommes ont cité un plus grand plaisir pour la femme. Près de deux hommes sur dix (19 %) de la région de Mopti ont cité cet avantage. En outre, pour 8 % des hommes, le fait de ne pas être excisée a pour avantage d'avoir moins de problèmes de santé. Parmi les hommes de Kidal/Gao/Tombouctou et ceux de niveau d'instruction secondaire, cette proportion est, respectivement, de 17 % et 19 %. Les autres avantages comme « éviter la souffrance », « plus grand plaisir pour l'homme » et « en accord avec la religion » ont été cités dans des proportions variant entre 2 % et 6 %.

Tableau 12.10.2

Bien que parmi les avantages d'être ou de ne pas être excisée figurait le fait que l'excision soit exigée par la religion et le fait que ce soit un moyen d'éviter les relations sexuelles avant le mariage, au cours de l'enquête, on a demandé spécifiquement aux femmes et aux hommes s'ils étaient d'accord avec ces deux assertions. Les résultats sont présentés au tableau 12.11.

À la première question, 70 % des femmes et 63 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était une pratique exigée par la religion. Cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes de Kayes (81 %) et les femmes Peulh 80 %). Chez les hommes, c'est chez les animistes qu'elle est la plus répandue (71 %).

À la deuxième question, 30 % des femmes et 29 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était un moyen de prévenir les relations sexuelles avant le mariage. Près de 38 % des femmes de Ségou et de Kayes et 39 % des femmes Malinké ont déclaré être d'accord avec cette affirmation. Chez les hommes, les proportions les plus élevées de ceux qui partagent cette opinion ont été observées parmi ceux de Bamako (37 %), ceux de Sikasso (39 %) et les hommes des ethnies Bobo (42 %) et Sénoufou/Minianka (37 %).

Tableau 12.11

Opinions sur l'excision

On a également demandé aux femmes et aux hommes enquêtés leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision. Le tableau 12.12 montre qu'au niveau global, huit femmes sur dix (80 %) pensent que l'excision est une pratique qui devrait être maintenue, 13 % ont déclaré, au contraire, qu'elle devrait disparaître et 4 % n'ont pas su se prononcer. Comme il fallait s'y attendre, la majorité des femmes excisées

sont favorables au maintien de l'excision (85 %) alors que la majorité des femmes non excisées sont favorables à sa disparition (66 %).

Par ailleurs, si la femme a, au moins, une fille excisée, le pourcentage de femmes favorables au maintien de l'excision atteint 87 %. Dans le cas où la femme n'a pas de fille excisée, mais à l'intention de la ou les faire exciser dans l'avenir, la proportion de femmes favorables au maintien de cette pratique atteint un maximum de 93 %. Par contre, si la femme n'a pas l'intention d'exciser sa fille, la proportion chute à 15 %.

Tableau 12.12

Le tableau 12.13.1 présente l'opinion des femmes sur le maintien ou l'abandon de l'excision selon les caractéristiques socio-démographiques. Compte tenu de la faible proportion des femmes qui affirment que l'excision devrait disparaître, les écarts observés selon les caractéristiques socio-démographiques sont généralement faibles. Cependant, on constate que c'est parmi les femmes des régions de Kidal/Gao/Tombouctou (graphique 12.2) et parmi les femmes de l'ethnie Sonraï et dans une moindre mesure, celles de l'ethnie Tamacheck (25 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de femmes favorables à la disparition de cette pratique Rappelons que c'est dans cette région et dans ces ethnies que la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées est la plus faible

Tableau 12.13.1

Le tableau 12.13.2 présente la répartition des hommes selon qu'ils sont favorables ou non à l'abandon de l'excision. Une proportion d'hommes légèrement plus faible que celle des femmes (73 % contre 80 %) s'est déclarée favorable au maintien de cette pratique. Moins d'un sur cinq (17 %) pense qu'elle devrait disparaître et 10 % n'ont pas su se prononcer.. On constate que les proportions d'hommes qui sont favorables à l'abandon de cette pratique diffèrent peu selon l'âge. Selon le milieu de résidence, on constate que, comme chez les femmes, c'est en milieu urbain en particulier à Bamako et dans les régions de Kidal, Gao et Tombouctou (graphique 12.2) que les hommes sont proportionnellement les plus nombreux à penser que la pratique de l'excision devrait disparaître (respectivement, 23 % et 36 %). Quant aux résultats selon le niveau d'instruction, ils montrent que ce sont les hommes ayant une instruction secondaire ou plus qui sont proportionnellement les plus nombreux à s'être déclarés contre le maintien de cette pratique (37 %). Enfin ce sont les hommes de l'ethnie Sonraï et ceux de confession chrétienne qui sont le plus favorables à l'abandon de l'excision (respectivement, 32 % et 30 %).

Tableau 12.13.2

Graphique 12.2

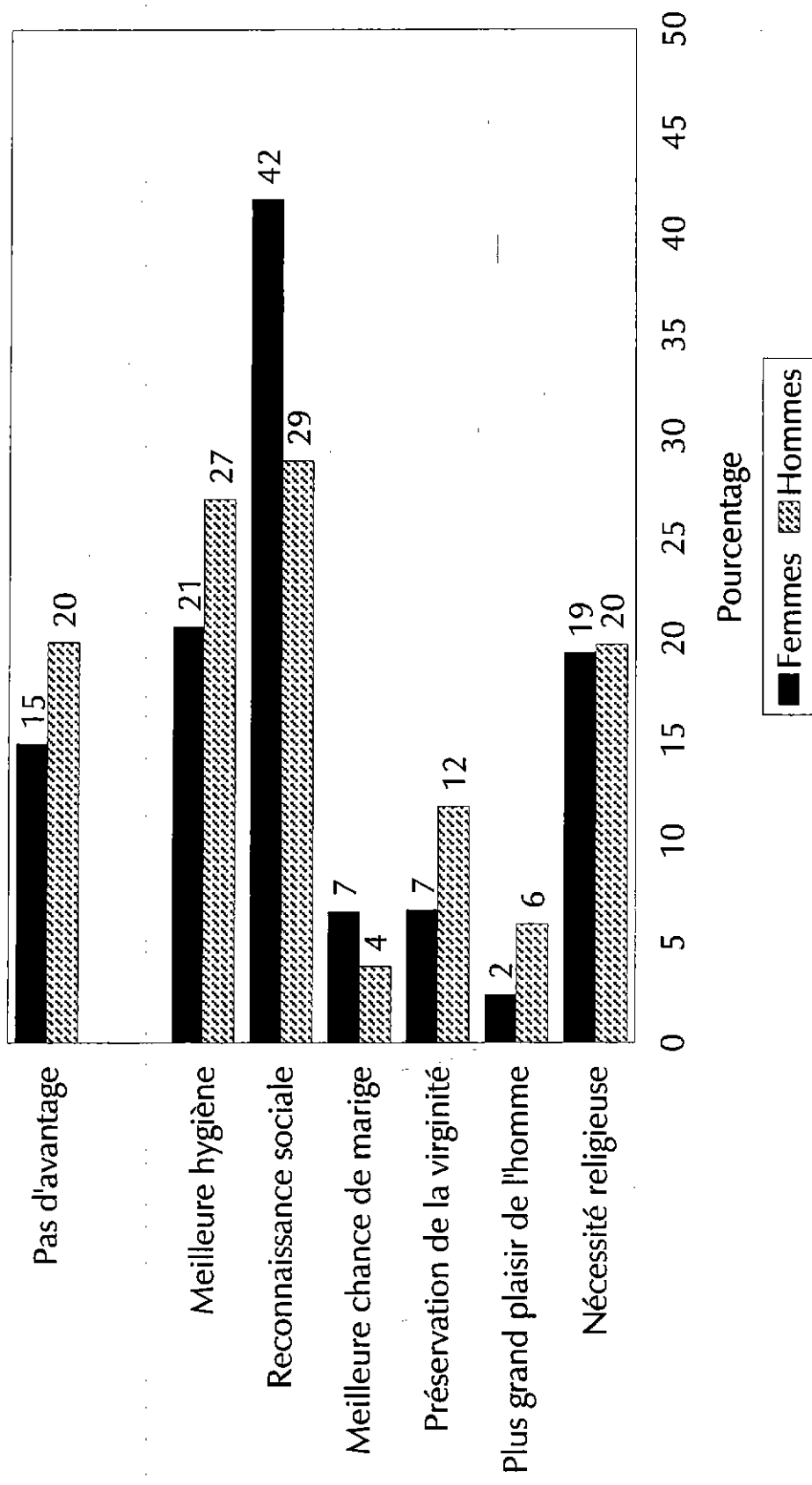
En plus de demander aux femmes si elles pensaient que la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître, on leur a posé la question suivante : « Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou, au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ? » Une question similaire a été posée aux hommes. Les réponses à ses questions, comme le montre le tableau 12.14, permettent de mesurer l'écart qui peut exister entre l'opinion des femmes et l'idée qu'elles se font de l'opinion des hommes et, de même, entre l'opinion des hommes et l'idée qu'ils se font de l'opinion des femmes.

On constate que parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (80 %), la majorité (64 %) pensent que les hommes sont du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (13 %), plus de la moitié (8 %) pensent que les hommes sont également du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, on peut dire que les femmes ont une bonne connaissance de l'opinion des hommes en la matière.

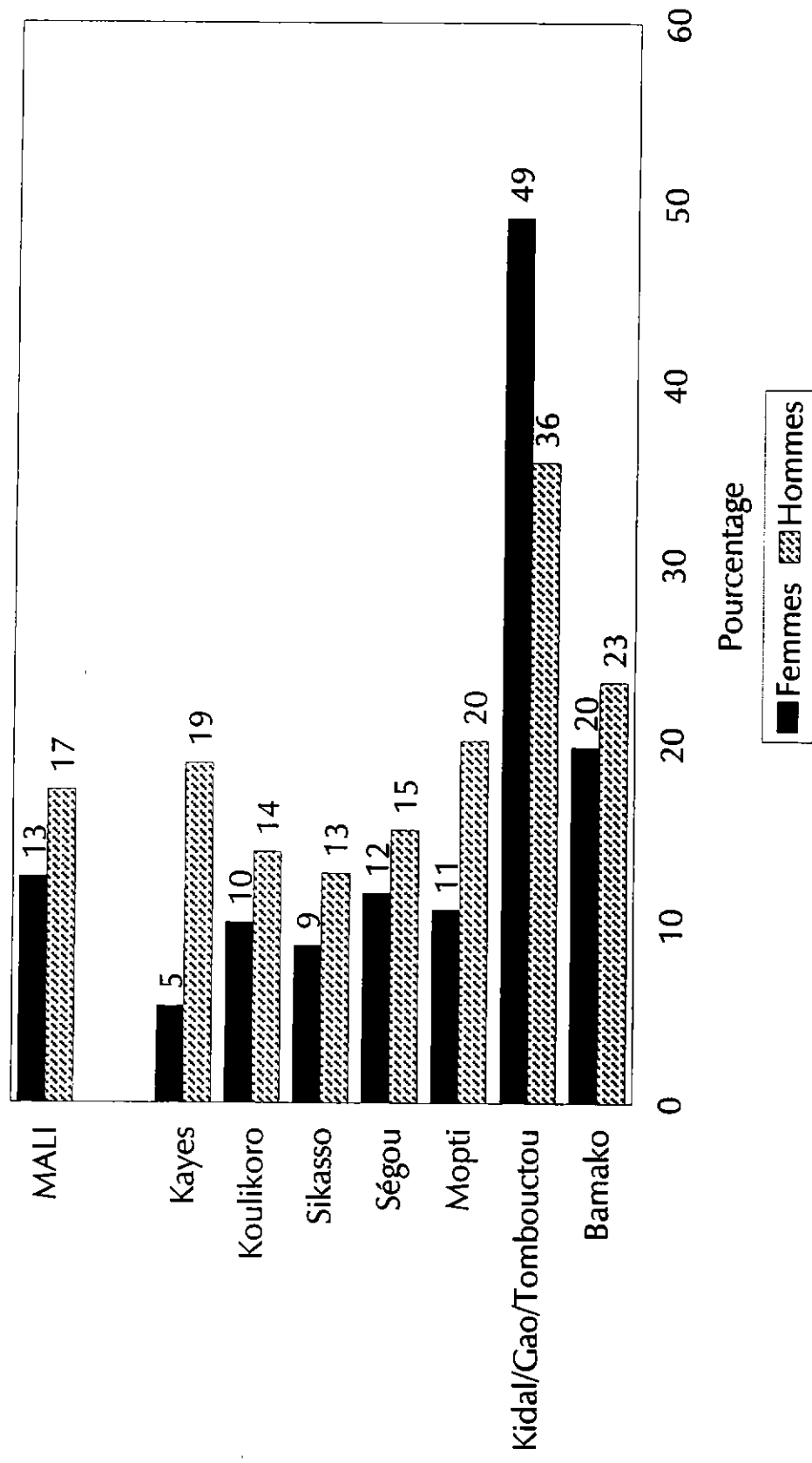
Du point de vue des hommes, on constate que parmi ceux qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (73 %), la majorité (50 %) pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les hommes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (17 %), plus de la moitié (10 %) pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, là encore, on constate une bonne connaissance par les hommes de l'opinion des femmes en la matière.

Tableau 12.14

Graphique 12.1 Avantages pour une fille d'être excisée



Graphique 12.2 Proportion de femmes et d'hommes favorables à l'abandon de la pratique de l'excision selon la région



Au Mali, le premier cas du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) a été identifié en 1985 à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Guindo. Dès 1987, une enquête de séro-prévalence avait donné une prévalence de 1 % dans les capitales régionales et dans le district de Bamako, de 7 % dans la population de tuberculeux soignés dans les hôpitaux et de 40 % parmi les professionnelles du sexe des centres urbains. Par ailleurs, le Mali étant un pays où les mouvements migratoires sont importants, notamment vers la Côte d'Ivoire qui, en 1994, se situait au premier rang des pays de l'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie (Sombo et al., 1995), les risques de contamination et d'augmentation de la prévalence sont très élevés. Pour lutter contre le phénomène, un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a été mis en place avec l'aide de différents partenaires. C'est un programme multi-sectoriel et décentralisé qui a déjà exécuté trois programmes planifiés dont un plan à cours terme (PCT) de 1988 à 1989, deux plans à moyen terme PMT1 (1989-1993) et PMT2 (1994-1998).

Le plan stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005, en cours, a été adopté par le Gouvernement le 30 Novembre 2000. Il est fondé sur la situation épidémiologique connue sur la base d'informations parcellaires, les acquis et les leçons apprises dans différents domaines. Les objectifs généraux de ce plan sont de réduire la propagation du VIH et d'alléger les impacts de l'épidémie du SIDA sur les personnes infectées et affectées, sur les communautés et sur l'économie du pays. Les axes stratégiques de cette nouvelle orientation sont : la décentralisation, la mobilisation des communautés à la base dans le cadre de la réponse locale à l'épidémie de VIH/SIDA, le développement de partenariats avec les acteurs sur le terrain, l'élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé, la prise en compte du VIH/SIDA et de ses impacts dans les lieux de travail, l'élargissement de la réponse nationale en introduisant des stratégies nouvelles, la poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité et enfin l'amélioration du système d'information sanitaire concernant le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Diverses études et informations tant quantitatives que qualitatives ont été réalisées de 1987 à ce jour sur les IST/SIDA.

En 1992, une seconde Enquête de séroprévalence effectuée par le PNLS a donné un taux d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) parmi la population sexuellement active, de l'ordre de 3 % dont 3,4 % chez les femmes et 2,6 % chez les hommes (Maïga YI et al). La région la plus atteinte était celle de Sikasso (environ 5% de prévalence chez les femmes enceintes et 73 % parmi les professionnelles du sexe). La prévalence la plus faible a été observée à Gao et Tombouctou (2 %). Depuis, de nombreuses études ont été menées sur les IST/VIH au Mali mais ont concerné des populations cibles à faible, moyen ou haut risque.

Ainsi en 1994, une étude financée par la banque mondiale a donné une prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 4,4 % à Bamako, 4,5 % à Sikasso, 2,1 % à Mopti et une prévalence chez les prostituées de 55 % à Bamako, 72 % à Sikasso et 21 % à Mopti. En 1997 cette prévalence était de 2,5 % chez les femmes enceintes à Bamako. Cette même année, elle était évaluée chez des prostituées encadrées par une ONG à 32 % à Bamako. En 1999, une étude financée par le PSPHR et exécutée par le PNLS et l'INRSP a montré que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 3.5% à Sikasso, 3.2% à Mopti et 0.6% à Koulikoro. Chez les professionnelles du sexe elle était de 33.3% à Mopti et à 16.6% à Koulikoro.

Selon les régions et les populations étudiées la séroprévalence varie de manière significative.

En 2000 le PNLS, avec l'appui du CDC (Centers for Diseases Control and Prévention, Atlanta) et de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), a réalisé une étude en vue de déterminer la prévalence des IST et de l'infection à VIH et les comportements associés au sein de cinq groupes à haut et moyen risque dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Kayes, Gao et dans le District de Bamako. Cette étude appelée ISBS (Integrated STI and Behavioral Surveillance) a révélé une séroprévalence globale pour l'ensemble des sites à 29.7% chez les professionnelles du sexe, 6.7% chez les vendeuses ambulantes, 5.7% chez les revendeurs de tickets des gares routières (coxeurs), 4.1% chez les camionneurs et 1.7% chez les aides familiales (bonnes). Cette étude a aussi révélé que les vendeuses ambulantes et les coxeurs constituent des populations à cibler par des actions de prévention contre les IST/VIH tant leurs connaissances et expériences sont limitées et leurs comportements à risque. Ces deux catégories de populations avaient présenté des taux d'infection par IST supérieurs de plus de 8 % à ceux des autres populations étudiées.

En 2001 les enquêtes CAP et enquêtes qualitatives réalisées par Population Service International (PSI) auprès des jeunes ont révélé que 65% ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, 53% ont eu des rapports sexuels le mois précédent l'enquête, près de 20% des jeunes hommes ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois, près de la moitié des jeunes n'utilisent pas le condom par confiance à leur partenaire, deux jeunes sur trois ne croient pas en l'existence du SIDA.

Au Mali, comme dans la plupart des pays africains, la transmission du sida se fait essentiellement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes interrogés lors de l'EDSM-III (15-59 ans pour les hommes, 15-49 pour les femmes) sont sexuellement actifs et sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'IEC lancées à travers le pays par le PNLS. Dans le but d'évaluer l'impact du programme malien, des questions sur la connaissance, les attitudes et les pratiques portant sur les IST et le Sida en particulier, ainsi que des questions sur les comportements sexuels ont été posées lors de l'EDSM-III. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en cours, ainsi qu'à la mise en place de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida.

Les résultats concernent principalement les domaines suivants, à savoir :

la connaissance de l'existence du VIH/Sida, des moyens de prévention et de ses modes de transmission ;

- la perception du VIH/Sida et du risque de le contracter ;
- les comportements adoptés pour ne pas contracter le VIH/Sida ;
- l'aspect social de la prévention du VIH/Sida ;
- la connaissance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- la prévalence des IST et le comportement adopté ;
- le nombre de partenaires sexuels ;
- la connaissance et l'utilisation du condom.

En outre, lors de l'EDSM-III, on a effectué un test de séroprévalence du VIH/Sida dans l'ensemble de la population¹.

¹ Voir à ce propos le chapitre ??? :

13.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Au cours de l'EDSM-III, il était donc important de déterminer le niveau de connaissance du VIH/Sida par la population enquêtée.

L'existence du VIH/Sida est connue par ~~pratiquement toute la population~~ (90 % des femmes et 98 % des hommes), quel que soit l'âge, l'état matrimonial, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction (tableau 13.1). Les niveaux de connaissance varient d'un minimum de 83 % à 100 % chez les femmes et de 94 % à 100 % chez les hommes.

Tableau 13.1

Bien que la grande majorité des femmes aient entendu parler du VIH/Sida, ~~seulement 56 % d'entre elles pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter~~ ; chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée, plus des trois quarts des hommes ayant déclaré qu'ils pensaient qu'il y avait un moyen d'éviter le VIH/Sida. Les femmes qui ont le plus fréquemment déclaré qu'on pouvait éviter le VIH/Sida sont les femmes de Bamako (84 %) et les femmes les plus instruites (97 %) ; à l'opposé, seulement 48 % des femmes de 40-49 ans, 46 % de celles du milieu rural et de la région de Kayes et 49 % de celles qui n'ont aucune instruction ont déclaré qu'il y avait un moyen d'éviter le VIH/Sida. Chez les hommes, ce sont également ceux de Bamako (90 %) et les plus instruits (96 %) qui, proportionnellement, ont le plus fréquemment déclaré qu'on pouvait éviter le VIH/Sida.

