

RÉPUBLIQUE DU MALI



Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006

Salif Samaké
Seydou Moussa Traoré
Souleymane Ba
Étienne Dembélé
Mamadou Diop
Soumaïla Mariko
Paul Roger Libité

Cellule de Planification et de Statistique
Ministère de la Santé
Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce
Bamako, Mali

Macro International Inc.
Calverton, Maryland, USA

Décembre 2007



**Koninkrijk
der Nederlanden**
Ambassade des
Pays-Bas



Ce rapport présente les principaux résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-IV), réalisée d'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 de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce avec la collaboration de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) pour l'analyse des prélèvements de sang pour le test de VIH.

L'EDSM-IV, initiée par le Gouvernement du Mali, fait partie du programme mondial MEASURE DHS dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de Macro International Inc. Elle a bénéficié de 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. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement pas la politique des organismes de coopération.

D'autres organismes nationaux tels que l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) pour l'analyse des prélèvements de sang pour le test de VIH ont apporté leur soutien à la réalisation de cette opération.

Des informations complémentaires sur l'EDSM-IV peuvent être obtenues auprès de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : B.P. 232, Bamako, Mali, Téléphone (223) 223 27 25, Fax (223) 223 27 26 E-mail: cpssante@cpssantemali.org, et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) : B.P. 12, Bamako, Mali, Téléphone (223) 222 24 55, Fax (223) 222 71 45 E-mail: cnpemali@afribone.ml, Internet: <http://www.dnsi.gov.ml>.

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

Citation recommandée :

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Liste des tableaux et des graphiques	ix
Préface	xix
Remerciements.....	xxi
Sigles et Abréviations	xxiii
Résumé	xxv
Indicateurs du Millénaire	xxxiii
Carte de Mali.....	xxxiv

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Souleymane Ba et Dr Mamadou Diop

1.1	GÉOGRAPHIE, HISTOIRE ET ÉCONOMIE.....	1
	1.1.1 Géographie.....	1
	1.1.2 Histoire	1
	1.1.3 Économie	2
1.2	POPULATION.....	3
1.3	SITUATION SANITAIRE	4
1.4	MÉTHODOLOGIE ET ORGANISATION DE L'ENQUÊTE.....	5
	1.4.1 Cadre institutionnel	5
	1.4.2 Objectifs.....	5
	1.4.3 Questionnaires	6
	1.4.4 Test du VIH/sida	7
	1.4.5 Échantillonnage	8
	1.4.6 Personnel et calendrier des activités de l'EDSM-IV	10
	1.4.7 Traitement des données	11
	1.4.8 Exploitation des données	11

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Souleymane Ba et Dr Mamadou Diop

2.1	STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION	13
2.2	TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES	15
2.3	NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE	16
2.4	ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION ET DES MÉNAGES.....	24

CHAPITRE 3	CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS	
	<i>Dr Soumaïla Mariko et Issa Bara Berthé</i>	
3.1	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	31
3.2	NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	33
3.3	ALPHABÉTISATION.....	36
3.4	EXPOSITION AUX MÉDIAS	38
3.5	ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE.....	41
	3.5.1 Emploi des femmes.....	41
	3.5.2 Emploi des hommes	41
	3.5.3 Occupation des femmes	44
	3.5.4 Occupation des hommes.....	45
	3.5.5 Type d'emploi et type de revenu des femmes.....	47
CHAPITRE 4	FÉCONDITÉ	
	<i>Dr Soumaïla Mariko et Issa Bara Berthé</i>	
4.1	NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE	50
4.2	TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ	53
4.3	PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE	54
4.4	INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....	55
4.5	ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE.....	57
4.6	FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES.....	59
CHAPITRE 5	PLANIFICATION FAMILIALE	
	<i>Dr Etienne Dembélé et Oumou Keita</i>	
5.1	CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION	63
5.2	UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE	67
5.3	UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION	69
5.4	NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION	73
5.5	CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE.....	74
5.6	SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION.....	75
5.7	INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES.....	76
5.8	UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION.....	76
5.9	RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	77
5.10	MÉTHODE FUTURE PRÉFÉRÉE	78
5.11	EXPOSITION AUX SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....	78
CHAPITRE 6	NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE	
	<i>Dr Soumaïla Mariko et Issa Bara Berthé</i>	
6.1	ÉTAT MATRIMONIAL.....	81
6.2	POLYGAMIE.....	82

6.3	ÂGE À LA PREMIÈRE UNION	84
6.4	ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS	87
6.5	ACTIVITE SEXUELLE RECENTE	90
6.6	EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE	94
6.7	MÉNOPAUSE	96
CHAPITRE 7	PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ	
	<i>Dr Soumaïla Mariko</i>	
7.1	DÉSIR D'ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)	97
7.2	BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	100
7.3	NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS	103
7.4	PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ	106
CHAPITRE 8	SANTÉ DE LA MÈRE	
	<i>Dr Salif Samaké, Dr Binta Keita et Dr Soumaïla Mariko</i>	
8.1	SOINS PRÉNATALS	109
	8.1.1 Composants des soins prénatals	112
	8.1.2 Vaccination antitétanique	114
8.2	ACCOUCHEMENT	115
	8.2.1 Lieu d'accouchement	115
	8.2.2 Assistance lors de l'accouchement	116
8.3	SOINS POSTNATALS	119
8.4	ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ	121
8.5	CONNAISSANCE DE LA FISTULE.....	123
8.6	CONNAISSANCE DES MOYENS DE PRÉVENTION	125
CHAPITRE 9	SANTÉ DE L'ENFANT	
	<i>Dr Salif Samake et Dr Etienne Dembele</i>	
9.1	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.....	127
9.2	VACCINATION DES ENFANTS.....	128
9.3	MALADIES DES ENFANTS.....	132
CHAPITRE 10	PALUDISME	
	<i>Dr Georges Dakono, Djénéba Simaga, Dr Mamadou Diop et Dr Salif Samaké</i>	
10.1	ACCÈS AUX MOUSTIQUAIRES	144
	10.1.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages.....	145
	10.1.2 Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables.....	147
10.2	TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	150
10.3	TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	153

CHAPITRE 11	ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL <i>Dr Samaké Racky Ba et Dr Diop Mamadou</i>	
11.1	ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	157
11.2	CONSUMMATION DE MICRONUTRIMENTS	163
11.3	ANÉMIE.....	168
11.4	ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES	173
CHAPITRE 12	MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS <i>Dr Soumaïla Mariko et Seydou Moussa Traoré</i>	
12.1	MORTALITÉ DES ENFANTS.....	183
12.2	NIVEAUX ET TENDANCES	185
12.3	MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE	187
12.4	GROUPES À HAUTS RISQUES	191
CHAPITRE 13	MORTALITE ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE <i>Dr Soumaïla Mariko et Seydou Moussa Traoré</i>	
13.1	INTRODUCTION	193
13.2	COLLECTE DES DONNÉES	193
13.3	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	194
13.4	ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE	196
13.5	ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE.....	199
CHAPITRE 14	VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES <i>Dr Issaka Niambélé, Dr Idrissa CISSÉ et Dr Soumaïla Mariko</i>	
14.1	CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION.....	204
	14.1.1 Connaissance du VIH/sida	204
	14.1.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida.....	204
	14.1.3 Connaissance correcte de la transmission du VIH/sida et rejet d'idées erronées	206
	14.1.4 Connaissance de la transmission mère-enfant	210
14.2	STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.....	212
14.3	TEST DU VIH	215
14.4	OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DE RAPPORTS PROTÉGÉS AVEC LE CONJOINT	219
14.5	CONNAISSANCE PAR LES JEUNES DU SIDA ET D'UN ENDROIT OÙ SE PROCURER DES CONDOMS	220
14.6	RAPPORTS SEXUELS À HAUTS RISQUES ET UTILISATION DU CONDOM	222
14.7	ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES.....	224
	14.7.1 Âge aux premiers rapports sexuels des jeunes	224

	14.7.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom chez les jeunes	227
14.8	RAPPORTS SEXUELS PRÉNUPTIAUX ET UTILISATION DU CONDOM PARMIS LES CÉLIBATAIRES DE 15-24 ANS	230
14.9	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST).....	231
	14.9.1 Connaissance des IST	231
	14.9.2 Prévalence déclarée d'IST.....	234
	14.9.3 IST et comportement.....	236
14.10	PREVALENCE DES INJECTIONS	237
14.11	OPINION SUR L'ÉDUCATION DES ENFANTS DE 12-14 ANS SUR L'UTILISATION DU CONDOM COMME MOYEN DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA	239
CHAPITRE 15	PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS <i>Pr Flabou Boudougou, Dr Sékou Traoré et Dr Soumaïla Mariko</i>	
15.1	PROTOCOLE DE TEST DU VIH	243
	15.1.1 Collecte	243
	15.1.2 Procédures de laboratoire.....	244
15.2	TAUX DE COUVERTURE DU TEST DU VIH.....	246
15.3	PRÉVALENCE DU VIH.....	250
	15.3.1 Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge	250
	15.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques	252
	15.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risques	254
	15.3.4 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans	256
	15.3.5 Prévalence du VIH et autres facteurs de risques.....	260
	15.3.6 Prévalence du VIH parmi les couples.....	261
CHAPITRE 16	SITUATION DES ENFANTS, DES ORPHELINS ET DES ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE <i>Dr Soumaïla Mariko et Dr Adiaratou TOGOLA</i>	
16.1	ENREGISTREMENT DES NAISSANCES À L'ÉTAT CIVIL	263
16.2	TRAVAIL DES ENFANTS	264
16.3	SITUATION DES ORPHELINS ET ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE	266
CHAPITRE 17	STATUT DE LA FEMME <i>Dr Adiaratou TOGOLA et Paul Roger LIBITÉ</i>	
17.1	EMPLOI ET TYPE DE RÉMUNÉRATION DES CONJOINTS.....	274
17.2	CONTRÔLE DU REVENU DES CONJOINTS DANS LE MÉNAGE.....	275
17.3	PRISE DE DÉCISION DANS LE MÉNAGE.....	278
17.4	ATTITUDES SUR LE RÔLE DE SEXES	281

CHAPITRE 18	EXCISION <i>Dr Fanta Siby, Dr Mamadou Diop et Dr Soumaïla Mariko</i>	
18.1	CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FEMMES ENQUÊTÉES	286
18.2	PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES	290
18.3	OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION.....	296
CHAPITRE 19	MALADIES, DÉPENSES DE SANTÉ ET SOURCES DE FINANCEMENT <i>Cheick H.T. SIMPARA, Dr Mamadou DIOP, Yann Derriennic et Dr Soumaïla Mariko</i>	
19.1	MALADIES ET RECOURS AUX SOINS	308
	19.1.1 Présence de la maladie	308
	19.1.2 Recours aux soins	311
19.2	DÉPENSES DE SANTÉ.....	315
	19.2.1 Dépenses de santé par malade	315
	19.2.2 Dépenses de santé des ménages.....	317
	19.2.3 Dépenses de santé des ménages par type	319
19.3	SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE	328
RÉFÉRENCES		331
ANNEXE A	PLAN DE SONDAGE	
A.1	INTRODUCTION.....	333
A.2	BASE DE SONDAGE.....	333
A.3	ÉCHANTILLONNAGE.....	334
A.4	ENQUÊTE HOMME ET TEST DU VIH	335
A.5	PROBABILITÉS DE SONDAGE.....	336
A.6	RÉSULTAT DES ENQUÊTES.....	337
ANNEXE B	ERREURS DE SONDAGE	343
ANNEXE C	TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	361
ANNEXE D	PERSONNEL DE L'EDSB-III	367
ANNEXE E	QUESTIONNAIRES	373

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Page

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Tableau 1.1	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle	
-------------	--	--

CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Tableau 2.1	Population des ménages par âge, sexe et milieu de résidence	13
Tableau 2.2	Population (de droit) par âge selon différentes sources	14
Tableau 2.3	Composition des ménages	16
Tableau 2.4.1	Niveau d'instruction de la population des femmes	17
Tableau 2.4.2	Niveau d'instruction de la population des hommes	18
Tableau 2.5	Taux de fréquentation scolaire	21
Tableau 2.6	Taux de redoublement et taux d'abandon au niveau primaire	23
Tableau 2.7	Caractéristiques des logements	25
Tableau 2.8	Biens durables possédés par les ménages	26
Tableau 2.9	Eau utilisée par les ménages pour boire.....	28
Tableau 2.10	Type de toilettes	29
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population	14
Graphique 2.2	Proportion de femmes et d'hommes sans instruction selon le milieu et la région de résidence.....	19
Graphique 2.3	Taux de fréquentation scolaire par âge.....	20

CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

Tableau 3.1	Caractéristiques individuelles des enquêtés	32
Tableau 3.2	Résidence et quintile du bien-être économique	33
Tableau 3.3.1	Niveau d'instruction des femmes par caractéristiques sociodémographiques	34
Tableau 3.3.2	Niveau d'instruction des hommes par caractéristiques sociodémographiques	35
Tableau 3.4.1	Alphabétisation des femmes.....	36
Tableau 3.4.2	Alphabétisation des hommes	37
Tableau 3.5.1	Exposition des femmes aux média	39
Tableau 3.5.2	Exposition des hommes aux média	40
Tableau 3.6.1	Emploi des femmes.....	42
Tableau 3.6.2	Emploi des hommes.....	43
Tableau 3.7.1	Occupation des femmes	45
Tableau 3.7.2	Occupation des hommes	46
Tableau 3.8	Type d'emploi.....	47

Graphique 3.1	Proportion d'alphabétisés parmi les femmes et les hommes.....	38
Graphique 3.2	Travail des femmes et des hommes.....	44

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

Tableau 4.1	Fécondité actuelle.....	50
Tableau 4.2	Fécondité par caractéristiques sociodémographiques	52
Tableau 4.3	Fécondité par âge selon trois sources	53
Tableau 4.4	Tendances de la fécondité par âge	54
Tableau 4.5	Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes	55
Tableau 4.6	Intervalle intergénérisique	56
Tableau 4.7	Âge à la première naissance	58
Tableau 4.8	Âge médian à la première naissance	59
Tableau 4.9	Fécondité des adolescentes.....	60
Graphique 4.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	51
Graphique 4.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans	52
Graphique 4.3	Fécondité par âge selon l'EDSM-II 1995-96, l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006	53
Graphique 4.4	Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête	54
Graphique 4.5	Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde.....	61

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

Tableau 5.1	Connaissance des méthodes contraceptives	65
Tableau 5.2	Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques	66
Tableau 5.3.1	Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les femmes	68
Tableau 5.3.2	Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les hommes.....	69
Tableau 5.4	Utilisation Actuelle De La Contraception.....	70
Tableau 5.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	71
Tableau 5.6	Nombre d'enfants à la première utilisation	73
Tableau 5.7	Connaissance de la période féconde.....	74
Tableau 5.8	Source d'approvisionnement.....	75
Tableau 5.9	Choix de la méthode et information	76
Tableau 5.10	Utilisation future	77
Tableau 5.11	Raisons citées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception.....	77
Tableau 5.12	Méthode contraceptive future préférée.....	78
Tableau 5.13	Exposition aux messages sur la planification familiale	79
Tableau 5.14	Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale.....	80
Graphique 5.1	Connaissance des méthodes contraceptives par les femmes et par les hommes	65
Graphique 5.2	Prévalence contraceptive moderne selon la résidence (femmes en union).....	72

Graphique 5.3	Prévalence de la contraception EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 (femmes en union).....	73
---------------	---	----

CHAPITRE 6 NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Tableau 6.1	État matrimonial actuel	81
Tableau 6.2	Nombre de co-épouses et d'épouses	83
Tableau 6.3	Âge à la première union.....	85
Tableau 6.4	Âge médian à la première union	86
Tableau 6.5	Âge aux premiers rapports sexuels	88
Tableau 6.6	Âge médian aux premiers rapports sexuels.....	89
Tableau 6.7.1	Activité sexuelle récente des femmes	91
Tableau 6.7.2	Activité sexuelle récente des hommes.....	93
Tableau 6.8	Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum.....	94
Tableau 6.9	Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques	95
Tableau 6.10	Ménopause.....	96
Graphique 6.1	Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge	82
Graphique 6.2	Proportions de femmes en union polygames.....	84
Graphique 6.3	Âge médian des femmes et des hommes à la première union	87
Graphique 6.4	Âge médian des femmes et des hommes aux premiers rapports sexuels	90

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Tableau 7.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant vivants	98
Tableau 7.2	Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques	100
Tableau 7.3	Besoins en matière de planification familiale.....	101
Tableau 7.4	Nombre idéal d'enfants.....	104
Tableau 7.5	Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique	105
Tableau 7.6	Planification de la fécondité.....	107
Tableau 7.7	Taux de fécondité désirée.....	108
Graphique 7.1	Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants.....	99
Graphique 7.2	Nombre idéal d'enfants des femmes et des hommes	106
Graphique 7.3	Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée ..	108

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA MÈRE

Tableau 8.1	Soins prénatals.....	110
Tableau 8.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse.....	112
Tableau 8.3	Composants des visites prénatales.....	113
Tableau 8.4	Vaccination antitétanique	114
Tableau 8.5	Lieu de l'accouchement	116
Tableau 8.6	Assistance lors de l'accouchement.....	117

Tableau 8.7	Soins postnatals.....	120
Tableau 8.8	Problèmes d'accès aux soins de santé.....	122
Tableau 8.9	Connaissance et prévalence de la fistule obstétricale.....	124
Tableau 8.10	Moyens de prévention de la fistule obstétricale.....	126
Graphique 8.1	Soins prénatals par du personnel formé	111
Graphique 8.2	Vaccination antitétanique	115
Graphique 8.3	Assistance à l'accouchement par du personnel de santé.....	118
Graphique 8.4	Soins prénatals et conditions d'accouchement.....	119

CHAPITRE 9 SANTÉ DE L'ENFANT

Tableau 9.1	Caractéristiques des naissances	128
Tableau 9.2	Vaccinations selon les sources d'information	129
Tableau 9.3	Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques.....	131
Tableau 9.4	Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA).....	133
Tableau 9.5	Prévalence et traitement de la fièvre	134
Tableau 9.6.1	Médicaments donnés pour traiter la fièvre	135
Tableau 9.6.2	Disponibilité du médicament à la maison	136
Tableau 9.7	Prévalence de la diarrhée.....	137
Tableau 9.8	Connaissance des sachets de SRO.....	138
Tableau 9.9	Traitement de la diarrhée.....	139
Tableau 9.10	Pratiques alimentaires pendant la diarrhée.....	140
Tableau 9.11	Évacuation des selles des enfants.....	142
Graphique 9.1	Couverture vaccinale par type de vaccin (enfants de 12-23 mois), EDSM-III et EDSM-IV.....	130
Graphique 9.2	Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés.....	130
Graphique 9.3	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination	132
Graphique 9.4	Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans.....	135
Graphique 9.5	Alimentation des enfants ayant la diarrhée	141

CHAPITRE 10 PALUDISME

Tableau 10.1	Possession de moustiquaires	146
Tableau 10.2	Utilisation des moustiquaires par les enfants.....	148
Tableau 10.3	Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes.....	150
Tableau 10.4	Utilisation du traitement préventif par les femmes enceintes.....	151
Tableau 10.5	Prévalence et traitement précoce de la fièvre.....	154
Tableau 10.6	Traitement de la fièvre	155
Graphique 10.1	Possession de moustiquaires par les ménages.....	147
Graphique 10.2	Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans.....	149
Graphique 10.3	Proportions de femmes qui ont pris, à titre préventif, des antipaludéens au cours de la dernière grossesse	152

Graphique 10.4	Pourcentage de mères qui ont pris de la SP/Fansidar et pourcentage qui en ont reçu au cours d'une visite prénatale.....	153
----------------	---	-----

CHAPITRE 11 ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL

Tableau 11.1	Allaitement initial.....	158
Tableau 11.2	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	160
Tableau 11.3	Durée médiane et fréquence de l'allaitement.....	161
Tableau 11.4	Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête.....	162
Tableau 11.5	Sel iodée dans le ménage.....	164
Tableau 11.6	Consommation de micronutriments.....	166
Tableau 11.7	Consommation de micronutriments par les mères.....	167
Tableau 11.8	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	170
Tableau 11.9	Prévalence de l'anémie des femmes.....	172
Tableau 11.10	Prévalence de l'anémie des enfants selon le niveau d'anémie de la mère.....	173
Tableau 11.11	État nutritionnel des enfants.....	175
Tableau 11.12	État nutritionnel des femmes par caractéristiques sociodémographiques.....	181
Graphique 11.1	Prévalence de l'anémie (enfants de moins de 5 ans).....	171
Graphique 11.2	État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.....	177
Graphique 11.3	Prévalence du retard de croissance (enfants de moins de 5 ans).....	177
Graphique 11.4	Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006.....	179

CHAPITRE 12 MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Tableau 12.1	Mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	185
Tableau 12.2	Mortalité des enfants par caractéristiques socio-économiques de la mère.....	188
Tableau 12.3	Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants.....	190
Tableau 12.4	Comportement procréateur à hauts risques.....	192
Graphique 12.1	Tendances de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006.....	186
Graphique 12.2	Tendances de la mortalité juvénile et infanto-juvénile selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006.....	187
Graphique 12.3	Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère.....	188
Graphique 12.4	Mortalité infantile et caractéristiques des naissances.....	190

CHAPITRE 13 MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

Tableau 13.1	Complétude de l'information sur les frères et soeurs.....	194
Tableau 13.2	Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs.....	195
Tableau 13.3	Estimation de la mortalité adulte par âge.....	197
Tableau 13.4	Estimation directe de la mortalité maternelle.....	199

Graphique 13.1	Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDSM-III et avant l'EDSM-IV et taux des tables types de mortalité.....	197
Graphique 13.2	Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDSM-III et avant l'EDSM-IV et taux des tables types de mortalité.....	198
Graphique 13.3	Mortalité maternelle au Mali et en Afrique subsaharienne.....	200

CHAPITRE 14 VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Tableau 14.1	Connaissance du VIH/sida	204
Tableau 14.2	Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida.....	205
Tableau 14.3.1	Idées erronées à propos du VIH/sida : Femmes.....	207
Tableau 14.3.2	Idées erronées à propos du VIH/sida : Hommes.....	209
Tableau 14.4	Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	211
Tableau 14.5.1	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Femmes	213
Tableau 14.5.2	Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Hommes	214
Tableau 14.6.1	Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats	216
Tableau 14.6.2	Test du VIH récent parmi les jeunes.....	217
Tableau 14.6.3	Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH.....	218
Tableau 14.7	Opinion sur la négociation de rapports protégés avec le conjoint.....	219
Tableau 14.8	Connaissance « complète » du VIH /sida et d'un endroit où se procurer des condoms parmi les jeunes	221
Tableau 14.9	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	223
Tableau 14.10	Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels	224
Tableau 14.11	Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes.....	226
Tableau 14.12	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois.....	228
Tableau 14.13	Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du condom au cours des rapports sexuels pré-nuptiaux parmi les jeunes.....	230
Tableau 14.14.1	Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Femmes.....	232
Tableau 14.14.2	Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Hommes.....	234
Tableau 14.15	Infection sexuellement transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés	235
Tableau 14.16	Recherche de traitement pour les IST.....	236
Tableau 14.17	Prévalence des injections médicales.....	237
Tableau 14.18	Opinion sur l'éducation des enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom en tant que moyen de prévention du VIH/sida.....	240
Graphique 14.1	Abstinence, fidélité et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans	229
Graphique 14.2	Recherche de conseils et de traitement pour les IST.....	236
Graphique 14.3	Lieu de la dernière injection effectué par du personnel médical.....	238
Graphique 14.4	Injections sans risque (seringue et aiguille provenant d'un emballage neuf et non ouvert) selon le lieu de la dernière injection.....	239

CHAPITRE 15 PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS

Tableau 15.1.1	Couverture du test du VIH des femmes selon le milieu et la région de résidence	247
Tableau 15.1.2	Couverture du test du VIH des hommes selon le milieu et la région de résidence	247
Tableau 15.1.3	Couverture du test du VIH pour l'ensemble des femmes et des hommes enquêtés, selon le milieu et la région de résidence.....	248
Tableau 15.2.1	Couverture du test du VIH des femmes selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique	249
Tableau 15.2.2	Couverture du test du VIH des hommes selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique	250
Tableau 15.3	Prévalence du VIH selon l'âge.....	251
Tableau 15.4	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques.....	252
Tableau 15.5	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	253
Tableau 15.6	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel ...	254
Tableau 15.7	Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans.....	257
Tableau 15.8	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel parmi les jeunes de 15-24 ans	259
Tableau 15.9	Prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête.....	260
Tableau 15.10	Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH	261
Tableau 15.11	Prévalence du VIH parmi les couples	262
Graphique 15.1	Algorithme de dépistage du VIH	245
Graphique 15.2	Prévalence du VIH par sexe et âge.....	251
Graphique 15.3	Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans	258

CHAPITRE 16 SITUATION DES ENFANTS, DES ORPHELINS ET DES ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE

Tableau 16.1	Enregistrement des enfants à l'état civil	264
Tableau 16.2	Travail des enfants	265
Tableau 16.3	Orphelins et enfants en situation difficile (OESD)	267
Tableau 16.4	Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents	268
Tableau 16.5	Fréquentation scolaire selon l'état de survie des parents et la situation d'OESD	270
Tableau 16.6	Orphelins et enfants en situation difficile présentant une insuffisance pondérale	271

CHAPITRE 17 STATUT DE LA FEMME

Tableau 17.1	Emploi et type de rémunération parmi les femmes et les hommes actuellement en union	274
Tableau 17.2.1	Contrôle du revenu des femmes	276
Tableau 17.2.2	Contrôle du revenu du mari/partenaire dans le ménage.....	277
Tableau 17.3	Prise de décision dans le ménage par les femmes.....	279

Tableau 17.4	Participation des femmes dans la prise de décisions selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	280
Tableau 17.5	Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait qu'un mari batte sa femme	282
Tableau 17.6	Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire	284

CHAPITRE 18 EXCISION

Tableau 18.1	Connaissance et pratique de l'excision	287
Tableau 18.2	Âge des enquêtées à l'excision	289
Tableau 18.3	Personne qui a procédé à l'excision	290
Tableau 18.4	Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées	291
Tableau 18.5	Type d'excision des filles.....	292
Tableau 18.6	Âge des filles à l'excision	294
Tableau 18.7	Personne qui à procédé à l'excision des filles	295
Tableau 18.8	Excision des filles et complications	295
Tableau 18.9.1	Avantages pour une fille d'être excisée selon les femmes.....	297
Tableau 18.9.2	Avantages pour une fille d'être excisée selon les hommes.....	298
Tableau 18.10.1	Avantages pour une fille de ne pas être excisée selon les femmes	299
Tableau 18.10.2	Avantages pour une fille de ne pas être excisée selon les hommes	300
Tableau 18.11	Croyance au sujet de l'excision	302
Table 18.12.1	Opinion des femmes concernant l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques	303
Table 18.12.2	Opinion des hommes concernant l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques	304
Table 18.13	Opinion des femmes et des hommes par rapport à l'excision.....	305
Graphique 18.1	Proportion de femmes excisées selon l'ethnie	288

CHAPITRE 19 MALADIES, DÉPENSES DE SANTÉ ET SOURCES DE FINANCEMENT

Tableau 19.1	Maladies et blessures	309
Tableau 19.2.1	Recours aux soins: automédication et fréquentation des formations sanitaires par les malades	312
Tableau 19.2.2	Recours aux soins: automédication et fréquentation des formations sanitaires par les ménages	314
Tableau 19.3.1	Dépenses de santé par malade	316
Tableau 19.3.2	Dépenses de santé par ménage.....	317
Tableau 19.4	Dépenses de santé par ménage pour l'automédication et par prestataire	319
Tableau 19.5	Dépenses de santé par ménage pour l'automédication ou la recherche de conseils hors formations sanitaires.....	321
Tableau 19.6	Dépenses de santé par ménage pour recherche de conseils hors formations sanitaires.....	322
Tableau 19.7.1	Dépenses de santé par malade dans les formations sanitaires (hors automédication).....	323

Tableau 19.7.2	Dépenses de santé par ménage dans les formation sanitaires (hors automédication).....	325
Tableau 19.8	Dépenses de santé par ménage dans les formation sanitaires (hors automédication) par type de dépense	326
Tableau 19.9	Dépenses de santé par ménage dans les formation sanitaires (hors automédication) par différents prestataires	327
Tableau 19.10	Source de financement des dépenses de santé.....	329
Graphique 19.1	Pourcentage de malades ou de blessés parmi la population selon l'âge, le sexe et le quintile du bien-être du ménage.....	309
Graphique 19.2	Pourcentage de malades ou de blessés parmi la population selon le milieu de résidence et la région	309
Graphique 19.3	Dépenses de santé par ménage selon le milieu, la région de résidence et le quintile de bien-être	318
Graphique 19.4	Pourcentage de ménages qui ont effectué des dépenses de santé en argent par source de financement	330

ANNEXE A PLAN DE SONDAGE

Tableau A.1	Répartition de la population par région et par milieu de résidence (RGPH 1998).....	334
Tableau A.2	Allocation de l'échantillon grappe et de ménage par région et par milieu de résidence	335
Tableau A.3	Allocation de l'échantillon femme enquêtée avec succès par région et par milieu de résidence	335
Tableau A.4	Allocation de l'échantillon ménages pour enquête homme et les nombres attendus des hommes enquêtés avec succès par région et par milieu de résidence	336
Tableau A.5	Nombres attendus de tests du VIH par région, par type de résidence et par sexe	336
Tableau A.6	Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des femmes.....	338
Tableau A.7	Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des hommes	339
Tableau A.8	Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques	340
Tableau A.9	Couverture du test du VIH parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans interviewés selon certaines caractéristiques du comportement sexuel	341

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE

Tableau B.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage	346
Tableau B.2	Erreurs de sondage: Échantillon National	347
Tableau B.3	Erreurs de sondage : Échantillon Bamako	348
Tableau B.4	Erreurs de sondage : Échantillon Autres Villes.....	349
Tableau B.5	Erreurs de sondage : Échantillon ensemble urbain.....	350
Tableau B.6	Erreurs de sondage : Échantillon rural	351
Tableau B.7	Erreurs de sondage : Échantillon Kayes.....	352

Tableau B.8	Erreurs de sondage : Échantillon Koulikoro	353
Tableau B.9	Erreurs de sondage : Échantillon Sikasso	354
Tableau B.10	Erreurs de sondage : Échantillon Segou	355
Tableau B.11	Erreurs de sondage : Échantillon Mopti	356
Tableau B.12	Erreurs de sondage : Échantillon Tombouctou.....	357
Tableau B.13	Erreurs de sondage : Échantillon Gao	358
Tableau B.14	Erreurs de sondage : Échantillon Kidal.....	359

ANNEXE C TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau C.1	Répartition par âge de la population des ménages	361
Tableau C.2.1	Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées	362
Tableau C.2.2	Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés.....	362
Tableau C.3	Complétude de l'enregistrement.....	363
Tableau C.4	Naissances par année de naissance	363
Tableau C.5	Enregistrement de l'âge au décès en jours.....	364
Tableau C.6	Enregistrement de l'âge au décès en mois	365
Tableau C.7	État nutritionnel des enfants.....	366

PRÉFACE

La réalisation des Enquêtes Démographique et de santé est devenu un exercice institutionnalisé que le Mali conduit depuis 1987 avec l'appui technique de macro international. La première édition a été réalisée en 1987 à travers le CERPOD (Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population et le Développement) et la seconde a été menée en 1995/1996 par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique avec l'appui technique de ORC Macro. Quant à la troisième, elle a été effectuée en 2001 sous la responsabilité technique de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique avec l'appui technique de ORC Macro. La présente édition quatrième du genre, a été réalisée dans un contexte où le Mali s'est engagé à l'instar des autres pays, à l'atteinte des OMD. Pour ce faire un partenariat solide se développe dans le sens de l'harmonisation basée sur la déclaration de Paris afin de créer les synergies autour du Mali pour optimiser les efforts. Les enquêtes EDS sont devenues des instruments consensuels assez robustes pouvant fédérer les partenaires autour de données fiables, acceptables par tous pour le renforcement du dialogue politique autour des programmes.

Dans la logique des enquêtes précédentes, elle permettra de :

- Fournir des informations sur la fécondité et ses déterminants, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité des enfants ;
- Apprécier les différentes tendances enregistrées de ces phénomènes et mettre à jour les données y afférentes ;
- Constituer une base de données fiable sur la fécondité, la santé de la reproduction, la mortalité maternelle et infantile, la nutrition, l'excision et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) y compris le VIH/sida.

La présente enquête a réédité l'enquête de séroprévalence du VIH/sida introduite à partir de l'EDSM-III. Ainsi les enquêtes de séroprévalence sur le VIH/sida ont été menées avec un taux d'acceptation de 93 % chez les femmes et 85 % chez les hommes. Ceci a permis de mesurer l'effort déployé dans la lutte contre le VIH/Sida qui s'est traduit par une évolution du taux de prévalence de 1,7% à 1,3% entre 2001 et 2006. Aussi la collaboration entre le Center for Disease Control (CDC) des Etats-Unis et l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) qui dispose d'un laboratoire de biologie moléculaire capable de mener tous les tests de contrôle du VIH/sida a permis d'utiliser des méthodes robustes et des tests fiables pour l'anémie et le VIH/Sida.

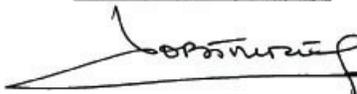
Cette quatrième enquête (EDSM-IV) a touché un échantillon de 12 998 ménages, dans lesquels toutes les femmes de 15 à 49 ans ont été enquêtées. Dans un tiers des ménages, ont été également enquêtés, tous les hommes de 15 à 59 ans. Le taux de réponse a été de 99 % chez les femmes et 91 % chez les hommes enquêtés.

Le module sur les dépenses de santé a été introduit comme innovation dans cette enquête en vue d'une institutionnalisation de l'élaboration des comptes nationaux de la santé. Ceci sera d'une utilité certaine dans les décisions en matière de lutte contre la pauvreté.

Le présent rapport complète le rapport préliminaire qui a fait l'objet d'une large diffusion en avril 2007. Des analyses thématiques approfondies sont envisagées à partir de la base de données disponible et seront conduites pour mieux éclairer les décisions et la conduite des programmes.

Ainsi le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, la société civile, le secteur privé, la communauté scientifique disposeront d'une mise à jour des données clés leur permettant de jouer leur partition dans le partenariat en faveur du développement.

Permettez moi de saisir cette opportunité pour remercier les populations, les enquêteurs et les superviseurs pour leur engagement, leur dévouement et leur patience. Aussi, je voudrais saluer la qualité de la collaboration, l'intérêt constant et les efforts soutenus des partenaires comme l'USAID, l'UNICEF, les Pays Bas, le FNUAP et la Banque Mondiale pour la réussite de l'opération. Je leur adresse mes sincères remerciements ainsi qu'à l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur.

LE MINISTRE DE LA SANTE

OUMAR IBRAHIMA TOURE



REMERCIEMENTS

La quatrième édition de l'enquête démographique et de santé a été réalisée par la cellule de Planification et de statistique du Ministère de la santé et la direction nationale de la statistique et de l'informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce avec la collaboration de l'INRSP et l'assistance technique de Macro International.

Tout en améliorant la qualité des indicateurs produits depuis la première édition elle a permis d'introduire des innovations qui vont contribuer au processus de développement socio sanitaire de notre pays.

Grâce à la synergie des efforts et à l'esprit de franche collaboration des personnes ressources, des agences et des institutions partenaires, la présente enquête a pu être conduite. A cet effet nous saisissons cette opportunité pour adresser :

Nos remerciements à toutes les populations, les autorités politiques, les autorités administratives, la société civile et les chefs traditionnels qui ont consacré une partie de leur précieux temps à répondre aux questions de cette enquête.

Nos remerciements aux responsables de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique notamment au directeur national, les responsables de la cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé ; les Directeurs Régionaux de la santé, les Directeurs régionaux du Développement Social et de l'Économie Solidaire, les Directeurs Régionaux du Plan et de la statistique, les superviseurs et le personnel de soutien pour leur engagement et leur dévouement.

Nos sincères remerciements à la Direction Nationale de la Santé, la direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé, l'Institut National de Recherche en Santé Publique, la Direction Nationale de Développement Social, la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire, la Direction Nationale de la Population pour leur collaboration et le soutien de leurs services techniques sur le terrain ; ainsi qu'au Ministère des Finances pour la collaboration intersectorielle.

Nos félicitations aux cartographes, aux chefs d'équipes, aux contrôleuses, aux agents de saisie, aux éditeurs et aux chauffeurs pour leur engagement, leur dévouement et leur perspicacité au cours de cette enquête.

Nos sincères remerciements à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH /Sida, et le laboratoire ALGI pour leur contribution d'avoir assuré le contrôle de qualité des tests de séroprévalence du VIH.

Notre reconnaissance et notre profonde gratitude à Macro International pour son assistance technique de qualité au cours de cette opération à travers les appuis constants de ses représentants en l'occurrence Monsieur Mohamed Ayad, Monsieur Soumaila Mariko et Monsieur Paul Roger Libite.

Nos remerciements à tous nos partenaires techniques et financiers qui nous ont accompagnés et soutenus de façon constante au cours de cette opération, notamment : l'USAID, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale et le royaume des Pays Bas.

Enfin nos sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de cette enquête.

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

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADBC	Agents de distribution à base communautaire
ARV	Médicaments AntiRétroviraux
BCEAO	Banque de la Communauté Économique d’Afrique de l’Ouest
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin
CCDV	Centre de Conseils et de Dépistage Volontaire
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Économique des États de l’Afrique de l’Ouest
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centres de Santé Communautaires
CSPRO	Census and Survey Processing System
CSREF	Centre de Santé de Référence
DHS	Demographic and Health Survey
DNAFLA	Direction Nationale de l’Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée
DNSI/MPAT	Direction Nationale de la Statistique et de l’Informatique du Ministère du Plan et de l’Aménagement du Territoire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé au Mali
IEC	Information, Éducation et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISSA	Integrated Systems for Survey Analysis
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RDV	Risque sur la Durée de Vie
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SIDA	Syndrome de l’Immunodéficience Acquise
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale

TBFS	Taux Brut de Fréquentation Scolaire
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité générale
TMM	Taux de Mortalité maternelle
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

L'enquête Démographique et de Santé de 2006 (EDSM-IV) est la quatrième d'une série réalisée par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé en collaboration avec la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère du Plan et l'Aménagement du Territoire et l'Institut National de Recherche en Santé Publique. Elle a bénéficié de l'appui technique de Macro International et de l'appui financier de l'USAID, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de la Coopération Néerlandaise, de la Banque Mondiale et du Gouvernement Malien. Il s'agit d'une enquête rétrospective au cours de laquelle 12 998 ménages, 14 583 femmes de 15-49 ans et 4 207 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés. La collecte des données s'est déroulée de mai à décembre 2006.

Les informations recueillies au cours de l'enquête sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural), au niveau des huit régions et de la ville de Bamako.

L'EDSM-IV fournit des informations sur les niveaux de fécondité, et sur certains des facteurs qui influencent ces niveaux tels que l'activité sexuelle, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale et l'état matrimonial.

L'enquête comprend également un volet important sur la santé et l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Les données recueillies ont également permis l'évaluation de la couverture vaccinale, l'estimation de la prévalence de la fièvre, de la diarrhée et de la toux chez les enfants de moins de cinq ans. L'enquête s'est également intéressée à l'utilisation de moyens préventifs contre le paludisme tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la prise d'anti-paludéens.

Les informations sur la santé des femmes de 15-49 ans concernent le suivi prénatal, les conditions d'accouchement, le suivi postnatal et la consommation de micronutriments. L'état nutritionnel des femmes a également été évalué au moyen d'indicateurs anthropométriques. En outre, à la différence de l'enquête précédente, des données ont été collectées sur la prévalence de la fistule et sur la connaissance de cette maladie par les femmes. Enfin, il faut également citer dans ce volet santé, la réalisation au cours de l'enquête d'un test de séroprévalence qui a permis d'estimer d'une part la prévalence de l'anémie parmi les femmes, et les enfants de moins de 5 ans et d'autre part la prévalence du VIH/sida dans la population adulte.

De même, au cours de l'enquête des questions ont été posées sur la connaissance, la pratique de l'excision et on a cherché à déterminer le niveau de connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles.

Les données collectées au cours de l'EDSM-IV ont aussi permis d'évaluer le niveau de la mortalité infanto-juvénile et d'estimer le taux de mortalité maternelle.

Des informations ont également été collectées sur le statut de la femme et la situation des enfants. Les informations ainsi recueillies permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1987, 1995-1996 et 2001.

À la différence des trois premières enquêtes, le questionnaire ménage de l'EDSM-IV a permis de collecter, des informations sur les dépenses de santé des ménages dans un ménage sur trois de l'échantillon.

Ce résumé a pour objectif de présenter les principaux résultats de ce rapport.

FÉCONDITÉ

Avec, en moyenne, 6,6 enfants par femme, le niveau de la fécondité au Mali demeure élevé. Cette fécondité est également précoce puisque 30 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà eu, au moins, une naissance vivante. En outre, ce niveau de fécondité est resté quasiment stable depuis la précédente enquête, le nombre moyen d'enfants par femme étant passé de 6,8 en 2001 à 6,6. Par rapport à 2001, date de la deuxième enquête, la fécondité a diminué, en moyenne, de 0,2 enfants par femme.

On constate les mêmes variations que celles déjà observées lors des deux précédentes enquêtes EDS. En effet, les écarts entre milieux de résidence sont toujours très importants: en milieu urbain, les femmes ont, en moyenne, 5,4 enfants contre 7,2 en milieu rural. À Bamako, ce nombre moyen est de 4,8 alors que dans la région de Sikasso, les femmes ont, en moyenne, 7,4 enfants. Ce nombre varie également selon le niveau d'instruction des femmes et le niveau de bien-être du ménage: d'un maximum de 7 enfants par femme chez celles qui n'ont pas d'instruction, il passe à 6,3 parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 3,8 parmi celles qui ont atteint au moins un niveau secondaire ou plus. En fonction des quintiles du bien-être, ce nombre moyen d'enfants passe de 7,6 dans les ménages les plus pauvres à 4,9 dans les ménages les plus riches.

Dans 16 % des cas, les naissances n'étaient pas correctement planifiées: 13 % ne se sont pas produites au moment souhaité et 3 % n'étaient pas voulues. Si toutes les naissances non désirées avaient été évitées, les femmes auraient eu, en moyenne, 6 enfants au lieu de 6,6.

NUPTIALITE

L'âge d'entrée en première union influence de manière importante le niveau de la fécondité. Au Mali, l'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 16,6 ans. Cet âge médian n'a pratiquement pas varié depuis 2001, année au cours de laquelle a été réalisée l'EDSM-IV (16,5 ans). Les résultats de l'enquête font apparaître des disparités

importantes entre les milieux de résidence, les niveaux d'instruction et les niveaux socio-économiques des ménages. En milieu rural, les femmes entrent en union 2,6 ans plus tôt que celles du milieu urbain; par rapport à la ville de Bamako, cet écart est 3,1 ans. L'élévation du niveau d'instruction contribue à retarder l'âge à la première union des femmes, l'âge médian des femmes sans instruction étant de 16,4 ans contre 20,3 ans parmi celles de niveau secondaire ou plus. Enfin, les résultats mettent aussi en évidence l'influence du statut-socio-économique du ménage sur l'âge d'entrée en première union, la moitié des femmes des ménages du quintile le plus pauvre ayant contracté leur première union à 16,4 ans contre 17,8 ans parmi celles vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus riche.

Les hommes entrent en première union à un âge plus tardif que les femmes. L'âge médian des hommes de 20-59 ans est de 25,8 ans, c'est-à-dire 9,2 ans plus vieux que les femmes de 25-49 ans. Un peu plus d'un homme sur dix (12 %) avait déjà contracté une première union à l'âge de 20 ans. Chez les femmes, cette proportion est de 80 %.

Près de la moitié des femmes de 15-49 ans (49%) étaient en union polygame; chez les hommes de 15-59 ans, cette proportion est de 30 %. Les unions polygames sont fréquentes en milieu rural (37 % chez les femmes et 27 % chez les hommes). Les proportions de polygames tendent à diminuer avec l'élévation du niveau d'instruction

PLANIFICATION FAMILIALE

Au Mali, la quasi-totalité des femmes et des hommes connaissent les méthodes de planification familiale. Le condom masculin, les injectables et la pilule sont les méthodes les plus fréquemment connues.

Un peu plus de deux femmes en union sur dix (23 %) ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Cependant, au moment de l'enquête, seulement 8 % des femmes en union utilisaient une méthode quelconque de contraception, dont 7 % une méthode moderne et 1,4% une méthode traditionnelle. La prévalence contraceptive est restée stable depuis 2001. À cette date, 5,7 % des femmes en union utilisaient une

méthode moderne de contraception contre 6,9 % en 2006. Le niveau d'utilisation de la contraception est positivement associé au niveau d'instruction, 23 % des femmes ayant au moins un niveau secondaire ou plus utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode moderne contre seulement 5 % de celles sans instruction.

Bien que l'utilisation actuelle de la contraception soit faible, les besoins en matière de planification familiale demeurent importants. Les résultats de l'enquête montrent que 31 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. De plus, la demande potentielle en planification familiale est évaluée à 40 %. En d'autres termes, la prévalence contraceptive passerait de 8,2 % à 40 %, si tous les besoins en matière de planification familiale étaient satisfaits. Cependant, la demande en planification familiale n'est satisfaite que dans 8,2 % des cas.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

En ce qui concerne les soins prénatals, on constate que sept femmes sur dix (70%) se sont rendues en consultations prénatales dispensées par du personnel de santé, essentiellement un médecin, une infirmière, une sage-femme, ou une matrone. Près de trois femmes sur dix (29 %) n'a reçu aucun soin prénatal au cours de sa grossesse.

On constate que 56 % des femmes avaient reçu le nombre d'injections nécessaires pour assurer la protection de leur dernière naissance contre le tétanos néonatal.

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 54 % se sont déroulées à la maison et 45 % dans un établissement de santé, essentiellement du secteur public (43 %). Par rapport à 2001, ces proportions se sont améliorées (61% contre 54 % d'accouchement à la maison). Près de la moitié des naissances (78 %) se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé, en majorité des infirmières sages-femmes (25 %). Seulement 1,4 % des naissances se sont

déroulées avec l'assistance d'un médecin et 22 % avec l'assistance d'une matrone.

Dans l'ensemble, 28 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont lieu hors d'une formation sanitaire ont reçu des soins postnatals. Dans 22 % des cas, les femmes ont reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement. À l'opposé, dans 72 % des cas, les femmes n'ont effectué aucune visite postnatale.

En ce qui concerne la fistule obstétricale, les résultats montrent que moins d'une femme sur cinq en a entendu parlé (16 %). Parmi les femmes qui ont entendu parler de la fistule, 98% connaissent les signes, 67 % les causes et 64 % savent qu'elle peut être traitée.

SANTÉ DE L'ENFANT

Un peu moins d'un enfant de 12-23 mois sur deux (48 %) avait reçu tous les vaccins du Programme Élargie de Vaccination, c'est-à-dire une dose de BCG, trois doses de DTCoq, trois doses de polio et une dose de rougeole. Les variations selon le milieu de résidence sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural par rapport au milieu urbain (46 % contre 53 %). En outre, la proportion d'enfants complètement vaccinés augmente avec le niveau d'instruction de la mère : (46 % pour les enfants de mères non instruites et 70 % pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus) et avec le niveau économique du ménage de l'enfant passant de 49 % dans les ménages du quintiles le plus pauvre à 56 % dans les ménages du quintile le plus riche.

La comparaison avec les résultats de l'enquête précédente montre une augmentation de la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 29 % en 2001 à 48 % en 2006.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate que moins d'un enfant sur dix (6 %) a présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës. Pour seulement 38 % de ces enfants malades, un traitement ou des conseils ont été recherchés auprès d'un prestataire de santé.

Près de deux enfants sur dix (18 %) ont eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Pour 33 % des enfants, on a recherché un traitement ou des conseils et, un enfant sur deux a été traité avec des antipaludéens (48 %). Dans 15 % des cas, le médicament antipaludéen a été donné le même jour ou le jour suivant la survenue de la fièvre

Par ailleurs, 13 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces enfants, seulement 18 % ont été conduits dans un établissement sanitaire au cours de leur maladie, 14 % des enfants ont reçu des sachets de SRO, 13 % ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Globalement, 24 % des enfants ont reçu l'une et/ou l'autre forme de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO). Par ailleurs, pendant ces épisodes de diarrhée, certains enfants ont été traités avec des comprimés ou du sirop (24 %) et des remèdes à la maison ou autres médicaments (36 %). Environ un enfant sur cinq (21 %) n'a reçu aucun traitement contre la diarrhée.

POSSESSION ET UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES

Près de sept ménages maliens sur dix possède au moins une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (69 %). En ce qui concerne les moustiquaires qui ont été imprégnées, la proportion est de 62 % et 50 % des ménages possèdent au moins une MII.

Deux enfants sur cinq (41 %) avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Les proportions de ceux qui avaient dormi sous une moustiquaire qui a été imprégnée et sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) sont respectivement de 36 % et de 27 %.

Globalement, 29 % des femmes enceintes avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit ayant précédé l'enquête. Parmi les femmes ayant eu leur dernière naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête, 59 % ont pris des antipaludéens, à titre préventif, au cours de leur

grossesse. Une faible proportion (11 %) a pris deux doses ou plus de SP/Fansidar.

ALLAITEMENT ET NUTRITION

La quasi-totalité des enfants ont été allaités (94 %). La durée médiane de l'allaitement est estimée à 20,9 mois. En ce qui concerne l'allaitement exclusif, on constate que sa durée médiane est très courte (1,1 mois). Dans l'ensemble, 38 % des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités. À 6-8 mois, âges auxquels les enfants doivent recevoir des aliments de complément, on constate qu'un quart des enfants (26 %) sont nourris conformément aux recommandations. L'utilisation du biberon n'est pas très répandue. Seulement 2 % des enfants de moins de 2 mois sont nourris de cette manière.

Un peu plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (81 %) sont atteints d'anémie : 21 % sous une forme légère, 50 % sous une forme modérée et 10 % sont atteints d'anémie sévère. En ce qui concerne les femmes, les résultats montrent que plus de six femmes sur dix sont anémiées (68 %) : 43 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 29 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère.

Au Mali, plus de trois enfants de moins de cinq ans sur dix (43 %) accusent un retard de croissance. La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente très régulièrement et très rapidement avec l'âge : de 13 % à moins de 6 mois, la prévalence du retard de croissance augmente pour atteindre au moins 50 % des enfants entre 18 et 23 mois.

La malnutrition aiguë affecte 15 % des enfants de moins de cinq ans. C'est parmi les enfants considérés comme très petits à la naissance (19%) et ceux dont la mère est maigre (23 %) que la proportion d'enfants émaciés est la plus importante.

Plus du quart des enfants présentent une insuffisance pondérale : 17 % en souffrent sous une forme modérée et 10 % sous une forme sévère.

MORTALITÉ INFANTILE

Durant la période la plus récente (2001-2006), sur 1 000 enfants qui naissent, 96 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire : 46 entre 0 et 1

mois et 50 entre 1 et 12 mois exact. Sur 1 000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 105 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et, globalement, sur 1 000 naissances, 191 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire.

Globalement, entre la naissance et le cinquième anniversaire, le niveau de la mortalité a fortement baissé au cours des 15 dernières années, passant de 251 ‰ en 1995-1996 à 229 ‰ en 2001 et à 191, soit une baisse globale de 60 points de pourcentage.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. Globalement, on constate une surmortalité des enfants du milieu rural par rapport à ceux du milieu urbain. Le risque de décéder entre la naissance et cinq ans est supérieur de 48 % en milieu rural par rapport au milieu urbain (158 ‰ contre 234 ‰).

Le niveau d'instruction de la mère influence les chances de survie de l'enfant. La probabilité de mourir avant cinq ans est de 223 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, et de 102 ‰ lorsque celle-ci a atteint le niveau secondaire ou plus.

Les résultats montrent également que les conditions de vie des ménages influencent fortement les risques de décéder des enfants. Quelle que soit la composante de la mortalité des enfants, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches.

MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSM-IV pour la période 2001- 2006 est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux de mortalité maternelle est inférieur à celui estimé en 2001 par l'EDSM-III pour la période 1995-2001(582 décès pour 100 000 naissances vivantes).

EXCISION

Un peu plus de huit femmes sur dix ont déclaré avoir été excisées. La pratique de l'excision varie de manière importante en fonction des régions et de l'appartenance ethnique. C'est dans les régions de Kidal, Gao, et Tombouctou que les proportions de femmes excisées sont, de loin, les plus faibles (respectivement 0,9 %, 1,8%, et 44%) Dans celles de Kayes, de Koulikoro, de Sikasso, de Ségou et de la capitale Bamakolal la quasi-totalité des femmes ont été excisées. L'excision est une pratique répandue chez les Bambara et les Malinké (98 % des femmes sont excisées), les Sarakolé/Soninké (97 %), les Peulh (94%) et les Sénoufo/Minianka (93 %). À l'opposé, dans deux groupes ethniques, les Sonraï et les Tamachek, la prévalence de l'excision est faible.

Une faible proportion de femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas l'intention de faire exciser leur fille (10 %). Parmi les femmes, 76 % se sont déclarées en faveur du maintien de cette pratique ; chez les hommes, cette proportion est de 70 %.

SIDA ET AUTRES IST

Au Mali, la quasi-totalité des femmes et des hommes de 15-49 ans connaissent le VIH/sida. Cependant, seulement 17 % des femmes et 26 % des hommes de 15-49 ans ont une connaissance considérée comme complète des modes de transmission et de prévention du VIH/sida.

Globalement, 49 % d'hommes et 47 % de femmes connaissent la possibilité de transmission par l'allaitement et savent que ce risque de transmission maternelle du VIH peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse (22 % pour les hommes, 20 % pour les femmes).

Moins d'une femme sur dix (6 %) a eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi ces femmes 17 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. La proportion d'hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, est beaucoup plus élevée que celle des femmes (25 %). Parmi ces hommes, 39 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

Une proportion élevée de femmes (93 %) n'a jamais effectué de test du VIH. Dans l'ensemble, on constate que seulement 3 % des femmes avaient effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et avaient reçu les résultats du dernier test. Chez les hommes, la proportion de ceux qui n'ont jamais effectué un test de dépistage du VIH est aussi élevée que celle observée chez les femmes (92 %). Seulement 3 % ont effectué un test du VIH au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et avaient reçu les résultats du dernier test.

PRÉVALENCE DU VIH

Près de neuf personnes sur dix (88 %) ont été enquêtées et ont fourni du sang qui a pu être utilisé pour déterminer la prévalence du VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (84 %). En outre, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, le taux de couverture est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,3 % par l'EDSM-IV. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est un peu plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,50 : autrement dit, il y a 150 femmes infectées pour 100 hommes.

Chez les femmes, on constate des écarts importants entre les milieux de résidence, le niveau d'instruction et la situation d'emploi : en effet, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est de 1,8 % contre 1,2 % en milieu rural. En particulier, c'est à Bamako que la prévalence du VIH est la plus élevée (2,3 % contre 1,5 % dans les Autres Villes). Chez les hommes, les variations sont moins importantes. On constate que la prévalence la plus élevée concerne les hommes de la région de Koulikoro (1,6 %) et ceux ayant un niveau secondaire ou plus (1,8 %).

En outre, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 2 538 couples. On constate que, dans 96 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 0,4 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 1,1 % des cas, l'un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie, appelée « couples discordants », est constituée, dans une même proportion, de couples dans lesquels c'est la femme qui est séropositive (0,8 %) et de couples dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (0,3 %).

STATUT DE LA FEMME

Au cours de l'EDSM-IV, les données collectées ont permis d'évaluer le statut de la femme. Plus de six femmes en union sur dix (64 %) travaillaient au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi ces femmes, la majorité (53%) était rémunérée exclusivement en argent, 22 % en argent et en nature, 12 % en nature et 13 % n'étaient pas payées. Dans la majorité des cas, (87 %) les femmes décident elles-mêmes de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent ; 6 % ont déclaré décider avec leur conjoint et seulement 5 % laissent le conjoint décider seul.

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décision au sein du ménage, on a posé aux femmes des questions pour savoir qui de l'enquêtée ou de quelqu'un d'autre, prenait habituellement certaines décisions. Dans l'ensemble, on constate que la moitié des femmes en union (50 %) prennent seules la décision concernant la nourriture à préparer par jour. Seulement, 12 % prennent seule la décision concernant leurs propres soins de santé et les grosses dépenses du ménage. Les femmes sont très faiblement associées à leur conjoint dans la prise des cinq décisions citées au cours de l'enquête et, à l'opposé, 37 % des femmes n'ont participé à aucune.

Au cours de l'enquête on a cherché à connaître l'opinion des femmes et des hommes concernant certains aspects de la vie du couple : en particulier, on leur a demandé s'ils pensaient que pour certaines raisons, il était justifié qu'un homme batte sa femme et si une femme pouvait refuser, dans certaines circonstances, d'avoir des relations sexuelles avec son mari ou partenaire.

Près d'une femme sur deux (75 %) approuve qu'un mari batte sa femme pour au moins l'une des raisons évoquées.

Dans un cas sur dix (10 %), les femmes ont déclaré qu'il était normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint, cela quelle que soit la raison citée.

PROTECTION DES ENFANTS

Les résultats de l'EDSM-IV montrent que 5 % des enfants de moins de 18 ans sont des orphelins d'au moins un parent. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants (7 %) ne vit pas avec ses deux parents biologiques, bien que ces derniers soient tous en vie.

D'après l'EDSM-IV de 2006, parmi les enfants âgés de moins de cinq ans, plus d'un enfant sur deux (53 %) est enregistré à l'état civil,

On note que 47 % des enfants de 10-14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins un des parents vont à l'école contre 45 % de ceux qui sont orphelins des deux parents.

Globalement, 76 % des enfants âgés de 5-14 ans travaillent : cette proportion atteint 67 % chez les enfants de 5-9 ans parmi lesquels la scolarisation est obligatoire.

DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES

Les résultats de l'enquête montrent qu'environ 20 % des populations ont été malades ou blessées durant les 30 jours qui ont précédé l'enquête. La maladie a plus touché les femmes (22 %) que les hommes (18 %).

Elle a touché différemment les classes d'âges : un minimum de 10 % parmi les 5-14 ans contre un maximum de 37 % parmi les 50 ans et plus. De même, c'est dans le quintile le plus pauvre que la maladie a le moins affecté la population (18 %) et à l'opposé, c'est dans le quatrième quintile que la proportion de popula-

tion ayant été malade ou blessée est la plus élevée (25 %).

Environ 9 % des malades ou blessés parmi les populations et 10 % des ménages n'ont eu aucun recours aux soins et n'ont pas pratiqué l'automédication ni recherché de conseils hors formations sanitaires. L'automédication est une pratique courante parmi les populations (64%) aussi bien que parmi les ménages (65%), de même que la recherche de conseils hors formations sanitaires.

