

**Enquête
Démographique et de
Santé
EDSM-IV**

**MALI
2006**

**Rapport
Preliminaire**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) réalisée au Mali de avril à décembre 2006 par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) du Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire, avec la collaboration de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). L'EDSM-IV a été réalisée avec l'appui financier du Ministère de la santé, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de la Coopération Néerlandaise et de la Banque Mondiale. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys- MEASURE DHS+) de ORC Macro International Inc. L'objectif de l'enquête a été de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH. Elle a bénéficié de l'appui technique et logistique de l'INRSP pour la réalisation des tests du VIH.

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

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

B.P. 232, Bamako, Mali

Téléphone (223) 223 27 25

Fax (223) 223 27 26

ou

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

B.P. 12, Bamako, Mali

Téléphone (223) 222 52 85

Fax (223) 223 71 45

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : <http://www.measuredhs.com>).

REPUBLIQUE DU MALI

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET
DE SANTE
EDSM-IV

MALI 2006

RAPPORT PRELIMINAIRE

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

Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (DNSI/MPAT)
et

Demographic and Health Surveys
ORC Macro International, Inc.
Calverton, Maryland, USA

April 2007



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	III
I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE	1
A. Objectifs de l'enquête	1
B. Questionnaires	2
C. Echantillonnage	3
D. Test du VIH/sida	4
E. Formation et collecte des données	4
F. Traitement des données	5
II- RÉSULTATS : ENQUETE MÉNAGE ET ENQUETES INDIVIDUELLES	6
A. Couverture de l'échantillon	6
B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	7
C. Fécondité	8
D. Utilisation de la contraception	10
E. Désir d'enfants (supplémentaires)	13
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement	14
G. Vaccination des enfants	17
H. Maladies des enfants et traitement	19
I. Allaitement et alimentation de complément	22
J. État nutritionnel des enfants	23
K. Test d'anémie	26
L. Mortalité infantile et juvénile	28
M. Connaissance du VIH/Sida	31
N. Connaissance des moyens de prévention du VIH/Sida	33
O. Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom	35
P. Résultats des tests de VIH	38
Q. Dépenses de santé	41

AVANT-PROPOS

L'Enquête Démographique et de Santé (EDSM) de 2006 est la quatrième du genre réalisée au cours de ces vingt dernières années. Elle a été conduite par la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) du Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire, avec la collaboration de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). L'EDSM-IV a été financée par l'Etat malien, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), la Coopération Néerlandaise et la Banque Mondiale. Elle a bénéficié de l'assistance du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – MEASURE DHS) de ORC Macro International Inc.

L'objectif de l'enquête a été de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH. Elle a bénéficié de l'appui technique et logistique de l'INRSP pour la réalisation des tests du VIH

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

- aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive, en particulier :
 - la fécondité ;
 - la planification familiale ;
 - le suivi prénatal ;
 - l'accouchement ;
- à la santé infantile, en particulier :
 - les vaccinations ;
 - la diarrhée ;
 - l'allaitement ;
- à l'état nutritionnel des enfants ;
- au test d'anémie auprès des enfants et des femmes
- à la mortalité infanto-juvénile ;
- au comportement vis-à-vis des IST et du VIH/Sida.

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final prévu pour septembre 2007. Ces résultats, étant préliminaires, peuvent être sujets à de légères modifications.

La CPS/MS et la DNSI remercient tous ceux qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête, spécialement : l'USAID, l'UNICEF, l'UNFPA, la Coopération Néerlandaise, la Banque Mondiale et l'INRSP.

Les remerciements s'adressent également à l'équipe technique de l'EDSM-IV, au personnel de l'enquête, au personnel de la CPS, de la DNSI et de ORC Macro International.

La CPS/MS et la DNSI tiennent à remercier les populations des zones concernées ainsi que les autorités administratives, politiques et coutumières pour leur assistance aux équipes chargées de la collecte des données sur le terrain.

Dr Salif SAMAKE
Directeur de la CPS/MS
Directeur National de l'EDSM-IV

M. Seydou Moussa TRAORE
Directeur National de la DNSI
Directeur National Adjoint de l'EDSM-IV

I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

A. Objectifs de l'enquête

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

Pour l'ensemble de la population :

- S les niveaux de scolarisation ;
- S les niveaux de disponibilité et d'utilisation des services de santé ;
- S les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- S certains indicateurs de bien-être des ménages.

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

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

Pour les hommes de 15-59 ans :

- S les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- S les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- S le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections

- Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.
- S la prévalence de l'anémie au moyen d'un test sanguin ;
- S le niveau de prévalence du VIH ;
- S la participation des hommes dans les soins de santé.

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

B. Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires sont utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge et niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et nutritionnelles dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés et leur sang est testé pour déterminer la prévalence de l'anémie. Enfin, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques. Le questionnaire ménage permet également de collecter des informations sur les dépenses de santé des ménages des 30 jours précédant l'enquête.
- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les douze sections suivantes :
 - caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
 - reproduction ;
 - planification familiale ;
 - suivi pré/postnatal, allaitement, vaccination et santé des enfants ;
 - mariage et activité sexuelle ;
 - préférences en matière de fécondité ;
 - caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme ;
 - VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
 - excision ;
 - fistule ;
 - relations dans le ménage.
 - mortalité maternelle.
- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les sept sections suivantes :
 - caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
 - reproduction ;
 - planification familiale ;
 - mariage et activité sexuelle ;
 - préférence en matière de fécondité ;
 - VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
 - excision ;

- fistule.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte du Mali et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, les questionnaires individuels (femme et homme) ont été traduits pendant la formation en Bamanan, fulfuldé et sonrhaï, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs. Dans les EDS passées, les questionnaires avaient été également traduits en Bamanan, mais leur utilisation a été peu fréquente sur le terrain à cause de sa non praticabilité.

C. Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSM-IV est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Dix sept strates ont été définies : les 8 régions décomposées en urbain-rural et la ville de Bamako.

Au premier degré, 410 grappes ont été tirées à partir de la liste des sections d'énumérations (SE) établie à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H) de 1998. Toutes les 410 grappes ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif des ménages, mais la collecte des données n'a pu être réalisée que dans 407 grappes ; trois (3) grappes dans la région de Kidal ont été abandonnées pour cause d'insécurité.

Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir des listes établies lors de l'opération de dénombrement. Les mesures du poids et de la taille ont été prises sur toutes les femmes de 15-49 ans et sur tous les enfants âgés de moins de cinq ans dans tous les ménages. Au niveau d'un sous-échantillon de ménage sur trois, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les enfants de moins de cinq ans ont été testés pour estimer la prévalence de l'anémie. Toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans du même sous-échantillon ont été testés pour la mesure de la prévalence du VIH. Dans un autre tiers des ménages, les informations ont été collectées sur les dépenses des ménages effectuées au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées individuellement. Des questions sur les relations dans le ménage ont été posées à une seule femme de 15-49 ans du ménage, sélectionnée à l'aide de la méthode de Kish.

Enfin, dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois, tous les hommes de 15-59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'étude retenus sont : les 8 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et la Communauté Urbaine de Bamako.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe. Au total, 13 695 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage.

D. Test du VIH/sida

Dans le tiers des ménages sélectionnés, les hommes de 15-59 ans et les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH/SIDA. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro à Calverton et par le comité national d'éthique du Mali.

Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié élaboré par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Comité National d'Éthique du Mali a approuvé le protocole anonyme-lié spécifique de l'EDSM-IV et la version finale du Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'était pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Pour les personnes éligibles, qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte leur était remise pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Conseils et de Dépistage Volontaire (CCDV).

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, deux membres de l'équipe de terrain, étaient chargés des prélèvements sur les personnes éligibles du ménage. En plus de la formation pour la collecte des gouttes de sang, les agents avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, l'agent cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. Après quoi, la carte était remise à la personne éligible pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un CCDV.

Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, l'agent, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur la ligne du Questionnaire correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement au Bureau Central des Recensements (BCR) de la DNSI, puis au laboratoire INRSP à Bamako.

E. Formation et collecte des données

Le personnel de terrain, sélectionné par la direction de l'enquête, a été formé sur une période de six semaines. L'enquête débuta ensuite après cette formation avec 25 équipes. Les équipes standards, au nombre de 25, étaient composées de deux enquêtrices, une infirmière/agent de santé, une contrôleur, un chef d'équipe et un chauffeur. Le chef d'équipe était chargé de conduire l'enquête homme.

La formation pour le test d'anémie et du VIH a duré 15 jours pendant lesquels le spécialiste de ORC Macro a présenté et expliqué aux infirmières/agents de santé les

techniques de prélèvement des gouttes de sang, de son analyse à l'aide de « l'HemoCue » pour le test d'anémie et de son expédition au laboratoire INRSP pour le test du VIH.

La collecte des données s'est étalée d'avril à décembre 2006. En outre, en janvier/février 2006, les questionnaires avaient été testés au cours d'une enquête pilote. Ce test avait permis de réviser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête.

F. Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé par le programme DHS. Deux agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par vingt opérateurs de saisie, de mai 2006 à janvier 2007, sous la supervision de deux gestionnaires de base des données. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. Ce travail a été effectué par une équipe composée de deux (2) agents d'édition, qui ont été sélectionnées pour cette tâche pour avoir été parmi les meilleures contrôleuses sur le terrain et lors des EDS passées. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique du BCR avec l'assistance d'un informaticien et d'un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

II - RÉSULTATS: ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

A. Couverture de l'échantillon

Des 410 grappes sélectionnées dans l'échantillon, 407 ont pu être enquêtées au cours de l'EDSM-IV. Au total, 13 695 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 13 160 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 13 160 ménages, 12 998 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,8 % (tableau 1).

Tableau 1. Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle					
Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponses, EDSM-IV Mali 2006					
Résultat	Milieu de résidence				Ensemble
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	1 561	2 852	4 413	9 282	13 695
Ménages identifiés	1 500	2 713	4 213	8 947	13 160
Ménages enquêtés	1 464	2 675	4 139	8 859	12 998
Taux de réponse des ménages	97,6	98,6	98,2	99,0	98,8
Enquête individuelle femme					
Effectif de femmes éligibles	2 156	3 222	5 378	9 724	15 102
Effectif de femmes éligibles enquêtées	2 011	3 132	5 143	9 440	14 583
Taux de réponse des femmes éligibles	93,3	97,2	95,6	97,1	96,6
Enquête individuelle homme					
Effectif d'hommes éligibles	760	996	1 756	2 887	4 643
Effectif d'homme éligibles enquêtés	642	900	1 542	2 665	4 207
Taux de réponse des hommes éligibles	84,5	90,4	87,8	92,3	90,6

À l'intérieur des 12 998 ménages enquêtés, 15 102 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 14 583 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 96,6 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 4 643 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 4 643 hommes devant être interviewés individuellement, 4 207 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 90,6 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponses sont très satisfaisants puisqu'ils sont très largement supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage. De ce fait, le nombre de femmes enquêtées (14 583) dépasse nettement la taille de l'échantillon nécessaire pour les besoins de l'enquête (13 000) ; de même, le nombre d'hommes enquêtés (4 207) dépasse nettement le nombre fixé au départ (3 500).

B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

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

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés						
Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006						
Caractéristique	Femmes			Hommes		
	Pourcenta ge pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcenta ge pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Age						
15-19	21,3	3 104	3 098	20,8	876	889
20-24	18,4	2 678	2 673	15,1	633	593
25-29	18,0	2 625	2 568	11,3	476	484
30-34	13,5	1 971	1 968	11,8	497	478
35-39	11,6	1 688	1 741	10,7	452	472
40-44	9,3	1 354	1 375	9,3	390	409
45-49	8,0	1 163	1 160	9,0	380	372
50-54	na	na	na	7,0	293	301
55-59	na	na	na	5,0	210	209
État matrimonial						
Célibataire	11,8	1 726	1 745	31,2	1 313	1 295
Marié	79,2	11 556	11 501	58,5	2 459	2 472
Vivant ensemble	5,6	810	823	6,6	277	296
Divorcé/séparé	1,0	142	151	0,5	22	21
Veuf	1,5	214	225	0,4	15	17
Manquant	0,9	136	138	2,9	120	106
Milieu de résidence						
Bamako	14,4	2 104	2 011	16,9	712	642
Autres villes	19,3	2 814	3 132	19,4	817	900
Ensemble urbain	33,7	4 918	5 143	36,3	1 529	1 542
Rural	66,3	9 665	9 440	63,7	2 678	2 665
Région						
Kayes	12,9	1 886	1 686	12,0	507	435
Koulikoro	16,1	2 352	1 778	16,7	700	518
Sikasso	16,4	2 392	2 590	16,2	681	769
Ségou	16,4	2 388	1 735	16,0	674	516
Mopti	14,0	2 036	2 345	14,0	590	758
Tombouctou	4,9	720	1 072	3,9	164	256
Gao	4,5	655	1 060	3,9	166	230
Kidal	0,3	50	306	0,3	13	83
Bamako	14,4	2 104	2 011	16,9	712	642
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	78,2	11 410	11 336	60,2	2 534	2 525
Primaire (Fondamental 1)	11,4	1 668	1 700	19,3	811	782
Fondamental 2	6,6	962	977	10,4	436	461
Secondaire	3,1	446	477	7,7	324	333
Supérieur	0,7	97	93	2,4	101	106

Ensemble	100,0	14 583	14 583	100,0	4 207	4 207
Na= Non applicable						

Comme attendu, on remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge ; chez les hommes, la même tendance à la baisse s'observe depuis 30-34 ans.