Les questions sur la connaissance du VIH/Sida portent également sur la connaissance par les enquêtés des moyens d'éviter de contracter la maladie. On a donc demandé aux hommes et aux femmes enquêtés de citer des moyens spécifiques de prévention du VIH/Sida. Les résultats sont présentés au tableau 13.2. Il faut tout d'abord souligner que 45 % des femmes et 22 % des hommes ne connaissent pas le VIH/Sida, ou ne savent pas si on peut éviter le sida, ou pensent qu'il n'y a pas de moyen de l'éviter ou encore ne connaissent pas de moyens spécifiques de prévention. Les moyens d'éviter le VIH/Sida les plus fréquemment cités par les hommes et par les femmes sont l'utilisation du condom (31 % des femmes et 51 % des hommes), le fait de n'avoir qu'un seul partenaire/être fidèle à un seul partenaire (27 % des femmes et 30 % des hommes) ainsi que l'abstinence sexuelle qui a été citée par 16 % des femmes et 29 % des hommes.

Tableau 13.2.

La connaissance de trois moyens spécifiques d'éviter la transmission du VIH, à savoir l'utilisation du condom, l'abstinence sexuelle et l'unipartenariat, est considérée comme essentielle d'un point de vue programmatique. Aussi, après avoir demandé aux enquêtés de citer les moyens d'éviter la transmission du VIH qu'ils connaissaient, on leur a demandé spécifiquement s'ils pensaient qu'il était possible d'éviter le sida en s'abstenant de rapports sexuels, en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel et en n'ayant qu'un seul partenaire qui n'a aucun autre partenaire.

On constate tout d'abord au tableau 13.3.1 que la moitié des femmes (50 %) n'ont pas entendu parler du VIH/sida ou ont déclaré ne connaître aucun moyen important d'un point de vue programmatique d'éviter de le contracter. À l'opposé, plus d'un tiers des femmes connaissent un moyen d'éviter de contracter le sida et 13 % ont déclaré en connaître deux ou trois. C'est parmi les femmes les plus instruites (21 %), celles de la région de Ségou (20 %), celles du milieu urbain (18 %) que l'on observe les proportions de celles qui sont les mieux informées. Par contre, parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les plus âgées (40-49 ans), celles vivant en milieu rural, celles vivant dans les régions de Kayes et de Koulikoro et parmi celles n'ayant

aucune instruction, les proportions de celles qui connaissent deux ou trois moyens ne dépassent pas 12 %. Il faut souligner enfin les proportions extrêmement faibles de femmes des régions de Mopti et de Kidal/Gao/Tombouctou qui ont déclaré connaître deux ou trois moyens d'éviter de contracter le VIH/Sida (respectivement, 7 % et 5 %). Pour 42 % des femmes, l'utilisation du condom permet d'éviter le VIH/sida. On constate que le fait de vivre en ville et le niveau d'instruction influencent la connaissance de ce moyen de prévention puisque 93 % des femmes de niveau secondaire ou plus et 75 % de celles vivant à Bamako ont déclaré que le condom était un moyen d'éviter le VIH/Sida. Ces proportions sont seulement de 31 % en milieu rural et de 34 % parmi les femmes sans instruction. C'est dans la région de Kidal/Gao/tombouctou que l'on constate la proportion la plus faible de femmes connaissant ce moyen de prévention du VIH/Sida (22 %). En outre, près de la moitié des femmes (48 %) ont déclaré que limiter le nombre de partenaires était un moyen d'éviter de contracter le VIH/Sida. On retrouve ici les mêmes différentiels que pour l'utilisation du condom.

Tableau 13.3.1

Chez les hommes, on constate que 22 % n'ont pas entendu parler du VIH/Sida ou ont déclaré ne connaître aucun moyen important d'un point de vue programmatique d'éviter de le contracter. À l'opposé, près d'un homme sur cinq (18 %) a déclaré en connaître un et 60 % ont déclaré en connaître deux ou trois. Comme chez les femmes, les hommes les mieux informés sont ceux du milieu urbain (73 %), de Bamako (75 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (80 %). Par contre, parmi les jeunes hommes de 15-19 ans, les plus âgés de 40-59 ans ceux du milieu rural et ceux sans instruction ou seulement un niveau primaire, les proportions sont relativement faibles ne dépassent pas 30 %. La région de Kidal/Gao/Tombouctou se caractérise par la proportion la plus faible d'hommes qui connaissent deux ou trois moyens de prévention du VIH/Sida (34 %).

En outre, près des deux tiers des hommes (64 %), soit une proportion plus élevée que celle des femmes (42 %) ont déclaré connaître l'utilisation du condom comme moyen d'éviter de contracter le VIH/Sida. Ce moyen est connu par la quasi-totalité des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (91 %), par 82 % de ceux de Bamako et par 79 % de ceux du milieu urbain. Par contre, cette proportion n'est que de 57 % en milieu rural et 56 % parmi ceux qui n'ont aucune instruction ; Ce sont les hommes des régions de Kidal/Gao/Tombouctou et de Koulikoro qui connaissent le moins fréquemment ce moyen important d'éviter de contracter le VIH/Sida. La limitation du nombre de partenaires en tant que moyen important d'éviter de contracter le VIH/Sida est connue par 63 % des hommes ; à titre de comparaison, chez les femmes, cette proportion n'est que de 48 %. Les hommes qui ont déclaré le plus fréquemment connaître ce moyen important sont essentiellement ceux ayant un niveau d'instruction secondaire (76 %), ceux du milieu urbain (71 %). Dans les régions, les proportions de ceux qui connaissent ce moyen varient d'un maximum de 75 % à Ségou à un minimum de 40% à Koulikoro et de 35 % à Kidal/Gao/Tombouctou.

Tableau 13.3.2

13.2 CONNAISSANCE DE CERTAINS ASPECTS DU VIH/SIDA

Les tableaux 13.4.1 et 13.4.2 présentent les réponses des femmes et des hommes à certaines questions ayant pour but d'évaluer leur connaissance et la perception de certains aspects du VIH/Sida.

Tout d'abord, on constate au tableau 13.4.1 que 44 % des femmes ont déclaré qu'une personne qui paraît en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/Sida. Cette proportion varie sensiblement selon les caractéristiques socio-démographiques. Selon l'âge, les proportions de femmes ayant donné cette réponse varient d'un minimum de 36 % chez les femmes de 40-49 ans à un maximum de 47 % chez celles de 20-29

ans. L'état matrimonial a également une influence puisque 43 % des femmes mariées pensent qu'une personne peut paraître en bonne santé et cependant avoir le VIH/Sida contre 48 % des célibataires et 53 % des femmes en rupture d'union. Selon le milieu de résidence, on constate que cette opinion est plus répandue parmi les femmes du milieu urbain que celle du milieu rural (59 % contre 37 %). La distribution par région de résidence laisse apparaître des écarts : c'est à Bamako et à Koulikoro que les proportions de femmes qui pensent qu'on peut paraître en bonne santé et avoir le VIH/Sida sont les plus élevées et, en revanche, c'est à dans les régions de Mopti et de Kidal/Gao/Tombouctou (respectivement, 20 % et 18 %) que les femmes sont les moins informées. Les résultats selon le niveau d'instruction mettent aussi en évidence des écarts importants : parmi les femmes sans instruction, seulement 38 % partagent l'opinion selon laquelle on peut paraître en bonne santé et être atteint du VIH/Sida contre un peu plus des trois-quarts des femmes de niveau secondaire ou plus (78 %).

Tableau 13.4.1

À la question concernant la possibilité de transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant (transmission verticale), on constate que c'est la possibilité de transmission durant la grossesse qui est la mieux connue, 42 % des femmes ayant déclaré la connaître. En outre, un peu plus d'un tiers des femmes (36 %) ont déclaré connaître la possibilité de transmission durant l'accouchement et enfin 32 % ont répondu qu'elles savaient que le virus pouvait se transmettre de la mère à l'enfant durant l'allaitement. Quel que soit le mode de transmission, ce sont toujours les femmes du milieu urbain, en particulier à Bamako, et surtout celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus qui sont les mieux informées.

Le tableau 13.4.1 présente enfin une dernière information concernant la proportion de femmes ayant déclaré connaître quelqu'un ayant le VIH/Sida ou étant décédé du VIH/Sida. Un peu plus d'une femme sur cinq a répondu qu'elle connaissait une personne dans ce cas ; cette proportion varie d'un maximum de 39 % parmi les femmes les plus instruites à un minimum de 13 % parmi les femmes de la région de Kidal/Gao/Tombouctou.

En ce qui concerne les hommes, les résultats présentés au tableau 13.4.2 montrent que 62 % d'entre eux pensent qu'une personne peut paraître en bonne santé et néanmoins avoir le VIH/Sida. Comme chez les femmes, ce sont les hommes du milieu urbain et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus qui partagent le plus fréquemment cette opinion (respectivement, 76 % et 86 %). Par ailleurs, en ce qui concerne la transmission du virus de la mère à l'enfant, on constate, comme chez les femmes, que c'est la possibilité de transmission durant la grossesse qui est la mieux connue, 60 % des hommes l'ayant citée, soit une proportion supérieure à celle des femmes (42 %). La possibilité de transmission du virus durant l'accouchement est connue par 51 % des hommes et 40 % ont déclaré qu'ils savaient que le virus pouvait se transmettre durant l'allaitement. Les hommes qui connaissent le mieux la possibilité de transmission du virus durant l'accouchement et pendant la grossesse sont les plus instruits et ceux vivant en milieu urbain. Par contre, on remarque que 54 % des hommes de Mopti et 51 % de ceux de Kayes ont déclaré connaître la possibilité de transmission du virus durant l'allaitement. La proportion d'hommes qui connaissent une personne ayant le VIH/Sida ou qui en est morte est quasiment identique à celle observée chez les femmes (23 %). Les hommes de la région de Mopti sont, proportionnellement, les plus nombreux à avoir déclaré connaître une personne malade ou étant décédée de cette maladie (39 %). Chez les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus, cette proportion est également relativement élevée puisqu'elle atteint 34 %.

Tableau 13.4.2

Sous l'expression « *aspect social de la prévention du VIH/Sida* », ont été regroupés différents sujets, à savoir, la confidentialité sur la séropositivité, la prise en charge du malade par des proches, l'autorisation pour une enseignante ayant le VIH/Sida de continuer à travailler, et l'éducation des enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom. Au cours de l'enquête, des questions ont été posées pour connaître l'opinion des

enquêtés à propos de chacun de ces sujets. Les résultats sont présentés au tableau 13.5.1 pour les femmes et 13.5.2 pour les hommes.

Environ une femme sur cinq (21 %) estime que l'état de séropositivité d'une personne doit être gardé secret. Seuls les résultats selon le milieu et la région de résidence font apparaître des écarts. La proportion de femmes estimant qu'il ne faut pas divulguer à la communauté le fait qu'une personne soit atteinte du VIH/Sida varie d'un minimum de 16 % dans les Autres Villes à un maximum de 23 % à Bamako. Dans les régions, 12 % des femmes de la région de Kidal/Gao/Tombouctou pensent que l'état de séropositivité d'une personne doit être gardé secret contre 30 % à Sikasso.

Tableau 13.5.1

À la deuxième question concernant l'intention de prendre soin d'un proche atteint du VIH/Sida, plus d'un quart des femmes ont déclaré qu'elles n'y étaient pas prêtes. Cette opinion varie peu selon l'âge ; par contre, on remarque que, selon l'état matrimonial, la proportion de femmes qui ne seraient pas prêtes à prendre soin, chez elles, d'un proche qui a le VIH/Sida varie d'un minimum de 19 % chez les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels à un maximum de 27 % chez les femmes en union. On constate également qu'à Bamako, seulement 12 % des femmes ne seraient pas prêtes à prendre soin, chez elles, d'un proche qui a contracté le VIH/Sida ; en milieu rural, par contre, cette proportion est de 32 %.

Plus de deux femmes sur cinq (43 %) pensent qu'un(e) enseignant(e) qui a le VIH/Sida mais qui ne paraît pas malade ne devrait pas être autorisé à continuer d'enseigner à l'école. Cette opinion est plus particulièrement partagée par les jeunes femmes qui sont en union (44 %), et celles sans instruction (46 %). Les régions de Kayes, de Mopti et de Sikasso se caractérisent par des proportions élevées de femmes qui pensent qu'un enseignant atteint du VIH/Sida devrait cesser son travail à l'école (respectivement, 48 % et 51 %).

Pour une femme sur sept (15 %), il n'est pas souhaitable d'éduquer les enfants sur l'utilisation du condom comme moyen de prévention du VIH/Sida. Cette opinion varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques. Tout au plus peut-on remarquer que les femmes de 40-49 ans (18 %), celles de Bamako (17 %) et celles de Ségou (19 %) sont relativement plus nombreuses à partager cette opinion.

Chez les hommes, on constate qu'une proportion un peu plus faible que chez les femmes (19 % par rapport à 21 %) pensent que l'état d'une personne atteinte du VIH/Sida ne devrait pas être divulgué à la communauté (tableau 13.5.2). Cette opinion varie selon certaines caractéristiques socio-démographiques : en moyenne, 21 % des hommes de moins de 30 ans partagent cette opinion par rapport à 17 % chez les plus de 30 ans. Près d'un quart des célibataires ayant eu des rapports sexuels pensent qu'il ne faut pas divulguer le fait qu'une personne soit atteinte du VIH/Sida contre 18 % des hommes en union. De même, selon le niveau d'instruction, on constate que 18 % des hommes sans instruction approuvent la confidentialité de ce type d'information contre 25 % chez les plus instruits. Enfin, en milieu rural, pour 17 % des hommes, il est préférable de garder secret l'état d'une personne ayant contracté le VIH/Sida ; cette proportion est de 23 % en urbain.

Tableau 13.5.2

Un peu plus d'un homme sur dix (13 %) a déclaré qu'il ne serait pas prêt à prendre soin chez lui d'un proche ayant contracté le VIH/Sida : la proportion correspondante chez les femmes est deux fois plus élevée (26 %). En outre, chez les jeunes hommes de 15-19 ans et chez les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels, 20 % n'auraient pas l'intention de prendre soin chez eux d'un proche malade. On constate un écart important entre les hommes de Bamako et ceux des Autres Villes et du milieu rural (5 % contre 15 %) et également entre les hommes sans instruction et les plus instruits (15 % contre 4 %).

Plus de deux hommes sur cinq (46 %) pensent qu'il ne faudrait pas permettre à un(e) enseignant(e) ayant le VIH/Sida de continuer à enseigner. Cette proportion est très proche de celle obtenue chez les femmes (43 %). Cette opinion est particulièrement partagée par les hommes de la région de Kayes (71 %), mais aussi par plus de la moitié des hommes du milieu rural (53 %) et de ceux sans instruction (53 %). À l'opposé, cette proportion n'est que de 21 % chez les hommes ayant un niveau secondaire ou plus.

Enfin à la dernière question concernant l'éducation des enfants sur l'utilisation du condom, 26 % des hommes s'y sont déclarés opposés. Chez les femmes, cette proportion n'est que de 15 %. Les hommes qui approuveraient le moins cette mesure sont les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (31 %), et ceux des régions de Koulikoro (38 %) et de Kayes (43 %).

13.3 COMMUNICATION AU SUJET DU VIH/SIDA

Les changements de comportement pour éviter de contracter le VIH/Sida peuvent être influencés par le niveau de communication qui existe dans une société et, en particulier à l'intérieur d'un couple. Pour cette raison, au cours de l'enquête, on a demandé aux enquêtés en union s'ils avaient, ou non, discuté des moyens de prévention du VIH/Sida avec leur conjoint. À cette question, 20 % des femmes ont répondu par l'affirmative (tableau 13.6.1) tandis que une majorité (69 %) ont répondu qu'elles n'avaient jamais parlé des moyens de prévention du VIH/Sida avec leur conjoint. Les femmes qui ont le plus fréquemment abordé cette question sont les femmes les plus instruites (60 %) et celles du milieu urbain (33 %). À Bamako, cette proportion est de 39%. À l'opposé, 73 % des jeunes femmes de 15-19 ans, 74 % de celles de Mopti et 71 % de celles n'ayant aucune instruction n'ont pas parlé de ce problème avec leur conjoint.

Tableau 13.6.1

En ce qui concerne les hommes (tableau 13.6.2), on constate que 37 % ont déclaré avoir abordé le problème de la prévention du VIH/Sida avec leur partenaire ; à l'opposé, 61 % n'en ont pas parlé. Près des deux tiers des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (65 %), plus de la moitié de ceux de Bamako (55 %) et de ceux de 25-29 ans (54 %) ont discuté de ce sujet avec leur conjoint contre seulement 30 % de ceux de 40-59 ans, 33 % de ceux du milieu rural et 31 % de ceux n'ayant aucune instruction.

Tableau 13.6.2

Pour tenter d'évaluer le niveau d'acceptation par la population de messages sur le VIH/Sida dans les médias, on a demandé aux enquêtés si, selon eux, des discussions au sujet du VIH/Sida dans les médias étaient ou non, acceptables. Les résultats sont présentés au tableau 13.7.1 pour les femmes et 13.7.2 pour les hommes.

Une très forte proportion d'hommes et de femmes approuvent que l'on parle du VIH/Sida dans les médias (plus de 94 % quel que soit le sexe). Cette proportion varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 13.7.1

Tableau 13.7.2

13.4 TEST DU VIH/SIDA

Dans toute politique de dépistage volontaire du VIH/Sida, il est important de connaître la position de la population sur la question. Au cours de l'EDSM-III, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà

effectuer un test de dépistage du VIH/Sida ; aux enquêtés qui n'avaient pas effectué de test, on leur a demandé s'ils souhaitaient en effectuer un et s'ils connaissaient un endroit où il était possible d'effectuer ce test.

Au tableau 13.8.1, on constate qu'une infime minorité de femmes (4 %) ont déclaré avoir été testées pour le VIH/Sida. Ce sont, plus particulièrement, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (20 %), celles de Bamako (14 %), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (10 %) et les femmes en rupture d'union (8 %) qui ont plus fréquemment déclaré avoir été testées. En outre, les résultats montrent que 50 % des femmes qui n'ont pas effectué le test souhaiteraient en effectuer un ; par contre, 30 % de femmes qui n'ont pas été testées ne désireraient pas l'être ; enfin 16 % des femmes n'ont pas été testées et ne savent pas si elles souhaiteraient être testées. C'est chez les femmes de niveau d'instruction primaire (61 %), secondaire ou plus (58 %), celles du milieu urbain (53 %) ainsi que parmi celles de 20-24 ans (54 %) que l'on constate les proportions les plus élevées de femmes non testées et qui souhaiteraient l'être.

Tableau 13.8.1

Parmi les femmes ayant effectué le test de dépistage du VIH/Sida, on constate que la grande majorité se sont adressées au secteur public (87 %) ; seulement 9 % se sont adressées au secteur privé, en particulier celles de Bamako (14 %) et celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (13 %). Par ailleurs, parmi les femmes n'ayant pas effectué le test, on constate que seulement 9 % ont déclaré connaître un endroit pour se faire tester. Ce n'est que parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (38 %) et parmi celles de Bamako (22 %) que l'on observe une proportion relativement élevée de femmes qui connaissent un endroit pour un test.

Deux fois plus d'hommes que de femmes ont effectué un test de dépistage du VIH/Sida (9 % contre 4 %). Comme chez les femmes, ce sont les hommes de Bamako (23 %), ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (23 %) et ceux qui sont en rupture d'union (22 %) qui ont le plus fréquemment déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH/Sida. En outre, les résultats montrent que près des deux tiers des hommes n'ont pas été testés et souhaiteraient effectuer un test de dépistage (64 %) ; à l'opposé, 20 % n'ont pas été testés et ne désireraient pas se soumettre à un test ; enfin, 7 % des hommes n'ont pas été testés et sont indécis. C'est chez les hommes des régions de Sikasso et de Mopti (71 % dans les deux cas), chez ceux de niveau d'instruction primaire (69 %) chez ceux du milieu rural (68 %) que l'on constate les proportions les plus élevées d'hommes non testés et souhaitant effectuer un test de dépistage.