L'automédication et la recherche de conseils ou de traitement hors formation sanitaire parmi les populations concernent environ 67% des malades ou blessés.

En ce qui concerne les dépenses de santé, on constate que la dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours pour le premier et le deuxième recours est de 12 977 FCFA. Cette dépense pour le 1^{er} recours est de 11 512 FCFA et de 1 465 FCFA pour le 2^{ème} recours.

Pour les ménages, la dépense totale moyenne s'élève à 15 249 FCFA. Cette dépense varie considérablement suivant les caractéristiques démographiques. La dépense totale en santé pour l'automédication ou la recherche de conseils hors formation sanitaire s'établit à 13 766 FCFA pour l'ensemble du pays ; celle pour la recherche de conseils hors formation sanitaire est de 8 408 FCFA. En outre, les résultats montrent que les dépenses deviennent plus importantes quand les populations ou les ménages fréquentent les formations sanitaires.

Par ailleurs, les sources de financement des ménages pour les dépenses de santé proviennent des salaires ou de l'argent disponible à la maison (59 %), de la vente de biens ou d'actifs (17 %), de l'épargne et de l'emprunt sans intérêt (environ 8 %). Les autres sources et l'emprunt avec intérêt sont peu utilisés pour financer les dépenses de santé.

INDICATEURS DU MILLÉNAIRE, EDSM-IV MALI 2006

Objectif	Indicateur	Valeur	
1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	Masculin : 28,4 % Féminin : 25,0 %	Ensemble : 26,7 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous	Taux net de scolarisation dans le primaire ¹	Masculin : 45,9 % Féminin : 39,6 %	Ensemble : 42,8 %
	Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans ²	Masculin : 46,9 % Féminin : 25,4 %	Ensemble : 29,9 %
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire	Primaire : 0,84 Secondaire : 0,70	
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes ²		0,54
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		191 pour 1 000
	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)		96 pour 1 000
	Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	Masculin : 71,3 % Féminin : 65,5 %	Ensemble : 68,4 %
5. Améliorer la santé maternelle	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		464 pour 100 000
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel formé		49,0 %
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida ³	Masculin : 22,2 % Féminin : 17,9 %	
	Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (population âgée de 15 à 24 ans) ⁴	Masculin : 35,9 % Féminin : 16,5 %	
	Taux d'utilisation de la contraception (une méthode moderne, femmes 15-49 actuellement en union)		6,9 %
	Parmi les femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode moderne de contraception, pourcentage qui utilise le condom		5,8 %
7. Assurer un environnement durable	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure ⁵ , zones urbaine et rurale	Urbain : 79,0 % Rural : 46,0 %	Ensemble : 56,0 %
	Proportion de la population utilisant une méthode de traitement approprié pour l'eau de boisson ⁶ , zones urbaine et rurale	Urbain : 23,1 % Rural : 38,2 %	Ensemble : 33,6 %
	Proportion de la population possédant un système d'assainissement amélioré privé ⁷ , zones urbaine et rurale	Urbain : 27,0 % Rural : 6,4 %	Ensemble : 11,4 %

¹ Non compris les enfants dont le statut des parents est manquant.

² Correspond aux enquêtés qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière en Français, en Bambara, Malinké, Peulh/Sonraï. La lecture des autres langues nationales et l'alphabet arabe n'est pas pris en compte.

³ Sont considérés comme ayant une bonne connaissance générale, les femmes et les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par les piqûres de moustiques et le fait de partager les repas avec une personne infectée.

⁴ On entend par rapports sexuels à hauts risques, les rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

⁵ Eau de robinet, forage ou puits protégés.

⁶ Bouillir, eau de javel/chlore, passer à travers un linge.

⁷ Chasse d'eau, fosse/latrines ventilées ou améliorées.

CARTE DE MALI

Souleymane Ba et Dr Mamadou Diop

1.1 GÉOGRAPHIE, HISTOIRE ET ÉCONOMIE

1.1.1 Géographie

La République du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Elle partage, au nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie ; à l'est, le pays est frontalier avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal.

Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche. Ainsi, du sud au nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano guinéenne, 50 % dans la zone sahéenne et 25 % dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies, cette dernière durant, en moyenne, 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1 300 mm à 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. Ce climat se caractérise par quatre zones ; le delta intérieur du Niger se caractérise par un climat particulier. Les quatre zones sont les suivantes :

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

1.1.2 Histoire

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

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

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

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

1.1.3 Économie

Pays essentiellement à vocation agricole, l'économie de la République du Mali est caractérisée par sa vulnérabilité. Malgré une meilleure croissance depuis 1994, le Mali reste un des pays les plus pauvres au monde. Le PIB par habitant s'élevait en 2004 à 357,9 USD et 64 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La performance économique dépend fortement des conditions climatiques, des fluctuations des conditions du commerce mondial et des taux d'échange. Le pays dépend des ports des pays voisins pour ses exportations hors continent et concentre ses exportations sur deux principaux produits (l'or et le coton). À l'intérieur du continent (notamment dans la sous-région Afrique de l'Ouest) le pays exporte principalement le bétail sur pied.

Afin de favoriser l'exploitation des avantages comparatifs de l'intégration sous régionale, le Mali a adhéré le 1^{er} juin 1984 au Traité de l'UMOA puis est devenu membre de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) le 10 janvier 1994. Le Mali est également membre de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS).

L'économie du pays dépend fortement de l'aide extérieure. Pour la période 2000 à 2004, par an en moyenne, 9 % du PIB étaient constitués de l'assistance au développement. Le Mali a conclu avec le FMI en 2004, un nouveau programme triennal FRPC et la Banque Mondiale apporte également des concours liés aux projets de crédits d'ajustement. Le Mali a atteint le point d'achèvement au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres et très endettés (PPTE) en 2003 et au cours de 2005, le Mali a bénéficié de l'allègement de la dette auprès des pays du G8.

En 2004, le taux de croissance du PIB s'est établi à 2,2 %, en recul par rapport à 2003 (7,6 %). Ce net ralentissement résulte, d'une part, des mauvaises performances de la campagne agricole 2004-2005, liées à un déficit pluviométrique et à l'invasion acridienne, et, d'autre part, à la baisse de la production d'or. Les termes de l'échange se sont dégradés du fait de l'évolution défavorable des cours du coton et de la hausse de ceux du pétrole.

Le secteur agricole emploie 80 % de la population active et le secteur du coton, deuxième produit de l'exportation du pays après l'or, en emploie 3 000 000.

Coton et productions vivrières			
	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Coton-graine (milliers de tonnes)	571,0	439,8	612,5
Prix d'achat aux producteurs (en FCFA/kg)	200	180	200
Mil/sorgho	1 310,3	1 436,8	1 886,6
Maïs	301,9	363,6	509,3
Riz paddy	940,9	710,4	967,2
Arachides	174,6	120,8	290,0
Sources – administrations nationales, BCEAO			

On s'attend à d'importantes baisses concernant la comptabilisation finale des campagnes agricoles 2004/2005—essentiellement à cause des mauvaises conditions de pluviométrie, l'invasion localisée de criquets pèlerins et les difficultés d'approvisionnement en intrants agricoles dans certaines zones. Certaines régions (particulièrement celles du nord) ont vécu une crise alimentaire importante au cours de l'année 2005 mais la situation pluviométrique favorable pour la campagne 2005-2006 est prometteuse et on peut espérer une amélioration de la situation générale du secteur et la constitution des stocks alimentaires de réserve. L'intensification de l'agriculture comme moteur de croissance économique est fortement en vue pour les années à venir. Ceci pour l'ensemble des régions, mais particulièrement dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti.

Après deux années consécutives de baisse de la production de l'or (premier produit d'exportation par ordre d'importance sur les recettes) du pays à cause du tarissement de filons dans certaines mines, les projections pour 2005 et 2006 prévoient une hausse avec l'ouverture de trois nouvelles mines (Tabakoto, Loulo, Kalana) dont la production totale doit atteindre 9 tonnes en 2005 et 18 tonnes en 2006. En plus du redoublement des activités aurifères, le Mali se lance dans les activités intenses d'exploration pétrolière. Les régions abritant les exploitations minières à échelle industrielle sont principalement Kayes et Sikasso. La région de Gao serait éventuellement le foyer de gisements pétroliers à échelle industrielle.

Or	2001	2002	2003	2004
Production (en tonnes)	53,66	66,07	53,99	44,58
Source : BCEAO				

Des réformes importantes du secteur économique et financier sont en cours pour favoriser la croissance et les investissements privés. Un programme important de modernisation des finances publiques a été mis en œuvre en association avec le Programme de Développement Institutionnel.

1.2 POPULATION

Selon les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 9 810 912 habitants en avril 1998 dont 50,5 % de femmes et 49,5 % d'hommes; la densité est d'environ 7,9 habitants au kilomètre carré. En 2006, cette population est

estimée à 12 051 021 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,2 %. Selon les mêmes sources, 99 % des Maliens sont des sédentaires et 1 % sont des nomades. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2 %). Le taux d'urbanisation est de 26,8 %. La répartition spatiale est inégale ; les trois quarts de la superficie du pays abritent moins de 10 % de la population. Au dernier recensement de la population, 22 % seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46 % de la population est âgée de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 23 % de la population totale. Selon les données du RGPH de 1998, les principaux sous groupes sont constitués des :

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

1.3 SITUATION SANITAIRE

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio économique, connaît aussi des améliorations significatives. Les dépenses totales de santé sont passées de 109 milliards en 1999 à 165 milliards en 2004. (CNS 1999-2004). Ces dépenses de santé proviennent essentiellement du financement direct des ménages (57 %), des fonds publics (18 %) et des fonds du reste du monde (13 %). Pour la période 1999-2004, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ;
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle déficiente et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations;
- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences;
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

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

des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : État, organisations non gouvernementales (ONG) et populations.

Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) a été élaboré. Pour la mise en œuvre de ce Plan, le Mali a opté pour l'approche sectorielle. Le PDDSS est mise en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire (PRODESS) ; le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le report de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II couvre la période de 2005 à 2009, et est organisé autour de deux composantes : la Composante Santé et la Composante Développement Social. Le PRODESS II est basé sur les mêmes stratégies et orientations que celles élaborées et adoptées en 1998.

1.4 MÉTHODOLOGIE ET ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

1.4.1 Cadre institutionnel

La quatrième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-IV) a été exécutée par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) et par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire (DNSI/MPAT), avec l'assistance technique de Macro.

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

L'EDSM-IV a bénéficié du financement de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale, la Coopération Néerlandaise et le Budget d'État.

1.4.2 Objectifs

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 :

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

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

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;

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

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.
- la prévalence de l'anémie au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de prévalence du VIH.

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

1.4.3 Questionnaires

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

1) **Questionnaire Ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge 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'évaluer les conditions environnementales et la situation nutritionnelle dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés 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 ayant précédé 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 ;
- circoncision.

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 sonrhäï, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs. Dans les EDS précédentes, les questionnaires avaient été également traduits en Bamanan, mais leur utilisation a été peu fréquente sur le terrain à cause de sa non praticabilité.

1.4.4 Test du VIH/sida

Dans un 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 Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique pour les Sciences de la Santé du Mali. Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et de toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui ont accepté 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 Macro International Inc. 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. Etant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'a pas été possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. On a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte 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. 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 de l'INRSP à Bamako.

1.4.5 Échantillonnage

L'échantillon cible de l'EDSM-IV était de 14 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et de 4 000 hommes âgés de 15 à 59 ans. Le RGPH de 1998, avec les 12 123 Sections d'Énumération (SE) du fichier du Bureau Central du Recensement (BCR), a servi de base de sondage. On a identifié 9 domaines d'études : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal ensemble. L'échantillon est stratifié, pondéré et représentatif au niveau national et au niveau des milieux de résidence et des régions telles que définies précédemment.

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

- Au premier degré, 410 grappes, constituant les Unités Primaires de Sondage (UPS), ont été tirées de façon systématique à l'intérieur de chacune des 17 strates : Bamako et les milieux urbain et rural des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Kidal, Gao, Tombouctou avec une probabilité proportionnelle à la taille de la SE, à savoir le nombre de ménages dans la SE ;
- Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné à partir de la liste de ménages établie lors de l'opération de dénombrement de chacune des 410 grappes sélectionnées.

- Les 410 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées à l'exception de trois grappes dans la région de Kidal. 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 %, comme l'indique le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle					
Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, EDMS-IV Mali 2006					
Résultats	Milieu de résidence				Ensemble
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	
FEMMES					
Enquête ménages					
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	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 enquêtés	2 011	3 132	5 143	9 440	14 583
Taux de réponse	93,3	97,2	95,6	97,1	96,6
HOMMES					
Ménages avec enquête homme					
Ménages sélectionnés	521	955	1 476	3 107	4 583
Ménages identifiés	499	904	1 403	3 000	4 403
Ménages enquêtés	486	896	1 382	2 963	4 345
Taux de réponse	97,4	99,1	98,5	98,8	98,7
Enquête Individuelle homme					
Effectif d'hommes éligibles	760	996	1 756	2 887	4 643
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	642	900	1 542	2 665	4 207
Taux de réponse	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 %, nettement inférieur à celui des femmes.

1.4.6 Personnel et calendrier des activités de l'EDSM-IV

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs de l'enquête, une direction technique a été mise en place sous l'autorité d'un Directeur National et d'un Directeur Technique, chacun assisté d'un adjoint, et de 8 cadres techniques qui avaient en charge la supervision générale de l'enquête. Cette direction technique, assistée d'un conseiller résident de Macro, a été complétée par 20 agents de saisie, 2 gestionnaires de base de données chargés des travaux informatiques, 2 éditeurs, 2 agents de vérification, une secrétaire et un chauffeur.

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

L'EDSM-IV s'est déroulée en trois étapes principales : le dénombrement des ménages des zones échantillonnées (de janvier à février 2006), le pré-test (janvier-février 2006) et l'enquête principale (mai à décembre 2006). Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées. Pour les opérations de cartographie et de dénombrement des zones sélectionnées pour l'enquête, 24 agents ont été recrutés afin de former 12 équipes. Les agents cartographes étaient aussi chargés d'administrer le questionnaire homme.

Pour le pré-test, 20 enquêtrices et enquêteurs ont été retenus pour suivre une formation de trois semaines environ. Pour les travaux de terrain du pré-test qui ont duré une semaine, quatre zones d'enquêtes, ne faisant pas partie des zones de l'échantillon principal, ont été retenues : deux secteurs de Bamako pour le milieu urbain et deux villages non loin de la capitale, pour le milieu rural. D'une manière générale, le pré-test a permis d'identifier des problèmes concernant la formulation et la traduction en langues nationales. En ce qui concerne l'enquête principale, le recrutement s'est effectué de la manière suivante :

- Les chefs d'équipe, au nombre de 25, ont été sélectionnés parmi les agents cartographes ;
- Les contrôleuses ont été sélectionnées, en majorité, parmi les personnes ayant effectué le prétest;
- Les enquêtrices (au nombre de 75, pour former les 25 équipes nécessaires) ont été sélectionnées après la formation et selon leurs résultats aux différents tests d'aptitude. La formation qui a duré quatre semaines consistait, d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'enregistrement des informations et, d'autre part, en des exercices sur la façon de remplir les questionnaires. La formation a été assurée en Français et, par la suite, des compléments ont été donnés en langues nationales. En outre, différents spécialistes dans les domaines de la planification familiale, la vaccination, la nutrition et le sida ont donné aux enquêtrices des informations complémentaires dans leurs domaines de compétence. Par ailleurs, la pratique concernant la prise des mesures anthropométriques s'est déroulée dans un centre de santé. Enfin, pour parachever leur formation théorique, les enquêtrices ont réalisé des enquêtes pratiques sur le terrain, en langues nationales, pendant 3 jours.

Par ailleurs, la formation des agents pour le prélèvement de sang pour les tests d'hémoglobine et de VIH/sida a été assurée par un expert de ORC Macro avec la participation des spécialistes nationaux . Afin de vérifier l'acceptabilité du test de VIH/sida, une étude pilote a eu lieu dans des zones urbaines et rurales non loin de Bamako, en dehors des grappes de l'échantillon. De plus, une formation

supplémentaire sur le consentement volontaire a eu lieu. La liste du personnel de l'EDSM-IV ainsi que des consultants nationaux et internationaux y ayant participé est présentée en Annexe D.

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

1.4.7 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 sur la base des bons résultats obtenus au cours de leur travail en tant que contrôleuses sur le terrain et lors des EDS précédentes. 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.

1.4.8 Exploitation des données

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

a) Vérification : la vérification consistait en un contrôle d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle sommaire de la cohérence des données. Ce travail, exécuté par deux agents de vérification sous l'autorité d'un superviseur, a commencé à peine une semaine après le début de la collecte et a été mené parallèlement aux travaux de terrain. Cette vérification a permis d'améliorer la qualité des données recueillies.

b) Saisie/édition des données : l'ensemble des opérations de saisie et d'apurement des données ont été réalisées à la DNSI sur micro-ordinateurs au moyen du logiciel ISSA (Integrated Systems for Survey Analysis) développé par ORC Macro. La saisie a été effectuée par 20 agents de saisie, travaillant en deux équipes tournantes de 10 personnes chacune, sous la supervision de deux techniciens informatiques de la DNSI. Ces agents ont été formés en même temps que les enquêtrices avant de suivre leur propre formation sur microordinateurs.

À la suite de la saisie, les membres de l'équipe technique ont procédé à l'édition des données, à savoir la vérification de la cohérence interne des réponses contenues dans les questionnaires, et à la correction des erreurs.

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

c) Apurement : après la saisie et l'édition des données d'une grappe, un programme de contrôle était exécuté pour vérifier la cohérence interne des réponses. À ce stade, tous les fichiers de grappes sont fusionnés en un seul et unique fichier.

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

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Souleymane Ba et Dr Mamadou Diop

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages (structure par âge et sexe, taux de fréquentation scolaire, niveau d'instruction scolaire) et sur les caractéristiques des logements ainsi que sur les biens durables possédés par les ménages. L'objectif de ce chapitre est de présenter un profil des ménages et certaines caractéristiques de l'environnement socio-économique immédiat des hommes, des femmes et des enfants ciblés par l'enquête. Une telle description est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socio-économiques et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population.

2.1 STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION

Dans les 12 998 ménages enquêtés avec succès (taux de réponse de 99 %), 71 197 personnes résidentes de fait ont été dénombrées, c'est-à-dire que ces personnes ont passé la nuit ayant précédé l'enquête dans le ménage sélectionné, même si celui-ci n'est pas leur résidence habituelle. En premier lieu, on peut constater au tableau 2.1 un déséquilibre de la structure par sexe. En effet, le rapport de masculinité qui est de 96 hommes pour 100 femmes indique une sous représentation des hommes par rapport aux femmes. Ce rapport de masculinité était de 94 hommes pour 100 femmes à l'EDSM-III de 2001. Cette sous-représentation des hommes par rapport aux femmes est sans nul doute la résultante de phénomènes migratoires qui touche essentiellement les hommes. Comme on l'avait souligné lors de l'EDSM-III de 2001, on peut également envisager une légère sous-estimation des hommes due peut-être, en partie, au fait que les ménages collectifs, comprenant essentiellement des hommes (pensionnats, casernes, etc.) ont été exclus de l'échantillon.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et milieu de résidence

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Bamako			Autres Villes			Ensemble urbain			Rural			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<5	17,0	16,3	16,6	18,3	16,6	17,5	17,8	16,5	17,1	20,2	18,6	19,4	19,5	17,9	18,7
5-9	12,4	12,2	12,3	15,8	14,8	15,3	14,5	13,7	14,1	18,7	17,2	17,9	17,4	16,2	16,8
10-14	10,3	13,7	12,1	14,0	14,1	14,1	12,6	13,9	13,3	14,4	13,7	14,0	13,8	13,8	13,8
15-19	9,4	14,3	11,9	10,8	10,8	10,8	10,2	12,2	11,2	9,1	7,9	8,5	9,5	9,2	9,3
20-24	10,6	11,7	11,1	7,1	7,7	7,4	8,5	9,3	8,9	5,1	6,9	6,0	6,1	7,6	6,9
25-29	8,7	8,8	8,7	4,1	8,0	6,0	5,9	8,3	7,1	4,4	7,1	5,8	4,9	7,5	6,2
30-34	7,3	5,3	6,3	5,3	6,1	5,7	6,1	5,8	5,9	4,3	5,7	5,0	4,8	5,8	5,3
35-39	6,6	4,1	5,3	4,9	4,9	4,9	5,5	4,6	5,0	4,2	5,0	4,6	4,6	4,9	4,7
40-44	5,0	3,0	4,0	4,9	3,9	4,4	4,9	3,6	4,2	3,8	4,1	3,9	4,1	3,9	4,0
45-49	3,5	3,2	3,4	4,1	3,8	4,0	3,9	3,5	3,7	3,2	3,3	3,2	3,4	3,4	3,4
50-54	2,7	2,8	2,8	2,5	2,8	2,6	2,6	2,8	2,7	2,7	3,7	3,2	2,7	3,4	3,0
55-59	1,4	1,7	1,6	2,3	1,9	2,1	1,9	1,8	1,9	2,4	2,5	2,4	2,2	2,3	2,3
60-64	2,1	1,1	1,6	2,7	1,9	2,3	2,4	1,6	2,0	2,6	1,9	2,2	2,5	1,8	2,2
65-69	1,3	0,6	0,9	1,1	0,7	0,9	1,1	0,7	0,9	1,8	1,0	1,4	1,6	0,9	1,2
70-74	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	0,9	0,9	0,7	0,8	1,3	0,8	1,1	1,2	0,8	1,0
75-79	0,4	0,3	0,3	0,6	0,4	0,5	0,6	0,3	0,4	0,9	0,3	0,6	0,8	0,3	0,6
80 +	0,4	0,3	0,3	0,5	0,9	0,7	0,5	0,6	0,6	0,8	0,3	0,6	0,7	0,4	0,6
NSP/ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 153	4 371	8 525	6 531	6 553	13 085	10 685	10 925	21 610	24 156	25 431	49 587	34 841	36 356	71 197

Note : Le total inclut les personnes dont le sexe n'a pas été déterminé.

En effet, on remarque que le déficit d'hommes est plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain : rapport de masculinité de 95 hommes pour 100 femmes en rural contre 98 en urbain. Cette situation est surtout induite par un exode rural accru, suite aux cycles de sécheresse qu'a connu le pays au cours des dernières décennies et du fait probablement de la crise alimentaire que le pays a subie en 2005.

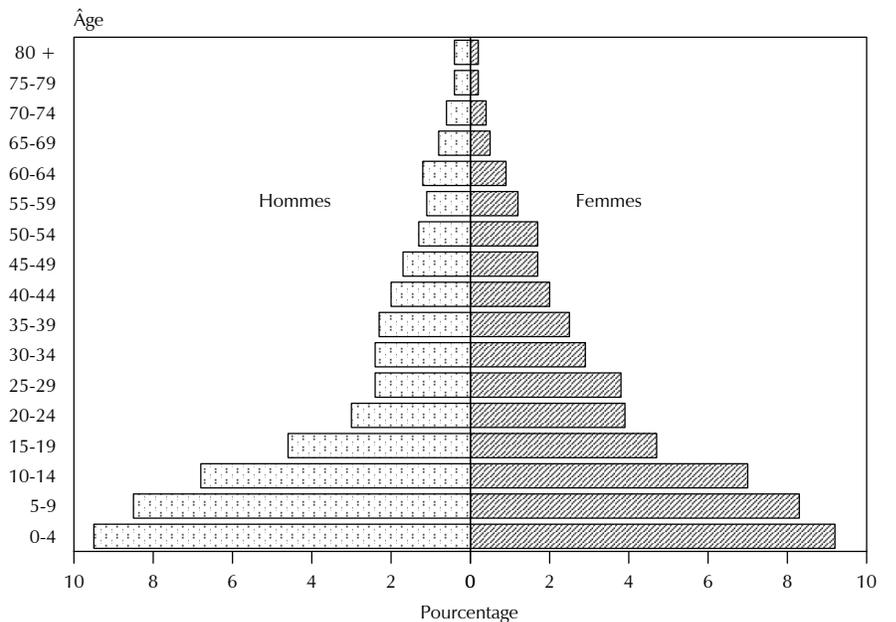
En outre, l'examen de la structure par âge (tableau 2.2) révèle que la population malienne est jeune : 49 % ont moins de 15 ans et seulement 3 % ont plus de 65 ans. Ces résultats montrant l'extrême jeunesse de la population, concordent globalement avec les résultats observés lors des EDS précédentes et au cours de différentes enquêtes réalisées ces dix dernières années. L'allure de la pyramide des âges (graphique 2.1) qui présente une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés rend compte de la jeunesse de cette population. Cette forme de la pyramide des âges est également caractéristique des populations à forte fécondité et à mortalité élevée. Cependant, l'âge médian de la population qui est passé de 15 ans à l'EDSM-III de 2001 à 15,5 ans à l'EDSM-IV de 2006 a eu pour conséquence une diminution légère du poids des moins de 15 ans qui se traduit par un léger ralentissement du rajeunissement de la population.

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

Répartition (en %) de la population (de droit) des ménages par grands groupes d'âges, d'après le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) (1998), l'EDSM-III (2001) et l'EDSM-IV (2006)

Groupes d'âges	RGPH 1998	EDSM-III 2001	EDSM-IV 2006
<15 ans	46,0	50,1	49,0
15-64 ans	46,6	45,3	47,7
65 ans ou plus	3,7	3,5	3,4
NSP/ND	0,2	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Âge médian	-	15,0	15,5
Effectif	-	64 116	73 848

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



EDSM-IV 2006

Par ailleurs, la structure par âge présente certaines irrégularités au niveau de chaque sexe. Mis à part le déficit d'hommes souligné précédemment, on observe, chez les femmes et les hommes, mais de manière plus nette chez les femmes, une sous-estimation des effectifs au groupe d'âges 15-19 ans. Il s'agit certainement, en partie, d'un transfert des effectifs de ce groupe d'âges vers celui de 10-14 ans, âges auxquels les femmes ne sont pas encore éligibles pour être enquêtées.

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

2.2.1 Sexe du chef de ménage

Les résultats du tableau 2.3 révèlent que dans l'ensemble, au Mali, l'essentiel des ménages sont dirigés par des hommes. En effet, 88 % des ménages ont, à leur tête, un homme. Néanmoins, dans près d'un ménage sur dix (12 %), le chef de ménage est une femme. C'est en milieu rural que cette proportion est la plus faible (12 %) et la proportion la plus élevée concerne les Autres Villes (15 %). On note qu'au cours de la période 2001-2006 la proportion de ménages dirigés par une femme a légèrement augmenté, passant de 11% à 12 %. Selon le milieu de résidence, on note, en milieu urbain comme en milieu rural, une augmentation de cette proportion. En milieu urbain, la proportion est passée de 13 % en 2001 à 14 % en 2006. En milieu rural, l'augmentation est d'un point de pourcentage. En effet, la proportion est passée de 11 % en 2001 à 12 % en 2006. En milieu urbain, cette augmentation pourrait être le résultat de l'augmentation de la proportion de femmes vivant seules avec leurs enfants, suite à un divorce ou à un veuvage et, en milieu rural elle s'expliquerait en grande partie par le phénomène d'émigration, explication cohérente avec le rapport de masculinité qui est de 95 hommes pour 100 femmes en milieu rural. Toutefois, il ne faut pas oublier que cette constatation peut être fortement influencée par la définition du ménage qui se réfère au statut de résidence. Par exemple, un homme polygame est recensé comme étant chef de ménage seulement chez sa première épouse, alors que les autres épouses sont considérées comme chef de ménage dans le cas de résidence séparée, même si le mari dort chez elle de façon tournante. En outre, dans le cas des colocataires, le chef de ménage est celui qui est reconnu comme tel sans considération de relation de dépendance.

2.2.2 Taille des ménages

En outre, le tableau 2.3 présente la taille moyenne des ménages. On constate que les ménages maliens sont de grande taille. La taille moyenne des ménages s'établit à 5,7 personnes par ménage en 2006 contre 5,3 personnes par ménage en 2001. Par ailleurs, on constate que la proportion de ménages ne comprenant qu'une seule personne a diminué, passant de 7 % de l'ensemble des ménages en 2001 à 5 % en 2006. Ce type de ménage reste plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural, 7 % contre 4 %. Plus de quatre ménages sur dix sont composés de trois à cinq personnes (41 %). Les proportions de ménages de très grande taille (neuf personnes et plus) sont quasiment identiques en milieu urbain et rural (17 %).

Le tableau 2.3 montre également que la proportion d'enfants de moins de 15 ans confiés à d'autres ménages représente 16 %. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (21 %) qu'en milieu rural (14 %), en particulier à Bamako (21 %) contre 20 % dans les Autres Villes. Le pourcentage d'enfants orphelins de père et de mère ne représente que 1 %. Cependant, 8 % des enfants de moins de 15 ans sont orphelins d'un des deux parents ; ce pourcentage est plus élevé dans les Autres Villes (12 %) qu'à Bamako (8 %) et qu'en milieu rural (7 %). Globalement, au Mali, le pourcentage d'enfants confiés ou orphelins représente un cinquième (20 %) des enfants de moins de quinze ans. Environ un enfant de moins de quinze ans sur quatre en milieu urbain (24 %), à Bamako (24 %) et dans les Autres Villes (25 %) sont soit confiés, soit orphelins, contre 18 % en milieu rural.

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages selon le sexe du chef de ménage et la taille du ménage; taille moyenne du ménage et pourcentage de ménages avec des orphelins et des enfants de moins de 15 ans sans leurs parents, par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Milieu de résidence				Total
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	
Chef de ménage					
Homme	87,8	84,6	85,8	88,5	87,7
Femme	12,2	15,4	14,2	11,5	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de membres habituels					
0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1
1	7,1	6,5	6,7	4,3	5,0
2	8,3	9,1	8,8	9,0	8,9
3	11,4	12,2	11,9	13,8	13,2
4	15,7	12,4	13,7	14,2	14,1
5	12,9	17,0	15,5	13,3	14,0
6	11,5	12,2	11,9	11,5	11,7
7	9,5	9,7	9,6	9,8	9,7
8	5,9	4,4	5,0	7,3	6,6
9+	17,3	16,3	16,7	16,8	16,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne des ménages	5,7	5,6	5,6	5,7	5,7
Pourcentage de ménages avec des orphelins et des enfants confiés de moins de 15 ans					
Enfants confiés ¹	20,9	20,2	20,5	13,8	15,8
Orphelins de père et de mère ²	1,2	0,9	1,0	0,8	0,9
Orphelins de père ou de mère ³	8,0	11,8	10,4	6,8	7,9
Enfants confiés ou orphelins	23,8	24,5	24,2	17,8	19,8
Effectif de ménages	1 517	2 442	3 960	9 038	12 998

Note : Tableau basé sur la population de droit, c'est-à-dire les résidents habituels.

¹ Les enfants confiés sont ceux qui vivent dans le ménage dans lequel ne vit ni leur père, ni leur mère.

² Les orphelins de père et de mère sont les enfants dont les deux parents sont décédés.

³ Les orphelins de père ou de mère sont les enfants dont un seul parent est décédé.

2.3 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Au cours de l'enquête ménage, des informations relatives au niveau d'instruction atteint et à la dernière classe achevée à ce niveau ont été collectées pour toutes les personnes âgées de 6 ans et plus recensées dans le ménage. L'instruction de la population et surtout celle des femmes est un déterminant important des conditions de vie des ménages, du comportement procréateur, du recours à la contraception moderne, du comportement en matière de santé, de la scolarisation des autres membres du ménage, ainsi que des habitudes en matière d'hygiène et de nutrition.

À cet égard, malgré les efforts importants consentis par le gouvernement en matière d'éducation, on constate que le niveau d'instruction de la population de 6 ans et plus demeure encore faible, surtout chez les femmes. En effet, dans l'ensemble, un peu moins de trois femmes sur quatre (73 %) et un peu moins de deux hommes sur trois (64 %) n'ont toujours aucune instruction (tableaux 2.4.1 et 2.4.2). On note également que, quel que soit le niveau atteint, les hommes sont plus scolarisés que les femmes. Par ailleurs, les proportions d'hommes et de femmes ayant terminé un cycle est très faible : seulement un peu plus de 2 % des hommes et 2 % des femmes ont achevé le niveau primaire alors que 22 % des hommes et 18 % des femmes n'ont pas achevé ce cycle. Seulement 2 % des hommes et moins de 1% des femmes ont déclaré avoir achevé le cycle secondaire ou atteint le niveau supérieur alors que la proportion de ceux qui ont déclaré n'avoir pas terminé le cycle secondaire est de 9 % chez les hommes et 5 % chez les femmes.

Tableau 2.4.1 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) des femmes des ménages, âgés de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet ¹	Secondaire incomplet	Secondaire complet ²	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif
Groupe d'âges									
6-9	66,3	32,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	100,0	4 865
10-14	54,1	38,4	3,9	2,8	0,0	0,0	0,8	100,0	5 000
15-19	61,1	15,7	4,0	18,2	0,0	0,1	0,9	100,0	3 332
20-24	75,9	8,9	1,5	11,5	0,3	1,1	0,8	100,0	2 772
25-29	82,2	9,7	1,3	4,8	0,5	0,8	0,8	100,0	2 717
30-34	84,4	8,0	1,4	4,1	0,7	1,0	0,5	100,0	2 093
35-39	83,5	8,7	1,6	4,3	0,3	0,5	1,2	100,0	1 769
40-44	83,1	7,9	1,2	6,4	0,2	0,6	0,7	100,0	1 424
45-49	85,5	6,1	1,4	5,1	0,8	0,5	0,5	100,0	1 220
50-54	90,0	3,1	0,7	2,8	0,4	0,1	2,8	100,0	1 241
55-59	93,8	2,2	0,2	1,3	0,2	0,5	1,9	100,0	841
60-64	95,5	0,9	0,3	0,7	0,6	0,4	1,6	100,0	657
65+	94,4	0,6	0,1	0,7	0,0	0,0	4,2	100,0	883
NSP/ ND	81,0	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	7
Milieu de résidence									
Bamako	46,7	26,5	3,5	18,6	1,0	2,2	1,4	100,0	3 548
Autres Villes	60,8	23,5	3,1	10,9	0,4	0,5	0,9	100,0	5 312
Ensemble urbain	55,1	24,7	3,3	14,0	0,6	1,2	1,1	100,0	8 861
Rural	81,5	14,5	1,1	1,6	0,0	0,0	1,2	100,0	19 961
Région									
Kayes	80,5	16,0	1,1	1,4	0,1	0,1	0,7	100,0	3 796
Koulikoro	75,6	17,7	1,5	3,5	0,1	0,1	1,4	100,0	4 687
Sikasso	77,3	16,5	1,4	2,9	0,1	0,0	1,7	100,0	4 750
Ségou	74,3	16,9	1,9	5,3	0,2	0,1	1,3	100,0	4 898
Mopti	80,9	13,3	1,2	3,8	0,1	0,0	0,7	100,0	4 293
Tombouctou	78,0	15,4	1,9	3,5	0,1	0,1	1,1	100,0	1 479
Gao	69,0	21,9	2,2	5,5	0,1	0,6	0,7	100,0	1 264
Kidal	76,4	16,8	0,7	6,1	0,0	0,0	0,1	100,0	106
Bamako	46,7	26,5	3,5	18,6	1,0	2,2	1,4	100,0	3 548
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	84,3	12,7	0,9	0,9	0,0	0,0	1,2	100,0	5 587
Second	82,3	13,8	1,3	1,2	0,0	0,0	1,4	100,0	5 691
Moyen	81,5	14,9	1,0	1,4	0,0	0,0	1,2	100,0	5 814
Quatrième	75,5	17,9	1,5	3,8	0,1	0,0	1,2	100,0	5 759
Le plus riche	44,8	28,4	4,0	19,2	0,9	1,8	1,0	100,0	5 971
Ensemble	73,4	17,7	1,8	5,4	0,2	0,4	1,2	100,0	28 822

¹ Le niveau primaire comprend 6 classes

² Le niveau secondaire comprend 6 classes

Tableau 2.4.2 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) des hommes des ménages, âgées de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Aucune instruction	Primaire incomplet	Primaire complet ¹	Secondaire incomplet	Secondaire complet ²	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif
Groupe d'âges									
6-9	63,5	34,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	100,0	4 986
10-14	45,5	46,6	3,6	3,5	0,0	0,0	0,8	100,0	4 823
15-19	49,1	18,5	6,6	24,7	0,1	0,2	0,7	100,0	3 299
20-24	60,1	11,2	2,2	22,7	0,4	3,1	0,3	100,0	2 134
25-29	70,5	10,1	1,8	12,1	1,2	3,2	1,1	100,0	1 702
30-34	70,5	12,6	2,2	9,0	2,2	2,7	0,8	100,0	1 688
35-39	69,9	14,4	2,8	8,3	1,7	1,9	1,0	100,0	1 611
40-44	71,3	10,5	1,7	10,4	1,5	3,3	1,3	100,0	1 441
45-49	74,9	8,9	2,0	9,0	1,5	2,9	0,8	100,0	1 186
50-54	73,6	7,6	2,5	9,5	2,0	3,8	1,0	100,0	929
55-59	87,4	4,2	1,5	3,7	0,5	1,8	0,9	100,0	777
60-64	88,8	2,2	0,9	4,6	0,2	1,2	2,2	100,0	878
65+	92,7	2,5	1,0	1,0	0,3	0,5	1,9	100,0	1 499
NSP/ND	89,1	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	5,8	100,0	19
Milieu de résidence									
Bamako	32,2	26,4	3,5	26,7	2,5	7,3	1,5	100,0	3 339
Autres Villes	54,9	24,1	3,2	14,2	1,2	1,7	0,7	100,0	5 141
Ensemble urbain	46,0	25,0	3,3	19,1	1,7	3,9	1,0	100,0	8 481
Rural	72,2	20,3	2,0	4,2	0,1	0,1	1,1	100,0	18 492
Région									
Kayes	68,4	22,6	2,1	5,3	0,5	0,6	0,5	100,0	3 448
Koulikoro	61,7	25,8	2,4	8,0	0,4	0,6	1,0	100,0	4 440
Sikasso	67,5	22,3	2,2	6,2	0,2	0,2	1,4	100,0	4 479
Ségou	65,5	22,5	2,7	7,2	0,3	0,5	1,2	100,0	4 496
Mopti	80,6	12,6	1,7	4,0	0,2	0,2	0,7	100,0	4 204
Tombouctou	73,7	16,0	2,7	5,2	0,4	0,7	1,3	100,0	1 284
Gao	60,1	24,9	2,9	9,1	0,6	1,4	1,0	100,0	1 187
Kidal	63,9	18,4	4,0	12,0	0,3	0,1	1,4	100,0	96
Bamako	32,2	26,4	3,5	26,7	2,5	7,3	1,5	100,0	3 339
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	75,6	19,1	1,4	2,8	0,0	0,0	1,1	100,0	5 444
Second	72,7	19,9	2,4	3,8	0,1	0,0	1,2	100,0	5 445
Moyen	72,7	19,8	2,1	4,3	0,0	0,0	1,0	100,0	5 154
Quatrième	66,7	21,7	2,8	6,9	0,4	0,4	1,0	100,0	5 343
Le plus riche	33,3	28,0	3,5	25,9	2,4	5,8	1,1	100,0	5 587
Ensemble	63,9	21,7	2,4	8,9	0,6	1,3	1,1	100,0	26 972

¹ Le niveau primaire comprend 6 classes² Le niveau secondaire comprend 6 classes

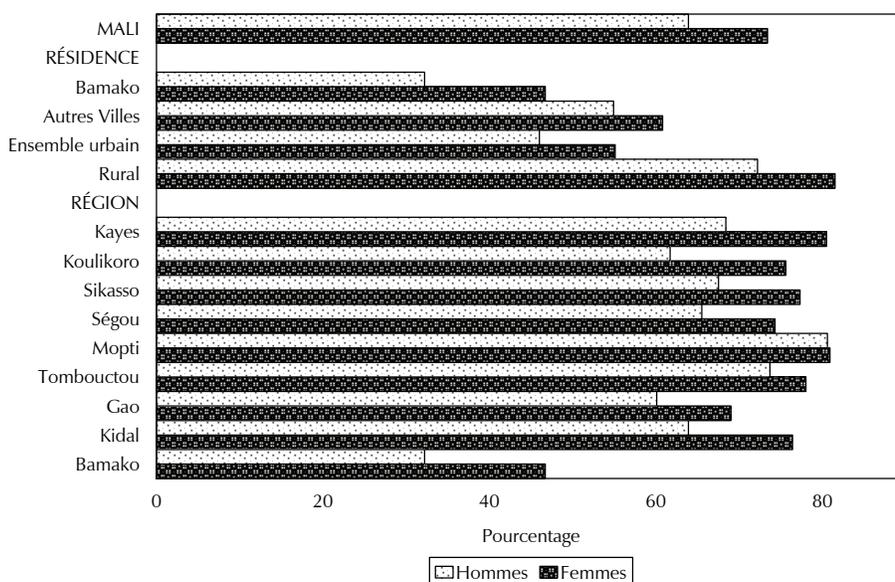
L'examen des résultats selon l'âge met en évidence une nette amélioration du niveau de scolarisation des générations les plus récentes par rapport aux générations anciennes. En effet, la proportion d'hommes sans aucune instruction est passée de 93 % chez ceux âgés de 65 ans et plus à 46 % chez ceux de 10-14 ans. Le pourcentage plus élevé de non instruits chez les garçons de 6-9 ans par rapport à ceux du groupe d'âges 10-14 ans (64 % contre 46 %) s'expliquerait par le fait que certains des garçons de 6-9 ans n'ont pas encore intégré le système scolaire. Chez les femmes, les progrès ont été moins rapides au cours de la période récente. En effet, la proportion de celles sans aucune instruction est passée de 94 % parmi celles de 65 ans et plus à 54 % à 10-14 ans et à 61 % chez celles de 15-19 ans, soit à un niveau encore nettement inférieur à celui des garçons du même âge (49 %).

De même, dans les jeunes générations, on constate que les proportions de femmes ayant fréquenté l'école primaire sont inférieures à celles des hommes : ainsi à 15-19 ans, 4 % des femmes ont déclaré avoir atteint le niveau primaire contre 7 % chez les hommes ; il en est de même pour l'accès au cycle secondaire ou plus qui reste encore très limité pour les femmes : à 15-19 ans, 18 % des femmes contre 25 % des hommes ont déclaré ne pas avoir achevé le niveau secondaire ou plus et à 20-24 ans, ces proportions sont respectivement de 12 % et 23 %.

D'autre part, on constate, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, que les écarts entre les villes et les campagnes sont énormes. En milieu urbain 46 % des hommes et 55 % des femmes n'ont aucune instruction contre respectivement 72 % et 82 % en milieu rural. En outre, en milieu urbain, les proportions de personnes ayant atteint un niveau secondaire ou plus sont de 2 % pour les hommes et de 0,6 % pour les femmes contre respectivement 0,1 % et 0 % en milieu rural.

Les disparités entre les régions sont également importantes (graphique 2.2). La capitale Bamako se caractérise par les proportions les plus faibles de personnes sans instruction : 32 % des hommes et 47 % des femmes, suivie par celle de Gao dans laquelle 60 % des hommes et 69 % des femmes n'ont jamais été à l'école. À l'opposé, dans les régions de Koulikoro, Ségou, Sikasso, Kidal et Tombouctou, plus de sept femmes sur dix et plus de six hommes sur dix n'ont jamais fréquenté l'école. C'est la région de Mopti qui détient le plus faible niveau d'instruction aussi bien chez les femmes que chez les hommes : 81 % de personnes non instruites.

Graphique 2.2 Proportion de femmes et d'hommes sans instruction selon le milieu et la région de résidence



EDSM-IV 2006

Les tableaux 2.4.1 et 2.4.2 présentent également la répartition du niveau d'instruction des hommes et des femmes du Mali selon l'indice de bien-être économique du ménage.

L'indice de bien-être économique du ménage est construit à partir des données sur les biens des ménages et en utilisant l'analyse en composante principale. Les informations sur les biens des ménages comprennent des informations provenant du questionnaire Ménage de l'EDSM-IV sur la possession par

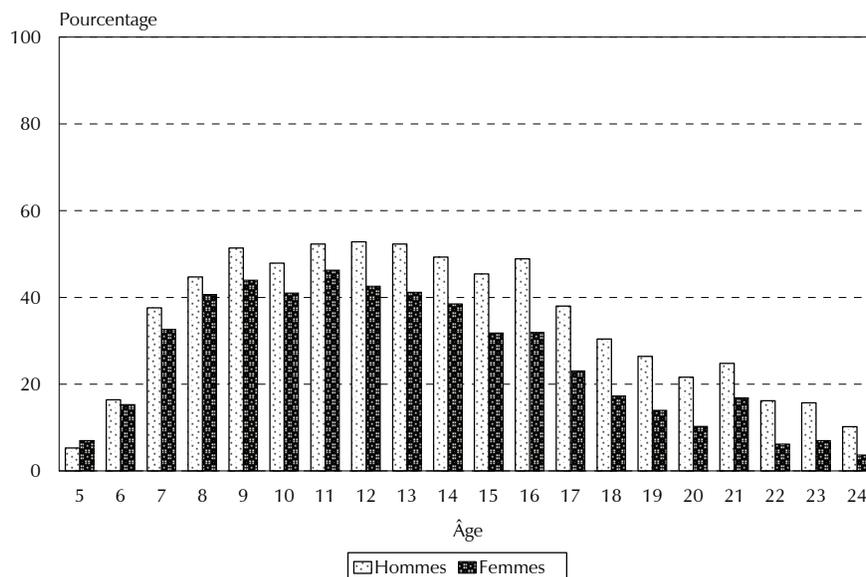
les ménages de certains biens de consommation tels que la télévision, la radio ou la voiture. Ces informations ont également porté sur certaines caractéristiques du logement comme la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau, le type de toilettes, le matériau de revêtement du sol, le nombre de personnes par pièce pour dormir et le combustible utilisé pour cuisiner.

On a affecté à chacun de ces biens et caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale. Les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin, Rutstein, Johnson, Pande et Wagstaff, 2000). On attribue ensuite à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage. Les individus sont classés en fonction du score total du ménage dans lequel ils résident. L'échantillon est ensuite divisé en quintile de population, chaque quintile correspondant à un niveau allant de 1 (le plus pauvre) à 5 (le plus riche).

Il ressort de ces résultats que plus le niveau de bien-être est élevé, plus les proportions de personnes n'ayant jamais été à l'école sont faibles. Pour les hommes, elles passent de 76 % du quintile le plus pauvre à 33 % dans le plus riche ; chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 84 % et 45 %.

Le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d'aller à l'école donne une indication sur l'accès actuel de la population au système éducatif et, de manière indirecte, sur le niveau de développement socio-économique (graphique 2.3) Au cours de l'enquête, des questions concernant la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 6 à 24 ans. Le tableau 2.5 présente les taux nets et les taux bruts de fréquentation scolaire selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Graphique 2.3 Taux de fréquentation scolaire par âge
(Pourcentage de la population de 5-24 ans fréquentant l'école par âge et sexe)



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

EDSM-IV 2006

Tableau 2.5 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNF) et taux brut de fréquentation scolaire (TBF) de la population (de droit) des ménages, selon le niveau d'instruction, le sexe et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Taux net de scolarisation ¹				Taux brut de scolarisation ²			
	Masculin	Féminin	Ensemble	Indice de parité du genre ³	Masculin	Féminin	Ensemble	Indice de parité du genre ³
NIVEAU PRIMAIRE								
Milieu de résidence								
Bamako	82,8	71,7	76,9	0,87	116,2	98,3	106,7	0,85
Autres Villes	56,4	54,2	55,3	0,96	80,1	78,4	79,3	0,98
Ensemble urbain	64,5	60,2	62,4	0,93	91,2	85,3	88,2	0,94
Rural	39,4	32,1	35,7	0,81	55,7	42,9	49,4	0,77
Région								
Kayes	42,7	32,0	37,4	0,75	62,1	44,5	53,4	0,72
Koulikoro	51,5	37,8	44,9	0,73	70,5	53,1	62,1	0,75
Sikasso	44,3	35,4	40,0	0,80	62,3	49,7	56,1	0,80
Ségou	44,3	38,5	41,4	0,87	63,5	51,6	57,6	0,81
Mopti	27,3	32,8	30,0	1,20	42,2	43,7	42,9	1,04
Tombouctou	38,3	38,8	38,5	1,01	49,2	50,9	50,1	1,03
Gao	53,7	49,6	51,8	0,93	74,5	68,6	71,7	0,92
Kidal	41,5	30,4	35,8	0,73	54,6	41,1	47,7	0,75
Bamako	82,8	71,7	76,9	0,87	116,2	98,3	106,7	0,85
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	34,8	26,9	31,0	0,77	50,3	37,0	44,0	0,74
Second	38,9	31,0	35,1	0,80	53,7	41,3	47,8	0,77
Moyen	37,4	32,9	35,1	0,88	54,0	45,0	49,4	0,83
Quatrième	49,3	41,5	45,3	0,84	68,9	54,2	61,4	0,79
Le plus riche	78,8	72,0	75,3	0,91	111,3	103,3	107,2	0,93
Ensemble	45,9	39,6	42,8	0,86	65,0	54,3	59,7	0,84
NIVEAU SECONDAIRE								
Milieu de résidence								
Bamako	57,1	30,6	40,6	0,54	90,0	47,7	63,7	0,53
Autres Villes	27,5	29,7	28,7	1,08	43,5	41,5	42,5	0,95
Ensemble urbain	38,0	30,1	33,6	0,79	60,0	44,3	51,2	0,74
Rural	16,3	8,4	12,5	0,52	21,0	10,5	15,9	0,50
Région								
Kayes	13,2	3,9	8,4	0,30	17,6	5,1	11,1	0,29
Koulikoro	25,3	13,0	19,5	0,51	32,4	17,0	25,1	0,52
Sikasso	20,4	11,7	16,1	0,57	29,4	16,4	22,9	0,56
Ségou	18,9	18,1	18,5	0,96	27,1	24,8	25,9	0,92
Mopti	11,6	19,2	15,2	1,66	17,5	23,9	20,5	1,36
Tombouctou	20,3	12,5	16,1	0,62	30,4	18,6	24,1	0,61
Gao	26,1	20,7	23,2	0,79	33,8	25,7	29,6	0,76
Kidal	29,0	17,2	22,0	0,59	46,4	17,2	29,1	0,37
Bamako	57,1	30,6	40,6	0,54	90,0	47,7	63,7	0,53
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	10,2	6,2	8,4	0,61	13,9	7,5	11,0	0,54
Second	17,6	8,0	13,0	0,45	22,5	9,7	16,4	0,43
Moyen	18,0	7,4	12,5	0,41	22,1	8,6	15,2	0,39
Quatrième	20,3	16,5	18,5	0,81	25,7	21,6	23,7	0,84
Le plus riche	51,0	34,0	40,6	0,67	84,3	51,2	64,0	0,61
Ensemble	23,0	16,6	19,7	0,72	33,1	23,2	28,0	0,70

¹ Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (7-12 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (13-18 ans) qui fréquente l'école secondaire. Par définition le taux net de fréquentation ne peut excéder 100 pour cent.

² Le taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion d'élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. S'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau, le TBFS peut excéder 100 pour cent.

³ L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TNFS ou du TBFS au niveau primaire des filles sur le TNFS ou le TBFS des garçons. L'indice de parité de genre pour l'école secondaire est le ratio du TNFS ou du TBFS au niveau secondaire des filles sur le TNFS ou le TBFS des garçons.

Le taux net de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les enfants d'âge scolaire officiel, c'est-à-dire 7-12 ans pour le niveau primaire et 13-18 ans pour le niveau secondaire. Le taux brut de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les jeunes de n'importe quel âge compris entre 6 et 24 ans. Il équivaut au pourcentage de la population de 6-24 ans qui fréquente un niveau donné par rapport à la population d'âge scolaire officiel pour ce niveau. Pour un niveau d'étude donné, le taux brut est pratiquement toujours plus élevé que le taux net du fait que des enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge normal de ce niveau sont inclus dans son calcul. Un taux net de 100 % signifierait que tous les enfants ayant l'âge normal d'un niveau d'étude donné fréquentent ce niveau ; le taux brut peut être supérieur à 100 % si un nombre significatif d'enfants plus âgés ou plus jeunes par rapport à l'âge normal de fréquentation d'un niveau scolaire fréquentent ce niveau. La différence entre ces deux taux indique que des enfants trop jeunes ou trop âgés fréquentent un niveau scolaire donné.

Le tableau 2.5 révèle que, dans l'ensemble, plus de quatre enfants sur dix âgés de 7-12 ans (43 %) fréquentent l'école primaire. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (46 % contre 40 %). L'écart est nettement plus important entre le milieu urbain (62 %) et le milieu rural (36 %). Les régions de Bamako (77 %) et de Gao (52 %) se caractérisent par les taux nets de fréquentation de l'école primaire les plus élevés ; à l'opposé, Mopti enregistre le niveau le plus faible du pays, avec seulement 30 %. Pour toutes les régions, on constate que le taux net de fréquentation scolaire est plus élevé pour les garçons que pour les filles.

En outre, dans l'ensemble, on constate que parmi la population d'âge officiel du primaire, plus d'un enfant sur deux, quel que soit son âge, (60 %) fréquente ce niveau. La valeur du taux brut supérieure à celle du taux net indique qu'un nombre important de personnes qui n'ont pas l'âge du niveau primaire fréquentent néanmoins ce niveau. Il s'agirait dans ce cas de personnes trop âgées par rapport à l'âge officiel. Selon le sexe, on constate que le taux brut masculin (65 %) est supérieur à celui des filles (54 %), en d'autres termes, il y a plus de garçons que de filles trop âgés par rapport à l'âge officiel qui fréquentent l'école primaire. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que le taux brut de fréquentation du primaire est plus élevé en milieu urbain (88 %) qu'en milieu rural (49 %). Les régions de Bamako (107 %), de Gao (72 %) et de Koulikoro (62 %) se caractérisent par les taux bruts de fréquentation scolaire les plus élevés. Avec seulement 43 %, c'est la région de Mopti qui a le taux brut de fréquentation du primaire le plus faible. Comme pour le taux net de fréquentation, on constate que le taux brut de fréquentation scolaire est beaucoup plus élevé pour les garçons que pour les filles et ceci pour toutes les régions, avec cependant un maximum de 116 % pour les hommes et 98 % pour les femmes à Bamako.

Les résultats du tableau 2.5 montrent que le niveau de fréquentation scolaire du cycle secondaire est très faible puisque seulement 20 % des enfants de 13-18 ans le fréquentent. Ce taux net est beaucoup plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural : 34 % contre 13 % ; ce résultat est à mettre en rapport avec notamment le fait que la quasi-totalité des établissements secondaires est située en milieu urbain. Selon la région, il varie de 8 % à Kayes à 41 % à Bamako. Ce taux net est plus élevé chez les garçons que chez les filles, quelle que soit la caractéristique socio-économique considérée.

Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire atteint 28 %. Bien que faible, la valeur du taux brut supérieure à celle du taux net indique qu'un nombre de personnes (8 %) qui n'ont pas l'âge du niveau secondaire le fréquentent néanmoins. On remarque une variation importante selon le milieu de résidence : 51 % pour le milieu urbain contre 16 % en milieu rural. Quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée, le taux brut de fréquentation du niveau secondaire est plus élevé pour les garçons que pour les filles.

Le tableau 2.5 présente également l'indice de parité de genre qui est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire (taux net ou taux brut) des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart de fréquentation scolaire entre les genres est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale. Au Mali, au niveau primaire, l'indice pour le taux net de scolarisation de 0,86 et pour le taux brut de scolarisation, de 0,84 montre que les filles sont désavantagées sur le plan scolaire par rapport aux garçons. Au niveau secondaire, l'indice est toujours en défaveur des filles (0,72 pour le taux net de scolarisation et 0,70 pour le taux brut de scolarisation). Que ce soit au niveau primaire ou secondaire, l'importance de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une région à l'autre. Cet indice est plus faible en rural qu'en urbain. Cependant malgré le faible taux de scolarisation, dans les régions de Mopti (1,04) et de Tombouctou (1,03), l'indice de parité est égal ou supérieur à 1 pour le niveau primaire. Pour le secondaire, l'indice de parité est supérieur à 1 toujours dans la région de Mopti (1,36), et proche de 1 dans la région de Ségou (0,92). Par contre, c'est dans la région de Kayes que l'indice est le plus faible pour le niveau secondaire (0,30).

Le tableau 2.6 fournit les taux de redoublement et d'abandon au niveau primaire selon le niveau fréquenté. C'est au niveau de la 6^e que le taux de redoublement est le plus élevé (15 %). Au niveau des autres classes, le taux varie d'un minimum de 6 % à un maximum de 9 %. Les écarts entre les sexes sont peu importants, sauf au niveau de la première classe et de la 6^e. En outre, ce taux de redoublement est beaucoup plus élevé en milieu rural (20 %), dans

Tableau 2.6 Taux de redoublement et taux d'abandon au niveau primaire

Taux de redoublement et taux d'abandon de la population (de fait) des ménages, âgée de 5-24 ans, qui a fréquenté l'école primaire au cours de l'année scolaire précédente, par niveau scolaire et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Niveau scolaire					
	1	2	3	4	5	6
TAUX DE REDOUBLEMENT¹						
Sexe						
Masculin	10,3	5,9	9,5	6,7	8,6	16,5
Féminin	6,5	5,2	8,9	7,0	8,5	13,5
Milieu de résidence						
Bamako	9,9	8,4	12,5	5,5	10,6	8,1
Autres Villes	4,5	3,5	5,3	6,1	7,8	9,4
Ensemble urbain	6,5	5,5	8,3	5,9	8,9	8,9
Rural	9,7	5,6	9,9	7,5	8,4	20,4
Région						
Kayes	9,2	5,5	11,8	6,1	8,8	14,2
Koulikoro	6,4	5,8	9,0	8,2	7,0	19,5
Sikasso	10,3	4,8	7,9	11,0	13,8	22,8
Ségou	9,4	4,6	6,8	7,7	4,4	20,0
Mopti	8,1	2,6	9,2	1,6	7,3	12,9
Tombouctou	10,0	8,8	8,1	7,1	8,9	1,4
Gao	3,4	5,8	7,6	5,2	5,3	9,1
Kidal	2,1	0,0	0,0	7,8	0,0	14,5
Bamako	9,9	8,4	12,5	5,5	10,6	8,1
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	8,0	6,6	11,6	8,1	13,6	31,0
Second	12,2	5,6	6,5	7,1	6,8	13,4
Moyen	9,3	4,6	12,2	6,6	9,3	14,7
Quatrième	6,5	5,9	7,3	11,4	7,6	15,2
Le plus riche	7,5	5,3	9,0	3,4	7,4	10,2
Ensemble	8,5	5,6	9,2	6,8	8,6	15,2
TAUX D'ABANDON²						
Sexe						
Masculin	0,2	0,3	0,2	1,8	1,4	1,0
Féminin	0,3	0,8	0,3	0,7	1,0	3,2
Milieu de résidence						
Bamako	0,0	0,0	0,0	1,9	2,5	5,0
Autres villes	0,2	0,6	0,0	0,3	0,4	0,3
Ensemble urbain	0,1	0,4	0,0	0,8	1,2	2,4
Rural	0,3	0,6	0,4	1,7	1,2	1,7
Région						
Kayes	0,3	1,2	0,0	0,0	2,7	0,0
Koulikoro	0,4	1,5	0,0	4,6	1,3	0,0
Sikasso	0,3	0,6	0,0	0,8	0,5	1,7
Ségou	0,0	0,0	0,7	0,6	0,5	0,5
Mopti	0,2	0,2	1,3	0,3	0,8	5,4
Tombouctou	1,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0
Gao	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Kidal	0,0	3,0	2,6	0,0	3,6	0,0
Bamako	0,0	0,0	0,0	1,9	2,5	5,0
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	0,3	2,3	1,3	1,6	0,6	1,3
Second	1,0	0,2	0,0	0,7	1,2	1,4
Moyen	0,0	0,6	0,2	1,9	3,0	3,1
Quatrième	0,1	0,0	0,0	1,6	0,0	0,3
Le plus riche	0,0	0,0	0,0	1,1	1,3	3,0
Ensemble	0,2	0,5	0,3	1,4	1,2	2,0

¹ Le taux de redoublement est le pourcentage d'élèves d'un niveau au cours de l'année scolaire courante qui fréquentaient ce même niveau au cours de l'année scolaire précédente.