Précisons que, dans le cadre de l'EDSM-IV, ont été considérés en union tous/toutes les enquêté(e)s ayant déclaré avoir un partenaire régulier, quel que soit l'état matrimonial déclaré ; de même, quel que soit l'état matrimonial déclaré, tous/toutes les enquêté(e)s ayant déclaré ne pas avoir et ne pas avoir eu de partenaire ont été considérées comme célibataires. Selon cette définition, près d'une femme sur 10 (12 %) ont été considérées comme célibataires, 85 % sont en union et 2 % en rupture d'union (veuvage et séparation). Chez les hommes, comme on pouvait s'y attendre du fait d'une entrée en union plus tardive par rapport aux femmes et du fait de la polygamie, la proportion des unions est nettement plus faible que chez les femmes (65 % contre 85 %).

Parmi les femmes enquêtées, 14 % résident dans la ville de Bamako, 19 % dans les Autres villes et 66 % en milieu rural. Les hommes sont légèrement plus représentés que les femmes dans le milieu urbain et, en particulier, dans la ville de Bamako (17 % des hommes contre 14 % des femmes), ce qui pourrait, peut-être, s'expliquer par une migration rural-urbain plus importante chez les hommes.

Du point de vue régional, on peut noter que Koulikoro, Sikasso et Ségou (chacun 16 %) sont les principaux lieux où résident le plus les femmes. À l'opposé, les régions de Kayes, de Tombouctou et Gao sont celle comptant les proportions les plus faibles de femmes (respectivement 13 %, et 5 %). Du point de vue régional, la population masculine est répartie de la même façon que celle des femmes.

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, que près de huit femmes sur dix (78 %) n'a jamais fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation contre 60 % des hommes. Par contre, 10 % des femmes et 21 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Par ailleurs, les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête soit, approximativement, la période 2004-2006. Cette période de trois années a été retenue comme un compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes maliennes se caractérisent par une fécondité très élevée aux jeunes âges (188 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (292 ‰), avant de baisser de façon régulière avec

l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 6,6 enfants par femme.

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Milieu de résidence					EDSM-III 2001
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	
15-19	128	154	141	219	188	185
20-24	223	244	235	311	283	290
25-29	238	266	255	309	292	280
30-34	202	228	218	271	255	260
35-39	126	172	156	189	180	202
40-44	37	92	73	99	91	103
45-49	2	11	8	34	25	35
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,8	5,8	5,4	7,2	6,6	6,8
TGFG (pour 1000)	173	203	190	248	229	231
TBN	42,2	41,6	41,8	46,6	45,2	45,1

ISF: Indice synthétique de fécondité pour les âges de 15-49 ans, pour une femme

TGFG: Taux global de fécondité générale pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans

TBN: Taux brut de natalité pour 1 000 individus

Note: Les taux du groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSM-IV sont légèrement inférieurs à ceux estimés lors de l'EDSM-III² de 2001 (tableau 3). À des âges de reproduction 15-19 ans et 25-29 ans, la fécondité à l'EDSM-IV est supérieure à celle de l'EDSM-III. Ainsi chez les jeunes femmes de 15-19 ans et de celles de 25-29 ans, la fécondité aurait légèrement augmenté ou resté constante. Globalement, l'ISF, estimé à 6,8 enfants par femme pour la période 1999-2001 par l'EDSM-III, est légèrement plus élevé que l'ISF estimé à 6,6 enfants par femme pour la période 2004-2006 par l'EDSM-IV. Cette différence pourrait être due à une baisse réelle de la fécondité, mais légère, ou due à un changement dans la structure de la population entre les deux périodes, en particulier celle des femmes.

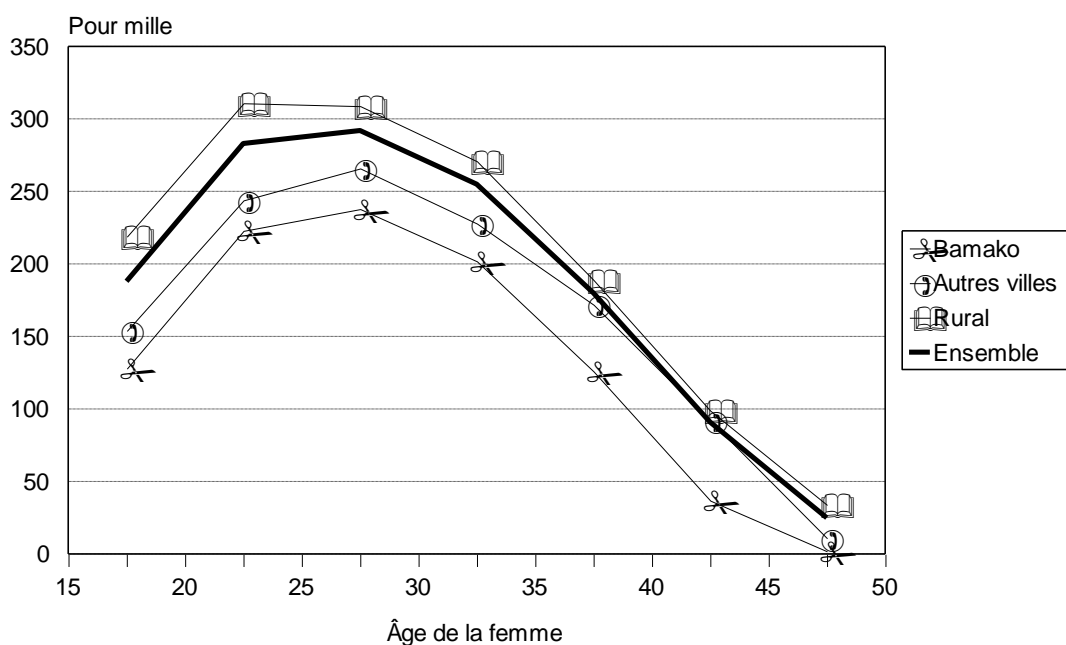
Une analyse plus approfondie des autres résultats comparatifs des deux enquêtes, en particulier ceux relatifs à l'âge d'entrée en union et aux rapports sexuels, mais aussi ceux relatifs à l'apport migratoire récent en direction des centres urbains, spécialement vers la ville de Bamako, est nécessaire pour conclure avec plus de certitude sur les tendances récentes de la fécondité au Mali.

Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain et, surtout, celles de la ville de Bamako ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale est plus tardive et s'établit à 25-29 ans dans la ville de Bamako et dans les autres villes, alors qu'elle est plus précoce en milieu rural (20-24 ans). La fécondité maximale varie de 311 ‰ en milieu rural à 266 ‰ dans les Autres

² L'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III), réalisée en 2001 par la CPS Santé et la DNSI avec l'assistance technique de ORC Macro International, est une enquête nationale par sondage qui a fourni des données sur les niveaux de la fécondité, de la mortalité des enfants, de la contraception et sur les indicateurs de la santé.

viles et 238 ‰ dans la ville de Bamako. L'ISF qui en résulte, passe, respectivement, de 7,2 enfants par femme en zone rurale à 5,8 dans les Autres villes et à 4,8 dans la ville de Bamako. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des centres urbains ; en particulier, leur fécondité est 50 % plus élevée que celle des femmes de la ville de Bamako et 25 % plus élevée que celle des femmes des Autres villes. Le milieu rural continue donc d'avoir une fécondité très élevée, alors que la ville de Bamako se caractérise par un léger stagnation de l'âge à la fécondité maximale. La fécondité maximale pour la ville de Bamako à l'EDSM-III de 2001 était de 245 ‰ et elle se situait à 25-29 ans et ainsi qu'à l'EDSM-IV de 2006, elle se situe également à 25-29 ans avec 238 ‰.

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



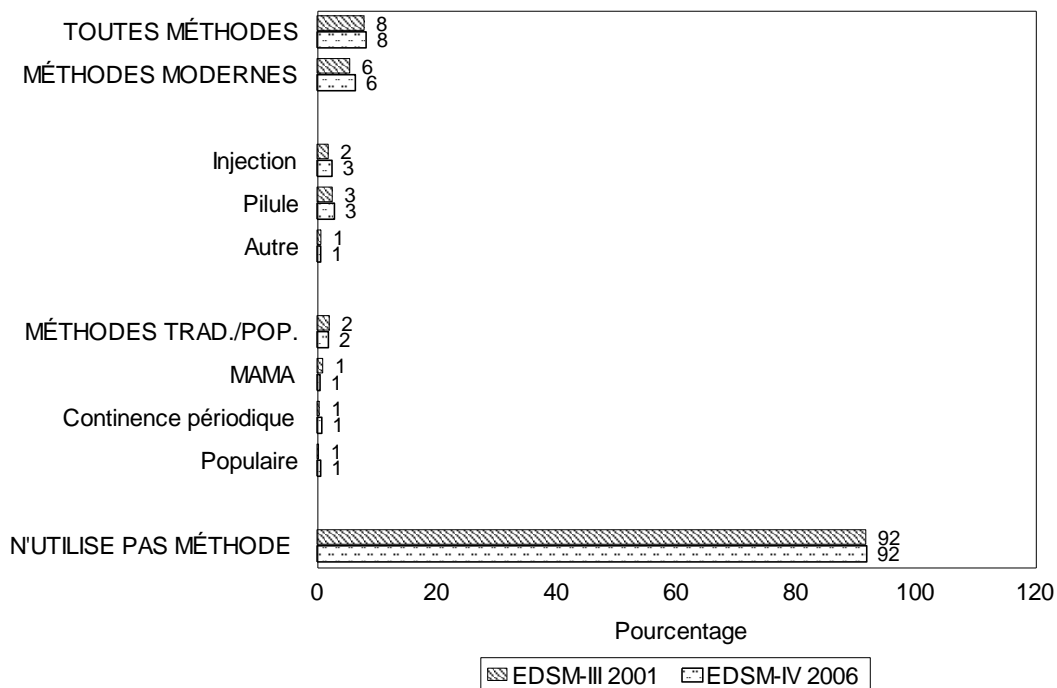
EDSM-IV 2006

D. Utilisation de la contraception

Peu de femmes en union (8 %) ont déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive : 6 % utilisent une méthode moderne et 2 % une méthode traditionnelle (tableau 4). La prévalence contraceptive n'a pas du tout changé ces dernières années au Mali, puisque le même pourcentage (6 %) des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2001 (EDSM-III 2001), qu'en 2006 (6 %).

Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont, par ordre d'importance, la pilule (3 %) et les injections (3 %) (graphique 2). Parmi les méthodes traditionnelles, la Méthode d'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée (MAMA) est la méthode la plus fréquemment utilisée (1 %). Il faut noter que l'utilisation des méthodes contraceptives est très faible au Mali.

Graphique 2
Prévalence contraceptive par méthode
(Femmes de 15-49 ans en union)



La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant de 5 % à 15-19 ans à 7 % à 20-24 ans et 30-34 ans (tableau 4). C'est chez les femmes de 15-19 ans et 20-24 ans que l'utilisation du condom est la plus élevée (de 0,8 % à 1 %). Les pourcentages étaient pratiquement les mêmes aux mêmes âges à l'EDSM-III de 2001. La pilule et les injections sont surtout utilisées par les femmes de ces groupes d'âges. Par contre, plus la femme est âgée, plus la fréquence de la stérilisation augmente, surtout au-delà de 40 ans où elle est environ 1 % à 40-44 ans et 45-49 ans.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes varie selon le milieu de résidence : 16 % dans la ville de Bamako, 4 % en rural et 10 % dans les Autres villes (graphique 3). Il faut souligner que depuis l'EDSM-III de 2001, la prévalence contraceptive moderne a légèrement augmenté en milieu rural, passant de 3 % à 4 % et a un peu baissé dans les Autres villes (de 11 % à 10 %) et dans la ville de Bamako (16 % en 2006 contre 19 % en 2001). La pilule et les injections sont les méthodes les plus utilisées dans tous les milieux de résidence.

La prévalence de la contraception moderne varie fortement selon la région, de 2 % dans la région de Mopti à 7 % dans celles de Ségou, 8 % à Kidal et 16 % dans la ville de Bamako. La pilule constitue la méthode la plus utilisée quel que soit la région considérée.