Tableau 13.8.2

Parmi les hommes ayant effectué le test, on constate que la grande majorité s'est adressée au secteur public (83 %) et que 14 % ont choisi le secteur privé. Ce sont surtout les hommes de Bamako (19 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (16 %) qui ont effectué ce test dans le secteur médical privé. Par ailleurs, parmi les hommes n'ayant pas effectué un test, on constate que seulement 23 % ont déclaré connaître un endroit pour le test. Parmi les hommes qui n'ont pas effectué le test, plus de la moitié de ceux de niveau secondaire ou plus (56 %) et plus de deux sur cinq à Bamako (43 %) savent cependant où aller pour effectuer le test.

13.5 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Au cours de l'enquête, on a demandé aux hommes et aux femmes enquêtés si, à part le sida, ils connaissaient d'autres infections qui se transmettaient par contact sexuel et dans le cas d'une réponse positive, s'ils connaissaient des signes ou symptômes, chez l'homme et chez la femme, caractéristiques de ces infections. ; de plus, en demandant aux enquêtés s'ils avaient eu une IST ou des symptômes associés à

des IST, il a été possible d'établir une prévalence déclarée des IST. Enfin, certaines questions ont porté sur le comportement adopté en cas d'infection, en terme de conseil et de traitement.

Connaissance des IST

Le tableau 13.9.1 présente les résultats concernant la connaissance, par les femmes, des IST et des symptômes révélateurs d'IST. Parmi les femmes enquêtées, 68 % ont déclaré ne pas connaître d'infections qui se transmettent sexuellement (à part le sida). Ces proportions sont élevées quel que soit l'âge. Selon l'état matrimonial, la proportion de femmes qui ne connaissent pas les IST varie d'un minimum de 51 % chez les femmes en rupture d'union à un maximum de 83 % chez les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels. En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate que se sont les femmes du milieu rural qui connaissent le moins les IST (74 %). À Bamako, par contre, le niveau de connaissance est nettement plus élevé, puisque seulement 48 % ne connaissent pas les IST. Le niveau d'instruction influence le niveau de connaissance des IST puisque 73 % des femmes sans instruction ne connaissent pas les IST contre seulement 31 % des femmes les plus instruites. Enfin dans les régions, les proportions de femmes qui ne connaissent pas les IST varient d'un maximum de 82 % à Mopti à un minimum de 48 % à Bamako.

Tableau 13.9.1

De plus, une femme sur dix a été incapable de citer un symptôme caractéristique d'IST chez l'homme. Si l'on ajoute ces 10 % de femmes qui ne connaissent aucun symptômes d'IST chez l'homme aux 68 % de femmes qui ne savent pas qu'il existe des IST, ce sont 74 % des Maliennes qui n'ont aucune connaissance ou seulement une connaissance très limitée des IST chez l'homme. À l'opposé, 22 % des femmes ont cité, au moins, un symptôme d'IST chez les hommes. Il s'agit surtout des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (50 %) et dans une moindre mesure, des femmes du milieu urbain (32 %).

Par ailleurs, 6 % de femmes ont été incapables de citer un symptôme caractéristique d'IST chez la femme. Si l'on ajoute ces 6 % de femmes qui ne connaissent aucun symptômes d'IST chez la femme aux 68 % de celles qui ne savent pas qu'il existe des IST, ce sont 73 % des Maliennes qui n'ont aucune connaissance ou seulement une connaissance très limitée des IST chez la femme. À l'opposé, 27 % des femmes ont cité, au moins, un symptôme d'IST chez les femmes. Il s'agit surtout des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (57 %) et dans une moindre mesure, des femmes du milieu urbain (38 %). En outre, il faut noter que la proportion de femmes qui connaissent, au moins, un symptôme d'IST chez les femmes est assez peu différente de celles qui connaissent un symptôme chez l'homme (27 % contre 22 %).

Le tableau 13.9.2 présente les résultats sur la connaissance, par les hommes, des IST et de leurs symptômes chez les hommes et chez les femmes..

Tableau 13.9.2

Parmi les hommes enquêtés, 42 % ont déclaré ne pas savoir qu'il existait des IST (en dehors du sida). Cette méconnaissance est particulièrement fréquente chez les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (81 %) et chez les 15-19 ans (71 %). Les résultats montrent également que les hommes du milieu rural ont plus fréquemment déclaré que ceux du milieu urbain qu'ils ne connaissent pas les IST (49 % contre 29 %) ; de même, la proportion d'hommes sans instruction qui ne connaissent pas les IST est plus de deux fois plus élevée que celle des hommes de niveau secondaire ou plus (49 % contre 20 %).

Par ailleurs, on constate que 48 % des hommes connaissent, au moins, un symptôme révélateur de la présence d'IST chez les hommes. Il s'agit plus particulièrement des hommes de Ségou (59 %), de Kayes

(55 %), du milieu urbain (55 %) et de ceux qui sont le plus instruits (62 %). La connaissance par les hommes des symptômes chez les femmes est légèrement moins bonne ; 35 % ont pu citer, au moins, un symptôme d'IST chez la femme alors que cette proportion est de 48 % pour les symptômes chez l'homme. Néanmoins, 22 % des hommes ont été capables de citer au moins deux symptômes d'IST chez les femmes.

Épisodes déclarés d'IST

On a demandé aux femmes et hommes enquêtés s'ils avaient eu une IST au cours des 12 derniers mois et des symptômes associés à la présence d'IST. Cependant, étant donné que certaines personnes peuvent avoir des IST et ne pas savoir ou ne pas reconnaître qu'il s'agit d'une IST, et étant donné que certaines personnes avouent difficilement avoir eu de telles maladies, surtout au cours d'une enquête, il faut considérer les valeurs présentées ici comme des ordres de grandeur minimale. Elles ne peuvent, en aucun cas, être considérées comme des mesures véritables de la prévalence des IST.

Le tableau 13.10.1 présente les proportions de femmes ayant eu des rapports sexuels qui ont déclaré spontanément avoir eu une IST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. Les résultats montrent que 7 % des femmes ont déclaré avoir eu une IST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette prévalence déclarée varie de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques : en effet, par rapport à l'ensemble des femmes, celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et celles de Bamako ont été, proportionnellement, deux fois plus nombreuses à avoir déclaré avoir eu une IST. De plus, plus d'une femme sur cinq (22 %) a déclaré avoir eu des pertes vaginales et 9 % ont eu une plaie ou un ulcère génital. Globalement, on constate qu'un quart des femmes (25 %) ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes associés aux IST.

Tableau 13.10.1

Selon les résultats présentés au tableau 13.10.2, on constate que 3 % des hommes, soit deux fois moins que chez les femmes (7 %), ont déclaré avoir eu une IST au cours des douze derniers mois. Cette proportion ne varie guère selon les caractéristiques socio-démographiques, à l'exception de la région de Ségou qui se caractérise par une proportion plus élevée par rapport à la moyenne nationale (3 %). De plus, 5 % des hommes ont déclaré avoir eu un écoulement génital et 2 % un ulcère génital. Globalement, 7 % des hommes ont déclaré avoir eu une IST ou un symptôme révélateur de la présence d'IST.

Tableau 13.10.2

IST et comportement

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés au cours des 12 derniers mois, on constate que plus de la moitié (52 %) ont recherché un conseil ou un traitement auprès d'une source quelconque. Cette proportion est particulièrement élevée dans le cas d'une IST déclarée (81 %). À l'opposé, 48 % n'ont rien fait pour traiter l'infection. Près d'un tiers des femmes se sont adressées à un hôpital, une clinique ou un médecin privé pour être traitées. Plus d'un quart ont seulement consulté un guérisseur traditionnel (26 %) et dans 20 % des cas, les femmes ont demandé conseils à des amis ou à des proches ou elles ont pris des médicaments provenant d'une boutique ou d'une pharmacie (19%).

Tableau 13.11.1

Tableau 13.11.2

Parmi les hommes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés au cours des douze derniers mois, on constate qu'une proportion plus élevée que les femmes a recherché un traitement ou un

conseil auprès d'une source quelconque pour être traité (61 % contre 52 % chez les femmes). Cependant, plus d'un tiers n'a pris aucune mesure. Plus d'un quart des hommes se sont adressés à une clinique, un hôpital ou un médecin privé ; un tiers a seulement consulté un guérisseur traditionnel ; dans 28 % des cas, les hommes ont demandé des conseils à des proches et 19 % se sont adressés à des boutiques ou des pharmacies pour obtenir des conseils ou des médicaments.

Des questions ont également été posées aux enquêtés qui avaient eu une IST et/ou des symptômes associés pour savoir si, d'une part, ils avaient informé leur partenaire de leur état et, d'autre part, pour connaître les mesures qu'ils avaient prises pour protéger leur partenaire. Les résultats sont présentés au tableau 13.12.1 pour les femmes

Dans plus de la moitié de cas (52 %), les femmes n'ont pas informé le partenaire. Cette proportion varie en fonction de la « gravité » du symptôme ; quand il s'agit d'une IST déclarée, 72 % des femmes ont averti leur partenaire ; dans le cas d'une plaie ou d'un ulcère génital, la proportion n'est que de 52 % et quand il s'agit d'un écoulement vaginal, moins de la moitié des femmes ont informé leur partenaire. En outre, on remarque que 61 % des femmes n'ont pris aucune précaution pour éviter d'infecter leur partenaire et un peu plus d'un tiers a déclaré avoir fait quelque chose : dans 34 % des cas, elles ont pris des médicaments et dans 19 % des cas, les femmes ont évité les rapports sexuels. Seulement 2 % ont utilisé un condom pour éviter de transmettre l'infection à leur partenaire. Ces proportions varient en fonction du type de symptômes ; quand il s'agit d'IST déclarée, les proportions de femmes qui ont pris des mesures pour protéger leur partenaire sont toujours plus élevées que quand il s'agit uniquement de symptômes

Tableau 13.12.1

Dans 38 % des cas, les hommes ont informé leur partenaire de leur état. Cette proportion varie de 46 % quand il s'agit d'une IST à 44 % dans le cas d'une plaie/ulcère génital et à 34 % quand seul un écoulement génital a été constaté. Un peu plus d'un homme sur deux (57 %) a déclaré avoir fait quelque chose pour éviter de transmettre l'infection à sa partenaire. Cette proportion varie d'un maximum de 72 % quand il s'agit d'une IST à un minimum de 57 % quand il s'agit d'un écoulement génital. On constate également que 41 % ont évité les rapports sexuels, 45 % ont pris des médicaments et que seulement 11 % ont utilisé un condom.

Tableau 13.12.2

13.6 NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELLES

Au cours de l'EDSM-III, on a cherché à connaître le nombre de partenaires sexuels des enquêtés au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. La multiplicité des partenaires sexuels est en relation directe avec la probabilité d'être infecté en cas de relations non protégées. Il est néanmoins bon de rappeler que les déclarations des enquêtés sur le nombre de partenaires peuvent ne pas toujours traduire fidèlement la réalité du fait que certains enquêtés ne déclarent pas leurs partenaires sexuels, considérant que cela fait partie de leur vie privée.

Les données du tableau 13.13.1 portent sur les femmes en union. On constate qu'en dehors du conjoint, la quasi-totalité des femmes en union n'auraient eu aucun partenaire au cours des 12 derniers mois et 2 % en auraient eu 1. C'est parmi les femmes les plus jeunes (6 % à 15-19 ans), parmi celles qui résident à Bamako (6 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (6 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de femmes ayant eu un partenaire sexuel en dehors de leur conjoint.

Tableau 13.13.1

Parmi les hommes en union, 88 % ont déclaré ne pas avoir eu de relations sexuelles avec une autre femme que leur(s) épouse(s), 8% ont déclaré avoir eu une partenaire sexuelle en dehors de l'épouse (ou des épouses) au cours des 12 derniers mois et 2 % ont déclaré en avoir eu deux partenaires ou plus. Le nombre moyen de partenaires est de 0,2. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on remarque que c'est parmi les hommes de Bamako et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus que les proportions de ceux ayant déclaré avoir eu une autre partenaire que leur(s) épouse(s) sont les plus élevées (respectivement, 16 % et 15 %).

Tableau 13.13.2

Chez les femmes qui ne sont pas en union (tableau 13.14.1), plus des deux tiers ont déclaré n'avoir eu aucun partenaire (69 %). Cependant, plus d'un quart a déclaré en avoir eu un (28 %) et 3 % ont eu deux partenaires ou plus. Le nombre moyen de partenaires dans cette catégorie de femmes s'établit à 0,3 et il varie assez peu, à l'exception de l'âge, où il passe d'un minimum de 0,1 chez les femmes de 40-49 ans à un maximum de 0,6 chez celles de 20-24 ans.

Parmi les hommes qui ne sont pas en union (tableau 13.14.2), essentiellement des célibataires, 57 % n'ont eu aucune partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, 31 % ont eu une seule partenaire et 9 % en ont eu 2 ou plus. Le nombre moyen de partenaires est de 0,6 et c'est parmi les hommes de 25-29 ans (1,3), de 30-39 ans (1,2) et parmi ceux de Bamako (1,0) qu'il est le plus élevé.

. Tableau 13.14.1

Tableau 13.14 2

13.7 CONNAISSANCE ET UTILISATION DU CONDOM

La question de l'utilisation du condom est vitale puisque c'est le seul moyen disponible pour se protéger contre les IST et le VIH/Sida lorsqu'on a des rapports sexuels avec un partenaire dont le statut sérologique est inconnu. Trois aspects sont abordés dans cette section : la connaissance, l'accès au condom et son utilisation.

Les résultats du tableau 13.15 montrent que seulement 22 % des femmes connaissent le condom et un endroit où s'en procurer. Cette proportion varie de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques : selon l'âge la proportion varie de 13 % à 40-49 ans à 26 % à 20-29 ans. Les écarts sont également importants entre les femmes de statut matrimonial différent puisque la proportion de celles connaissant le condom et une source varie de 19 % chez les femmes en union à 54 % chez les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels. Selon le milieu de résidence, on constate que seulement 12 % des femmes du milieu rural connaissent le condom et un endroit où s'en procurer contre 45 % en urbain et 53 % à Bamako. Dans les régions, les variations sont également très importantes passant de 24 % à Sikasso à 11 % à Mopti. Enfin, c'est le niveau d'instruction qui influence le plus la connaissance du condom et d'un lieu où s'en procurer : 71 % pour les femmes de niveau secondaire contre seulement 14 % pour les femmes sans instruction.

Tableau 13.15.

Par ailleurs, seulement 16 % des femmes connaissent le condom et ont déclaré pouvoir s'en procurer elles-mêmes en cas de besoin. Cette proportion varie également de manière importante et de la même façon que la connaissance d'une source.

Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes connaissent le condom et un endroit où s'en procurer et peuvent en obtenir quand c'est nécessaire (respectivement, 46 % et 39 %). C'est chez les hommes de niveau secondaire (respectivement 90 % et 78 %) et parmi ceux de Bamako (respectivement 76 % et 68 %) que ces proportions sont, de loin, les plus élevées.

Le tableau 13.16.1 présente les résultats concernant l'utilisation du condom par les femmes selon le type de partenaires et par caractéristiques socio-démographiques. Seulement 2 % des femmes ont utilisé un condom au cours des douze derniers mois au cours des derniers rapports sexuels, quel que soit le type de partenaire. Cette proportion varie cependant d'un minimum de 1 % chez les femmes sans instruction et celles en union à un maximum de 11 % chez les femmes en rupture d'union et 12 % chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. De plus, on constate que le niveau d'utilisation varie fortement selon le type de partenaire. Au cours des derniers rapports sexuels avec le conjoint, la proportion d'utilisatrices est extrêmement faible (moins d'un pour cent) ; par contre, au cours des derniers rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que le conjoint, la proportion d'utilisation du condom est de 14 % et elle varie d'un minimum de 5 % chez les femmes sans instruction et chez celles des régions de Koulikoro et de Mopti (4%) à un maximum de 22 % à Bamako et 29 % parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 13.16.1

Les résultats concernant les hommes sont présentés au tableau 13.16.2. Moins d'homme sur dix (9 %) a déclaré avoir utilisé un condom au cours de ses derniers rapports sexuels, au cours des douze derniers mois, quelle que soit sa partenaire. Cette proportion est cependant bien plus élevée que chez les femmes (2 %). En outre, comme chez les femmes, la proportion d'hommes ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels varie selon le type de partenaire : au cours des derniers rapports sexuels avec leur conjoint, l'utilisation est extrêmement faible (1 %) ; par contre, au cours des derniers rapports sexuels avec un partenaire autre que le conjoint, un tiers des hommes (33 %) ont utilisé un condom. Cette proportion varie d'un minimum de 19% chez les hommes sans instruction et chez ceux de Mopti à un maximum de 48 % à Bamako et de 53 % parmi les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 13.16.2

L'Enquête Démographique et de Santé 2001 (EDSM-III) comportait un questionnaire administré aux hommes de 15-59 ans. Ce questionnaire est une version abrégée de celui des femmes. La méthodologie de l'enquête auprès des hommes, de même que celle des femmes, a été traitée dans le chapitre 1. Les principaux résultats qui sont présentés ici portent successivement sur les caractéristiques socio-économiques des hommes enquêtés, la fécondité et les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation de la contraception, la nuptialité et l'âge aux premiers rapports sexuels.

14.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES ENQUÊTÉS

14.1.1 Caractéristiques socio-démographiques de base

Les caractéristiques examinées sont la structure par âge, la situation matrimoniale au moment de l'enquête, la répartition géographique (urbain/rural, région administrative), l'instruction, l'ethnie et la religion pour l'ensemble de la population masculine enquêtée.

Le tableau 14.1 présente la répartition des 3 405 hommes de 15-59 ans enquêtés par groupe d'âges. La structure par âge est celle d'une population jeune. Près de 20 % des hommes ont 15-19 ans et 14 % ont 20-24 ans. La population âgée de 50-59 ans représente 12 % de l'échantillon. La structure par âge est assez régulière et est très proche de celle des enquêtes précédentes.

Tableau 14.1

Le même tableau donne la situation matrimoniale actuelle des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges. Dans l'ensemble, 34 % des hommes sont célibataires et, environ, 60 % sont mariés.

Comme l'ensemble de la population, la grande majorité de la population masculine vit en milieu rural (67 %). Plus de la moitié de la population urbaine (58 %) vit à Bamako, la capitale. Les deux tiers des hommes n'ont jamais fréquenté l'école, 15 % ont un niveau primaire et 19 % le niveau secondaire ou plus.

Trois régions ont des poids démographiques comparables dans l'échantillon : Ségou (18 %), Sikasso (19 %) et Bamako (19 %). Par contre, trois régions du Nord, à savoir Kidal, Tombouctou et Gao, réunies abritent moins de 5 % de la population. Les autres régions interviennent chacune pour 12 % à 15 %.

L'ethnie Bambara est de loin l'ethnie dominante (32 %, soit près d'un homme sur trois). Suivent de loin les Peuhl (13 %), les Sénoufo/Minianka (10 %), les Malinké (10 %) et les Soninké (9 %). Le poids démographique des Sonraï et des Dogon se situe chacun entre 6 % et 8 %. Les autres ethnies minoritaires se partagent 10 % de la population (Tamacheck, Bobo et autres ethnies).

La grande majorité de la population (93 %) se déclare musulmane. Le pays compte moins de 4 % de chrétiens et environ 3 % d'animistes.

14.1.2 Niveau d'instruction

Deux hommes sur trois (66 %) n'ont jamais fréquenté l'école. Le pourcentage d'hommes sans instruction augmente avec l'âge, ce qui traduit les progrès de la scolarisation au fil des ans (Tableau 14.2). Il passe de 55 %-59 % chez les hommes de 15 à 24 ans à plus de 68 % chez ceux âgés de plus de 40 ans ; il

atteint 90 % au-delà de 50 ans. La plupart de ceux qui n'ont pas atteint le secondaire (71 %) n'ont pas terminé le cycle primaire. Peu d'hommes de plus de 50 ans ont un niveau secondaire ou plus (moins de 4 %).