² Le taux d'abandon est le pourcentage d'élèves d'un niveau au cours de l'année scolaire précédente et qui ne fréquentent plus l'école.

les régions de Sikasso (23 %) et de Ségou (20 %), et dans les ménages les plus pauvres (31 %) qu'ailleurs. Quand au taux d'abandon, il est estimé pour le niveau primaire à 2 %. Toutefois, le taux d'abandon est plus élevé parmi les filles (3 %) que parmi les garçons (1 %). Contrairement au taux de redoublement qui semble influencé par le niveau économique du ménage, on ne constate pas de variation très nette du taux d'abandon en fonction des quintiles du bien-être.

2.4 ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION ET DES MÉNAGES

L'objectif de ce chapitre est de présenter certaines caractéristiques de l'environnement socio-économique et sanitaire de la population malienne. Une telle description est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socio-économiques et environnementales sont des déterminants de l'état de santé de la population.

2.4.1 Caractéristiques des logements

Au cours de l'enquête, certaines questions ont été posées en vue de déterminer les caractéristiques des logements. Ces questions portaient principalement sur la disponibilité de l'électricité, les matériaux de construction et les combustibles utilisés pour faire la cuisine.

Disponibilité de l'électricité

Dans l'ensemble, les résultats présentés au tableau 2.7 montrent que 17 % des ménages au Mali disposent de l'électricité. Cette proportion était de 11 % à l'EDSM-III en 2001.

La disponibilité de l'électricité par les ménages varie selon le milieu de résidence. Près de la moitié des ménages urbains (47 %) contre seulement 3 % des ménages ruraux disposent de l'électricité.

Type de revêtement du sol

Certains types de revêtement du sol peuvent faciliter la propagation de certains germes, responsables de maladies. Pour cette raison, des questions ont été posées sur le type de revêtement du sol des logements. On observe que pour l'ensemble du pays, seulement environ un ménage sur quatre (24 %) vit dans un logement dont le sol est en matériaux de construction adéquats, c'est-à-dire 22 % en ciment, 2 % en carreaux, 1 % en moquette. Le type de revêtement du sol varie de manière importante selon le milieu de résidence. En particulier, en ce qui concerne le sol en ciment, on note que la proportion varie de 50 % en urbain à seulement 8 % en rural. Globalement, un peu plus de la moitié des ménages (58 %) vivent dans un logement dont le sol est seulement recouvert de terre ou de sable.

Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir

On constate toujours au tableau 2.7, que dans l'ensemble, 28 % des ménages disposent d'une pièce par personne pour dormir. Près de quatre ménages sur dix (38 %) disposent d'une pièce pour deux personnes et près d'un ménage sur trois (34 %) disposent d'une pièce pour trois personnes ou plus pour dormir.

Tableau 2.7 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages et de la population (de droit) en fonction de certaines caractéristiques du logement, par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Ménages					Population				
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Électricité										
Oui	72,1	32,1	47,4	3,2	16,6	74,5	32,5	48,7	3,7	17,4
Non	27,9	67,8	52,5	96,4	83,0	25,5	67,5	51,2	95,8	82,3
ND	0,0	0,1	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de sol										
Terre, sable	16,7	39,4	30,7	70,5	58,3	16,5	40,0	30,9	69,9	58,1
Boue	1,4	16,6	10,8	19,6	16,9	1,5	17,0	11,0	18,9	16,5
Parquet ou bois ciré	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Vinyle	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
Carreaux	11,4	1,9	5,6	0,1	1,7	12,9	2,4	6,4	0,1	2,0
Ciment	66,1	40,0	50,0	8,4	21,1	65,7	38,5	49,1	9,6	21,5
Moquette	3,9	1,8	2,6	0,1	0,9	2,9	1,7	2,2	0,1	0,7
Autre	0,0	0,0	0,0	1,1	0,7	0,0	0,0	0,0	1,1	0,7
Manquant	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce pour dormir										
Une par pièce	32,9	27,0	29,3	27,0	27,7	19,8	17,1	18,1	17,8	17,9
Deux par pièce	34,3	37,9	36,5	38,9	38,2	31,0	32,7	32,1	34,1	33,5
Trois ou plus par pièce	32,4	35,1	34,1	34,0	34,0	49,0	50,2	49,7	48,0	48,5
ND	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Combustible utilisé pour cuisiner										
Électricité	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
GPL/gaz propane liquéfié/méthane	2,5	0,6	1,3	0,0	0,4	1,4	0,3	0,7	0,0	0,2
Charbon de bois	58,8	28,3	40,0	5,3	15,8	56,6	25,6	37,6	4,5	14,5
Bois	35,4	67,4	55,1	91,2	80,2	40,8	71,9	59,9	92,5	82,6
Excréments d'animaux	0,3	1,7	1,1	2,6	2,1	0,2	1,7	1,1	2,4	2,0
Autre	2,6	2,0	2,2	0,8	1,2	0,7	0,5	0,6	0,3	0,4
ND	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant des combustibles solides pour cuisiner										
Effectif	94,5	97,4	96,3	99,0	98,2	97,7	99,2	98,6	99,5	99,2
Effectif	1 517	2 442	3 960	9 038	12 998	8 661	13 707	22 368	51 480	73 848

Combustible utilisé pour faire la cuisine

Des millions de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (biomasse et charbon) pour leurs besoins en énergie de base, comme la cuisine et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraîne des niveaux élevés de pollution de l'air à l'intérieur des logements par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles pour la santé. Le principal problème posé par l'utilisation de combustibles solides concerne les émanations d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO₂) et autres éléments toxiques. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, et même de cancer. Le principal indicateur utilisé dans le cadre de cette enquête est la proportion de la population utilisant des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour la cuisine.

Le tableau 2.7 présente également les résultats concernant l'utilisation des combustibles pour la cuisine. Dans l'ensemble du pays, on note que la quasi-totalité des ménages utilisent pour cuisiner le bois (80 %) ou le charbon de bois (16 %). La très grande majorité des ménages du milieu urbain utilisent du bois (40 %) ou du charbon de bois (55 %) et les ménages du milieu rural, les utilisent dans la même proportion (91 % pour le bois et 5 % pour le charbon). Les combustibles modernes, comme le gaz, le propane liquéfié ou le méthane sont utilisés par une faible proportion de ménages (0,4 %), principalement à Bamako (3 %).

2.4.2 Possession de biens durables

Au cours de l'enquête pour évaluer le niveau de vie socio-économique des ménages, on a cherché à savoir si les ménages possédaient certains biens considérés comme des indicateurs du niveau socio-économique et de manière indirecte de leur niveau d'accès à l'information et aux services sociaux.

Au tableau 2.8, on constate que la radio est le bien le plus fréquemment possédé par les ménages (71 %). Selon le milieu de résidence, les proportions varient d'un minimum de 68 % en milieu rural à 79 % en urbain ; c'est à Bamako que cette proportion est la plus élevée (85 %). Outre la radio, les biens durables les plus fréquemment possédés par les ménages sont la bicyclette (46 %), un animal de trait/charrette (37 %), la motocyclette/scooter (30 %) et la télévision (22 %).

Tableau 2.8 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages et de la population de droit qui possèdent certains biens de consommation, certains moyens de transport, par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Biens possédés	Ménages					Population				
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Biens d'équipement du ménage										
Radio	85,2	75,7	79,4	67,9	71,4	87,8	78,9	82,4	71,8	75,0
Télévision	66,4	37,8	48,7	10,7	22,3	72,5	43,0	54,5	13,0	25,6
Téléphone portable	61,6	30,5	42,4	4,2	15,8	66,8	33,3	46,3	5,0	17,5
Téléphone fixe	19,6	7,1	11,8	0,5	4,0	22,0	8,4	13,7	0,6	4,6
Réfrigérateur	22,1	7,0	12,8	0,3	4,1	26,8	8,3	15,5	0,3	4,9
Biens utilisés pour le transport										
Bicyclette	21,8	28,1	25,7	55,2	46,2	26,9	32,5	30,3	61,0	51,7
Animal de trait	3,8	22,9	15,6	46,7	37,2	5,1	27,7	19,0	52,1	42,0
Motocyclette/scooter	46,2	36,5	40,2	25,2	29,7	52,7	39,9	44,9	30,2	34,6
Voiture/camion	16,0	5,8	9,7	1,3	3,8	20,3	7,0	12,2	1,5	4,7
Effectif	1 517	2 442	3 960	9 038	12 998	8 661	13 707	22 368	51 480	73 848

2.4.3 Accès à de l'eau salubre

Des millions d'habitants dans le monde n'ont pas accès à un approvisionnement en eau améliorée et à des moyens d'assainissement adéquats qui sont pourtant indispensables au maintien d'une bonne santé. Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), l'UNICEF s'est engagé avec l'aide de toute la communauté internationale à réduire d'ici 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès à ces services de base.

Au cours de l'EDSM-IV, un certain nombre d'indicateurs ont été collectés qui ont permis d'évaluer l'environnement sanitaire de la population:

- dans le domaine de l'eau : utilisation de sources d'approvisionnement en eau améliorées, utilisation d'une méthode adéquate de traitement de l'eau, temps d'approvisionnement en eau potable, personne chargée de la collecte de l'eau ;
- en matière d'assainissement : utilisation d'installations sanitaires améliorées et élimination hygiénique des excréments des enfants.

La population qui a accès à des sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson est celle qui utilise l'un des types d'approvisionnement en eau suivants : l'eau courante (dans les logements, les concessions ou les parcelles), les fontaines publiques/bornes fontaines, puits tubes/forages et puits protégés, l'eau de source protégée, l'eau de pluie recueillie. L'eau embouteillée est considérée comme une source améliorée d'approvisionnement en eau de boisson seulement si le ménage utilise une source améliorée d'approvisionnement en eau pour d'autres besoins, comme la lessive et la cuisine.

Utilisation de sources d'eau améliorées

Les résultats présentés au tableau 2.9 indiquent que plus de la moitié de la population (56 %) utilisent de l'eau provenant d'une source améliorée.

Cette proportion présente cependant de fortes disparités puisque seulement 46 % des habitants du milieu rural contre 79 % en urbain ont accès à une source améliorée pour s'approvisionner en eau de boisson.

En ce qui concerne les ménages, on constate que dans 56 % des cas, ils ont accès à une source d'eau améliorée. On note également des écarts entre milieux de résidence puisque cette proportion varie de 79 % en urbain à 46 % en rural, et à un maximum de 95 % à Bamako.

Temps pour s'approvisionner en eau

Globalement, on constate que 45 % des ménages disposent d'une source d'approvisionnement en eau de boisson sur place. Cette situation en matière d'approvisionnement en eau est assez contrastée selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 57 % des ménages (56 % à Bamako et 59 % dans les Autres Villes) disposent sur place d'une source d'approvisionnement contre 40 % en milieu rural. Par contre, il faut 30 minutes ou plus à 4 % des ménages du milieu urbain et à 6 % de ceux du milieu rural pour s'y rendre.

Personne chargée de l'approvisionnement en eau

Les résultats du tableau 2.9 montrent également que, quand l'eau n'est pas disponible sur place, c'est essentiellement les femmes (36 % pour les mères et 15 % pour les filles) qui sont chargées de la collecte de l'eau contre 3 % pour les hommes (3 % pour les garçons et moins d'un pour cent pour les pères).

Tableau 2.9 Eau utilisée par les ménages pour boire

Répartition (en %) des ménages et de la population (de droit) selon la provenance de l'eau pour boire, le temps pour s'approvisionner en eau et selon la personne qui, habituellement, se rend au lieu d'approvisionnement et pourcentage de ménages et de la population (de droit) selon le type de traitement de l'eau, par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Ménages					Population				
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Source d'approvisionnement en eau de boisson										
Source améliorée	94,9	68,9	78,9	45,9	55,9	95,4	68,6	79,0	46,0	56,0
Robinet dans logement/cour/concession	41,2	27,4	32,7	0,9	10,6	40,8	27,4	32,5	0,9	10,5
Robinet public/fontaine	51,8	26,7	36,3	6,1	15,3	52,3	26,7	36,6	6,1	15,3
Puits creusé protégé	1,9	14,7	9,8	38,3	29,6	2,3	14,4	9,7	38,5	29,8
Source d'eau protégée	0,0	0,2	0,1	0,5	0,4	0,0	0,2	0,1	0,5	0,3
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Source non améliorée	4,4	31,0	20,8	54,1	43,9	4,2	31,3	20,8	53,9	43,9
Puits creusé non protégé	4,4	29,9	20,1	48,5	39,8	4,2	30,1	20,1	48,8	40,1
Eau de surface	0,0	1,1	0,7	5,6	4,1	0,0	1,2	0,7	5,2	3,8
Eau en bouteille, source non améliorée pour cuisiner/laver	0,7	0,0	0,3	0,0	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Manquant	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant pour boire l'eau d'une source améliorée ¹	94,9	68,9	78,9	45,9	55,9	95,4	68,6	79,0	46,0	56,0
Temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson										
Eau sur place	55,5	58,6	57,4	40,2	45,4	54,3	57,8	56,5	40,8	45,6
Moins de 30 minutes	39,3	37,8	38,4	52,8	48,4	39,5	38,6	39,0	52,0	48,0
30 minutes ou plus	4,8	3,4	3,9	6,4	5,7	5,9	3,2	4,2	6,6	5,9
Ne sait pas/manquant	0,4	0,2	0,3	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Personne chargée habituellement de la collecte de l'eau de boisson										
Les mères	18,1	25,4	22,6	41,1	35,5	15,6	23,7	20,5	40,6	34,5
Les pères	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Les filles	15,6	12,7	13,8	15,9	15,3	19,3	16,1	17,4	17,5	17,4
Les garçons	3,6	4,5	4,2	2,4	2,9	4,2	5,0	4,7	2,3	3,0
Autre	15,8	8,3	11,2	8,6	9,4	14,3	5,6	9,0	6,6	7,3
Eau sur place	46,6	48,5	47,8	31,0	36,1	46,4	49,2	48,1	32,0	36,9
Manquant	0,1	0,2	0,2	0,8	0,6	0,0	0,2	0,1	0,8	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyen de traitement de l'eau²										
Bouillir	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,0	0,4	0,3	0,2	0,2
Eau de Javel/chlore	4,4	14,9	10,9	7,7	8,7	4,5	14,9	10,8	8,0	8,9
Passer à travers un linge	4,7	17,9	12,8	28,8	24,0	5,4	17,7	13,0	28,5	23,8
Céramique, sable ou autre filtre	0,9	1,0	1,0	3,2	2,5	0,7	0,9	0,8	3,3	2,6
Autre	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	0,2
Aucun traitement	90,2	68,2	76,7	61,6	66,2	89,6	68,4	76,6	61,5	66,1
Pourcentage utilisant une méthode de traitement appropriée	9,3	31,5	23,0	38,1	33,5	10,0	31,4	23,1	38,2	33,6
Effectif	1 517	2 442	3 960	9 038	12 998	8 661	13 707	22 368	51 480	73 848

¹ Étant donné que la qualité de l'eau en bouteille ne peut être déterminée, les ménages ayant déclaré boire de l'eau en bouteille ont été classés comme utilisant une eau de qualité ou non en fonction de la provenance de l'eau utilisée pour cuisiner et pour se laver.

² Les enquêtés pouvant déclarer plusieurs types de traitement, la somme des pourcentages peut excéder 100 pour cent.

Traitement de l'eau à domicile

L'amélioration de la qualité de l'eau au moyen de certains traitements peut contribuer à réduire les risques de contracter des maladies liées à une mauvaise qualité de l'eau. Au cours de l'EDSM-IV, des questions ont été posées aux membres des ménages pour savoir si l'eau de boisson était traitée et quel

traitement était utilisé pour assainir l'eau. Parmi les moyens proposés pour rendre l'eau potable, figurent l'ébullition, l'ajout de chlore ou d'eau de Javel, le filtrage à travers un linge et l'utilisation d'un filtre à eau.

Le tableau 2.9 présente les proportions des ménages et de leurs membres qui utilisent des méthodes appropriées de traitement de l'eau pour la rendre potable.

Environ deux ménages sur trois (66 %) n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau. Le moyen de traitement le plus fréquemment utilisé par les ménages consiste à faire passer l'eau à travers un linge : 24 % (13 % pour le milieu urbain contre 29 % en milieu rural). Seulement, 9 % des ménages (11 % en urbain et 8 % en rural) utilisent l'eau de javel ou le chlore pour rendre l'eau potable. La proportion de ménages qui font bouillir l'eau est très faible : 0,2 %. Globalement la proportion de ménages qui utilise un moyen de traitement approprié de l'eau à domicile est de 34 % et c'est en milieu rural que cette proportion est la plus élevée (38 % contre 23 % en urbain).

2.4.4 Type et utilisation de toilettes

L'élimination inadéquate des excréments humains est associée à un risque accru de contracter des maladies dont les maladies diarrhéiques et la poliomyélite. Les installations sanitaires considérées comme adéquates sont les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à une fosse septique, les fosses d'aisances améliorées ventilées, les fosses d'aisances avec dalle et les toilettes à compostage.

Types de toilettes

Les résultats du tableau 2.10 montrent qu'au Mali, 11 % des ménages disposent de toilettes privées modernes équipées de chasse d'eau ou de latrines améliorées. En ce qui concerne les latrines rudimentaires, la proportion est de 34 % (23 % en urbain et 39 % en rural) ; en outre, 34 % utilisent des toilettes rudimentaires qu'ils partagent avec d'autres ménages. Cette proportion varie de 27 % en rural à 49 % en urbain.

Au Mali, les ménages qui ne disposent d'aucune toilette représentent 21 %. Ce pourcentage est de 28 % en milieu rural contre 7 % en milieu urbain, dont moins d'un pour cent à Bamako.

Type de toilettes	Ménages					Population				
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Toilettes améliorées privées										
Chasse d'eau	10,3	1,8	5,1	0,6	2,0	11,7	1,9	5,7	0,7	2,2
Latrines améliorées	15,3	15,2	15,3	5,5	8,5	16,9	17,5	17,3	5,7	9,2
Latrines rudimentaires	10,9	30,4	22,9	39,4	34,4	12,9	33,3	25,4	42,1	37,0
Toilettes rudimentaires										
Une installation en commun avec d'autres ménages	62,1	41,4	49,3	26,6	33,5	57,3	36,1	44,3	26,2	31,6
Pas de toilettes/nature	0,8	11,0	7,1	27,6	21,3	0,7	11,0	7,0	25,1	19,6
Autre	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
ND	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2	0,4	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 517	2 442	3 960	9 038	12 998	8 661	13 707	22 368	51 480	73 848

Dr Soumaïla Mariko et Issa Bara Berthé

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Tout comme le questionnaire Ménage, les questionnaires Individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence et le niveau d'instruction des enquêtés. Dans cette partie, sont également analysés les résultats sur l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

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

Les résultats présentés au tableau 3.1 montrent que les répartitions des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupes d'âges quinquennaux présentent une allure assez régulière, les proportions de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés. Ces proportions passent de 24 % pour les hommes de 15-19 ans à 10 % pour le groupe d'âges 45-49 ans. Pour les femmes, les proportions ne présentent que peu de variations aux âges les plus élevés. En effet les proportions ne varient que de 9 % pour les 40-44 ans à 8 % pour les 45-49 ans.

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes éligibles de l'échantillon. Dans le cadre de l'EDSM-IV, ont été considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate qu'au moment de l'enquête, seulement un peu plus d'une femme sur dix (12 %) était célibataire, alors que pratiquement plus de huit sur dix (85 %) étaient en union, et environ 3 % étaient en rupture d'union (divorcées, séparées ou veuves). Chez les hommes, au moment de l'enquête, plus d'un homme sur trois était célibataire (35 %), un peu moins de deux hommes sur trois (60 %) étaient en union et environ 4 % étaient en rupture d'union.

Tableau 3.1 Caractéristiques individuelles des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon les caractéristiques individuelles, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Pondéré	Non pondéré	Pourcentage pondéré	Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	21,3	3 104	3 098	23,7	876	889
20-24	18,4	2 678	2 673	17,1	633	593
25-29	18,0	2 625	2 568	12,8	476	484
30-34	13,5	1 971	1 968	13,4	497	478
35-39	11,6	1 688	1 741	12,2	452	472
40-44	9,3	1 354	1 375	10,5	390	409
45-49	8,0	1 163	1 160	10,3	380	372
50-59	na	na	na	na	503	510
État matrimonial						
Célibataire	11,8	1 726	1 745	35,4	1 312	1 293
Marié	79,2	11 556	11 501	52,9	1 959	1 967
Vivant ensemble	5,6	810	823	7,5	277	295
Divorcé(e)/séparé(e)	1,9	277	289	3,8	142	126
Veuf (veuve)	1,5	214	225	0,4	14	15
ND	0,0	0	0	0,0	1	1
Niveau d'instruction						
Aucun	78,2	11 410	11 336	57,9	2 146	2 136
Primaire	11,4	1 668	1 700	20,5	759	726
Secondaire	9,7	1 408	1 454	19,2	713	744
Supérieur	0,7	97	93	2,3	86	91
Religion						
Musulmane	91,5	13 343	13 327	92,8	3 436	3 424
Chrétienne	3,0	436	491	3,6	134	150
Animiste	1,5	216	211	1,7	63	66
Sans religion	3,5	514	471	1,5	54	41
ND	0,5	74	82	0,4	14	15
Ethnie						
Bambara	29,1	4 239	3 566	31,3	1 160	974
Malinké	8,1	1 183	1 073	8,0	295	279
Peulh	14,5	2 122	1 927	14,3	530	488
Sarakolé/Soninké/Marka	12,6	1 838	1 671	10,1	375	328
Sonraï	9,0	1 313	1 446	9,8	364	338
Dogon	5,8	851	1 388	6,6	243	422
Tamachek	4,1	602	982	2,1	78	171
Sénoufo/Minianka	8,9	1 295	1 306	9,1	338	360
Bobo	2,2	321	327	2,5	91	92
Autre	3,7	539	567	4,2	154	169
Pays CEDEAO	1,7	255	301	1,5	56	56
Autres	0,1	23	25	0,4	14	16
ND	0,0	2	4	0,1	4	4
Ensemble	100,0	14 583	14 583	100,0	4 207	4 207

Au tableau 3.2, les résultats selon le milieu de résidence montrent que près de sept femmes sur dix (66 %) et environ six hommes sur dix (63 %) vivent en milieu rural. En outre, la répartition de la population par région montre que ce sont les régions de Ségou, de Sikasso et de Koulikoro (16 % chacune pour les femmes et pour les hommes), suivies par Mopti (14 % pour les femmes et pour les hommes) et Kayes (13 % pour les femmes et 12 % pour les hommes) qui concentrent la majorité de la population du Mali. À l'opposé, c'est dans les régions de Tombouctou (5 % pour les femmes et 4 % pour les hommes), Gao (5 % pour les femmes et 4 % pour les hommes) et Kidal (0,3 % pour chaque sexe) que les proportions sont les plus faibles. Enfin, on constate que dans la capitale Bamako résident 14 % des femmes et 18 % des hommes.

Le même tableau 3.2 présente également la répartition des hommes et des femmes selon le niveau de bien-être économique du ménage. On note que la proportion d'hommes vivant dans le quintile le plus riche est légèrement supérieure à celle des femmes (27 % contre 24 %) alors que la proportion est pratiquement la même pour le quintile le plus pauvre.

Tableau 3.2 Résidence et quintile du bien-être économique						
Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés selon la résidence et le quintile du bien-être économique, EDSM-IV Mali 2006						
Résidence et quintile du bien-être économique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Pondéré	Non pondéré	Pourcentage pondéré	Pondéré	Non pondéré
Milieu de résidence						
Bamako	14,4	2 104	2 011	18,0	667	599
Autres Villes	19,3	2 814	3 132	19,4	717	794
Ensemble urbain	33,7	4 918	5 143	37,4	1 384	1 393
Rural	66,3	9 665	9 440	62,6	2 321	2 304
Région						
Kayes	12,9	1 886	1 686	12,1	448	379
Koulikoro	16,1	2 352	1 778	16,5	610	449
Sikasso	16,4	2 392	2 590	16,0	593	674
Ségou	16,4	2 388	1 735	15,6	577	443
Mopti	14,0	2 036	2 345	13,8	513	658
Tombouctou	4,9	720	1 072	3,9	144	226
Gao	4,5	655	1 060	3,8	141	199
Kidal	0,3	50	306	0,3	12	70
Bamako	14,4	2 104	2 011	18,0	667	599
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	18,3	2 675	2 472	17,9	663	608
Second	19,2	2 803	2 838	18,2	674	688
Moyen	19,0	2 774	3 029	15,8	584	654
Quatrième	19,6	2 864	2 952	21,2	785	787
Le plus riche	23,8	3 467	3 292	26,9	998	960
Ensemble	100,0	14 583	14 583	100,0	4 207	4 207

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent les données selon le niveau d'instruction atteint par les enquêtés. Les résultats sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate que la proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction est nettement plus élevée que celle des hommes (78 % contre 60 %). Au niveau primaire, les écarts persistent : 11 % de femmes contre 19 % d'hommes. De même, la proportion d'hommes ayant atteint le niveau secondaire ou plus est nettement plus élevée que celle des femmes (20 % contre 10 %).

Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction des femmes par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes enquêtées en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Instruction						Total	Effectif de femmes
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur		
Groupe d'âges								
15-24	68,4	12,2	2,3	16,2	0,2	0,7	100,0	5 781
15-19	61,1	15,3	3,2	20,2	0,0	0,1	100,0	3 104
20-24	76,8	8,6	1,3	11,5	0,5	1,2	100,0	2 678
25-29	84,5	8,9	1,3	4,0	0,5	0,8	100,0	2 625
30-34	84,9	7,6	1,5	4,4	0,7	0,9	100,0	1 971
35-39	84,3	8,8	1,7	4,5	0,3	0,4	100,0	1 688
40-44	83,8	7,5	1,3	6,5	0,3	0,6	100,0	1 354
45-49	86,5	5,7	1,5	5,2	0,6	0,4	100,0	1 163
Milieu de résidence								
Bamako	50,1	15,4	3,4	26,2	1,4	3,5	100,0	2 104
Autres Villes	65,9	11,6	3,1	17,9	0,7	0,8	100,0	2 814
Ensemble urbain	59,1	13,2	3,3	21,5	1,0	2,0	100,0	4 918
Rural	88,0	7,8	1,1	3,1	0,1	0,0	100,0	9 665
Région								
Kayes	86,0	9,7	1,1	2,6	0,4	0,3	100,0	1 886
Koulikoro	81,7	10,1	1,9	5,9	0,2	0,2	100,0	2 352
Sikasso	83,4	9,0	1,9	5,4	0,3	0,1	100,0	2 392
Ségou	78,4	9,6	1,7	9,9	0,2	0,2	100,0	2 388
Mopti	88,2	4,5	0,5	6,7	0,1	0,0	100,0	2 036
Tombouctou	85,3	6,6	1,7	6,2	0,1	0,1	100,0	720
Gao	76,2	10,6	2,7	9,4	0,2	0,9	100,0	655
Kidal	75,3	12,8	1,2	10,7	0,0	0,0	100,0	50
Bamako	50,1	15,4	3,4	26,2	1,4	3,5	100,0	2 104
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	90,4	6,5	1,1	2,0	0,0	0,0	100,0	2 675
Second	88,8	7,3	1,4	2,6	0,0	0,0	100,0	2 803
Moyen	88,8	8,1	0,9	2,2	0,1	0,0	100,0	2 774
Quatrième	81,4	10,0	1,4	6,9	0,2	0,1	100,0	2 864
Le plus riche	49,3	14,9	3,8	27,9	1,4	2,7	100,0	3 467
Ensemble	78,2	9,6	1,8	9,3	0,4	0,7	100,0	14 583

Quel que soit le sexe, le niveau d'instruction augmente des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes. En effet, la proportion de femmes sans niveau d'instruction varie avec l'âge, passant de 87 % parmi celles de 45-49 ans à 61 % parmi celles de 15-19 ans ; on note également que la proportion de femmes ayant un niveau d'instruction secondaire varie de 6 % chez celles de 45-49 ans à 20 % chez celles de 15-19 ans. On note chez les hommes des écarts de même ampleur entre les générations, puisque des plus anciennes aux plus récentes, les proportions de ceux sans niveau d'instruction sont passées de 77 % parmi ceux de 50-59 ans à 40 % parmi ceux de 15-19 ans. En ce qui concerne le niveau secondaire ou plus, les proportions varient de 13 % parmi les hommes âgés de 50-59 ans à l'enquête à 33 % parmi les hommes de 15-19 ans.

Par ailleurs, le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. On constate, en effet, que les proportions d'hommes instruits sont plus élevées en milieu urbain (61 %) qu'en milieu rural (31 %). Chez les femmes, la proportion de celles qui sont instruites est de 41 % en milieu urbain contre 12 % en milieu rural.

Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction des hommes par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des hommes enquêtés en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Instruction						Total	Effectif d'hommes
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur		
Groupe d'âges								
15-24	45,4	18,3	4,3	28,1	1,4	2,5	100,0	1 509
15-19	39,9	21,0	5,9	31,0	1,6	0,5	100,0	876
20-24	52,9	14,5	2,2	24,1	1,2	5,2	100,0	633
25-29	65,8	13,8	1,0	12,3	3,1	4,0	100,0	476
30-34	65,6	19,5	2,5	9,4	1,9	1,0	100,0	497
35-39	66,1	21,6	2,4	7,5	0,7	1,8	100,0	452
40-44	64,3	18,2	1,5	13,1	0,7	2,3	100,0	390
45-49	71,8	11,9	2,2	10,6	1,5	2,0	100,0	380
50-59	77,2	9,2	1,1	8,1	1,4	3,0	100,0	503
Milieu de résidence								
Bamako	28,3	16,9	3,4	36,9	5,2	9,2	100,0	667
Autres Villes	49,6	16,5	2,8	26,4	2,2	2,4	100,0	717
Ensemble urbain	39,4	16,7	3,1	31,5	3,7	5,7	100,0	1 384
Rural	69,0	18,2	2,8	9,5	0,3	0,3	100,0	2 321
Région								
Kayes	59,4	19,7	6,0	14,3	0,2	0,5	100,0	448
Koulikoro	56,9	22,5	3,6	16,3	0,0	0,7	100,0	610
Sikasso	64,2	20,1	1,2	12,8	1,2	0,5	100,0	593
Ségou	60,9	17,4	2,2	17,0	1,0	1,5	100,0	577
Mopti	79,4	11,1	2,2	6,7	0,4	0,1	100,0	513
Tombouctou	76,2	13,0	0,8	7,0	2,4	0,6	100,0	144
Gao	61,5	11,6	2,5	17,6	2,8	4,0	100,0	141
Kidal	67,4	16,1	0,5	15,2	0,9	0,0	100,0	12
Bamako	28,3	16,9	3,4	36,9	5,2	9,2	100,0	667
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	71,7	17,8	2,3	7,7	0,3	0,1	100,0	663
Second	69,0	19,2	2,7	8,5	0,3	0,4	100,0	674
Moyen	71,7	16,5	2,7	8,7	0,2	0,2	100,0	584
Quatrième	64,1	17,7	3,2	14,1	0,4	0,4	100,0	785
Le plus riche	28,4	17,0	3,2	38,6	4,9	7,9	100,0	998
Ensemble	60,2	16,6	2,7	16,5	1,5	2,4	100,0	4 207

Les résultats selon les régions montrent qu'à l'exception de Bamako, les proportions de femmes sans instruction sont partout élevées : d'un minimum de 75 % à Kidal à un maximum de 88 % à Mopti. Chez les hommes, les proportions les plus élevées de ceux sans instruction sont observées dans les régions de Mopti (79 %) et de Tombouctou (76 %). À l'opposé, c'est à Bamako (28 %) et dans une moindre mesure, dans la région de Koulikoro (57 %), que l'on note les proportions les plus faibles d'homme sans instruction.

Les données de ces tableaux montrent qu'il y a une relation positive entre le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage : en effet, les proportions de femmes et d'hommes sans instruction diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches, passant respectivement de 90 % à 49 % et de 72 % à 28 %.

3.3 ALPHABÉTISATION

Au cours de l'enquête, mis à part les questions posées sur la dernière classe achevée et le niveau d'instruction atteint par les enquêtés, on a demandé à ceux qui n'avaient aucun niveau d'instruction et à ceux qui avaient déclaré avoir atteint le niveau primaire, de lire une phrase rédigée dans une des langues officielle ou nationales et préparée par les agents enquêteurs. Trois modalités ont été retenues : « *peut lire toute la phrase* », « *peut lire une partie de la phrase* », ou « *ne peut pas lire du tout* ». Les enquêtés ayant atteint le niveau secondaire ou plus ont été considérés d'office comme étant alphabétisés. Les résultats sont présentés au tableau 3.4.1 pour les femmes et au tableau 3.4.2 pour les hommes ainsi qu'au graphique 3.1.

Tableau 3.4.1 Alphabétisation des femmes										
Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation et pourcentage de femmes alphabétisées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006										
Caractéristique	Secondaire ou plus	Primaire ou sans instruction					ND	Total	Pourcentage alphabétisées ¹	Effectif
		Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue	Aveugle/ problèmes de vue				
Groupe d'âges										
15-19	20,4	3,4	7,7	68,0	0,1	0,0	0,4	100,0	31,5	3 104
20-24	13,3	1,0	4,2	81,2	0,1	0,1	0,3	100,0	18,4	2 678
25-29	5,3	0,8	4,9	88,7	0,0	0,0	0,2	100,0	11,1	2 625
30-34	6,0	1,4	3,9	88,5	0,2	0,0	0,0	100,0	11,3	1 971
35-39	5,2	1,9	4,7	87,9	0,0	0,1	0,3	100,0	11,7	1 688
40-44	7,4	1,3	4,3	86,3	0,2	0,0	0,5	100,0	13,0	1 354
45-49	6,2	1,2	3,2	89,1	0,1	0,0	0,2	100,0	10,6	1 163
Milieu de résidence										
Bamako	31,0	3,0	9,2	55,9	0,3	0,0	0,6	100,0	43,3	2 104
Autres Villes	19,4	2,7	7,1	70,3	0,0	0,0	0,4	100,0	29,2	2 814
Ensemble urbain	24,4	2,9	8,0	64,1	0,1	0,0	0,5	100,0	35,2	4 918
Rural	3,1	1,1	3,5	92,0	0,0	0,1	0,2	100,0	7,7	9 665
Région										
Kayes	3,2	0,8	5,0	90,9	0,0	0,0	0,1	100,0	9,0	1 886
Koulikoro	6,2	2,0	5,8	85,8	0,0	0,1	0,1	100,0	14,0	2 352
Sikasso	5,7	1,3	4,4	88,2	0,0	0,0	0,4	100,0	11,4	2 392
Ségou	10,3	1,7	4,1	83,5	0,0	0,0	0,3	100,0	16,2	2 388
Mopti	6,9	0,7	2,0	90,1	0,1	0,0	0,0	100,0	9,7	2 036
Tombouctou	6,4	1,2	2,8	89,3	0,2	0,0	0,0	100,0	10,5	720
Gao	10,5	3,7	6,3	78,8	0,1	0,3	0,3	100,0	20,5	655
Kidal	10,7	0,5	3,0	85,4	0,0	0,0	0,5	100,0	14,2	50
Bamako	31,0	3,0	9,2	55,9	0,3	0,0	0,6	100,0	43,3	2 104
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	2,0	1,0	3,5	93,3	0,0	0,0	0,2	100,0	6,5	2 675
Second	2,6	1,2	3,4	92,5	0,0	0,1	0,2	100,0	7,2	2 803
Moyen	2,2	1,2	3,2	93,0	0,1	0,1	0,1	100,0	6,7	2 774
Quatrième	7,2	1,2	4,9	86,3	0,0	0,1	0,3	100,0	13,3	2 864
Le plus riche	32,0	3,3	9,1	54,9	0,2	0,0	0,4	100,0	44,4	3 467
Ensemble	10,3	1,7	5,0	82,6	0,1	0,0	0,3	100,0	17,0	14 583

¹ Correspond aux femmes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à celles pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.

Ainsi selon les données du tableau 3.4.1 et 3.4.2, on constate qu'un peu moins de deux femmes sur dix (17 %) et un peu moins de quatre hommes sur dix (37 %) sont considérés comme étant alphabétisés. En d'autres termes, dans l'ensemble, la proportion d'analphabètes est de 83 % chez les femmes contre 63 % chez les hommes.

Tableau 3.4.2 Alphabétisation des hommes

Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation et pourcentage d'hommes alphabétisés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Primaire ou sans instruction							Total	Pourcentage alphabétisés ¹	Effectif
	Secondaire ou plus	Lit une phrase entière	Lit une partie de phrase	Ne sait pas lire	Pas de carte dans la langue	Aveugle/ problèmes de vue	ND			
Groupe d'âges										
15-19	33,2	6,6	10,7	46,9	0,9	0,0	1,7	100,0	50,5	876
20-24	30,5	2,0	9,5	56,1	1,5	0,0	0,4	100,0	42,0	633
25-29	19,5	4,7	9,9	64,6	0,9	0,0	0,5	100,0	34,0	476
30-34	12,4	3,7	19,5	62,4	1,3	0,0	0,7	100,0	35,6	497
35-39	10,0	7,8	16,4	65,0	0,6	0,3	0,0	100,0	34,2	452
40-44	16,0	4,7	14,1	63,3	1,6	0,0	0,3	100,0	34,8	390
45-49	14,1	5,0	10,0	69,5	0,8	0,0	0,6	100,0	29,1	380
50-59	12,5	5,1	5,7	74,9	0,7	1,2	0,0	100,0	23,3	503
Milieu de résidence										
Bamako	51,4	5,8	11,7	29,4	0,8	0,0	0,9	100,0	68,9	667
Autres Villes	31,0	3,3	19,1	45,5	0,4	0,0	0,6	100,0	53,4	717
Ensemble urbain	40,8	4,5	15,5	37,7	0,6	0,0	0,8	100,0	60,9	1 384
Rural	10,1	5,2	10,8	71,8	1,4	0,0	0,7	100,0	26,1	2 321
Région										
Kayes	14,9	7,2	11,1	66,5	0,0	0,0	0,2	100,0	33,3	448
Koulikoro	17,0	5,8	12,7	63,5	0,0	0,0	1,0	100,0	35,5	610
Sikasso	14,5	2,8	14,9	67,5	0,1	0,0	0,2	100,0	32,2	593
Ségou	19,5	4,6	10,8	62,8	1,2	0,0	1,2	100,0	34,9	577
Mopti	7,3	3,7	15,3	70,6	2,5	0,0	0,7	100,0	26,2	513
Tombouctou	10,0	6,3	12,3	59,3	9,9	0,6	1,5	100,0	28,6	144
Gao	24,4	4,5	6,8	64,3	0,0	0,0	0,0	100,0	35,7	141
Kidal	16,1	0,3	22,4	61,2	0,0	0,0	0,0	100,0	38,8	12
Bamako	51,4	5,8	11,7	29,4	0,8	0,0	0,9	100,0	68,9	667
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	8,2	4,9	11,0	74,4	0,9	0,0	0,5	100,0	24,2	663
Second	9,1	5,1	10,9	72,1	2,1	0,0	0,7	100,0	25,1	674
Moyen	9,1	4,1	10,3	74,1	1,4	0,2	0,9	100,0	23,5	584
Quatrième	14,9	4,4	16,4	62,7	0,6	0,0	1,0	100,0	35,8	785
Le plus riche	51,4	5,8	13,0	28,5	0,7	0,0	0,6	100,0	70,2	998
Ensemble	20,5	5,0	11,7	61,0	1,0	0,2	0,6	100,0	37,2	4 207

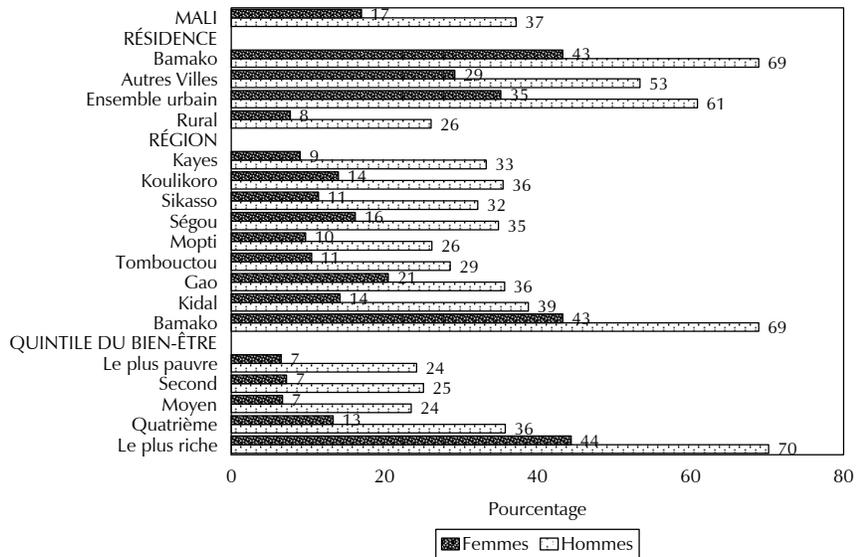
¹ Correspond aux hommes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et à ceux pouvant lire une phrase entière ou une partie de phrase.

Les proportions de femmes et d'hommes alphabétisés varient sensiblement selon le milieu de résidence (graphique 3.1). En milieu urbain, 35 % des femmes et 61 % des hommes sont alphabétisés contre respectivement 8 % et 26 % en milieu rural.

L'examen des résultats selon les régions met en évidence des disparités spatiales de l'alphabétisation, avec des écarts importants en fonction du genre. Les écarts entre régions sont particulièrement importants chez les femmes puisqu'on passe d'un minimum de 9 % d'alphabétisées à Kayes à un maximum de 43 % à Bamako. Chez les hommes, les proportions d'alphabétisés varient d'un minimum de 26 % à Mopti à 69 % à Bamako.

Concernant les quintiles du bien-être, on constate que les proportions de femmes et d'hommes qui sont alphabétisés augmentent, comme il fallait s'y attendre, des ménages les plus pauvres aux plus riches. Par exemple, le pourcentage de femmes alphabétisées passe de 7 % parmi celles appartenant au quintile le plus pauvre à 44 % parmi celles appartenant au quintile le plus riche. Pour les hommes, le pourcentage pour ces deux catégories passe de 24 % à 70 %.

Graphique 3.1 Proportion d'alphabétisés parmi les femmes et les hommes



EDSM-IV 2006

3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

Les données relatives à l'exposition des femmes et des hommes aux médias sont particulièrement importantes pour la mise en place de programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale. Lors de l'EDSM-IV, des questions ont été posées aux enquêtés concernant le niveau d'écoute des médias et de lecture de journaux ou magazines. Les tableaux 3.5.1 et 3.5.2 présentent les données sur l'exposition des femmes et des hommes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite) au moins une fois par semaine.

Il ressort des résultats que les hommes sont plus exposés que les femmes aux médias. En effet, un quart des femmes (25 %) et un peu plus d'un homme sur dix (14 %) n'ont été exposés à aucun média. De tous les médias, la radio est celui qui est le plus écouté : en effet, 70 % des femmes et 79 % des hommes ont déclaré l'écouter au moins une fois par semaine. La télévision vient en seconde position : elle est regardée, au moins, une fois par semaine par plus de quatre femmes sur dix (43 %) et par plus de cinq hommes sur dix (55 %). On note cependant que les hommes ont déclaré plus fréquemment que les femmes qu'ils lisaient des journaux : seulement 5 % des femmes contre 11 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés, à la fois, aux trois médias sont très faibles : seulement 5 % des femmes et 10 % des hommes.

Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des différences significatives. En milieu rural, près d'un tiers des femmes ne sont exposées à aucun média (31 %) contre environ une femme sur dix (12 %) en milieu urbain. Chez les hommes, l'écart est également important, la proportion variant de 20 % en rural à 5 % en urbain.

Tableau 3.5.1 Exposition des femmes aux média

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	10,3	54,8	71,5	8,6	21,0	3 104
20-24	5,9	47,7	71,6	5,1	22,4	2 678
25-29	2,7	40,4	71,5	2,3	23,4	2 625
30-34	3,3	39,4	70,4	2,9	24,6	1 971
35-39	2,7	36,0	68,6	2,4	27,8	1 688
40-44	4,9	32,3	67,3	4,6	29,9	1 354
45-49	4,1	31,0	66,2	3,5	31,0	1 163
Milieu de résidence						
Bamako	16,3	86,8	86,8	14,9	4,3	2 104
Autres Villes	10,4	59,8	76,5	9,5	17,2	2 814
Ensemble urbain	13,0	71,4	80,9	11,8	11,7	4 918
Rural	1,4	28,1	64,8	0,8	31,1	9 665
Région						
Kayes	1,5	29,6	73,8	1,2	23,7	1 886
Koulikoro	2,8	40,7	76,8	2,4	19,2	2 352
Sikasso	3,2	43,6	72,2	2,6	22,0	2 392
Ségou	3,9	37,2	65,4	3,1	27,4	2 388
Mopti	5,3	29,1	55,7	4,3	40,5	2 036
Tombouctou	4,4	23,9	63,7	3,1	34,2	720
Gao	4,3	26,0	45,1	3,4	51,5	655
Kidal	1,8	22,2	76,9	1,6	15,7	50
Bamako	16,3	86,8	86,8	14,9	4,3	2 104
Niveau d'instruction						
Aucun	0,1	34,8	66,8	0,1	28,7	11 410
Primaire	5,9	58,9	79,6	4,4	13,8	1 668
Secondaire ou plus	44,1	84,0	85,9	38,6	5,4	1 505
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	1,0	22,3	63,6	0,6	33,1	2 675
Second	1,4	27,2	67,8	0,9	28,4	2 803
Moyen	1,0	26,0	60,7	0,6	35,2	2 774
Quatrième	3,0	40,1	68,4	1,9	26,9	2 864
Le plus riche	17,1	86,3	86,4	15,8	4,5	3 467
Ensemble	5,3	42,7	70,2	4,5	24,6	14 583

Les résultats selon les régions mettent également en évidence des disparités : la proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est relativement faible à Bamako (4 %), dans les régions de Kidal (16 %) et Koulikoro (19 %). Elle est, par contre, élevée dans les régions de Sikasso (22 %), Kayes (24 %), Ségou (27 %), et c'est dans les régions de Tombouctou (34 %), Mopti (41 %) et Gao (52 %) qu'elle est la plus élevée. L'amplitude des écarts entre région est plus faible chez les hommes, la proportion de ceux qui n'ont été exposés à aucun média passant de 4 % à Bamako à 24 % à Kayes et à Tombouctou.

Tableau 3.5.2 Exposition des hommes aux médias

Pourcentage d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Exposition aux trois médias	Aucun média	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	8,7	62,9	65,9	6,9	19,2	876
20-24	16,3	64,2	77,1	13,6	14,6	633
25-29	13,5	53,9	80,5	11,5	14,9	476
30-34	7,1	59,7	82,3	6,3	9,6	497
35-39	13,5	52,8	85,1	11,6	12,5	452
40-44	12,7	48,9	87,9	10,0	9,8	390
45-49	11,4	47,0	84,9	9,5	12,6	380
50-59	9,4	42,1	85,7	8,6	12,9	503
Milieu de résidence						
Bamako	29,2	85,7	88,3	25,7	3,7	667
Autres Villes	16,9	82,9	79,8	16,1	6,0	717
Ensemble urbain	22,8	84,3	83,9	20,7	4,9	1 384
Rural	5,0	41,1	75,3	3,2	19,6	2 321
Région						
Kayes	5,6	39,7	68,2	4,1	24,0	448
Koulikoro	5,1	53,8	74,3	3,3	17,8	610
Sikasso	9,1	60,2	84,7	7,3	10,8	593
Ségou	9,5	59,2	80,3	7,9	11,0	577
Mopti	7,7	42,7	72,4	6,6	17,4	513
Tombouctou	10,4	38,9	73,6	8,0	24,0	144
Gao	13,2	41,7	75,8	12,2	19,9	141
Kidal	1,2	76,3	89,2	1,2	10,4	12
Bamako	29,2	85,7	88,3	25,7	3,7	667
Niveau d'instruction						
Aucun	2,1	45,8	77,1	1,5	17,0	2 146
Primaire	7,2	63,5	75,0	5,4	14,5	759
Secondaire ou plus	41,8	81,8	85,5	36,0	5,8	799
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	4,4	36,3	73,9	2,4	20,4	663
Second	5,0	44,8	74,9	3,4	19,8	674
Moyen	5,1	39,5	75,6	3,4	19,7	584
Quatrième	8,1	61,2	77,0	6,6	12,4	785
Le plus riche	27,8	86,6	86,9	25,2	4,0	998
Ensemble	11,4	55,4	79,3	9,6	13,9	4 207

En outre, on constate une influence très nette de l'instruction sur le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 39 % des femmes et 36 % des hommes contre seulement 4 % des femmes et 5 % des hommes ayant le niveau d'instruction primaire. Parmi les femmes sans instruction, 29 % ne sont exposées à aucun média. Chez les hommes, cette proportion est de 17 %.

De même que pour le niveau d’instruction, on note une relation positive entre le niveau de bien-être du ménage et l’exposition aux médias. On constate que ce sont les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 16 % des femmes et 25 % des hommes. Dans les ménages les plus pauvres, seulement 1 % des femmes et 2 % des hommes sont exposés aux trois médias.

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

3.5.1 Emploi des femmes

Lors de l’EDSM-IV, des questions relatives à l’emploi ont été posées aux hommes et aux femmes. Précisons que les hommes et les femmes qui ont déclaré avoir eu au cours des douze mois ayant précédé l’enquête, une activité rémunérée ou non, indépendamment du secteur d’activité, ont été considérés comme actifs. Les résultats sont présentés au tableau 3.6.1 et 3.6.2, et au graphique 3.2.

Dans l’ensemble, on constate que 61 % des femmes travaillaient au moment de l’enquête et 39 % ne travaillaient pas au moment de l’enquête ; parmi ces dernières, la majorité n’avait pas travaillé au cours des 12 mois avant l’enquête (38 %). On note que le pourcentage de femmes qui travaillaient au moment de l’enquête augmente régulièrement avec l’âge, passant d’un minimum de 50 % à 15-19 ans à un maximum de 69 % à 45-49 ans. Du point de vue de l’état matrimonial, les résultats montrent que ce sont les femmes en rupture d’union (63 %) et celles en union (62 %) qui étaient proportionnellement les plus nombreuses à exercer une activité au moment de l’enquête contre moins de la moitié des célibataires (48 %). Le nombre d’enfants influence également l’activité économique de la femme. Plus le nombre d’enfants augmente, plus la proportion de femmes exerçant une activité augmente: de 50 % quand celles-ci n’ont pas d’enfants, la proportion passe à 68 % quand elles en ont 5 ou plus.

Les proportions de femmes qui travaillaient au moment de l’enquête varient selon le milieu de résidence (52 % en milieu urbain, en particulier 56 % à Bamako, contre 65 % en milieu rural). Par contre, on note de grandes différences selon les régions, où la proportion de femmes ayant une activité au moment de l’enquête varie d’un minimum de 5 % à Kidal à des maximums de 80 % à Sikasso et 84 % à Kayes. L’instruction semble avoir une influence mitigée sur le niveau d’activité des femmes puisque la proportion de femmes qui travaillaient est de 62 % parmi celles sans instruction et de 64 % parmi celles ayant un niveau primaire et de seulement 44 % parmi les plus instruites. Par contre, on observe que plus le ménage est riche, moins la femme travaille : 65 % pour le quintile le plus pauvre contre 53 % pour le plus riche.

3.5.2 Emploi des hommes

Au tableau 3.6.2, les résultats concernant les hommes de 15-59 ans montrent qu’ils étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à travailler au moment de l’enquête (64 % contre 61 %). On constate, comme chez les femmes, que le pourcentage d’hommes qui travaillaient au moment de l’enquête augmente avec l’âge, passant de 27 % à 15-19 ans à un maximum de 83 % à 40-44 ans. Du point de vue de l’état matrimonial, les résultats montrent que les hommes en union et ceux en rupture d’union étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler au moment de l’enquête (respectivement, 78 % et 60 %). Par rapport au milieu de résidence, on note que, contrairement aux femmes, c’est en milieu rural que la proportion d’hommes qui travaillaient est la plus faible (61 %) et dans les Autres Villes qu’elle est la plus élevée (67 %). Concernant le niveau d’instruction, les résultats montrent que les hommes sans niveau d’instruction et ceux de niveau primaire étaient proportionnellement un peu plus nombreux à travailler (respectivement 71 % et 61 %) que ceux ayant un niveau secondaire ou plus (42 %). Enfin, les résultats selon les quintiles ne font pas apparaître d’écarts très importants (59 % pour le quintile le plus pauvre à 67 % pour le quatrième et 63 % pour le plus riche).

Tableau 3.6.1 Emploi des femmes

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont ou non travaillé et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

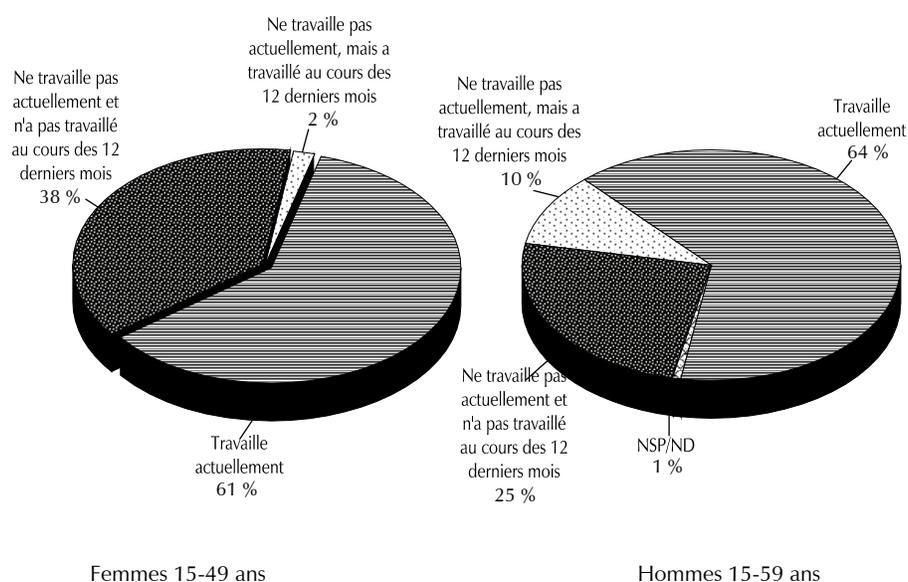
Caractéristique	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement, mais a travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Ne travaille pas et n'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	ND/NSP	Total	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	50,3	2,3	47,4	0,1	100,0	3 104
20-24	57,9	2,0	40,1	0,0	100,0	2 678
25-29	61,8	1,7	36,5	0,0	100,0	2 625
30-34	64,0	1,8	34,2	0,0	100,0	1 971
35-39	66,4	1,2	32,4	0,0	100,0	1 688
40-44	68,2	1,2	30,5	0,1	100,0	1 354
45-49	68,9	1,3	29,8	0,0	100,0	1 163
État matrimonial						
Célibataire	47,6	2,4	50,1	0,0	100,0	1 726
En union	62,4	1,7	35,9	0,0	100,0	12 365
Divorcée/séparée/veuve	62,9	1,7	35,0	0,4	100,0	491
Nombre d'enfants vivants						
0	50,3	2,1	47,6	0,0	100,0	3 345
1-2	60,5	2,0	37,4	0,1	100,0	4 276
3-4	63,0	1,5	35,5	0,0	100,0	3 466
5+	68,3	1,4	30,2	0,0	100,0	3 496
Milieu de résidence						
Bamako	56,3	2,2	41,4	0,0	100,0	2 104
Autres Villes	48,2	1,0	50,8	0,0	100,0	2 814
Ensemble urbain	51,7	1,5	46,8	0,0	100,0	4 918
Rural	65,2	1,9	32,9	0,0	100,0	9 665
Région						
Kayes	83,6	1,6	14,7	0,1	100,0	1 886
Koulikoro	66,8	1,9	31,4	0,0	100,0	2 352
Sikasso	80,1	1,8	18,1	0,0	100,0	2 392
Ségou	55,3	3,3	41,5	0,0	100,0	2 388
Mopti	43,1	0,5	56,3	0,0	100,0	2 036
Tombouctou	38,4	0,3	61,2	0,1	100,0	720
Gao	17,5	0,7	81,8	0,0	100,0	655
Kidal	5,0	0,0	95,0	0,0	100,0	50
Bamako	56,3	2,2	41,4	0,0	100,0	2 104
Niveau d'instruction						
Aucun	62,3	1,7	35,9	0,0	100,0	11 410
Primaire	63,7	2,5	33,7	0,0	100,0	1 668
Secondaire ou plus	44,2	1,5	54,3	0,1	100,0	1 505
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	65,0	2,1	32,9	0,0	100,0	2 675
Second	65,7	1,8	32,4	0,1	100,0	2 803
Moyen	63,2	2,0	34,9	0,0	100,0	2 774
Quatrième	57,9	1,5	40,6	0,0	100,0	2 864
Le plus riche	53,3	1,6	45,1	0,0	100,0	3 467
Ensemble	60,6	1,8	37,6	0,0	100,0	14 583

Tableau 3.6.2 Emploi des hommes

Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont ou non travaillé et par durée de l'emploi, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement, mais a travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Ne travaille pas et n'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	ND/NSP	Total	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	26,9	10,3	61,3	1,6	100,0	876
20-24	52,3	9,7	36,1	1,8	100,0	633
25-29	73,3	11,5	14,9	0,3	100,0	476
30-34	80,7	9,8	9,4	0,1	100,0	497
35-39	81,2	11,5	7,3	0,0	100,0	452
40-44	83,2	8,8	7,9	0,1	100,0	390
45-49	79,7	11,4	8,3	0,7	100,0	380
50-59	76,8	10,7	12,5	0,0	100,0	503
État matrimonial						
Célibataire	36,3	9,8	52,0	1,9	100,0	1 312
En union	77,9	10,5	11,5	0,2	100,0	2 236
Divorcé/séparé/veuf	60,1	14,2	24,8	0,9	100,0	156
ND	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	1
Nombre d'enfants vivants						
0	44,3	10,1	44,2	1,5	100,0	1 837
1-2	80,2	10,0	9,7	0,1	100,0	719
3-4	83,6	8,5	7,8	0,1	100,0	550
5+	77,1	13,4	9,1	0,4	100,0	598
Milieu de résidence						
Bamako	62,6	6,1	30,8	0,5	100,0	667
Autres Villes	66,5	2,7	30,3	0,5	100,0	717
Ensemble urbain	64,6	4,3	30,5	0,5	100,0	1 384
Rural	61,0	14,0	24,0	1,0	100,0	2 321
Région						
Kayes	56,6	19,3	21,4	2,8	100,0	448
Koulikoro	55,4	15,2	29,4	0,0	100,0	610
Sikasso	67,1	7,5	24,6	0,9	100,0	593
Ségou	59,8	9,6	30,2	0,4	100,0	577
Mopti	67,1	10,6	21,7	0,7	100,0	513
Tombouctou	78,3	7,2	12,5	1,9	100,0	144
Gao	65,8	0,4	33,5	0,3	100,0	141
Kidal	80,0	4,5	15,5	0,0	100,0	12
Bamako	62,6	6,1	30,8	0,5	100,0	667
Niveau d'instruction						
Aucun	70,6	12,0	16,7	0,7	100,0	2 146
Primaire	60,8	11,6	26,3	1,3	100,0	759
Secondaire ou plus	41,8	5,0	52,5	0,7	100,0	799
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	58,8	15,6	25,0	0,6	100,0	663
Second	60,7	14,8	22,5	1,9	100,0	674
Moyen	60,9	13,9	24,5	0,7	100,0	584
Quatrième	67,2	7,0	25,2	0,6	100,0	785
Le plus riche	63,0	4,6	32,0	0,4	100,0	998
Ensemble	64,1	10,4	24,7	0,7	100,0	4 207

Graphique 3.2 Travail des femmes et des hommes



EDSM-IV 2006

3.5.3 Occupation des femmes

Le tableau 3.7.1 présente les résultats sur le type d'occupation des femmes. Il en ressort que parmi celles qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, près d'une femme sur trois (33 %) travaillaient dans le secteur des ventes et services et près de la moitié des femmes (48 %) dans l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les proportions en fonction des autres types d'occupation sont très faibles, seulement 1,2 % exerçaient un emploi de cadre ou une activité professionnelle technique ou administrative. Le nombre d'enfants n'a pas d'influence significative sur l'occupation des femmes. Cependant, les veuves, séparées ou divorcées sont proportionnellement plus nombreuses à travailler en tant que cadre ou technicienne (3 %) ou dans les ventes et services (47 %) ; on note aussi que parmi ces femmes, 16 % occupaient un emploi de travailleur manuel qualifié. Parmi les femmes en union, plus d'une sur deux travaillait dans le secteur agricole, de l'élevage ou de la pêche (51 %).