Tableau 4. Utilisation actuelle de la contraception

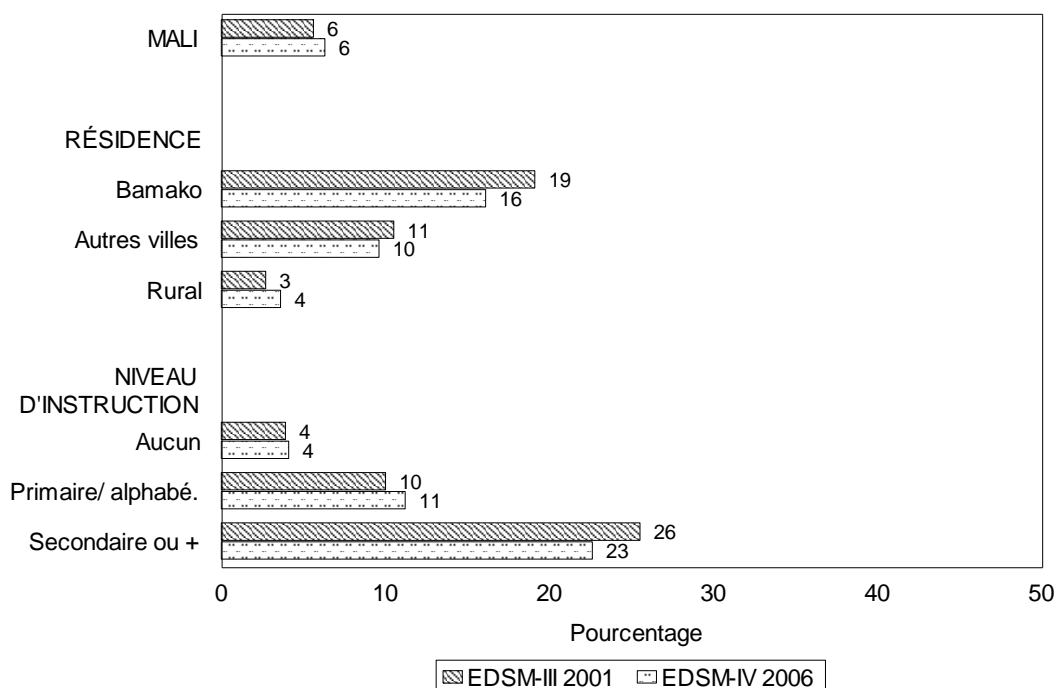
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthodes modernes									Méthode traditionnelle	Méthodes traditionnelles			N'utilise pas actuellement	Total ²	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom masculin	Condom féminin	Dia-phrag-me	Mousse/gelée		MAMA ¹	Contenance périodique	Retrait	Méthode populaire		
Âge																		
15-19	7,7	5,3	0,0	2,1	0,0	2,0	0,0	1,0	0,1	0,0	0,1	2,4	0,5	1,2	0,2	0,5	92,3	1 566
20-24	9,1	6,8	0,0	3,3	0,0	2,6	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	2,3	0,6	1,1	0,0	0,6	90,9	2 402
25-29	8,7	6,9	0,2	3,4	0,0	2,8	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	1,8	0,6	0,5	0,0	0,7	91,3	2 507
30-34	7,5	5,8	0,1	2,9	0,1	2,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	1,7	0,5	0,6	0,1	0,6	92,5	1 891
35-39	11,3	8,4	0,3	3,8	0,2	3,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	2,9	1,0	1,0	0,0	0,9	88,7	1 642
40-44	7,1	6,2	0,9	2,4	0,1	2,6	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0	0,3	0,5	0,1	0,2	92,9	1 293
45-49	4,0	3,4	0,8	1,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,4	0,0	0,1	96,0	1 066
Milieu de résidence																		
Bamako	19,6	16,2	0,6	8,1	0,3	5,0	0,6	1,6	0,0	0,1	0,0	3,4	0,7	2,3	0,0	0,5	80,4	1 564
Autres villes	12,2	9,7	0,5	5,7	0,1	2,5	0,1	0,5	0,2	0,0	0,0	2,5	0,6	1,4	0,1	0,3	87,8	2 239
Ensemble urbain	15,2	12,4	0,5	6,7	0,2	3,5	0,3	0,9	0,1	0,0	0,0	2,8	0,6	1,7	0,1	0,4	84,8	3 803
Rural	5,1	3,7	0,1	1,2	0,0	2,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	1,5	0,5	0,3	0,0	0,6	94,9	8 563
Région																		
Kayes	6,2	4,2	0,4	2,0	0,1	1,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	2,0	0,9	0,4	0,0	0,6	93,8	1 752
Koulikoro	8,9	5,8	0,4	2,1	0,0	2,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	3,0	1,0	0,9	0,1	1,0	91,1	2 007
Sikasso	6,5	6,0	0,1	2,4	0,0	2,9	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,5	0,0	0,1	0,0	0,4	93,5	2 152
Ségou	9,4	6,7	0,3	2,9	0,0	2,9	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	2,7	0,4	1,1	0,1	1,1	90,6	2 036
Mopti	2,2	1,9	0,0	1,1	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	97,8	1 708
Tombouctou	4,6	3,7	0,0	2,0	0,0	1,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	0,2	0,0	0,0	95,4	584
Gao	5,1	3,2	0,0	1,4	0,0	1,0	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	1,9	1,2	0,7	0,0	0,0	94,9	520
Kidal	9,3	8,5	0,0	6,7	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,1	0,4	0,3	0,0	90,7	42
Bamako	19,6	16,2	0,6	8,1	0,3	5,0	0,6	1,6	0,0	0,1	0,0	3,4	0,7	2,3	0,0	0,5	80,4	1 564
Niveau d'instruction																		
Aucune instruction	5,6	4,2	0,2	1,9	0,0	2,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	0,3	0,0	0,5	94,4	10 156
Primaire (Fondamental 1)	14,1	11,3	0,2	5,2	0,1	4,8	0,3	0,5	0,1	0,0	0,0	2,8	0,5	1,4	0,2	0,7	85,9	1 278
Secondaire ou plus	29,0	22,7	1,4	10,9	0,4	5,1	0,5	3,7	0,4	0,1	0,2	6,3	0,2	4,8	0,3	0,9	71,0	931
Enfants vivants																		
0	6,9	4,9	0,0	1,8	0,0	1,1	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,8	0,0	0,2	93,1	1 580
1-2	7,7	5,6	0,0	3,0	0,0	2,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	2,1	0,5	0,9	0,1	0,7	92,3	4 041
3-4	8,3	6,6	0,2	3,3	0,1	2,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	1,7	0,8	0,4	0,0	0,6	91,7	3 354
5 ou +	9,4	7,6	0,7	2,8	0,1	3,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	1,8	0,6	0,5	0,1	0,6	90,6	3 392
Ensemble	8,2	6,4	0,3	2,9	0,1	2,5	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	1,9	0,5	0,8	0,0	0,6	91,8	12 365

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace a été prise en compte dans ce tableau

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.² Y compris la stérilisation masculine

Graphique 3
Utilisation actuelle de la contraception moderne
(Femmes de 15-49 ans en union)



La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (23 %) que chez celles qui n'ont aucune instruction (4 %). Cependant, c'est dans cette catégorie de femmes les plus instruites qu'elle a baissé depuis l'EDSM-III de 2001 passant de 26 % à 23 %. Pour ce qui concerne les autres niveaux d'instruction, il y'a eu une augmentation entre l'EDSM-III et l'EDSM-IV (graphique 3).

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception, le taux d'utilisation des méthodes modernes passant de 5 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 8 % pour celles ayant cinq enfants ou plus. La pilule reste toujours la méthode la plus élevée.

E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 20 % (y compris 0,3 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 34 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 29 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu

une légère diminution, passant de 22 % en 2001 à 20 % en 2006. En outre, la proportion de celles qui désirent espacer la venue du prochain enfant d'au moins deux ans, a aussi diminué entre 2001 et 2006, de 38 % à 34 %. Par contre, la proportion de femmes qui souhaitent un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir a légèrement augmenté, passant de 26 % à 29 %. La proportion de femmes indécises a également augmenté de 2001 à 2006, passant de 8 % à 11 %. Autrement dit, le désir de limitation ou d'espacement des naissances des femmes maliennes a diminué entre 2001 et 2006 au profit d'un désir pro-nataliste. En l'absence donc de politique adéquate face à cette situation, un risque d'augmentation de la fécondité serait prévisible au cours des prochaines années.

Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-IV Mali 2006

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	59,8	35,1	31,3	26,8	24,9	21,4	13,9	29,0
Veut un autre plus tard ³	4,1	42,6	45,9	47,6	39,3	29,4	18,3	33,6
Veut un autre, NSP quand	30,4	15,8	9,6	7,9	7,3	4,8	4,4	10,7
Indécise	1,1	1,6	2,0	2,3	2,6	3,9	3,4	2,4
Ne veut plus d'enfants	1,4	2,3	6,9	11,0	20,8	33,5	52,1	19,2
Stérilisée ⁴	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,6	0,7	0,3
S'est déclarée stérile	2,4	2,2	3,6	4,0	4,1	5,7	6,5	4,1
ND	0,8	0,3	0,6	0,3	0,6	0,7	0,7	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 258	2 089	1 911	1 886	1 624	1 270	2 328	12 365

¹ Y compris la grossesse actuelle (pour les femmes)

² Veut un autre dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine ou masculine

F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour chaque enfant dernier né, dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse. Pour 70 % des naissances, la mère s'est rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé, soit un médecin, une infirmière, une sage-femme ou une matrone/auxiliaires formée (tableau 6). Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment un professionnel de santé (87 % contre 64 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSM-III (64 % en 2006 contre 47 % en 2001) (graphique 4). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 96 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 87 % de celles ayant un niveau primaire ou fondamental 1 et seulement 67 % des mères sans instruction.

Tableau 6. Soins prénatals et accouchement

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont reçu des soins prénatals dispensés par un professionnel de la santé au cours de la dernière grossesse et dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal; et pour toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé et pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Mali 2006

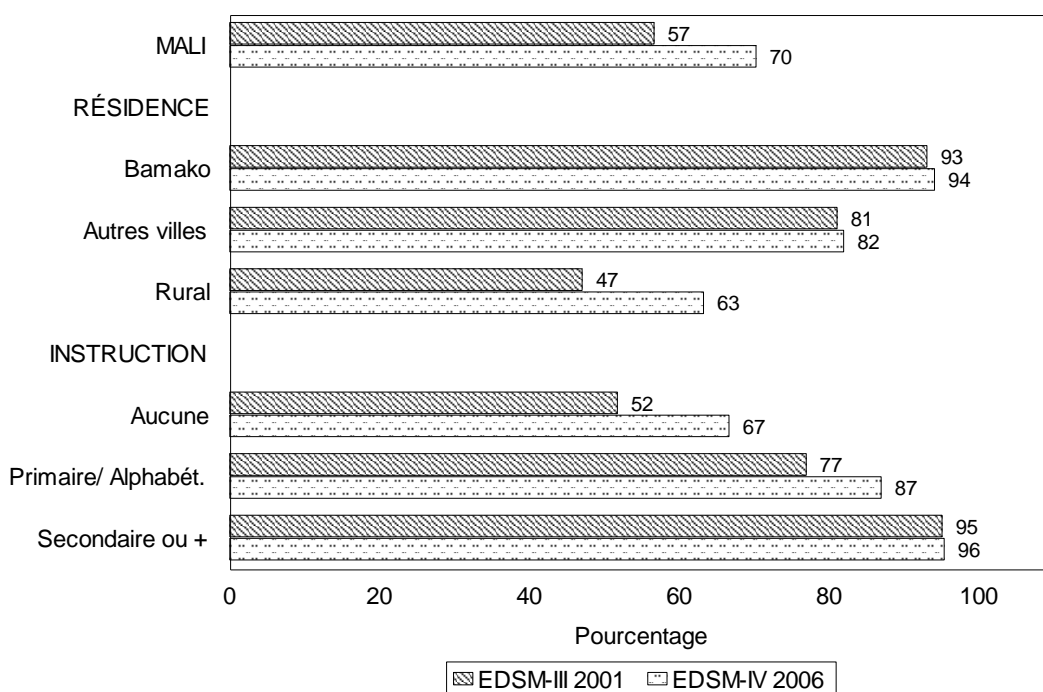
Caractéristique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé ¹	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	70,8	50,6	1 705	52,0	48,6	2 901
20-34	70,8	55,7	5 808	48,7	44,8	9 494
35 ou +	68,7	53,6	1 575	46,1	41,9	2 026
Milieu de résidence						
Bamako	94,2	72,7	1 044	92,6	90,3	1 525
Autres villes	82,1	62,8	1 557	71,8	69,9	2 366
Ensemble urbain	86,9	66,8	2 601	80,0	77,9	3 891
Rural	63,8	49,4	6 486	37,6	33,0	10 529
Région						
Kayes	63,9	55,5	1 270	37,2	34,0	1 979
Koulikoro	70,6	50,9	1 602	55,5	53,0	2 612
Sikasso	70,5	58,2	1 680	50,6	42,6	2 679
Ségou	74,8	54,7	1 493	44,9	41,7	2 468
Mopti	65,6	43,0	1 168	33,7	29,5	1 848
Tombouctou	42,5	37,8	423	25,9	23,9	662
Gao	58,0	52,9	374	33,7	31,9	602
Kidal	32,0	25,7	33	19,5	19,7	46
Bamako	94,2	72,7	1 044	92,6	90,3	1 525
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	66,8	50,6	7 655	44,1	39,9	12 334
Primaire (Fondamental 1)	87,1	70,5	947	72,1	70,5	1 452
Secondaire ou plus	95,5	81,8	485	91,9	88,4	634
Ensemble	70,4	54,4	9 087	49,0	45,1	14 420

¹ Médecin, infirmière, sages-femmes, ou auxiliaires/matrones

² Comprend les mères qui ont reçu 2 injections contre le tétanos au cours de la grossesse de la dernière naissance vivante, ou au moins 2 injections (la dernière ayant été reçue au cours des 3 années qui ont précédé la dernière naissance vivante), ou au moins 3 injections (la dernière ayant été reçue au cours des cinq années qui ont précédé la dernière naissance vivante), ou au moins 4 injections (la dernière ayant été reçue au cours des dix années qui ont précédé la dernière naissance vivante), ou au moins 5 injections avant la dernière naissance vivante

Pour chaque enfant dernier né, dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse afin d'éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Pour un peu plus de la moitié des naissances de derniers nés (54 %) survenues au cours des cinq dernières années, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse (tableau 6).

Graphique 4
Proportion de naissances dont la mère a
bénéficié de soins prénatals*



* Soins prénatals auprès de médecin/infirmière/sage-femme/matrone

La couverture vaccinale antitétanique ne varie pas selon l'âge. Par contre, comme pour les soins prénatals, le tableau 6 fait ressortir que la proportion de mères ayant reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique est plus élevée en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (49 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire ou fondamental 1 (71 %) ou secondaire ou plus (82 %) ont plus fréquemment reçu le vaccin antitétanique que celles sans instruction (51 %).