Tableau 14.2

Le niveau de scolarisation est très faible chez les ruraux (21 % : 79 % n'ayant jamais été à l'école). À Bamako, le pourcentage d'hommes n'ayant pas d'instruction (27 %) est très faible tandis que dans les autres villes plus d'un homme sur deux (55 %) n'a jamais réquêté l'école. En outre, c'est presque exclusivement parmi les urbains, les Bamakois notamment, qu'on trouve des hommes ayant au moins un niveau secondaire. À Bamako, près de 4 hommes sur 10 (39 %) ont un niveau secondaire complet ou plus, contre seulement 13 % dans les autres villes et 2 % en milieu rural.

Les régions sont très inégalement concernées par la non scolarisation. En dehors du district de Bamako qui est largement favorisé, les régions de Kayes, Koulikoro et Kidal/Gao/Tombouctou viennent en tête avec les pourcentages les plus élevés d'hommes ayant fréquenté l'école (31 %). Mopti est, par contre, la région la plus touchée par la non scolarisation (84 %). Même si Kayes et Koulikoro ont le même pourcentage de non scolarisés, le tableau laisse apparaître que les études sont plus prolongées chez les kayésiens que chez les hommes résidant à Koulikoro.

Le tableau 14.3 donne la répartition des hommes par niveau d'alphabétisation et niveau d'instruction atteint. Ceux ayant un niveau secondaire (19 %) étant supposés être alphabétisés, nous nous intéresserons surtout à l'aptitude à lire dans une langue quelconque chez les enquêtés qui n'ont jamais fréquenté l'école ou qui se sont limités au niveau primaire. Dans l'ensemble, près de 68 % des hommes sont analphabètes (totalement inaptes à lire). Si l'on ajoute à ceux-là les hommes qui savent à peine lire (8 %), on peut estimer qu'au moins 75 % des enquêtés sont analphabètes. Comme pour le niveau d'instruction, l'analphabétisme concerne plus les personnes les plus âgées, le milieu rural et la région de Mopti. A l'inverse, après Bamako qui est un cas tout à fait à part, Kidal/Gao/Tombouctou est la zone la plus alphabétisée.

Tableau 14.3

14.1.3 Accès aux média

Le tableau 14.4 donne le pourcentage d'hommes qui ont accès à un des trois média, à savoir le journal, la radio et la télévision, au moins une fois par semaine.

La plupart des hommes (83 %) écoutent la radio au moins une fois par semaine, c'est de loin le média le plus accessible. Il est suivi de la télévision (43 %) ; la lecture d'un journal vient en dernière position avec seulement 13 %. Cependant, un faible pourcentage (11 %) a accès à ces trois média à la fois, au moins, une fois par semaine. Par ailleurs, il faut noter que 14 % des hommes n'ont accès à aucun de ces trois média, au moins, une fois par semaine.

Tableau 14.4

Plus de 84 % des hommes de 20 à 49 ans (contre moins de 80 % chez les plus jeunes et les plus âgés) écoutent la radio. La télévision concerne davantage les moins de 24 ans, alors que peu d'hommes de plus de 50 ans ont déclaré lire un journal. Comme on pouvait s'y attendre, la télévision et surtout le journal sont accessibles dans les villes, Bamako en tête. Koulikoro est, après Bamako, probablement du fait de sa proximité avec la capitale, la région la mieux desservie par la télévision. Le journal est surtout lu à Bamako (42 %) et dans une certaine mesure à Kidal/Gao/Tombouctou (11 %), qui sont aussi les régions les plus alphabétisées.

Parmi les hommes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire, plus de 56 % lisent un journal au moins une fois par semaine. Par ailleurs, plus ils sont instruits, plus ils ont accès à la télévision et à la radio. Pratiquement, seuls ceux qui ont au moins un niveau d'instruction secondaire ont accès à toutes ces trois sources d'information (51 %, contre seulement 8 % chez ceux de niveau primaire et moins d'un pour cent chez les non instruits). C'est également dans ces deux derniers groupes qu'on trouve ceux qui n'ont accès à aucun média.

14.1.4 Activité économique

On a demandé aux hommes s'ils ont effectué ou non un travail quelconque au cours des 12 derniers mois. Le tableau 14.5 montre que, dans l'ensemble, plus de 90 % des hommes ont travaillé dans cette période. La plupart d'entre eux travaillent actuellement (79 %). Moins de 10 % des hommes n'ont exercé aucune activité au cours des 12 derniers mois. Ceux qui ne travaillent pas actuellement ou ne l'ont pas fait au cours des 12 derniers mois, se retrouvent surtout chez les jeunes de moins de 25 ans. Les travailleurs sont moins nombreux chez les célibataires et chez ceux qui n'ont pas d'enfants, catégories composées en majorité de jeunes. On observe également plus de travailleurs en milieu rural où les activités agricoles occupent la majorité de la population. En plus de Bamako (72 %), Sikasso (76 %) et Ségou (68 %) sont les régions où l'on observe les plus faibles pourcentages d'hommes travaillant actuellement. Ces deux dernières régions sont aussi celles où l'on enregistre les plus forts pourcentages d'hommes ayant travaillé au cours des 12 derniers mois mais ne travaillant pas actuellement (respectivement 17 % et 26 %). Enfin, les plus instruits sont relativement moins nombreux à travailler actuellement et ils sont plus nombreux à n'avoir pas du tout travaillé au cours des 12 derniers mois.

Tableau 14.5

À tous les hommes ayant effectué un travail quelconque au cours des 12 derniers mois, qu'ils travaillent actuellement ou non, on a demandé le type d'emploi exercé. Selon le tableau 14.6, environ 60 % d'entre eux travaillent dans l'agriculture, contre 12 % qui ont effectué un travail de professionnel technique ou administratif et 11 % qui travaillent dans les ventes ou services divers. Le travail manuel qualifié occupe 9 % des hommes. On retrouve surtout les travailleurs professionnels techniques ou administratifs dans les villes (29 %), en particulier Bamako (34 %), et dans les régions de Kidal/Gao/Tombouctou (17 %). C'est enfin à Bamako qu'on trouve essentiellement les autres activités non agricoles (travail manuel qualifié, ventes/services, travail domestique). Les instruits, ceux du niveau secondaire ou plus notamment, sont plus nombreux à travailler comme professionnels et dans les ventes et services. Le travail manuel qualifié est par contre davantage le fait des hommes du niveau primaire. Les urbains, les résidents de Kidal/Gao/Tombouctou et les instruits sont peu représentés dans les activités agricoles.

Tableau 14.6

Moins d'un homme sur trois ayant travaillé au cours des 12 derniers mois a déclaré avoir reçu de l'argent pour le travail effectué (Tableau 14.7). Près de 50 % n'ont pas été payés. Ceux qui travaillent dans l'agriculture, ne reçoivent pas en général de salaire (66 %) puisque la plupart d'entre eux travaillent dans une exploitation familiale ou à leur propre compte. Par contre, ceux qui travaillent dans le secteur non agricole, reçoivent en majorité de l'argent pour leur travail.

Tableau 14.7

14.1.5 Prises de décisions sur diverses questions relatives à la vie quotidienne du ménage

On a demandé aux hommes d'indiquer qui, dans le ménage, avait le dernier mot à propos de décisions concernant certains sujets comme les soins de santé, l'acquisition de biens, les visites à la famille, aux parents ou amis, et la nourriture quotidienne à préparer.

Le pourcentage de ménages où les hommes seuls ou conjointement avec quelqu'un d'autre ont le dernier mot sur chacune de ces questions, varie entre 55 % et 61 % (Tableau 14.8). Le pourcentage d'hommes ayant le dernier mot dans toutes les décisions citées (48 %) augmente régulièrement avec l'âge, de même qu'avec le nombre d'enfants vivants, ces deux variables étant positivement corrélées. Plus les hommes sont âgés, plus ils décident seuls ou sont associés aux prises de décisions : de l'ordre de 50 % à 30-34 ans et plus de 79% après 40 ans. Par ailleurs, ce pouvoir de décision des hommes est apparemment plus prononcé en milieu rural, chez les hommes peu ou pas scolarisés et dans les régions de Mopti, Kidal/Gao/Tombouctou et Ségou. Le pouvoir de décision des hommes n'est cependant probablement pas conféré par l'âge seulement, mais aussi par l'argent, puisque le même tableau montre que ceux qui travaillent, surtout ceux qui gagnent de l'argent, sont beaucoup plus nombreux à avoir le dernier mot pour chacune des décisions mentionnées.

Dans l'ensemble, près de 50% des hommes ont déclaré avoir le dernier mot pour la prise de décision sur tous les sujets évoqués. Cependant, un nombre important a déclaré n'avoir le dernier mot dans aucune prise de décision (31 %). Il s'agit le plus souvent des jeunes de moins de 25 ans (plus de 50 %), des célibataires (70 %), ceux qui résident dans la région de Kayes (44 %), et ceux qui ne travaillent pas du tout (48 %).

Tableau 14.8

14.1.6 Opinion des hommes sur la violence conjugale

Le tableau 14.9 donne le pourcentage d'hommes qui estiment, que dans certains cas, il est justifié qu'un mari batte sa femme. Les situations suivantes ont été envisagées : sortir sans aviser le mari, négliger les enfants, discuter ses opinions, refuser d'avoir des rapports sexuels et brûler la nourriture. Dans l'ensemble, 61 % des hommes approuvent le fait de battre sa femme pour au moins une raison spécifique. Le milieu de résidence, la région et l'instruction sont les variables pour lesquelles on relève les plus grandes variations. Les ruraux (65 %) sont, proportionnellement beaucoup plus nombreux que les urbains (52 % à Bamako et 57% dans les autres villes) à trouver normal le fait de battre son épouse pour une de ces raisons. De même, ce pourcentage diminue avec le niveau d'instruction. En d'autres termes, plus ils sont instruits, moins les hommes sont proportionnellement nombreux à approuver qu'on puisse battre son épouse pour au moins une des raisons mentionnées. Les différences interrégionales sont très importantes. Les régions de Kayes (82 %), Mopti (72 %) et Sikasso (69 %) se caractérisent par les proportions les plus élevées d'hommes ayant déclaré qu'il était justifié que, pour au moins une des raisons citées, un homme batte sa femme. Selon les raisons spécifiques, on constate que le fait de négliger les enfants (43 % des hommes) et de refuser les rapports sexuels à son mari (40 %) sont les raisons les plus couramment citées. Entre 35 % et 38 % des hommes désapprouvent que les épouses discutent les ordres de leurs maris ou sortent sans les aviser. Par contre, peu d'hommes (moins de 18 %) accordent de l'importance au fait de brûler le repas pendant sa préparation

Tableau 14.9

14.1.7 Opinion des hommes sur le refus des rapports sexuels par les femmes

Le tableau 14.10 donne le pourcentage d'hommes qui estiment, que dans certains cas, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Les situations suivantes ont été envisagées : elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible, elle sait que son mari a des rapports avec une autre femme, elle vient d'accoucher, et elle est fatiguée et n'a pas envie. Dans l'ensemble, 21 % des hommes sont d'accord avec toutes les raisons mentionnées, en particulier lorsque le mari a une IST (74 %) et lorsque la femme vient d'accoucher (68 %). À l'opposé, plus d'un homme sur sept (15 %) considère que dans aucune des situations mentionnées, la femme n'est supposée refuser les rapports sexuels avec son mari. La région et l'instruction sont les variables pour lesquelles on relève les plus grandes variations. Les hommes de Koulikoro (27 %) et, dans une moindre mesure, ceux de Kidal/Gao/Tombouctou (20 %) sont, proportionnellement, les plus nombreux à considérer que, dans aucun cas, la femme ne peut refuser les rapports sexuels à son mari. Du point de vue de l'instruction, les proportions d'hommes qui considèrent que, dans aucun cas, une femme n'est supposée refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari varient de 17 % chez les sans instruction à 9 % chez ceux de niveau secondaire ou plus.

Tableau 14.10

14.2 FÉCONDITÉ

Dans l'EDSM-III, on a posé aux hommes des questions sur le nombre d'enfants nés vivants, ceux qui sont encore vivants selon qu'ils vivent ou non avec eux et le nombre d'enfants décédés. Le tableau 14.11 présente la répartition des hommes de 15-59 ans selon le nombre d'enfants nés vivants, le nombre moyen d'enfants nés vivants et le nombre moyen d'enfants survivants.

La première partie du tableau qui porte sur l'ensemble des 3 405 hommes de 15-59 ans enquêtés montre que 41% n'ont jamais eu d'enfants et 8 % n'ont eu qu'un seul enfant. Plus d'un homme sur cinq a eu 7 enfants ou plus et 10% en ont eu 10 ou plus.

Comme on pouvait s'y attendre, les hommes n'ayant jamais eu d'enfants sont surtout les hommes jeunes (99 % des hommes de 15-19 ans). Les pourcentages correspondants sont de 42 % à 25-29 ans et 21 % à 30-34 ans. Au-delà de 35 ans, on compte moins de 10% d'hommes n'ayant jamais eu d'enfants. Inversement, les hommes ayant eu beaucoup d'enfants sont les hommes âgés. Le nombre moyen d'enfants nés par homme augmente régulièrement avec l'âge : presque nul à 15-19 ans (0,01), il passe à 0,2 à 20-24 ans et dépasse largement 4 enfants après 40 ans. En moyenne, un homme a eu 3,41 enfants nés vivants, 2,53 d'entre eux sont encore en vie.

Tableau 14.11

Par rapport à l'ensemble des hommes (parité moyenne de 3,41 enfants), les hommes mariés (tableau 14.12) ont une fécondité beaucoup plus élevée (5,43, soit deux enfants de plus). Après 35 ans, les hommes mariés ont eu 5 enfants nés vivants ou plus, à 55-59 ans, ils en ont eu 11 en moyenne. Il faut remarquer cependant, que les différences entre tous les hommes et les hommes mariés ne sont perceptibles qu'avant 40 ans puisque après cet âge la proportion de non mariés est très faible (voir tableau 14.21).

Tableau 14.12

14.3 CONTRACEPTION

Comme pour les femmes, des questions sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, ainsi que sur les sources d'information en matière de planification familiale, ont été posées aux hommes. La méthodologie de la collecte des données a déjà été présentée au chapitre 5.

14.3.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Le tableau 14.13 donne le pourcentage d'hommes connaissant certaines méthodes contraceptives. On distingue 5 groupes : l'ensemble des hommes, l'ensemble des hommes actuellement mariés, les hommes non mariés sexuellement actifs, les hommes non mariés non sexuellement actifs et les hommes n'ayant eu aucune expérience sexuelle.

De façon générale, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est élevé chez les hommes : 88 %, soit près de 9 hommes sur 10, ont déclaré connaître une méthode contraceptive quelconque. Chez les hommes en union, cette proportion est quasiment identique (89 %). Chez les hommes non mariés qui sont aussi généralement plus jeunes, le niveau de connaissance de la contraception est aussi très élevé : 98 % parmi ceux qui sont sexuellement actifs; chez ceux qui ne sont pas sexuellement actifs, il est un peu plus faible (94 %). Quant à ceux n'ayant eu aucune expérience sexuelle, le plus souvent des adolescents, on constate que ce sont les moins bien informés (74 %).

Tableau 14.13

De toutes les méthodes modernes, le condom masculin a été le plus cité (d'un minimum de 71 % chez les hommes n'ayant eu aucune expérience sexuelle à un maximum de 95 % parmi les non mariés sexuellement actifs). La pilule et l'injection viennent loin derrière. Les méthodes les moins bien connues sont le diaphragme, les mousses et le DIU. Le niveau de connaissance des méthodes traditionnelles est beaucoup plus faible que celui des méthodes modernes. Plus d'un tiers de l'ensemble des hommes a cité la continence périodique (36 %) et 30 % le retrait. Par contre, seulement 21 % ont cité la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

En moyenne, le nombre de méthodes contraceptives déclarées connues par les hommes varie d'un maximum de 5,6 chez les hommes non mariés sexuellement actifs à un minimum de 2,3 chez ceux n'ayant jamais eu de rapports sexuels.

Cependant, ce niveau de connaissance globalement élevé cache des disparités importantes entre certains groupes socio-démographiques (Tableau 14.14). La proportion d'hommes mariés connaissant une méthode contraceptive est plus élevée parmi ceux de 15-39 ans (au moins 90 %) que les plus âgés (moins de 90 % chez ceux âgés de 40 ans ou plus). Par ailleurs, le niveau de connaissance est plus élevé en milieu urbain (94 % contre 87 % en milieu rural) et dans les régions de Bamako, Kayes et Koulikoro (respectivement, 92 %, 86 % et 95 %) que dans celles de Mopti, Kidal/Gao/Tombouctou qui détiennent les niveaux les plus faibles (environ 75 % des hommes mariés). Enfin, le niveau de connaissance augmente avec le niveau d'instruction. Pratiquement, tous les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (98 %) connaissent au moins une méthode moderne ; à l'inverse, parmi ceux n'ayant jamais fréquenté l'école, environ 15 % ne connaissent aucune méthode.

Tableau 14.14

14.3.2 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Dans le tableau 14.15 sont présentés les pourcentages d'enquêtés ayant utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque. Quel que soit le degré d'exposition des hommes aux rapports sexuels, plus de 31 % ont utilisé ou utilisent actuellement une méthode quelconque pour prévenir ou éviter une grossesse. Les méthodes modernes ont été de loin les plus utilisées : 24 % chez les hommes en union et 58 % chez les non mariés sexuellement actifs contre, respectivement, 18 % et 19 % pour les méthodes traditionnelles. Malgré la diversité des méthodes modernes, les hommes mariés ont presque exclusivement eu recours à trois méthodes (celles qui sont de loin les plus connues) : le condom masculin masculin (15 %), la pilule (10 %) et les injectables (5 %). L'utilisation des autres méthodes modernes est très limitée, voire négligeable : 1 % pour les implants et moins de 1 % pour les autres. Chez les non mariés sexuellement actifs, le condom est largement la méthode la plus utilisée (57 % contre 11 % pour la pilule, 3 % pour les injectables). Cette forte prédominance du condom masculin, même chez les hommes mariés, est probablement plus motivée par la prévention des IST/Sida. La plupart des hommes qui ont utilisé des méthodes traditionnelles ont recouru à la continence périodique (13 % des mariés et 16 % des non mariés) et peu d'entre eux ont utilisé les autres méthodes (respectivement, 3 % et 9 % pour le retrait). Il faut par ailleurs souligner qu'un nombre non négligeable d'hommes, notamment les mariés d'âges avancés, ont déclaré avoir recouru à la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (près de 4 %). Enfin, le niveau d'utilisation de la contraception varie selon l'âge et la méthode. La pilule a surtout été utilisée chez les hommes de plus de 30 ans tandis que le condom a plus concerné des hommes plus jeunes. Par contre, l'âge n'apparaît pas comme très déterminant pour l'utilisation des injectables, de la continence périodique et du retrait.

Tableau 14.15

14.3.3 Utilisation actuelle de la contraception

Le tableau 14.16 présente les taux de prévalence contraceptive pour tous les hommes, les hommes en union et les non mariés sexuellement actifs. Bien que près d'un homme sur trois ait déclaré avoir déjà utilisé une méthode quelconque de contraception, seulement 16 % (soit presque deux fois moins), utilisent actuellement une méthode. La prévalence contraceptive est beaucoup moins élevée chez les hommes mariés (17 %) que chez les non mariés sexuellement actifs (42 %). La prévalence des méthodes modernes est largement plus élevée : 10 % des hommes en union et 39 % des non mariés, contre, respectivement, 7 % et 3 % pour les méthodes traditionnelles (Graphique 14.1).

Graphique 14.1

Comme pour l'utilisation à un moment quelconque, l'utilisation actuelle concerne essentiellement trois méthodes modernes : condom masculin (8 %), pilule (2 %) et injectables (1 %). Les pourcentages respectifs sont de 4 %, 4 % et 2 % chez les mariés et de 37 %, 1 % et 0,5 % chez les non mariés sexuellement actifs. Le condom masculin est donc presque exclusivement la méthode actuellement utilisée dans ce dernier groupe. Les méthodes traditionnelles, presque réduites à la continence périodique, concernent 7 % des mariés et 3 % des non mariés sexuellement actifs. Dans la suite, l'analyse sera concentrée sur les méthodes pour lesquelles la prévalence est significative.