Dans les régions, on note que la proportion de femmes qui pratiquent l'agriculture est très faible dans les régions du nord comme Gao et Tombouctou (respectivement 4 % et 2 %) et à Bamako (1 %). À l'opposé, près de huit femmes sur dix dans la région de Kayes (78 %), sept femmes sur dix à Sikasso (70 %) et six femmes sur dix à Koulikoro (62 %), travaillaient dans l'agriculture, l'élevage ou la pêche. Dans les régions de Ségou et Mopti, cette proportion est respectivement de 39 % et 23 %. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que parmi les femmes sans instruction, 54 % étaient occupées dans l'agriculture contre 34 % parmi celles de niveau primaire et seulement 10 % parmi celles de niveau secondaire ou plus. Les résultats selon les quintiles montrent que plus le ménage est riche et moins la femme est occupée dans des activités d'agriculture (67 % pour le quintile le plus pauvre contre 5 % pour le plus riche). À l'opposé, moins le ménage est riche et moins la femme est occupée dans les ventes et services (23 % pour le quintile le plus pauvre contre 56 % pour le plus riche).

Tableau 3.7.1 Occupation des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Cadre/ technicien/ gestionnaire	Employée	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture, élevage, pêche	Autre	ND	Total	Effectif
Groupe d'âges											
15-19	0,0	0,1	28,7	10,4	0,2	11,6	43,4	0,1	5,4	100,0	1 632
20-24	0,8	0,4	29,5	11,9	0,0	2,6	52,0	0,1	2,7	100,0	1 603
25-29	1,2	0,4	35,0	12,3	0,0	1,4	46,8	0,0	2,9	100,0	1 667
30-34	2,3	0,3	32,9	12,4	0,0	0,8	48,7	0,2	2,4	100,0	1 297
35-39	1,5	0,8	32,5	9,8	0,0	0,9	52,8	0,1	1,6	100,0	1 141
40-44	2,0	0,6	35,0	8,9	0,3	0,6	50,4	0,0	2,4	100,0	941
45-49	1,7	0,7	39,5	11,2	0,2	0,3	45,3	0,0	1,0	100,0	817
État matrimonial											
Célibataire	0,7	0,4	32,1	13,5	0,3	16,2	30,3	0,2	6,4	100,0	862
En union	1,2	0,4	32,2	10,7	0,1	1,6	51,3	0,1	2,4	100,0	7 918
Divorcée/séparée/veuve	2,7	0,5	47,2	16,1	0,0	4,7	22,9	0,0	5,8	100,0	318
Nombre d'enfants vivants											
0	1,3	0,3	29,6	13,2	0,2	10,9	37,7	0,1	6,7	100,0	1 754
1-2	1,1	0,5	32,1	12,6	0,0	2,4	48,6	0,0	2,6	100,0	2 673
3-4	1,9	0,5	34,1	12,2	0,0	0,7	48,6	0,1	1,9	100,0	2 233
5+	0,7	0,4	34,3	7,0	0,2	0,6	55,5	0,1	1,3	100,0	2 438
Milieu de résidence											
Bamako	3,5	1,6	58,3	14,5	0,3	12,7	0,9	0,1	8,2	100,0	1 231
Autres Villes	3,4	0,9	59,8	14,5	0,0	3,6	13,8	0,0	3,9	100,0	1 384
Ensemble urbain	3,5	1,2	59,1	14,5	0,1	7,9	7,7	0,1	5,9	100,0	2 615
Rural	0,3	0,1	22,0	9,8	0,1	1,2	64,8	0,1	1,6	100,0	6 483
Région											
Kayes	0,7	0,0	10,8	7,5	0,1	0,4	78,0	0,1	2,3	100,0	1 607
Koulikoro	0,7	0,3	26,9	6,0	0,1	2,1	61,9	0,1	1,8	100,0	1 615
Sikasso	0,7	0,2	24,9	1,7	0,1	0,6	70,3	0,0	1,6	100,0	1 959
Ségou	1,1	0,4	42,4	9,8	0,0	4,2	39,1	0,1	2,8	100,0	1 398
Mopti	0,5	0,2	50,7	23,6	0,0	0,8	22,6	0,0	1,8	100,0	889
Tombouctou	2,1	0,6	22,3	69,2	0,0	1,7	2,4	0,2	1,5	100,0	279
Gao	6,5	1,9	44,6	37,4	0,0	3,1	3,9	0,0	2,6	100,0	119
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	3
Bamako	3,5	1,6	58,3	14,5	0,3	12,7	0,9	0,1	8,2	100,0	1 231
Niveau d'instruction											
Aucun	0,1	0,0	30,4	10,1	0,1	3,4	54,2	0,1	1,6	100,0	7 306
Primaire	0,6	0,5	45,6	13,7	0,1	2,7	33,5	0,2	3,1	100,0	1 105
Secondaire ou plus	14,4	4,5	36,3	17,7	0,3	0,5	9,9	0,1	16,4	100,0	687
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	0,1	0,0	22,5	7,0	0,1	1,7	67,2	0,1	1,2	100,0	1 795
Second	0,1	0,2	19,2	12,3	0,0	1,3	65,3	0,0	1,6	100,0	1 893
Moyen	0,1	0,2	23,0	9,7	0,1	1,4	63,6	0,2	1,7	100,0	1 807
Quatrième	0,6	0,0	43,0	10,4	0,1	1,4	42,0	0,0	2,5	100,0	1 701
Le plus riche	5,0	1,6	55,6	15,9	0,2	9,4	5,0	0,1	7,2	100,0	1 903
Ensemble	1,2	0,4	32,7	11,1	0,1	3,1	48,4	0,1	2,9	100,0	9 098

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

3.5.4 Occupation des hommes

Par ailleurs, le tableau 3.7.2 présente les résultats sur l'occupation des hommes. Il en ressort que parmi les hommes qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, près d'un sur cinq (18 %) travaillaient dans le secteur des ventes et services et plus de la moitié des hommes (53 %) dans l'agriculture, l'élevage et la pêche. Un pourcentage assez faible d'hommes (5 %) exerçait un emploi de cadre ou une activité professionnelle technique ou administrative.

Tableau 3.7.2 Occupation des hommes

Répartition (en %) des hommes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Cadre/ technicien/ gestionnaire	Employé	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Travaux domestiques	Agriculture, élevage, pêche	Autre	ND	Total	Effectif
Groupe d'âges											
15-19	0,1	0,0	12,4	9,2	2,4	0,0	64,5	5,5	5,9	100,0	325
20-24	2,0	0,2	23,7	12,7	2,0	0,0	49,9	5,8	3,6	100,0	393
25-29	5,4	1,0	24,2	11,9	1,0	0,4	49,6	2,5	3,9	100,0	404
30-34	3,7	1,0	27,5	17,1	2,9	0,4	41,5	2,7	3,3	100,0	449
35-39	8,9	0,8	19,7	11,7	2,4	0,0	51,3	2,4	2,8	100,0	419
40-44	4,5	2,4	16,8	15,9	2,8	0,3	50,2	2,6	4,5	100,0	359
45-49	5,2	2,9	10,9	11,3	7,3	0,0	56,4	3,5	2,5	100,0	346
50-59	5,4	3,1	7,3	11,8	2,6	0,0	62,7	2,0	5,1	100,0	440
État matrimonial											
Célibataire	1,7	0,2	19,3	9,8	2,3	0,5	54,3	6,8	5,1	100,0	605
En union	5,4	1,6	19,3	13,5	3,0	0,1	51,2	2,5	3,3	100,0	1 975
Divorcé/séparé/veuf	0,2	0,0	32,3	20,3	3,3	0,0	37,3	3,5	3,2	100,0	116
Nombre d'enfants vivants											
0	3,2	0,6	19,8	13,6	3,0	0,3	49,0	5,5	5,0	100,0	999
1-2	6,5	2,0	22,8	11,1	4,9	0,0	48,4	2,1	2,4	100,0	649
3-4	4,8	1,2	23,2	14,1	2,1	0,0	49,4	1,8	3,2	100,0	506
5+	3,6	1,3	13,4	13,0	1,1	0,2	60,9	3,1	3,4	100,0	542
Milieu de résidence											
Bamako	7,1	1,5	39,4	29,4	5,0	0,7	3,9	5,0	7,9	100,0	458
Autres Villes	10,8	3,0	32,5	20,5	7,5	0,2	13,8	6,8	4,8	100,0	496
Ensemble urbain	9,0	2,3	35,8	24,8	6,3	0,5	9,1	5,9	6,3	100,0	954
Rural	1,8	0,6	11,1	6,5	1,0	0,0	74,5	2,2	2,3	100,0	1 741
Région											
Kayes	1,4	2,7	16,8	7,6	2,3	0,0	60,2	4,4	4,6	100,0	340
Koulikoro	2,2	0,3	18,6	9,7	0,8	0,0	62,7	3,0	2,6	100,0	431
Sikasso	2,6	1,1	9,6	7,5	0,8	0,3	73,8	1,3	2,9	100,0	442
Ségou	3,9	0,7	17,9	13,2	3,0	0,0	53,5	4,9	2,9	100,0	400
Mopti	6,9	0,5	17,2	8,5	5,9	0,0	58,7	1,3	1,0	100,0	398
Tombouctou	4,6	1,4	13,8	10,3	1,2	0,0	57,9	5,7	5,0	100,0	123
Gao	10,3	3,1	16,5	12,8	3,2	0,0	46,4	6,6	1,2	100,0	93
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	10
Bamako	7,1	1,5	39,4	29,4	5,0	0,7	3,9	5,0	7,9	100,0	458
Niveau d'instruction											
Aucun	1,6	0,3	17,7	11,3	2,9	0,2	60,7	3,3	1,9	100,0	1 772
Primaire	0,9	1,0	21,3	18,5	2,6	0,0	48,5	3,1	4,1	100,0	550
Secondaire ou plus	22,4	5,6	28,2	12,9	3,2	0,0	10,9	5,1	11,7	100,0	374
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	0,8	0,0	11,3	5,1	1,1	0,0	76,0	3,7	2,1	100,0	493
Second	1,3	0,6	10,1	4,3	1,0	0,0	78,8	2,0	1,8	100,0	509
Moyen	0,5	1,6	9,1	6,8	1,5	0,0	76,7	2,2	1,6	100,0	437
Quatrième	7,5	0,5	23,9	16,1	4,8	0,0	39,6	3,3	4,4	100,0	582
Le plus riche	9,1	2,8	37,0	26,6	4,9	0,6	6,2	5,5	7,2	100,0	674
Ensemble	4,5	1,4	18,1	12,8	2,9	0,1	52,9	3,3	3,9	100,0	3 136

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Toujours au tableau 3.7.2, on note dans les régions que c'est seulement à Bamako que la proportion d'hommes qui pratiquaient l'agriculture est très faible (4 %). À l'opposé, quelle que soit la région, le pourcentage d'hommes travaillant dans l'agriculture, l'élevage ou la pêche est élevé et varie de 46 % dans la région de Gao, à 74 % dans celle de Sikasso. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que parmi les hommes sans instruction, 61 % étaient occupés dans l'agriculture contre 49 % parmi ceux de niveau primaire et seulement 11 % parmi ceux de niveau secondaire ou plus. Les résultats selon le quintile de bien-être économique du ménage montrent que plus le ménage est riche et moins l'homme est occupé dans des activités agricoles (76 % pour le quintile le plus pauvre contre 6 % pour le plus riche). En ce qui concerne les Ventes et Services, on constate que moins le ménage est riche et moins l'homme est occupé dans ce secteur (11 % pour le quintile le plus pauvre contre 37 % pour le plus riche).

3.5.5 Type d'emploi et type de revenu des femmes

Le tableau 3.8 présente la répartition des femmes ayant exercé un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête par type de revenus, type d'employeur et selon la régularité de l'emploi. Dans l'ensemble, on constate qu'un peu plus de la moitié (54 %) ont été payées en argent seulement, dans 20 % des cas, les femmes ont été payées en argent et en nature et, dans une proportion moindre, en nature seulement (11 %). Enfin, 14 % des femmes n'ont reçu aucune rémunération en échange de leur travail. Les femmes travaillant ou ayant travaillé dans le secteur non agricole ont été plus fréquemment payées en argent (87 %) que celles qui ont exercé une activité dans le domaine agricole (21 %). En outre, 23 % des femmes employées dans l'agriculture n'ont pas été payées pour leur travail contre 4 % de celles qui ont travaillé dans un autre domaine.

De plus, dans la majorité des cas (79 %), les femmes ont déclaré travailler pour leur propre compte, que le travail soit effectué dans le domaine agricole (69 %) ou non (89 %). Dans le secteur agricole, les femmes ont été, en proportion, plus nombreuses à travailler pour un membre de la famille que dans le secteur non agricole (29 % contre

7 %). Enfin, les résultats montrent que dans 39 % des cas, les femmes ont travaillé toute l'année (contre 52 % pour le travail saisonnier), en particulier celles ayant travaillé dans le secteur non agricole (72 %). Dans le secteur agricole, la majorité des femmes (93 %) ont travaillé de manière saisonnière.

Tableau 3.8 Type d'emploi

Répartition (en %) des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenu, type d'employeur et régularité de l'emploi, selon le type de l'emploi (agricole ou non agricole), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique de l'emploi	Travail agricole	Travail non agricole	ND	Ensemble
Type de revenu				
Argent seulement	21,2	86,9	52,9	54,1
Argent et nature	33,2	7,9	7,7	20,2
Nature seulement	22,4	0,7	4,3	11,3
Pas rémunérée	23,0	4,4	32,8	14,2
ND	0,1	0,1	2,3	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Type d'employeur				
Employée par un membre de la famille	28,9	7,2	5,2	17,6
Employée par quelqu'un qui n'est pas membre de la famille	2,5	3,3	4,2	2,9
Travaille à son propre compte	68,5	89,4	88,3	79,2
ND	0,1	0,1	2,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Durée de l'emploi				
Toute l'année	5,6	72,0	53,9	39,3
Saisonnier	92,5	13,4	26,1	52,1
Occasionnel	1,5	14,4	17,3	8,2
ND	0,4	0,2	2,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 400	4 428	271	9 098

Note : Le total comprend les femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante.

Dr Soumaila Mariko et Issa Bara Berthé

Les informations collectées au cours de l'EDSM-IV sur l'histoire génésique des femmes permettent d'estimer les niveaux de la fécondité, de dégager ses tendances et d'examiner certaines de ses caractéristiques différentielles. Pour obtenir ces informations, les enquêtrices ont posé aux femmes éligibles, une série de questions portant sur le nombre total d'enfants qu'elles avaient eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elles de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. Ensuite, l'enquêtrice reconstituait l'historique complet des naissances de l'enquêtée, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles, le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, elle enregistrait leur âge au moment de l'enquête et distinguait ceux vivant avec la mère de ceux vivant ailleurs. Pour les enfants décédés, elle enregistrait l'âge au décès. À la fin de l'interview de la section reproduction, l'enquêtrice devait s'assurer que le nombre total d'enfants déclaré auparavant par la mère (chaque catégorie : vivants, décédés,...) était cohérent avec le nombre d'enfants obtenu à partir de l'historique des naissances.

Comme il s'agit d'une enquête rétrospective, les données collectées permettent d'estimer, non seulement, le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 dernières années précédant l'enquête. Cependant, le fait qu'il s'agisse d'une enquête rétrospective peut constituer une source d'erreurs ou d'imprécisions, à savoir :

- le sous-enregistrement de naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, d'enfants qui ne vivent pas avec leur mère, d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui pourrait entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;
- le biais sélectif de la survie, c'est-à-dire que les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Par ailleurs, les informations peuvent aussi être affectées par le mauvais classement des dates de naissance d'enfants nés depuis 2001, transférées vers les années précédentes. Ces transferts d'année de naissance, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes EDS, sont parfois effectués par les enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants nés depuis 2001 (Section 4B du questionnaire). On constate que des transferts de naissances se sont produits¹ de 2001 vers 2000, ce qui pourrait induire une légère sous-estimation de la fécondité ; cependant, une partie des transferts se sont produits de 2001 vers 2002, ce qui n'affecte pas beaucoup les estimations puisque ces deux années sont comprises dans l'intervalle de référence retenu pour le calcul des niveaux récents de fécondité. En effet, l'intervalle retenu correspond à la période de 0-4 ans avant l'enquête, soit les années 2002-2006.

¹ À l'Annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances de l'année x à la demi-somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit $N_x / [(N_{x-1} + N_{x+1}) / 2]$), rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 2001 (rapport = 69 < 100) et un excédent en 2000 (rapport = 140 > 100), mais aussi en 2002 (ratio = 113).

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité générale par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indicateur conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde, si les taux de fécondité du moment restaient invariables. Pour la fécondité actuelle, les taux et l'ISF ont été calculés pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête. La période de référence de cinq années a été choisie afin de pouvoir fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles et de disposer de suffisamment de cas afin de réduire les erreurs de sondage.

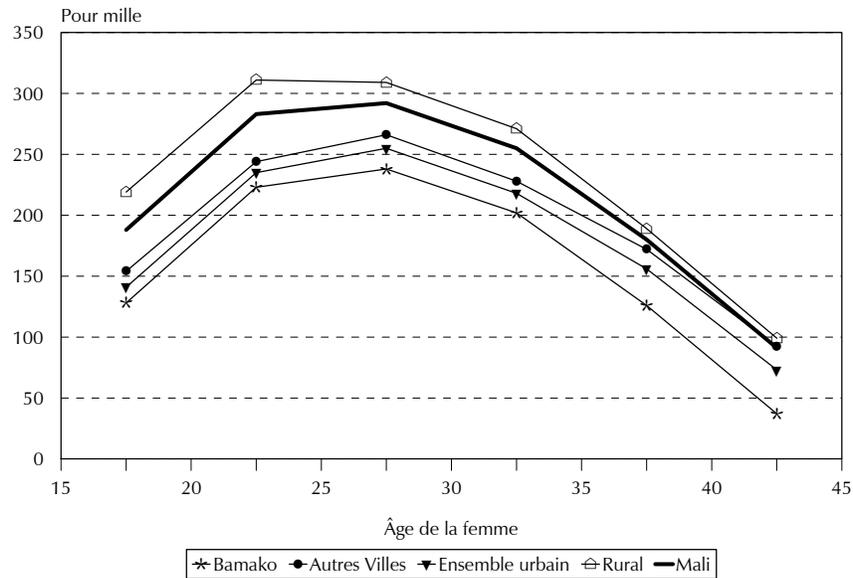
Le tableau 4.1, illustré par le graphique 4.1, indique que les taux de fécondité (ISF, TBN, TGFG) par âges suivent le schéma classique qu'on observe, en général, dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (188 ‰ à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (292 ‰) et qui, par la suite, décroît régulièrement pour atteindre 25 ‰ aux âges 45-49 ans. La fécondité des femmes maliennes demeure très élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6,6 enfants en fin de vie féconde.

Groupe d'âges	Milieu de résidence				
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	128	154	141	219	188
20-24	223	244	235	311	283
25-29	238	266	255	309	292
30-34	202	228	218	271	255
35-39	126	172	156	189	180
40-44	37	92	73	99	91
45-49	2	11	8	34	25
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,8	5,8	5,4	7,2	6,6
TGFG (pour 1 000)	173	203	190	248	229
TBN	42,2	41,6	41,8	46,6	45,2

En outre, des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence. Les femmes du milieu urbain ont un niveau de fécondité nettement plus faible que celui qui prévaut dans les zones rurales (5,4 enfants contre 7,2 enfants par femme). En fin de vie féconde, les femmes des zones rurales donneraient naissance, en moyenne, à 1,8 enfants de plus que celles du milieu urbain. Cette différence de niveau de fécondité entre urbain et rural s'observe à tous les âges. La ville de Bamako se différencie nettement des autres milieux de résidence par son niveau de fécondité. En effet, selon les résultats de l'EDSM-IV, avec 4,8 enfants, les femmes de la capitale auraient 2,4 enfants de moins que celles du milieu rural.

Au tableau 4.1 figure également le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer qui est estimé à 229 ‰. Comme l'ISF, cet indicateur varie de façon importante selon le milieu de résidence, et c'est également à Bamako qu'il est le plus faible et en milieu rural qu'il est le plus élevé (173 ‰ contre 248 ‰). Le taux brut de natalité (45 ‰) est, comme l'ISF et le TGFG, plus important en milieu rural qu'en urbain (respectivement 47 ‰ contre 42 ‰).

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



EDSM-IV 2006

En outre, l'ISF varie de façon très importante selon la région de résidence, d'un minimum de 4,7 enfants à Kidal à un maximum de 7,4 enfants dans la région de Sikasso (tableau 4.2). On constate par ailleurs que l'ISF présente une tendance régulière à la baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction des femmes, variant d'un maximum de 7,0 enfants chez celles sans instruction à un minimum de 3,8 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. Enfin l'ISF varie de 4,9 dans les ménages du quintile le plus riche à 7,6 enfants dans ceux du plus pauvre. Au Mali, l'écart entre l'ISF (6,6 enfants) et la descendance finale (7,0 enfants) demeure faible. Néanmoins, la différence laisse envisager une très légère baisse de la fécondité (graphique 4.2).

Le tableau 4.2 fournit également le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où, les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne savent pas si elles sont enceintes n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, on constate que 13 % des femmes se sont déclarées enceintes. Par ailleurs, les proportions de femmes enceintes présentent les mêmes variations que l'ISF selon les différentes caractéristiques sociodémographiques, ce qui dénote une cohérence interne des données.

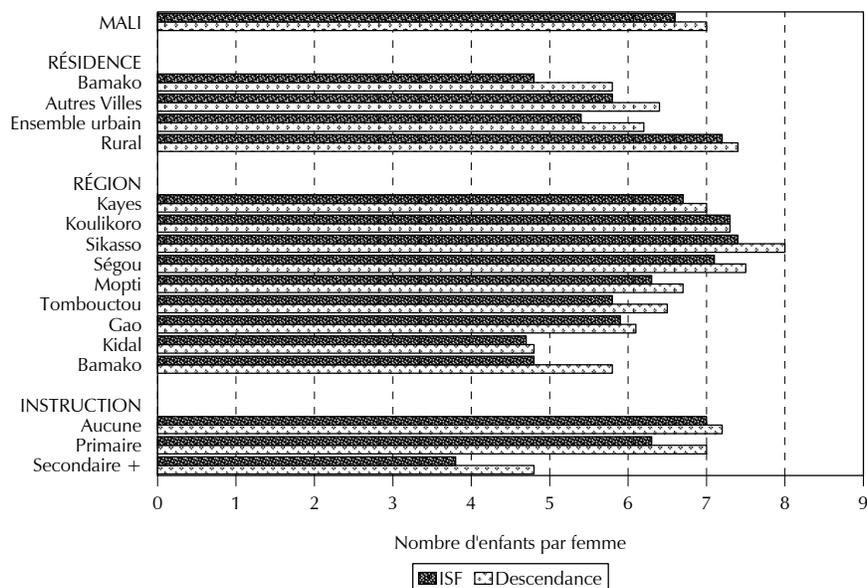
Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques sociodémographiques

Indice Synthétique de Fécondité pour les cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Indice Synthétique de Fécondité ¹	Pourcentage actuellement enceinte	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Bamako	4,8	8,0	5,8
Autres Villes	5,8	11,5	6,4
Ensemble urbain	5,4	10,0	6,2
Rural	7,2	14,2	7,4
Région			
Kayes	6,7	15,9	7,0
Koulikoro	7,3	13,8	7,3
Sikasso	7,4	14,7	8,0
Ségou	7,1	13,7	7,5
Mopti	6,3	11,7	6,7
Tombouctou	5,8	10,6	6,5
Gao	5,9	10,8	6,1
Kidal	4,7	11,8	4,8
Bamako	4,8	8,0	5,8
Niveau d'instruction			
Aucun	7,0	13,9	7,2
Primaire	6,3	11,8	7,0
Secondaire ou plus	3,8	5,5	4,8
Quintile du bien-être économique			
Le plus pauvre	7,6	14,4	7,7
Second	7,1	14,7	7,4
Moyen	6,9	13,7	7,2
Quatrième	6,7	13,5	6,7
Le plus riche	4,9	8,6	6,1
Ensemble	6,6	12,8	7,0

¹ Indice Synthétique de Fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

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



4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Trois sources de données permettent de retracer les tendances de la fécondité au Mali : l'EDSM-II de 1995-1996, l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-IV de 2006 (tableau 4.3 et graphique 4.3).

La comparaison des résultats de l'EDSM-II avec ceux de l'EDSM-III et de l'EDSM-IV montre que les niveaux de fécondité par âge sont très élevés aux jeunes âges de 15-29 ans, et cela quelle que soit l'enquête. Par ailleurs, les trois courbes des taux de fécondité présentent une allure similaire : en effet, elles augmentent à partir de 15-19 ans, puis accusent un palier entre 20-29 ans pour décroître ensuite de manière régulière jusqu'à 45-49 ans. On remarque qu'à tous les âges, la courbe de l'EDSM-IV se confond avec celles des précédentes enquêtes, indiquant le maintien d'un niveau de fécondité élevé. Selon l'EDSM-II de 1995-1996, une femme avait, en moyenne, en fin de vie féconde 6,7 enfants. Selon l'EDSM-III de 2001, ce nombre était estimé à 6,8 et selon l'EDSM-IV de 2006, il est de 6,6 soit 0,2 enfants de moins par rapport à 2001. La comparaison avec les enquêtes précédentes ne fait donc pas apparaître de changement important du niveau de la fécondité au Mali de 1993 (3 années avant 1995-1996) à 2006.

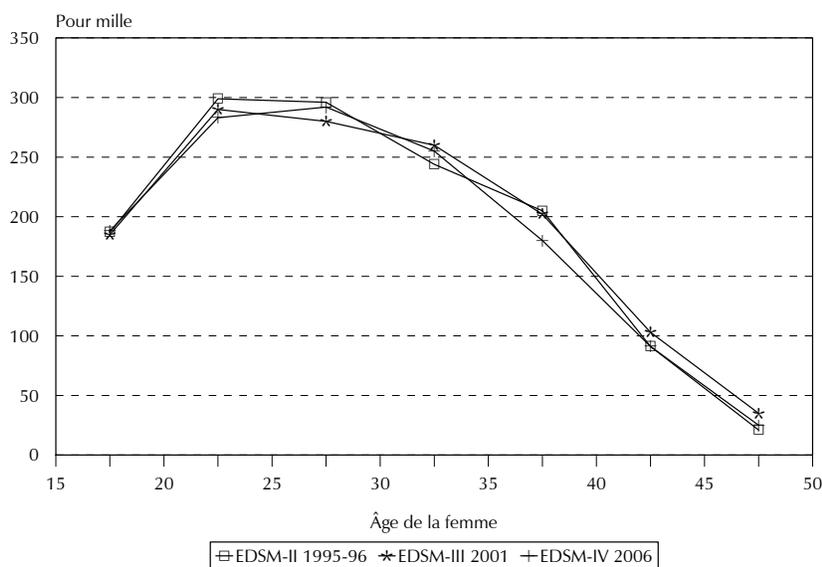
Tableau 4.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et Indice Synthétique de fécondité selon l'EDSM-II (1995-1996), l'EDSM-III (2001), et l'EDSM-IV (2006)

Groupe d'âges	EDSM-II 1995-1996	EDSM-III 2001	EDSM-IV 2006
15-19	187	185	188
20-24	299	290	283
25-29	296	280	292
30-34	244	260	255
35-39	205	202	180
40-44	91	103	91
45-49	21	35	25
ISF 15-49 ans	6,7	6,8	6,6

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges exprimé pour 1000 femmes.

Graphique 4.3 Fécondité par âge selon l'EDSM-II 1995-96, l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006



Les données collectées lors de l'EDSM-IV permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité des groupes d'âges des femmes, par périodes quinquennales avant l'enquête (tableau 4.4 et graphique 4.4). On constate que les taux de fécondité n'ont que peu diminué au cours des deux périodes les plus anciennes (5-14 ans avant l'enquête) avant de baisser légèrement au cours de la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête). Ainsi, par exemple, pour le groupe d'âges 25-29 ans, le taux de fécondité estimé à 343 ‰, 10-14 ans avant l'enquête, serait passé à 294 ‰ au cours de la période la plus récente. Ces résultats sembleraient donc indiquer que la baisse de fécondité qui se serait produite serait très faible au Mali.

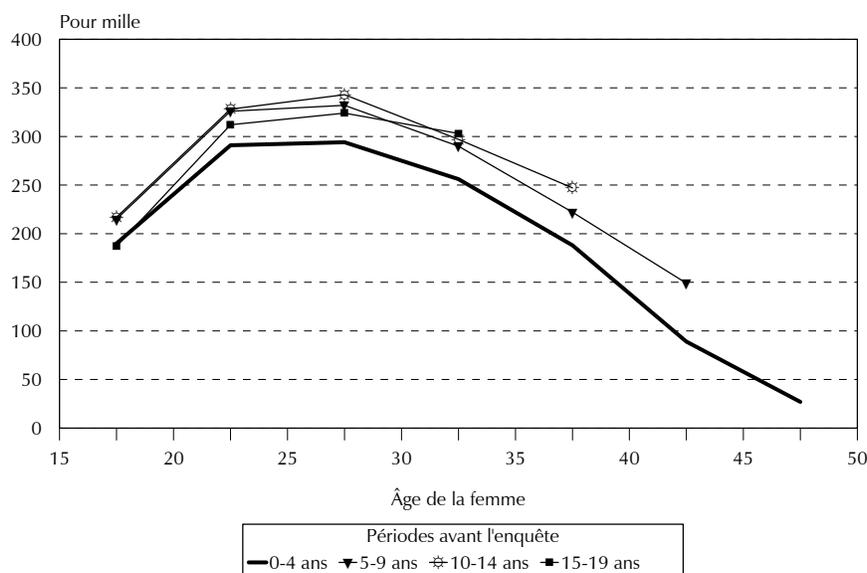
Tableau 4.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Nombre d'années avant l'enquête			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	190	215	217	187
20-24	291	326	328	312
25-29	294	332	343	324
30-34	256	290	297	303
35-39	188	222	247	-
40-44	89	149	-	-
45-49	27	-	-	-

Note: Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête



EDSM-IV 2006

4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Les parités moyennes par groupe d'âges sont calculées à partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie. Le tableau 4.5 présente ces parités pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union.

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de 0,38 enfant en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 4,83 enfant à 30-34 ans et à 7,23 enfants à 45-49 ans, en fin de vie féconde. Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce relativement élevée puisque près d'un tiers (30 %) des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant. Environ trois femmes de

20-24 ans sur dix (29 %) ont 2 enfants. Enfin à 45-49 ans, en fin de vie féconde, plus d'une femme sur quatre (27 %) a donné naissance à dix enfants ou plus.

Par ailleurs, les résultats concernant les femmes actuellement en union ne sont guère différents de ceux relatifs à l'ensemble des femmes, sauf aux jeunes âges. En effet, on constate qu'à 15-19 ans, un peu plus de cinq jeunes filles en union sur dix (56 %) ont déjà eu au moins un enfant contre 30 % parmi l'ensemble des femmes. À 20-24 ans, 31 % des femmes en union ont déjà deux enfants et 21 % en ont trois, contre 29 % et 19 % parmi l'ensemble des femmes. Par contre, à partir de 30-34 ans, âges auxquels la proportion de femmes qui ne sont pas en union est déjà faible, on ne constate plus d'écarts. En fin de vie féconde (45-49 ans), la parité des femmes en union (7,27 enfants) n'est guère différente de celle de l'ensemble des femmes (7,23). Les nombres moyens d'enfants nés vivants et d'enfants encore en vie sont légèrement supérieurs chez les femmes actuellement en union par rapport à l'ensemble des femmes (respectivement 4,10 et 3,14 enfants contre 3,60 et 2,75 enfants).

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Ensemble	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	69,9	22,6	6,7	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3 104	0,38	0,33
20-24	18,6	24,9	28,7	19,3	6,6	1,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 678	1,77	1,45
25-29	6,1	8,9	16,0	20,7	22,4	15,5	7,2	2,4	0,7	0,0	0,1	100,0	2 625	3,36	2,69
30-34	3,8	4,2	8,2	8,9	15,2	18,7	19,1	13,2	5,6	2,1	1,1	100,0	1 971	4,83	3,70
35-39	2,4	3,0	4,7	6,3	8,1	10,8	15,4	16,5	13,5	8,5	10,9	100,0	1 688	6,23	4,72
40-44	2,5	3,1	4,3	5,3	6,8	8,6	9,0	13,6	15,2	10,7	20,9	100,0	1 354	6,89	5,12
45-49	2,6	2,4	2,8	4,9	8,5	8,2	8,8	10,4	12,5	12,4	26,5	100,0	1 163	7,23	5,12
Ensemble	20,6	12,4	11,8	10,3	9,6	8,3	7,2	6,2	4,9	3,3	5,5	100,0	14 583	3,60	2,75
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	44,5	41,2	12,7	1,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 566	0,72	0,61
20-24	12,9	25,4	31,3	21,1	7,3	1,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 402	1,91	1,57
25-29	4,9	8,5	16,2	21,2	22,4	16,0	7,6	2,5	0,7	0,0	0,1	100,0	2 507	3,43	2,74
30-34	3,3	3,9	7,0	9,1	15,7	18,9	19,4	13,6	5,7	2,2	1,2	100,0	1 891	4,92	3,78
35-39	2,3	2,7	4,6	5,9	8,2	10,8	15,3	16,6	13,7	8,7	11,1	100,0	1 642	6,28	4,77
40-44	2,5	2,4	4,3	5,2	6,6	8,2	9,1	13,6	15,3	11,1	21,6	100,0	1 293	6,98	5,20
45-49	2,2	2,4	2,9	4,7	8,9	7,9	8,4	10,8	12,7	12,2	26,9	100,0	1 066	7,27	5,15
Ensemble	10,4	13,3	13,3	11,7	10,9	9,5	8,3	7,1	5,6	3,7	6,2	100,0	12 365	4,10	3,14

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares au Mali où la population reste encore pro nataliste. Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement mariées et âgées de 40-49 ans, âges auxquels la probabilité d'avoir un premier enfant devient très faible, permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Parmi ces femmes, 2 % n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau de stérilité primaire n'a pas changé depuis l'enquête précédente (2 % parmi les femmes 45-49 ans en union).

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt une importance certaine dans l'analyse de la fécondité. Il est admis que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à l'état

nutritionnel et de santé des enfants et augmentent leur risque de décéder. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme ; ce faisant, elles exposent la mère aux complications durant et après la grossesse (fausses couches, éclampsie). Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente							Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-54	55-59	60+			
Groupe d'âges										
15-19	12,1	26,1	41,8	15,4	1,2	1,7	1,8	100,0	253	26,6
20-29	7,7	16,9	43,7	19,9	4,8	2,3	4,7	100,0	5 741	30,4
30-39	5,3	13,0	39,6	21,7	6,8	2,9	10,5	100,0	4 591	33,5
40-49	5,6	12,6	33,6	20,8	8,7	3,3	15,4	100,0	1 281	35,5
Rang de naissance										
2-3	6,9	16,1	41,1	20,8	4,9	2,3	7,8	100,0	4 394	31,1
4-6	6,5	14,7	41,7	19,7	6,2	3,1	8,1	100,0	4 649	32,1
7+	6,5	14,3	39,7	21,7	7,1	2,2	8,4	100,0	2 823	32,9
Sexe de la naissance précédente										
Masculin	6,8	14,7	40,8	21,0	6,1	2,6	8,0	100,0	5 993	32,1
Féminin	6,5	15,5	41,2	20,2	5,8	2,6	8,1	100,0	5 873	31,9
Survie de la naissance précédente										
Vivant	4,3	13,5	42,5	21,8	6,5	2,8	8,6	100,0	9 464	32,9
Décédé	15,9	21,6	35,1	15,9	3,6	1,9	5,9	100,0	2 402	27,5
Milieu de résidence										
Bamako	6,1	13,7	36,2	20,9	7,1	4,1	11,7	100,0	1 108	33,4
Autres Villes	5,6	11,7	41,3	22,4	6,6	2,4	9,9	100,0	1 910	34,1
Ensemble urbain	5,8	12,4	39,5	21,9	6,8	3,0	10,6	100,0	3 018	34,0
Rural	7,0	16,1	41,5	20,2	5,6	2,5	7,2	100,0	8 849	31,2
Région										
Kayes	6,1	14,9	39,6	21,1	7,1	2,4	8,9	100,0	1 620	31,8
Koulikoro	5,4	16,0	42,1	19,7	5,6	2,7	8,5	100,0	2 218	32,0
Sikasso	5,8	14,8	41,4	22,3	6,4	2,5	6,8	100,0	2 231	31,9
Ségou	7,7	16,1	43,8	18,5	5,2	2,2	6,6	100,0	2 061	30,7
Mopti	8,9	12,2	40,8	21,7	5,9	2,2	8,3	100,0	1 562	33,5
Tombouctou	7,3	17,8	40,2	19,4	5,1	2,8	7,5	100,0	541	30,8
Gao	7,8	18,6	39,5	21,5	3,1	3,1	6,3	100,0	490	30,0
Kidal	1,4	17,5	30,5	22,7	8,0	4,2	15,6	100,0	35	37,6
Bamako	6,1	13,7	36,2	20,9	7,1	4,1	11,7	100,0	1 108	33,4
Niveau d'instruction										
Aucun	6,8	15,3	41,7	20,5	5,7	2,5	7,6	100,0	10 350	31,7
Primaire	6,7	15,5	37,4	20,3	7,6	2,8	9,7	100,0	1 132	32,6
Secondaire ou plus	3,4	10,4	31,7	24,8	6,7	6,4	16,6	100,0	384	37,6
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	7,3	16,4	43,1	19,1	5,0	1,8	7,3	100,0	2 495	30,6
Second	6,4	15,8	41,5	20,4	6,6	2,7	6,5	100,0	2 550	31,3
Moyen	7,0	15,8	42,2	19,6	5,4	2,7	7,3	100,0	2 517	31,7
Quatrième	6,0	14,6	40,3	23,6	5,9	2,3	7,3	100,0	2 408	32,6
Le plus riche	6,5	12,5	36,6	20,4	7,1	3,8	13,1	100,0	1 896	34,5
Ensemble	6,7	15,1	41,0	20,6	5,9	2,6	8,1	100,0	11 866	32,0

On constate que 7 % des naissances sont survenues à moins de 18 mois après la naissance précédente et que 15 % des enfants sont nés entre 18 et 23 mois après leur aîné : au total, dans 22 % des cas, l'intervalle intergénéral est inférieur à deux ans. Néanmoins, une forte proportion de naissances (41 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et 37 % des enfants sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénéral est inférieure à 3 ans (32,0 mois), ce qui signifie que la moitié des naissances intervient dans un intervalle de près de 2 ans et demi après la naissance précédente. Cet intervalle médian s'est légèrement réduit de 0,3 mois depuis l'EDSM-III (32,3 mois) ; de plus, la proportion de naissances s'étant produites dans un intervalle inférieur à 24 mois par rapport à la naissance précédente n'a pas changé (22 % en 2001 et 2006).

L'âge des mères influe sur la durée d'espacement des naissances. En effet, on remarque que les intervalles intergénéral sont plus courts chez les jeunes femmes que chez les plus âgées : la médiane passe de 30,4 mois chez celles de 20-29 ans à 35,5 mois chez celles de 40-49 ans. A l'opposé, le rang de naissance n'influe pas significativement sur l'intervalle intergénéral (31,1 mois pour les naissances des rangs 2-3 à 32,9 mois pour le rang 7 ou plus).

Selon le sexe de l'enfant, on n'observe pas de différence significative de l'intervalle intergénéral; la durée médiane de cet intervalle étant de 32,1 mois lorsque l'enfant précédent est un garçon et de 31,9 mois lorsque celui-ci est une fille. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 27,5 mois d'intervalle quand l'enfant précédent est décédé alors que quand l'enfant précédent est encore en vie, cet intervalle est de 32,9 mois.

La durée des intervalles intergénéral ne diffère pas beaucoup selon le milieu de résidence des femmes. Elle est néanmoins un peu plus courte en milieu rural qu'en milieu urbain (31,2 mois contre 34 mois). C'est à Kidal qu'elle est la plus longue (37,6 mois) et à Gao qu'elle est la plus courte (30 mois). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau d'instruction de la mère influence légèrement la durée de l'intervalle intergénéral : en effet, sa valeur médiane varie d'un minimum de 31,7 mois pour les naissances des femmes sans instruction à un maximum de 37,6 mois pour celles dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. Cette même tendance s'observe de façon moins prononcée au niveau des quintiles de bien-être économique. L'intervalle intergénéral varie d'un minimum de 30,6 mois dans le quintile le plus pauvre à un maximum de 34,5 mois dans celui le plus riche.

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

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

L'âge médian à la première naissance qui est de 18,9 ans pour les femmes de 25-49 ans ne varie que très peu dans les générations (d'un minimum de 18,3 ans à un maximum de 20,0 ans). Cependant, pour les femmes les plus âgées, l'âge médian (20 ans) est légèrement plus élevé que pour celles de 20-24 ans (18,6 ans), soit une différence de 1,4 an et une tendance au rajeunissement de l'âge médian à la première naissance semble se dessiner d'une génération à l'autre. En l'absence d'espacement et/ou de limitation des naissances, ce changement de comportement pourrait entraîner une augmentation de la fécondité des femmes.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes par âge à la première naissance et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDSM-IV Mali 2006

Âge actuel	Âge à la première naissance					Pourcentage qui n'ont jamais donné naissance	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	5,3	na	na	na	na	69,9	3 104	a
20-24	9,9	46,3	69,4	na	na	18,6	2 678	18,3
25-29	10,1	43,2	67,2	80,7	91,2	6,1	2 625	18,6
30-34	10,9	43,9	65,8	78,8	90,0	3,8	1 971	18,6
35-39	10,1	38,2	58,5	74,2	87,9	2,4	1 688	19,1
40-44	9,5	35,3	57,0	72,1	85,5	2,5	1 354	19,4
45-49	9,1	33,6	49,5	70,5	83,6	2,6	1 163	20,0
25-49	10,1	39,9	61,3	76,4	88,4	3,9	8 802	18,9

a = Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant

na= Non applicable

Par ailleurs, l'âge à la première naissance présente peu de variations selon le milieu de résidence, les régions, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être des femmes (tableau 4.8). En effet, il est un peu plus précoce en milieu rural (18,8 ans) qu'en zone urbaine (19,3 ans) et, c'est à Bamako, qu'il est le plus tardif (20,1 ans). De plus, il varie d'un minimum de 18,3 ans dans les régions de Koulikoro et de Sikasso à des maximums de 19,9 ans à Tombouctou et 20,1 ans à Bamako. Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes tend à influencer leur âge médian à la première naissance : les femmes sans instruction se caractérisent par un âge médian à la première naissance plus précoce que celles ayant un niveau secondaire ou plus (respectivement, 18,8 ans et 21,9 ans parmi les femmes de 25-49 ans). Dans les quatre premiers quintiles, l'âge médian à la première naissance ne varie pas de manière significative ; par contre, on note un écart avec le quintile le plus riche (18,8 ans pour le plus pauvre à 19,7 ans pour le plus riche).

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance

Âge médian à la première naissance parmi les femmes de 20-49 ans selon l'âge actuel et certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Âge actuel						Âge 20-49	Âge 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Bamako	19,4	20,0	20,4	19,9	20,7	19,2	19,9	20,1
Autres Villes	19,1	18,9	17,6	19,0	18,9	20,7	18,9	18,8
Ensemble urbain	19,2	19,2	18,7	19,3	19,3	20,4	19,3	19,3
Rural	17,8	18,2	18,5	19,1	19,4	19,8	18,6	18,8
Région								
Kayes	16,9	17,7	18,0	19,2	19,8	19,1	18,1	18,5
Koulikoro	17,6	17,6	17,9	18,8	18,2	21,1	18,1	18,3
Sikasso	18,0	18,0	18,1	18,3	18,5	19,4	18,2	18,3
Ségou	18,9	19,2	18,9	19,8	19,4	18,6	19,1	19,2
Mopti	19,0	18,9	17,9	19,1	20,8	20,8	19,2	19,3
Tombouctou	18,8	19,3	19,6	19,7	21,5	20,9	19,7	19,9
Gao	18,2	18,8	19,2	19,8	19,6	23,9	19,1	19,5
Kidal	18,1	19,2	19,2	25,0	22,0	20,6	19,3	19,8
Bamako	19,4	20,0	20,4	19,9	20,7	19,2	19,9	20,1
Niveau d'instruction								
Aucun	17,9	18,4	18,3	19,0	19,2	20,0	18,6	18,8
Primaire	18,0	18,6	19,3	18,9	19,6	19,0	18,7	19,0
Secondaire ou plus	a	23,5	22,7	21,2	21,5	20,6	a	21,9
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	18,1	17,9	18,6	19,0	19,3	19,4	18,6	18,8
Second	17,7	18,3	18,6	18,9	19,1	20,2	18,6	18,8
Moyen	17,8	18,3	18,2	19,3	19,3	19,7	18,5	18,7
Quatrième	17,8	18,4	17,9	19,1	19,5	20,3	18,4	18,6
Le plus riche	19,6	19,6	20,0	19,5	19,7	20,6	19,7	19,7
Ensemble	18,3	18,6	18,6	19,1	19,4	20,0	18,8	18,9

Note : L'âge médian pour la cohorte 15-19 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.
a = Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les enfants nés de jeunes mères (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées (voir Chapitre 12 Mortalité des enfants). De même les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes.

Ces adolescentes (15-19 ans) qui constituent 21 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 14 % à la fécondité totale des femmes.

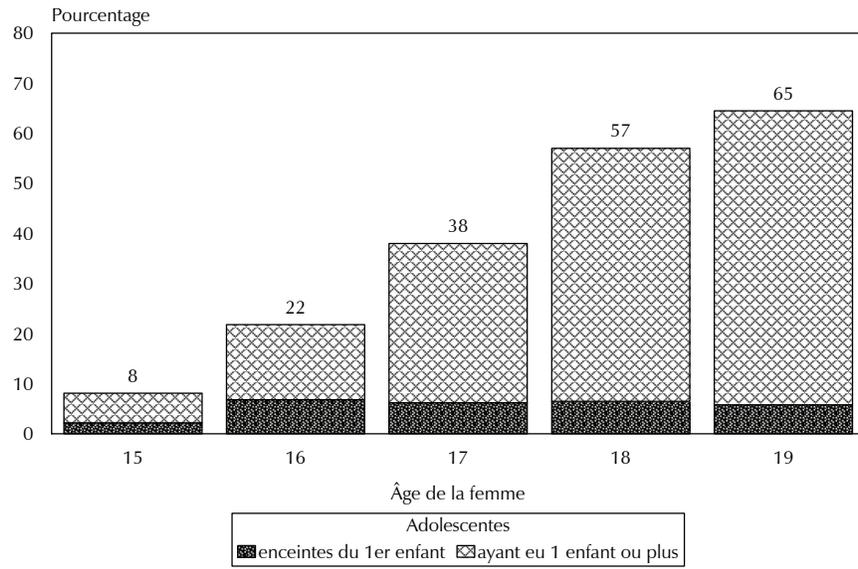
Le tableau 4.9 présente, par âge détaillé entre 15 et 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants ainsi que les proportions de celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, on constate qu'un peu plus du tiers des jeunes femmes de 15-19 ans (36 %) ont déjà commencé leur vie féconde : en effet, 30 % ont déjà, au moins, un enfant et 5 % sont enceintes pour la première fois (tableau 4.9). Dès l'âge de 17 ans, pratiquement quatre jeunes filles sur dix (38 %) ont déjà commencé leur vie féconde et, à 19 ans, cette proportion est de 65 % dont la grande majorité (59 %) a déjà, au moins, un enfant. La comparaison avec les données de la précédente enquête met en évidence une légère diminution de la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (36 % contre 40%) : cette diminution concerne toutes les adolescentes. Ainsi, 11 % des jeunes filles de 15 ans et 69 % de 19 ans avaient déjà

commencé leur vie féconde en 2001, contre respectivement 8 % et 65 % en 2006 (graphique 4.5). En ce qui concerne les milieux de résidence et le niveau d’instruction les variations sont très prononcées. La proportion d’adolescentes du milieu rural ayant déjà commencé leur vie féconde est environ 1,6 fois plus élevée que celle des adolescentes du milieu urbain (respectivement 42 % contre 26 %).

La proportion d’adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde varie en fonction du niveau d’instruction. Ainsi, leur proportion passe de 43 % pour celles n’ayant aucun niveau d’instruction à 16 % pour celles ayant un niveau secondaire ou plus. Les résultats selon les quintiles de bien-être font apparaître des variations irrégulières; c’est cependant dans le quintile le plus riche que la proportion d’adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est la plus faible (23 % contre un maximum de 47 % dans le quintile moyen).

Tableau 4.9 Fécondité des adolescentes				
Pourcentage d’adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d’un premier enfant par certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006				
Caractéristique	Pourcentage qui sont :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif de femmes
	Mères	Enceintes d’un premier enfant		
Age				
15	5,9	2,2	8,2	729
16	15,0	6,8	21,8	674
17	31,8	6,2	38,1	565
18	50,5	6,5	57,0	703
19	58,7	5,8	64,5	434
Milieu de résidence				
Bamako	20,8	3,5	24,2	590
Autres Villes	23,8	3,6	27,4	654
Ensemble urbain	22,4	3,5	25,9	1 244
Rural	35,2	6,7	41,9	1 860
Région				
Kayes	49,5	8,2	57,7	391
Koulikoro	34,7	5,4	40,1	498
Sikasso	36,7	7,1	43,8	455
Ségou	29,4	6,8	36,1	490
Mopti	14,4	2,7	17,1	383
Tombouctou	25,9	5,2	31,1	141
Gao	25,8	3,5	29,3	148
Kidal	46,1	1,2	47,3	8
Bamako	20,8	3,5	24,2	590
Niveau d’instruction				
Aucun	36,6	6,7	43,3	1 897
Primaire	27,2	4,0	31,2	574
Secondaire ou plus	13,1	2,7	15,8	633
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	31,0	5,8	36,7	497
Second	33,0	6,3	39,3	533
Moyen	39,3	7,7	47,1	544
Quatrième	35,3	5,5	40,8	564
Le plus riche	19,7	3,4	23,1	965
Ensemble	30,1	5,4	35,5	3 104

Graphique 4.5 Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde



EDSM-IV 2006

Dr Etienne Dembélé et Oumou Keita

Dans les pays africains, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la faible croissance économique contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Une des priorités actuelles des pouvoirs publics est de mettre en place des stratégies adéquates pour une maîtrise efficiente de ce mouvement. La fécondité, comme composante majeure de cette évolution, est au centre de toutes les préoccupations. Au Mali, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde. En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Déclaration de Politique nationale de population, dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique.

Les résultats de l'EDSM-III réalisée en 2001, avaient mis en évidence un très faible niveau d'utilisation contraceptive (6 % pour les méthodes modernes parmi les femmes en union) et, en même temps, un niveau relativement élevé des besoins non satisfaits en matière de contraception (29 % des femmes en union avaient des besoins non satisfaits en 2001). Ce faible niveau d'utilisation de la contraception moderne et le niveau élevé des besoins non satisfaits justifient la collecte de données fiables pour accompagner les actions gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé relatifs à la planification familiale.

Comme lors des précédentes enquêtes, l'EDSM-IV a collecté des informations sur les méthodes contraceptives pour connaître les niveaux actuels et les éventuelles modifications intervenues au cours des dernières années en matière d'utilisation contraceptive. Ainsi, les sujets suivants ont-ils été abordés par l'enquête :

- la connaissance et la pratique passée et présente de la contraception ;
- la connaissance de la période féconde ;
- les sources d'approvisionnement en contraceptifs ;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;
- les opinions et les attitudes en matière de contraception.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire de l'enquête sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée. Précisons ici que contrairement à l'EDSM-III, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a été classée comme une méthode moderne à l'EDSM-IV en raison des politiques nationales de promotion de l'allaitement.

- les méthodes traditionnelles, comprenant, la continence périodique et le retrait ;
- les méthodes, dites «populaires», comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes s'est déroulée en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice notait la (ou les) méthode(s) spontanément citée(s) par l'enquêté. Ensuite, dans le cas où l'enquêté n'avait pas cité toutes les méthodes listées dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève description des méthodes non citées et enregistrer si, oui ou non, l'enquêté en avait entendu parler. On considère qu'une femme ou un homme connaît une méthode contraceptive, si il/elle l'a citée spontanément ou si il/elle a déclaré la connaître après que la description lui ait été faite par l'enquêtrice.

Les résultats présentés au tableau 5.1 et au graphique 5.1 montrent que trois quarts des femmes (75 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive quelconque. On ne note pas d'écart important entre le niveau de connaissance des femmes en union (76 %) et celui de l'ensemble des femmes. Par contre, la proportion de femmes célibataires sexuellement actives qui connaissent une méthode, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, est nettement plus élevée : en effet, 94 % de ces femmes connaissent une méthode moderne et 39 % une méthode traditionnelle. Le niveau de connaissance des méthodes modernes est plus élevé que celui des méthodes traditionnelles aussi bien dans l'ensemble des femmes (74 % contre 34 %) que parmi les seules femmes en union (75 % contre 36 %). Le nombre moyen de méthodes connues est identique parmi l'ensemble des femmes et parmi les femmes en union (4,2 contre 4,3). Il est un peu plus élevé parmi les femmes célibataires et qui étaient sexuellement actives au moment de l'enquête (5,4).

Les résultats en fonction de la méthode, que ce soit chez toutes les femmes ou chez les seules femmes en union, montrent que ce sont la pilule (respectivement 68 % et 70 %), les injectables (respectivement 63 % et 65 %), le condom masculin (respectivement 57 % et 58 %) qui sont les plus fréquemment connus, suivis des implants (respectivement 35 % et 36 %), de la stérilisation féminine (respectivement 27 % et 28 %) et du condom féminin (27 % pour les deux groupes de femmes). À l'opposé, la stérilisation masculine (13 % dans chaque groupe de femmes) et le diaphragme (respectivement 11 % et 12 %) ainsi que la pilule du lendemain (respectivement 9 % et 10 %) sont les méthodes les moins connues. Ce sont les mêmes méthodes que les femmes célibataires et sexuellement actives ont déclaré connaître le plus fréquemment, à la seule différence que parmi ces femmes les proportions de celles qui connaissent sont beaucoup plus élevées. On note en particulier que 91 % connaissent la pilule, 89 % les injectables et 67 % le condom masculin.

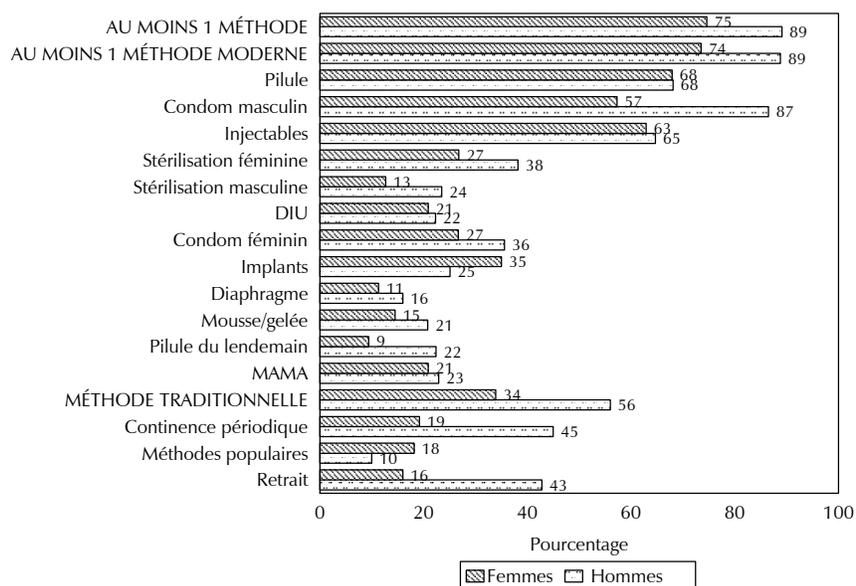
Les questions sur la connaissance des méthodes de planification familiale ont également été posées aux hommes. Les résultats présentés au tableau 5.1 et au graphique 5.1 montrent que les hommes connaissent plus fréquemment les méthodes que les femmes : 94 % des hommes en union contre 76 % des femmes en union connaissent une méthode quelconque ; en ce qui concerne les méthodes modernes, ces proportions sont de 94 % contre 75 %. En outre, on ne constate pas, comme chez les femmes, un écart de niveau de connaissance entre les hommes célibataires sexuellement actifs et les autres. Comme chez les femmes, les hommes connaissent moins les méthodes traditionnelles que modernes (56 % pour tous les hommes et 69 % pour ceux en union contre respectivement 89 % et 94 %). Les méthodes modernes les plus connues par les hommes sont par ordre d'importance le condom masculin (87 % pour l'ensemble des hommes et 92 % pour ceux en union et 95 % parmi les célibataires sexuellement actifs), la pilule (77 % des hommes en union et 81 % par ceux qui ne le sont pas mais qui sont sexuellement actifs) et les injectables (respectivement 75 % et 69 %). Il faut aussi souligner que près de la moitié des hommes en union connaissent la stérilisation féminine (46 %) ainsi que le condom féminin (42 %). Le nombre moyen de méthodes connues par l'ensemble des hommes est de 5,5 et il varie de 6,4 parmi ceux en union à 6,0 parmi ceux qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs.

Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentage de l'ensemble des femmes et des hommes, pourcentage de ceux actuellement en union, de ceux qui sont célibataires et qui sont sexuellement actifs qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDSM-IV Mali 2006

Méthode contraceptive	Femmes			Hommes		
	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Femmes célibataires sexuellement actives	Tous les hommes	Hommes actuellement en union	Hommes célibataires sexuellement actifs
N'importe quelle méthode	74,6	76,0	93,7	89,1	94,1	95,3
N'importe quelle méthode moderne	73,5	75,0	93,7	88,8	93,6	95,3
Méthode moderne						
Stérilisation féminine	26,8	28,1	22,8	38,2	46,1	38,1
Stérilisation masculine	12,7	13,3	12,1	23,5	29,6	27,4
Pilule	67,9	69,5	91,4	68,1	77,1	81,3
DIU	20,9	21,8	23,2	22,3	28,6	20,8
Injectables	62,9	64,6	88,7	64,7	75,2	68,7
Implants	35,0	36,0	50,1	25,1	31,3	35,2
Condom masculin	57,3	57,6	66,8	86,5	91,5	94,5
Condom féminin	26,7	27,3	50,7	35,6	41,5	42,2
Diaphragme	11,3	11,9	13,9	16,0	20,9	15,6
Mousse/gelée	14,5	15,4	17,0	20,8	25,7	31,7
MAMA	20,9	22,4	25,3	22,9	30,7	21,3
Pilule du lendemain	9,4	9,9	12,6	22,4	26,7	24,0
N'importe quelle méthode traditionnelle	33,9	35,5	38,8	56,2	68,7	62,7
Méthode traditionnelle						
Contenance périodique	19,2	19,6	30,8	45,0	55,3	48,7
Retrait	16,0	16,9	22,9	42,8	54,0	45,7
Méthodes populaires	18,2	19,8	16,7	9,9	13,9	7,6
Nombre moyen de méthodes connues	4,2	4,3	5,4	5,5	6,4	6,0
Effectif	14 583	12 365	113	4 207	2 736	134

Graphique 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives par les femmes et par les hommes



EDSM-IV 2006

Le tableau 5.2 présente les pourcentages de femmes et d'hommes en union, qui connaissent, au moins, une méthode quelconque ou une méthode moderne de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats concernant les femmes ne font pas apparaître d'écarts importants selon l'âge et quelle que soit la caractéristique considérée, les niveaux de connaissance sont élevés. On remarque, cependant, que la connaissance est plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus que parmi les femmes sans instruction (96 % contre 73 % pour une méthode quelconque et 96 % contre 71 % pour les méthodes modernes). De même, les femmes du quintile le plus riche ont un niveau de connaissance des méthodes modernes plus élevé (93 %) que celles des autres quintiles ou les proportions varient entre 70 % et 74 %. La proportion de femmes qui connaissent une méthode moderne est plus faible dans les régions de Tombouctou, Gao et Mopti (respectivement 44 %, 48 % et 49 %) que dans les autres régions (au moins 72 %).

Chez les hommes, on constate également que les proportions de ceux qui connaissent les méthodes modernes de planification familiale sont élevées, cela quelle que soit la caractéristique socio-démographique. On peut souligner que parmi ceux du quintile le plus riche, la proportion de ceux qui connaissent une méthode moderne est plus élevée (99 %) que dans les autres quintiles (90 % à 94 %).

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques						
Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006						
Caractéristique	Femmes			Hommes		
	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne ¹	Effectif	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	74,8	73,5	1 566	97,5	97,5	75
20-24	80,5	79,9	2 402	97,9	97,8	203
25-29	78,6	77,8	2 507	93,0	92,3	329
30-34	77,2	76,3	1 891	95,0	94,8	446
35-39	76,3	75,0	1 642	94,0	93,4	433
40-44	72,5	70,9	1 293	93,2	92,6	380
45-49	63,3	61,9	1 066	92,0	91,8	370
Milieu de résidence						
Bamako	93,7	93,3	1 564	98,5	98,2	331
Autres Villes	82,0	81,6	2 239	98,8	98,4	439
Ensemble urbain	86,8	86,4	3 803	98,6	98,3	770
Rural	71,2	69,9	8 563	91,6	91,2	1 465
Région						
Kayes	74,0	72,3	1 752	97,3	97,3	252
Koulikoro	84,3	83,4	2 007	98,8	98,8	351
Sikasso	83,1	82,5	2 152	92,9	92,7	406
Ségou	86,0	84,0	2 036	95,1	95,1	386
Mopti	49,8	48,7	1 708	84,6	83,7	313
Tombouctou	44,8	44,4	584	90,7	89,3	104
Gao	48,5	47,9	520	86,3	83,6	83
Kidal	98,8	98,8	42	99,8	86,8	10
Bamako	93,7	93,3	1 564	98,5	98,2	331
Niveau d'instruction						
Aucun	72,5	71,3	10 156	92,0	91,4	1 471
Primaire	89,0	88,3	1 278	96,9	96,9	421
Secondaire ou plus	96,4	96,1	931	99,4	99,3	343
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	69,9	68,5	2 351	90,0	90,0	418
Second	71,4	70,1	2 482	92,4	91,9	401
Moyen	70,5	68,7	2 468	92,3	91,3	386
Quatrième	74,3	73,8	2 464	94,7	94,1	493
Le plus riche	92,8	92,5	2 600	99,1	99,0	538
Ensemble	76,0	75,0	12 365	93,1	92,5	2 736

¹ Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injectables, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse ou gelée, pilule du lendemain.

5.2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDSM-IV permet d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle, c'est-à-dire au moment de la collecte des données. Aux hommes et aux femmes, qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur/enquêtrice a ensuite demandé s'ils/elles l'avaient déjà utilisée, ceci afin de mesurer le niveau de la pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie.

Le tableau 5.3.1 présente les pourcentages de femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Un peu plus d'une femme sur cinq (21 %) ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Les méthodes traditionnelles ont été beaucoup moins utilisées que les méthodes modernes (6 % contre 18 %). En fonction de l'âge, on constate que c'est au-delà de 20 ans que les pourcentages d'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque sont les plus élevés. Les principales méthodes modernes utilisées ont été la pilule (9 %), les injectables (7 %). En outre, 3 % des femmes ont déclaré avoir utilisé la MAMA. En ce qui concerne les autres méthodes modernes, les proportions sont extrêmement faibles. Le condom masculin n'a été utilisé que dans 3 % des cas et seulement 0,2 % des femmes ont eu recours à la stérilisation. Ce sont essentiellement celles de 40-49 ans qui ont déclaré avoir utilisé le plus cette méthode de planification (1 %).

Le tableau 5.3.2 présente les pourcentages d'hommes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Un peu plus d'un homme sur trois (35 %) a déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de sa vie. Les méthodes traditionnelles ont été plus utilisées que les méthodes modernes (26 % contre 18 %). En fonction de l'âge, on constate que c'est entre 20-49 ans, que les pourcentages d'utilisation d'une méthode moderne à un moment quelconque sont les plus élevés (entre 16 % et 26 %). Le condom masculin a été la principale méthode moderne utilisée (18 %) alors que parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui a été la plus fréquemment utilisée (23 %).

Tableau 5.3.1 Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les femmes

Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union et de femmes qui sont célibataires et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, selon l'âge, EDMS-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation masculine	Stérilisation féminine	Méthode moderne					Méthode traditionnelle			Effectif de femmes						
					Pilule	DIU	Injections	Implants masculin	Condom masculin	Condom féminin	Diaphragme	Mousse/gelée		MAMA	Pilule lendemain	Une méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait populaire	
ENSEMBLE DES FEMMES																			
15-19	10,1	7,3	0,0	0,0	3,0	0,1	2,3	0,0	2,5	0,2	0,1	0,2	0,9	0,1	4,0	2,2	1,4	1,1	3 104
20-24	22,9	19,3	0,0	0,0	9,4	0,2	7,4	0,5	4,7	0,1	0,1	0,3	2,5	0,4	8,0	4,5	1,8	3,0	2 678
25-29	24,1	21,4	0,1	0,0	12,0	0,1	8,7	0,6	2,3	0,1	0,2	0,3	3,3	0,3	7,0	3,5	1,7	3,0	2 625
30-34	24,4	20,5	0,1	0,0	13,2	0,5	7,4	0,2	2,3	1,1	0,0	0,6	3,0	0,1	7,3	3,4	1,5	3,3	1 971
35-39	25,7	21,8	0,3	0,1	12,1	0,6	10,5	0,1	1,5	0,1	0,0	0,4	4,2	0,2	7,8	3,4	1,5	4,4	1 688
40-44	23,6	21,2	0,9	0,0	9,9	1,0	11,2	2,4	1,1	0,0	0,1	0,4	3,0	0,1	5,0	2,2	0,8	2,6	1 354
45-49	18,7	16,6	0,8	0,2	8,7	0,7	6,5	0,6	0,7	0,1	0,5	0,8	3,5	0,7	3,9	1,7	0,3	2,2	1 163
Ensemble	20,6	17,5	0,2	0,0	9,3	0,4	7,2	0,5	2,5	0,3	0,1	0,4	2,7	0,2	6,3	3,1	1,4	2,7	14 583
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																			
15-19	17,4	12,6	0,0	0,0	5,5	0,1	3,8	0,1	3,9	0,4	0,1	0,4	1,7	0,1	6,8	3,3	2,7	1,7	1 566
20-24	23,4	19,7	0,0	0,1	9,7	0,2	7,5	0,5	4,3	0,1	0,0	0,3	2,6	0,4	7,9	4,2	1,7	3,0	2 402
25-29	23,7	21,1	0,2	0,0	11,6	0,1	8,8	0,6	2,2	0,1	0,2	0,2	3,4	0,3	6,7	3,1	1,5	3,1	2 507
30-34	23,6	19,6	0,1	0,0	12,2	0,5	7,4	0,2	2,1	0,2	0,0	0,6	3,1	0,1	7,4	3,4	1,5	3,4	1 891
35-39	25,8	21,9	0,3	0,1	12,1	0,7	10,5	0,2	1,5	0,1	0,0	0,4	4,3	0,3	7,8	3,2	1,5	4,4	1 642
40-44	23,9	21,5	0,9	0,0	9,9	0,9	11,6	2,5	0,8	0,0	0,1	0,5	3,1	0,1	4,7	2,1	0,6	2,7	1 293
45-49	18,7	16,7	0,8	0,2	8,9	0,8	6,5	0,6	0,8	0,1	0,5	0,9	3,4	0,5	3,9	1,6	0,3	2,3	1 066
Ensemble	22,7	19,3	0,3	0,0	10,2	0,4	8,0	0,6	2,5	0,1	0,1	0,4	3,1	0,2	6,7	3,2	1,5	3,0	12 365
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES																			
Ensemble	48,5	45,0	0,0	0,0	29,0	0,0	8,4	0,0	14,8	16,7	0,0	0,0	2,2	0,6	14,9	11,7	4,4	2,5	113
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée																			

Tableau 5.3.2 Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les hommes

Pourcentage d'hommes, d'hommes actuellement en union et d'hommes qui sont célibataires et qui sont sexuellement actifs et qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne		Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle		Effectif d'hommes
			Stérilisation masculine	Condom masculin		Continence périodique	Retrait	
ENSEMBLE DES HOMMES								
15-19	11,3	8,6	0,3	8,3	5,4	4,3	1,9	876
20-24	34,3	24,6	0,2	24,6	22,1	18,3	7,6	633
25-29	41,8	24,8	1,0	24,3	28,9	23,9	11,6	476
30-34	46,2	25,7	0,6	25,7	36,0	32,0	13,4	497
35-39	44,8	22,4	1,2	21,4	34,9	32,0	12,1	452
40-44	49,9	21,5	0,7	20,8	39,9	35,9	11,4	390
45-49	41,4	16,4	1,5	15,2	35,7	31,8	10,1	380
50-59	30,2	7,4	0,7	6,7	28,0	24,9	8,5	503
Ensemble	34,5	18,1	0,7	17,6	26,0	22,8	8,7	4 207
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION								
15-19	57,3	39,5	0,0	39,5	28,8	20,9	12,6	75
20-24	58,6	37,6	0,7	37,6	40,5	36,0	11,9	203
25-29	43,7	20,3	1,4	19,7	35,6	30,1	14,2	329
30-34	46,7	24,4	0,5	24,4	36,7	32,6	13,0	446
35-39	44,4	21,4	1,3	20,3	35,1	32,2	12,6	433
40-44	49,4	20,2	0,7	19,5	41,0	36,9	11,7	380
45-49	42,1	16,8	1,5	15,6	36,1	32,2	10,4	370
50-59	30,3	7,4	0,7	6,7	28,1	25,0	8,5	501
Ensemble	43,9	20,1	0,9	19,5	35,3	31,3	11,6	2 736
HOMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIFS								
Ensemble	53,2	49,9	0,8	49,9	26,3	19,1	12,6	134

L'utilisation d'une méthode quelconque à un certain moment a été plus élevée chez les hommes célibataires sexuellement actifs que chez les hommes en union (53 % contre 44 %). Il en est de même pour la contraception moderne (50 % contre 20 %) tandis que l'utilisation d'une méthode traditionnelle a été plus fréquente chez les hommes en union (35 %) que chez les célibataires sexuellement actifs (26 %).

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le tableau 5.4 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, 8 % des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive ; 6 % d'entre elles ont recours à une méthode moderne et 1 % utilise une méthode traditionnelle. Comme pour l'utilisation passée, les femmes utilisent essentiellement deux méthodes : la pilule (3 %) et les injectables (2 %). Les autres méthodes ne sont pratiquement pas utilisées (moins de 1 % des enquêtées).

Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode actuellement utilisée, selon l'âge, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Méthode moderne						Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle	N'utilise pas actuellement	Ensemble	Effectif de femmes	
				Pilule	DIU	Injec- tables	Implants masculin	Condom MAMA	Contenance périodique						
ENSEMBLE DES FEMMES															
15-19	4,6	3,4	0,0	1,2	0,0	1,1	0,0	0,7	0,2	1,2	0,7	0,3	95,4	100,0	3 104
20-24	8,8	7,2	0,0	3,1	0,0	2,6	0,1	0,9	0,5	1,6	1,0	0,6	91,2	100,0	2 678
25-29	9,0	7,8	0,1	3,6	0,0	2,8	0,3	0,4	0,6	1,2	0,5	0,7	91,0	100,0	2 625
30-34	7,6	6,3	0,1	2,8	0,1	2,1	0,1	0,3	0,5	1,3	0,6	0,6	92,4	100,0	1 971
35-39	11,1	9,2	0,3	3,7	0,2	3,5	0,1	0,3	1,0	1,9	1,0	0,9	88,9	100,0	1 688
40-44	7,2	6,5	0,9	2,4	0,1	2,4	0,3	0,1	0,3	0,6	0,4	0,1	92,8	100,0	1 354
45-49	3,7	3,2	0,8	1,1	0,0	1,2	0,0	0,1	0,1	0,5	0,4	0,1	96,3	100,0	1 163
Ensemble	7,5	6,2	0,2	2,6	0,1	2,2	0,1	0,5	0,5	1,2	0,7	0,5	92,5	100,0	14 583
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	7,7	5,8	0,0	2,1	0,0	2,0	0,0	1,0	0,5	1,9	1,2	0,5	92,3	100,0	1 566
20-24	9,1	7,4	0,0	3,3	0,0	2,6	0,1	0,8	0,6	1,7	1,1	0,6	90,9	100,0	2 402
25-29	8,7	7,5	0,2	3,4	0,0	2,8	0,2	0,3	0,6	1,2	0,5	0,7	91,3	100,0	2 507
30-34	7,5	6,3	0,1	2,9	0,1	2,1	0,1	0,2	0,5	1,2	0,6	0,6	92,5	100,0	1 891
35-39	11,3	9,4	0,3	3,8	0,2	3,6	0,1	0,2	1,0	1,9	1,0	0,9	88,7	100,0	1 642
40-44	7,1	6,5	0,9	2,4	0,1	2,6	0,2	0,0	0,3	0,7	0,5	0,2	92,9	100,0	1 293
45-49	4,0	3,5	0,8	1,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,1	0,5	0,4	0,1	96,0	100,0	1 066
Ensemble	8,2	6,9	0,3	2,9	0,1	2,5	0,1	0,4	0,5	1,4	0,8	0,6	91,8	100,0	12 365
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES															
Ensemble	27,6	22,0	0,0	7,3	0,0	5,5	0,0	9,3	0,0	5,6	4,2	1,3	72,4	100,0	113

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace a été prise en compte dans ce tableau. L'utilisation des méthodes comme le condom féminin, le diaphragme, la mousse gelée et le retrait est très faible : 0 % chacune quelle que soit la catégorie de femmes.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

La prévalence contraceptive des femmes en union n'est pratiquement pas différente de celle de l'ensemble des femmes. En effet, 8 % d'entre elles utilisent une méthode quelconque, seulement 7 % utilisent une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle. De plus, ces femmes utilisent dans pratiquement les mêmes proportions les mêmes méthodes que l'ensemble des femmes : 3 % pour la pilule, 3 % pour les injectables et 1 % pour la MAMA.

Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Ces résultats sont présentés au tableau 5.5 et au graphique 5.2. La prévalence contraceptive est trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, tant pour l'ensemble des méthodes (15 % contre 5 %) que pour les méthodes modernes (13 % contre 4 %). En milieu urbain, comme en milieu rural, les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont la pilule (7 % contre 1 % en zones rurales) et les injectables (4 % et 2 %). Cependant, les injectables restent plus utilisées que les pilules en milieu rural (2 % contre 1 %). Les différences régionales sont très importantes. C'est à Bamako (17 %), Kidal (9 %) et Koulikoro et Ségou (7 %) que la prévalence moderne est la plus élevée. Dans les autres régions, la prévalence varie entre 6 % à Sikasso et 2 % à Mopti.

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

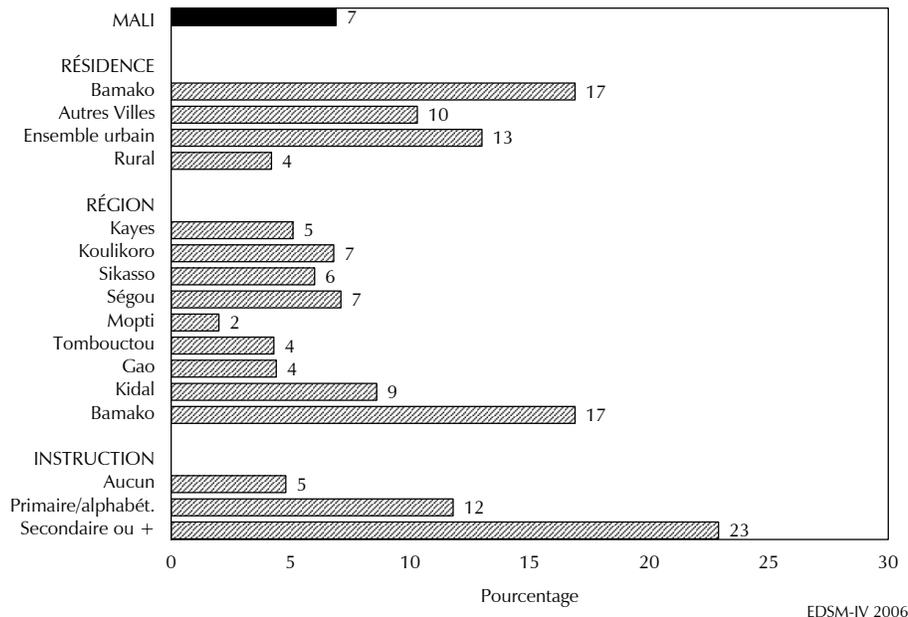
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne							Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle		N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	MAMA		Continence périodique	Méthode populaire			
Nombre d'enfants vivants															
0	6,9	4,9	0,0	1,8	0,0	1,1	0,0	1,9	0,0	2,0	1,8	0,2	93,1	100,0	1 580
1-2	7,7	6,1	0,0	3,0	0,0	2,0	0,1	0,3	0,5	1,6	0,9	0,7	92,3	100,0	4 041
3-4	8,3	7,4	0,2	3,3	0,1	2,6	0,2	0,1	0,8	0,9	0,4	0,6	91,7	100,0	3 354
5+	9,4	8,2	0,7	2,8	0,1	3,7	0,1	0,1	0,6	1,2	0,5	0,6	90,6	100,0	3 392
Milieu de résidence															
Bamako	19,6	16,9	0,6	8,1	0,3	5,0	0,6	1,6	0,7	2,7	2,3	0,5	80,4	100,0	1 564
Autres Villes	12,2	10,3	0,5	5,7	0,1	2,5	0,1	0,5	0,6	1,9	1,4	0,3	87,8	100,0	2 239
Ensemble urbain	15,2	13,0	0,5	6,7	0,2	3,5	0,3	0,9	0,6	2,2	1,7	0,4	84,8	100,0	3 803
Rural	5,1	4,2	0,1	1,2	0,0	2,1	0,0	0,2	0,5	1,0	0,3	0,6	94,9	100,0	8 563
Région															
Kayes	6,2	5,1	0,4	2,0	0,1	1,6	0,1	0,1	0,9	1,1	0,4	0,6	93,8	100,0	1 752
Koulikoro	8,9	6,8	0,4	2,1	0,0	2,9	0,0	0,4	1,0	2,0	0,9	1,0	91,1	100,0	2 007
Sikasso	6,5	6,0	0,1	2,4	0,0	2,9	0,1	0,2	0,0	0,5	0,1	0,4	93,5	100,0	2 152
Ségou	9,4	7,1	0,3	2,9	0,0	2,9	0,1	0,2	0,4	2,3	1,1	1,1	90,6	100,0	2 036
Mopti	2,2	2,0	0,0	1,1	0,0	0,6	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	97,8	100,0	1 708
Tombouctou	4,6	4,3	0,0	2,0	0,0	1,2	0,1	0,3	0,6	0,2	0,2	0,0	95,4	100,0	584
Gao	5,1	4,4	0,0	1,4	0,0	1,0	0,1	0,7	1,2	0,7	0,7	0,0	94,9	100,0	520
Kidal	9,3	8,6	0,0	6,7	0,0	1,8	0,0	0,0	0,1	0,7	0,4	0,0	90,7	100,0	42
Bamako	19,6	16,9	0,6	8,1	0,3	5,0	0,6	1,6	0,7	2,7	2,3	0,5	80,4	100,0	1 564
Niveau d'instruction															
Aucun	5,6	4,8	0,2	1,9	0,0	2,0	0,1	0,1	0,6	0,8	0,3	0,5	94,4	100,0	10 156
Primaire	14,1	11,8	0,2	5,2	0,1	4,8	0,3	0,5	0,5	2,3	1,4	0,7	85,9	100,0	1 278
Secondaire ou plus	29,0	22,9	1,4	10,9	0,4	5,1	0,5	3,7	0,2	6,1	4,8	0,9	71,0	100,0	931
Quintile du bien-être économique															
Le plus pauvre	3,7	2,8	0,1	0,9	0,0	1,4	0,1	0,0	0,2	1,0	0,2	0,8	96,3	100,0	2 351
Second	5,0	4,1	0,2	1,3	0,0	2,2	0,1	0,1	0,4	0,8	0,3	0,5	95,0	100,0	2 482
Moyen	4,6	3,8	0,1	1,0	0,0	1,7	0,0	0,1	0,7	0,8	0,2	0,6	95,4	100,0	2 468
Quatrième	8,0	6,6	0,2	2,6	0,1	2,6	0,0	0,4	0,8	1,4	0,7	0,7	92,0	100,0	2 464
Le plus riche	19,1	16,4	0,7	8,3	0,2	4,5	0,4	1,4	0,7	2,7	2,2	0,4	80,9	100,0	2 600
Ensemble	8,2	6,9	0,3	2,9	0,1	2,5	0,1	0,4	0,5	1,4	0,8	0,6	91,8	100,0	12 365

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace a été prise en compte dans ce tableau. L'utilisation des méthodes comme le condom féminin, le diaphragme, la mousse gelée et le retrait est très faible : 0 % chacune.

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

Graphique 5.2 Prévalence contraceptive moderne selon la résidence (femmes en union)



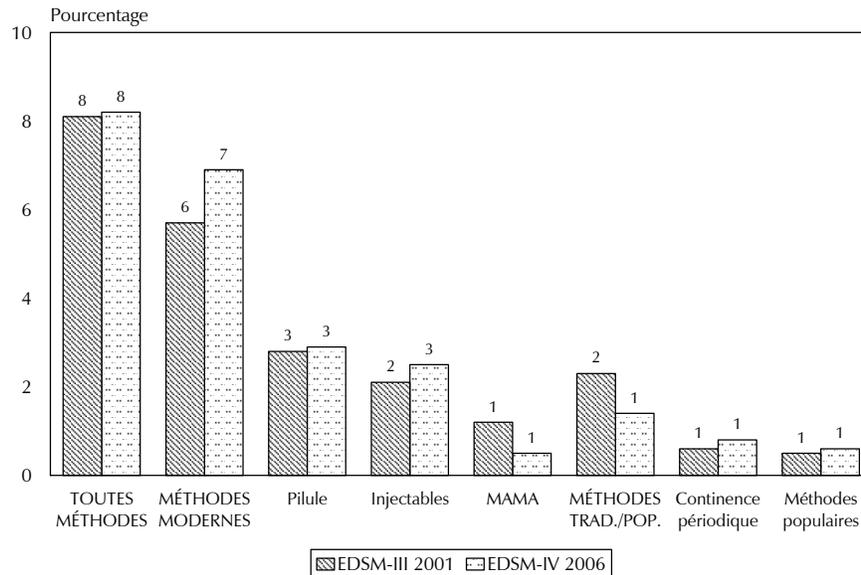
Le niveau d'instruction apparaît comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation contraceptive. En effet, parmi les femmes sans instruction, 6 % utilisent une méthode quelconque, seulement 5 % une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle. Quand les femmes ont un niveau d'instruction primaire, ces proportions sont respectivement de 14 %, 12 % et 2 %. Quand les femmes ont un niveau secondaire ou plus, 29 % utilisent une méthode quelconque, 23 % une méthode moderne et seulement 6 % une méthode traditionnelle.

Les résultats selon le nombre d'enfants vivants ne font pas apparaître d'écarts importants. L'utilisation de la contraception moderne est plus faible parmi les femmes qui n'ont eu aucune naissance vivante (5 %) que chez les femmes qui ont eu cinq enfants ou plus (8 %).

Enfin, on constate un écart important de la prévalence contraceptive entre le quintile le plus riche et les autres, la proportion d'utilisatrices de méthodes modernes variant de 16 % dans le quintile le plus riche à environ 3 % dans le plus pauvre.

La comparaison avec les résultats de l'enquête précédente montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union n'a pas varié, la proportion d'utilisatrices étant passée de 6 % en 2001 (EDSM-III), à 7 % en 2006 (EDSM-IV) (graphique 5.3). En milieu rural, on ne note pas d'amélioration, la prévalence étant de 3 % en 2001 à 4 % en 2006. Par contre, on constate que la prévalence a baissé en milieu urbain, passant de 15 % en 2001 à 13 % en 2006, surtout à Bamako, où elle a baissé, variant de 19 % en 2001 à 17 % en 2006. En fonction du niveau d'instruction, on note qu'en 2001 et 2006, la proportion de femmes sans instruction qui utilisaient une méthode moderne étaient, respectivement de 4 % et 5 %. Par contre, chez les femmes de niveau secondaire ou plus, la prévalence a baissé de 26 % en 2001 à 23 % en 2006.

**Graphique 5.3 Prévalence de la contraception
EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 (femmes en union)**



5.4 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents : retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacer les naissances si la contraception débute à une parité que la femme souhaite augmenter selon un calendrier donné, ou encore limiter tout simplement la descendance au niveau actuel lorsque la femme recourt à la contraception parce qu'elle a le nombre d'enfants qu'elle souhaite ou pour d'autres raisons (raisons de santé, par exemple).

Le tableau 5.6 présente la répartition des femmes par groupe d'âges selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont commencé à utiliser la contraception pour la première fois.

Âge actuel	N'a jamais utilisé	Nombre d'enfants vivant à la première utilisation						Total	Effectif de femmes
		0	1	2	3	4+	ND		
15-19	89,9	6,6	2,8	0,5	0,1	0,0	0,1	100,0	3 104
20-24	77,1	6,9	10,6	3,1	1,8	0,3	0,3	100,0	2 678
25-29	75,9	3,2	9,5	5,5	2,8	2,8	0,2	100,0	2 625
30-34	75,6	4,1	6,8	4,8	2,9	5,4	0,3	100,0	1 971
35-39	74,3	1,7	4,8	3,7	4,1	11,3	0,1	100,0	1 688
40-44	76,4	0,9	3,4	2,2	2,7	13,9	0,5	100,0	1 354
45-49	81,3	0,7	3,7	1,8	1,3	10,5	0,8	100,0	1 163
Ensemble	79,4	4,1	6,3	3,1	2,1	4,7	0,3	100,0	14 583

Dans l'ensemble des femmes, 4 % ont déclaré avoir utilisé pour la première fois une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas d'enfant, c'est-à-dire pour retarder la première naissance, 6 % ont commencé alors qu'elles n'avaient eu qu'une seule naissance vivante. Dans 3 % des cas, les femmes ont commencé à utiliser une méthode de planification familiale à partir du deuxième enfant. Environ 2 % des femmes avait attendu la troisième naissance et enfin 5 % des femmes ont commencé à des parités élevées (4 enfants et plus).

On constate que la proportion de femmes qui ont commencé à utiliser une méthode contraceptive alors qu'elle n'avait pas d'enfant est passée de moins d'un pour cent parmi celles de 45-49 ans à 7 % parmi celles de 15-19 ans et 20-24 ans, ce qui pourrait vouloir signifier que les femmes des générations les plus jeunes souhaitent retarder la venue d'un premier enfant. On note la même tendance en ce qui concerne les proportions des femmes ayant commencé à utiliser une méthode à partir de la première naissance (4 % parmi celles de 45-49 ans à 11 % parmi celles de 20-24 ans).

5.5 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes concernant la période de fécondabilité, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Les résultats des réponses à cette dernière question sont présentés au tableau 5.7. Compte tenu des nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette question, les femmes peuvent être regroupées en trois grandes catégories. Celles qui :

- Connaissent la période de fécondabilité : celles qui ont déclaré « milieu du cycle » ;
- Ont une connaissance douteuse de la période : celles qui ont déclaré « juste avant le début des règles », « juste après la fin des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après la fin » et du « juste avant le début », elles peuvent correspondre à la période féconde ;
- Ne connaissent pas la période : celles qui ont déclaré « durant les règles », « pas de période spécifique », « ne sait pas » ou toute autre réponse.

On constate que plus de la moitié des femmes n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas comment situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel : 27 % ont déclaré ne pas savoir du tout et 26 % ont déclaré qu'une telle période n'existait pas. Près d'une femme sur trois (30 %) n'en a qu'une connaissance approximative. Seulement 17 % des femmes ayant mentionné le milieu du cycle peuvent être considérées comme ayant une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte au cours du cycle menstruel. Cependant, parmi les femmes qui utilisent la continence périodique, la proportion de celles qui ont eu une connaissance précise de la période féconde est nettement plus élevée que parmi celles qui n'utilisent pas cette méthode (48 % contre 17 %).

Connaissance de la période féconde	Non		Toutes les femmes
	Utilisatrices de la continence périodique	utilisatrices de la continence périodique	
Juste avant le début des règles	3,4	2,6	2,6
Durant les règles	2,8	1,2	1,2
Juste après la fin des règles	29,2	26,0	26,0
Milieu du cycle	47,7	17,0	17,3
Autre	0,0	0,1	0,1
Pas de moment spécifique	8,4	26,2	26,1
NSP	8,5	26,6	26,5
Manquant	0,0	0,3	0,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	103	14 480	14 583

5.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'identifier l'endroit où elles ont obtenu leur méthode actuelle (tableau 5.8).

Pour obtenir les méthodes modernes de contraception, 52 % des femmes se sont adressées au secteur médical public. Environ, une femme sur quatre (37 %) s'est adressée au secteur médical privé. Seulement 7 % se sont orientées vers d'autres sources, comme les boutiques (3 %), les amis et parents (3 %) et les ADBC (1 %). Dans le secteur public, ce sont surtout vers les CSCOM que les femmes se sont dirigées pour obtenir leur méthode (27 %). Dans le secteur privé, les principaux fournisseurs sont, de loin, les pharmacies (27 %). Les utilisatrices qui se procurent leurs méthodes auprès de sources non médicales s'adressent essentiellement aux amis, connaissances et parents (3 %) et boutiques et tabliers (3 %).

En outre, on constate que dans la majorité des cas (76 %), les femmes obtiennent les injectables dans le secteur public. Seulement 19 % se sont adressées au secteur médical privé pour cette méthode. Dans le secteur public, c'est dans 43 % des cas, les CSCOM qui constituent la source d'approvisionnement la plus importante et loin derrière, les dispensaires/maternités (16 %). La source d'approvisionnement de la pilule est plus diversifiée puisque 36 % des utilisatrices l'ont obtenue dans le secteur public, essentiellement dans les CSCOM (19 %) ; 54 % dans le secteur médical privé, en majorité les pharmacies (40 %) et 12 % s'en sont procurées auprès de vendeurs ambulants.

Source d'approvisionnement	Stérilisation féminine	Pilule	Injectables	Implants	Condom masculin	Ensemble ¹
Secteur public	76,8	36,1	75,8	78,5	3,7	51,9
Hôpital national	28,7	0,7	0,5	12,4	0,0	2,0
Hôpital régional	5,2	0,7	2,0	5,5	0,0	1,6
CSREF	40,8	6,6	8,6	8,9	0,1	8,3
Disp/maternité	0,0	5,0	16,4	3,2	0,0	8,7
CSCOM	2,0	19,0	43,4	20,3	3,6	26,8
Autre public	0,0	4,1	5,0	28,1	0,0	4,5
Secteur médical privé	8,1	53,8	19,3	21,2	47,4	36,9
Hôpital/clinique privé	8,1	0,8	1,4	0,0	0,0	1,2
Cabinet de soins	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,2
Salle de soins	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2
Pharmacie	0,0	39,7	12,8	9,7	47,4	27,3
Vendeurs ambulants	0,0	11,7	0,2	0,0	0,0	5,5
Autre privé médical	0,0	1,3	4,0	11,5	0,0	2,5
Autre source	0,0	7,5	3,5	0,3	28,6	7,0
Boutique	0,0	3,1	0,0	0,0	13,8	2,5
Tablier	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4
ADBC	0,0	1,0	1,8	0,0	0,0	1,1
Amis/connaissances/parents	0,0	2,5	1,7	0,3	14,8	3,0
Autre	0,0	0,8	0,3	0,0	20,3	2,1
NSP	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
ND	12,5	1,8	1,1	0,0	0,0	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	33	377	327	17	68	842

¹ Y compris : 1 cas de stérilisation masculine, 8 cas de DIU, 5 cas de condoms féminin, 2 cas de diaphragme et 4 cas de mousses gelées, supprimés du tableau à cause de leur faible effectif.

5.7 INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont censés assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles, entre autres, des informations sur l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes et leurs contraintes ainsi que sur leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception. Les résultats sont présentés au tableau 5.9.

Les résultats montrent que globalement, les utilisatrices de pilules ont reçu moins d'information que les utilisatrices d'injectables, que ce soit sur l'éventualité d'effets secondaires liés à la méthode (52 % contre 38 %), sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires (47 % contre 37 %) et sur l'éventail de méthodes existantes (48 % contre 44 %).

Les résultats selon la source de la méthode montrent que c'est auprès des CSREF, des dispensaires et maternités et des CSCOM que les proportions de femmes ayant été informées sont les plus élevées.

Tableau 5.9 Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle dans les cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée ; pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires ; pourcentage de femmes qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser, par méthode spécifique, source initiale de la méthode et certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Méthode/source	Avertie des effets secondaires/ problèmes des méthodes	Informée sur que faire en cas d'effets secondaires	Informée que d'autres méthodes peuvent être utilisées	Effectif de femmes
Méthode				
Stérilisation féminine	*	*	*	23
Pilule	38,1	36,5	43,5	348
DIU	*	*	*	8
Injectables	52,3	46,8	47,5	301
Implants	*	*	*	14
Source initiale de la méthode				
Secteur public	58,7	52,5	58,3	440
Hôpital national	*	*	*	15
Hôpital régional	*	*	*	19
CSREF	69,5	65,5	67,1	64
Disp/maternité	52,2	48,6	65,8	78
CSCOM	55,0	49,1	53,7	232
Autre public	(58,1)	(43,6)	(57,3)	31
Secteur médical privé	32,1	30,8	32,9	216
Hôpital/clinique privé	*	*	*	17
Cabinet de soins	*	*	*	1
Salle de soins	*	*	*	1
Pharmacie	36,5	30,6	36,3	149
Vendeurs ambulants	(1,1)	(7,6)	(7,5)	39
Autre privé médical	*	*	*	10
Autre source	22,7	23,2	32,3	53
Boutique	*	*	*	6
Tablier	*	*	*	3
ADBC	*	*	*	8
Amis/connaissances/parents	(17,0)	(17,0)	(32,0)	35
Ensemble	46,5	42,3	45,9	768

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

5.8 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes, qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.10 fournit la distribution des femmes selon leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Tableau 5.10 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-IV Mali 2006

Intention	Nombre d'enfants vivants ¹					Ensemble
	0	1	2	3	4+	
A l'intention d'utiliser	34,3	38,3	34,5	33,0	31,7	33,7
Pas sûre	14,5	11,3	12,1	11,8	10,3	11,4
N'a pas l'intention d'utiliser	50,4	50,2	53,0	54,9	57,7	54,5
Manquant	0,8	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 149	1 938	1 750	1 736	4 773	11 346

¹ Y compris la grossesse actuelle

Une femme sur trois (34 %) a déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Par contre, plus de la moitié (55 %) ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur et, dans 11 % des cas, les femmes étaient indécises. Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate que, parmi les femmes sans enfant, plus d'une femme sur trois (34 %) a déclaré avoir l'intention d'utiliser, dans le futur, une méthode de planification familiale. C'est parmi les femmes ayant un enfant que cette proportion est la plus élevée (38 %).

5.9 RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes non utilisatrices de la contraception, qui ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser un contraceptif dans l'avenir, on leur a demandé d'en indiquer la raison. Les données du tableau 5.11 montrent que 32 % des femmes ont cité des raisons relatives à la fécondité, essentiellement le désir d'avoir autant d'enfants que possible (18 %). L'opposition à la pratique contraceptive a été mentionnée dans 36 % des cas, et il s'agit de l'opposition de l'enquêtée elle-même dans 22 % des cas, de l'opposition du partenaire dans 9 % et des interdits religieux dans 5 %. En outre, les raisons liées aux méthodes ont été globalement citées par 14 % des femmes : parmi elles, 6 % ont cité les problèmes de santé et 4 % la peur des effets secondaires. Quel que soit l'âge, la raison liée à la méconnaissance de méthodes contraceptives est plus importante (9 % pour le groupe d'âges 15-29 ans et 8 % pour le groupe 30-49 ans) que la méconnaissance d'une source de méthode. On ne note pas de différences en fonction du groupe d'âges des femmes.

Tableau 5.11 Raisons citées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'en utiliser une, EDSM-IV Mali 2006

Raison	Groupe d'âges		Ensemble des femmes
	15-29	30-49	
Raisons liées à la fécondité			
Rapports sexuels peu fréquents/ pas de rapports sexuels	1,9	3,3	2,7
Ménopause/a eu une hystérectomie	0,0	4,8	2,7
Inféconde	1,8	15,0	9,2
Veut autant d'enfants que possible	21,1	14,9	17,6
Opposition à l'utilisation			
Enquêtée opposée	26,1	19,0	22,1
Mari/partenaire opposé	11,9	6,7	9,0
Autres opposés	0,0	0,1	0,0
Interdits religieux	4,3	5,4	4,9
Manque de connaissance			
Ne connaît pas de méthode	9,2	8,1	8,6
Ne connaît pas de source	5,5	3,8	4,5
Raisons liées à la méthode			
Problèmes de santé	3,3	7,2	5,5
Crainte d'effets secondaires	5,4	3,0	4,1
Difficulté d'accès/trop loin	0,1	0,1	0,1
Coûte trop cher	0,4	0,6	0,5
Pas pratique à utiliser	0,5	0,3	0,4
Interfère avec le fonctionnement du corps	3,0	3,2	3,2
Autre	2,1	1,9	2,0
Ne sait pas	2,7	2,4	2,5
Manquant	0,5	0,1	0,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 709	3 480	6 189

5.10 MÉTHODE FUTURE PRÉFÉRÉE

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union, ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort du tableau 5.12 que les méthodes modernes sont, de loin, les plus fréquemment citées. Quelque soit le groupe d'âges, ce sont les injectables qui viennent largement en tête avec une proportion de 48 % à 15-29 ans et 51 % à 30-49 ans, suivie de la pilule (respectivement 35 % et 29 %). Les pourcentages concernant les autres méthodes sont très faibles.

5.11 EXPOSITION AUX SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'accès à l'information constitue un préalable important pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est, en effet, par ce biais qu'on parvient à informer et à sensibiliser la population sur la planification familiale et à vulgariser les différentes méthodes contraceptives. Pour connaître le niveau d'accès des femmes et des hommes à l'information sur la planification familiale et les canaux par lesquels ils ont été informés, on leur a demandé si elles/ils avaient entendu ou vu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois ayant précédé l'enquête.

Selon les résultats des tableaux 5.13, on constate que, durant le mois ayant précédé l'enquête, un peu moins de la moitié des femmes (45 %) et des hommes (42 %) n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision, ni vu ou lu de messages dans les journaux et magazines, sur la planification familiale. À l'opposé, 51 % des femmes et 51 % des hommes avaient entendu un message à la radio, 36 % des femmes et 41 % des hommes l'avaient entendu à la télévision. Le pourcentage de femmes ayant reçu des messages sur la planification familiale en écoutant la radio augmente avec le niveau d'instruction variant de 48 % chez les femmes sans instruction à 57 % chez celles de niveau primaire et à 73 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Cette proportion est également plus importante en milieu urbain que rural (65 % contre 44 %). La télévision existe essentiellement dans les villes ; aussi a-t-elle plus servi de canal d'information en milieu urbain (59 %) qu'en milieu rural (25 %) et surtout dans la capitale Bamako (67 %). Comme pour la radio, le pourcentage de femmes informées par la télévision augmente avec le niveau d'instruction : de 30 % chez les femmes sans instruction, il passe à 73 % chez celles de niveau secondaire ou plus. L'information par les journaux et magazines concerne presque exclusivement le milieu urbain (14 % contre 2 % en milieu rural et 18 % à Bamako) et les femmes instruites, surtout celles ayant au moins un niveau secondaire ou plus (37 %). Le pourcentage de femmes ayant reçu des informations, quelle qu'en soit la source, est plus élevé chez les femmes du quintile le plus riche que chez celles des autres quintiles.

Tableau 5.12 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge, EDSM-IV Mali 2006

Méthode	Groupe d'âges		Ensemble des femmes
	15-29	30-49	
Méthodes modernes			
Stérilisation féminine	0,1	2,4	1,0
Stérilisation masculine	0,0	0,1	0,0
Pilule	34,9	29,4	32,9
DIU	0,7	1,3	0,9
Injectables	48,2	51,0	49,2
Implants	3,4	3,8	3,6
Condom	0,3	0,1	0,3
Condom féminin	0,2	0,0	0,2
Diaphragme	0,1	0,0	0,1
Mousse/gelée	0,1	0,3	0,2
MAMA	0,3	0,3	0,3
Méthodes traditionnelles			
Contenance périodique	0,4	0,6	0,5
Retrait	0,0	0,0	0,0
Autre	8,5	8,5	8,5
Pas sûre	2,5	2,0	2,3
ND	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 433	1 392	3 826

Quelle que soit la source, on constate les mêmes tendances chez les hommes que chez les femmes. Comme pour les femmes, ce sont les hommes les plus instruits et ceux du milieu urbain qui ont été les plus fréquemment exposés à l'information. Les messages sur la planification familiale semblent moins atteindre la population en général et surtout sa cible principale, en l'occurrence les femmes du milieu rural.

Tableau 5.13 Exposition aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun de ces trois medias	Effectif	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun de ces trois medias	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	46,3	40,9	8,7	46,5	3 104	29,9	34,1	5,0	59,2	876
20-24	52,2	38,9	7,4	44,9	2 678	48,3	45,4	10,9	42,8	633
25-29	55,1	36,8	4,5	42,0	2 625	56,3	42,6	9,7	35,7	476
30-34	53,0	33,8	5,3	44,6	1 971	56,4	40,5	7,6	39,2	497
35-39	53,0	35,3	5,3	44,9	1 688	63,2	49,9	13,8	33,1	452
40-44	47,3	29,9	4,8	50,3	1 354	60,6	43,4	10,7	33,5	390
45-49	52,8	31,2	4,1	46,1	1 163	54,8	39,1	10,5	40,1	380
50-59	na	na	na	na	na	59,6	37,5	8,8	37,6	503
Milieu de résidence										
Bamako	65,8	66,5	18,2	26,1	2 104	65,6	68,6	20,1	21,8	667
Autres Villes	64,5	53,2	10,5	30,0	2 814	48,9	55,1	14,6	37,9	717
Ensemble urbain	65,1	58,9	13,8	28,3	4 918	57,0	61,6	17,3	30,1	1 384
Rural	44,2	24,9	2,2	53,9	9 665	45,6	29,4	4,4	50,4	2 321
Région										
Kayes	47,5	19,9	2,7	50,9	1 886	24,8	26,2	2,9	61,9	448
Koulikoro	52,3	34,4	3,7	45,0	2 352	60,8	43,7	7,1	30,3	610
Sikasso	52,9	39,0	4,0	44,6	2 392	45,6	30,4	7,5	51,1	593
Ségou	62,2	42,7	6,6	34,6	2 388	59,8	50,7	6,5	32,6	577
Mopti	34,4	25,9	4,4	61,7	2 036	37,0	24,7	6,4	61,7	513
Tombouctou	37,1	18,4	2,1	61,6	720	55,9	42,9	10,4	43,1	144
Gao	30,7	14,8	2,1	67,1	655	28,9	22,5	14,6	70,1	141
Kidal	95,6	31,3	2,7	4,4	50	2,1	5,2	0,0	94,0	12
Bamako	65,8	66,5	18,2	26,1	2 104	65,6	68,6	20,1	21,8	667
Niveau d'instruction										
Aucun	47,5	30,0	1,7	49,8	11 410	44,4	30,3	2,2	51,0	2 146
Primaire	57,0	47,6	8,3	38,0	1 668	50,6	45,0	7,3	40,2	759
Secondaire ou plus	73,1	72,7	37,2	19,3	1 505	63,7	67,8	29,7	23,4	799
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	43,3	22,8	1,5	55,8	2 675	47,5	27,1	4,3	49,7	663
Second	44,8	24,7	2,0	53,2	2 803	46,8	31,1	3,3	49,7	674
Moyen	42,4	23,4	1,9	55,2	2 774	44,5	28,9	4,4	51,0	584
Quatrième	52,4	34,7	3,6	44,7	2 864	42,4	34,9	8,2	52,3	785
Le plus riche	68,8	68,1	18,4	23,3	3 467	62,4	70,3	20,1	21,4	998
Ensemble	51,3	36,4	6,1	45,3	14 583	51,0	41,0	9,2	42,2	4 207

na = Non applicable

Au tableau 5.14, figurent les résultats concernant le contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de la planification familiale. Neuf femmes sur dix (90 %) ont déclaré ne pas avoir parlé de planification familiale avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, ces proportions sont très élevées et on ne constate pas de variations importantes.

Les visites des femmes dans les formations sanitaires pour une raison de santé quelconque, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, constituent des occasions à ne pas manquer par les

prestataires pour discuter avec elles de planification familiale. Selon les résultats de l'enquête, on note que dans 14 % des cas, les femmes se sont rendues dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de méthode de planification familiale. À l'exception de la région, les écarts en fonction des caractéristiques sociodémographiques ne sont pas très importants. Enfin, seulement 7 % des femmes ont reçu la visite d'un agent de terrain et ont discuté de planification familiale. Ici aussi, les écarts sont peu importants. C'est parmi les femmes de 30-34 ans (10 %) et celles de la région de Ségou (14 %) que cette proportion est la plus élevée.

Tableau 5.14 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale

Pourcentage des non utilisatrices de la contraception qui ont été contactées par un agent de terrain qui leur ont parlé de planification familiale, pourcentage de celles qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé de méthodes de planification familiale, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ED5M-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ont discuté de PF	Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de PF	Femmes n'ayant pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire	Effectif
Groupe d'âges					
15-19	3,8	2,7	10,4	94,5	2 962
20-24	8,0	5,9	17,3	88,6	2 441
25-29	9,2	6,8	18,2	87,5	2 389
30-34	9,5	6,8	15,2	87,2	1 822
35-39	9,3	5,4	15,7	87,7	1 502
40-44	7,4	3,3	12,4	90,5	1 257
45-49	4,3	2,4	8,8	94,1	1 120
Milieu de résidence					
Bamako	5,4	7,9	19,2	89,0	1 768
Autres Villes	6,0	4,2	13,9	91,2	2 508
Ensemble urbain	5,8	5,7	16,1	90,3	4 275
Rural	8,0	4,5	13,5	89,9	9 218
Région					
Kayes	3,9	3,0	13,8	94,3	1 778
Koulikoro	7,3	3,6	16,3	90,6	2 148
Sikasso	9,6	5,0	17,2	88,4	2 251
Ségou	14,0	10,5	14,9	81,2	2 190
Mopti	4,8	1,7	9,2	94,1	1 997
Tombouctou	2,6	1,6	9,3	96,2	689
Gao	3,4	0,5	5,5	96,3	628
Kidal	3,0	5,5	1,1	93,3	45
Bamako	5,4	7,9	19,2	89,0	1 768
Niveau d'instruction					
Aucun	7,3	4,5	13,6	90,4	10 823
Primaire	7,4	6,9	19,5	88,3	1 469
Secondaire ou plus	6,7	6,0	14,4	89,5	1 201
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	7,5	4,3	11,7	90,8	2 588
Second	6,9	3,7	12,2	91,2	2 678
Moyen	7,8	4,9	13,3	89,7	2 658
Quatrième	8,9	5,0	17,4	88,3	2 649
Le plus riche	5,4	6,5	16,6	90,2	2 922
Ensemble	7,3	4,9	14,3	90,1	13 493

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

6

Dr Soumaïla Mariko et Issa Bara Berthé

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

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Dans le cadre de l'EDSM-IV, le terme union s'applique à toutes les personnes (les femmes et les hommes) qui se sont déclarées mariées ou vivant maritalement avec un partenaire pour les femmes, une ou plus d'une partenaire pour les hommes. Sont donc prises en compte toutes les personnes liées par le mariage qu'il soit civil, religieux ou coutumier, ainsi que les unions consensuelles ou unions de fait.

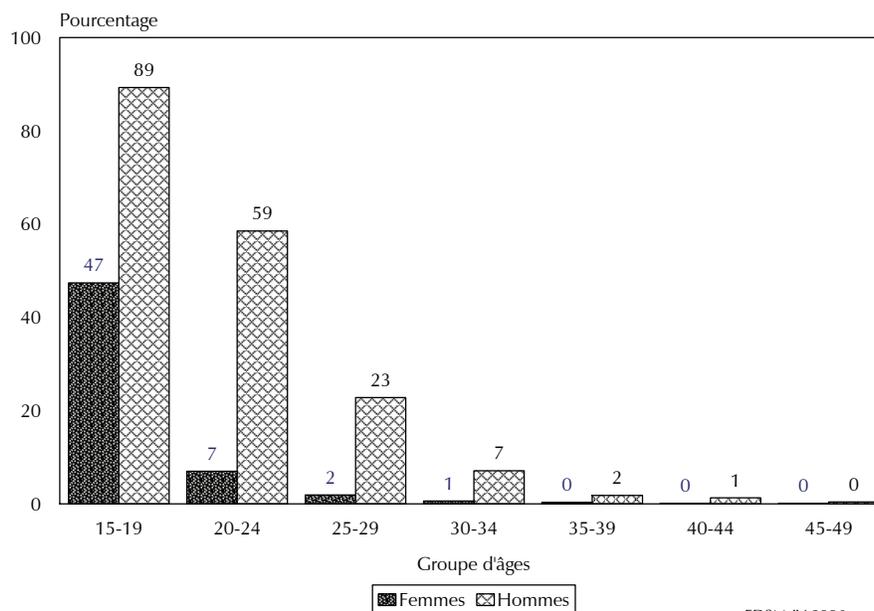
Selon le tableau 6.1 qui présente la répartition des femmes âgées de 15-49 ans et des hommes âgés de 15-59 ans, selon l'état matrimonial, au moment de l'enquête, il ressort que plus de quatre femmes sur cinq (85 %), et environ les deux tiers des hommes (65 %), sont en union. Le célibat touche plus d'une femme sur dix (12 %) et presque un tiers des hommes (31 %). Les proportions de femmes et d'hommes en rupture d'union sont très faibles et ne concernent que 3 % des femmes et 4 % des hommes.

Tableau 6.1 État matrimonial actuel										
Répartition (en %) des femmes et des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDSM-IV Mali 2006										
Groupe d'âges	État matrimonial							Total	Pourcentage d'enquêtés actuellement en union	Effectif
	Célibataire	Marié	Vivant ensemble	Divorcé	Séparé	Veuf	ND			
FEMMES										
15-19	47,4	36,4	14,0	0,3	1,7	0,2	0,0	100,0	50,4	3 104
20-24	7,0	80,6	9,1	0,9	1,8	0,6	0,0	100,0	89,7	2 678
25-29	1,9	92,4	3,1	0,6	1,4	0,6	0,0	100,0	95,5	2 625
30-34	0,6	94,8	1,2	2,1	0,3	1,0	0,0	100,0	95,9	1 971
35-39	0,3	96,4	0,8	0,5	0,4	1,6	0,0	100,0	97,2	1 688
40-44	0,1	95,0	0,4	0,7	0,4	3,3	0,0	100,0	95,4	1 354
45-49	0,1	91,0	0,6	1,0	0,3	7,0	0,0	100,0	91,7	1 163
Ensemble	11,8	79,2	5,6	0,8	1,1	1,5	0,0	100,0	84,8	14 583
HOMMES										
15-19	89,3	0,1	8,4	0,0	2,1	0,1	0,0	100,0	8,5	876
20-24	58,5	13,0	19,0	0,3	9,1	0,0	0,0	100,0	32,0	633
25-29	22,8	58,6	10,5	0,6	6,3	0,9	0,2	100,0	69,1	476
30-34	7,1	86,5	3,4	0,7	2,2	0,2	0,0	100,0	89,8	497
35-39	1,8	95,0	1,0	0,6	1,1	0,5	0,0	100,0	95,9	452
40-44	1,3	95,8	1,5	0,3	1,1	0,0	0,0	100,0	97,3	390
45-49	0,4	95,8	1,4	0,9	0,0	1,5	0,0	100,0	97,3	380
50-59	0,2	99,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	100,0	99,6	503
Ensemble	31,2	58,5	6,6	0,4	3,0	0,4	0,0	100,0	65,0	4 207

On constate également que la proportion de femmes célibataires diminue rapidement avec l'âge, passant de 47 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans à 7 % pour les 20-24 ans et à seulement 2 % pour leurs aînées de 5 ans, âgées de 25-29 ans (graphique 6.1). Chez les hommes, la proportion de célibataires passe de 89 % à 15-19 ans à 23 % parmi ceux de 25-29 ans et à 2 % parmi ceux de 35-39 ans. Le célibat définitif ne concerne que 0,1 % des femmes de 45-49 ans et 0,2 % des hommes de 50-59 ans. Inversement, les proportions de femmes et d'hommes en union augmentent avec l'âge. Pour les femmes, elle passe de 50 % à 15-19 ans, à 96 % à 25-29 ans pour atteindre son maximum à 35-39 ans (97 %). Chez les hommes, cette proportion varie de 9 % à 15-19 ans à presque 100 % à 50-59 ans.

Entre 2001 et 2006, on ne constate pas de changement important dans la structure de l'état matrimonial. La proportion de femmes célibataires au Mali, est passée de 14 % à 12 %, ce qui semble se traduire par une légère augmentation de la proportion des femmes en union de 83 % en 2001 à 85 % en 2006. L'état matrimonial étant l'un des déterminants de la fécondité, cette augmentation de la proportion des femmes en union, même légère, ne devrait pas contribuer à faire baisser le niveau de la fécondité.

Graphique 6.1 Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge



6.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint a une ou plusieurs autres épouses. Le tableau 6.2 présente la répartition des femmes et des hommes selon le nombre de co-épouses et d'épouses ainsi que selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Au Mali, en dépit de la prédominance des unions monogames (39 %), les unions polygames sont très répandues. Elles concernent 40 % des femmes en union. Parmi les femmes en union polygame, 7 % ont deux co-épouses ou plus. La proportion de femmes qui vivent en régime polygame augmente avec l'âge passant de 20 % à 15-19 ans, à 28 % à 20-24 ans et à 54 % à 40-44 ans. À 45-49 ans, pratiquement plus de la moitié des femmes en union (55 %) vivent en union polygame.