Pour chaque naissance survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères où elles avaient accouché et qui les avait assistées au cours de l'accouchement. Pour près de la moitié des naissances (49 %), la mère a reçu l'assistance de personnel de santé formé au cours de l'accouchement (tableau 6). Les femmes résidant en

milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel de santé formé (80 %) que les femmes du milieu rural (38 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel formé (92 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire ou fondamentale 1 (72 %) et surtout que celles qui sont sans instruction (44 %). Cependant, il faut noter que le recours à du personnel formé lors de l'accouchement a augmenté depuis l'EDSM-III, passant de 41 % en 2001 à 49 % en 2006, et c'est en milieu rural qu'il a le plus augmenté, 38 % en 2006 contre 28 % en 2001.

Un peu moins de la moitié des naissances (45 %) ont eu lieu dans un établissement de santé (tableau 6). Les variations selon le milieu de résidence sont très importantes puisque seulement 33 % des naissances du milieu rural ont eu lieu en milieu sanitaire, contre 90 % de celles de la ville de Bamako. De même, seulement 40 % des naissances de mère sans instruction ont eu lieu en établissement sanitaire, contre 88 % de celles dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire.

G. Vaccination des enfants

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

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

Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour 61 % des enfants de 12 à 23 mois une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore insuffisante au Mali, puisque, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, un peu moins de la moitié (48 %) des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 13 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (tableau 7 et graphique 5). Les autres enfants (39 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère chaque vaccin spécifique, 77 % des enfants ont reçu le BCG, 68 % ont été vaccinés contre la rougeole, 68 % des enfants ont reçu les trois doses de DTCoq et 62 % pour les trois doses de la polio. On constate, par ailleurs, une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTCoq et de la polio. En effet, dans le cas du DTCoq, par exemple, si 83 % des enfants ont reçu la première dose, ils ne sont que 68 % à être complètement protégés en ayant reçu les trois doses de ce vaccin.

Par rapport à l'EDSM-III, la couverture vaccinale s'est beaucoup améliorée au niveau national, passant de 29 % à 48 % pour tous les vaccins. Tous les vaccins, à l'exception de la Polio 0, ont connu une augmentation très significative entre 2001 et 2006 : la rougeole (68 % contre 49 %), le BCG (77 % contre 69 %), les trois doses de DTCoq (68 % contre 40 %) et surtout les trois doses de la polio (62 % contre 39 %). Cependant, l'amélioration notoire s'observe au niveau des enfants qui n'ont reçu aucun vaccin. Le pourcentage d'enfants qui

n'ont reçu aucun vaccin a fortement baissé entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-IV de 2006 (13 % en 2006 contre 22 % en 2001). Il y'a eu donc augmentation de près de 65 % des enfants complètement vaccinés et dans le même temps une diminution de 41 % de la proportion d'enfants sans aucun vaccin.

Tableau 7. Vaccination par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu certains vaccins à un moment quelconque avant l'enquête (selon un carnet de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant un carnet de vaccination montré à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	DTCoq				Polio ¹				Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
	BCG	1	2	3	0	1	2	3					
Sexe													
Masculin	79,1	85,6	78,7	71,0	57,4	87,6	79,2	65,0	71,3	51,6	10,2	63,9	1 345
Féminin	74,1	80,4	74,0	64,0	55,5	82,5	74,4	58,6	65,5	44,7	15,1	57,6	1 281
Résidence													
Bamako	94,0	92,5	86,8	79,6	86,2	91,2	85,7	67,8	80,6	59,2	4,4	67,2	303
Autres villes	83,3	85,4	82,6	73,3	66,7	86,7	81,4	62,9	72,3	49,2	12,4	58,2	451
Ensemble urbain	87,6	88,2	84,3	75,8	74,5	88,5	83,1	64,9	75,7	53,2	9,2	61,8	754
Rural	72,3	81,0	73,2	64,3	49,2	83,8	74,3	60,7	65,5	46,2	14,0	60,4	1 872
Région													
Kayes	67,2	76,7	67,2	49,4	45,3	83,2	69,5	47,2	55,0	28,7	13,5	50,0	417
Koulikoro	79,8	87,3	81,5	74,3	50,3	89,9	82,3	71,9	71,2	57,9	8,5	65,7	407
Sikasso	76,8	87,7	83,0	73,5	51,3	87,5	80,5	65,2	74,8	50,4	11,1	70,1	483
Ségou	84,1	88,3	79,0	73,7	69,0	88,6	79,4	67,2	76,8	57,5	9,2	67,8	481
Mopti	62,1	67,4	61,8	58,7	46,0	69,5	63,7	56,8	52,2	40,4	28,9	52,2	300
Tombouctou	57,4	63,8	56,6	48,9	37,7	75,2	64,9	40,1	52,9	32,5	24,4	31,9	96
Gao	78,9	83,6	81,4	68,3	55,0	85,2	80,8	61,4	70,4	44,5	12,1	48,7	132
Kidal	(43,0)	(43,9)	(31,5)	(24,8)	(27,1)	(43,9)	(31,5)	(15,1)	(31,6)	(9,6)	(56,1)	(19,3)	5
Bamako	94,0	92,5	86,8	79,6	86,2	91,2	85,7	67,8	80,6	59,2	4,4	67,2	303
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	74,5	81,5	74,4	65,2	53,8	84,0	75,1	60,7	66,1	46,0	13,7	60,3	2 240
Primaire (Fondamental 1)	86,0	91,6	86,1	79,0	67,0	91,1	85,3	66,4	77,5	56,0	7,6	61,9	241
Secondaire ou plus	95,6	93,3	90,9	86,2	81,0	91,7	90,2	73,2	89,8	69,7	4,1	67,4	145
Ensemble	76,7	83,1	76,4	67,6	56,5	85,1	76,9	61,9	68,4	48,2	12,6	60,8	2 626

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

² BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio 0 donnée à la naissance).

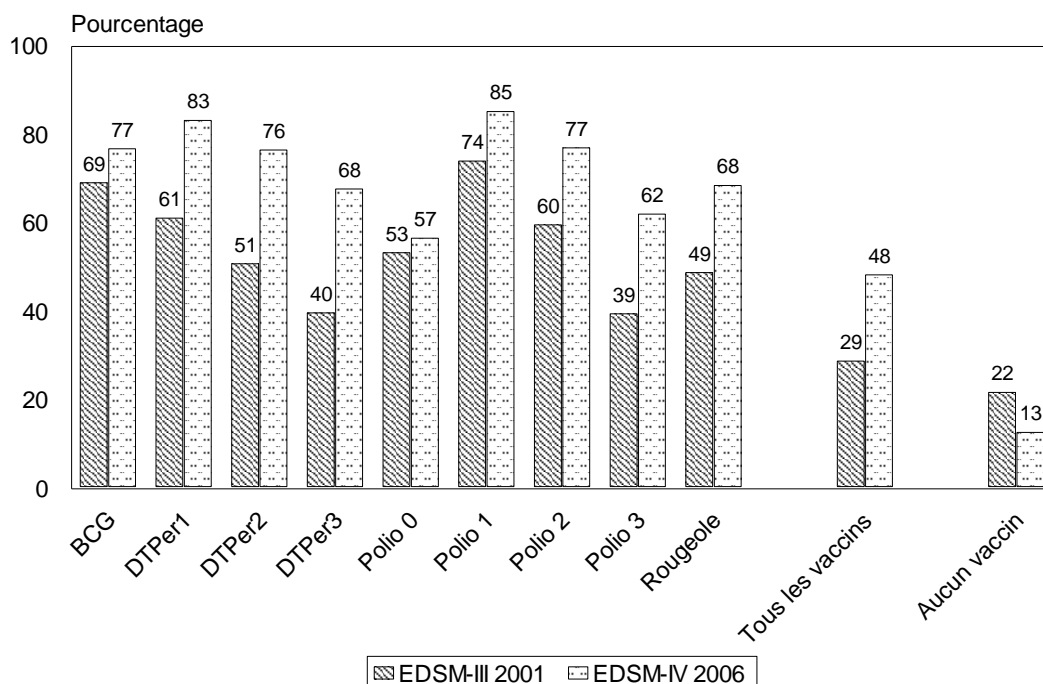
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

La couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence : ce sont les enfants de la ville de Bamako qui ont reçu le plus fréquemment tous les vaccins (59 %), suivis de ceux des Autres villes (49 %) et de ceux du milieu rural (46 %). Il faut noter qu'entre 2001 (EDSM-III) et 2006 (EDSM-IV), la couverture vaccinale s'est légèrement détériorée dans la ville de Bamako (59 % contre 61 % en 2001). C'est dans les Autres villes (49 % contre 40 % en 2001) et surtout

en milieu rural (46 % contre 23 % en 2001) que la couverture vaccinale s'est beaucoup améliorée. On peut remarquer que la couverture vaccinale pour tous les vaccins a même doublé en milieu rural au Mali entre 2001 et 2006.

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants des mères ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (70 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire ou fondamental 1 (56 %), encore plus que ceux dont la mère n'a aucune instruction (46 %).

Graphique 5
Couverture vaccinale (%) par type de vaccin
(enfants de 12-23 mois)



H. Maladies des enfants et traitement

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peuvent en résulter constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Pour obtenir des informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait souffert de toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'une infection respiratoire aiguë - IRA), s'il avait eu de la fièvre et si l'enfant avait eu la diarrhée.

Fièvre et Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Dans l'ensemble, 6 % d'enfants ont présenté les symptômes d'IRA et 18 % ont eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête (tableau 8). Pour seulement 38 % d'enfants qui ont souffert d'IRA et 33 % qui ont eu de la fièvre, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé. Pour les IRA, des conseils ou traitement ont été recherchés le plus fréquemment pour les enfants du milieu urbain (51 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (64 %). À l'opposé, un traitement ou des conseils n'ont été recherchés que pour 34 % des enfants du milieu rural et 34 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction.

Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

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

Le tableau 8 fait apparaître qu'au niveau national, 13 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédant l'enquête. Pour 18 % des enfants qui ont eu de la diarrhée au cours des 2 dernières semaines, la mère a cherché des soins, traitements ou conseils auprès d'un professionnel de la santé. Parmi ces enfants, 14 % ont reçu un traitement au moyen d'un sachet de Sérum Oral et 10 % ont été traités avec une solution préparée à la maison par les mères. Au niveau national, 24 % des enfants diarrhéiques ont été traités au moyen de l'une et/ou l'autre de ces TRO pendant la diarrhée. Bien que le recours à la SRO reste encore limité, il est en nette augmentation depuis 2001, date à laquelle il était estimé à 12 %.

Concernant la prévalence de la diarrhée par âge, on peut constater que ce sont les enfants de 6-11 mois et 12-23 mois qui sont les plus touchés (23 % et 27 %). Selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, on note assez peu de variations dans la prévalence de la diarrhée, mis à part au niveau régional. Cependant, du fait des variations saisonnières de la prévalence de la diarrhée, les résultats au niveau régional sont à analyser avec prudence car l'enquête a eu lieu par région et s'est échelonnée d'avril à décembre 2006.

Parmi les femmes les plus instruites, la SRO est utilisée dans presque 26 % des cas de diarrhée des enfants alors que seulement 11 % des enfants du milieu rural et 14 % de ceux dont la mère est sans instruction ont bénéficié de ce type de thérapie.

Tableau 8. Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée et traitement

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont souffert de la fièvre et pourcentage qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un service ou d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un service ou d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage avec IRA au cours des 2 dernières semaines	Pourcentage avec fièvre au cours des 2 dernières semaines	Pourcentage avec diarrhée au cours des 2 dernières semaines	Effectif d'enfants de moins de cinq ans	Enfants avec des symptômes d'IRA		Enfants avec de la fièvre		Enfants avec de la diarrhée			
					Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement de santé/prestataire ¹	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement de santé/prestataire ¹	Effectif avec fièvre	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement de santé/prestataire ¹	Pourcentage à qui on a donné des sachets de SRO ²	Pourcentage traité avec une TRO ³	Effectif avec diarrhée
Âge en mois												
<6	6,3	11,9	7,1	1 477	35,2	94	35,2	175	8,3	3,3	11,5	104
6-11	8,1	23,4	20,2	1 332	37,6	108	32,4	312	18,6	13,9	23,9	269
12-23	7,1	27,4	22,3	2 626	38,5	186	36,5	718	19,8	15,3	26,5	585
24-35	5,6	17,8	14,4	2 397	37,0	133	36,4	427	19,9	20,1	29,5	346
36-47	4,6	15,7	10,4	2 358	36,5	108	25,3	370	14,8	9,5	17,9	245
48-59	3,3	10,1	4,8	2 334	45,4	77	25,6	236	13,8	8,7	24,2	111
Sexe												
Masculin	5,9	18,9	13,5	6 342	39,3	375	37,1	1 198	21,1	15,7	27,5	857
Féminin	5,4	16,8	13,0	6 181	36,7	331	27,9	1 041	14,2	12,2	20,9	802
Milieu de résidence												
Bamako	8,2	14,8	8,0	1 417	52,6	117	45,8	210	31,0	31,7	48,4	113
Autres villes	3,4	16,5	10,0	2 109	47,3	71	46,8	348	29,5	23,0	33,6	212
Ensemble urbain	5,3	15,8	9,2	3 526	50,6	188	46,4	558	30,0	26,0	38,8	325
Rural	5,8	18,7	14,8	8 997	33,5	518	28,3	1 680	14,8	11,1	20,8	1 334
Région												
Kayes	7,7	24,2	20,8	1 772	39,0	136	29,8	428	14,9	11,8	16,6	368
Koulikoro	3,8	15,0	11,4	2 209	26,0	83	32,7	330	22,3	16,1	25,4	252
Sikasso	7,3	23,4	11,9	2 289	30,3	167	28,4	536	16,1	11,0	18,8	273
Ségou	5,4	17,9	18,7	2 085	41,0	112	35,7	374	11,4	9,4	26,7	390
Mopti	3,7	14,9	10,8	1 588	44,3	59	32,3	237	23,6	21,4	30,5	172
Tombouctou	2,2	9,1	9,1	573	27,5	12	26,5	52	15,6	12,5	19,9	52
Gao	3,5	12,9	7,0	547	34,0	19	37,9	71	29,3	5,2	13,9	38
Kidal	0,7	0,2	0,2	44	*	0	*	0	*	*	*	0
Bamako	8,2	14,8	8,0	1 417	52,6	117	45,8	210	31,0	31,7	48,4	113
Niveau d'instruction												
Aucune instruction	5,6	17,8	13,4	10 641	34,4	592	30,6	1 899	15,9	13,5	22,9	1 424
Primaire (Fondamental 1)	5,6	18,7	13,4	1 287	53,4	72	40,7	241	27,5	13,8	28,8	172
Secondaire ou plus	7,0	16,5	10,8	596	64,2	42	55,6	98	33,8	26,2	44,3	64
Ensemble	5,6	17,9	13,3	12 523	38,1	706	32,8	2 238	17,8	14,0	24,3	1 660

¹ Sont exclus : les pharmacies, boutiques/Kiosques et les praticiens traditionnels.