Tableau 14.16

Les méthodes modernes sont beaucoup plus utilisées dans les villes (18 % des hommes mariés), surtout Bamako (21 %) qu'en milieu rural (moins de 8 %) (Tableau 14.17 et Graphique 14.2). On observe les mêmes différentiels pour le condom masculin et la pilule qui sont les deux principales méthodes modernes utilisées. Il faut cependant souligner ici la spécificité des injectables. Ces méthodes sont plus utilisées dans les villes autres que Bamako (4 %) qu'à Bamako même (1 %) : la prévalence dans la capitale

est du même niveau qu'en milieu rural (1 %). Cela est probablement dû à une moindre vulgarisation de ces méthodes dans la capitale et/ou à une réticence justifiée ou non des Bamakois à recourir à ces méthodes.

Au niveau régional, les disparités sont immenses. De 21 % des hommes en union à Bamako, 12 % à Sikasso, entre 8 % et 9 % dans les régions de Kayes, Koulikoro et Ségou, le taux de prévalence des méthodes modernes tombe jusqu'à moins de 6 % à Mopti et à Kidal/Gao/Tombouctou. Les différences interrégionales ne s'arrêtent pas là : à l'inverse des régions de Koulikoro, Sikasso et Kidal/Gao/Tombouctou, la prévalence du condom masculin est plus importante que celle de la pilule dans les autres régions. À Ségou en particulier, l'utilisation de la contraception moderne se résume presque à l'usage du condom (6 %). Sikasso (4 %) et Koulikoro (2 %) dans une moindre mesure, sont les seules régions où la prévalence des injectables est notable. La prévalence des méthodes traditionnelles est très limitée dans les régions de Kidal/Gao/Tombouctou (1 %) et de Mopti et Kayes (2 % environ). Par contre, la forte prévalence toutes méthodes confondues observée à Sikasso (30 %) s'explique à 60 % par le recours aux méthodes traditionnelles qui y est particulièrement fréquent (18 % des hommes en union).

L'éducation est un déterminant important de l'utilisation de la contraception. Le taux de prévalence contraceptive est fortement positivement corrélé au niveau d'instruction : 13 % des hommes en union n'ayant jamais fréquenté l'école utilisent actuellement une méthode quelconque, contre respectivement 19 % et 38 % de ceux ayant un niveau d'instruction primaire et de ceux ayant un niveau secondaire ou plus. Cette forte corrélation est encore plus nette pour les méthodes modernes pour lesquelles la prévalence double d'un niveau au suivant : 7 % des hommes en union n'ayant jamais fréquenté l'école, 13 % de ceux ayant un niveau d'instruction primaire et 28 % de ceux ayant un niveau secondaire ou plus (Graphique 14.2). La pilule et les injectables sont essentiellement des méthodes d'hommes instruits, de niveau secondaire ou plus notamment. Les hommes de niveau primaire sont vraisemblablement les moins nombreux à utiliser les méthodes traditionnelles.

Graphique 14.2

Même si le taux de prévalence toutes méthodes confondues augmente avec la parité jusqu'à 4 enfants, on observe des schémas différents d'une méthode à une autre. Ainsi, pour toutes les méthodes modernes confondues, les hommes ayant 1 ou 2 enfants ont la prévalence la plus faible (8 %). Pour la pilule, la prévalence la plus forte est observée chez les hommes ayant 3 à 4 enfants (7 %) alors que pour les injectables, elle augmente avec la parité (elle est nulle chez ceux n'ayant pas d'enfants). Le condom est surtout utilisé par les hommes qui ont le moins d'enfants et qui sont généralement les plus jeunes.

La comparaison des taux de prévalence entre 1995-1996 (EDSM-II) et 2001 (EDSM-III) montre quelques progrès dans l'utilisation des méthodes modernes (8 % à 10 %). Ces résultats sont cependant essentiellement dus à l'augmentation de la prévalence du condom (3,6 % à 4,2 %) et des injectables (0,2 % à 1,8 %).

Tableau 14.17

14.3.4 Utilisation future de la contraception

À tous les hommes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, on a demandé s'ils avaient l'intention d'en utiliser une dans l'avenir : 31 % ont déclaré qu'ils avaient l'intention de le faire, 53 % ont déclaré ne pas en avoir l'intention et 11 % ne savaient pas ce qu'ils feraient dans l'avenir.

À tous les hommes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, et n'ayant pas l'intention de le faire dans le futur, on a demandé la raison principale pour laquelle ils n'en ont pas l'intention. Le tableau 14.18 présente la répartition des 937 hommes de 15-59 ans en union n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception (soit 53 % de l'ensemble des hommes en union) selon la raison principale pour laquelle ils

n'ont pas l'intention de recourir à une méthode contraceptive dans le futur. Trois raisons sont essentielles pour les enquêtés : ils sont tout simplement opposés à cette pratique (19 %) ; ils veulent plus d'enfants (29 %), ou ils déclarent que la religion interdit l'utilisation de la contraception (20 %). Environ 7 % des hommes ont mentionné la méconnaissance des méthodes contraceptives. Toutes les autres raisons ont été individuellement citées par moins de 5% des hommes. Les hommes de moins de 30 ans ont été relativement plus nombreux à déclarer vouloir plus d'enfants (36% contre 28% chez ceux de 30-59 ans), ou à se déclarer tout simplement opposés à la contraception (25 % contre 18 % chez ceux de 30-59 ans). Par contre, les hommes de 30-59 ans ont été plus nombreux à lier leur intention à l'interdiction de la contraception par la religion (21 %). Les problèmes de coût, d'effets secondaires ou d'accessibilité n'ont été mentionnés que de façon tout à fait marginale.

Il est important de noter que, selon les déclarations des enquêtés, on note une baisse importante du pourcentage d'hommes de 15-59 ans qui n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans le futur parce qu'ils veulent avoir encore des enfants. Il est passé de 47 % en 1995-1996 (EDSM-II) à 29 % en 2001 (EDSM-III). Par contre, dans les deux enquêtes, le pourcentage ayant évoqué l'interdiction par la religion est resté constant (20 %) alors que celui des hommes opposés à l'utilisation de la contraception a beaucoup augmenté, passant de 7 % en 1995-1996 à 19 % en 2001.

Tableau 14.18

14.3.5 Sources d'information sur la planification familiale

À tous les hommes enquêtés, on a posé la question suivante : « Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de la planification familiale à la radio, à la télévision, dans les journaux ou magazines ? ». Le tableau 14.19 présente les pourcentages d'hommes de 15-59 ans ayant obtenu des informations à partir de chacune de ces sources.

Dans l'ensemble, 60% des hommes ont entendu parler d'un sujet quelconque relatif à la planification familiale à la radio, qui se trouve être le média le plus accessible à la grande majorité de la population. Suivent la télévision qui concerne 39 % des hommes et les journaux et magazines (18 %). Un pourcentage important d'hommes n'a pas été du tout exposé aux messages sur la PF à travers ces trois média au cours des derniers mois : 37 % des hommes n'ont entendu parler de la PF ni à la radio, ni à la télévision, ni dans un journal ou magazine. Les hommes de 20 à 49 ans sont les plus favorisés dans l'accès aux informations par ces canaux ; ceux de 15-19 ans et de 50 à 59 ans sont à l'inverse peu concernés. Par ailleurs, la radio, et surtout la télévision et les journaux et magazines sont des sources qui s'adressent majoritairement au public urbain. Plus de 70 % des urbains ont entendu parler de la PF à la radio contre 54 % des ruraux. Pour la télévision, les pourcentages respectifs sont de plus de 69 % et 39 % en urbain et de 25 % et moins de 10 % en milieu rural. C'est également en milieu rural qu'on observe le pourcentage le plus élevé d'hommes (45 %, contre moins de 22 % dans les villes) n'ayant pas été exposés aux messages sur la PF.

Au niveau régional, les différences dans la réception des messages radiophoniques sont moins importantes (73 % à Bamako, 58 % à 64 % dans les régions autres que Ségou et 43 % à Ségou). Les écarts interrégionaux les plus importants sont observés pour la télévision et les journaux et magazines. Si les trois quarts des hommes (75 %) ont eu accès à des messages par la télévision à Bamako, dans les autres régions, le pourcentage correspondant est inférieur à 40 %, et descend jusqu'à 18 % à Ségou. Les journaux et magazines concernent surtout Bamako (50 %), suivi de loin par Kidal/Gao/Tombouctou (24 %). Enfin, la corrélation positive entre le niveau d'instruction et l'accès aux informations sur la PF dans les média est très nette. Les hommes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire sont largement plus favorisés : près de 80 % d'entre eux ont été touchés par la radio et la télévision et 59 % ont été informés par les journaux et magazines.

Tableau 14.19

14.3.6 Discussion sur la planification familiale au sein du couple

À tous les hommes en union enquêtés, on a demandé la fréquence des discussions sur la PF avec leurs épouses au cours des 12 derniers mois. Le tableau 14.20 indique la répartition des hommes actuellement en union selon le nombre de fois qu'ils ont parlé de la PF avec leurs épouses selon l'âge actuel. Dans l'ensemble, la plupart des hommes, soit 64 %, ne l'ont jamais fait, 13 % ont déclaré l'avoir fait une ou deux fois et 22 % l'ont fait trois fois ou plus. Les discussions sur la PF, les plus fréquentes, trois fois ou plus, (entre 24 % et 27 %) ont surtout été le fait des hommes d'âges intermédiaires (25 à 39 ans). Par ailleurs, la discussion au sujet de la planification familiale au sein du couple est plus fréquente chez les hommes instruits: 17 % des hommes sans instruction contre 46 % de ceux ayant un niveau secondaire ou plus en ont discuté trois fois ou plus avec leur épouse.

Tableau 14.20

14.3 NUPTIALITÉ ET ACTIVITÉ SEXUELLE

14.3.1 Etat matrimonial actuel

Le tableau 14.21 donne la répartition des hommes de 15-59 ans selon la situation matrimoniale actuelle par groupe d'âges. Dans l'ensemble, 34 % des hommes étaient célibataires au moment de l'enquête. Environ, 62 % sont mariés ou vivent en union avec une femme et 2 % sont en rupture d'union (veufs, divorcés ou séparés). La forte fréquence du célibat dans l'ensemble de la population s'explique par le fait que plus des trois quarts des hommes de moins de 25 ans sont encore célibataires. Le célibat est presque inexistant après 40 ans. Corrélativement, le pourcentage de mariés est faible avant 25 ans ; au-delà de 40 ans, presque tous les hommes sont en union. En terme de tendance, le pourcentage de célibataires a légèrement augmenté entre l'EDSM-II (32 %) et l'EDSM-III (34 %), ce qui traduit un certain vieillissement de l'âge d'entrée en première union dans les jeunes générations.

Tableau 14.21

14.3.2 Polygamie

La polygamie est appréhendée par le nombre d'épouses. Le tableau 14.22 présente la répartition des hommes mariés de 15-59 ans selon le nombre d'épouses par caractéristiques socio-démographiques. Dans l'ensemble, la grande majorité des hommes (73 %) est monogame. La forme de polygamie la plus courante est la bigamie : 24 % ont deux épouses. La proportion d'hommes ayant trois épouses ou plus est très faible (moins de 3 %). Comme on pouvait s'y attendre, la polygamie est le fait d'hommes âgés (35 ans ou plus). Elle est également davantage un phénomène rural (13 % à Bamako, 23 % dans les autres villes et 30 % en milieu rural). Par contre la « grande polygamie » (3 épouses ou plus) semble plus fréquente dans les villes intermédiaires qu'en milieu rural. La corrélation négative entre urbanisation et fréquence de la polygamie ne semble pas suffisante pour expliquer les différences interrégionales. En effet, même si les Bamakois demeurent les moins nombreux à pratiquer la polygamie, les hommes de Kidal/Gao/Tombouctou, régions assez fortement rurales, pratiquent la polygamie moins que les autres régions. Enfin, plus le niveau d'instruction est élevé, moins la polygamie est pratiquée : alors que 30 % des hommes n'ayant jamais fréquenté l'école ont au moins deux épouses, 21 % de ceux du niveau primaire et seulement 15 % de ceux du niveau secondaire ou plus sont mariés à deux ou plusieurs femmes (Graphique 14.3). En terme de tendance, le pourcentage d'hommes en union polygame n'a pas varié depuis 1995-1996 (EDSM-II).

Tableau 14.22
Graphique 14.3

14.3.3 Âge à la première union

Le tableau 14.23 présente le pourcentage d'hommes déjà en première union à certains âges exacts et l'âge médian à la première union selon l'âge actuel. Parmi les hommes de 20-59 ans, 9 % sont déjà entrés en union à 20 ans ; à 22 et 25 ans exacts, respectivement, 19 % et 38 % ont déjà contracté une union. À 30 ans, près des deux tiers des hommes (64 %) ont déjà été mariés. Même si la primonuptialité précoce (mariage avant 20 ans) semble avoir légèrement reculé dans les plus jeunes générations (20 à 34 ans), les fluctuations observées ne mettent pas en évidence une tendance nette dans l'ensemble des générations (Graphique 14.4).

Tableau 14.23
Graphique 14.4

Le tableau 14.24 montre que l'âge au premier mariage est beaucoup plus tardif en milieu urbain qu'en milieu rural, en particulier à Bamako. Chez les hommes âgés de 30 à 39 ans, on observe plus de 5 ans d'écart entre Bamako et le milieu rural. Au niveau régional, les mariages les plus tardifs sont observés aussi à Bamako (entre 28 et 30 ans), où en plus, un certain vieillissement de l'âge d'entrée en première union est constaté. Enfin, les hommes les plus instruits se marient plus tard : chez les hommes âgés de moins de 45 ans, ceux de niveau secondaire ou plus se marient 3 à 4 ans plus tard que ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école.

Tableau 14.24

14.3.4 Âge aux premiers rapports sexuels

Le tableau 14.25 indique le pourcentage d'hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à certains âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'âge actuel. Parmi les hommes de 20-59 ans, environ 6 % ont déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans. À 18 ans, cette proportion est de 30 % et à 20 ans, elle est de 48 %. Ce sont près de 7 hommes sur dix qui ont déjà eu une activité sexuelle en atteignant 22 ans. Entre 25 et 59 ans, on constate une certaine tendance à la baisse de l'âge médian aux premiers rapports sexuels : il passe de 21,1 ans à 55-59 ans à 19 ans à 25-29 ans. La fréquence des rapports sexuels avant 20 ans a particulièrement augmenté dans les jeunes générations par rapport aux plus anciennes (Graphique 14.4). Enfin, on note que les hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels en général environ 6 ans avant le premier mariage.

Tableau 14.25

14.4 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Deux aspects ont été abordés, à savoir le désir d'avoir d'autres enfants et le nombre idéal d'enfants. Comme pour les femmes, on a demandé aux hommes, s'ils souhaitaient avoir des (d'autres) enfants, dans l'affirmative, combien de temps voudraient-ils attendre à partir de maintenant (période de l'enquête) avant la naissance d'un (autre) enfant. Il est logique d'imaginer que le désir d'avoir des (d'autres) des enfants et dans un délai donné dépendra dans une certaine mesure du nombre d'enfants actuellement en vie.

Le tableau 14.26 indique la répartition des hommes par désir d'avoir des enfants supplémentaires selon le nombre d'enfants vivants. Dans l'ensemble, 36 % des hommes souhaitent avoir un (un autre) dans les 24 mois à venir, 44 % au-delà de 24 mois et 7 % voudraient avoir un (un autre) enfant mais ne se sont pas prononcés sur le délai. Au total, 88 % des hommes, soit près de 9 sur 10, souhaiteraient un (un autre) enfant. Seulement 9 % des hommes ne veulent plus (pas) avoir d'enfant.

C'est parmi les hommes qui ont peu d'enfants (1 ou 2) ou qui n'en ont pas du tout, qu'on constate les proportions les plus élevées de ceux qui veulent un autre enfant dans les deux ans. Par ailleurs, les

hommes qui ont entre 1 et 3 enfants vivants sont relativement plus nombreux (plus de 50 %) à vouloir un autre plus tard. Par ailleurs, la proportion la plus élevée d'hommes qui veulent un autre enfant mais ne peuvent pas se prononcer sur la date est observée chez ceux qui actuellement n'ont aucun enfant (16 % contre moins de 9% pour les autres).

Tableau 14.26

Moins de 9% des hommes actuellement en union ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (Tableau 14.27). Ce pourcentage varie énormément selon le nombre d'enfants vivants et la nature du lieu de résidence. Moins ils ont d'enfants, plus les hommes souhaitent en avoir d'autres. C'est surtout dans les villes, à Bamako en particulier, que le pourcentage d'hommes ne voulant plus d'enfants est élevé (Graphique 14.5). À Bamako, il est de 17 % dans l'ensemble et dépasse 20 % chez ceux ayant 4 enfants ou plus contre, respectivement, 6 % et plus de 7 % en milieu rural. Au niveau régional, en dehors de la capitale, c'est seulement au-delà de 3 enfants qu'on observe des pourcentages notables d'hommes ne voulant plus d'enfants. Globalement, les régions de Ségou (11 %) et de Sikasso (10 %) sont, après Bamako, les zones où l'on observe le plus d'hommes qui souhaitent s'en tenir à leur descendance actuelle. Enfin, ce sont surtout les hommes scolarisés de niveau secondaire ou plus qui ont le plus souvent déclaré vouloir limiter leur nombre d'enfants au niveau actuel (20 % contre environ 7 % chez les non scolarisés et ceux qui ont le niveau primaire).

Tableau 14.27 **Graphique 14.5**

Ces résultats qui traduisent le désir pour un nombre d'enfants élevé sont confirmés par le nombre idéal d'enfants déclaré par les enquêtés (Tableau 14.28). En moyenne, les hommes mariés souhaitent avoir 8,5 enfants. Il est intéressant de noter que le nombre idéal moyen d'enfants augmente avec le nombre d'enfants actuellement en vie. La répartition selon le nombre idéal d'enfants montre que, quel que soit le nombre d'enfants vivants, les hommes déclarent un nombre idéal supérieur au nombre d'enfants qu'ils ont présentement. Cela n'est pas surprenant puisque dans les coutumes, il est inhabituel de déclarer avoir eu plus d'enfants qu'on ne souhaitait. Même parmi ceux qui ont 6 enfants ou plus, 56% ont déclaré que pour eux, le nombre idéal d'enfants est de 6 enfants ou plus.

Tableau 14.28

Le nombre idéal moyen d'enfants augmente avec l'âge : moins de 7 entre 15 et 29 ans et 9 ou plus à plus de 45 ans (Tableau 14.29). À tous les âges, il est beaucoup plus élevé en milieu rural (8,7) que dans les villes en général. Il est de 5,1 enfants par homme à Bamako (toutes situations matrimoniales confondues) et de 7,0 dans les autres villes. À Bamako, ce nombre est pratiquement constant jusqu'à 44 ans (5 enfants par homme) et augmente au-delà de cet âge. Au niveau régional, deux régions, Mopti (9,7 enfants par homme) et Kidal/Gao/Tombouctou (9,4) se démarquent des autres par leur niveau élevé du nombre idéal d'enfants. À l'autre extrême se situent le district de Bamako et la région de Koulikoro avec respectivement 5,1 et 6,4 enfants. Enfin, à tous les âges, le nombre idéal d'enfants diminue avec le niveau d'instruction. Pour l'ensemble des hommes, il est de 8,8 chez les hommes n'ayant jamais fréquenté l'école, 7,1 (soit 1,7 enfants de moins) chez ceux de niveau primaire, et seulement de 5 enfants chez ceux de niveau secondaire ou plus.

Tableau 14.29

Dans les 403 grappes de l'échantillon, on a administré, en plus des questionnaires individuels (Homme et Femme) et du questionnaire ménage, un questionnaire communautaire. Ce questionnaire a porté sur divers sujets relatifs à l'environnement de la grappe. Il s'agit :

- des coordonnées géographiques (longitudes, latitude et altitude) mesurées à l'aide d'un GPS,
- des informations communautaires d'ordre général (nature du lieu de la grappe, proximité de centres urbains, voies d'accès, moyens de transport accessibles à la communauté, principales activités économiques, approvisionnement en eau potable, accès au téléphone et à l'électricité, disponibilité de marchés hebdomadaires, migrations),
- de la disponibilité de services de santé modernes comme traditionnels (existence, nature de la structure, types de services fournis, accessibilité, distribution à base communautaire, etc.),
- de la disponibilité d'infrastructures scolaires (existence, localisation, niveau, accessibilité, etc.),
- de la distance à laquelle se trouvent les structures les plus proches offrant des services spécifiques de santé (vaccination, services prénatals, services d'assistance à l'accouchement, traitement des IST, méthodes contraceptives modernes, traitement de la diarrhée et de la toux).