Tableau 6.2 Nombre de co-épouses et d'épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par nombre de co-épouses et répartition (en %) des hommes actuellement en union par nombre d'épouses selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

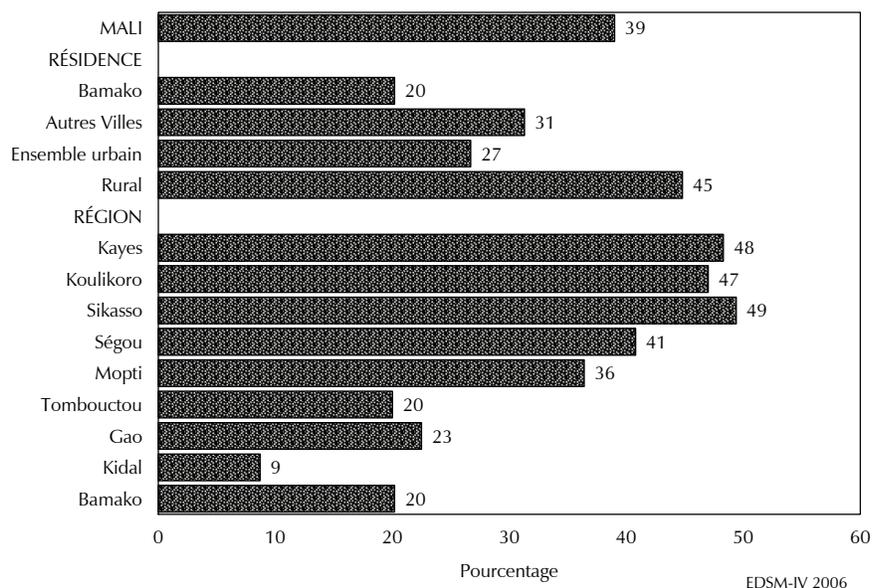
Caractéristique	Femmes					Hommes				
	0	1	2+	ND	Total	Effectif	1	2+	Total	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	76,7	17,9	2,1	3,2	100,0	1 566	78,1	21,9	100,0	75
20-24	70,9	24,7	2,8	1,5	100,0	2 402	90,6	9,4	100,0	203
25-29	63,9	31,2	4,3	0,7	100,0	2 507	88,1	11,9	100,0	329
30-34	55,0	38,1	6,4	0,5	100,0	1 891	80,0	20,0	100,0	446
35-39	47,1	42,0	10,4	0,5	100,0	1 642	70,1	29,9	100,0	433
40-44	45,2	42,7	11,7	0,4	100,0	1 293	70,5	29,5	100,0	380
45-49	44,3	40,5	14,8	0,4	100,0	1 066	58,7	41,3	100,0	370
50-59	na	na	na	na	na	na	59,2	40,8	100,0	501
Milieu de résidence										
Bamako	75,9	16,8	3,4	4,0	100,0	1 564	85,0	15,0	100,0	331
Autres Villes	67,2	26,3	5,0	1,4	100,0	2 239	72,5	27,5	100,0	439
Ensemble urbain	70,8	22,4	4,3	2,5	100,0	3 803	77,9	22,1	100,0	770
Rural	54,7	37,3	7,5	0,4	100,0	8 563	73,5	26,5	100,0	1 465
Région										
Kayes	51,5	37,1	11,2	0,2	100,0	1 752	76,3	23,7	100,0	252
Koulikoro	52,6	39,0	8,0	0,4	100,0	2 007	70,9	29,1	100,0	351
Sikasso	50,3	40,8	8,6	0,4	100,0	2 152	73,9	26,1	100,0	406
Ségou	58,3	35,8	5,0	0,9	100,0	2 036	73,0	27,0	100,0	386
Mopti	63,0	32,1	4,3	0,6	100,0	1 708	65,1	34,9	100,0	313
Tombouctou	78,4	17,7	2,3	1,6	100,0	584	86,6	13,4	100,0	104
Gao	74,8	17,9	4,6	2,7	100,0	520	84,1	15,9	100,0	83
Kidal	91,3	6,8	1,9	0,0	100,0	42	100,0	0,0	100,0	10
Bamako	75,9	16,8	3,4	4,0	100,0	1 564	85,0	15,0	100,0	331
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	57,2	35,2	7,0	0,6	100,0	10 156	73,3	26,7	100,0	1 471
Primaire	68,0	25,7	4,6	1,8	100,0	1 278	75,7	24,3	100,0	421
Secondaire ou plus	75,0	15,1	4,2	5,7	100,0	931	81,9	18,1	100,0	343
Quintiles du bien-être économique										
Le plus pauvre	53,4	38,8	7,3	0,5	100,0	2 351	74,3	25,7	100,0	418
Second	54,5	39,1	6,2	0,2	100,0	2 482	71,7	28,3	100,0	401
Moyen	58,7	32,7	8,0	0,6	100,0	2 468	77,4	22,6	100,0	386
Quatrième	58,7	33,8	6,6	0,9	100,0	2 464	67,5	32,5	100,0	493
Le plus riche	71,9	20,2	4,8	3,0	100,0	2 600	83,3	16,7	100,0	538
Ensemble	59,7	32,7	6,5	1,1	100,0	12 365	72,1	27,9	100,0	2 736

na = Non applicable

La pratique de la polygamie est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (45 % contre 27 %). Les résultats selon les régions montrent que c'est à Sikasso (49 %), Kayes (48 %), Koulikoro (47 %) et Ségou (41 %) que la proportion de femmes polygames est la plus élevée. En revanche, c'est dans les régions de Kidal (9 %), Tombouctou (20 %), Gao (23 %) et la capitale Bamako (20 %) que la proportion de femmes en union polygame est la plus faible (graphique 6.2).

La pratique de la polygamie touche, de manière inégale, les femmes, en fonction de leur niveau d'instruction, la proportion de femmes qui vivent en union polygame passant de 42 % chez les femmes sans instruction à 30 % chez celles ayant le niveau primaire et à 19 % chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus. En outre, en fonction du niveau socio-économique du ménage, on constate que la proportion de femmes polygames diminue au fur et à mesure que le niveau de bien-être s'améliore pour atteindre un minimum de 25 % dans le quintile le plus riche contre un maximum de 46 % dans le plus pauvre.

Graphique 6.2 Proportions de femmes en union polygames



Le tableau 6.2 présente également les indicateurs de la polygamie chez les hommes. Au niveau national, le taux de polygamie¹ est de 28 %. Ce taux qui est très faible à 20-24 ans (9 %) augmente avec l'âge, pour atteindre son maximum à partir de 45 ans (41 %).

En milieu urbain, le taux de polygamie est un peu plus faible qu'en milieu rural (22 % contre 27 %). C'est dans les régions de Mopti (35 %) et Koulikoro (29 %) qu'il est le plus élevé et c'est dans les régions comme Tombouctou (13 %), Gao (16 %) et dans la capitale Bamako (15 %), qu'il est le plus faible. Ce taux diminue lorsque le niveau d'instruction augmente : de 27 % parmi les hommes qui n'ont aucune instruction, il passe à 24 % parmi ceux qui ont le niveau primaire et à 18 % chez ceux qui ont le niveau secondaire ou plus. Selon le niveau de vie du ménage, on note que la proportion de polygames ne varie pas sensiblement. Cependant, elle est beaucoup plus élevée dans le quatrième quintile (33 %) que dans tous les autres et avec un minimum de 17 %, c'est dans le plus riche qu'elle est la plus faible. Dans le quintile le plus pauvre, un peu plus d'un quart des hommes sont polygames (26 %). Il semble donc que la polygamie reste une pratique plus répandue dans les classes moyennes.

6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

L'étude de la primo nuptialité (mariage des célibataires) est importante à cause de la relation étroite existant entre l'âge d'entrée en première union² et le début d'exposition à la vie féconde. Le tableau 6.3 présente les proportions de femmes et d'hommes non célibataires déjà en union à différents âges exacts, ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel.

¹ Le taux de polygamie est le rapport des hommes en union polygame sur l'ensemble des hommes mariés.

² Il convient de préciser que certaines femmes, en particulier celles qui sont entrées en union très jeunes, ont déclaré s'être mariées à un âge antérieur à leurs premiers rapports sexuels : en fait, dans le cas de mariages très précoces (très fréquents au Mali), il peut s'écouler un certain temps entre le mariage et sa consommation. Étant donné qu'ici le mariage est considéré comme le début de l'exposition au risque de grossesse, dans le cas où les rapports sexuels étaient postérieurs au mariage, on a considéré comme âge au mariage, l'âge aux premiers rapports sexuels c'est-à-dire l'âge à la consommation du mariage.

Les femmes maliennes entrent en union à un âge très précoce : parmi les femmes âgées de 25-49 ans à l'enquête, près du quart (23 %) étaient déjà en union en atteignant l'âge de 15 ans. En outre, deux tiers de ces femmes (66 %) étaient en union en atteignant 18 ans et la quasi-totalité (95 %) l'était en atteignant 25 ans. L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 16,6 ans. Cet âge médian n'a pratiquement pas changé d'une génération à l'autre, oscillant entre 16,5 ans et 16,7 ans. On ne note pas non plus dans les générations une diminution des unions précoces (19 % parmi celles de 45-49 ans contre 25 % parmi celles de 20-24 ans).

Les hommes entrent en union à un âge beaucoup plus tardif que les femmes : à 22 ans, alors que la quasi-totalité des femmes sont déjà entrées en union (90 %), cette proportion n'est que de 23 % chez les hommes de 30-59 ans. L'âge médian à la première union des hommes est estimé à 25,8 ans. On constate un léger rajeunissement de cet âge médian à la première union des générations anciennes aux plus récentes (27,9 ans parmi ceux de 45-49 ans à 24,1 ans parmi ceux de 25-29 ans).

Âge actuel	Pourcentage selon l'âge exact à la première union					Pourcentage de célibataires	Effectif	âge médian à la 1 ^{ère} union
	15	18	20	22	25			
FEMMES								
15-19	22,8	na	na	na	na	47,4	3 104	a
20-24	24,6	70,6	85,5	na	na	7,0	2 678	16,5
25-29	23,7	66,1	82,3	91,3	96,9	1,9	2 625	16,7
30-34	26,1	65,3	81,6	89,3	95,3	0,6	1 971	16,5
35-39	23,2	66,5	80,0	88,3	94,9	0,3	1 688	16,6
40-44	21,8	62,9	77,0	88,4	94,6	0,1	1 354	16,7
45-49	19,1	66,0	78,5	88,6	93,5	0,1	1 163	16,6
20-49	23,6	66,7	81,6	na	na	2,2	11 479	16,6
25-49	23,3	65,5	80,4	89,5	95,3	0,8	8 802	16,6
HOMMES								
15-19	0,0	na	na	na	na	89,3	876	a
20-24	0,0	9,6	24,4	na	na	58,5	633	a
25-29	0,0	6,2	12,9	28,7	60,8	22,8	476	24,1
30-34	0,0	7,0	12,5	24,2	52,1	7,1	497	24,8
35-39	0,0	5,9	13,8	24,8	43,7	1,8	452	25,9
40-44	0,0	5,4	12,1	23,4	50,3	1,3	390	25,0
45-49	0,0	4,0	10,6	19,3	32,8	0,4	380	27,9
25-59	0,0	5,8	12,4	23,7	46,9	5,9	2 698	a
30-59	0,0	5,7	12,4	22,7	43,9	2,3	2 222	25,8

na = Non applicable
a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes ou 50 % des hommes du groupe d'âges x, x+4 ne sont pas encore en union à l'âge x.

Le tableau 6.4 et le graphique 6.3 présentent les âges médians à la première union des femmes de 25-49 ans et des hommes de 30-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. L'âge à la première union diffère d'un milieu de résidence à l'autre. C'est en milieu rural qu'il est le plus précoce (16,3 contre 17,3 ans en urbain). Les femmes de Bamako se marient beaucoup plus tard que celles des Autres Villes (18,1 ans contre 16,8 ans). Les résultats selon les régions font aussi apparaître des écarts, l'âge médian variant d'un minimum de 15,7 ans à Kayes à un maximum de 18,1 ans à Kidal et dans la capitale Bamako. C'est en fonction du niveau d'instruction que l'on constate les écarts les plus

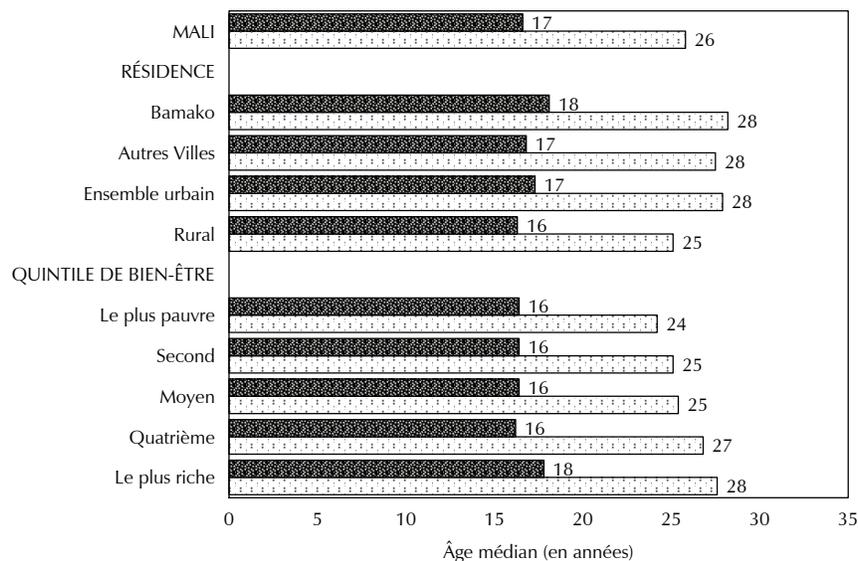
importants. En effet, l'augmentation du niveau d'instruction contribue à retarder l'âge des femmes à la première union : de 16,4 ans quand elles n'ont pas d'instruction, il passe à 17,1 ans quand elles ont un niveau primaire et à 20,3 ans quand elles ont un niveau secondaire ou plus. Par contre, le niveau de bien-être économique du ménage influe moins sur l'âge d'entrée en union des femmes : seules les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche (17,8 ans) contractent leur première union un peu plus tardivement que celles des autres quintiles, où l'âge médian oscille entre 16,2 ans et 16,4 ans.

En ce qui concerne les hommes, on note aussi des variations selon les caractéristiques sociodémographiques (tableau 6.4). Comme chez les femmes, ce sont ceux du milieu rural qui entrent en union le plus tôt : 25,1 ans contre 27,9 ans pour le milieu urbain. Des écarts importants sont constatés entre les régions : c'est à Tombouctou (28,2 ans), Kayes (27,3 ans) et Gao (27,2 ans) que les hommes se marient le plus tard et, c'est à Sikasso (24,1 ans) que l'âge d'entrée en première union est le plus précoce. De même, l'âge d'entrée en première union augmente avec le niveau d'instruction : de 25,4 ans parmi les hommes qui n'ont aucune instruction, il passe à 26,0 ans parmi ceux qui ont le niveau primaire et à 28,3 ans parmi ceux qui ont le niveau secondaire ou plus. Les résultats selon le bien-être économique du ménage font apparaître un écart entre les trois premiers quintiles et les deux autres : Les hommes des deux quintiles les plus riches ont tendance à entrer en première union plus tardivement que les autres.

Caractéristique	Âge actuel						Femme 25-49 ans	Homme 30-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Milieu de résidence								
Bamako	17,7	18,1	19,0	17,8	18,8	17,2	18,1	28,2
Autres Villes	16,6	17,1	16,5	16,8	17,4	15,9	16,8	27,5
Ensemble urbain	17,0	17,5	17,3	17,2	17,7	16,4	17,3	27,9
Rural	16,1	16,3	16,2	16,4	16,3	16,7	16,3	25,1
Région								
Kayes	15,3	15,6	15,5	16,0	15,8	15,8	15,7	27,3
Koulikoro	16,0	16,0	15,7	16,3	15,7	17,0	15,9	24,7
Sikasso	16,5	16,3	16,3	16,5	16,3	16,4	16,4	24,1
Ségou	16,9	17,4	17,2	17,0	17,2	16,9	17,1	24,4
Mopti	16,4	17,1	17,1	16,4	18,0	16,4	17,1	26,6
Tombouctou	16,6	17,5	17,8	17,2	18,4	17,7	17,7	28,2
Gao	16,3	16,2	15,7	15,8	15,7	15,6	15,8	27,2
Kidal	15,5	17,2	17,7	21,6	19,0	19,6	18,1	25,9
Bamako	17,7	18,1	19,0	17,8	18,8	17,2	18,1	28,2
Niveau d'instruction								
Aucun	16,2	16,5	16,2	16,5	16,4	16,4	16,4	25,4
Primaire	16,7	17,2	17,6	16,8	17,3	16,8	17,1	26,0
Secondaire ou plus	19,0	19,9	21,5	19,0	20,4	20,1	20,3	28,3
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	16,5	16,1	16,2	16,8	16,4	16,6	16,4	24,2
Second	16,0	16,4	16,2	16,2	16,0	16,9	16,4	25,1
Moyen	16,0	16,3	16,3	16,5	16,6	16,7	16,4	25,4
Quatrième	16,2	16,5	16,0	16,1	16,2	15,9	16,2	26,8
Le plus riche	17,3	17,9	18,5	17,6	18,0	17,1	17,8	27,6
Ensemble	16,5	16,7	16,5	16,6	16,7	16,6	16,6	25,8

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

Graphique 6.3 Âge médian des femmes et des hommes à la première union



Note: Femmes de 20-49 ans et hommes de 30-59 ans.

EDSM-IV 2006

6.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

En tant que déterminant proche de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union, car les rapports sexuels n'ont pas lieu exclusivement dans le cadre de l'union. C'est pour cette raison qu'on a demandé aux personnes enquêtées, l'âge auquel elles ont eu pour la première fois des rapports sexuels. Le tableau 6.5 présente les proportions de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels en atteignant certains âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'âge actuel.

Les femmes maliennes commencent très tôt leur vie sexuelle. En effet, parmi celles de 20-49 ans, près du quart (24 %) avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans et plus de huit sur dix (83 %) en atteignant 20 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes âgées de 25 à 49 ans est estimé à 16,1 ans. Cet âge est légèrement inférieur à l'âge médian à la première union (16,6 ans). Autrement dit, les femmes ont leurs premiers rapports sexuels à un âge légèrement plus précoce que celui de leur entrée en union. Par ailleurs, des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels n'a pratiquement pas changé. Il oscille entre 16,1 ans parmi celle de 45-49 ans à 16,2 ans parmi celles de 20-24 ans. D'autre part, une proportion très faible de femmes de 20-49 ans a déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels (1 %). Notons enfin qu'entre l'EDSM-III (2001) et l'EDSM-IV (2006), l'âge médian aux premiers rapports sexuels a légèrement varié, passant de 15,9 ans à 16,1 ans chez les femmes âgées de 20 à 49 ans et, de 15,8 ans à 16,1 ans chez celles âgées de 25 à 49 ans.

Les hommes maliens ont leurs premiers rapports sexuels beaucoup plus tard que les femmes (21,5 ans pour les 25-59 ans contre 16,1 ans). Par ailleurs, on constate des générations les plus anciennes aux plus récentes que cet âge médian s'est légèrement modifié dans le sens d'un rajeunissement (de 22,1 ans parmi ceux de 45-49 ans à 20,6 ans parmi ceux de 25-29 ans). Cet âge médian aux premiers rapports sexuels est inférieur de 4,3 ans à celui de l'âge d'entrée en première union (21,5 ans contre 25,8 ans).

Tableau 6.5 Âge aux premiers rapports sexuels								
Pourcentage de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels par âge exact et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDSM-IV Mali 2006								
Âge actuel	Pourcentage ayant eu les premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
FEMMES								
15-19	23,5	na	na	na	na	44,6	3 104	a
20-24	26,1	73,0	85,1	na	na	5,1	2 678	16,1
25-29	25,4	70,7	83,3	88,4	91,2	0,8	2 625	16,2
30-34	25,7	70,7	82,9	87,9	90,6	0,2	1 971	15,9
35-39	24,4	70,4	81,3	87,2	91,1	0,1	1 688	16,1
40-44	20,2	67,8	80,8	86,8	89,6	0,0	1 354	16,4
45-49	20,1	71,4	81,6	88,5	90,4	0,1	1 163	16,1
20-49	24,3	70,9	82,9	88,0	90,4	1,4	11 479	16,1
25-49	23,8	70,3	82,2	na	na	0,3	8 802	16,1
HOMMES								
15-19	6,3	na	na	na	na	75,5	876	a
20-24	4,2	27,4	47,7	na	na	37,0	633	a
25-29	1,9	22,9	40,5	59,9	81,6	9,3	476	20,6
30-34	2,4	26,2	41,7	56,4	73,6	1,9	497	20,7
35-39	0,3	15,5	31,0	53,5	66,9	0,5	452	21,3
40-44	0,6	14,5	34,0	55,6	72,3	0,5	390	21,1
45-49	5,0	19,0	33,7	49,3	61,3	0,1	380	22,1
20-59	2,2	20,2	36,5	na	na	8,8	3 331	a
25-59	1,7	18,5	33,8	52,1	68,1	2,1	2 698	21,5

na = Non applicable
a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes, ou 50 % des hommes du groupe d'âges x, x+4 n'ont pas encore eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge x.

Le tableau 6.6 présente les variations de l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes âgées de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

En ce qui concerne les femmes, on constate tout d'abord des écarts entre les milieux de résidence. En effet, en milieu rural, cet âge médian est estimé à 16,0 ans contre 16,7 en milieu urbain. En milieu urbain, on note également un écart entre les Autres Villes où la moitié des femmes ont leurs premiers rapports sexuels à 16,3 ans et Bamako où cet âge médian est de 17,3 ans, soit un an plus tard. Au niveau des autres régions du pays, on note que c'est à Kidal (15,2 ans), Kayes (15,4 ans) et Koulikoro (15,8 ans) que les femmes commencent le plus tôt leur vie sexuelle, et à l'opposé, c'est dans celles de Tombouctou (17,3 ans) et de Ségou (16,7 ans) ainsi qu'à Bamako (17,3 ans) qu'elles commencent le plus tardivement. L'âge médian aux premiers rapports sexuels augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, de 16,0 ans chez celles sans instruction, il passe à 16,4 ans chez celles qui ont le niveau primaire et à 18,4 ans pour celles ayant un niveau secondaire ou plus (graphique 6.4). Les variations de l'âge médian aux premiers rapports sexuels selon l'indicateur du bien-être économique sont peu importantes ; cependant, c'est parmi les femmes du quintile le plus riche que l'âge médian aux premiers rapports sexuels est le plus tardif (17,0 ans).

Tableau 6.6 Âge médian aux premiers rapports sexuels

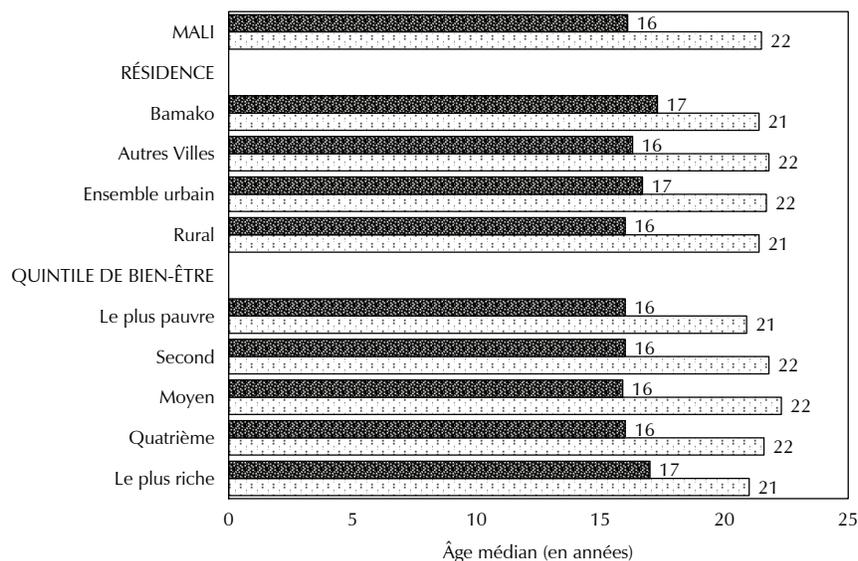
Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Âge actuel						Femme	Homme
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49 ans	25-59 ans
Milieu de résidence								
Bamako	17,2	17,4	17,6	16,9	17,2	17,0	17,3	21,4
Autres Villes	16,2	16,5	15,8	16,2	17,0	15,8	16,3	21,8
Ensemble urbain	16,7	16,8	16,4	16,5	17,0	16,1	16,7	21,7
Rural	15,9	15,9	15,9	16,0	16,1	16,1	16,0	21,4
Région								
Kayes	15,2	15,3	15,3	15,5	15,5	15,2	15,4	22,4
Koulikoro	15,7	15,7	15,6	15,8	15,7	16,2	15,8	20,6
Sikasso	16,0	15,9	15,9	16,0	16,2	16,0	16,0	20,9
Ségou	16,6	16,5	16,7	16,7	17,3	16,6	16,7	20,9
Mopti	16,2	16,7	16,3	16,5	17,2	16,0	16,6	23,9
Tombouctou	16,5	17,5	16,9	17,5	18,1	16,9	17,3	23,4
Gao	16,6	16,5	15,9	16,0	15,9	15,7	16,0	a
Kidal	14,8	15,1	14,9	16,0	14,9	19,4	15,2	a
Bamako	17,2	17,4	17,6	16,9	17,2	17,0	17,3	21,4
Niveau d'instruction								
Aucun	15,8	16,0	15,8	16,0	16,2	16,0	16,0	22,0
Primaire	16,4	16,4	16,5	16,3	16,6	16,0	16,4	21,2
Secondaire ou plus	18,4	18,6	18,6	18,3	18,3	18,1	18,4	20,3
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	16,0	15,8	15,8	16,0	16,5	16,2	16,0	20,9
Second	15,9	16,1	15,9	15,9	15,9	16,5	16,0	21,8
Moyen	15,8	15,8	15,8	16,0	16,0	16,0	15,9	22,3
Quatrième	15,8	16,2	15,9	15,9	16,4	15,7	16,0	21,6
Le plus riche	16,9	17,0	17,0	16,8	17,3	16,5	17,0	21,0
Ensemble	16,1	16,2	15,9	16,1	16,4	16,1	16,1	21,5

a = Non calculés parce que plus de 50 % des femmes, ou 50 % des hommes du groupe d'âges x, x+4 n'ont pas encore eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge x.

Chez les hommes, on constate, à la différence des femmes, que les hommes du milieu rural débutent leur vie sexuelle plus tôt que ceux du milieu urbain (21,4 ans contre 21,7 ans). À la différence des femmes vivant en milieu urbain, il n'existe pas un écart important entre l'âge d'entrée dans la vie sexuelle des hommes de Bamako (21,4 ans) et ceux des Autres Villes (21,8 ans) (graphique 6.4). L'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes varient sensiblement selon les régions : c'est dans la région de Koulikoro (20,6 ans) qu'il est le plus précoce et, dans celle de Mopti (23,9 ans) qu'il est le plus tardif. Contrairement à ce qui a été observé chez les femmes, plus les hommes sont instruits, plus l'âge aux premiers rapports sexuels est précoce : 22,0 ans pour ceux sans aucune instruction, 21,2 ans pour le niveau primaire et 20,3 ans pour le niveau secondaire ou plus. Les résultats selon le bien-être économique du ménage ne mettent pas en évidence de tendance régulière ; on note cependant que ce sont les hommes qui vivent dans les ménages les plus riches (21,0 ans) et ceux des ménages les plus pauvres (20,9 ans) qui commencent le plus tôt leur vie sexuelle.

Graphique 6.4 Âge médian des femmes et des hommes aux premiers rapports sexuels



EDSM-IV 2006

6.5 ACTIVITE SEXUELLE RECENTE

La fréquence des rapports sexuels est également un facteur important de l'exposition au risque de grossesse, en particulier dans un pays comme le Mali où la fécondité est quasiment naturelle du fait de la faiblesse de la prévalence contraceptive moderne (7 % parmi les femmes en union). Le tableau 6.7.1 présente les résultats sur l'activité sexuelle récente des femmes âgées de 15 à 49 ans.

Dans l'ensemble, on constate que 11 % des femmes n'avaient jamais eu de rapports sexuels. Dans 64 % des cas, les femmes avaient eu leurs derniers rapports sexuels au cours des 4 semaines ayant précédé l'enquête et, dans 18 % des cas, ces derniers rapports sexuels avaient eu lieu dans la dernière année. On constate que la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels diminue rapidement avec l'âge. À l'opposé, celle des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans, passant de 35 % à 15-19 ans à 67 % à 20-24 ans et à un maximum de 75 % à 35-39 ans et 40-44 ans.

L'activité sexuelle varie selon l'état matrimonial des femmes. Une très faible proportion de femmes célibataires (4 %) avait été sexuellement active au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête. Cette proportion est plus élevée parmi les femmes en union (75 %). En outre, on note que l'activité sexuelle varie en fonction de la durée de l'union, la proportion de femmes sexuellement actives au cours de la dernière année passant de 25 % chez celles dont la durée de l'union est de 0-4 ans à 18 % chez celles en union depuis plus de 25 ans.

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de femmes sexuellement actives est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (67 % contre 59 %). Ce résultat s'explique par la proportion de femmes célibataires plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain : en effet, on a vu précédemment que l'âge d'entrée en première union est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain (16,3 ans contre 17,3 ans) et que l'âge aux premiers rapports sexuels est très proche de celui d'entrée en première union. Pour les mêmes raisons, la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (15 % contre 9 %).

Tableau 6.7.1 Activité sexuelle récente des femmes

Répartition (en %) des femmes en fonction du moment où ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Derniers rapports sexuels				N'ont jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année ¹	Il y a une ou plusieurs années	NSP/ND			
Groupe d'âges							
15-19	34,8	15,7	4,4	0,4	44,6	100,0	3 104
20-24	67,4	21,4	5,9	0,2	5,1	100,0	2 678
25-29	74,5	18,2	5,5	1,0	0,8	100,0	2 625
30-34	73,8	20,2	5,4	0,3	0,2	100,0	1 971
35-39	75,3	18,0	6,5	0,2	0,1	100,0	1 688
40-44	75,2	17,0	7,7	0,1	0,0	100,0	1 354
45-49	67,2	18,9	13,2	0,6	0,1	100,0	1 163
État matrimonial							
Célibataire	4,1	4,8	2,3	1,4	87,4	100,0	1 726
En union	74,8	19,8	4,7	0,3	0,3	100,0	12 365
Divorcée, séparée, veuve	8,4	30,8	60,4	0,5	0,0	100,0	491
Durée du mariage des femmes (mariées une seule fois)²							
0-4 ans	67,4	25,3	5,3	0,4	1,6	100,0	2 270
5-9 ans	77,0	18,3	4,4	0,3	0,1	100,0	2 328
10-14 ans	76,9	18,6	4,2	0,3	0,0	100,0	1 872
15-19 ans	76,7	18,2	4,9	0,1	0,0	100,0	1 424
20-24 ans	77,9	17,1	4,7	0,2	0,0	100,0	1 146
25 ans et +	75,7	17,9	5,9	0,5	0,0	100,0	1 307
Mariées plus d'une fois	75,2	20,6	3,9	0,2	0,1	100,0	2 020
Milieu de résidence							
Bamako	52,5	20,5	9,3	0,5	17,2	100,0	2 104
Autres Villes	63,0	18,2	5,3	0,7	12,9	100,0	2 814
Ensemble urbain	58,5	19,2	7,0	0,6	14,7	100,0	4 918
Rural	67,2	18,1	5,9	0,3	8,5	100,0	9 665
Région							
Kayes	66,3	19,3	8,9	0,4	5,1	100,0	1 886
Koulikoro	66,7	18,4	4,4	0,2	10,3	100,0	2 352
Sikasso	67,9	19,1	5,2	0,1	7,7	100,0	2 392
Ségou	65,7	19,1	5,2	0,2	9,8	100,0	2 388
Mopti	68,0	13,3	4,7	1,2	12,8	100,0	2 036
Tombouctou	60,3	20,0	7,7	1,1	10,9	100,0	720
Gao	60,3	19,6	7,1	0,0	13,0	100,0	655
Kidal	76,6	8,3	6,7	0,0	8,3	100,0	50
Bamako	52,5	20,5	9,3	0,5	17,2	100,0	2 104
Niveau d'instruction							
Aucun	67,9	18,3	6,4	0,4	7,0	100,0	11 410
Primaire	56,8	19,5	4,8	0,5	18,5	100,0	1 668
Secondaire ou plus	44,8	18,6	6,7	0,4	29,5	100,0	1 505
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	67,7	17,8	4,6	0,3	9,7	100,0	2 675
Second	67,8	18,1	5,3	0,2	8,5	100,0	2 803
Moyen	66,3	18,9	6,2	0,3	8,2	100,0	2 774
Quatrième	66,7	17,7	7,2	0,3	8,0	100,0	2 864
Le plus riche	55,0	19,4	7,7	0,9	17,1	100,0	3 467
Ensemble	64,2	18,4	6,3	0,4	10,6	100,0	14 583

¹ Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.² Non compris les femmes qui ne sont pas actuellement en union.

D'autre part, on note que les proportions de femmes sexuellement actives diminuent avec le niveau d'instruction (de 68 % sans niveau d'instruction à 45 % pour le niveau secondaire au cours des quatre dernières semaines). Ce n'est pas le niveau d'instruction qui affecte l'activité sexuelle des femmes mais plutôt l'influence du niveau d'instruction sur l'âge d'entrée en première union : en effet, les femmes instruites tendent à contracter une première union plus tard que celles sans instruction. Il y a donc plus de célibataires parmi les femmes instruites que parmi les autres. On constate d'ailleurs que parmi les femmes de niveau secondaire, 30 % n'avaient jamais eu de rapports sexuels contre 7 % parmi celles sans instruction. Les résultats selon les régions montrent que c'est dans les régions de Kayes, de Sikasso et de Kidal que les proportions de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels sont les plus faibles (respectivement, 5 %, 8 % et 8 %) ; à l'opposé, dans les régions de Gao, Mopti, Tombouctou, que la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels est la plus élevée (respectivement, 13 %, 13 % et 11 %), et la capitale Bamako (17 %).

Le tableau 6.7.2 présente les résultats sur l'activité sexuelle récente des hommes âgés de 15 à 59 ans. Dans l'ensemble, environ plus d'un homme sur deux (56 %) avaient été sexuellement actif au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête. Un peu plus d'un homme sur dix (16 %) avait été sexuellement actif au cours de l'année ayant précédé l'enquête et pour 5 % des hommes, les rapports sexuels avaient eu lieu il y a une année ou plus. En outre, on note que 23 % des hommes n'avaient jamais eu de rapports sexuels. La proportion d'hommes sexuellement actifs augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. Elle passe de 8 % dans le groupe d'âges 15-19 ans à 83 % à 45-49 ans. On constate que c'est parmi les hommes en rupture d'union que la proportion de ceux qui ont été sexuellement actifs au cours de la dernière année est la plus élevée (44 % contre 16 % parmi ceux en union et 12 % parmi les célibataires). On constate que pour les mêmes raisons précédemment avancées pour les femmes, la proportion d'hommes sexuellement actifs est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (55 % contre 48 %). Il en est de même en fonction du niveau d'instruction, la proportion de ceux n'ayant jamais eu de rapports sexuels passant de 21 % parmi ceux sans instruction à 33 % parmi ceux ayant un niveau secondaire ou plus. C'est dans les régions de Kidal et Tombouctou (respectivement, 17 % et 19 %) que l'on constate les proportions les plus faibles d'hommes qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels. Par contre, c'est Mopti (33 %) et Kayes (31 %) qui se caractérisent par les plus élevées. À Bamako, un homme sur quatre (25 %) n'avait jamais eu de rapports sexuels au moment de l'enquête. Les variations en fonction du bien-être économique des ménages sont irrégulières.

Tableau 6.7.2 Activité sexuelle récente des hommes

Répartition (en %) des hommes en fonction du moment où ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Derniers rapports sexuels				N'ont jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif
	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année ¹	Il y a une ou plusieurs années	NSP/ND			
Groupe d'âges							
15-19	8,4	12,2	3,5	0,3	75,5	100,0	876
20-24	28,2	21,1	13,5	0,2	37,0	100,0	633
25-29	57,8	25,9	6,4	0,6	9,3	100,0	476
30-34	79,5	14,7	2,9	1,0	1,9	100,0	497
35-39	85,8	11,0	2,5	0,2	0,5	100,0	452
40-44	81,7	13,3	2,8	1,7	0,5	100,0	390
45-49	82,6	13,6	2,7	0,9	0,1	100,0	380
50-59	82,4	14,8	2,2	0,5	0,0	100,0	503
État matrimonial							
Célibataire	7,8	12,1	7,1	0,1	72,7	100,0	1 312
En union	81,0	16,3	1,8	0,9	0,0	100,0	2 236
Divorcé, séparé, veuf	18,6	43,7	37,7	0,0	0,0	100,0	156
Durée du mariage des hommes (mariés une seule fois)²							
0-4 ans	73,4	22,6	2,9	1,1	0,0	100,0	575
5-9 ans	83,7	14,1	1,4	0,8	0,0	100,0	471
10-14 ans	90,2	8,4	0,8	0,6	0,0	100,0	335
15-19 ans	85,8	10,8	2,5	1,0	0,0	100,0	295
20-24 ans	85,7	12,5	1,8	0,0	0,0	100,0	145
25 ans et +	88,5	11,5	0,0	0,0	0,0	100,0	74
Marié plus d'une fois	73,0	23,5	1,8	1,8	0,0	100,0	342
Milieu de résidence							
Bamako	41,0	26,1	7,8	0,2	24,9	100,0	667
Autres Villes	54,3	15,9	4,2	1,0	24,5	100,0	717
Ensemble urbain	47,9	20,8	6,0	0,6	24,7	100,0	1 384
Rural	55,2	13,0	4,8	0,6	26,4	100,0	2 321
Région							
Kayes	54,0	11,2	3,6	0,5	30,8	100,0	448
Koulikoro	50,0	16,2	7,2	0,9	25,7	100,0	610
Sikasso	54,3	16,7	6,6	0,4	22,0	100,0	593
Ségou	55,3	17,7	4,7	1,4	21,0	100,0	577
Mopti	59,8	5,1	1,6	0,5	33,0	100,0	513
Tombouctou	66,2	12,4	1,4	0,7	19,2	100,0	144
Gao	49,9	16,2	3,5	0,3	30,2	100,0	141
Kidal	79,7	1,7	1,8	0,0	16,8	100,0	12
Bamako	41,0	26,1	7,8	0,2	24,9	100,0	667
Niveau d'instruction							
Aucun	59,7	13,6	5,1	0,8	20,8	100,0	2 146
Primaire	48,5	14,4	4,3	0,3	32,5	100,0	759
Secondaire ou plus	36,7	23,7	6,6	0,5	32,6	100,0	799
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	54,1	14,7	2,5	0,7	28,0	100,0	663
Second	52,5	11,6	6,5	0,3	29,0	100,0	674
Moyen	58,4	13,3	4,8	0,7	22,8	100,0	584
Quatrième	55,8	11,3	4,7	0,8	27,5	100,0	785
Le plus riche	45,2	24,9	6,8	0,6	22,5	100,0	998
Ensemble ³	56,0	15,8	4,9	0,6	22,7	100,0	4 207

¹ Non compris les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.² Non compris les hommes qui ne sont pas actuellement en union.³ Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

6.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle ou de l'abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation qui constitue l'aménorrhée post-partum est estimé ici par la longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant et le retour des règles. La longueur de cet intervalle peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. L'examen de ces facteurs permet d'identifier les femmes non susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et ainsi d'évaluer la durée de la non susceptibilité. Une femme est considérée comme non susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance, ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend les rapports sexuels sans recourir à la contraception. La période de non susceptibilité se définit donc comme celle pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données du tableau 6.8 se rapportent aux naissances des trois dernières années pour lesquelles la mère est encore en aménorrhée ou en abstinence post-partum et donc non susceptible d'être exposée au risque de grossesse. La distribution de la proportion des naissances selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Le tableau présente également les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non susceptibilité.

Dans l'ensemble, plus d'un tiers des femmes (36 %) ayant accouché au cours des trois années ayant précédé l'enquête sont encore en aménorrhée post-partum. Plus de sept femmes sur dix (74 %) restent en aménorrhée jusqu'à 6-7 mois. Au-delà de 24 mois, la proportion de femmes dont le retour de l'ovulation ne s'est pas encore produit est inférieure à 6 %.

La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est estimée à 10,7 mois et sa valeur moyenne se situe à 12,6 mois.

L'abstinence post-partum est une pratique peu courante au Mali. Seulement près de deux femmes sur cinq (38 %) n'avaient pas encore repris les rapports sexuels 2 à 3 mois après la naissance de leur dernier enfant et 8-9 mois après la naissance, seulement 14 % des mères sont en abstinence post-partum. La durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 2,3 mois et sa valeur moyenne à 5,1 mois. À la dernière enquête (EDSM-III, 2001) ces valeurs étaient respectivement de 2,4 et 5,5 mois.

Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médiane et moyenne, EDSM-IV Mali 2006

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances pour lesquelles la mère est :			Effectif de naissances
	En aménorrhée	En abstinence	En insusceptibilité post-partum	
< 2	94,5	86,9	97,3	441
2-3	84,8	37,7	87,6	538
4-5	80,6	20,6	83,8	548
6-7	73,8	18,3	76,8	479
8-9	62,4	14,4	67,2	462
10-11	52,9	11,5	55,7	447
12-13	39,8	8,8	44,7	595
14-15	37,4	7,9	42,2	558
16-17	26,6	8,2	31,2	559
18-19	20,6	4,4	23,8	386
20-21	14,8	4,4	17,6	419
22-23	8,2	2,7	10,9	359
24-25	5,9	4,2	8,9	574
26-27	2,7	2,9	5,2	530
28-29	4,6	1,0	5,3	480
30-31	2,8	2,8	5,4	369
32-33	0,7	1,4	2,1	401
34-35	2,1	1,5	3,3	398
Ensemble	35,7	13,6	38,8	8 543
Médiane	10,7	2,3	11,7	na
Moyenne	12,6	5,1	13,6	na

Note: Les calculs sont basés sur le statut au moment de l'enquête.
na = Non applicable.

Pour 39 % des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, les mères sont en insusceptibilité post-partum. Cette période d'insusceptibilité dure, en moyenne, 13,6 mois et pour 50 % des naissances, les mères ne sont pas susceptibles de tomber enceintes pendant 11,7 mois.

Le tableau 6.9 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et d'insusceptibilité selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes. Ces différentes durées varient peu avec l'âge des mères. Selon le milieu de résidence, on constate que les durées d'aménorrhée et d'insusceptibilité post-partum sont moins longues en milieu urbain (8,3 mois et 9,2 mois) qu'en milieu rural (11,5 mois et 12,2 mois). Elles sont encore beaucoup moins longues à Bamako où elles s'établissent respectivement à 7,3 mois et 8,8 mois.

Tableau 6.9 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum par caractéristiques sociodémographiques				
Nombre médian de mois d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006				
Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Âge de la mère				
15-29	10,0	2,3	11,2	5 331
30-49	12,0	2,3	12,3	3 211
Milieu de résidence				
Bamako	7,3	2,8	8,8	920
Autres Villes	8,9	2,2	9,6	1 433
Ensemble urbain	8,3	2,3	9,2	2 353
Rural	11,5	2,3	12,2	6 190
Région				
Kayes	11,1	2,5	11,8	1 192
Koulikoro	11,5	2,3	11,8	1 525
Sikasso	11,4	2,9	12,6	1 622
Ségou	11,9	2,1	12,4	1 463
Mopti	9,6	1,9	10,2	1 072
Tombouctou	11,4	2,0	12,3	369
Gao	8,8	2,2	9,5	352
Kidal	8,5	2,1	8,5	28
Bamako	7,3	2,8	8,8	920
Niveau d'instruction				
Aucun	11,1	2,3	12,0	7 247
Primaire	9,5	2,7	9,8	882
Secondaire ou plus	6,8	1,8	9,3	414
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	12,1	2,3	12,6	1 746
Second	11,6	2,3	12,2	1 728
Moyen	12,1	2,6	13,7	1 791
Quatrième	9,9	2,2	10,3	1 767
Le plus riche	7,7	2,4	8,7	1 511
Ensemble	10,7	2,3	11,7	8 543

Note: Les médianes sont basées sur le statut actuel.

Au niveau régional, en dehors de Bamako, la durée médiane de l'aménorrhée post-partum varie d'un minimum de 8,5 mois à Kidal à un maximum de 11,9 mois à Ségou. La durée médiane de l'aménorrhée diminue avec le niveau d'instruction de la femme : de 11,1 mois chez les femmes qui n'ont aucune instruction, cette durée passe à 9,5 mois chez celles qui ont le niveau primaire pour s'établir à 6,8 mois chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus. Une diminution sensible de la durée médiane de l'aménorrhée s'observe en fonction du niveau de bien-être des ménages. Elle passe de 12,1 mois dans le quintile le plus pauvre à 7,7 mois dans le plus riche.

À l'instar de la durée médiane de l'aménorrhée post-partum, la durée médiane de l'insusceptibilité post-partum varie aussi selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. Cette durée est de 12,2 mois pour les femmes du milieu rural et de 9,6 mois pour celles des Autres Villes. Selon les régions, elle passe d'un minimum de 8,5 mois à Kidal et de 8,8 mois à Bamako à un maximum de 12,6 mois à Sikasso. Cette durée médiane d'insusceptibilité post-partum diminue aussi avec le niveau d'instruction de la femme : de 12 mois chez les femmes qui n'ont aucune instruction, elle passe à 9,8 mois chez celles qui ont le niveau primaire pour s'établir à 9,3 mois chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne la durée médiane de l'abstinence post-partum, les résultats montrent qu'elle varie très peu au niveau régional (elle est d'environ 2 mois). Toutefois, elle est plus courte dans la région de Mopti (1,9 mois) et plus longue dans celle de Sikasso (2,9 mois). Elle ne varie que très peu ou pratiquement pas selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile du bien-être économique.

6.7 MÉNopause

Le tableau 6.10 présente un indicateur qui rend compte de la fin d'exposition au risque de procréer pour les femmes de 30-49 ans. Il donne la proportion des femmes en ménopause, c'est-à-dire la proportion des femmes actuellement mariées qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

Ce tableau montre que 11 % des femmes étaient en ménopause au moment de l'enquête. Cette proportion de femmes en ménopause augmente rapidement avec l'âge : de 1 % seulement parmi les femmes de 30-34 ans, cette proportion passe à 13 % à 42-43 ans et à 55 % à 48-49 ans. On constate qu'aux âges où les femmes sont généralement encore fécondes, la proportion de femmes en ménopause est relativement importante : 13 % à 42-43 ans, 24 % à 44-45 ans et 34 % à 46-47 ans.

Tableau 6.10 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 ans qui ne sont pas enceintes, qui ne sont pas en aménorrhée post-partum et qui sont en ménopause, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes en ménopause ¹	Effectif de femmes
30-34	1,1	1 971
35-39	2,3	1 688
40-41	9,9	769
42-43	12,7	442
44-45	24,0	539
46-47	33,8	414
48-49	55,2	354
Ensemble	10,6	6 177

¹ Pourcentage de toutes les femmes qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête.

Dr Soumaïla Mariko

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Au cours de l'EDSM-IV, des questions ont été posées aux femmes concernant leur désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir un prochain enfant et au nombre total d'enfants désirés.

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

Ce chapitre traitera des sujets suivants : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, les besoins en matière de planification familiale, le nombre idéal d'enfants et la planification de la fécondité.

7.1 DÉSIR D'ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme, au nombre de ces enfants actuellement en vie et/ou de ceux du couple.

Des questions ont été posées aux femmes et aux hommes actuellement en union pour obtenir des informations sur leurs attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants. Les résultats présentés au tableau 7.1 et au graphique 7.1 montrent que près d'une femme sur cinq (19 %) a répondu qu'elle ne désirait plus d'enfants tandis qu'environ quatre femmes sur cinq (73 %) en voulaient davantage et 29 % voulaient avoir un enfant rapidement.

Ces résultats révèlent également que parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles désiraient avoir des enfants supplémentaires dans l'avenir, la majorité (34 %) désire espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Au total donc, 53 % des femmes, celles ne voulant plus d'enfants (19 %) plus celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans (34 %), peuvent être considérées comme potentiellement favorables à la planification familiale.

La proportion de femmes en union qui ne veulent plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants vivants : elle passe de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 11 % chez celles en ayant 3 et à 52 % chez celles qui en ont au moins 6. De même, on note que la quasi-totalité des femmes nullipares (94 %) souhaitent avoir un enfant et la majorité (60 %) désire une naissance rapidement, dans les deux années à venir. Chez les femmes ayant un enfant, le désir d'en avoir un autre (94 %) est comparable à celui des nullipares mais contrairement à ces dernières, la majorité des

primipares souhaitent attendre au moins deux ans avant la prochaine naissance (43 %). En outre, au fur et à mesure que la parité augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement au profit de celles qui n'en veulent plus. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent d'autres enfants passe de 94 % chez celles n'ayant aucun enfant à 82 % chez celles qui en ont déjà 3 et à 37 % chez les femmes qui ont 6 enfants ou plus.

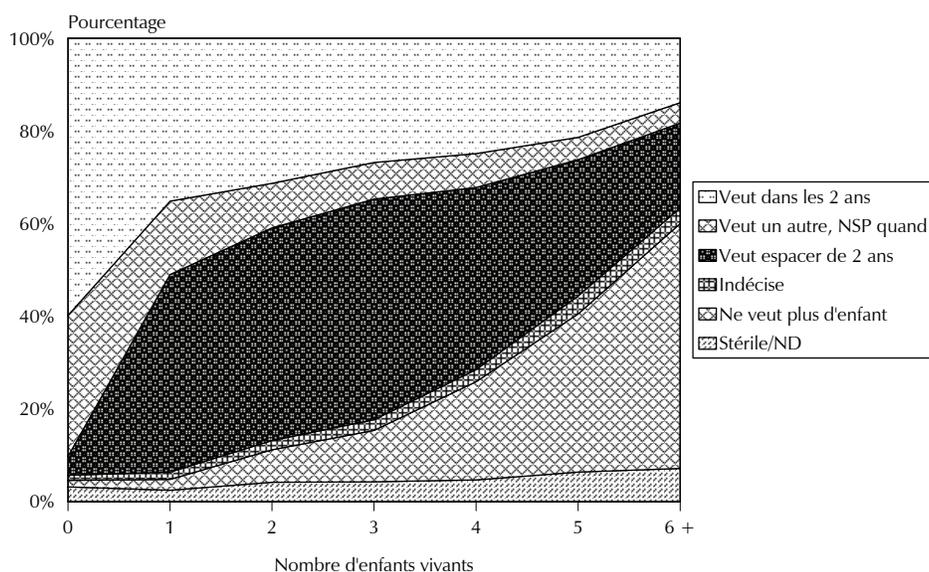
En ce qui concerne les hommes en union, on constate que seulement environ un sur dix (9 %) a déclaré ne plus vouloir d'enfants et, à l'inverse, quatre hommes sur cinq (80 %) en désiraient davantage. Les hommes en union sont donc, proportionnellement, plus nombreux que les femmes en union à souhaiter d'autres enfants (80 % contre 73 %). Autrement dit, les hommes seraient plus pro nataliste que les femmes. Comme chez les femmes, la proportion d'hommes désirant avoir des enfants diminue avec le nombre d'enfants vivants, passant de 87 % à la parité 0, à 81 % à la parité 4 et à 79 % au rang 6 ou plus. Chez les hommes en union, le besoin potentiel en matière de planification familiale peut être évalué, au total, à 42 % (soit 9 % ne voulant plus d'enfant et 33 % désirant espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans).

En outre, parmi les hommes voulant des enfants supplémentaires, une proportion proche de celles des femmes (33 % contre 34 %) désire espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant vivants								
Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSM-IV Mali 2006								
Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹						Ensemble	
	0	1	2	3	4	5		6+
FEMMES								
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
Ensemble	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
HOMMES								
Veut un autre bientôt ²	44,2	48,1	29,9	36,4	32,4	33,9	35,1	36,5
Veut un autre plus tard ³	7,4	32,2	51,3	50,1	40,5	41,8	39,7	33,3
Veut un autre NSP quand	35,3	11,9	5,3	6,8	7,8	6,2	3,7	10,6
Indécis	7,1	6,4	11,9	3,2	13,5	7,1	6,6	8,5
Ne veut plus d'enfants	2,2	1,2	0,7	3,1	4,5	10,5	13,3	9,0
Stérilisé ⁴	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Femme /homme déclaré stérile	0,9	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	1,3	1,2
ND	2,8	0,2	0,8	0,1	1,2	0,5	0,3	0,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	364	330	329	317	255	193	448	2 736

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

Graphique 7.1 Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants



Note : Le graphique inclut les femmes stérilisées

Les résultats du tableau 7.2 montrent que le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, passant respectivement de 1 % pour la parité 0 à 48 % pour la parité 6 ou plus, et de 2 % à 54 % pour les mêmes parités. Les proportions de femmes souhaitant limiter les naissances varient de manière significative par région, la proportion passant d'un minimum de 6 % pour Tombouctou à un maximum de 26 % pour Koulikoro. En outre, l'instruction apparaît comme un facteur influençant nettement le désir de limiter les naissances, en particulier à partir de 4 enfants. Par exemple, parmi les femmes qui ont 4 enfants, 20 % de celles qui n'ont aucune instruction ont exprimé le souhait de ne plus avoir d'enfants contre 21 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 44 % pour celles qui ont au moins un niveau secondaire. L'influence du niveau de bien-être du ménage sur le désir de limiter la descendance ne devient significative qu'à la 4^{ième} parité, où l'on constate que globalement plus le ménage est riche plus la femme souhaite limiter la taille de sa famille.

Chez les hommes en union (tableau 7.2), on remarque qu'en milieu urbain la proportion de ceux qui ne veulent plus d'enfant est deux fois plus élevée que celle du milieu rural (7 % contre 4 %). Selon la région, on constate, comme chez les femmes, des écarts avec un minimum de 2 % pour Mopti et Gao, et un maximum de 11 % pour Kidal. En outre, comme chez les femmes, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage semblent être des facteurs positivement associés au désir de limiter la taille de sa famille.

Tableau 7.2 Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	0	1	2	3	4	5	6+		
Milieu de résidence									
Bamako	1,2	1,8	5,9	18,3	27,2	46,7	53,2	16,1	8,2
Autres Villes	1,0	2,8	6,9	8,2	18,4	36,7	45,4	16,4	5,8
Ensemble urbain	1,1	2,4	6,4	12,6	21,5	40,3	47,6	16,3	6,8
Rural	1,6	2,3	7,2	10,5	21,1	32,1	54,3	21,0	4,3
Région									
Kayes	2,7	3,7	13,3	11,4	28,9	36,8	52,4	22,1	5,0
Koulikoro	2,7	0,9	6,2	9,6	24,7	36,8	66,0	26,2	3,3
Sikasso	1,6	3,9	7,5	9,8	25,4	38,5	59,1	23,6	4,9
Ségou	0,7	2,2	5,7	12,8	23,3	37,1	55,5	21,4	8,0
Mopti	1,0	1,1	3,7	8,8	9,7	21,1	31,4	11,4	2,3
Tombouctou	0,0	2,0	2,9	3,0	2,8	12,2	22,1	6,1	2,9
Gao	0,0	2,9	6,3	12,0	9,7	21,8	36,7	13,2	2,4
Kidal	0,0	1,8	8,1	10,6	28,3	22,1	52,6	15,0	11,0
Bamako	1,2	1,8	5,9	18,3	27,2	46,7	53,2	16,1	8,2
Niveau d'instruction									
Aucun	1,7	2,3	6,7	10,6	19,6	33,6	51,7	20,0	4,4
Primaire	1,6	1,5	4,7	8,0	20,5	33,3	59,0	17,2	5,6
Secondaire ou plus	0,3	3,2	12,2	26,7	44,0	49,6	69,0	17,2	7,8
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	0,0	1,8	4,5	10,4	17,5	26,8	49,2	20,1	4,9
Second	1,7	2,8	9,3	10,8	20,7	31,0	56,8	22,3	6,0
Moyen	1,9	3,5	7,9	12,3	23,1	30,9	54,3	20,6	3,0
Quatrième	3,3	1,5	5,5	8,5	18,0	41,5	51,8	18,3	2,3
Le plus riche	0,5	1,9	7,5	13,3	26,7	43,9	51,6	16,5	8,8
Ensemble	1,4	2,3	7,0	11,1	21,2	34,1	52,8	19,5	9,0

Note : Les femmes/hommes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.

¹ Y compris la grossesse actuelle

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limitation des naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (espacement des naissances), sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception. Les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception, constituent la demande potentielle en planification familiale.

Le tableau 7.3 présente chez les femmes actuellement en union les estimations des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits¹ et de la demande totale en matière de planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

¹ Le calcul des besoins non satisfaits est présenté au tableau 7.3

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ²			Demande potentielle totale en planification familiale ³			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble	Pour l'espacement	Pour la limitation	Ensemble		
Groupe d'âges											
15-19	34,5	0,9	35,4	7,4	0,3	7,7	41,9	1,2	43,1	17,8	1 566
20-24	26,6	1,1	27,7	8,5	0,6	9,1	35,1	1,7	36,8	24,7	2 402
25-29	23,6	2,0	25,6	7,0	1,7	8,7	30,7	3,6	34,3	25,4	2 507
30-34	23,7	6,6	30,4	5,2	2,3	7,5	29,0	8,9	37,9	19,9	1 891
35-39	15,5	17,6	33,2	4,2	7,1	11,3	19,7	24,8	44,4	25,4	1 642
40-44	9,6	31,2	40,8	1,2	6,0	7,1	10,8	37,1	48,0	14,9	1 293
45-49	4,5	28,6	33,1	0,2	3,8	4,0	4,7	32,4	37,1	10,8	1 066
Milieu de résidence											
Bamako	30,3	7,2	37,6	14,3	5,3	19,6	44,6	12,5	57,2	34,3	1 564
Autres Villes	21,7	7,0	28,7	7,9	4,2	12,2	29,7	11,3	40,9	29,8	2 239
Ensemble urbain	25,3	7,1	32,4	10,6	4,7	15,2	35,8	11,8	47,6	32,0	3 803
Rural	19,7	11,0	30,7	3,3	1,9	5,1	23,0	12,9	35,9	14,3	8 563
Région											
Kayes	14,6	11,2	25,8	2,6	3,5	6,2	17,2	14,8	32,0	19,2	1 752
Koulikoro	22,6	13,6	36,2	5,6	3,3	8,9	28,2	16,9	45,1	19,6	2 007
Sikasso	21,1	12,1	33,2	4,2	2,4	6,5	25,3	14,5	39,8	16,5	2 152
Ségou	23,2	9,9	33,1	6,3	3,1	9,4	29,5	13,1	42,5	22,2	2 036
Mopti	19,3	5,5	24,8	1,9	0,3	2,2	21,2	5,7	26,9	8,1	1 708
Tombouctou	12,0	3,4	15,4	3,9	0,6	4,6	16,0	4,1	20,0	22,9	584
Gao	25,0	9,1	34,1	4,4	0,7	5,1	29,4	9,8	39,2	13,0	520
Kidal	26,4	6,8	33,3	4,1	5,2	9,3	30,5	12,1	42,6	21,9	42
Bamako	30,3	7,2	37,6	14,3	5,3	19,6	44,6	12,5	57,2	34,3	1 564
Niveau d'instruction											
Aucun	20,2	10,3	30,5	3,6	2,0	5,6	23,8	12,3	36,1	15,5	10 156
Primaire	23,9	7,8	31,6	9,4	4,7	14,1	33,2	12,5	45,8	30,9	1 278
Secondaire ou plus	31,4	6,7	38,1	21,0	7,9	29,0	52,4	14,7	67,1	43,2	931
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	21,3	10,4	31,7	2,3	1,4	3,7	23,6	11,8	35,4	10,5	2 351
Second	19,4	11,2	30,6	3,2	1,7	5,0	22,6	12,9	35,5	13,9	2 482
Moyen	19,4	11,4	30,8	2,9	1,7	4,6	22,3	13,1	35,3	12,9	2 468
Quatrième	20,8	8,5	29,3	5,3	2,8	8,0	26,1	11,3	37,4	21,5	2 464
Le plus riche	26,0	7,6	33,6	13,4	5,8	19,1	39,3	13,4	52,7	36,3	2 600
Ensemble	21,4	9,8	31,2	5,5	2,7	8,2	26,9	12,5	39,5	20,9	12 365

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

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

³ Les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode de contraception ne sont pas incluses dans la catégorie des besoins non satisfaits, mais sont incluses dans la demande totale en contraception (puisqu'elles seraient en train d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent encore importants, puisque près d'une femme en union sur trois (31 %) en a exprimé le besoin. La majorité de ces femmes aurait besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances (21 %) contre seulement 10 % pour limiter leur descendance. À l'opposé, les besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle) sont estimés à 8 % dont 6 % pour l'espacement des naissances. En outre, la demande potentielle totale en planification familiale est évaluée à 40 % dont 21 % de demande satisfaite.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Les écarts en fonction de l'âge sont irréguliers. C'est néanmoins dans le groupe d'âges 40-44 ans que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits est la plus élevée (41 % contre un minimum de 26 % à 25-29 ans). En outre, on note que jusqu'à 39 ans, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 40 ans, les femmes expriment beaucoup plus le besoin de limiter que d'espacer leurs naissances.

Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître d'écart important entre les milieux urbain et rural, la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits étant quasiment identique (32 % contre 31 %). Du fait qu'en milieu rural, les femmes utilisent beaucoup moins les méthodes contraceptives, la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante en milieu urbain (32 %) qu'en milieu rural (14 %). Les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que ceux pour la limitation, aussi bien en zones urbaines que rurales. Comparativement aux niveaux observés à l'EDSM-III de 2001, on note une stabilité de la demande potentielle totale, dans le milieu urbain (49 % à 48 %) et une augmentation sensible en milieu rural (33 % à 36 %), augmentation qui pourrait s'expliquer par le renforcement des activités de sensibilisation communautaire en matière de planification familiale.

Au niveau régional, les résultats montrent que les proportions de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont non satisfaits varient d'un minimum de 15 % à Tombouctou à 38 % à Bamako. Par ailleurs, en ce qui concerne la demande potentielle totale, c'est seulement dans la capitale Bamako (57 %) qu'elle concerne plus d'une femme sur deux ; à l'opposé, c'est dans la région de Tombouctou (20 %) qu'elle est la plus faible. En outre, quelle que soit la région, la demande en matière de planification familiale est principalement induite par un besoin d'espacement des naissances plutôt que de limitation de la descendance.

Concernant le niveau d'instruction, on constate que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus importants chez les femmes du niveau secondaire (38 %) que parmi celles n'ayant aucun niveau (31 %) et que celles de niveau primaire (32 %). Du fait de la corrélation positive entre le recours à la planification familiale et le niveau d'instruction, on remarque que la demande totale satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante chez les femmes de niveau secondaire ou plus (43 %) que chez celles de niveau primaire (31 %) ou que chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction (16 %).

Les proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits varient peu en fonction des quintiles de bien-être. La demande potentielle totale, quant à elle, est plus importante parmi les femmes des ménages les plus riches (53 %) et dans 36 % des cas, elle est satisfaite. Le niveau de la demande satisfaite le plus faible est observé chez les femmes des ménages du quintile le plus pauvre (11 %).

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est pour elle ou pour son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour connaître ce nombre idéal, on a posé à tous les enquêtés (femmes et hommes) l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes et aux hommes qui n'avaient pas d'enfant, on a demandé : « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »
- Aux femmes et aux hommes qui avaient des enfants, la question a été formulée ainsi : « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? »

Ces questions, simples en apparence, sont embarrassantes notamment pour les femmes et les hommes qui ont déjà des enfants. En effet, ils sont appelés à se prononcer sur, ce qui est pour eux, la taille idéale de la famille, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Dans ce cas, il peut être difficile pour les enquêtés de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de leur famille.

Le tableau 7.4 présente les résultats obtenus aux questions posées. On remarque tout d'abord que 17 % des femmes et 19 % des hommes n'ont pu fournir des réponses numériques et ont donné à la place, des réponses telles que « ce que Dieu me donne », « Je ne sais pas », ou « N'importe quel nombre ». En outre, les données montrent que les femmes maliennes aspirent à une famille nombreuse. En effet, le nombre moyen idéal d'enfants est de 6,3 pour l'ensemble des femmes, nombre qui est très proche de celui déclaré par les femmes en union : 6,4. Par rapport à 2001, on constate un petit accroissement, puisque ce nombre moyen était de 6,2 enfants pour l'ensemble des femmes. L'examen de la distribution des tailles idéales déclarées montre que pour près de la moitié des femmes (47 %), le nombre idéal est de 6 enfants ou plus. Cette parité idéale moyenne varie régulièrement chez l'ensemble des femmes de 5,6 chez celles sans enfant (parité nulle) à 7,7 chez celles en ayant 6 et plus. Chez les hommes, le nombre moyen idéal d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : il est de 7,7 pour l'ensemble des hommes et de 8,4 chez les hommes en union. Ces résultats confirment l'attachement des Maliens à une descendance nombreuse.

D'une manière générale, on note une association positive entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille : pour l'ensemble des femmes, cette taille moyenne idéale de la famille varie de 5,6 enfants pour celles qui n'ont aucun enfant à 7,7 enfants chez celles qui en ont 6 ou plus. Chez les femmes en union, elle varie de 5,7 enfants parmi celles qui n'en ont aucun à 7,7 parmi celles qui en ont déjà au moins six. En ce qui concerne les hommes, aussi bien pour l'ensemble que pour seulement ceux qui sont en union, la taille moyenne idéale passe de 6,5 enfants chez les primipares à 8 enfants chez ceux ayant 6 enfants ou plus.

Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants								
Répartition (en %) des femmes et des hommes selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes et pour ceux/celles actuellement en union, par nombre d'enfants vivants, EDSM-IV Mali 2006								
Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
0	1,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	0,4
1	0,2	0,6	0,5	0,4	0,1	2,2	0,4	0,5
2	3,1	2,0	2,7	1,8	1,4	1,5	1,5	2,1
3	6,9	7,2	4,0	3,4	2,1	1,7	1,8	4,3
4	24,8	21,5	18,8	13,3	11,7	8,1	6,2	15,9
5	15,1	16,8	14,8	17,0	10,0	10,8	5,7	13,1
6+	34,4	38,1	44,0	48,2	56,7	55,6	58,7	46,6
Réponse non numérique	14,2	13,6	15,0	15,9	17,5	20,0	25,5	17,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 012	2 262	1 985	1 940	1 682	1 315	2 388	14 583
Nombre idéal moyen d'enfants pour² :								
Ensemble des femmes	5,6	5,8	5,9	6,2	6,8	6,9	7,7	6,3
Effectif	2 583	1 955	1 687	1 632	1 387	1 053	1 778	12 074
Femmes actuellement en union								
Effectif	1 088	1 803	1 632	1 590	1 338	1 019	1 735	10 205
0	2,9	0,0	0,0	0,1	0,9	0,8	1,0	1,6
1	0,4	0,3	0,5	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3
2	1,7	1,7	1,2	0,4	1,7	0,4	0,0	1,2
3	6,6	7,6	4,9	3,0	2,8	1,9	1,0	4,6
4	13,6	15,4	11,3	4,5	5,7	1,0	3,9	9,7
5	14,3	13,8	15,7	18,7	7,6	13,7	4,4	12,3
6+	45,1	42,0	46,2	53,0	57,7	58,3	66,5	51,3
Réponse non numérique	15,4	19,1	20,2	20,3	23,3	23,9	23,0	19,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 787	371	357	346	305	237	802	4 207
Nombre idéal moyen d'enfants pour² :								
Ensemble des hommes	6,5	6,9	7,2	7,4	8,2	8,2	10,9	7,7
Effectif	1 513	300	285	275	234	180	617	3 406
Hommes actuellement en union								
Effectif	324	271	276	272	231	180	615	2 169

¹ Y compris la grossesse actuelle

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

Le tableau 7.5 ainsi que le graphique 7.2 présentent le nombre moyen idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour l'ensemble des hommes selon l'âge actuel et selon certaines variables sociodémographiques. On constate que ce nombre moyen augmente régulièrement en fonction de l'âge de la femme, passant d'un minimum de 5,6 pour les jeunes femmes de 15-19 ans à 7,3 parmi celles de 45-49 ans et d'un minimum de 6,6 pour les hommes de 15-19 ans à un maximum de 10,5 pour ceux de 50-59 ans. On pourrait donc penser que si ce désir exprimé par les jeunes générations, hommes ou femmes, se traduisait dans les faits, on assisterait à une diminution plus forte de la fécondité.

Pour l'ensemble des femmes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes, que ce soit selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et l'indice de bien-être. Les femmes du milieu urbain ont pour idéal une famille moins nombreuse que celles du milieu rural. L'écart absolu observé entre les deux milieux est de 0,8 enfants. Par ailleurs, le nombre idéal moyen d'enfants diminue lorsque le niveau d'instruction augmente. Il passe de 6,6 enfants chez les femmes sans niveau d'instruction à 4,7 enfants chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. Ainsi, les écarts observés entre les milieux urbain et rural d'une part, et entre les femmes ayant fréquenté l'école et celles sans instruction d'autre part, donnent une indication sur les changements sociaux dont ces facteurs de modernisme sont des indicateurs.

Tout comme pour l'instruction, l'amélioration du niveau de vie du ménage s'accompagne d'une tendance en faveur d'une descendance plus réduite. L'écart absolu du nombre moyen idéal d'enfants est de 1,5 enfant entre les femmes des ménages les plus riches et celles des plus pauvres.

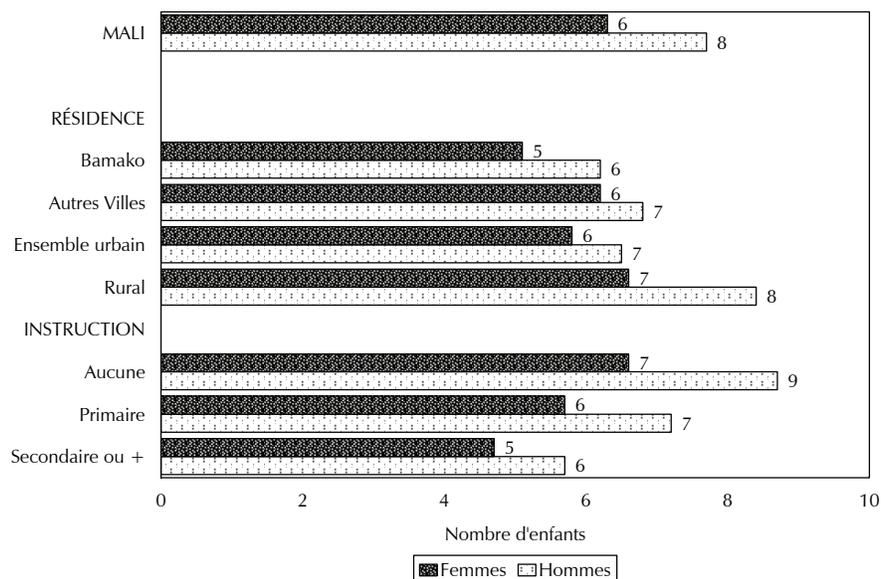
Enfin, on relève chez les femmes des variations notables du nombre moyen idéal d'enfants selon la région. Les femmes des régions de Tombouctou (8,1 enfants), de Mopti (7,8 enfants), de Gao (6,7 enfants), de Sikasso (6,3 enfants), de Ségou (6,2 enfants) et de Koulikoro (6 enfants) sont celles qui aspirent le plus fréquemment à avoir une famille de grande taille. A l'opposé, ce sont les femmes de Bamako (5,1 enfants), de Kidal (5,6 enfants) et de Kayes (5,8 enfants) qui ont le plus fréquemment déclaré souhaiter une famille de taille relativement réduite. On observe les mêmes variations chez les hommes.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes, par âge et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes	
	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif
Groupe d'âges				
15-19	5,6	2 665	6,6	745
20-24	5,8	2 329	6,4	532
25-29	6,3	2 248	7,1	429
30-34	6,5	1 603	7,2	377
35-39	7,0	1 356	7,9	355
40-44	7,1	1 017	8,9	316
45-49	7,3	858	9,5	287
50-59	na	na	10,5	366
Milieu de résidence				
Bamako	5,1	1 816	6,2	620
Autres Villes	6,2	2 477	6,8	604
Ensemble urbain	5,8	4 293	6,5	1 224
Rural	6,6	7 781	8,4	2 182
Région				
Kayes	5,8	1 664	8,0	494
Koulikoro	6,0	2 113	7,8	601
Sikasso	6,3	1 957	8,1	512
Ségou	6,2	1 859	7,6	596
Mopti	7,8	1 633	8,3	355
Tombouctou	8,1	554	10,2	133
Gao	6,7	428	8,2	83
Kidal	5,6	50	6,4	12
Bamako	5,1	1 816	6,2	620
Niveau d'instruction				
Aucun	6,6	9 263	8,7	1 941
Primaire	5,7	1 420	7,2	696
Secondaire ou plus	4,7	1 391	5,7	769
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	6,8	2 141	8,4	628
Second	6,8	2 294	8,5	629
Moyen	6,6	2 233	8,1	570
Quatrième	6,3	2 362	8,2	622
Le plus riche	5,3	3 043	6,2	958
Ensemble	6,3	12 074	7,7	3 406

Graphique 7.2 Nombre idéal d'enfants des femmes et des hommes



EDSM-IV 2006

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées, au cours de l'enquête. Ces questions avaient pour objectif de déterminer si, au moment de tomber enceinte, la femme souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

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

Les résultats du tableau 7.6 montrent que la quasi-totalité des naissances (96 %) survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, étaient désirées. La plupart de ces naissances (83 %) étaient bien planifiées (elles ont eu lieu au moment voulu) et dans 13 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées représentent 3 %. Entre 2001 et 2006, il apparaît que les femmes planifient de mieux en mieux leur fécondité puisque à l'EDSM-III de 2001 79 % des naissances s'étaient produites au moment désiré, 17 % des naissances étaient souhaitées mais plus tard et 3 % n'étaient pas désirées.

Par ailleurs, ces résultats révèlent également que les naissances de rangs inférieurs sont les mieux planifiées. En effet, la proportion de naissances survenues au moment voulu baisse progressivement avec le rang de naissance : elle passe ainsi de 85 % pour le rang 1 à 82 % pour le rang 4 ou plus. Selon l'âge de la mère, on constate que les naissances qui sont les mieux planifiées sont celles des femmes de moins de 30 ans, puisque la proportion d'enfants non désirés représente moins de 2 % des naissances.

Tableau 7.6 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris la grossesse actuelle) par statut de la grossesse, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDSM-IV Mali 2006

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Planification des naissances				Total	Effectif de naissances
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	ND		
Rang de naissance						
1	84,6	11,6	2,5	1,2	100,0	2 784
2	84,3	13,8	1,1	0,8	100,0	2 645
3	86,6	11,8	1,2	0,4	100,0	2 358
4+	81,6	13,3	4,4	0,7	100,0	8 494
Âge de la mère à la naissance						
<20	82,9	14,2	1,7	1,2	100,0	3 177
20-24	85,1	12,9	1,4	0,6	100,0	4 359
25-29	84,7	13,2	1,5	0,6	100,0	3 873
30-34	80,8	14,5	4,1	0,6	100,0	2 544
35-39	82,4	9,6	7,0	0,9	100,0	1 630
40-44	77,7	7,2	14,5	0,7	100,0	612
45-49	68,4	8,4	22,4	0,8	100,0	88
Ensemble	83,3	12,9	3,1	0,8	100,0	16 282

Le tableau 7.7 et le graphique 7.3 présentent une comparaison de l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et de l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF présenté au chapitre 4, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. La comparaison du taux de fécondité avec celui de la fécondité désirée met en évidence l'impact démographique potentiel de la prévention des naissances non désirées.

Théoriquement, l'ISFD devrait être un meilleur indice de la fécondité désirée que la réponse à la question sur le nombre idéal d'enfants. Cet indice est plus proche de la réalité, car les réponses des femmes enquêtées tiennent probablement compte de la répartition selon le sexe des enfants déjà nés et de considérations de survie. Les réponses à la question sur le nombre total d'enfants désirés, par contre se réfèrent aux enfants encore en vie et peuvent laisser supposer une répartition idéale des deux sexes.

En outre, il faut souligner une autre différence entre les deux mesures ; l'ISFD prend la fécondité observée comme point de départ et par conséquent, il ne peut jamais être supérieur à l'ISF, contrairement au nombre idéal d'enfants désirés qui peut être supérieur au nombre d'enfants déjà nés.

Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes au Mali serait de 6 enfants au lieu de 6,6 enfants. Autrement dit, il n'y a pratiquement pas d'écart entre la fécondité réelle et la fécondité désirée. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des femmes (milieu de résidence, région, niveau d'instruction, et bien-être économique), l'ISFD est toujours très légèrement inférieur à l'ISF.

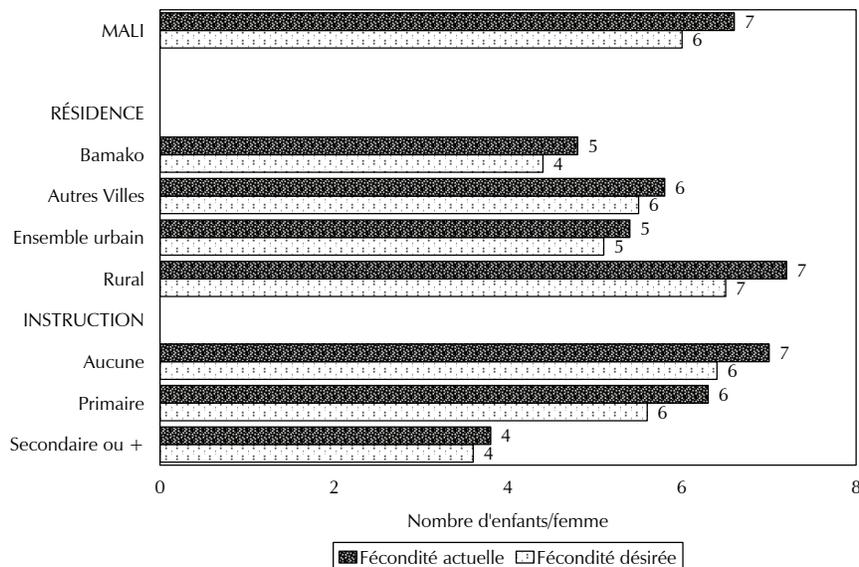
Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les cinq années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	ISFD	ISF
Milieu de résidence		
Bamako	4,4	4,8
Autres Villes	5,5	5,8
Ensemble urbain	5,1	5,4
Rural	6,5	7,2
Région		
Kayes	5,7	6,7
Koulikoro	6,5	7,3
Sikasso	6,5	7,4
Ségou	6,5	7,1
Mopti	6,2	6,3
Tombouctou	5,6	5,8
Gao	5,8	5,9
Kidal	4,3	4,7
Bamako	4,4	4,8
Niveau d'instruction		
Aucun	6,4	7,0
Primaire	5,6	6,3
Secondaire ou plus	3,6	3,8
Quintile du bien-être économique		
Le plus pauvre	6,9	7,6
Second	6,5	7,1
Moyen	6,4	6,9
Quatrième	6,1	6,7
Le plus riche	4,6	4,9
Ensemble	6,0	6,6

Note : L'ISFD et l'ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 0-36 mois avant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au tableau 4.2.

Graphique 7.3 Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée



EDSM-IV 2006

Dr Salif Samaké, Dr Binta Keita et Dr Soumaila Mariko

La quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali fournit des informations détaillées sur la santé des mères. Ces informations concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement ainsi que les principaux problèmes auxquels elles ont été confrontées quand elles ont eu besoin de soins de santé. En outre, la comparaison des résultats de l'EDSM-IV avec ceux des enquêtes précédentes permet l'évaluation et la planification des politiques et des programmes de santé de la reproduction.

8.1 SOINS PRÉNATALS

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement. Durant l'EDSM-IV, on a demandé aux femmes, si au cours de leur dernière grossesse survenue pendant les cinq dernières années et ayant abouti à une naissance vivante, elles avaient effectué une consultation prénatale.

Le tableau 8.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté par la mère durant la grossesse et selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDSM-IV, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été retenue.

On relève que parmi ces femmes, sept sur dix (70 %) se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé, constitué par le personnel médical et les matrones ayant bénéficié d'une formation en la matière. Cette proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé est supérieure à celle enregistrée à l'EDSM-III (57 %). Par ailleurs, si, entre 2001 et 2006, cette proportion est restée stable en milieu urbain (87 %), elle a, en revanche, augmenté en milieu rural, passant de 48 % à 64 %. Enfin, quelque soit le niveau d'instruction de la mère, on a observé, entre 2001 et 2006 une hausse de la proportion de celles ayant reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé. (Graphique 8.1).

Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (36 %) et par des matrones (33 %) ; dans une proportion beaucoup plus faible, elles ont été fournies par des médecins (1,4 %). En outre, dans un peu moins de trois cas sur dix (29 %), les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Cette proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par des médecins, des sages-femmes, des infirmières ou du personnel formé (matrones) au cours de la grossesse présente des disparités énormes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction (tableau 8.1). En effet, en milieu rural, cette proportion est de 64 % contre 87 % en milieu urbain. De même, selon le niveau d'instruction, on note des écarts importants : 67 % des femmes sans instruction ont effectué un suivi prénatal contre 96 % de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les résultats mettent aussi en évidence de grandes disparités selon les régions : c'est dans la capitale Bamako (94 %) et les régions de Ségou (75 %), Koulikoro et Sikasso (71 %) que l'on note les proportions les plus élevées; à l'opposé, les régions de Tombouctou (43 %), Gao (58 %) et Kidal (32 %) enregistrent les proportions les plus faibles. On constate également que la proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales diminue avec le rang de

naissance de l'enfant : d'un maximum de 75 % pour le rang 1, la proportion baisse pour atteindre 67 % pour le rang 6 et plus. Enfin, on constate que la proportion de femmes ayant bénéficié de soins prénatals est nettement associée au niveau de richesse du ménage dans lequel elles vivent : d'un minimum de 61 % pour les femmes des ménages du quintile le plus pauvre, cette proportion passe à 93 % pour les femmes des ménages du quintile le plus riche.

Tableau 8.1 Soins prénatals

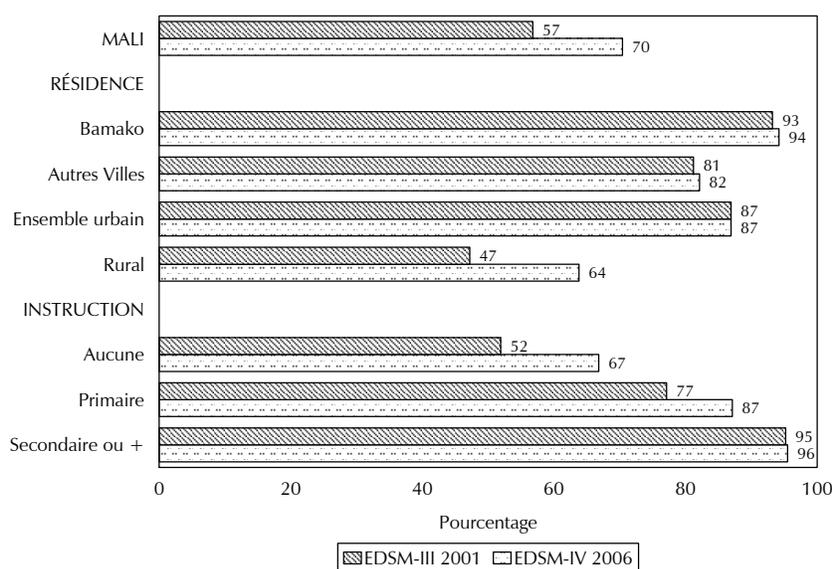
Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de personne consultée durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ sage femme	Matrone	Accou- heuse tradition- nelle	Autre	Personne	Autre/ ND	Total	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé ¹	Effectif
Âge de la mère à la naissance de l'enfant										
<20	1,4	35,9	33,5	0,1	0,0	28,9	0,2	100,0	70,8	1 705
20-34	1,5	37,4	31,9	0,9	0,1	28,1	0,1	100,0	70,8	5 808
35-49	1,3	29,7	37,8	0,2	0,1	30,8	0,3	100,0	68,7	1 575
Rang de naissance										
1	2,7	41,4	31,0	0,3	0,0	24,4	0,2	100,0	75,1	1 500
2-3	1,7	39,9	30,4	1,1	0,0	26,7	0,1	100,0	72,1	2 668
4-5	0,9	35,6	33,2	0,5	0,3	29,3	0,1	100,0	69,7	2 077
6+	0,9	29,0	37,0	0,3	0,1	32,3	0,3	100,0	67,0	2 843
Milieu de résidence										
Bamako	5,0	83,8	5,4	0,4	0,0	5,0	0,5	100,0	94,2	1 044
Autres Villes	1,4	59,5	21,2	1,6	0,0	16,3	0,1	100,0	82,1	1 557
Ensemble urbain	2,8	69,3	14,8	1,1	0,0	11,7	0,2	100,0	86,9	2 601
Rural	0,9	22,3	40,6	0,4	0,2	35,5	0,1	100,0	63,8	6 486
Région										
Kayes	2,5	27,1	34,3	0,1	0,3	35,5	0,2	100,0	63,9	1 270
Koulikoro	0,1	27,1	43,5	0,0	0,0	29,3	0,0	100,0	70,6	1 602
Sikasso	0,9	20,2	49,4	0,3	0,0	29,1	0,2	100,0	70,5	1 680
Ségou	0,6	44,5	29,6	0,3	0,0	24,9	0,0	100,0	74,8	1 493
Mopti	1,0	26,9	37,7	2,7	0,5	31,0	0,2	100,0	65,6	1 168
Tombouctou	0,1	29,0	13,4	0,3	0,0	57,0	0,3	100,0	42,5	423
Gao	2,5	42,1	13,4	2,2	0,0	39,5	0,2	100,0	58,0	374
Kidal	0,0	1,5	30,5	0,5	0,0	67,5	0,0	100,0	32,0	33
Bamako	5,0	83,8	5,4	0,4	0,0	5,0	0,5	100,0	94,2	1 044
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	1,0	30,9	34,9	0,7	0,1	32,3	0,1	100,0	66,8	7 655
Primaire	3,1	53,9	30,1	0,2	0,1	12,3	0,3	100,0	87,1	947
Secondaire ou plus	5,7	76,7	13,1	0,0	0,0	4,0	0,4	100,0	95,5	485
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	0,7	18,6	41,4	0,3	0,2	38,7	0,1	100,0	60,7	1 805
Second	0,5	22,9	39,8	0,5	0,1	35,9	0,2	100,0	63,2	1 824
Moyen	0,8	24,7	36,9	0,5	0,0	36,9	0,2	100,0	62,4	1 877
Quatrième	1,1	39,4	33,9	1,4	0,1	24,0	0,1	100,0	74,5	1 854
Le plus riche	4,3	75,4	12,9	0,3	0,1	6,7	0,3	100,0	92,6	1 729
Ensemble	1,4	35,8	33,2	0,6	0,1	28,7	0,2	100,0	70,4	9 087

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié a été pris en compte dans ce tableau.

¹ Le personnel formé comprend le médecin, l'infirmière, la sage-femme et la matrone.

Graphique 8.1 Soins prénatals par du personnel formé



Note : Soins prénatals par un médecin, une infirmière, une sage femme ou une matrone

Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate une amélioration régulière de la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal. En effet, entre, l’EDSM-III de 2001 et l’EDSM-IV de 2006, la proportion de femmes ayant effectué au moins d’une visite prénatale auprès de personnel formé est passée de 58 % à 70 % (graphique 8.1).

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu’à l’accouchement. L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 28 % des cas, elles n’ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n’ont effectué qu’une seule visite.

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans 30 % des cas, la première visite s’est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans 23 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu entre 4 et 5 mois de grossesse et, dans 13 % des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse. Enfin, on constate que dans 3 % des cas, les femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer la première visite prénatale. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s’établit à 4,3. Ce nombre est plus élevé en milieu rural qu’en milieu urbain (4,7 mois contre 3,8), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain.

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite, par milieu de résidence, EDSM-IV Mali 2006

Visites prénatales	Milieu de résidence				Ensemble
	Bamako	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	
Nombre de visites prénatales					
Aucune	5,0	16,3	11,7	35,5	28,7
1	2,5	4,3	3,6	7,3	6,3
2-3	21,1	31,1	27,1	27,8	27,6
4+	67,6	46,2	54,8	27,6	35,4
NSP/ND	3,8	2,1	2,8	1,8	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1ère visite prénatale					
Aucun soin prénatal	5,0	16,3	11,7	35,5	28,7
<4	58,9	40,7	48,0	23,3	30,4
4-5	24,0	24,1	24,1	22,0	22,6
6-7	8,9	13,6	11,7	13,8	13,2
8+	1,6	3,2	2,6	3,7	3,4
NSP/ND	1,6	2,0	1,9	1,7	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 044	1 557	2 601	6 486	9 087
Nombre médian de mois de grossesse à la 1ère visite	3,5	4,0	3,8	4,7	4,3
Effectif de femmes avec visites prénatales	987	1 302	2 289	4 176	6 465

8.1.1 Composants des soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDSM-IV a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes de dangers au cours de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle) avaient été effectués et si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, on a cherché à savoir si elles avaient reçu des suppléments de fer et si elles avaient été protégées contre le paludisme par la prise d'antipaludéens. Ces résultats sont présentés au tableau 8.3 selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On constate, en premier lieu, que seulement 29 % des femmes ont été informées des signes de danger au cours de la grossesse. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes sont assez faibles ; néanmoins, on constate que les femmes ont été plus fréquemment informées en milieu urbain (36 %) qu'en milieu rural (25 %). En outre, la proportion de femmes ayant été informées augmente avec le niveau de vie du ménage, variant d'un minimum de 24 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à un maximum de 38 % dans les ménages du quintile le plus riche. De même, ces informations ont été plus fréquemment communiquées aux femmes instruites (35 % pour le niveau primaire et 42 % pour le niveau secondaire ou plus) qu'aux femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (27 %).

Tableau 8.3 Composants des visites prénatales

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont bénéficié de certains examens au cours des soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage de celles qui ont reçu des compléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et pourcentage de celles qui ont pris des médicaments antipaludéens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals							A reçu du fer en comprimés ou en sirop	A reçu des anti-paludéens	Effectif de femmes
	Informée des signes de complication de la grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif			
Âge à la naissance										
<20	25,8	93,9	90,0	87,6	46,5	38,3	1 209	59,4	58,0	1 705
20-34	30,0	93,4	89,1	88,1	45,4	35,5	4 170	61,3	64,2	5 808
35-49	29,3	94,7	89,6	88,8	44,3	31,2	1 086	60,4	61,0	1 575
Rang de naissance										
1	27,4	93,8	90,5	88,3	50,3	45,2	1 130	62,8	61,9	1 500
2-3	29,6	92,9	88,7	88,4	46,3	38,0	1 953	62,5	62,6	2 668
4-5	29,7	94,5	90,2	88,2	45,7	34,5	1 466	60,8	63,6	2 077
6+	29,1	93,8	88,6	87,7	41,5	27,3	1 916	58,0	61,8	2 843
Milieu de résidence										
Bamako	41,1	98,1	96,1	96,8	81,4	79,1	987	78,3	83,1	1 044
Autres Villes	32,3	96,4	94,9	94,2	67,2	54,2	1 302	70,4	74,6	1 557
Ensemble urbain	36,1	97,1	95,4	95,3	73,3	64,9	2 289	73,6	78,0	2 601
Rural	25,3	91,8	86,0	84,2	30,2	19,0	4 176	55,6	56,2	6 486
Région										
Kayes	32,2	93,3	87,2	88,0	33,9	25,9	817	50,0	50,8	1 270
Koulikoro	20,5	91,5	85,0	87,8	30,5	19,2	1 132	60,7	54,5	1 602
Sikasso	27,1	95,6	89,3	88,3	43,2	22,1	1 188	63,1	71,0	1 680
Ségou	28,8	94,3	91,8	85,4	46,1	38,3	1 121	69,4	70,3	1 493
Mopti	23,8	88,3	83,8	79,8	35,7	25,4	804	54,0	58,3	1 168
Tombouctou	45,0	98,0	97,4	95,5	45,4	34,5	181	39,8	41,4	423
Gao	25,7	90,2	89,9	89,0	47,3	48,0	226	50,8	43,9	374
Kidal	45,0	98,4	98,4	95,4	60,7	50,3	11	32,3	79,6	33
Bamako	41,1	98,1	96,1	96,8	81,4	79,1	987	78,3	83,1	1 044
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	27,0	93,0	88,3	86,7	40,2	29,2	5 174	57,4	59,6	7 655
Primaire	35,0	95,7	91,7	92,8	60,0	50,9	827	75,5	72,6	947
Secondaire ou plus	41,8	97,9	96,3	96,1	78,1	75,6	464	85,1	87,9	485
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	24,2	90,5	85,0	82,9	23,8	14,1	1 105	52,2	54,8	1 805
Second	25,5	91,6	87,2	83,9	29,7	17,6	1 164	55,0	57,3	1 824
Moyen	27,8	93,3	86,7	85,8	36,6	23,8	1 180	55,8	55,3	1 877
Quatrième	26,7	93,3	88,8	87,8	43,2	31,2	1 408	64,5	62,6	1 854
Le plus riche	38,1	98,2	96,4	96,8	80,1	74,6	1 608	77,2	83,4	1 729
Ensemble	29,1	93,7	89,3	88,1	45,4	35,3	6 465	60,8	62,4	9 087

En ce qui concerne les différents examens effectués au cours de ces visites prénatals, on constate que la prise du poids, la mesure de la taille et le contrôle de la tension artérielle sont de loin, les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé (respectivement 94 %, 89 % et 88 %), suivis des prélèvements d'urine (45 %) et de sang (35 %). Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques montrent que, globalement, les femmes du milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et celles vivant dans les ménages du quintile le plus pauvre sont celles qui ont le moins fréquemment bénéficié de ces examens au cours des visites prénatals.

En outre, six femmes sur dix (61 %), ont reçu des suppléments de fer au cours des soins prénatals, que ce soit sous forme de comprimés ou de sirop pendant leur grossesse et 62 % ont reçu des antipaludéens pour se protéger contre le paludisme pendant la grossesse.

8.1.2 Vaccination antitétanique

Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveaux-nés dans la plupart des pays en développement. La vaccination antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger le nouveau-né contre le tétanos néonatal. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin pendant la grossesse ; toutefois, si elle a déjà été vaccinée, par exemple lors de grossesses précédentes, les doses nécessaires pour être protégées peuvent varier¹.

Les données du tableau 8.4 montrent que seulement 48 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse (graphique 8.2). Cependant, selon la définition retenue, dans 56 % des cas, les mères étaient complètement protégées lors de leur dernière naissance des cinq années ayant précédé l'enquête. On note des disparités selon les caractéristiques sociodémographiques : en effet, en milieu urbain la proportion des mères complètement protégées est de 68 % contre 52 % pour celles du milieu rural ; concernant le niveau d'instruction, on note que ce sont les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (83 %) qui ont été les plus fréquemment protégées, en particulier par rapport à celles n'ayant aucun niveau d'instruction (53 %) ; en ce qui concerne le niveau de bien-être économique du ménage, on relève que ce sont les femmes des ménages du quintile le plus riche (74 %) qui ont le plus fréquemment bénéficié de cette protection ; par comparaison, cette proportion n'est que de 50 % parmi celles du quintile le plus pauvre. Ce sont les mères les plus jeunes qui ont la protection vaccinale antitétanique la plus faible: pour 52 % des naissances issues de femmes de moins de vingt

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu au moins deux injections antitétaniques au cours de la grossesse pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

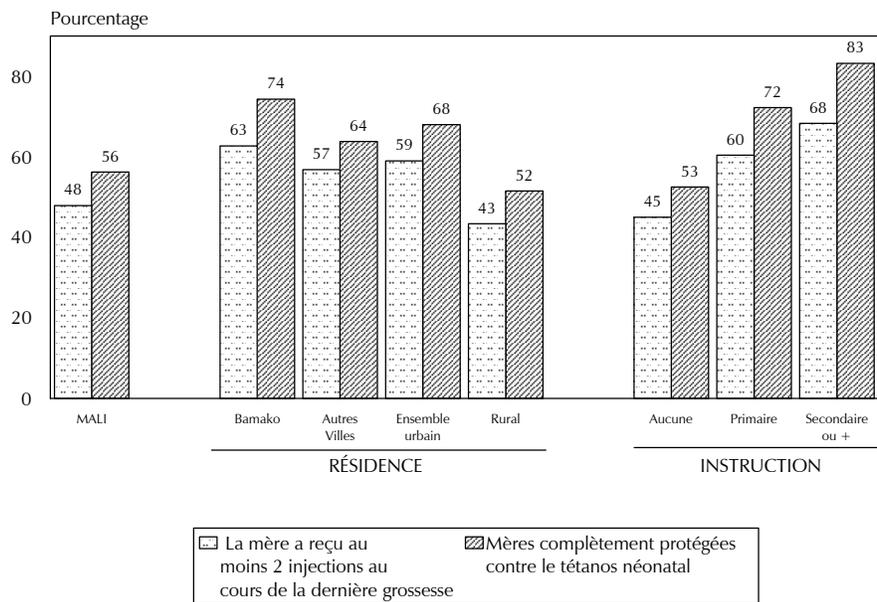
Caractéristique	Pourcentage ayant reçu deux injections ou plus au cours de la dernière grossesse	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal ¹	Effectif de mères
Âge de la mère à la naissance de l'enfant			
<20	45,7	52,2	1 705
20-34	49,1	57,4	5 808
35-49	45,8	56,3	1 575
Rang de naissance			
1	49,8	55,8	1 500
2-3	49,5	58,0	2 668
4-5	48,5	56,2	2 077
6+	44,9	54,8	2 843
Milieu de résidence			
Bamako	62,6	74,3	1 044
Autres Villes	56,8	63,8	1 557
Ensemble urbain	59,1	68,0	2 601
Rural	43,4	51,5	6 486
Région			
Kayes	51,6	56,5	1 270
Koulikoro	45,0	52,7	1 602
Sikasso	50,6	59,8	1 680
Ségou	44,8	58,6	1 493
Mopti	39,1	44,1	1 168
Tombouctou	36,4	38,9	423
Gao	49,5	54,4	374
Kidal	25,6	25,7	33
Bamako	62,6	74,3	1 044
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun	45,0	52,5	7 655
Primaire	60,4	72,2	947
Secondaire ou plus	68,3	83,2	485
Quintile du bien-être économique			
Le plus pauvre	41,8	49,8	1 805
Second	42,3	49,8	1 824
Moyen	42,9	51,0	1 877
Quatrième	49,1	57,5	1 854
Le plus riche	64,3	74,0	1 729
Ensemble	47,9	56,2	9 087

¹ Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance) ou, au moins, cinq injections avant la dernière naissance..

¹ La définition comprend les mères qui ont reçu deux injections au cours de la dernière grossesse, ou au moins deux injections (dont la dernière a eu lieu au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou au moins trois injections (dont la dernière a eu lieu au cours des cinq années avant la dernière naissance vivante), ou au moins quatre injections (dont la dernière a eu lieu au cours des dix années avant la dernière naissance), ou au moins cinq injections avant la dernière naissance.

ans, la mère a reçu au moins deux doses de vaccin pendant sa grossesse contre 57 % pour les naissances issues de mère âgée de 20-34 ans. Selon le rang de naissances, il n'y a pas de différence significative entre les naissances de rang 1 et celles de rang 6 ou plus: 56 % et 55 %.

Graphique 8.2 Vaccination antitétanique



EDSM-IV 2006

8.2 ACCOUCHEMENT

8.2.1 Lieu d'accouchement

Le tableau 8.5 indique que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 54 % se sont déroulées à la maison et 45 % dans un établissement de santé, essentiellement un établissement du secteur public (43 %). En milieu rural, la proportion d'accouchements qui se déroulent à la maison atteint 66 % ; dans les régions de Kidal et de Tombouctou, ces proportions sont respectivement de 80 % et 75 %. De même, parmi les femmes sans niveau d'instruction, 59 % ont accouché à domicile. C'est parmi les femmes n'ayant reçu aucun soins prénatals (89 %) et parmi celles des ménages des trois premiers quintiles (au moins 65 %) que l'accouchement s'est le plus fréquemment déroulé à la maison. Mais il faut souligner que dans la capitale, près d'une femme sur dix a accouché à domicile (9 %).

Pour près des trois quarts des naissances du milieu urbain, les femmes ont accouché dans un établissement de santé du secteur public (74 %), et seulement 4 % dans un établissement privé. Il en est de même des naissances issues des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (82 % dans un établissement public et 7 % dans un établissement privé) et des naissances issues des femmes vivant dans les ménages du quintile le plus riche (79 % dans le secteur public et 5 % dans le secteur privé).

Par ailleurs, le lieu d'accouchement varie légèrement avec l'âge de la mère : plus celle-ci est âgée, plus elle a tendance à accoucher fréquemment à la maison (58 % pour les 35-49 ans, 55 % pour les 20-34 ans et 50 % pour les moins de 20 ans). De même, le rang de naissance semble jouer un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement. Dans 54 % des cas, les naissances de rang 1 ont eu lieu dans un établissement sanitaire contre 47 % de celles de rang 2-3 et 40 % pour le rang 6 ou plus.

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Établissement de santé		Maison	Autre	ND	Total	Pourcentage dont la naissance a eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé						
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	47,3	1,3	49,9	0,3	1,2	100,0	48,6	2 901
20-34	42,1	2,7	54,5	0,3	0,5	100,0	44,8	9 494
35-49	39,2	2,6	57,5	0,2	0,5	100,0	41,9	2 026
Rang de naissance								
1	51,3	2,2	45,1	0,3	1,1	100,0	53,5	2 536
2-3	44,2	2,6	52,6	0,2	0,4	100,0	46,8	4 412
4-5	41,0	2,3	55,9	0,3	0,5	100,0	43,3	3 365
6+	37,3	2,4	59,4	0,3	0,5	100,0	39,7	4 107
Milieu de résidence								
Bamako	85,1	5,2	8,5	0,3	0,9	100,0	90,3	1 525
Autres Villes	67,3	2,5	29,7	0,1	0,4	100,0	69,9	2 366
Ensemble urbain	74,3	3,6	21,4	0,2	0,6	100,0	77,9	3 891
Rural	31,1	2,0	66,0	0,3	0,6	100,0	33,0	10 529
Région								
Kayes	32,1	1,9	65,2	0,5	0,4	100,0	34,0	1 979
Koulikoro	47,2	5,8	46,1	0,1	0,8	100,0	53,0	2 612
Sikasso	41,1	1,5	56,7	0,1	0,7	100,0	42,6	2 679
Ségou	40,5	1,2	57,3	0,6	0,5	100,0	41,7	2 468
Mopti	29,1	0,4	69,8	0,4	0,3	100,0	29,5	1 848
Tombouctou	23,8	0,1	75,2	0,0	0,9	100,0	23,9	662
Gao	31,9	0,0	67,2	0,1	0,7	100,0	31,9	602
Kidal	19,7	0,0	80,3	0,0	0,0	100,0	19,7	46
Bamako	85,1	5,2	8,5	0,3	0,9	100,0	90,3	1 525
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	37,9	2,0	59,2	0,3	0,6	100,0	39,9	12 334
Primaire	67,1	3,5	28,3	0,2	1,0	100,0	70,5	1 452
Secondaire ou plus	81,7	6,7	11,5	0,1	0,0	100,0	88,4	634
Soins prénatals¹								
Aucun	10,8	0,3	88,7	0,1	0,0	100,0	11,1	2 607
1-3	47,7	1,8	50,1	0,3	0,0	100,0	49,5	3 075
4+	69,2	4,3	26,1	0,3	0,1	100,0	73,5	3 216
NSP/ND	65,4	7,7	23,2	0,0	3,7	100,0	73,1	189
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	27,8	2,7	68,5	0,3	0,7	100,0	30,5	2 958
Second	30,9	1,9	66,2	0,4	0,5	100,0	32,9	2 985
Moyen	33,1	1,4	64,6	0,1	0,8	100,0	34,5	3 025
Quatrième	48,4	1,8	49,1	0,3	0,4	100,0	50,2	2 939
Le plus riche	79,3	4,5	15,4	0,3	0,6	100,0	83,8	2 514
Ensemble	42,7	2,4	54,0	0,3	0,6	100,0	45,1	14 420

¹ Pour les visites prénatales, les données concernent uniquement les naissances d'enfants derniers-nés de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête.

Par ailleurs, depuis la dernière enquête, on note une augmentation de la proportion de femmes qui ont accouché dans un établissement sanitaire (38 % en 2001 et 45 % en 2006).

8.2.2 Assistance lors de l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que 49 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes, des infirmières ou des matrones. Avec les

accoucheuses traditionnelles, le pourcentage des naissances assistées atteint 71 %. Par ailleurs, dans seulement 1 % des cas, les médecins ont assisté les accouchements. À l'opposé, on relève que, dans 44 % des cas, c'est une matrone ou accoucheuse traditionnelle qui a assisté l'accouchement. Il faut souligner que 14 % des femmes ont accouché sans aucune assistance et que dans 2 % des cas, il a fallu effectuer une césarienne (tableau 8.6).

Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ sage femme	Matrone	Accou- cheuse tradition- nelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ ND	Total	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé ¹	Pourcentage accouché par césarienne	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant											
<20	1,0	27,4	23,6	20,8	15,0	10,8	1,4	100,0	52,0	1,8	2 901
20-34	1,5	25,9	21,3	22,5	14,3	14,0	0,6	100,0	48,7	1,6	9 494
35-49	1,3	20,1	24,7	23,4	13,9	16,1	0,5	100,0	46,1	1,6	2 026
Rang de naissance											
1	1,8	32,2	23,1	17,7	15,1	8,9	1,2	100,0	57,1	2,7	2 536
2-3	1,7	28,5	20,2	23,7	14,1	11,1	0,7	100,0	50,4	1,6	4 412
4-5	1,2	23,2	22,5	22,8	15,0	14,7	0,6	100,0	47,0	1,3	3 365
6+	0,9	19,7	23,6	23,1	13,8	18,4	0,6	100,0	44,2	1,2	4 107
Lieu d'accouchement											
Centre de santé	3,0	54,1	41,8	0,4	0,2	0,2	0,3	100,0	98,9	3,6	6 509
Ailleurs	0,1	1,8	6,1	40,6	26,3	24,9	0,2	100,0	7,9	0,0	7 825
Manquant	0,0	0,0	8,7	4,5	2,3	2,5	81,9	100,0	8,7	0,0	86
Milieu de résidence											
Bamako	7,2	78,6	6,8	3,2	2,0	1,3	0,9	100,0	92,6	6,5	1 525
Autres Villes	1,2	53,1	17,5	8,8	14,5	4,2	0,7	100,0	71,8	2,2	2 366
Ensemble urbain	3,6	63,1	13,3	6,6	9,6	3,1	0,8	100,0	80,0	3,9	3 891
Rural	0,6	11,5	25,5	28,0	16,1	17,5	0,7	100,0	37,6	0,8	10 529
Région											
Kayes	1,5	16,6	19,1	24,3	13,5	24,6	0,3	100,0	37,2	1,4	1 979
Koulikoro	0,7	21,5	33,3	27,7	7,1	9,0	0,8	100,0	55,5	0,8	2 612
Sikasso	0,6	13,5	36,6	21,9	8,8	17,6	1,0	100,0	50,6	1,1	2 679
Ségou	0,5	26,1	18,3	19,2	14,1	21,1	0,7	100,0	44,9	1,4	2 468
Mopti	0,2	15,9	17,5	38,0	21,4	6,6	0,3	100,0	33,7	0,5	1 848
Tombouctou	0,4	17,2	8,3	20,8	41,6	10,6	1,2	100,0	25,9	0,8	662
Gao	1,5	26,4	5,8	8,7	50,1	6,6	0,9	100,0	33,7	0,8	602
Kidal	0,0	1,5	17,9	3,2	76,6	0,8	0,0	100,0	19,5	0,1	46
Bamako	7,2	78,6	6,8	3,2	2,0	1,3	0,9	100,0	92,6	6,5	1 525
Niveau d'instruction de la mère											
Aucun	0,9	20,6	22,6	24,6	15,9	14,8	0,7	100,0	44,1	1,1	12 334
Primaire	3,2	46,0	22,9	11,2	7,1	8,6	0,9	100,0	72,1	4,8	1 452
Secondaire ou plus	7,1	71,3	13,4	2,8	2,4	2,7	0,2	100,0	91,9	4,7	634
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	0,5	8,6	26,2	33,1	14,5	16,4	0,8	100,0	35,2	0,9	2 958
Second	0,4	11,9	24,3	27,9	16,3	18,5	0,8	100,0	36,6	0,6	2 985
Moyen	0,5	15,2	22,7	25,0	16,8	18,9	0,9	100,0	38,4	0,6	3 025
Quatrième	1,1	28,2	25,3	17,9	17,2	9,8	0,5	100,0	54,5	1,5	2 939
Le plus riche	5,1	70,2	10,9	4,6	5,7	2,7	0,7	100,0	86,3	4,9	2 514
Ensemble	1,4	25,4	22,2	22,2	14,4	13,6	0,7	100,0	49,0	1,6	14 420

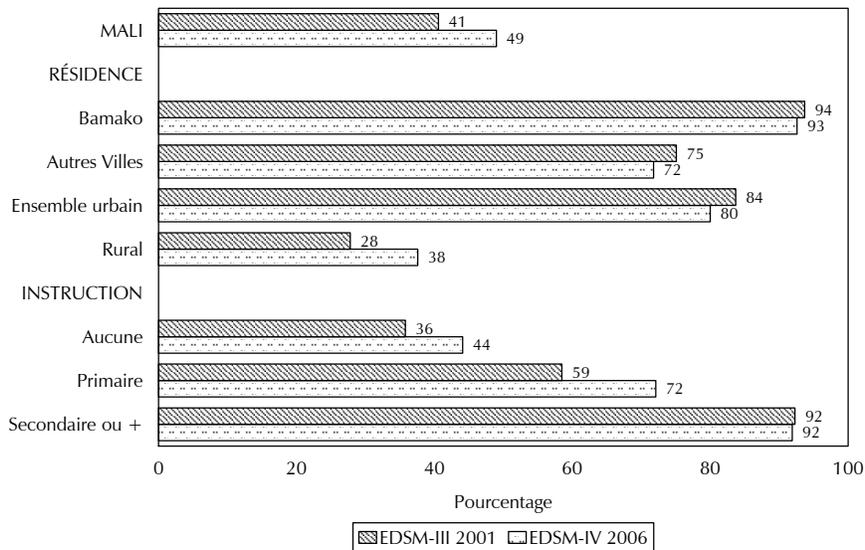
Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié a été pris en compte dans ce tableau.

¹ Le personnel formé comprend le médecin, l'infirmière, la sage-femme et la matrone.

L'examen des données par caractéristiques sociodémographiques de la mère (tableau 8.6) met en évidence le même type de variations que celles observées à propos des soins prénatals et du lieu d'accouchement. Les naissances qui ont été assistées par du personnel formé varient légèrement selon l'âge des mères, le rang de naissance et le milieu de résidence : les proportions sont de 46 % pour celles âgées de 35-49 ans contre 52 % pour les moins de 20 ans, 57 % pour les naissances de rang 1 contre 44 % pour celles de rang 6 ou plus, 80 % pour celles issues des mères résidant en milieu urbain contre 38 % pour celles du milieu rural. Il faut également signaler que la proportion de naissances assistées par du personnel formé augmente avec le niveau d'instruction de la mère, variant d'un minimum de 44 % pour les femmes sans niveau d'instruction à 72 % pour celles ayant un niveau primaire et à un maximum de 92 % pour les plus instruites. Les résultats selon les régions font apparaître des écarts : ce sont les femmes de Kidal (20 %), de Tombouctou (26 %) et de Gao (34 %) qui ont le plus fréquemment accouché sans l'assistance de personnel formé. Rappelons que c'est également dans ces régions que la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal est la plus faible (respectivement 32 %, 43 % et 58 %). Le statut socio-économique du ménage influence la qualité de l'assistance à l'accouchement. Dans les ménages du quintile le plus pauvre, 35 % des femmes ont accouché avec l'assistance de personnel formé ; dans les ménages du quintile le plus riche, cette proportion atteint 86 % dont 5 % avec l'assistance d'un médecin.

En comparant les résultats de l'EDSM-IV de 2006 à ceux de l'EDSM-III de 2001, on constate qu'au niveau national, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé est passée de 41 % à 49 % (graphique 8.3). Ainsi, on observe une légère augmentation de l'assistance à l'accouchement entre 2001 et 2006.

Graphique 8.3 Assistance à l'accouchement par du personnel de santé



Note : Assistance à l'accouchement par un médecin, une infirmière, une sage femme ou une matrone

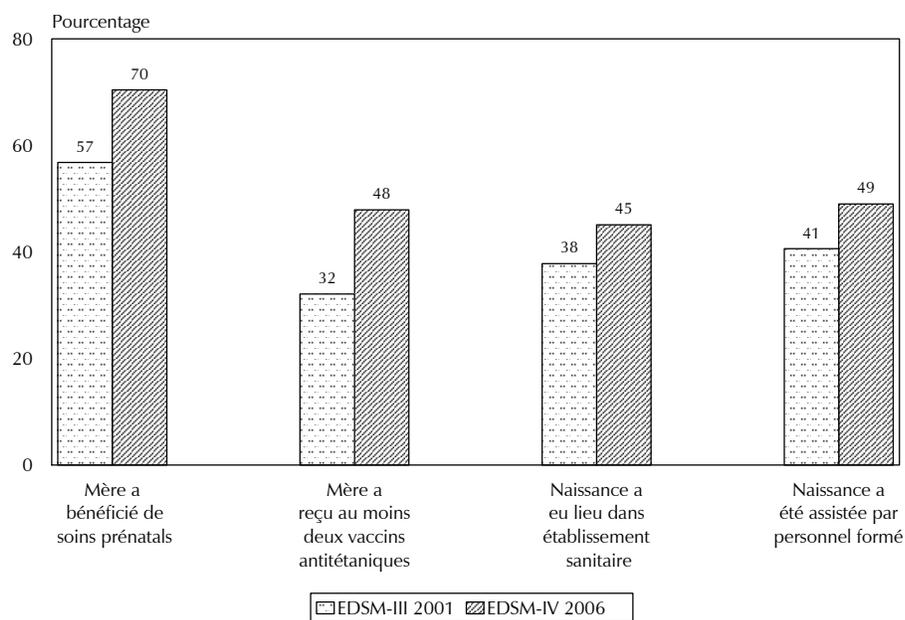
Dans 2 % des cas, les naissances se sont déroulées par césarienne. Le recours à cette intervention, bien que très faible, est plus fréquent en milieu urbain (4 %) qu'en milieu rural (1 %). Comme on pouvait s'y attendre, les césariennes sont plus fréquentes pour les naissances de premier rang (3 %) que pour les naissances de rang élevé. En dehors de Bamako (7 %), peu de naissances ont eu lieu par césarienne dans les autres régions (1 % et moins). Le recours à la césarienne est plus fréquent parmi les femmes les plus

instruites (5 % pour celles qui ont atteint le niveau primaire ou le secondaire ou plus) et parmi celles du quintile le plus riche (5 %).

Tendances

La comparaison du niveau des soins prénatals, de la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal et des conditions d'accouchement entre les différentes enquêtes montre une amélioration dans chaque composante : la proportion de femmes ayant reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique est passée de 32 % en 2001 et à 48 % en 2006 ; de même, on note au cours de la même période, une amélioration de la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals (57 % en 2001 contre 70 % en 2006), une augmentation de la proportion de naissances ayant eu lieu dans un établissement sanitaire (38 % à 45 %) ainsi qu'une augmentation de la proportion de naissances ayant été assistées par du personnel formé (41 % à 49 %) (graphique 8.4).

Graphique 8.4 Soins prénatals et conditions d'accouchement



8.3 SOINS POSTNATALS

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveaux-nés qui surviennent dans la période néonatale se produit dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. C'est pour cette raison que le programme de maternité sans risque a mis un accent particulier sur l'importance des examens postnatals, en recommandant que toutes les femmes effectuent une visite postnatale dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes dont la dernière naissance s'était déroulée en dehors d'un établissement sanitaire si, après l'accouchement, elles avaient effectué un examen postnatal et, combien de temps après l'accouchement, cet examen avait eu lieu.

Le tableau 8.7 présente la distribution des femmes n'ayant pas accouché dans un établissement sanitaire selon qu'elles ont eu ou non des soins postnatals. Environ une femme sur deux (45 %) ont accouché dans un établissement sanitaire et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui de l'enfant ont fait l'objet d'un examen avant qu'elle ne quitte l'établissement. Parmi les

femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, sept sur dix n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal (72 %). Seulement 22 % de ces femmes sont allées en consultation relativement tôt, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.