² La SRO comprend les préparations faites de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO préemballés.

³ La TRO comprend les Sels de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO préemballés et les Solutions Maison Recommandées (SMR).

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

I. Allaitement et alimentation de complément

Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement et de l'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois, ainsi que sur l'utilisation du biberon.

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est quasi générale au Mali comme c'était le cas en 2001, puisque 99 % des enfants de 0-5 mois sont allaités. Cependant, seulement 38 % des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités comme le recommandent l'OMS et le Ministère de la Santé ; les autres enfants de ce groupe d'âges reçoivent, en plus du sein, de l'eau (53 %), d'autres liquides (4 %) et même, dans 4 % des cas, des aliments solides ou des bouillies. Autant l'allaitement exclusif n'est pas généralisé chez les moins de six mois, que les pratiques alimentaires des enfants 6-9 mois **sont aussi très éloignées** des recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé selon lesquelles, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit pas pour garantir la meilleure croissance des enfants, des aliments solides de complément doivent être introduits dans l'alimentation des enfants : on constate ici que seulement 30 % des enfants sont nourris de cette façon à 6-9 mois.

Tableau 9. Allaitement selon l'âge

Parmi les enfants les plus jeunes de moins de deux ans vivant avec leur mère, répartition (en %) selon qu'ils sont allaités, ou non, et pourcentage qui sont actuellement allaités; parmi les enfants de moins de deux ans, pourcentage nourri au biberon, selon l'âge en mois, EDSM-IV Mali 2006

Age en mois	Allaitement et alimentation							Effectif des plus jeunes enfants de moins de 2 ans	Effectif d'enfants de moins de 2 ans		
	Non allaité	Exclusivement allaité	Eau plate seulement	Liquides autres que le lait/ jus	Autre lait	Aliments de complément	Total				
								Pourcentage actuellement allaité	Pourcentage nourri au biberon ¹		
0-1	0,0	58,2	35,5	0,0	4,6	1,7	100,0	100,0	413	3,4	415
2-3	0,3	35,1	59,2	0,0	2,3	3,1	100,0	99,7	521	2,1	528
4-5	1,4	24,3	61,8	0,0	5,1	7,4	100,0	98,6	524	6,0	534
6-8	1,4	15,0	51,5	0,8	5,4	25,9	100,0	98,6	679	6,1	692
9-11	2,6	8,3	28,0	1,9	6,2	53,0	100,0	97,4	627	4,8	640
12-17	6,9	6,3	14,3	0,9	2,5	69,2	100,0	93,1	1 530	5,3	1 564
18-23	36,6	3,2	6,5	0,4	1,1	52,1	100,0	63,4	975	6,7	1 061
0-5	0,6	37,8	53,4	0,0	4,0	4,2	100,0	99,4	1 458	3,9	1 477
6-9	1,9	13,7	47,3	1,3	6,0	29,8	100,0	98,1	895	5,2	910

Note: Le statut de l'allaitement fait référence à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie "allaitement et eau seulement" ne reçoivent aucun complément. Les catégories "non allaités", "allaités exclusivement", "allaités et eau seulement", "liquides à base d'eau/jus", "autre lait", et "aliments de complément" (solides et semi-solides) sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages fait 100 %. Ainsi les enfants allaités qui reçoivent des liquides à base d'eau et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie "liquides à base d'eau" même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de deux ans.

Par ailleurs, l'utilisation du biberon reste très peu pratiquée au Mali puisque seulement 4 % des enfants de 0-5 mois reçoivent des liquides ou aliments quelconques au biberon.

J. État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité, ainsi qu'une situation désavantageuse de développement mental. L'anthropométrie fournit les indicateurs les plus importants de l'état nutritionnel des enfants. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSM-IV. Ces données sur 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). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCH/CDC/OMS. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 10 montre l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 34 % des enfants souffrent d'une malnutrition chronique dont 16 % de malnutrition chronique sévère. Le niveau du retard de croissance augmente très rapidement avec l'âge : à 6 % pour les moins de 6 mois, il augmente très rapidement pour se situer autour de 40 % et 50 % entre 12 et 59 mois. Légèrement variable selon le sexe, il est beaucoup plus élevé en milieu rural (38 %) qu'en milieu urbain (24 %). Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction des mères : 35 % chez les mères non scolarisées et chez celles de niveau primaire ou fondamental 1 et 25 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Il est enfin vraisemblable que les enfants ne vivant pas avec leur mère dans le même ménage soient plus sujets au retard de croissance.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 13 % des enfants sont émaciés, dont 3 % le sont sévèrement. Le niveau de l'émaciation est le plus élevé pour les enfants de 11 à 23 mois (entre 20 % et 27 %), correspondant à la période au cours de laquelle s'observent une intensification de sevrage et une plus grande exposition de l'enfant aux maladies (nouveaux aliments non-hygiéniques, exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). L'émaciation ne varie pas entre les garçons et les filles, mais elle est plus élevée en milieu rural (14 %) et chez les enfants nés de mères pas ou moins instruites (14 %). Cinq régions, à savoir Kidal (24 %), Gao (16 %), Koulikoro, Sikasso et Tombouctou (14 % chacune), se distinguent des autres par le niveau élevé du pourcentage d'enfants émaciés. La région de Mopti (11 %) ainsi que ville de Bamako (12 %) sont relativement plus favorisées par rapport à l'émaciation.

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Trente-deux pour cent des

enfants maliens présentent une insuffisance pondérale, dont 10 % sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (35 % contre 25 % en milieu urbain), chez les enfants nés de femmes non scolarisées (33 % contre 26 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus). Trois régions semblent particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : Tombouctou (39 %), Sikasso (37 %) et Gao (34 %).

Tableau 10. Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	
Age en mois							
<6	1,8	6,0	2,0	10,6	0,8	4,4	1 294
6-8	3,3	11,8	4,5	18,0	3,9	20,6	660
9-11	7,5	23,8	4,5	26,6	12,3	36,9	597
12-17	15,4	38,2	6,5	26,4	15,7	46,8	1 497
18-23	23,3	51,5	5,1	19,8	15,7	42,8	985
24-35	21,5	40,8	2,4	10,6	13,0	37,8	2 312
36-47	21,5	40,6	1,9	7,8	10,0	33,4	2 262
48-59	18,0	34,7	1,2	7,2	6,7	26,8	2 315
Sexe							
Masculin	17,1	35,4	3,2	13,7	10,2	32,6	6 070
Féminin	15,6	32,4	2,7	13,0	9,6	30,9	5 853
Milieu de résidence							
Bamako	8,3	20,3	1,9	12,4	4,8	23,9	1 241
Autres villes	11,0	25,3	2,3	12,1	8,2	24,9	2 069
Ensemble urbain	10,0	23,5	2,1	12,2	6,9	24,6	3 311
Rural	18,8	37,9	3,3	13,8	11,1	34,5	8 612
Région							
Kayes	12,2	27,4	2,0	13,0	8,3	27,3	1 713
Koulikoro	16,5	35,2	4,4	14,0	9,8	32,4	2 139
Sikasso	20,6	40,7	3,8	14,1	12,0	36,6	2 211
Ségou	15,3	35,2	2,4	13,2	9,8	31,8	2 041
Mopti	19,3	37,4	2,2	11,0	11,0	31,8	1 454
Tombouctou	23,2	40,9	2,8	14,2	14,3	38,5	563
Gao	18,2	31,1	3,8	16,1	11,7	33,6	519
Kidal	20,4	32,0	4,2	24,0	11,2	31,9	42
Bamako	8,3	20,3	1,9	12,4	4,8	23,9	1 241
Niveau d'instruction²							
Aucune instruction	16,6	35,2	3,0	13,7	10,7	32,9	4 258
Primaire (Fondamental 1)	18,2	35,3	6,1	17,2	16,1	35,2	300
Secondaire ou plus	12,3	25,4	3,0	13,8	7,8	25,8	180
Manquant/Mère non dans le ménage	16,3	33,3	2,9	13,0	9,3	31,0	7 184
Statut d'enquête et de résidence de la mère							
Mère enquêtée	16,3	33,9	3,1	13,7	10,2	32,1	11 038
Mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	13,9	36,0	1,8	10,8	5,9	27,7	337
Mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ³	18,8	32,5	1,3	8,7	7,1	27,8	538
Ensemble	16,3	33,9	3,0	13,3	9,9	31,7	11 923

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau présente les pourcentages d'enfants qui se situent à moins de -3 ET ou à moins de -2 ET de la médiane de la population de référence.

¹ Y compris les enfants qui se situent à moins de -3 ET de la médiane de la population de référence.

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Sont exclus les enfants dont la mère n'est pas été listée dans le questionnaire ménage.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

K. Test d'anémie

Une carence en fer, surtout chez les femmes et les enfants, entraîne l'anémie. L'anémie est un problème important partout dans le monde et surtout dans les pays en développement où presque la moitié des femmes et des enfants souffrent d'anémie sous ses formes sévère, modérée ou légère. L'anémie est un grave problème de la santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, par exemple, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiques courent également plus de risque de décéder lors de l'accouchement ou de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémique.

Un test d'anémie a été inclus à l'EDSM-IV afin d'estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. En plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de ces individus était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test étaient communiqués immédiatement après.

Anémie chez les enfants

Le tableau 11 présente les résultats sur les formes d'anémie pour les enfants et les femmes.¹ Au niveau national, 81 % des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'une anémie quelconque : 21 % souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl) ; 50 % souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl) ; et 10 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (86 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (69 %). De plus, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (12 %) est beaucoup plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (4 %). La prévalence de l'anémie sévère la plus élevée est observée dans les régions de Koulikoro et Sikasso (13 %), suivies par la région de Kayes (12 %).

Anémie chez les femmes

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national (tableau 12), 60 % des femmes souffrent d'anémie : 41 % souffrent d'anémie légère ; 17 % d'anémie modérée et 2 % d'anémie sévère. À l'opposé des enfants, les femmes urbaines et les femmes rurales ont presque la même prévalence de l'anémie sévère (2 % contre 1 %). Comme chez les enfants, les régions de Kayes et de Koulikoro (3 %), suivies par les régions de Ségou et de Tombouctou (2 %) ont les prévalences d'anémie sévère chez les femmes les plus

¹ Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport principal.

élevées.

Tableau 11. Anémie parmi les enfants

Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois considérés comme étant anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'enfants anémiés				Effectif
	Anémié	Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	
Milieu de résidence					
Bamako	65,7	23,8	37,5	4,4	387
Autres villes	71,7	30,2	37,2	4,4	610
Ensemble urbain	69,4	27,7	37,3	4,4	997
Rural	85,6	19,1	54,4	12,1	2 691
Région					
Kayes	80,5	19,2	49,8	11,5	512
Koulikoro	85,0	17,3	54,8	12,9	659
Sikasso	85,8	19,9	52,6	13,4	681
Ségou	89,6	19,4	59,7	10,6	618
Mopti	81,5	32,3	42,4	6,9	506
Tombouctou	61,3	17,5	38,6	5,2	167
Gao	78,3	24,2	47,1	7,0	147
Kidal	24,7	22,7	2,0	0,0	12
Bamako	65,7	23,8	37,5	4,4	387
Ensemble	81,2	21,4	49,8	10,0	3 689

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC, 1998.

g/dl = grammes par décilitre.

Tableau 12. Anémie parmi les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans considérées comme étant anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de femmes anémiées				Effectif
	Anémié	Légère	Modérée	Sévère	
Milieu de résidence					
Bamako	45,8	35,0	9,5	1,4	666
Autres villes	55,2	42,9	11,3	1,0	952
Ensemble urbain	51,4	39,6	10,6	1,2	1 618
Rural	64,5	41,2	21,0	2,4	3 124
Région					
Kayes	66,2	39,2	24,3	2,7	606
Koulikoro	64,6	39,6	22,1	2,9	809
Sikasso	59,2	41,9	16,2	1,2	806
Ségou	59,9	36,4	21,0	2,4	755
Mopti	68,4	55,3	11,6	1,6	672
Tombouctou	52,2	35,7	14,4	2,1	227
Gao	59,3	38,2	19,8	1,4	185
Kidal	5,5	5,1	0,4	0,0	16
Bamako	45,8	35,0	9,5	1,4	666
Ensemble	60,0	40,6	17,4	2,0	4 742

Note: Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'enquête. La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC, 1998. Les femmes enceintes avec un taux d'hémoglobine <7,0 g/dl et les femmes non enceintes ayant <8,0 g/dl ont une anémie sévère; les femmes enceintes ayant 7,0-9,9 et les femmes non enceintes ayant 8,0-9,9 g/dl souffrent d'anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0-10,9 g/dl et les femmes non enceintes avec un taux de 10,0-11,9g/dl souffrent d'anémie légère.