Ce questionnaire a été administré par les agents cartographes pendant le dénombrement des ménages par interview directe auprès d'une ou de plusieurs personnes, qui, de part leur âge, leur statut social, professionnel ou économique étaient susceptibles de fournir des réponses fiables aux questions. Ainsi, les chefs de village ou de quartier, les membres du personnel de santé ou du personnel enseignant étaient bien indiqués pour répondre aux questions. Un seul questionnaire est rempli dans chaque grappe, et toutes les informations collectées se réfèrent à l'ensemble des localités constituant la grappe. Dans l'analyse qui suit les résultats se rapportent aux femmes interviewées dans l'enquête individuelle qui constituent un groupe essentiel pour bénéficier des services examinés. Pour cela, à chaque femme ont été rattachées les caractéristiques de sa localité de résidence, les femmes d'une même grappe ayant donc les mêmes caractéristiques communautaires.

Dans ce chapitre, quelques-uns des sujets abordés dans le questionnaire sont traités. Il s'agit i) des caractéristiques d'ordre général des communautés, ii) du temps pour atteindre certains services socio-économiques, iii) de la distance et du temps par rapport aux formations sanitaires, iv) de la présence de personnel de santé moderne ou traditionnel dans la communauté, et v) des types de services de santé fournis par les guérisseurs traditionnels, les animateurs de santé et les agents DBC.

Les informations sur le temps et la distance pour atteindre certains services doivent être relativisées. En effet, les enquêtés peuvent avoir des appréciations différentes de ces notions, selon leur culture, leur niveau d'éducation, les moyens de déplacement utilisés et l'état des voies d'accès.

15.1 CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS RURALES

Le tableau 15.1 présente la répartition des femmes rurales selon la principale voie d'accès à leur localité, le temps mis pour atteindre le centre urbain le proche et les moyens de transport public les plus

Dans les **403** grappes de l'échantillon, on a administré, en plus des questionnaires individuels (Homme et Femme) et du questionnaire ménage, un questionnaire communautaire. Ce questionnaire a porté sur divers sujets relatifs à l'environnement de la grappe. Il s'agit :

- des coordonnées géographiques (longitudes, latitude et altitude) mesurées à l'aide d'un GPS,
- des informations communautaires d'ordre général (nature du lieu de la grappe, proximité de centres urbains, voies d'accès, moyens de transport accessibles à la communauté, principales activités économiques, approvisionnement en eau potable, accès au téléphone et à l'électricité, disponibilité de marchés hebdomadaires, migrations),
- de la disponibilité de services de santé modernes comme traditionnels (existence, nature de la structure, types de services fournis, accessibilité, distribution à base communautaire, etc.),
- de la disponibilité d'infrastructures scolaires (existence, localisation, niveau, accessibilité, etc.),
- de la distance à laquelle se trouvent les structures les plus proches offrant des services spécifiques de santé (vaccination, services prénatals, services d'assistance à l'accouchement, traitement des IST, méthodes contraceptives modernes, traitement de la diarrhée et de la toux).

Ce questionnaire a été administré par les agents cartographes pendant le dénombrement des ménages par interview directe auprès d'une ou de plusieurs personnes, qui, de part leur âge, leur statut social, professionnel ou économique étaient susceptibles de fournir des réponses fiables aux questions. Ainsi, les chefs de village ou de quartier, les membres du personnel de santé ou du personnel enseignant étaient bien indiqués pour répondre aux questions. Un seul questionnaire est rempli dans chaque grappe, et toutes les informations collectées se réfèrent à l'ensemble des localités constituant la grappe. Dans l'analyse qui suit les résultats se rapportent aux femmes interviewées dans l'enquête individuelle qui constituent un groupe essentiel pour bénéficier des services examinés. Pour cela, à chaque femme ont été rattachées les caractéristiques de sa localité de résidence, les femmes d'une même grappe ayant donc les mêmes caractéristiques communautaires.

Dans ce chapitre, quelques-uns des sujets abordés dans le questionnaire sont traités. Il s'agit i) des caractéristiques d'ordre général des communautés, ii) du temps pour atteindre certains services socio-économiques, iii) de la distance et du temps par rapport aux formations sanitaires, iv) de la présence de personnel de santé moderne ou traditionnel dans la communauté, et v) des types de services de santé fournis par les guérisseurs traditionnels, les animateurs de santé et les agents DBC.

Les informations sur le temps et la distance pour atteindre certains services doivent être relativisées. En effet, les enquêtes peuvent avoir des appréciations différentes de ces notions, selon leur culture, leur niveau d'éducation, les moyens de déplacement utilisés et l'état des voies d'accès.

15.1 CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS RURALES

Le tableau 15.1 présente la répartition des femmes rurales selon la principale voie d'accès à leur localité, le temps mis pour atteindre le centre urbain le proche et les moyens de transport public les plus

couramment utilisés. Ce tableau laisse apparaître que la grande majorité des femmes rurales appartiennent à des communautés accessibles toute l'année par route ou par piste. Les pistes sont les voies d'accès les plus courantes (45%) ; elles sont suivies par les routes en latérite (26%). Seulement, 7% des femmes vivent dans des localités accessibles par route goudronnée.

Malgré cette accessibilité apparente, près de 6 femmes sur 10 sont déclarées se trouver dans des zones situées au moins à 2 heures de temps du centre urbain le plus proche et moins de 15% sont à moins d'une heure de la ville la plus proche. Cela s'explique peut-être par l'état des voies, mais aussi par les moyens de transport les plus couramment utilisés. En effet, moins de 3 femmes sur 10 ont accès à des véhicules à quatre roues (voitures/camions/minibus) ou au train. Les motocyclettes et les bicyclettes sont par contre très utilisées (plus d'une femme sur trois). Près 20% des femmes habitent des localités utilisant principalement les charrettes et les animaux non attelés comme principal moyen de transport.

Tableau 15.1

15.2 TEMPS POUR ATTEINDRE CERTAINS SERVICES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les pourcentages de femmes en union selon la durée du trajet pour atteindre certains services socio-économiques sont présentés au tableau 15.2. De façon générale, comme on pouvait s'y attendre, le milieu rural a difficilement accès aux services socio-économiques de base. Pour environ 60% de ces femmes en union, on estime à une heure le temps qu'il faudrait pour atteindre le bureau de poste le plus proche et moins de 10% sont à moins de 30 minutes d'un service postal. À l'inverse, plus de 50% des citadines sont à moins de 30 minutes d'un bureau de poste. De même, alors qu'en milieu urbain, plus de 3 femmes sur 4 résident dans des localités situées à moins de 30 minutes d'un endroit où on peut trouver un service de transport public, seulement 1 femme rurale sur 3 accède à ce service pendant le même temps. Il faut cependant ajouter que dans les villes où les transports intra-urbains sont courants, le temps pour accéder à un service de transport quelconque sera plus court.

La forte concentration humaine dans les villes favorise aussi la multiplication des services éducatifs. Ainsi, plus de 85% des citadines seraient à moins de 15 minutes d'une école Madersa, contre moins de 25% en milieu rural. En milieu rural, il faut au moins 30 minutes à plus de 60 % des femmes pour atteindre une école fondamentale 1, contre moins de 15 minutes à plus de 80% des urbaines. En milieu rural, les écoles fondamentales 2 et secondaires sont encore beaucoup moins accessibles en terme de temps. Près de 3 femmes rurales sur 4 habitent à plus de 60 minutes de l'école secondaire la plus proche.

Notons enfin que le temps pour couvrir une distance donnée dépend du moyen de transport utilisé. Les moyens de transport les plus rapides étant plus courants dans les villes, il est logique que les temps de déplacement y soient également plus courts.

Tableau 15.2

15.3 ACCESSIBILITÉ DES FORMATIONS SANITAIRES

Une bonne répartition spatiale des formations sanitaires est essentielle pour faciliter leur accès aux usagers potentiels. C'est pourquoi la mesure de leur accessibilité physique a été un des premiers objectifs de l'enquête communautaire. Le tableau 15.3 donne la répartition des femmes en union selon la distance qui sépare leur lieu de résidence et les formations sanitaires. Globalement, les services de santé fournis en milieu hospitalier sont assez distants des femmes. Même dans les villes, seulement une femme sur quatre se trouverait dans un rayon de 4 kilomètres d'un hôpital. À Bamako, la proportion correspondante est de 3 femmes sur 10. En milieu rural, moins de 3% des femmes sont à moins de 5 kilomètres d'un hôpital. Environ

45% des Bamakoises sont à 5 à 10 kilomètres de l'hôpital le plus proche. Pour la plupart des femmes des autres villes (70%) et du milieu rural (85%), l'hôpital le plus proche de leur communauté se trouve à 30 kilomètres au moins. Ce résultat traduit la rareté des structures de santé de ce niveau dans le pays.

Les structures de santé de catégorie inférieure sont naturellement plus nombreuses et donc plus proches des usagers. Dans les villes, plus de 2 femmes sur 3 ont accès à un centre de santé à moins de 5 kilomètres ; à Bamako, 86 femmes sur 100 sont dans ce cas. Même si la situation est meilleure que pour les hôpitaux, les populations rurales demeurent encore extrêmement éloignées des centres de santé : seulement 4% en sont à moins de 5 kilomètres et 65% ne peuvent en trouver qu'à 30 kilomètres ou plus. Les maternités sont disponibles pour plus de 85% des urbaines et 32% des rurales dans un rayon de 4 kilomètres. Beaucoup de femmes rurales (41%) ne peuvent se rendre à la maternité la plus proche qu'entre 5 et 15 kilomètres de leur lieu de résidence. On observe des résultats voisins pour les autres points de prestation de service (dispensaire, structure communautaire, etc.) autres que le secteur privé qui n'est accessible qu'aux urbaines.

Tableau 15.3

La répartition des femmes en union selon la durée du trajet de leur localité de résidence aux formations sanitaires les plus proches est présentée dans le tableau 15.4. On relève qu'il faut plus de temps pour atteindre les formations sanitaires les plus importantes, qui sont aussi les moins nombreuses. Même en milieu urbain, il faut au moins 30 minutes de trajet à 57% des femmes pour atteindre l'hôpital le plus proche. En milieu rural, plus de 3 femmes sur 4 mettent 30 minutes pour atteindre un hôpital et pour 8% des femmes, il faut 30 minutes pour accéder à une maternité. Les maternités, les dispensaires et les centres communautaires sont les formations sanitaires les plus accessibles aux populations rurales.

Tableau 15.4

15.4 PRÉSENCE DE PERSONNEL DE SANTÉ MODERNE OU TRADITIONNEL DANS LA COMMUNAUTÉ

On a demandé pour chacune des grappes s'il y avait un agent de santé moderne ou traditionnel dans la localité. Le tableau 15.5 indique le pourcentage de femmes dont la communauté abrite un tel agent. Bien que, comme on vient de le voir, les formations sanitaires formelles soient difficilement accessibles, aussi bien en terme de temps que de distance, les femmes cohabitent souvent dans leur communauté avec divers personnels de santé modernes ou traditionnels. L'offre des services des guérisseurs traditionnels est de loin la plus importante (53% de l'ensemble de toutes les femmes en disposent dans leur localité). Viennent ensuite, presque à égalité les sage-femmes (31%) et les animateurs de santé (32%), puis les agents communautaires (26%).

Contre toute attente, les citadines, les Bamakoises en tête, sont plus desservies que les rurales par les guérisseurs traditionnels (respectivement, 71 et 46%). Les urbaines sont en outre, selon les déclarations, plus nombreuses à avoir dans leur localité une sage-femme ou un animateur de santé. Par contre, le milieu rural est plus couvert par les agents communautaires. Les différences inter régionales sont importantes. Les services d'un guérisseur traditionnel sont disponibles pour plus de 70% des femmes à Bamako et Mopti ; dans les autres régions à l'exception de Sikasso (56%), moins de 50% en ont dans leur localité. Les régions de Kidal/Gao/Tombouctou sont, après Bamako, les mieux desservies en sage-femmes (33% ont une sage-femme dans leur communauté). Koulikoro et Kayes sont les zones où les femmes ont le moins accès aux services d'une sage-femme ; par contre les agents communautaires sont plus nombreux à Kayes, Mopti et Sikasso.

Tableau 15.5

15.5 TYPES DE SERVICES DE SANTÉ FOURNIS PAR LES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS

Nous allons examiner à présent les types de service de santé fournis par les guérisseurs traditionnels dans le tableau 15.6. Ce tableau présente le pourcentage de femmes desservies par certains services de santé fournis par les guérisseurs traditionnels. Les prestations de service de cette catégorie de professionnels portent essentiellement sur le traitement des maladies d'enfants (47%) et d'adultes (45%). Pour 13% des femmes, ils soignent aussi les IST autres que le SIDA, mais interviennent très rarement (moins de 6%) dans les consultations pour grossesse, les avortements et la planification familiale et presque jamais dans le traitement du SIDA. En dehors de leurs deux domaines de prédilection, les guérisseurs interviennent en ville surtout dans les consultations pour grossesse et le traitement des IST. Les différences inter régionales sont peu marquées. Cependant, en plus de l'effectif relativement important des pratiquants de ce métier à Bamako, on relève, selon les réponses des enquêtés, une plus grande diversité de leurs domaines de compétence. C'est en effet à Bamako et Mopti qu'on observe les plus hauts pourcentages d'enquêtés qui trouvent les guérisseurs traditionnels compétents dans les consultations pour grossesse et dans la planification familiale.

Tableau 15.6

15.6 TYPES DE SERVICES DE SANTÉ FOURNIS PAR LES ANIMATEURS DE SANTÉ

Les animateurs de santé sont des personnes choisies dans la communauté pour donner des conseils ou distribuer certains médicaments après avoir reçu une formation minimum pour l'exercice de ces activités. Globalement, 32% des femmes habitent des localités ayant un animateur de santé (Tableau 15.7). Le plus souvent, les enquêtés attendent de ce personnel la prestation de conseils (29% des femmes) ou la distribution de médicaments (16%). On affirme aussi que ce type de personnel distribuent des vitamines (12%) ou offre divers autres services de santé (16%). Les femmes urbaines sont plus nombreuses que les rurales à attendre ces différents services des animateurs de santé. En milieu urbain, c'est surtout dans les villes autres que Bamako, que les populations pensent que ce type de personnel fournit ces différents services. Au niveau régional, Mopti est la région qui a le plus mentionné la distribution de médicaments ou de vitamines (plus de 30%) comme services fournis par les animateurs. La fourniture de conseils a été surtout citée dans les régions de Bamako (40%), Sikasso (40%) et dans une moindre mesure Mopti et Kidal/Gao/Tombouctou (33 à 34% des femmes). À l'inverse, les régions de Kayes et de Ségou semblent particulièrement défavorisés pour la fourniture de services par les animateurs de santé.

Tableau 15.7

15.7 TYPES DE SERVICES DE SANTÉ FOURNIS PAR LES AGENTS DBC

Les agents de distribution à base communautaire (ADBC) sont chargés de donner des informations sur la contraception ou de proposer des méthodes contraceptives aux familles. Ils peuvent aussi donner des conseils et fournir des produits autres que sur la contraception. Le tableau 15.8 montre que des services très diversifiés sont censés être fournis par les ADBC. Dans l'ensemble, 25% des femmes pensent que la prestation de conseils fait partie de leur travail et 20% pensent que la prestation de conseils et la distribution de condoms sont des services dévolus aux ADBC. Viennent ensuite dans l'ordre, la distribution des pilules (18%), de spermicides (16%) et de nivaquine (15%). Pour 13% et 11% des femmes, on pense que les ADBC distribuent respectivement des sels de réhydratation par voie orale (SRO) et de la vitamine A. Les rurales et les résidentes des villes intermédiaires sont plus nombreuses à avoir cité les « conseils » (environ 26%) et la distribution de condoms (plus de 20%) comme services attendus des ADBC. Par ailleurs, dans les villes autres que Bamako, on compte relativement plus de femmes pour lesquelles les ADBC fournissent des spermicides, de la pilule, de la nivaquine, du SRO et de la vitamine A. Par contre, la distribution de SRO et

de vitamine A est probablement la moins fréquente en milieu rural. Il en est de même de la distribution des condoms, des spermicides et des pilules à Bamako. Contrairement à Koulikoro et Kidal/Gao/Tombouctou, les régions de Kayes, de Sikasso et de Mopti semblent particulièrement favorisées pour la couverture des services des ADBC.

Tableau 15.8

15.8 DISTANCE PAR RAPPORT À CERTAINS SERVICES SPÉCIFIQUES DE SANTÉ

Pour certains services spécifiques de santé, on a demandé à quelle distance se trouvait chacun d'entre eux par rapport à la localité. Les résultats sont présentés dans le tableau 15.9. Plus de 80% des femmes urbaines et 74% des rurales ont accès à un service de vaccination à moins de 5 kilomètres. De façon générale, pour plus de 80% des femmes urbaines en union, les différents services de santé sont disponibles à moins de 5 kilomètres. En ce qui concerne l'accès à la SRO, plus de 80% des urbaines et seulement 52 % des rurales disposent d'un endroit où trouver la SRO dans un rayon de 4 kilomètres. En milieu rural, une minorité de femmes est située à moins de 5 kilomètres d'un endroit où on peut trouver un traitement pour la toux (35%) ou pour le paludisme (42%), des soins prénatals (37%) ou des services d'accouchement (39%). Plus de 30% des rurales ne disposent de tels services qu'entre 5 et 14 kilomètres de leur lieu de résidence. Dans les campagnes, les principales méthodes contraceptives ne sont pas souvent accessibles à moins de 5 kilomètres. En effet, seulement entre 40 et 45% des résidentes de ces localités se trouvent à moins de 5 kilomètres d'un service fournissant le condom, la pilule ou l'injection. Le DIU est une méthode peu accessible, même en milieu urbain : 60% des urbaines et seulement 16% des rurales peuvent s'en procurer dans un rayon de 4 kilomètres. Enfin, près de 80% des femmes urbaines et moins de 25% des rurales ont accès à un endroit où on peut traiter les IST autres le SIDA.

Tableau 15.9

Correspondances entre les tableaux du chapitre 15 et les tableaux d'origine

06/06/02

Tableaux du Chapitre 15	Tableaux source	Observations
15.1	14.1	Tableau 14.1b : non pris en compte (out)
15.2	14.2	Tableau 2, LAYER 4 (Banque/...) : non pris en compte (out)
15.3	14.3	
15.4	14.4	
15.5	14.5	
15.6	14.6	
15.7	14.7	
15.8	14.8	
15.9	14.9	Tableau 2, LAYERS 6, 12, 13, et 15 : non pris en compte (out)

Au Mali, le premier cas du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (sida) a été identifié en 1985 à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Guindo. Dès 1987, une enquête de séroprévalence avait donné une prévalence de 1 % dans les capitales régionales et dans le district de Bamako, de 7 % dans la population de tuberculeux soignés dans les hôpitaux et de 40 % parmi les professionnelles du sexe des centres urbains. Par ailleurs, le Mali étant un pays où les mouvements migratoires sont importants, notamment vers la Côte d'Ivoire qui, en 1994, se situait au premier rang des pays de l'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie (Sombo et al., 1995), les risques de contamination et d'augmentation de la prévalence sont très élevés.

Diverses études et informations tant quantitatives que qualitatives ont été réalisées de 1987 à ce jour sur les IST/Sida.

En 1992, une seconde enquête de séroprévalence effectuée par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a donné un taux d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) parmi la population sexuellement active de l'ordre de 3 % : 3,4 % chez les femmes et 2,6 % chez les hommes (Maïga YI et al). La région la plus atteinte était celle de Sikasso (environ 5 % de prévalence chez les femmes enceintes et 73 % parmi les professionnelles du sexe). La prévalence la plus faible a été observée à Gao et Tombouctou (2 %). Depuis, de nombreuses études ont été menées sur les IST/VIH au Mali, mais ont concerné des populations cibles à faible, moyen ou haut risque.