L. Mortalité infantile et juvénile

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

Le tableau 13 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1992 à 2006. Pour la période des cinq dernières années avant EDSM-IV (période 2002-2006), le risque de mortalité infantile est évalué à 96 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 105 ‰ (tableau 13). Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 46 ‰ pour la mortalité néonatale et à 50 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 191 ‰. En d'autres termes, au Mali, environ un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

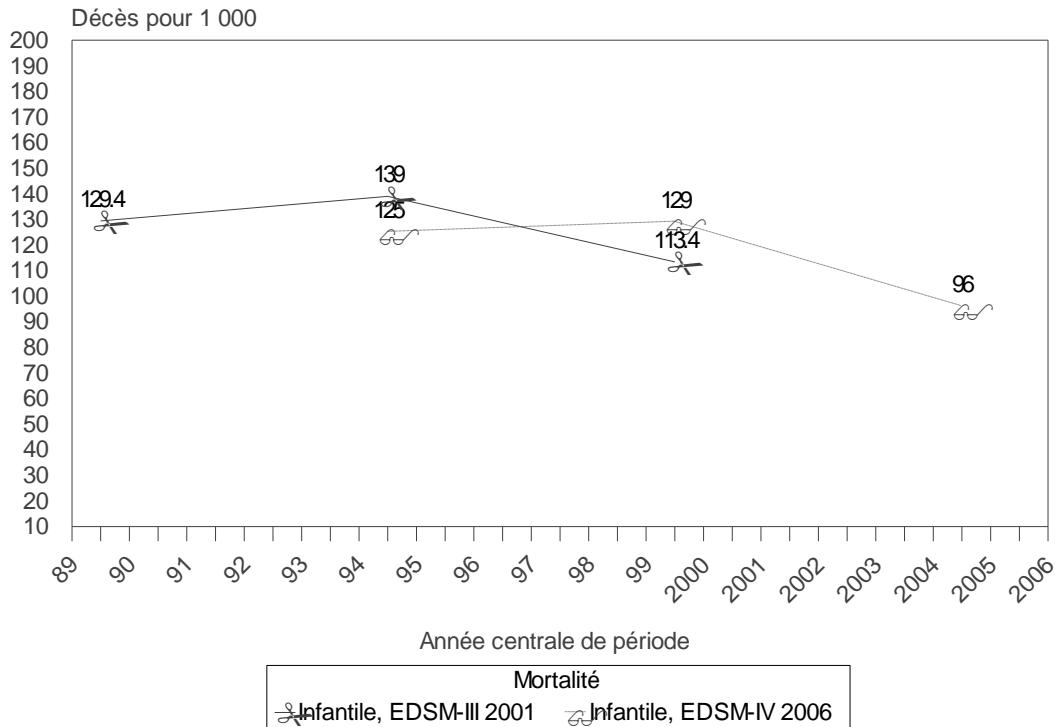
Tableau 13. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans					
Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Mali 2006					
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	46	50	96	105	191
5-9	68	61	129	129	241
10-14	65	61	125	133	242

Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSM-III de 2001 et à l'EDSM-IV, il semblerait que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse, passant de 131 ‰ en pour la période 1997-2001 à 105 ‰ pour la période 2002-2006. De même, la mortalité infantile aurait connu également une baisse sensible, passant de 113 ‰ à 96 ‰ au cours de la même période.

Il est préférable d'analyser ici les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de chacune des enquêtes. Pour la mortalité infantile (graphique 6), le niveau estimé pour la période centrée autour de l'année 1999 (0-4 ans avant l'EDSM-III et 5-9 ans avant l'EDSM-IV) est cohérent selon les deux enquêtes et se situait aux environs de 113-129 ‰. Selon l'EDSM-IV, la mortalité infantile aurait alors connu une baisse sensible, passant de 113-129 ‰ pour la période centrée autour de 1999 à 96 ‰ pour la période centrée autour de 2004.

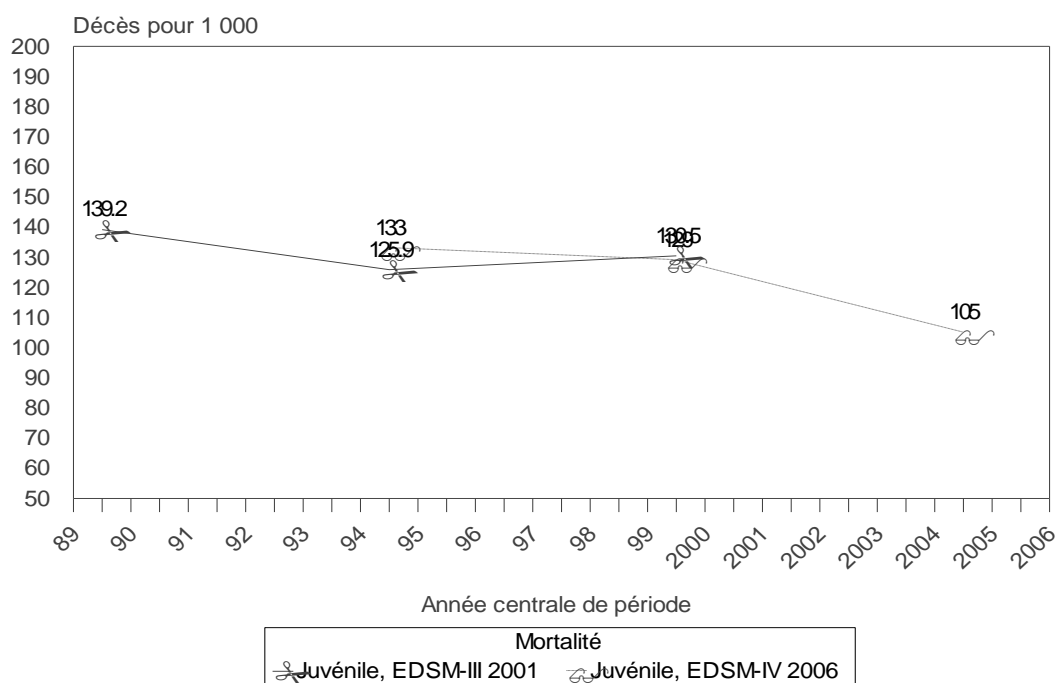
Graphique 6

Tendances de la mortalité infantile

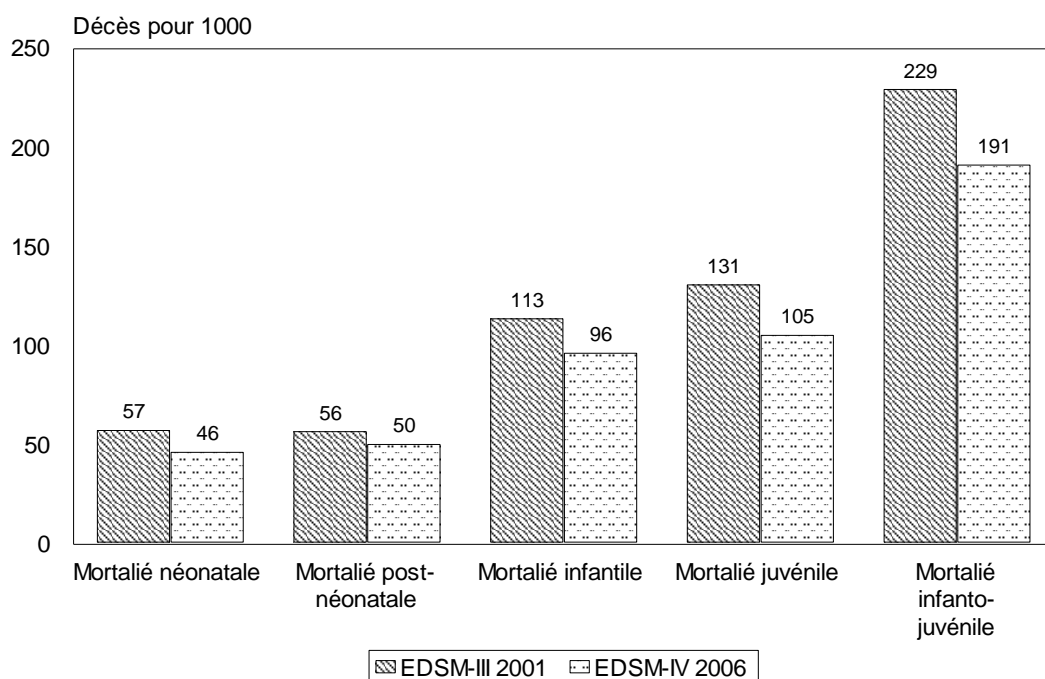


En ce qui concerne la mortalité juvénile, le graphique 7 montre que les niveaux sont cohérents pour toutes les périodes, que ces niveaux soient calculés à partir de l'EDSM-III ou de l'EDSM-IV. Ainsi, autour de l'année 1999 (0-4 ans avant l'EDSM-III et 5-9 ans avant l'EDSM-IV), les deux enquêtes ont fourni le même niveau de la mortalité juvénile (131 ‰ par l'EDSM-III de 2001 et 129 ‰ par l'EDSM-IV de 2006), puis cette mortalité juvénile a diminué pour se situer aux environs de 105 ‰ autour de 2004 (0-4 ans avant l'EDSM-IV).

Graphique 7 Tendances de la mortalité juvénile (1-4 ans)



Graphique 8 Mortalité avant l'âge de 5 ans



Enfin les tendances des différentes de la mortalité des enfants montrent que les niveaux ont baissé entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-IV de 2006, et cela quel que soit la composante

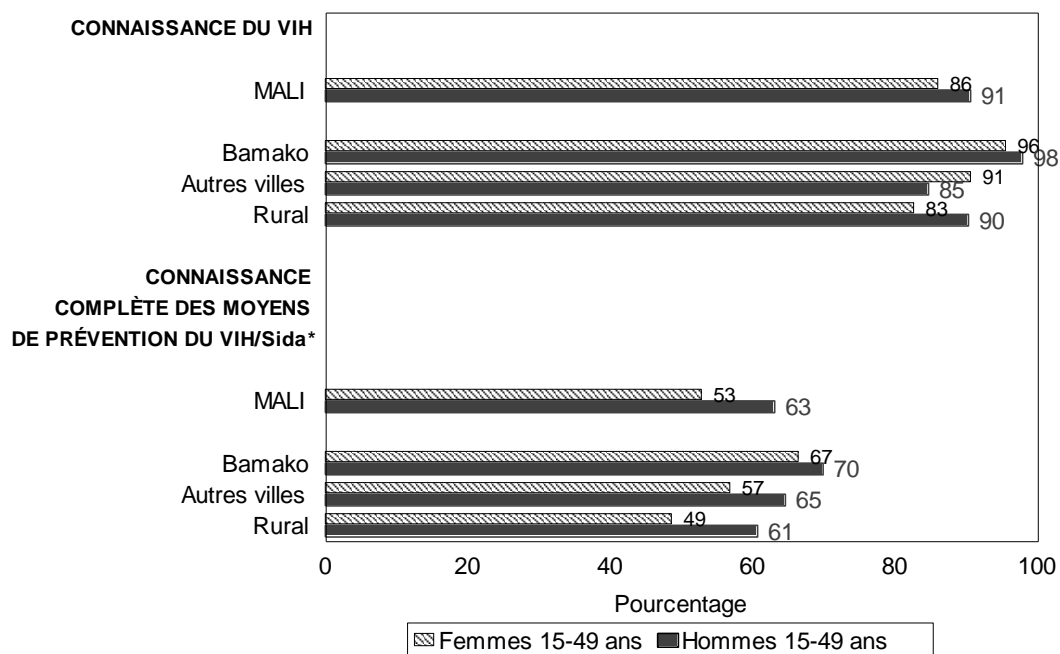
(graphique 8). Ainsi, globalement la mortalité infanto-juvénile (enfants 0-4 ans) a baissé de 229 ‰ à 191 ‰.

M. Connaissance du VIH/Sida

La quasi-totalité des enquêtés (86 % des femmes 15-49 ans et 91 % des hommes 15-49 ans) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Le niveau de connaissance varie très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques (tableau 14). Ces niveaux de connaissance varient selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction (graphique 9). Les différences entre milieu urbain et milieu rural sont assez faibles (93 % contre 83 % chez les femmes et 91 % contre 90 % chez les hommes).

Selon la région, le pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent ou ont entendu parlé du VIH/Sida varie très peu.