Ainsi en 1994, une étude financée par la Banque Mondiale a donné une prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 4,4 % à Bamako, 4,5 % à Sikasso, 2,1 % à Mopti et une prévalence chez les professionnelles du sexe de 55 % à Bamako, 72 % à Sikasso et 21 % à Mopti.

En 1997, la prévalence était de 2,5 % chez les femmes enceintes de Bamako et, la même année, elle était évaluée à 32 % chez des professionnelles du sexe encadrées par une ONG à Bamako. En 1999, une étude financée par le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) et exécutée par le PNLS et l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) a montré que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 3,5 % à Sikasso, 3,2 % à Mopti et 0,6 % à Koulikoro. Chez les professionnelles du sexe elle était de 33,3 % à Mopti et à 16,6 % à Koulikoro.

En 2000, le PNLS, avec l'appui du CDC (Centers for Disease Control, Atlanta) et de l'INRSP, a réalisé une étude en vue de déterminer la prévalence des IST et de l'infection à VIH et les comportements associés au sein de cinq groupes à haut et moyen risque dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Kayes, Gao et dans le District de Bamako. Cette étude, appelée *Integrated STI and Behavioral Surveillance* (ISBS) a révélé une séroprévalence globale, pour l'ensemble des sites, de 29,7 % chez les professionnelles du sexe, 6,7 % chez les vendeuses ambulantes, 5,7 % chez les revendeurs de tickets des gares routières (coxeurs), 4,1 % chez les camionneurs et 1,7 % chez les aides familiales (bonnes). Cette étude a aussi révélé que les vendeuses ambulantes et les coxeurs constituent des populations à cibler par des actions de prévention contre les IST/VIH tant leurs connaissances et expériences sont limitées et leurs comportements à risque. Ces deux catégories de populations avaient présenté des taux d'infection par IST supérieurs de plus de 8 % à ceux des autres populations étudiées.

16.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DU TEST DANS L'EDMS-III

L'EDSM-III est la première enquête dans le cadre du projet *Demographic and Health Surveys* (DHS) à inclure le test du VIH. Le Ministère de la Santé du Mali a été le premier à demander d'étudier la faisabilité

du test du VIH dans le cadre de l'EDSM-III. L'objectif du test était d'estimer le taux de séroprévalence du VIH au niveau national et au niveau des régions. La mission de l'USAID à Bamako et le *Centers for Disease Control* (CDC) avaient également exprimé un grand intérêt pour l'introduction du test du VIH dans l'enquête, et avaient promis de soutenir cette activité sur les plans financier et technique. Par ailleurs, l'ONUSIDA était aussi favorable à l'intégration du test du VIH dans l'EDSM-III.

Après plusieurs correspondances et réunions entre le Ministère de la Santé, la Mission de l'USAID, CDC, ORC Macro et d'autres organismes internationaux, une lettre et une note technique ont été adressées par le Ministère de la Santé au Comité d'éthique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université du Mali pour demander son autorisation d'inclure le test du VIH dans l'EDSM-III. En septembre 2000, le Comité d'éthique a répondu à la lettre du Ministère en donnant son accord sous les conditions suivantes :

- Informer la population du Mali sur le sida ;
- Permettre à ceux qui veulent connaître le résultat de leur test de l'obtenir ;
- Transmettre au comité d'éthique le protocole technique et le consentement volontaire ;
- Permettre au comité d'éthique de faire les visites de terrain pendant l'enquête.

Durant cette même période, le projet DHS a adressé une demande d'autorisation pour inclure le test du VIH dans l'EDSM-III au *Institutional Review Board* (IRB) de Macro. La demande était accompagnée d'une note technique sur l'enquête malienne et du texte du consentement volontaire. Après revue de la requête, l'IRB a donné son accord au mois de décembre 1999.

16.2 MÉTHODOLOGIE

L'EDSM-III a été conduite dans l'ensemble du pays et a porté sur un échantillon national représentatif dans lequel, en plus du milieu de résidence urbain et rural, on a identifié 7 domaines d'études : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et les régions de Tombouctou et Gao et Kidal ensemble¹.

Comme nous l'avons précisé ailleurs, 403 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSM-III, à l'exception d'une seule dans la région de Kayes. Parmi les ménages sélectionnés, 12 331 ont pu être enquêtés avec succès. À l'intérieur des ménages interviewés, l'enquête individuelle a pu être menée à bien auprès de 12 849 femmes âgées de 15-49 ans. Par ailleurs, l'enquête individuelle homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total, 3 405 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès.

C'est dans ces ménages sélectionnés pour l'enquête homme que les tests d'anémie et de VIH ont été effectués. On a mesuré le niveau d'hémoglobine chez les enfants de moins de 6 ans, les femmes et les hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Ce même prélèvement a servi pour le test du VIH.

Formation

La formation des agents pour le prélèvement de sang pour les tests d'hémoglobine et de VIH a été assurée, pendant cinq jours, par trois spécialistes nationaux avec la participation de deux experts du CDC-Atlanta et de ORC Macro. Une étude pilote ayant pour but de vérifier l'acceptabilité du test de VIH a eu lieu du 8 au 12 décembre 2000 dans des zones urbaines et rurales proches de Bamako, en dehors des grappes de l'échantillon. Une formation supplémentaire sur le consentement volontaire a eu lieu le 8 janvier 2001.

¹ Les régions de Tombouctou, Gao et Kidal qui représentent environ 65 % du territoire national correspondent à 10 % de la population totale. De ce fait, et comme l'effectif de population des 3 régions est très faible, il a été décidé de les regrouper et de présenter les résultats pour les trois régions ensemble.

Vingt-cinq agents de sexe féminin, en grande majorité de formation médicale (cinq médecins, cinq sages femmes, trois infirmières et deux laborantins) ont été sélectionnés pour le prélèvement de sang. Ces agents ont été également chargés de contrôler le travail des enquêtrices sur le terrain.

Consentement volontaire

Le texte du consentement volontaire a été préparé par ORC Macro et CDC, puis il a été soumis au Ministère de la Santé du Mali et à l'USAID Washington pour accord. Dans une première version du consentement, on présentait ensemble les tests d'anémie et de VIH ; ainsi, on demandait au sujet qui devait donner du sang s'il acceptait de participer aux deux tests. Cependant l'USAID a émis des réserves et a insisté pour que l'on utilise un consentement spécifique pour chaque test : on commence par lire le texte du consentement pour le test d'anémie, puis on demande au sujet interviewé s'il accepte de participer à ce test ; ensuite, on présente le texte du consentement pour le test de VIH, puis on demande à ce même sujet s'il accepte d'y participer. C'est cette version suggérée par l'USAID Washington qui a été finalement retenue par l'EDSM-III (voir Annexe I – texte du consentement volontaire pour le test du VIH).

Comme pour les questionnaires de l'enquête, le consentement a été traduit en plus du français en trois langues nationales (le bambara, le sonraï et le peulh).

Travail sur le terrain

C'est généralement après l'interview individuelle que les prélèvements de sang ont été effectués auprès des participants sélectionnés et dont le consentement avait été obtenu au préalable suite à la lecture de la déclaration du consentement volontaire qui portait un numéro individuel tiré au hasard.² Ce même numéro était inscrit sur tous les autres éléments contenus dans un sac plastique individuel à fermeture hermétique : une carte jaune, une carte verte et le papier filtre (voir Annexe II – Contenu du sac plastique individuel).

Le prélèvement du sang a été réalisé de la manière suivante :

- a) du sang capillaire est prélevé au moyen d'une piqûre faite au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (*Tenderlette*) ;
- b) les deux premières gouttes de sang sont déposées sur du papier filtre spécial dans deux cercles de 10 mm (la troisième goutte étant réservée au test d'anémie³) ;

les spots de sang sont séchés et le papier filtre est remis dans le sac plastique individuel.

Contrairement au test d'anémie dont le résultat était communiqué immédiatement aux participants, le résultat du test de VIH n'était pas annoncé sur le terrain. Le test était anonyme et aucun nom n'était lié à l'échantillon de sang.

² Une étude qualitative qui a été menée trois mois après le commencement du travail sur le terrain dans le but d'observer principalement comment le consentement volontaire était présenté aux enquêtés, a montré que, dans 80 % des cas, la contrôlease responsable de la prise de sang a expliqué le contenu du consentement volontaire avec ou sans lecture du texte (Yoder, P. Stanley and Mamadou K. Konaté. 2002).

³ Pour cela, on laissait alors tomber la troisième goutte de sang sur une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, donne une mesure exacte du niveau

Taux de séroprévalence différentiel

Il ressort du tableau 16.2 que le taux de séroprévalence chez les femmes est de 2 %. Il est supérieur au taux des hommes, estimé à 1,3 %. Au niveau national, le taux est estimé à 1,7 %. Le graphique 16.1 qui illustre ce tableau indique que le taux de séroprévalence atteint son maximum chez les femmes du groupe d'âges 25-34 ans (3,2 %), alors que chez les hommes le taux atteint son maximum à 30-34 ans (3,8 %).

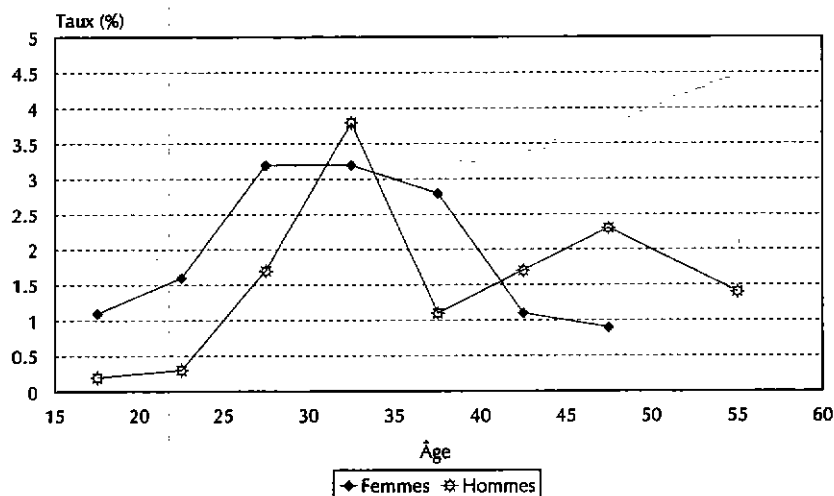
Il faut noter que, du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les Maliennes, le taux de séroprévalence est relativement élevé à 15-19 ans (1 %) et à 20-24 ans (1,6 %). Contrairement aux femmes, le taux de séroprévalence chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,2 % à 15-19 ans et 0,3 % à 20-24 ans. Par contre, les hommes sont plus exposés au VIH que les femmes aux âges plus avancés (2,3 % à 45-49 ans chez les hommes contre 0,9 % chez les femmes du même âge).

Tableau 16.2 Taux de séroprévalence par âge

Effectifs des femmes et des hommes testés pour le VIH et taux de séroprévalence par groupe d'âges, EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif	Taux de séroprévalence	Effectif	Taux de séroprévalence	Effectif	Taux de séroprévalence
15-19	769	1,1	581	0,2	1 350	0,8
20-24	700	1,6	403	0,3	1 103	1,1
25-29	661	3,2	391	1,7	1 052	2,3
30-34	569	3,2	367	3,8	936	3,4
35-39	484	2,8	320	1,1	804	2,1
40-44	373	1,1	308	1,7	681	1,4
45-49	288	0,9	240	2,3	528	1,5
50-59	-	-	352	1,4	352	1,4
Total	3 845	2,0	2 962	1,3	6 806	1,7

Graphique 16.1 Taux de séroprévalence par sexe et âge



Selon la région, le tableau 16.3 et le graphique 16.2 montrent que, pour l'ensemble du pays, le District de Bamako a le taux de séroprévalence le plus élevé (2,5 %), suivi des régions de Ségou (2 %) et de Kayes et de Koulikoro (1,9 % chacune). Les trois autres régions ont des taux inférieurs à la moyenne nationale : Mopti (1,4 %), Sikasso (1%) et Gao/Kidal/Tambouctou (0,8 %). Cette classification des régions reste généralement valable aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Par exemple, les femmes de la région de Ségou ont le niveau de séroprévalence le plus élevé, suivies de celles de Bamako, de Kayes et de Koulikoro.

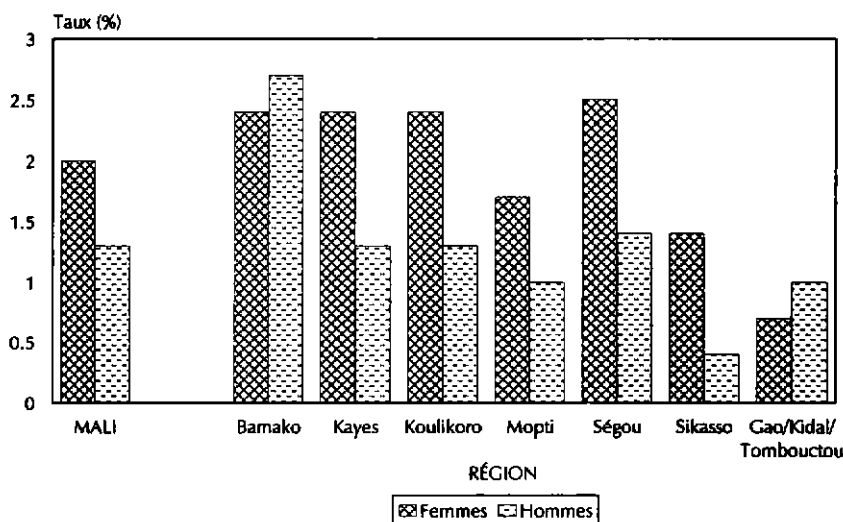
Tableau 16.3. Taux de séroprévalence par région

Effectifs des femmes et des hommes testés pour le VIH et taux de séroprévalence par région, EDSM-III Mali 2001

Région	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif	Taux de séro-prévalence	Effectif	Taux de séro-prévalence	Effectif	Taux de séro-prévalence
Bamako	577	2,4	447	2,7	1 025	2,5
Kayes	533	2,4	383	1,3	916	1,9
Koulikoro	653	2,4	490	1,3	1 143	1,9
Mopti	524	1,7	355	1,0	879	1,4
Ségou	614	2,5	561	1,4	1 175	2,0
Sikasso	746	1,4	613	0,4	1 359	1,0
Gao/Kidal/ Tombouctou	215	0,7	136	1,0	351	0,8

Note : Les cas non déclarés pour la région ne font pas partie du dénominateur

Graphique 16.2 Taux de prévalence par région



Selon les données du tableau 16.4, on constate, comme il fallait s'y attendre, que le taux de séroprévalence est plus élevé en milieu urbain (2,2 %) qu'en milieu rural (1,5 %). On constate également que, quel que soit le milieu de résidence, le taux de séroprévalence est nettement plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes. Ainsi, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est de 2,5 % chez les femmes contre 1,8 % chez les hommes, et en milieu rural, le taux est de 1,8 % chez les femmes contre 1,1 % chez les hommes.

Tableau 16.4 Taux de séroprévalence par milieu de résidence et sexe selon la région

Taux de de séroprévalence par milieu de résidence et sexe, selon la région, EDSM-III 2001

Région	Milieu urbain				Milieu rural			
	Taux de séroprévalence			Effectif urbain	Taux de séroprévalence			Effectif rural
	Femmes (%)	Hommes (%)	Ensemble (%)		Femmes (%)	Hommes (%)	Ensemble (%)	
Bamako	2,4	2,7	2,5	1 025	na	na	na	na
Kayes	4,9	1,7	3,6	223	1,5	1,1	1,4	692
Koulikoro	4,7	(4,4)	4,5	117	2,1	1,0	1,6	1 025
Mopti	0	0	0	108	1,9	1,2	1,6	771
Ségou	0	0	0	144	2,8	1,6	2,2	1 030
Sikasso	2,6	0	1,3	263	1,2	0,6	0,9	1 095
Gao/Kidal/Tombouctou	(0,1)	0	0	65	0,7	0,8	0,8	286
Ensemble	2,5	1,8	2,2	1 945	1,8	1,1	1,5	4 899

Note : Les cas non déclarés pour la région ne font pas partie du dénominateur

na = Non applicable

() Calculé sur un effectif compris entre 40 et 49

Le tableau 16.5 présente les effectifs des femmes et des hommes estimés séropositifs en 2001 par milieu de résidence et par région. Ces estimations sont basées sur les données du Recensement Général de la Population de 1998 et sur les taux de séroprévalence obtenus à partir de l'EDSM-III. Pour estimer la population en 2001, nous avons supposé que le taux d'accroissement annuel de la population malienne entre 1998 et 2001 était de 2,3 %.

Pour l'ensemble du pays, la population adulte (femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans) qui serait séropositive est estimée à environ 80 000 personnes se répartissant comme suit :

- 30 000 en milieu urbain dont 13 000 hommes et 17 000 femmes ;
- 50 000 en milieu rural dont 18 000 hommes et 32 000 femmes.

Le tableau donne également les estimations par région selon le sexe. Par exemple, Ségou est la région qui le plus grand nombre de cas séropositifs (18 000), suivie de Bamako (15 000) et de Koulikoro (14 000).

Tableau 16.5 Estimation de la population adulte séropositive au Mali en 2001

Effectifs de femmes et d'hommes estimés séropositifs en 2001 par sexe, selon le milieu de résidence et la région, EDSM-III 2001

Caractéristique	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Effectifs	Taux de séro-prévalence	Nombre de cas	Effectifs	Taux de séro-prévalence	Nombre de cas	Effectifs	Taux de séro-prévalence	Nombre de cas
Milieu de résidence									
Urbain	738 152	1,8	13 287	682 462	2,5	17 062	1 420 614	2,2	31 254
Rural	1 662 412	1,1	18 287	1 686 430	1,9	32 042	3 348 842	1,5	50 233
Région									
Bamako	316 866	2,7	8 555	279 903	2,4	6 718	596 770	2,5	14 919
Kayes	320 918	1,9	6 097	333 614	2,4	8 007	654 532	1,9	12 436
Koulikoro	368 820	1,5	5 532	368 078	2,4	8 834	736 898	1,9	14 001
Mopti	358 055	1,0	3 581	351 944	1,7	5 983	709 999	1,4	9 940
Ségou	409 546	1,4	5 734	395 009	2,5	9 875	804 555	2,0	16 091
Sikasso	409 838	0,4	1 639	413 077	1,4	5 783	822 915	1,0	8 229
Gao/Kidal/Tombouctou	216 521	0,8	1 732	227 267	0,7	1 591	443 788	0,8	3 550
Total	2 400 564		32 871	2 368 892		46 791	4 769 457		79 167

Source : Recensement Général de la Population de 1998.

Un taux d'accroissement annuel de 2,3 % a été utilisé pour estimer la population malienne en 2001

Référence :

Sombo N'Cho, Lucien Kouassi, Albert Kouamé Koffi, Juan Schomaker, Monique Barère, Bernard Barrère et Prosper Poukouta. 1995. *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994*, Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et Macro International Inc.

Yoder, P. Stanley and Mamadou K. Konaté. 2002. *Obtaining informed consent for HIV testing: the DHS experience in Mali*. Calverton, Maryland USA: ORC Macro.

CONSENTEMENT VOLONTAIRE POUR LE TEST DU VIH

Annexe I

CONSENTEMENT VOLONTAIRE pour le test du VIH

Dans cette enquête, nous étudions également le VIH chez les hommes et les femmes. Le VIH est le virus qui cause le SIDA, qui, habituellement, est mortel. Cette enquête permettra d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir cette maladie.

Nous demandons que vous participiez au test du VIH dans le cadre de cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise, comme pour l'anémie, des instruments complètement sans risque. Pour le VIH, le sang sera analysé plus tard dans un laboratoire. Pour assurer la confidentialité des résultats du test, aucun nom ne sera attaché à l'échantillon de sang ; ainsi, nous ne pourrions pas vous donner les résultats de votre test de VIH et personne ne sera en mesure de vous identifier à partir de ce test.

Avez-vous des questions ?

Puis-je vous demander de participer au test de VIH ? Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respecterons votre décision.

Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test de VIH ?