Graphique 9
Connaissance et moyens de prévention du VIH/sida



* La connaissance complète des moyens de prévention du VIH/Sida est définie par: Utilise le condom à chaque rapport sexuel et limite les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté

EDSM-IV 2006

Tableau 14. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes	
	Entendu parler du sida	Effectif	Entendu parler du sida	Effectif
Age				
15-24	85,9	5 781	88,5	1 509
..15-19	83,6	3 104	85,4	876
..20-24	88,6	2 678	92,8	633
25-29	88,8	2 625	93,9	476
30-39	87,1	3 659	91,4	948
40-49	83,0	2 518	91,7	771
État matrimonial				
Célibataire	82,3	1 726	86,5	1 312
..A eu des rapports sexuels	94,9	217	97,9	358
..N'a jamais eu de rapports sexuels	80,5	1 509	82,2	954
Marié ou vivant ensemble	86,8	12 365	92,5	2 236
Divorcé/séparé/veuf	84,6	355	94,0	36
Manquant	90,9	136	98,8	120
Milieu de résidence				
Bamako	95,7	2 104	97,9	667
Autres villes	90,8	2 814	84,7	717
Ensemble urbain	92,9	4 918	91,1	1 384
Rural	82,8	9 665	90,3	2 321
Région				
Kayes	90,1	1 886	96,6	448
Koulikoro	91,8	2 352	95,1	610
Sikasso	91,8	2 392	88,0	593
Ségou	83,5	2 388	94,8	577
Mopti	79,3	2 036	70,1	513
Tombouctou	63,6	720	89,0	144
Gao	59,6	655	86,7	141
Kidal	99,8	50	93,8	12
Bamako	95,7	2 104	97,9	667
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	83,7	11 410	86,0	2 146
Primaire (Fondamental 1)	92,7	1 668	95,4	759
Secondaire ou plus	98,2	1 505	98,3	799
Ensemble 15-49 ans	86,2	14 583	90,6	3 704
Ensemble 15-59	na	na	90,9	4 207

na: Non applicable

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

N. Connaissance des moyens de prévention du VIH/Sida

Bien qu'une forte proportion de femmes et d'hommes aient déclaré connaître le VIH/Sida, la connaissance complète des moyens de prévention contre cette maladie reste faible. La connaissance complète des moyens de prévention contre le VIH/Sida se définit à la fois par l'utilisation du condom à chaque rapport sexuel et se limiter à un seul ou une seule partenaire sexuel non infecté. Au cours de l'EDSM-IV, on a posé et demandé aux enquêtés si l'utilisation du condom à chaque rapport sexuel peut éviter de contracter le VIH/Sida. On avait également demandé si se limiter à un seul ou une seule partenaire sexuel peut éviter le VIH/Sida.

En effet, 57 % des femmes 15-49 ans et 70 % des hommes 15-49 ans ont déclaré que l'utilisation du condom à chaque rapport sexuel peut éviter le VIH/Sida (tableau 15). Par contre, une proportion beaucoup plus élevée (67 % des femmes 15-49 ans et 72 % des hommes 15-49 ans) ont déclaré que limiter les rapports sexuels à un seul ou une seule partenaire non infecté peut éviter de contracter le VIH/Sida. Globalement, la connaissance complète des moyens de prévention contre le VIH/Sida au Mali se résume à 53 % parmi les femmes de 15-49 ans et 63 % parmi les hommes de 15-49 ans (graphique 9). Selon le milieu de résidence, on constate de grandes variations : 61 % en milieu urbain contre 49 % en rural chez les femmes et 67 % en milieu urbain contre 61 % en rural pour les hommes (graphique 9), ont une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH/Sida.

Tableau 15. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	En utilisant des condoms	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	En s'abstenant de rapports sexuels	Effectif	En utilisant des condoms	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	En s'abstenant de rapports sexuels	Effectif
Âge										
15-24	58,8	67,5	53,9	59,7	5 781	68,1	66,0	59,0	66,5	1 509
..15-19	56,0	65,5	51,5	56,7	3 104	62,8	60,7	54,1	61,2	876
..20-24	62,0	69,9	56,7	63,3	2 678	75,5	73,3	65,9	73,7	633
25-29	59,7	67,3	56,0	60,4	2 625	78,5	79,2	71,3	76,3	476
30-39	59,0	68,8	55,2	61,3	3 659	71,0	76,4	66,3	68,4	948
40-49	48,1	61,2	44,4	55,3	2 518	68,8	74,5	62,0	74,1	771
État matrimonial										
Célibataire	54,9	62,5	50,2	54,5	1 726	67,0	65,5	57,9	64,9	1 312
..A eu des rapports sexuels	69,6	76,4	66,0	66,6	217	84,5	79,5	73,7	78,0	358
..N'a jamais eu de rapports sexuels	52,7	60,5	47,9	52,8	1 509	60,4	60,2	52,0	60,0	954
Marié ou vivant ensemble	57,3	67,2	53,3	60,1	12 365	71,5	75,3	65,3	72,0	2 236
Divorcé/séparé/veuf	56,4	65,5	51,4	60,1	355	77,1	81,9	69,2	84,6	36
Manquant	75,5	78,5	67,0	63,4	136	83,9	82,2	76,1	78,9	120
Milieu de résidence										
Bamako	74,6	76,1	66,6	70,2	2 104	81,7	75,7	69,9	73,4	667
Autres villes	60,6	69,0	57,0	57,6	2 814	69,6	73,0	64,6	64,2	717
Ensemble urbain	66,6	72,0	61,1	62,9	4 918	75,4	74,3	67,1	68,6	1 384
Rural	52,3	64,0	48,8	57,7	9 665	67,3	70,8	60,7	70,5	2 321
Région										
Kayes	54,7	68,2	51,5	62,1	1 886	89,4	91,3	88,4	89,6	448
Koulikoro	65,9	79,6	64,0	71,9	2 352	61,8	68,1	53,2	68,8	610
Sikasso	73,6	78,9	69,0	74,2	2 392	66,9	67,7	56,9	70,7	593
Ségou	59,5	65,0	53,3	55,4	2 388	81,6	82,3	74,6	76,7	577
Mopti	23,9	43,3	21,0	34,4	2 036	47,3	50,7	43,4	44,1	513
Tombouctou	29,5	40,6	27,9	28,9	720	63,2	71,5	58,7	73,1	144
Gao	41,1	48,2	39,7	44,8	655	50,6	67,1	48,3	51,3	141
Kidal	70,1	75,0	70,1	75,5	50	89,0	68,1	68,1	84,9	12
Bamako	74,6	76,1	66,6	70,2	2 104	81,7	75,7	69,9	73,4	667
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	51,8	62,8	48,2	56,5	11 410	64,2	67,4	58,3	67,4	2 146
Primaire (Fondamental 1)	71,3	77,5	65,2	71,2	1 668	73,7	74,7	64,2	69,9	759
Secondaire ou plus	82,5	84,7	75,3	69,3	1 505	83,5	82,2	75,0	76,3	799
Ensemble 15-49 ans	57,2	66,7	53,0	59,5	14 583	70,3	72,1	63,1	69,8	3 704
Ensemble 15-59	na	na	na	na	na	69,2	72,1	62,2	70,1	4 207

na = Non applicable

O. Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le VIH/Sida. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Dans ce rapport, on a considéré comme étant des rapports sexuels à hauts risques des rapports sexuels qui ont eu lieu avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.

Bien qu'une forte proportion de femmes et d'hommes aient déclaré qu'ils connaissent le VIH/Sida et les moyens pour éviter le VIH/sida, l'utilisation du condom reste relativement limitée. Aux tableaux 16.1 et 16.2, une forte proportion de femmes (83 %) et d'hommes (72 %) ont déclaré qu'ils ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. À cause de la polygamie, cette proportion est nettement plus élevée chez les femmes que les hommes. En outre, la proportion varie selon l'âge, le milieu de résidence et la région.

Les tableaux 16.1 et 16.2 présentent également les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ainsi que les proportions de ceux/celles qui ont utilisé un condom au cours de ces rapports sexuels à hauts risques.

Ainsi, parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 5,9 % des femmes et 21,1 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Ces hommes et ces femmes constituent une catégorie avec un comportement particulier. Près d'une femme sur six de ces femmes (16,7 %) et d'un homme sur trois de ces hommes (37,2 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces rapports sexuels à hauts risques. La faiblesse des effectifs rend difficile l'interprétation des variations selon les caractéristiques sociodémographiques.

Néanmoins, c'est en milieu urbain que le condom est utilisé le plus fréquemment par les femmes (23,7 % dans la ville de Bamako et 14,6 % dans les Autres villes contre 11,6 % en milieu rural) et par les hommes (49,4 % dans la ville de Bamako et 45,5 % dans les Autres villes contre 24,7 % en milieu rural). Enfin, les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent le condom beaucoup plus fréquemment (28,0 % pour les femmes et 52,0 % pour les hommes) que ceux de niveau primaire ou fondamental 1 (15,8 % pour les femmes et 37,0 % pour les hommes) et surtout que ceux sans instruction (6,9 % pour les femmes et 22,2 % pour les hommes).

Tableau 16.1 Partenaires sexuels multiples, rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom : Femmes

Pourcentage de femmes 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :					parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois :	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes 15-49 ans	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois ¹	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques ¹	Effectif
Age							
15-24	68,3	5 781	2,4	13,9	3 948	16,5	548
..15-19	50,6	3 104	3,5	20,7	1 570	13,7	325
..20-24	88,8	2 678	1,7	9,4	2 378	20,5	223
25-29	92,7	2 625	0,5	3,2	2 435	18,0	77
30-39	93,8	3 659	1,3	1,9	3 432	18,1	65
40-49	89,4	2 518	1,2	1,1	2 252	(14,4)	25
État matrimonial							
Célibataire	9,0	1 726	9,7	81,8	155	22,7	127
Marié/vivant ensemble	94,8	12 365	1,2	4,2	11 719	15,8	492
Divorcée/ séparée/ veuve	36,0	355	17,8	35,4	128	(9,7)	45
Manquant	48,0	136	0,0	79,4	65	17,0	52
Résidence							
Bamako	73,2	2 104	2,7	15,8	1 539	23,7	243
Autres villes	81,2	2 814	3,2	10,6	2 284	14,6	243
Ensemble urbain	77,8	4 918	3,0	12,7	3 824	19,2	486
Rural	85,3	9 665	0,8	2,8	8 243	11,6	230
Région							
Kayes	85,6	1 886	0,7	1,8	1 615	*	30
Koulikoro	85,1	2 352	1,1	4,2	2 002	17,5	83
Sikasso	87,0	2 392	0,8	3,9	2 080	13,1	82
Ségou	84,8	2 388	0,9	8,2	2 026	13,5	166
Mopti	81,3	2 036	4,0	4,3	1 656	8,9	71
Tombouctou	80,9	720	0,0	3,5	582	(11,7)	20
Gao	79,9	655	0,2	3,6	523	(16,1)	19
Kidal	85,0	50	3,2	4,1	43	*	2
Bamako	73,2	2 104	2,7	15,8	1 539	23,7	243
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	86,2	11 410	1,3	3,1	9 836	6,9	309
Primaire (Fondamental 1)	76,4	1 668	1,5	9,9	1 274	15,8	127
Secondaire ou plus	63,5	1 505	3,6	29,3	956	28,0	280
Ensemble	82,7	14 583	1,5	5,9	12 067	16,7	716

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

¹ Rapports sexuels à hauts risques sont des rapports qui ont eu lieu avec un/une partenaire extraconjugal et non cohabitant

Tableau 16.2 Partenaires sexuels multiples, rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom : Hommes

Pourcentage d'hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :		parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois :	
			Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois ¹	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques ¹	
Age						
15-24	32,7	1 509	19,5	74,5	494	35,2
..15-19	20,7	876	19,9	93,1	181	30,2
..20-24	49,4	633	19,2	63,7	313	39,4
25-29	83,7	476	18,8	30,5	398	36,8
30-39	95,5	948	22,0	11,7	905	48,0
40-49	96,0	771	28,3	5,2	740	32,3
État matrimonial						
Célibataire	20,0	1 312	27,0	97,8	262	37,7
Marié/vivant ensemble	97,4	2 236	22,4	13,6	2 177	38,1
Divorcé/séparé/veuf	(61,9)	36	*	*	22	*
Manquant	62,8	120	21,7	92,1	76	31,9
Milieu de résidence						
Bamako	67,2	667	21,1	44,4	448	49,4
Autres villes	70,2	717	21,4	30,5	504	45,5
Ensemble urbain	68,8	1 384	21,3	37,0	952	47,7
Rural	68,3	2 321	23,8	17,7	1 586	24,7
Région						
Kayes	65,1	448	16,7	14,5	292	42,0
Koulikoro	66,2	610	30,7	23,1	404	35,9
Sikasso	70,9	593	23,8	18,3	421	21,8
Ségou	73,5	577	28,6	28,7	425	35,4
Mopti	64,9	513	20,1	16,1	333	19,3
Tombouctou	78,7	144	18,8	24,5	113	20,8
Gao	66,1	141	2,9	20,0	93	63,9
Kidal	(81,4)	12	*	*	10	*
Bamako	67,2	667	21,1	44,4	448	49,4
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	73,5	2 146	22,2	15,1	1 577	22,2
Primaire (Fondamental 1)	62,9	759	26,2	29,4	478	37,0
Secondaire ou plus	60,5	799	21,8	52,8	483	52,0
Ensemble 15-49 ans	68,5	3 704	22,8	25,0	2 538	37,5
Ensemble 15-59	72,0	4 207	24,1	21,1	3 028	37,2

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

¹ Rapports sexuels à hauts risques sont des rapports qui ont eu lieu avec un/une partenaire extraconjugal et non cohabitant

P. Résultats des tests de VIH

La section porte sur le taux de couverture de l'échantillon au test de VIH et, les principaux résultats du test de dépistage de VIH.

Tableau 17. Couverture du test du VIH					
Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-54[59] ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), Mali 2006					
Résultat du test par sexe	Milieu de résidence				
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Femme 15-49					
Prélèvements de sang séché testés et enquêtés	85,5	93,9	90,5	94,0	92,7
Prélèvements de sang séché testés et non enquêtés	2,1	0,8	1,3	1,1	1,2
Refus de fournir du sang et enquêtés	6,7	3,2	4,6	2,4	3,2
Refus de fournir du sang et non enquêtés	2,2	0,7	1,3	1,1	1,2
Absents au moment de la collecte de sang et enquêtés	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Absents au moment de la collecte de sang et non enquêtés	0,8	0,3	0,5	0,4	0,4
Autre enquêtés	2,4	0,5	1,3	0,5	0,8
Autre non enquêtés	0,1	0,4	0,3	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	758	1 121	1 879	3 278	5 157
Homme 15-59					
Prélèvements de sang séché testés et enquêtés	74,2	84,5	80,1	88,7	85,4
Prélèvements de sang séché testés et non enquêtés	1,4	1,9	1,7	1,1	1,3
Refus de fournir du sang et enquêtés	8,9	5,6	7,1	3,5	4,8
Refus de fournir du sang et non enquêtés	3,8	2,9	3,3	2,7	2,9
Absents au moment de la collecte de sang et enquêtés	1,4	0,3	0,8	0,4	0,6
Absents au moment de la collecte de sang et non enquêtés	4,7	3,0	3,8	1,9	2,6
Autre enquêtés	1,4	0,6	1,0	0,8	0,9
Autre non enquêtés	3,9	1,1	2,3	0,9	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	760	996	1 756	2 887	4 643
Ensemble					
Prélèvements de sang séché testés et enquêtés	79,8	89,5	85,5	91,5	89,3
Prélèvements de sang séché testés et non enquêtés	1,8	1,3	1,5	1,1	1,3
Refus de fournir du sang et enquêtés	7,8	4,3	5,8	2,9	4,0
Refus de fournir du sang et non enquêtés	3,0	1,7	2,3	1,8	2,0
Absents au moment de la collecte de sang et enquêtés	0,8	0,2	0,5	0,3	0,3
Absents au moment de la collecte de sang et non enquêtés	2,8	1,6	2,1	1,1	1,4
Autre enquêtés	1,9	0,6	1,1	0,7	0,8
Autre non enquêtés	2,0	0,7	1,3	0,7	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 518	2 117	3 635	6 165	9 800

Taux de couverture. Le tableau 17 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. La population éligible pour le test du VIH consiste en la population de fait des ménages, dans la tranche d'âges 15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes, c'est-à-dire la population composée de toutes les personnes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Cette population comprend les résidents habituels présents dans les ménages et les visiteurs qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Dans l'ensemble, 89 % de la population a accepté de donner un échantillon de sang pour le test du VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement, 93 % et 85 %) et plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement, 92 % et 86 %).

Dans 6 % des cas, les enquêtés ont refusé de participer au test (4 % chez les femmes et 6 % chez les hommes) ; la majorité des autres enquêtés qui n'ont pas été testés n'étaient pas à la maison au moment du test. Par ailleurs, le taux de participation au test dans la ville de Bamako, a été le plus faible (86 % chez les femmes et 74 % chez les hommes) (tableau 17).

Taux de séroprévalence VIH. Il ressort du tableau 18 que le taux de séroprévalence VIH1 chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 1,4 %. Il est supérieur au taux obtenu chez les hommes âgés de 15-49 ans, estimés à 0,9 % pour VIH1. La prévalence VIH au Mali est donc de 1,2 % dans la population de 15-49 ans d'hommes et de femmes. Dans ce contexte, le VIH2 qui est très faible au Mali n'a pas été pris en compte dans le calcul de cette prévalence. On peut toutefois noter que l'EDSM-IV a trouvé 13 cas de VIH2 dont l'étude fera parti du rapport principal.

Le graphique 10 illustre les écarts des niveaux de séroprévalence VIH1 présentés au tableau 18. On remarque ainsi que le taux de séroprévalence atteint son maximum à 30-34 ans chez les hommes et 25-30 ans chez les femmes.

Il faut noter que, du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les femmes maliennes, le taux de séroprévalence VIH1 est relativement élevé à 15-29 ans (0,6 % à 15-19 ans, 1,3 % à 20-24 ans et 1,9 % à 25-29 ans), comparé aux hommes. Le taux de séroprévalence VIH1 chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,2 % à 15-19 ans, 0,8 % à 20-24 ans et 0,6 % à 25-29 ans. Par contre, les hommes sont plus exposés aux infections du VIH que les femmes aux âges intermédiaires 30-35 ans (2,2 % chez les hommes contre 1,7 % chez les femmes du même âge).

Selon les écarts régionaux, la ville de Bamako (1,9 %), suivie de la région de Mopti (1,4 %), Ségou (1,3 %) et Koulikoro (1,2 %), possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. Les régions de Tombouctou (0,5 %), Kidal (0,6 %), Sikasso (0,6 %) et Kayes (0,7 %) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles.

Selon le milieu de résidence, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (1,6 %) qu'en milieu rural (0,9 %).

Tableau 18 Prévalence du VIH par caractéristiques socio-économiques

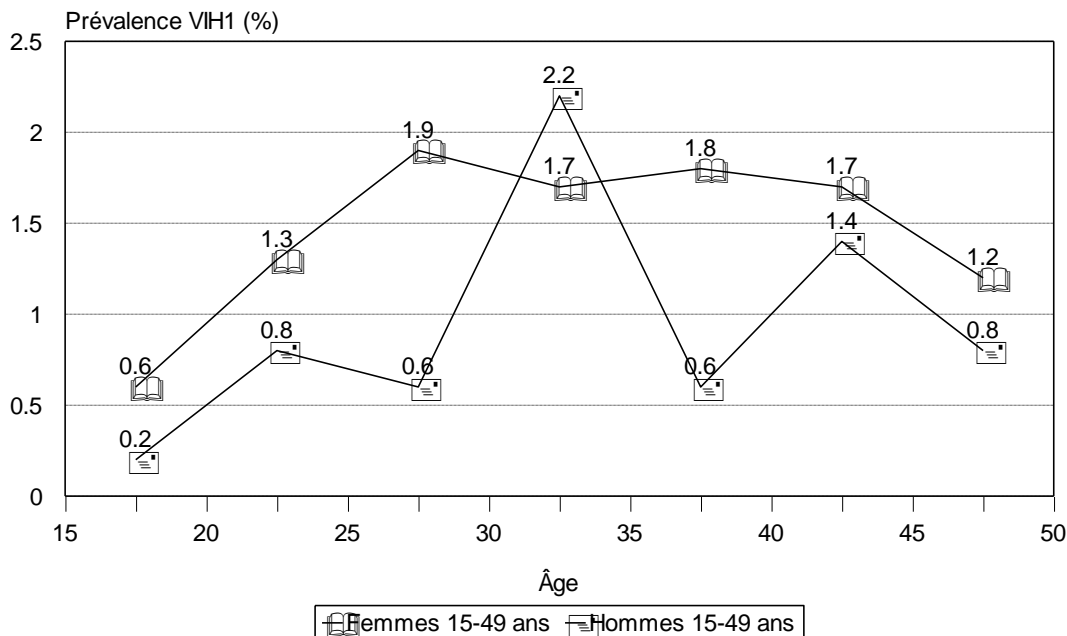
Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes enquêtés de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Pays 2006

Caractéristique	Femmes 15-49 ans		Hommes 15-59 ans		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif
Âge						
15-19	0,6	996	0,2	869	0,5	1 866
20-24	1,3	853	0,8	623	1,1	1 476
25-29	1,9	750	0,6	447	1,4	1 196
30-34	1,7	633	2,2	489	1,9	1 123
35-39	1,8	496	0,6	437	1,2	933
40-44	1,7	418	1,4	370	1,6	788
45-49	1,2	379	0,8	378	1,0	757
Milieu de résidence						
Bamako	2,3	658	1,5	656	1,9	1 313
Autres villes	1,5	899	1,2	705	1,3	1 604
Ensemble urbain	1,8	1 557	1,3	1 361	1,6	2 917
Rural	1,2	2 969	0,6	2 253	0,9	5 222
Région						
Kayes	1,2	568	0,0	433	0,7	1 001
Koulikoro	1,0	758	1,6	593	1,2	1 351
Sikasso	0,9	747	0,2	576	0,6	1 323
Ségou	1,7	735	0,8	562	1,3	1 298
Mopti	1,9	644	0,8	506	1,4	1 149
Tombouctou	0,3	220	0,7	142	0,5	362
Gao	0,8	181	1,4	135	1,1	315
Kidal	1,1	15	0,0	11	0,6	26
Bamako	2,3	658	1,5	656	1,9	1 313
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1,4	3 513	0,7	2 080	1,1	5 593
Primaire (Fondamental 1)	2,0	554	0,4	740	1,1	1 294
Secondaire ou plus	0,7	460	1,8	793	1,4	1 253
Ensemble 15-49 ans	1,4	4 526	0,9	3 614	1,2	8 140
Hommes 50-59 ans	na	na	1,2	488	na	na
Ensemble 15-59	na	na	0,9	4 101	na	na

¹ VIH positif correspond à ceux qui sont VIH-1 positifs (y compris ceux qui sont à la fois VIH-1 et VIH-2 positifs) et exclut ceux qui sont seulement VIH-2 positifs.

na= Non applicable

Graphique 10
Taux de séroprévalence VIH1 par sexe et âge



EDSM-IV 2006

Q. Dépenses de Santé

Au cours de l'EDSM-IV 2006, on a posé des questions sur les dépenses de santé effectuées au cours des 30 derniers jours. Certains résultats sont présentés au tableau 19.

Au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, au moins une personne est tombée gravement malade dans près d'un ménage sur quatre (26 %). Parmi ces ménages où une personne est tombée gravement malade, 65 % ont pratiqué l'automédication et seulement 26 % ont cherché des soins, traitements ou conseils auprès d'un professionnel de la santé.

Pour ce qui concerne les dépenses de santé effectuées par ces ménages, on remarque que 34 % des ménages n'ont fait que des dépenses de moins de 5 000 FCFA, 19 % ont effectué des dépenses se situant entre 5 000-15 000 FCFA et 18 % ont fait des dépenses de plus de 15 000 FCFA. Par ailleurs, 29 % des ménages ont reçu leurs soins, traitements ou conseils gratuitement ou ne connaissaient pas le coût. Globalement, la dépense moyenne de santé par ménage au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête s'élève à 15 413 FCFA. Cette dépense est beaucoup plus élevée dans la ville de Bamako (33 738 FCFA), que dans les Autres villes (15 751 FCFA) et en milieu rural (12 673 FCFA). Selon la région, elle est la plus faible à Kayes (8 673 FCFA) et les plus élevées à Koulikoro (17 955 FCFA) et à Sikasso (16 359 FCFA).

Par ailleurs, le nombre moyen de malades par ménage est de 1,2. Par conséquent les dépenses moyennes de santé au Mali par ménage et par malade au cours de l'EDSM-IV en

2006 s'élève à 12 844 FCFA.

Tableau 19. Dépenses de santé des ménages

Pourcentage de ménages dans lesquels il y'a eu au moins un malade au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, pourcentage de ménages dans lesquels on a cherché un traitement ou des soins, pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication, répartition (en %) des ménages dans lesquels il y'a eu au moins un malade au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête et pour lesquels on a cherché des conseils ou des traitements, par tranche de dépenses effectuées, dépense moyenne par ménage (en FCFA) et nombre moyen de personnes malades par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage des ménages dans lesquels il y'a eu au moins un malade au cours des 30 derniers jours	Effectif des ménages	Pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication	Pourcentage de ménages dans lesquels on n'a pas fait de l'automédication mais dans lesquels on a cherché des conseils ou des traitements auprès des professionnels de santé	Répartition (en %) des ménages par tranche de dépenses effectuées pour les cas de maladies survenues au cours des 30 derniers jours					Dépense moyenne par ménage (FCFA)	Nombre moyen de personnes malades par ménage	Effectif de ménages dans lesquels il y'a eu au moins un malade au cours des 30 derniers jours
					Inférieur à 5000 FCFA	5000 - 15000 FCFA	Supérieur à 15000 FCFA	Gratuit/ NSP/ND	Total			
Milieu de résidence												
Bamako	23,4	512	51,0	45,3	26,5	15,3	37,2	21,1	100,0	33 738	1,2	120
Autres villes	21,5	806	57,2	26,4	33,8	19,8	15,8	30,5	100,0	15 751	1,1	174
Ensemble urbain	22,3	1 318	54,7	34,1	30,8	17,9	24,6	26,7	100,0	23 103	1,2	294
Rural	27,4	3 010	69,2	23,6	35,7	19,4	15,3	29,5	100,0	12 673	1,2	824
Région												
Kayes	41,2	590	71,6	23,8	36,0	20,1	14,9	29,1	100,0	8 673	1,2	243
Koulikoro	32,2	685	64,8	26,6	40,3	18,1	14,1	27,5	100,0	17 955	1,2	221
Sikasso	24,7	681	77,1	19,2	34,8	20,0	18,5	26,7	100,0	16 359	1,2	168
Ségou	24,2	732	71,1	26,7	39,6	27,8	13,1	19,5	100,0	10 285	1,1	177
Mopti	16,0	675	57,5	12,8	27,3	12,2	14,0	46,5	100,0	13 152	1,1	108
Tombouctou	16,5	235	43,2	35,9	16,2	15,8	27,9	40,0	100,0	13 109	1,1	39
Gao	20,6	197	41,9	39,6	29,7	8,6	14,9	46,8	100,0	14 251	1,2	41
Kidal	(2,9)	20	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	1
Bamako	23,4	512	51,0	45,3	26,5	15,3	37,2	21,1	100,0	33 738	1,2	120
Ensemble	25,8	4 328	65,4	26,3	34,4	19,0	17,8	28,8	100,0	15 413	1,2	1 117

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)
Ethiopie	Août	2000	(anglais)
Haïti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Maliia	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)
Ghana	Juin	2004	(anglais)
Maroc	Juin	2004	(français)
Bangladesh	Septembre	2004	(anglais)
Cameroun	Octobre	2004	(français)
Madagascar	Octobre	2004	(français)
Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)
Guinée	Août	2005	(français)
Lesotho	Octobre	2005	(anglais)
Rwanda	Novembre	2005	(français)
Ethiopie	Novembre	2005	(anglais)
Vietnam (EIS)	Février	2006	(anglais/vietnamien)
Côte d'Ivoire (EIS)	Juin	2006	(français)
Haïti	Juillet	2006	(français)
Niger	Août	2006	(français)
Mali	Mars	2007	(français)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécutif de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.