ACCORDÉ : 1

REFUSÉ : 2

SIGNER _____

ASSUREZ-VOUS DE REMETTRE À CHAQUE PERSONNE ÉLIGIBLE, QU'ELLE AIT ACCEPTÉ OU NON LE TEST DE VIH, UNE CARTE « CONSEILS ET TEST VIH GRATUITS ». DITES-LUI : « Cette carte vous permet de bénéficier de conseils et de test gratuits de VIH. Si vous désirez vous faire tester, adressez-vous, muni de cette carte, à une structure de santé appropriée. Dans cette structure, des informations sur le VIH et les moyens de l'éviter vous seront fournies. Par ailleurs, quelques gouttes de sang vous seront prélevées, ce qui vous permettra de connaître le résultat de votre test. Avez-vous des questions sur cette carte et l'endroit où aller ».

**CONTENU DU SAC PLASTIQUE
POUR LE TEST DU VIH**

Annexe II

Carte jaune

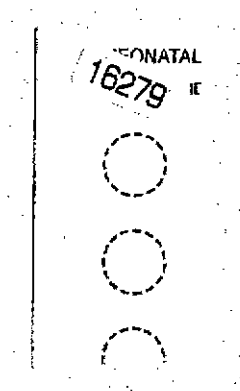
Age: _____

Sexe: Masculin Féminin

Grappe: _____

16279

Papier filtre



Carte verte

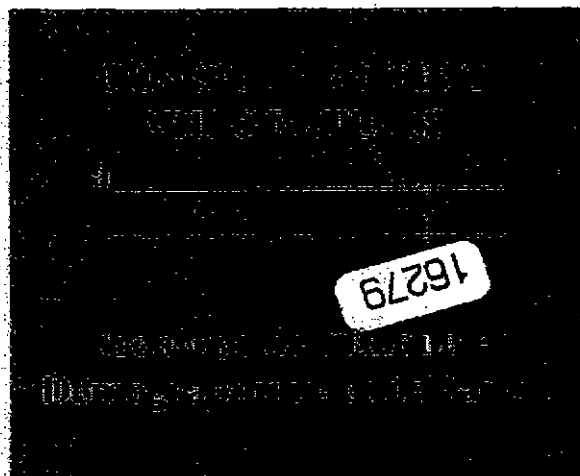


Tableau A.1 Résultats de enquête auprès des ménages et des femmes

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDSM-III par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des femmes, et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Résultat des interviews	Région								Milieu de résidence			
	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombo-uctou	Cao	Kidal	Bamako	Urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés												
Rempli (1)	88,1	89,0	93,4	91,4	89,2	90,4	90,0	73,5	90,5	89,3	90,1	89,9
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	0,9	1,3	0,6	1,0	1,0	0,7	0,2	5,1	3,0	2,4	0,9	1,2
Ménage refusé (3)	0,7	0,3	0,2	0,2	0,2	1,0	0,5	2,9	1,5	1,2	0,4	0,6
Logement non trouvé (4)	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	3,6	0,3	0,5	0,1	0,2
Ménage absent (5)	9,4	8,2	4,1	5,7	8,3	2,0	7,4	11,3	2,1	4,1	7,1	6,4
Logement vide/Pas de logement (6)	0,8	0,8	1,4	1,4	1,1	4,9	1,1	2,5	1,8	2,0	1,2	1,4
Logement détruit (7)	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	1,0	0,5	0,0	0,6	0,4	0,2	0,2
Autre (8)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	1,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	2 069	2 110	2 076	2 138	2 266	596	612	275	1 575	3 136	10 581	13 717
Taux de réponse des ménages	98,2	98,0	99,0	98,6	98,7	98,2	98,9	86,3	95,0	95,7	98,5	97,9
Femmes éligibles												
Entièrement rempli (a)	94,9	94,6	96,8	95,3	96,3	96,3	96,4	88,3	91,6	92,4	95,8	94,9
Pas à la maison (b)	2,0	2,5	1,9	2,3	1,7	0,8	1,6	2,8	3,8	3,1	2,0	2,3
Différé (c)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,3	0,2	0,0	0,1
Refus de répondre (d)	1,5	1,3	0,2	0,7	0,9	0,8	0,9	4,7	2,5	2,3	0,8	1,2
Partiellement rempli (e)	0,5	0,2	0,1	0,4	0,4	0,8	0,2	0,9	0,9	0,8	0,3	0,5
Incapacité (f)	1,1	1,3	1,1	1,0	0,6	1,4	1,0	2,8	0,8	1,1	1,0	1,0
Autre (g)	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 047	2 043	2 261	1 747	1 881	517	577	213	2 257	3 796	9 747	13 543
Taux de réponse des femmes	94,9	94,6	96,8	95,3	96,3	96,3	96,4	88,3	91,6	92,4	95,8	94,9
Taux de réponse global/femmes	93,2	92,7	95,8	94,0	95,1	94,6	95,3	76,2	87,0	88,5	94,4	92,9

Tableau A.2. Résultats de enquête auprès des ménages et des hommes

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et des hommes éligibles dans l'échantillon de l'EDSM-III par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des hommes, et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSM-III Mali 2001

Résultat des interviews	Région										Milieu de résidence		
	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombo-uctou	Cao	Kidal	Bamako	Urbain	Rural	Ensemble	
Ménages sélectionnés													
Rempli (1)	92,7	94,7	96,8	96,1	92,6	95,4	94,0	90,7	95,6	95,0	94,6	94,7	
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	0,4	0,8	0,3	0,6	0,6	0,3	0,3	1,2	1,7	1,4	0,4	0,7	
Ménage refusé (3)	0,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,9	0,5	0,6	1,0	0,8	0,2	0,4	
Logement non trouvé (4)	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	1,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
Ménage absent (5)	5,9	3,6	1,8	2,3	5,7	1,2	4,6	5,8	0,7	1,7	3,9	3,3	
Logement vide/Pas de logement (6)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	1,5	0,5	0,6	0,7	0,9	0,6	0,6	
Logement détruit (7)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	
Autre (8)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Effectif de ménages	1 191	1 291	1 377	1 296	1 235	324	366	172	1 351	2 338	6 265	8 603	
Taux de réponse des ménages	99,0	98,9	99,3	99,2	99,2	98,7	99,1	96,9	97,2	97,6	99,2	98,8	
Hommes éligibles													
Entièrement rempli (a)	87,2	85,8	86,4	92,0	86,2	93,8	89,8	50,6	71,3	74,7	88,1	83,8	
Pas à la maison (b)	7,6	11,0	11,7	5,9	9,5	5,5	4,8	27,6	20,4	17,6	8,8	11,5	
Différé (c)	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,1	0,7	0,7	0,0	0,2	
Refus de répondre (d)	2,7	1,4	1,0	0,5	1,4	0,8	3,0	17,2	6,3	5,6	1,4	2,7	
Partiellement rempli (e)	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4	0,0	0,6	0,0	0,4	0,3	0,2	0,2	
Incapacité (f)	1,7	1,2	0,4	0,7	2,2	0,0	1,8	3,4	0,7	1,1	1,2	1,1	
Autre (g)	0,4	0,3	0,3	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Effectif d'hommes	516	592	684	590	494	128	166	87	805	1 287	2 775	4 062	
Taux de réponse des hommes	87,2	85,8	86,4	92,0	86,2	93,8	89,8	50,6	71,3	74,7	88,1	83,8	
Taux de réponse global/hommes	86,3	84,9	85,8	91,3	85,6	92,6	89,0	49,0	69,3	72,9	87,4	82,8	

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE **C**

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDSM-III Mali 2001

Âge	Hommes		Femmes		Âge	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%
0	1 452	4,7	1 429	4,3	36	302	1,0	310	0,9
1	1 141	3,7	1 121	3,4	37	285	0,9	315	1,0
2	1 119	3,6	1 058	3,2	38	294	0,9	302	0,9
3	1 260	4,1	1 207	3,7	39	182	0,6	177	0,5
4	1 063	3,4	1 068	3,2	40	459	1,5	508	1,5
5	978	3,1	974	2,9	41	215	0,7	188	0,6
6	1 306	4,2	1 308	4,0	42	260	0,8	264	0,8
7	1 142	3,7	1 223	3,7	43	196	0,6	184	0,6
8	1 165	3,7	1 141	3,5	44	159	0,5	172	0,5
9	822	2,6	851	2,6	45	346	1,1	348	1,1
10	1 137	3,7	1 197	3,6	46	168	0,5	175	0,5
11	831	2,7	770	2,3	47	195	0,6	184	0,6
12	922	3,0	1 085	3,3	48	223	0,7	156	0,5
13	869	2,8	916	2,8	49	120	0,4	132	0,4
14	760	2,4	804	2,4	50	267	0,9	355	1,1
15	702	2,3	556	1,7	51	110	0,4	198	0,6
16	606	1,9	562	1,7	52	144	0,5	310	0,9
17	496	1,6	466	1,4	53	151	0,5	187	0,6
18	549	1,8	784	2,4	54	160	0,5	149	0,5
19	315	1,0	380	1,2	55	230	0,7	356	1,1
20	481	1,5	778	2,4	56	143	0,5	157	0,5
21	281	0,9	333	1,0	57	114	0,4	118	0,4
22	355	1,1	517	1,6	58	124	0,4	104	0,3
23	314	1,0	391	1,2	59	102	0,3	68	0,2
24	302	1,0	393	1,2	60	295	1,0	338	1,0
25	441	1,4	710	2,1	61	99	0,3	58	0,2
26	322	1,0	433	1,3	62	128	0,4	92	0,3
27	273	0,9	409	1,2	63	131	0,4	75	0,2
28	339	1,1	465	1,4	64	109	0,3	60	0,2
29	197	0,6	275	0,8	65	209	0,7	160	0,5
30	504	1,6	744	2,3	66	94	0,3	33	0,1
31	217	0,7	246	0,7	67	106	0,3	27	0,1
32	324	1,0	447	1,4	68	71	0,2	34	0,1
33	270	0,9	337	1,0	69	66	0,2	35	0,1
34	217	0,7	259	0,8	70+	905	2,9	476	1,4
35	401	1,3	584	1,8	NSP/ND	35	0,1	17	0,1
					Ensemble	81 070	100,0	33 042	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Effectif femmes dans l'enquête ménage de 10-54	Femmes interviewées 15-49		
		Effectif	Pourcentage	Effectif de femmes enquêtées (pondéré)
10-14	4 772	NA	NA	NA
15-19	2 749	2 556	20,0	93,0
20-24	2 413	2 323	18,1	96,3
25-29	2 292	2 202	17,2	96,1
30-34	2 032	1 938	15,1	95,4
35-39	1 688	1 587	12,4	94,1
40-44	1 316	1 247	9,7	94,8
45-49	995	952	7,4	95,6
50-54	1 200	NA	NA	NA
15-49	13 484	12 805	100,0	95,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

NA = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et des hommes enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage d'hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDSM-III Mali 2001

Groupe d'âges	Effectif d'hommes dans l'enquête ménage de 10-64	Hommes interviewés 15-49		
		Effectif	Pourcentage	Pourcentage d'hommes enquêtés (pondéré)
10-14	1 554	NA	NA	NA
15-19	798	680	19,7	85,2
20-24	570	459	13,3	80,6
25-29	523	450	13,0	86,1
30-34	507	425	12,3	83,9
35-39	449	382	11,0	85,1
40-44	436	368	10,6	84,4
45-49	320	281	8,1	88,0
50-54	270	227	6,6	84,2
55-59	227	187	5,4	82,5
60-64	244	NA	NA	NA
15-59	4 097	3 459	100,0	84,4

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

NA = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDSM-III
Mali 2001

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		4,9	36 679
Mois et année		0,2	36 679
Age au décès	Naissances des 15 dernières années	1,1	8 240
Age/Date de la 1 ^{ère} union ¹	Femmes non-célibataires	0,4	11 119
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,1	12 849
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	2,5	11 143
Anthropométrie²	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		8,1	10 511
Poids		8,5	10 511
Taille et poids		9,1	10 511
Anémie³			
Anémie chez les enfants sélectionnées	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	20,2	3 104
Anémie chez les femmes sélectionnées	Toutes les femmes (à partir du questionnaires ménage)	17,7	4 598

¹ Sans information pour l'âge et l'année

² Enfant non mesuré

³ Non testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année du calendrier depuis la naissance

Répartition des naissances par année du calendrier depuis la naissance pour les enfants survivants (S), décédés (D), et l'ensemble des enfants (E), selon le pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance, et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDSM-III Mali 2001

Année de calendrier	Effectif de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète ¹			Rapport de masculinité à la naissance ²			Rapport de naissances annuelles ³		
	L	D	T	L	D	T	L	D	T	L	D	T
2001	749	58	807	99,9	100,0	99,9	104,3	198,2	109,0	NA	NA	NA
2000	2 767	278	3 045	99,9	100,0	100,0	101,6	88,2	100,3	203,7	138,8	195,4
1999	1 967	343	2 311	99,9	98,4	99,6	100,6	108,1	101,7	82,7	88,3	83,5
1998	1 989	500	2 489	99,9	99,2	99,8	112,4	116,1	113,1	95,2	114,8	98,6
1997	2 209	527	2 736	99,9	99,3	99,8	94,8	106,0	96,9	112,5	107,4	111,5
1996	1 938	481	2 419	99,7	99,0	99,5	104,3	111,3	105,7	91,8	67,9	85,8
1995	2 014	891	2 905	96,6	90,2	94,7	102,0	126,7	109,0	101,2	150,8	112,5
1994	2 043	700	2 743	92,9	88,6	91,8	100,7	124,8	106,3	102,1	90,2	98,8
1993	1 986	662	2 648	93,4	89,8	92,5	100,7	108,9	102,7	100,1	92,8	98,2
1992	1 926	727	2 652	92,4	88,7	91,4	88,9	113,7	95,1	NA	NA	NA
1997-2001	9 682	1 706	11 388	99,9	99,2	99,8	102,1	108,2	103,0	NA	NA	NA
1992-1996	9 907	3 461	13 368	95,0	90,7	93,9	99,2	117,8	103,7	NA	NA	NA
1987-1991	7 802	2 712	10 514	92,7	87,6	91,4	100,4	114,4	103,9	NA	NA	NA
1982-1986	5 093	2 245	7 338	91,5	89,6	90,9	106,4	114,0	108,7	NA	NA	NA
< 1992	4 189	2 488	6 677	90,6	88,5	89,8	110,1	125,0	115,4	NA	NA	NA
Ensemble	36 673	12 612	49 285	94,8	90,6	93,7	102,4	116,4	105,8	NA	NA	NA

¹ Mois et année de naissance déclarés

² $(N_m/N_f) \times 100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f est le nombre de naissances féminines

³ $[2N_x/(N_{x-1} + N_{x+1})] \times 100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x

NA = Non applicable

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonataux survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSM-III Mali 2001

Age au décès en jours	Nombre de années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	216	224	157	123	720
1	115	235	126	79	555
2	51	80	69	33	233
3	61	77	67	44	249
4	25	34	53	22	135
5	20	35	29	23	107
6	22	58	26	40	147
7	56	75	58	43	231
8	28	37	42	25	132
9	10	16	16	5	47
10	11	32	25	15	83
11	8	4	1	3	17
12	8	9	12	3	32
13	1	2	1	0	4
14	8	6	9	3	25
15	33	61	43	25	162
16	2	4	4	2	12
17	1	3	0	2	6
18	4	3	3	0	10
19	2	1	4	0	7
20	34	19	29	7	90
21	8	2	2	1	13
22	2	3	0	1	6
23	0	1	2	0	3
24	2	1	0	0	4
25	6	1	6	3	16
26	3	0	0	3	6
27	0	1	0	0	1
28	3	0	3	0	5
29	0	1	2	0	3
30	8	5	4	3	21
31+	1	3	1	1	7
ND	1	5	3	1	10
Ensemble 0-30	749	1 030	793	509	3 080
% néonatal précoce ¹	68	72	66	72	70

¹ 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de un mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSM-III Mali 2001

Age au décès en mois	Nombre de années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 mois ¹	749	1 036	797	509	3 092
1	86	132	67	66	351
2	50	84	53	74	262
3	63	81	58	52	253
4	66	58	37	32	193
5	48	59	49	31	187
6	64	93	64	38	258
7	43	68	49	28	188
8	64	76	62	45	246
9	56	40	31	36	164
10	42	55	38	28	162
11	30	35	20	30	114
12	194	249	171	124	738
13	34	43	41	39	157
14	26	21	15	12	74
15	13	25	10	18	66
16	9	20	15	12	56
17	5	4	4	11	25
18	31	31	28	14	104
19	4	3	3	2	11
20	10	8	12	6	35
21	1	6	0	3	9
22	5	4	5	1	15
23	7	10	5	11	32
24+	10	19	11	15	55
ND	0	3	2	0	5
1 an ²	67	109	76	76	328
Ensemble 0-11	1 362	1 815	1 324	969	5 470
% néonatal ³	55	57	60	53	57

¹ Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours

² Age au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois

³ (Moins de 1 mois/moins de 1 an) × 100

DIRECTION NATIONALE

Mamadou Basséry Ballo
Directeur CPS/MS, Directeur national de l'EDSM-III

Seydou Moussa Traoré
Directeur national adjoint de la DNSI, Directeur national adjoint de l'EDSM-III

COMPTABILITÉ

Mme Doumbia Alimata Sylla

SECRÉTARIAT

Mme Traoré Banté Sidibé

DIRECTION TECHNIQUE

Souleymane Ba
Chef Adjoint de la Division Population, DNSI, Directeur technique de l'EDSM-III

Dr. Isaka Niambélé
Chef de la Division Statistique CPS/Santé, Directeur technique adjoint de l'EDSM-III

PERSONNEL DE SANTÉ POUR LA FORMATION

(présentations, Sante Reproductive, PÉV, anthropométrie, tests d'anémie et de VIH)

Dr. Madina Bah	Dr. Boubacar Diarra	Pr. Dapa Diallo
Dr. Adama Diawara	Dr. Akori Ag Iknane	Dr. Baby Mounirou
Dr. Mohamed Ag Bendeck	Dr. Sarmoye Cissé	Dr. Guindo Aldiouma Sékou
Fatim Ouattara		

PERSONNEL DE LABORATOIRE POUR LA SEROLOGIE VIH DANS L'EDSM-III

Pr Flabou Bougoudogo	Pr Agrégé, Chef de service, INRSP/ Bamako
Dr Seydou Diarra	Assistant au Chef de Service
Dr Saran Sidibé	Chef de laboratoire IST
Ibrahim S. Dicko	Technicien Supérieur de Santé
Mme Dramé Aminata Diaby	Technicien Supérieur de Santé
Mme Coulibaly Albertine Niasse	Technicien Supérieur de Santé
Mme Traoré Djenebou Sylla	Technicien Supérieur de Santé
Mme Diaby Badji Sacko	Technicien Supérieur de Santé
Mme Wadia Karambé	Technicien Supérieur de Santé
Mme Zénabou Koné	Technicien Supérieur de Santé
Mr Hamadoun Yossi	Technicien Supérieur de Santé

Banel Berthé Konaté
Amy Cissé
Fatoumata Coulibaly
Dialia
Mamadou Salah Dicko

Opérateurs de saisie
Néné Faskoye
Aminata Kéita
Aïssata Ly
Awa Maïga
Christine Soton

Maï Tembély
Ramata Tembély
Jacqueline Traoré
Yaye Traoré

Vérification et codification
Alassane Berthé
Isidore Camara
Issa Dagnon
Nouhoum Sanogo

PERSONNEL INTERNATIONAL

ORC Macro

Mohamed Ayad, Coordonnateur régional
Salif Ndiaye, Conseiller technique résident
Ivo Njosa, Informaticien
Nicholas Hill, Informaticien
Keith Purvis, Informaticien
Noureddine Abderrahim, Informaticien
Mamadou Thiam, Sondagiste
Alfredo Aliaga, Sondagiste
Almaz Sharman, Coordonateur médical
Stanley Yoder, Étude qualitative
Monique Barrère, Édition et analyse
Sidney Moore, Édition
Kaye Mitchell, Reproduction du rapport
Noah Bartlett, Représentations graphiques
Katherine Senzee, Conception de l'affiche et du rapport résumé

CDC-Atlanta

Caroline A. Ryan, MD, MPH, Associate Director, International Activity Unit.
Rachel N. Bronzan, Medical Epidemiologist
Ellen W. MacLachlan, MPH, Public Health Advisor
Kathy A. Parker, MPH, CHES, Supervisory Public Health Educator
Enias Baganizi, MD, PHD, CDC Resident Advisor in Mali