Les pourcentages de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu de soins postnatals varient légèrement en fonction de l'âge de la mère, passant de 74 % à moins de 20 ans à 69 % à 35-49 ans. Ces proportions sont, par contre, très différentes selon le milieu et la région de résidence : elles sont plus élevées en milieu rural (73 %) qu'en milieu urbain (64 %). C'est dans les régions de Kidal (97 %), Tombouctou (95 %) et de Gao (82 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire

Caractéristique	Temps écoulé avant le premier examen postnatal			NSP/ND	Aucune visite postnatale	Total ¹	Effectif
	0-2 jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement				
Âge à la naissance de l'enfant							
<20	18,7	1,9	5,0	0,0	74,4	100,0	826
20-34	21,3	1,9	4,0	0,3	72,5	100,0	3 049
35-49	24,9	0,7	5,1	0,3	69,0	100,0	899
Rang de naissance							
1	18,3	1,7	6,4	0,0	73,6	100,0	628
2-3	19,9	2,4	3,7	0,2	73,8	100,0	1 355
4-5	22,0	1,3	4,4	0,0	72,2	100,0	1 110
6+	23,8	1,4	4,2	0,4	70,2	100,0	1 679
Milieu de résidence							
Bamako	38,5	2,7	8,1	0,0	50,6	100,0	93
Autres Villes	19,8	1,0	11,3	0,8	67,1	100,0	432
Ensemble urbain	23,1	1,3	10,7	0,7	64,2	100,0	525
Rural	21,4	1,7	3,6	0,2	73,1	100,0	4 248
Région							
Kayes	15,3	2,9	3,1	0,2	78,4	100,0	794
Koulikoro	18,6	1,5	2,4	0,0	77,6	100,0	740
Sikasso	32,5	2,4	2,2	0,4	62,5	100,0	915
Ségou	34,8	1,6	6,9	0,0	56,7	100,0	817
Mopti	15,0	0,9	6,5	0,2	77,5	100,0	822
Tombouctou	3,3	0,0	2,2	0,0	94,6	100,0	317
Gao	6,9	0,6	9,7	1,3	81,5	100,0	249
Kidal	3,4	0,0	0,0	0,0	96,6	100,0	27
Bamako	38,5	2,7	8,1	0,0	50,6	100,0	93
Niveau d'instruction							
Aucun	21,5	1,7	4,2	0,2	72,4	100,0	4 471
Primaire	22,2	2,2	5,5	0,5	69,7	100,0	252
Secondaire ou plus	26,4	0,0	15,0	0,0	58,6	100,0	50
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	24,5	2,2	2,2	0,1	71,0	100,0	1 235
Second	20,4	2,0	3,6	0,2	73,8	100,0	1 200
Moyen	19,5	0,7	3,7	0,3	75,8	100,0	1 212
Quatrième	21,0	1,7	6,1	0,2	71,1	100,0	863
Le plus riche	24,4	2,0	16,0	0,7	56,9	100,0	263
Ensemble	21,5	1,7	4,4	0,2	72,2	100,0	4 773

et pour lesquelles la mère n'a pas reçu de soins postnatals ; par comparaison, à Bamako, cette proportion est de 51 %. De même, on constate que le niveau d'instruction de la mère influence le suivi postnatal puisque plus de sept mères sans instruction sur dix (72 %) n'en ont pas bénéficié contre 70 % parmi celles qui ont un niveau primaire et 59 % parmi celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Selon le quintile de bien-être économique, on observe un écart entre les quatre premiers quintiles et le plus riche dans lequel 57 % de femmes n'ont pas effectué de visite postnatale contre 71 à 76 % dans les autres.

8.4 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès de la population aux soins de santé est l'un des axes prioritaires du plan de développement sanitaire du Mali. Ainsi, au cours de l'enquête, on a cherché à connaître les types de problèmes auxquels ont été confrontées les femmes quand elles ont eu besoin de soins de santé.

Les résultats sont présentés au tableau 8.8. On constate que dans 53 % des cas, les femmes ont déclaré que le manque d'argent nécessaire pour le traitement était le principal obstacle. L'importance de ce problème augmente sensiblement avec la parité. De plus, les femmes en rupture d'union (61 %) ont signalé plus fréquemment ce problème que celles en union (53 %), et que les célibataires (49 %). Le manque d'argent a davantage affecté les femmes du milieu rural (59 %) que celles du milieu urbain (40 %). De même, les femmes de la région de Kidal (79 %) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles des autres régions, en particulier celle de Bamako (36 %). En outre, ce problème a plus souvent concerné les femmes sans instruction (57 %) que celles de niveau secondaire ou plus (27 %).

Par ailleurs, les femmes ont également cité dans 38 % des cas la distance à parcourir pour atteindre le service de santé et dans 36 % des cas, l'obligation de prendre un moyen de transport pour s'y rendre. Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents dans le milieu rural que dans le milieu urbain et ils sont d'autant plus fréquents que le niveau d'instruction est faible ou que la femme vit dans un ménage du quintile le plus pauvre. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et celles du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés, donc les moins bien équipés en biens et services.

Globalement, plus de six femmes sur dix (65 %) ont déclaré s'être heurtées à, au moins, une des difficultés citées ; ce sont les femmes du milieu rural (72 %), celles sans instruction (70 %), celles vivant dans les ménages les plus pauvres (74 %) et celles exerçant un travail non payé (68 %) qui ont le plus fréquemment rencontré une de ces difficultés pour accéder aux soins de santé.

Tableau 8.8 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir eu des problèmes pour accéder aux soins de santé quand elles étaient malades par type de problème, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Problèmes d'accès aux soins							Effectif de femmes
	Avoir la permission d'aller se faire soigner	Avoir l'argent pour le traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir y aller seule	Craint que le prestataire ne soit pas une femme	Au moins un des problèmes d'accès aux soins de santé	
Groupe d'âges								
15-19	20,5	47,3	34,6	32,3	30,5	25,1	64,2	3 104
20-34	18,4	51,0	38,0	36,1	22,3	18,5	63,4	7 273
35-49	16,1	58,9	41,8	39,2	21,9	18,4	69,1	4 206
Nombre d'enfants vivants								
0	19,3	45,8	34,1	32,6	29,9	23,5	61,6	3 345
1-2	18,6	50,8	36,3	35,0	23,2	19,9	63,6	4 276
3-4	17,8	54,4	40,3	36,9	20,8	17,8	65,7	3 466
5+	17,1	59,2	43,1	40,5	22,3	18,5	70,2	3 496
État matrimonial								
Célibataire	21,0	48,5	35,9	33,7	31,8	24,6	63,2	1 726
En union	18,0	52,7	38,9	36,4	23,0	19,4	65,4	12 365
Divorcée/séparée/veuve	13,8	61,2	35,2	39,1	19,8	15,9	68,5	491
A travaillé au cours des 12 derniers mois								
N'a pas travaillé	16,3	53,5	37,7	36,0	21,4	18,0	65,6	5 485
A travaillé pour de l'argent	18,8	51,2	38,0	35,3	24,5	21,0	63,9	6 760
A travaillé sans recevoir d'argent	20,9	54,2	41,3	39,2	28,2	21,1	68,1	2 326
Milieu de résidence								
Bamako	13,1	35,5	17,9	20,3	17,0	17,9	50,0	2 104
Autres Villes	14,0	43,1	19,8	21,2	15,2	15,2	52,4	2 814
Ensemble urbain	13,7	39,8	19,0	20,8	15,9	16,3	51,4	4 918
Rural	20,5	59,0	48,2	44,0	28,0	21,7	72,3	9 665
Région								
Kayes	19,4	45,7	34,8	30,9	24,6	16,5	57,5	1 886
Koulikoro	11,3	54,4	36,2	31,6	19,8	13,8	67,2	2 352
Sikasso	29,6	57,9	53,4	49,0	34,1	31,9	72,2	2 392
Ségou	19,9	49,7	36,2	35,8	27,8	22,4	65,9	2 388
Mopti	16,6	60,7	45,6	43,6	21,3	15,3	69,9	2 036
Tombouctou	18,1	66,4	46,2	39,3	19,5	16,4	74,9	720
Gao	13,9	67,6	41,5	44,4	18,8	21,6	74,2	655
Kidal	5,5	79,3	71,7	71,7	46,1	42,6	86,4	50
Bamako	13,1	35,5	17,9	20,3	17,0	17,9	50,0	2 104
Niveau d'instruction								
Aucun	19,7	57,4	42,5	40,0	25,2	20,9	69,5	11 410
Primaire	15,6	42,5	29,1	28,5	22,3	19,1	57,3	1 668
Secondaire ou plus	9,5	26,8	17,2	16,2	16,4	13,5	41,2	1 505
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	20,4	59,6	50,2	45,0	29,2	22,2	73,8	2 675
Second	20,7	61,4	48,7	43,8	26,8	20,7	73,8	2 803
Moyen	21,3	61,3	49,5	46,3	28,4	22,2	73,7	2 774
Quatrième	17,5	53,3	31,8	32,1	21,4	18,9	63,3	2 864
Le plus riche	12,7	32,2	17,4	18,6	16,1	16,5	46,4	3 467
Ensemble	18,2	52,5	38,4	36,2	23,9	19,9	65,2	14 583

Note : Y compris 13 cas pour lesquels la situation par rapport à l'emploi est non déterminée.

8.5 CONNAISSANCE DE LA FISTULE

La fistule obstétricale est une lésion du périnée qui, selon les Nations Unies, touche plus de 2 millions de femmes dans le monde, en particulier dans les pays où la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive restent limitées. Causée par un accouchement prolongé, une grossesse précoce, la fistule obstétricale a, entre autres, pour conséquence l'incontinence urinaire chronique. À la douleur physique, s'ajoute l'humiliation et ses conséquences sociales tragiques. Les femmes sont rejetées par la société et abandonnées par leur mari. Les moyens pour prévenir ce problème existent : le report de l'âge au mariage, l'élargissement de l'accès aux services de planification familiale, aux soins prénatals et aux soins obstétricaux d'urgence comptent parmi les plus importants et s'inscrivent dans une stratégie plus large de maternité à moindre risque.

Lors de l'EDSM-IV 2006, des questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans pour évaluer leur connaissance de la fistule obstétricale, plus précisément sur les causes, les signes et les moyens de prévention. En outre, on a cherché à obtenir la proportion de femmes affectées par ce problème ou qui en avaient déjà souffert. La fin de ce chapitre est consacrée à la présentation de ces résultats.

Le tableau 8.9 présente tout d'abord le pourcentage de femmes qui ont entendu parler de cette maladie. On constate que parmi les femmes de 15-49 ans, seulement 16 % ont déclaré avoir entendu parler de cette maladie.

Cette connaissance varie selon les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques de la femme. La proportion des femmes qui connaissent la fistule augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 10 % chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 23 % chez celles de 40-44 ans. Selon l'état matrimonial, on constate que ce sont les femmes en rupture d'union (21 %) qui ont déclaré le plus fréquemment connaître la fistule. Le pourcentage est de 17 % parmi les femmes en union et de 10 % parmi les célibataires. En outre, on note que la proportion des femmes qui connaissent la fistule est plus élevée en milieu urbain (22 %) qu'en milieu rural (14 %) et à Bamako (23 %) que dans les Autres Villes (21 %). On note aussi des disparités entre régions, la proportion variant d'un minimum de 0,1 % à Kidal et de 6 % à Gao à un maximum de 23 % à Bamako. La proportion de femmes qui connaissent la fistule augmente avec le niveau d'instruction des femmes : environ trois femmes sur dix (27 %) ayant un niveau secondaire ou plus contre près de deux femmes sur dix (17 %) qui ont un niveau primaire et 15 % de celles n'ayant aucune instruction. Cette proportion augmente aussi selon le nombre d'enfants nés vivants : de 14 % chez les femmes qui n'ont pas d'enfant ou qui en ont un, elle passe à 18 % chez celles qui en ont au moins six. Les résultats montrent enfin que la proportion de femmes qui connaissent la fistule augmente selon l'indice du bien-être économique : d'un minimum de 12 % parmi les femmes qui vivent dans les ménages les plus pauvres, elle atteint un maximum de 25 % chez celles qui vivent dans les ménages les plus riches.

Tableau 8.9 Connaissance et prévalence de la fistule obstétricale

Pourcentage de femmes qui ont entendu parler de la fistule, pourcentage de celles qui ont déjà eu une fistule et, parmi les femmes qui ont entendu parler de la fistule, pourcentage de celles qui peuvent en identifier les causes et les signes, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage qui ont entendu parler de la fistule	Pourcentage qui ont déjà eu une fistule	Effectif de 15-49 ans	Parmi les femmes qui ont entendu parler de la fistule:			
				Pourcentage qui en connaissent les causes	Pourcentage qui en connaissent les signes	Pourcentage qui savent que la maladie peut être guérie	Effectif de femmes qui connaissent la fistule
Groupe d'âges							
15-19	10,3	0,0	3 104	57,5	99,8	72,3	319
20-24	14,6	0,1	2 678	64,0	97,8	64,4	390
25-29	15,5	0,1	2 625	71,0	97,5	60,0	407
30-34	18,1	0,1	1 971	61,6	98,3	65,5	356
35-39	20,1	0,4	1 688	76,2	98,8	65,3	340
40-44	23,1	0,2	1 354	71,4	98,7	61,1	313
45-49	22,3	0,4	1 163	68,0	98,1	58,1	260
État matrimonial							
Célibataire	9,5	0,0	1 726	55,2	99,0	84,2	164
En union	17,1	0,2	12 365	68,0	98,3	62,0	2 116
Divorcée/séparée/veuve	21,1	0,0	491	68,5	99,0	69,6	104
Milieu de résidence							
Bamako	23,3	0,1	2 104	73,1	97,8	66,6	489
Autres Villes	20,7	0,1	2 814	63,1	99,7	68,5	581
Ensemble urbain	21,8	0,1	4 918	67,7	98,8	67,6	1 071
Rural	13,6	0,2	9 665	66,7	98,0	60,8	1 314
Région							
Kayes	21,8	0,3	1 886	72,3	98,8	66,4	411
Koulikoro	10,3	0,2	2 352	74,2	99,0	57,6	242
Sikasso	17,5	0,4	2 392	69,7	99,3	52,3	418
Ségou	15,2	0,1	2 388	67,5	98,2	65,1	363
Mopti	17,6	0,0	2 036	45,9	97,9	73,0	359
Tombouctou	9,1	0,0	720	62,1	95,0	65,2	65
Gao	5,5	0,0	655	66,4	98,8	67,5	36
Kidal	0,1	0,0	50	*	*	*	0
Bamako	23,3	0,1	2 104	73,1	97,8	66,6	489
Niveau d'instruction							
Aucun	14,8	0,1	11 410	64,3	98,0	62,6	1 690
Primaire	16,9	0,4	1 668	62,1	98,8	65,2	283
Secondaire ou plus	27,4	0,0	1 505	82,0	99,6	68,2	412
Nombre d'enfants nés vivants							
0-1	13,9	0,0	4 810	62,1	98,8	67,8	666
2-3	16,8	0,3	3 223	68,2	97,8	64,6	541
3-5	18,2	0,1	2 606	74,2	98,1	63,8	475
6 ou plus	17,8	0,2	3 944	66,3	98,6	59,6	701
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	11,8	0,3	2 675	65,2	99,9	53,9	316
Second	12,9	0,1	2 803	71,8	99,1	63,7	362
Moyen	13,1	0,2	2 774	62,5	97,9	63,7	363
Quatrième	16,7	0,1	2 864	64,6	96,9	60,5	479
Le plus riche	24,9	0,1	3 467	69,2	98,5	69,6	864
Ensemble	16,3	0,2	14 583	67,1	98,4	63,9	2 384

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Par ailleurs, parmi les femmes qui connaissent la fistule, on dispose des proportions de celles qui en connaissent les causes, les signes et la possibilité de guérir la maladie. Au niveau national, on constate que ces proportions sont très élevées : en effet, 67 % des femmes ont déclaré connaître les causes de cette maladie ; 98 % en connaissent les signes et une proportion un peu plus faible (64 %) savent que la maladie peut-être guérie. Ces trois proportions varient légèrement selon l'état matrimonial des

femmes : en effet, elles sont plus élevées chez les femmes en rupture d'union (au moins 69 % en connaissent les causes et 99 % les signes et 70 % savent que c'est guérissable). En fonction du milieu de résidence, il semble que les femmes des Autres Villes connaissent un peu plus fréquemment que les autres les signes et la possibilité de guérir la maladie (respectivement, 99 % et 69 %). En outre, on note des proportions très élevées de femmes qui connaissent les causes, les signes et la possibilité de guérir la maladie, dans la région de Koulikoro (74 % en connaissent les causes et 99 % en connaissent les signes). Par contre, c'est dans la région de Mopti, que l'on note les proportions les plus élevées de femmes qui savent qu'il existe des solutions à cette maladie (73 %). Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où à Mopti, il existe un centre d'accueil et de réinsertion pour les femmes souffrant de fistule, situé à proximité de l'hôpital où les femmes peuvent recevoir un traitement. Les résultats montrent aussi que les femmes les plus instruites ont une meilleure connaissance de la maladie que les autres. Enfin, on constate que les disparités sont peu importantes avec le nombre d'enfants en ce qui concerne la connaissance des signes, les causes et la possibilité de guérison. Les résultats selon le quintile de bien-être font apparaître des variations qui sont peu importantes.

Le tableau 8.9 présente également la proportion de femmes qui souffrent de cette maladie ou qui en ont souffert. À la lecture de ces résultats, on constate que la fistule n'est pas une maladie très répandue au Mali puisque sur les 14 583 femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été interrogées, seulement 0,2 %, soit environ 23 femmes, ont déclaré qu'elles ont ou qu'elles avaient déjà eu une fistule. La faiblesse de l'effectif ne permet pas d'interpréter les variations selon les caractéristiques sociodémographiques. Précisons que dans le cas où un nombre important de femmes souffrant de fistule était hospitalisé ou ne vivait plus dans leur ménage au moment de l'enquête, la « prévalence » pourrait être légèrement sous estimée puisque les hôpitaux ou les centre d'accueil ne sont pas enquêtés.

8.6 CONNAISSANCE DES MOYENS DE PRÉVENTION

On a demandé aux femmes qui avaient déclaré connaître la fistule si elles connaissaient certains moyens de prévention de la maladie lorsque la femme n'était pas enceinte. Des questions ont été également posées sur la connaissance des moyens de prévention au cours de la grossesse. Le tableau 8.10 présente ces résultats au niveau national et selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la femme.

On constate, au niveau national, que la majorité des femmes maliennes connaissent les moyens de prévention de la fistule, que ce soit ou non en cas de grossesse (85 % en dehors de la grossesse et 87 % au cours de la grossesse). Dans 73 % des cas, les femmes ont déclaré qu'il fallait éviter les mariages précoces, 69 % ont déclaré qu'il fallait encourager la scolarisation ; pour 77 % d'entre elles, il faut éviter les grossesses précoces. Dans 74 % des cas, les femmes ont aussi cité les grossesses trop rapprochées.

En ce qui concerne les moyens d'éviter cette maladie au cours de la grossesse, environ huit femmes sur dix (83 %) ont déclaré qu'il fallait faire des visites prénatales et 81 % ont déclaré qu'il fallait accoucher dans un établissement de santé. Pour 78 % des femmes, il faut effectuer des soins postnatals. La participation à des séances de planification familiale constitue un moyen de prévention pour 62 % des femmes. Dans des proportions plus faibles, les femmes ont déclaré qu'il fallait éviter les travaux pénibles (62 %) et les médicaments traditionnels (54 %).

Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques sont peu importantes. Tout au plus peut-on souligner que parmi les plus jeunes de 15-19 ans (79 % et 80 %) et surtout celles de la région de Mopti (respectivement, 63 % et 64 %), les proportions de celles qui connaissent un moyen de prévention, en dehors ou au cours de la grossesse, sont légèrement plus faibles que la moyenne nationale (85 % et 87 %).

Tableau 8.10. Moyens de prévention de la fistule obstétricale

Pourcentage de femmes qui connaissent différents moyens d'éviter la fistule et pourcentage de celles qui savent comment prévenir la maladie au cours de la grossesse, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali, 2006

Caractéristique	Pourcentage de femmes qui connaissent différents moyens d'éviter la fistule au cours de la grossesse					Pourcentage de femmes qui connaissent différents moyens d'éviter la fistule au cours de la grossesse					Effectif de femmes qui connaissent la fistule au cours de la grossesse		
	Éviter mariage précoce	Encourager scolarisation	Éviter grossesse précoce	Éviter grossesses nombruses	Éviter grossesses rapprochées	Connaissent au moins un moyen d'éviter la fistule	Aller en consultations prénatales	Accoucher dans un établissement de santé	Aller en consultations post-natales	Participer aux séances de planification familiale		Éviter les convalescences durs	Éviter les médicaments traditionnels
Groupe d'âges													
15-19	61,5	69,7	71,7	61,5	62,8	79,4	76,2	77,6	72,5	55,4	54,3	46,4	80,4
20-24	82,1	74,6	82,0	76,7	78,3	90,4	86,7	80,4	82,7	63,9	67,0	61,0	91,1
25-29	75,4	71,8	82,0	74,4	76,0	88,6	80,4	79,6	75,9	65,9	66,7	54,3	90,4
30-34	74,0	66,9	76,7	68,8	75,4	85,0	78,9	77,6	72,8	58,0	58,2	51,2	81,5
35-39	77,8	71,5	78,7	75,7	81,0	91,1	89,9	88,8	84,2	66,2	61,7	57,5	92,3
40-44	63,2	59,8	70,4	62,7	68,0	75,8	81,3	82,8	77,0	59,6	60,3	51,5	84,8
45-49	71,2	68,9	73,1	68,9	71,0	84,2	83,8	81,4	78,2	63,9	62,4	55,3	86,2
État matrimonial													
Célibataire	74,0	76,3	77,4	75,4	74,5	84,0	80,5	82,8	75,9	67,1	66,1	47,6	85,0
Marié ou vivant ensemble	72,3	68,6	76,7	69,6	73,4	85,3	82,6	80,9	77,7	61,2	61,1	54,3	87,1
Divorcée/séparée/veuve	78,9	74,1	80,1	75,1	77,6	87,2	82,9	82,2	79,8	69,7	68,1	60,2	86,5
Milieu de résidence													
Bamako	76,3	72,8	80,1	73,6	74,6	89,3	89,1	88,6	85,2	65,4	62,0	57,5	92,4
Autres villes	71,0	67,4	74,9	66,6	71,9	80,5	75,6	70,4	73,3	55,2	65,7	49,3	80,0
Ensemble urbain	73,5	69,9	77,3	69,8	73,1	84,5	81,8	78,8	78,8	59,8	64,0	53,1	85,7
Rural	72,1	68,9	76,5	70,7	74,1	86,0	83,1	83,0	76,8	63,8	60,0	54,9	87,9
Région													
Kayes	66,1	58,0	73,8	65,6	70,2	83,2	78,1	73,4	77,2	51,3	49,2	44,8	84,0
Koulikoro	80,3	79,0	83,0	75,6	77,8	89,2	85,6	86,9	81,5	68,8	64,6	55,4	88,4
Sikasso	85,8	87,6	90,0	87,4	89,1	96,2	96,3	95,0	90,9	85,1	75,9	72,7	98,0
Ségou	74,3	70,1	75,8	73,0	76,9	89,1	85,9	88,3	74,8	65,4	68,6	61,2	92,0
Mopti	52,9	51,1	58,4	45,8	52,5	62,7	57,7	52,0	54,8	35,5	52,0	32,4	64,3
Tombouctou	75,6	57,9	71,1	61,4	68,5	89,5	81,8	83,5	70,5	54,0	50,8	36,2	88,4
Gao	72,9	70,3	77,6	76,3	78,9	81,3	75,1	78,7	72,9	68,4	68,1	65,9	78,7
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Bamako	76,3	72,8	80,1	73,6	74,6	89,3	89,1	88,6	85,2	65,4	62,0	57,5	92,4
Niveau d'instruction													
Aucun	71,1	68,3	75,6	68,8	73,3	84,6	80,0	77,9	74,3	60,8	59,9	52,9	84,7
Primaire	75,0	72,0	79,7	75,0	75,1	87,2	85,8	87,0	84,5	64,3	62,1	56,7	90,9
Secondaire ou plus	77,8	71,5	79,9	72,9	74,2	87,0	90,3	90,0	86,9	65,2	69,2	57,2	93,2
Nombre d'enfants nés vivants													
0-1	71,8	73,2	78,1	69,2	72,0	86,5	83,4	83,1	78,5	63,5	62,2	55,4	87,2
2-3	77,9	69,9	80,1	75,7	76,5	89,2	88,0	82,8	82,7	65,2	65,5	60,0	91,7
3-5	74,4	64,8	76,4	67,4	74,1	85,1	78,2	77,3	74,4	54,1	59,4	45,2	85,6
6 ou plus	68,5	68,2	73,4	69,0	72,7	81,3	80,3	80,4	75,2	63,4	60,1	54,3	83,9
Quantile du bien-être économique													
Le plus pauvre	74,4	75,5	78,0	74,0	77,0	85,8	87,0	84,2	80,9	69,3	66,7	58,1	89,2
Second	73,3	69,6	77,7	73,3	75,8	87,4	84,0	84,5	78,5	68,1	63,6	60,2	88,4
Moyen	71,3	67,9	72,0	67,4	70,7	85,0	79,6	80,4	73,2	59,2	56,7	52,7	86,7
Quatrième	71,4	66,3	78,6	63,1	71,0	86,3	75,2	76,3	69,1	53,3	55,2	46,4	82,9
Le plus riche	73,2	69,3	77,1	72,8	74,2	83,8	85,4	81,4	82,8	62,8	65,0	54,9	87,8
Ensemble	72,7	69,3	76,9	70,3	73,6	85,3	82,5	81,1	77,7	62,0	61,8	54,1	86,9

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Dr Salif Samake et Dr Etienne Dembele

Au cours de la quatrième enquête démographique et de santé, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, les informations pouvant permettre une évaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois. Les données permettent en outre d'évaluer la prévalence des principales maladies des enfants (IRA, fièvre et diarrhée) ainsi que la proportion d'enfants malades qui ont reçu un traitement. Ce chapitre est consacré à la présentation de ces résultats.

9.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Le tableau 9.1 présente la répartition des enfants dont on connaît le poids à la naissance. Globalement, on connaît le poids à la naissance des enfants dans 27 % des cas. Cependant, cette proportion est beaucoup plus faible, en milieu rural (16 %), parmi ceux dont la mère n'a aucune instruction (22 %), ceux des ménages des trois quintiles les plus pauvres (15 % pour les deux plus pauvres et 16 % pour le quintile moyen). À l'exception de la capitale Bamako où l'on dispose du poids à la naissance pour 75 % des enfants, dans les autres régions, au moins 74 % des enfants n'ont pas été pesés. En dehors de la région de Kidal où le faible effectif de naissances vivantes ayant été pesées ne permet pas de tirer de conclusions, ce sont les régions de Gao et Tombouctou qui détiennent la proportion la plus élevée d'enfants qui n'ont pas été pesés (85 % et 84 %). Les résultats montrent que parmi les enfants dont on connaît le poids à la naissance, 86 % pesaient au moins 2,5 kg. C'est dans les régions de Mopti et Tombouctou que la proportion d'enfants de faible poids à la naissance est la plus élevée (21 % dans les deux cas). Cette proportion est moins élevée à Bamako (11 %) et à Koulikoro (9 %). Mais on ne note pas de différence entre le milieu rural et les Autres Villes (16 %). De même, l'âge de la mère à la naissance influe sur le poids de l'enfant puisque parmi ceux dont la mère avait moins de 20 ans à la naissance, 17 % étaient de faible poids contre 14 % quand celle-ci avait entre 20 et 34 ans. Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère ne mettent pas en évidence des disparités importantes : la proportion d'enfants de faible poids à la naissance et dont la mère n'a aucune instruction est quasiment identique à celle des enfants dont la mère a un niveau au moins secondaire (respectivement 15 % et 16 %). Les variations entre les quintiles de bien-être économique sont irrégulières et peu importantes : c'est dans le quintile moyen que l'on note la proportion la plus élevée d'enfants de faible poids à la naissance (21 %).

Par ailleurs, à la question très subjective : « Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? », les mères ont répondu dans 79 % des cas que l'enfant était moyen ou plus gros que la moyenne. Dans 13 % des cas, elles ont déclaré qu'il était plus petit que la moyenne et, enfin dans 6 % des cas, qu'il était très petit. Ce sont les femmes des régions de Gao (16 %) de Tombouctou (14 %) ainsi que celles du quatrième quintile (8 %) qui ont déclaré le plus fréquemment que leur enfant était très petit à la naissance.

Tableau 9.1 Caractéristiques des naissances

Proportion des naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête dont le poids à la naissance a été déclaré, répartition (en %) des naissances dont le poids à la naissance a été déclaré par poids à la naissance, et répartition (en %) de toutes les naissances vivantes des cinq dernières années ayant précédé l'enquête par grosseur de l'enfant estimée par la mère, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de naissances dont le poids à la naissance a été déclaré	Effectif de naissances ¹	Parmi les naissances dont le poids a été déclaré, répartition (en %) du poids à la naissance			Effectif de naissances dont on connaît le poids	Répartition (en %) de toutes les naissances par grosseur de l'enfant à la naissance					Effectif de naissances ¹
			Moins de 2,5 kg	2,5 kg ou plus	Total		Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	NSP/ND	Total	
Âge de la mère à la naissance de l'enfant												
<20	26,3	2 901	17,0	83,0	100,0	763	5,8	15,8	75,1	3,2	100,0	2 901
20-34	28,0	9 494	13,5	86,5	100,0	2 659	5,9	12,3	79,4	2,4	100,0	9 494
35-49	23,2	2 026	15,3	84,7	100,0	470	5,7	12,2	79,9	2,1	100,0	2 026
Rang de naissance												
1	31,0	2 536	18,8	81,2	100,0	785	7,6	16,3	73,0	3,1	100,0	2 536
2-3	30,2	4 412	11,4	88,6	100,0	1 334	4,8	11,2	81,8	2,2	100,0	4 412
4-5	26,1	3 365	13,5	86,5	100,0	877	6,2	13,0	78,6	2,2	100,0	3 365
6+	21,8	4 107	15,9	84,1	100,0	895	5,7	12,8	78,8	2,7	100,0	4 107
Milieu de résidence												
Bamako	74,8	1 525	11,1	88,9	100,0	1 141	3,6	10,4	84,0	2,0	100,0	1 525
Autres Villes	46,5	2 366	16,0	84,0	100,0	1 099	8,0	15,8	74,9	1,3	100,0	2 366
Ensemble urbain	57,6	3 891	13,5	86,5	100,0	2 240	6,3	13,7	78,5	1,5	100,0	3 891
Rural	15,7	10 529	15,7	84,3	100,0	1 651	5,7	12,7	78,7	2,9	100,0	10 529
Région												
Kayes	25,7	1 979	16,3	83,7	100,0	509	7,7	12,1	78,8	1,4	100,0	1 979
Koulikoro	19,5	2 612	9,2	90,8	100,0	510	3,5	9,5	81,4	5,6	100,0	2 612
Sikasso	24,0	2 679	14,9	85,1	100,0	642	2,0	9,8	84,7	3,6	100,0	2 679
Ségou	21,0	2 468	18,0	82,0	100,0	517	5,7	15,0	78,2	1,1	100,0	2 468
Mopti	20,1	1 848	20,5	79,5	100,0	372	8,9	15,7	74,5	0,9	100,0	1 848
Tombouctou	16,2	662	20,9	79,1	100,0	107	14,2	20,2	64,3	1,3	100,0	662
Gao	15,1	602	18,4	81,6	100,0	91	15,5	28,5	54,9	1,1	100,0	602
Kidal	4,8	46	*	*	100,0	2	0,4	6,4	92,7	0,6	100,0	46
Bamako	74,8	1 525	11,1	88,9	100,0	1 141	3,6	10,4	84,0	2,0	100,0	1 525
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	22,2	12 334	15,1	84,9	100,0	2 733	6,2	12,9	78,2	2,7	100,0	12 334
Primaire	47,1	1 452	11,1	88,9	100,0	683	3,9	13,2	80,9	2,1	100,0	1 452
Secondaire ou plus	74,9	634	15,5	84,5	100,0	475	4,3	14,1	81,1	0,5	100,0	634
Quintile du bien-être économique												
Le plus pauvre	14,8	2 958	12,7	87,3	100,0	437	3,9	11,1	81,0	4,0	100,0	2 958
Second	14,5	2 985	14,0	86,0	100,0	434	5,9	13,7	77,2	3,1	100,0	2 985
Moyen	16,3	3 025	20,6	79,4	100,0	493	6,3	13,8	77,5	2,3	100,0	3 025
Quatrième	29,3	2 939	14,4	85,6	100,0	860	8,1	14,0	76,4	1,5	100,0	2 939
Le plus riche	66,3	2 514	13,2	86,8	100,0	1 667	4,8	12,2	81,6	1,5	100,0	2 514
Ensemble	27,0	14 420	14,4	85,6	100,0	3 891	5,9	13,0	78,6	2,5	100,0	14 420

¹ Les données de Kidal portent sur 293 cas (naissances) non pondérés.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (22 naissances).

9.2 VACCINATION DES ENFANTS

Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). À ceux-ci s'ajoute le vaccin contre la fièvre jaune, en dose unique. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère quand ce dernier n'était pas disponible ou n'existait pas. Le tableau 9.2 présente les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, devraient être correctement et complètement vaccinés.

Tableau 9.2 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provient d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, EDSM-IV Mali 2006

Source d'information	BCG	DTCoq			Polio ¹				Rougeole	Tous ² les vaccins	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3				
Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête												
Carnet de vaccination	53,9	59,8	56,7	52,6	43,9	59,6	56,7	52,8	48,6	42,2	0,0	1 597
Déclaration de la mère	22,8	23,3	19,7	15,0	12,6	25,5	20,1	9,0	19,8	6,0	12,4	1 028
Les deux sources	76,7	83,1	76,4	67,6	56,5	85,1	76,9	61,9	68,4	48,2	12,5	2 626
Vacciné avant l'âge de 12 mois³												
	75,1	80,2	72,0	61,9	55,7	82,1	72,6	56,6	59,1	41,8	14,8	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).

³ Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, on suppose que la proportion de vaccinations reçues durant la première année est la même que celle observée pour les enfants ayant un carnet de vaccination.

L'analyse de ces données montre que 48 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les deux sources d'information.

Selon les deux sources, on constate que 77 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG (donné en principe à la naissance) et 75 % avaient reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. Plus de huit enfants sur dix (83 %) ont reçu la première dose de DTCoq, mais cette couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses. En effet, de 83 % pour la première dose, la proportion passe à 76 % pour la deuxième dose et à seulement 68 % pour la troisième dose. Ainsi, pour ce vaccin, le taux de déperdition¹ entre la première et la deuxième dose est de 8 % et il est de 19 % entre la première et la troisième dose.

En ce qui concerne le vaccin de la polio, on constate aussi des variations selon la dose : 85 % ont reçu la première dose de polio mais cette proportion diminue ensuite avec les doses et moins des deux tiers des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses de polio (62 %). Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de polio est donc de 27 %.

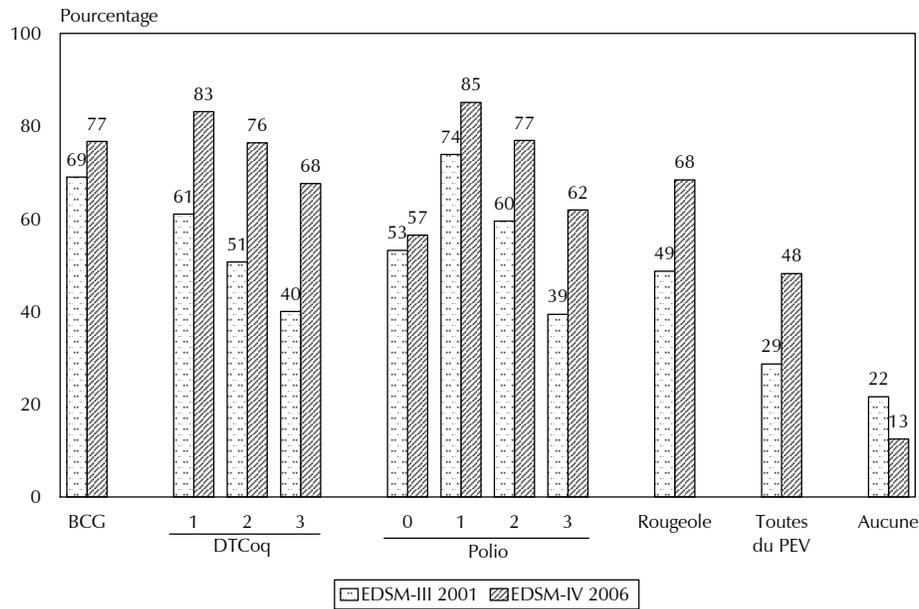
En outre, seulement un peu plus de deux enfants sur trois (68 %) ont été vaccinés contre la rougeole.

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 42 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois. À l'inverse, 15 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

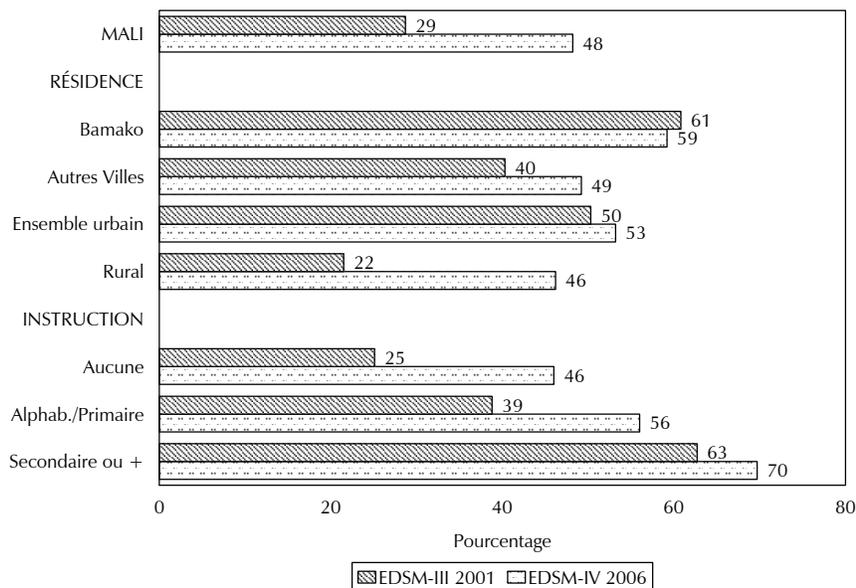
¹ Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Un moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des deux enquêtes précédentes (graphique 9.1 et graphique 9.2). On constate que c'est principalement au cours des dernières années que la couverture vaccinale a enregistré une amélioration : la proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV, qui était de 31 % en 1995-1996, et de 29 % en 2001 a augmenté pour atteindre 48 % en 2006. En revanche, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination continue de chuter de façon importante, passant de 23 % en 1995-1996 à 22 % en 2001 pour atteindre 13 % en 2006.

Graphique 9.1 Couverture vaccinale par type de vaccin (enfants de 12-23 mois), EDSM-III et EDSM-IV



Graphique 9.2 Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés



Le tableau 9.3 et le graphique 9.3 présentent également la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne le sexe de l'enfant, on constate que la couverture vaccinale est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles (52 % contre 45 %). En fonction du rang de naissance, on note que la proportion d'enfants vaccinés varie de manière irrégulière. Par contre, les enfants du milieu urbain sont plus fréquemment vaccinés que ceux du milieu rural (53 % contre 46 %). De même, la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins présente des variations importantes selon les régions de résidence : on constate que c'est à Bamako (59 %) et dans les régions de Koulikoro et Ségou (58 % dans chaque) qu'elle est la plus élevée. Il faut cependant souligner qu'à Bamako, la couverture vaccinale est restée

Tableau 9.3 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	BCG	DTCoq			Polio ¹			Rougeole	Tous ² les vaccins	Aucune vaccination	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants	
		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	9,9	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
Rang de naissance													
1	76,9	81,5	74,7	67,4	56,8	83,6	76,1	60,6	65,0	45,1	12,4	59,0	472
2-3	78,9	85,4	79,0	70,3	59,9	86,3	79,7	63,5	70,7	49,9	10,9	62,3	802
4-5	73,0	79,7	73,9	64,3	51,6	82,7	73,4	58,1	66,0	45,4	15,6	57,1	620
6+	77,3	84,3	76,7	67,5	56,8	86,9	77,1	64,2	70,2	50,8	11,6	63,5	732
Milieu de 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	12,1	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	9,0	61,8	754
Rural	72,3	81,0	73,2	64,3	49,2	83,8	74,3	60,7	65,5	46,2	13,8	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	13,2	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	10,8	70,1	483
Ségou	84,1	88,3	79,0	73,7	69,0	88,6	79,4	67,2	76,8	57,5	8,9	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 de la mère													
Aucun	74,5	81,5	74,4	65,2	53,8	84,0	75,1	60,7	66,1	46,0	13,6	60,3	2 240
Primaire	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	3,3	67,4	145
Quintile du bien-être économique													
Le plus pauvre	72,9	82,2	74,2	65,1	46,1	83,6	75,4	61,4	67,5	48,6	13,8	62,8	486
Second	72,1	79,6	71,2	61,8	48,6	82,6	72,8	57,5	64,5	43,5	14,0	58,6	534
Moyen	73,7	82,1	75,6	67,9	51,6	85,5	76,0	63,7	66,4	48,9	13,0	61,6	581
Quatrième	76,7	82,3	76,3	66,6	60,2	84,1	76,0	61,2	66,9	45,0	13,6	58,8	552
Le plus riche	89,6	89,9	85,5	77,4	77,7	90,1	85,1	65,9	78,1	56,2	7,3	62,8	473
Ensemble	76,7	83,1	76,4	67,6	56,5	85,1	76,9	61,9	68,4	48,2	12,5	60,8	2 626

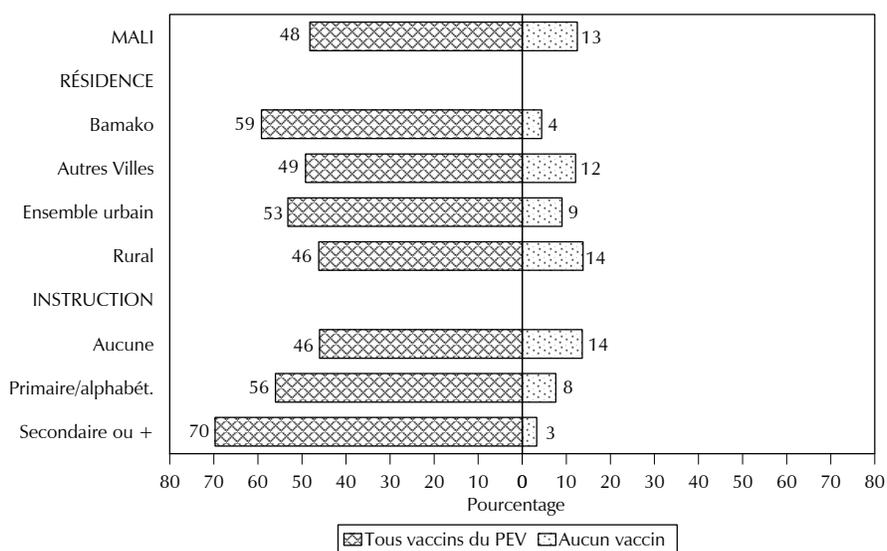
¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

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 (43 enfants).

quasi stationnaire, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 61 % en 2001 à 59 % en 2006. Par ailleurs, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin diminue avec le niveau d'instruction de la mère : elle varie de 14 % parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 3 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Si les résultats selon le bien-être économique du ménage ne font pas apparaître d'écarts significatifs dans les quatre premiers quintiles, on constate cependant que la couverture vaccinale est bien meilleure dans le quintile le plus riche où seulement 7 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin contre environ deux fois plus dans les autres quintiles.

Graphique 9.3 Pourcentage d'enfants de 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination



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

EDSM-IV 2006

9.3 MALADIES DES ENFANTS

9.3.1 Infections respiratoires aiguës et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA), et particulièrement la pneumonie, constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide. Par ailleurs, la fièvre peut être un symptôme important de nombreuses maladies. C'est pourquoi au cours de l'EDSM-IV, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d'IRA ou ayant eu de la fièvre, on a cherché à connaître le pourcentage de ceux qui avaient été conduits en consultation.

Infections respiratoires aiguës

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'environ 6 % ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide (tableau 9.4). C'est chez les enfants de 6-11 mois (8 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. On ne note pas d'écart entre les sexes (6 % chez les garçons

et 5 % chez les filles), ni entre les milieux de résidence (6 % en milieu rural contre 5 % en milieu urbain), ni en fonction du niveau de vie. On constate une très légère variation entre les niveaux d'instruction, la prévalence passant de 6 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction à 7 % pour ceux dont elle a le niveau secondaire ou plus (graphique 9.4).

Du point de vue régional, on note que c'est dans la capitale Bamako que la prévalence des IRA est la plus élevée (8 %), suivie des régions de Kayes (8 %) et de Sikasso (7 %).

Le tableau 9.4 présente les proportions d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA pour lesquels un traitement a été recherché. On constate que pour seulement 38 % des enfants malades, on a recherché un traitement dans un centre de santé auprès d'un prestataire. Les enfants de 48-59 mois sont ceux qui ont été les plus fréquemment traités quand ils étaient malades (45 %). Il n'y a pratiquement pas d'écart entre les sexes : 39 % pour les garçons contre 37 % pour les filles.

La fréquentation des établissements sanitaires par les enfants ayant souffert d'IRA est beaucoup plus importante en milieu urbain (51 %) qu'en milieu rural (34 %), cela du fait d'une plus grande disponibilité des infrastructures sanitaires et d'une plus grande accessibilité en ville qu'en milieu rural. Du point de vue régional, on remarque que les enfants de la capitale Bamako sont ceux qui ont été les plus fréquemment conduits dans des établissements sanitaires (53 %). On constate, par ailleurs, que ce sont les enfants des femmes les plus instruites qui sont les plus fréquemment conduits en consultation : 64 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus contre 53 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et seulement 34 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction. En outre, les enfants des ménages les plus riches ont plus fréquemment reçu un traitement quand ils étaient malades que ceux des autres ménages (60 % pour le quintile le plus riche contre 30 % pour le quintile moyen et 28 % pour le quintile le plus pauvre).

Tableau 9.4 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Enfants de moins de cinq ans		Enfants ayant présenté des symptômes d'IRA :	
	Pourcentage d'enfants avec des symptômes d'IRA	Effectif d'enfants ¹	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement	Effectif
Âge en mois				
<6	6,3	1 477	35,2	94
6-11	8,1	1 332	37,6	108
12-23	7,1	2 626	38,5	186
24-35	5,6	2 397	37,0	133
36-47	4,6	2 358	36,5	108
48-59	3,3	2 334	45,4	77
Sexe				
Masculin	5,9	6 342	39,3	375
Féminin	5,4	6 181	36,7	331
Milieu de résidence				
Bamako	8,2	1 417	52,6	117
Autres Villes	3,4	2 109	47,3	71
Ensemble urbain	5,3	3 526	50,6	188
Rural	5,8	8 997	33,5	518
Région				
Kayes	7,7	1 772	39,0	136
Koulikoro	3,8	2 209	26,0	83
Sikasso	7,3	2 289	30,3	167
Ségou	5,4	2 085	41,0	112
Mopti	3,7	1 588	44,3	59
Tombouctou	2,2	573	*	12
Gao	3,5	547	(34,0)	19
Kidal	0,7	44	*	0
Bamako	8,2	1 417	52,6	117
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	5,6	10 641	34,4	592
Primaire	5,6	1 287	53,4	72
Secondaire ou plus	7,0	596	64,2	42
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	5,5	2 517	27,8	139
Second	6,6	2 537	31,6	167
Moyen	5,2	2 617	29,8	136
Quatrième	5,2	2 548	43,3	132
Le plus riche	5,7	2 305	60,4	132
Ensemble	5,6	12 523	38,1	706

¹ Les données de Kidal portent sur 286 cas (enfants) non pondérés.

* Basé sur trop peu cas non pondérés (18 enfants pour Tombouctou et 4 enfants pour Kidal).

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (31 enfants pour Gao).

IRA = Infection Respiratoire Aiguë

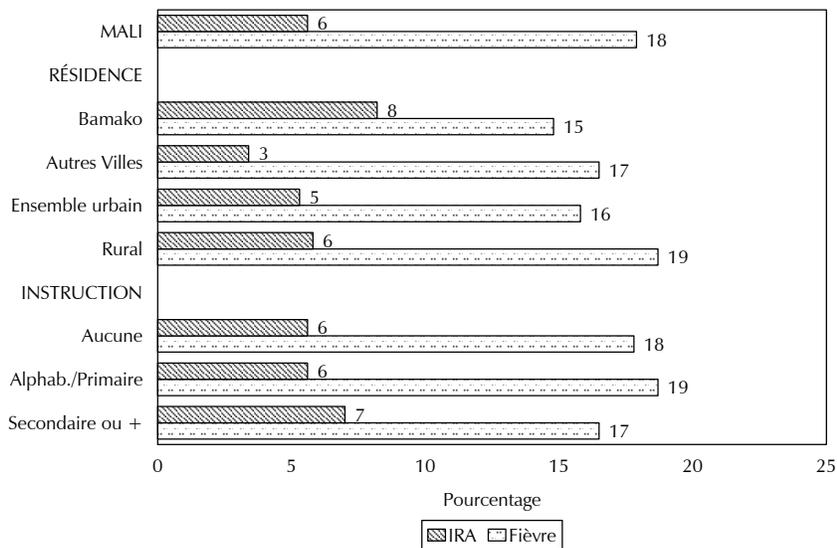
Fièvre

Les résultats présentés au tableau 9.5 montrent que 18 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette prévalence est particulièrement élevée parmi les enfants de 12-23 mois (27 %) et les enfants de 6-11 mois (23 %), parmi ceux des régions de Kayes (24 %) et de Sikasso (23 %). En revanche, elle est plus faible parmi les enfants du quintile le plus riche (15%).

Caractéristique	Enfants de moins de cinq ans		Enfants qui ont eu de la fièvre :		
	Pourcentage avec de la fièvre	Effectif d'enfants ¹	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement	Pourcentage qui ont pris des antipaludéens	Effectif
Âge en mois					
<6	11,9	1 477	35,2	41,7	175
6-11	23,4	1 332	32,4	45,3	312
12-23	27,4	2 626	36,5	51,8	718
24-35	17,8	2 397	36,4	50,0	427
36-47	15,7	2 358	25,3	46,8	370
48-59	10,1	2 334	25,6	44,2	236
Sexe					
Masculin	18,9	6 342	37,1	48,8	1 198
Féminin	16,8	6 181	27,9	47,3	1 041
Milieu de résidence					
Bamako	14,8	1 417	45,8	50,0	210
Autres Villes	16,5	2 109	46,8	47,8	348
Ensemble urbain	15,8	3 526	46,4	48,6	558
Rural	18,7	8 997	28,3	48,0	1 680
Région					
Kayes	24,2	1 772	29,8	45,6	428
Koulikoro	15,0	2 209	32,7	58,6	330
Sikasso	23,4	2 289	28,4	51,6	536
Ségou	17,9	2 085	35,7	47,1	374
Mopti	14,9	1 588	32,3	35,3	237
Tombouctou	9,1	573	26,5	30,8	52
Gao	12,9	547	37,9	43,6	71
Kidal	0,2	44	*	*	0
Bamako	14,8	1 417	45,8	50,0	210
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	17,8	10 641	30,6	48,8	1 899
Primaire	18,7	1 287	40,7	44,3	241
Secondaire ou plus	16,5	596	55,6	45,4	98
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	17,9	2 517	23,4	48,4	450
Second	19,4	2 537	30,5	47,1	492
Moyen	18,0	2 617	27,9	49,6	472
Quatrième	19,2	2 548	34,9	46,2	490
Le plus riche	14,5	2 305	52,8	49,9	334
Ensemble	17,9	12 523	32,8	48,1	2 238

Le tableau 9.5 présente également le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et parmi ceux-ci le pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un prestataire de soins et le pourcentage qui ont pris des antipaludéens. Il ressort de ces résultats que la majorité des enfants (52 %) n'ont reçu aucun médicament antipaludéen. Seulement 33 % ont été amenés dans un centre de santé ou auprès d'un prestataire de soins.

Graphique 9.4 Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans



EDSM-IV 2006

Le tableau 9.6.1 présente les proportions d'enfants ayant eu de la fièvre et qui ont pris certains antipaludéens. En outre, le tableau 9.6.2 présente le pourcentage d'enfants pour lesquels l'antipaludéen était disponible à la maison. Un peu plus d'un enfant sur cinq (22 %) a été traité avec de la chloroquine et 18 % avec un médicament traditionnel. Les proportions d'enfants ayant reçu d'autres antipaludéens sont très faibles (entre 2 et 5 %). En outre, dans 21 % des cas, la chloroquine était disponible à la maison au moment où la fièvre a débuté. C'est la quinine qui n'a été donnée qu'à 4 % des enfants qui était le plus fréquemment immédiatement disponible (28 %).

9.3.2 Diarrhée

Prévalence de la diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de

Tableau 9.6.1 Médicaments donnés pour traiter la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont pris certains médicaments antipaludéens, EDSM-IV Mali 2006

Antipaludéen	Pourcentage qui ont pris certains médicaments antipaludéens
SP/Fansidar	2,1
Chloroquine	21,7
Amodiaquine	5,0
Quinine	4,4
Médicament traditionnel	17,6
N'importe quel antipaludéen	48,0
Effectif d'enfants qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	2 238

décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Tableau 9.6.2 Disponibilité du médicament à la maison

Parmi les enfants de moins cinq ans qui ont pris certains médicaments antipaludéens, pourcentage pour lesquels le médicament était disponible à la maison au moment où l'enfant a commencé à avoir de la fièvre, EDSM-IV Mali 2006

Antipaludéen	Pourcentage pour lesquels le médicament était disponible à la maison quand l'enfant a commencé à avoir de la fièvre	Effectif d'enfants qui ont pris certains antipaludéens
SP/Fansidar	13,9	46
Chloroquine	21,1	487
Amodiaquine	12,3	112
Quinine	28,1	99
Médicament traditionnel	0,0	394
N'importe quel antipaludéen	13,7	1 074

Au cours de l'EDSM-IV, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, les mères ont été interrogées pour savoir si elles connaissaient le SRO et on leur a également demandé si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé, cela et/ou une solution d'eau sucrée et salée.

De l'examen des données du tableau 9.7, il ressort que plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix (13 %) a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (20 %) et de 12-23 mois (22 %). Ces âges de forte

prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

On constate des variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est très proche de celle des filles (14 % contre 13 %). Du point de vue du milieu de résidence, on constate que la prévalence varie de 9 % en milieu urbain à 15 % en milieu rural. En ce qui concerne les régions, les résultats montrent que ce sont celles de Kayes (21 %) et de Ségou (19 %) qui présentent les plus forts taux de prévalence de la diarrhée.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, on s'attend généralement à ce que la prévalence de la diarrhée chez les enfants diminue avec le niveau d'instruction de la mère dans la mesure où les mères instruites connaissent mieux les pratiques optimales en matière de santé et d'hygiène. On constate effectivement, bien que les écarts ne soient pas très importants, que c'est parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction ou n'ont qu'un niveau d'instruction primaire que la prévalence de la diarrhée est la plus élevée (13 %), alors que la prévalence est de 11 % parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. Cette prévalence est également influencée par le niveau économique du ménage dans lequel vit la mère : en effet, elle varie de 13 % parmi les enfants qui vivent dans un ménage du quintile le plus pauvre à 8 % parmi ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche.

Tableau 9.7 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Diarrhée au cours des deux semaines avant l'enquête	Effectif d'enfants ¹
Âge en mois		
<6	7,1	1 477
6-11	20,2	1 332
12-23	22,3	2 626
24-35	14,4	2 397
36-47	10,4	2 358
48-59	4,8	2 334
Sexe		
Masculin	13,5	6 342
Féminin	13,0	6 181
Source d'approvisionnement en eau pour boire		
Améliorée	12,5	6 876
Non améliorée	14,2	5 646
Autre/ND	0,0	2
Toilettes		
Améliorées, privées	13,8	5 528
Non améliorées ou en commun	12,8	6 954
ND	10,6	42
Milieu de résidence		
Bamako	8,0	1 417
Autres Villes	10,0	2 109
Ensemble urbain	9,2	3 526
Rural	14,8	8 997
Région		
Kayes	20,8	1 772
Koulikoro	11,4	2 209
Sikasso	11,9	2 289
Ségou	18,7	2 085
Mopti	10,8	1 588
Tombouctou	9,1	573
Gao	7,0	547
Kidal	0,2	44
Bamako	8,0	1 417
Niveau d'instruction de la mère		
Aucun	13,4	10 641
Primaire	13,4	1 287
Secondaire ou plus	10,8	596
Quintile du bien-être économique		
Le plus pauvre	13,4	2 517
Second	15,6	2 537
Moyen	14,8	2 617
Quatrième	14,0	2 548
Le plus riche	7,9	2 305
Ensemble	13,3	12 523

¹ Les données de Kidal portent sur 286 cas (enfants) non pondérés.

Connaissance des sachets de SRO

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années ayant précédé l'enquête, 65 % ont déclaré connaître le sel de réhydratation par voie orale ou SRO (tableau 9.8). Le niveau de connaissance des sachets de SRO varie selon le niveau d'instruction de la mère : de 62 % pour les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction à 87 % pour les mères de niveau secondaire ou plus. Cependant, il faut souligner que cette connaissance est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (61 % contre 77 %). Selon le niveau de bien-être des ménages, on constate que la connaissance du SRO par les femmes varie de 58 % dans les ménages les plus pauvres à 80 % dans les plus riches.

Traitement de la diarrhée

Le tableau 9.9 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, seulement 18 % ont été traités au cours de leur maladie. Parmi ceux de moins de 6 mois, cette proportion est de seulement 8 %. Elle est, par contre, de 19 % parmi ceux de 6-11 mois, de 20 % parmi ceux de 12-23 mois et de 24-35 mois, qui sont les plus affectés par la diarrhée. Par ailleurs, on n'observe pas de grandes différences entre les enfants de la capitale Bamako (31 %) et ceux des Autres Villes (30 %). Par région, on constate que ce sont les enfants de Gao (29 %), Mopti (24 %) et Koulikoro (22 %) qui ont été les plus fréquemment amenés en consultation ; à l'opposé, c'est à Ségou que la proportion est la plus faible (11 %). Globalement, les enfants du milieu urbain (30 %) ont consulté plus fréquemment que ceux du milieu rural (15 %). Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants dont la mère est sans instruction ont été proportionnellement moins nombreux à avoir été conduits en consultation : 16 % contre 34 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En ce qui concerne le traitement donné aux enfants souffrant de diarrhée, on constate que, bien qu'une forte proportion (65 %) de femmes aient déclaré connaître le SRO, près d'un cinquième des enfants n'a reçu aucun traitement pour la diarrhée (21 %). Seulement 14 % ont reçu des sachets de SRO, 13 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. En outre, dans 35 % des cas, les quantités de liquides ont été augmentées. Globalement, près de la moitié des enfants ont été traités à l'aide d'une TRO (49 %). Ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique leur connaissance des SRO, peut être pour des raisons d'accessibilité à des centres de santé et de disponibilité des traitements. Ce sont plus particulièrement les enfants âgés de 24-35 mois (57 %), ceux résidant en milieu urbain (59 %), ceux habitant dans la capitale Bamako (70 %), ceux des mères de niveau secondaire ou plus (63 %) et, enfin, ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (68 %) qui ont reçu le plus fréquemment une TRO au cours de la diarrhée. En ce qui concerne les régions, on constate que c'est à Gao (60 %), Koulikoro et Ségou (53 %) que la proportion d'enfants traités à l'aide d'une TRO est la plus élevée.

Tableau 9.8 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Effectif de femmes ¹
Groupe d'âges		
15-19	60,0	926
20-24	64,6	2 078
25-34	67,1	3 919
35-49	65,0	2 165
Milieu de résidence		
Bamako	84,6	1 044
Autres Villes	71,2	1 557
Ensemble urbain	76,5	2 601
Rural	60,8	6 486
Région		
Kayes	58,0	1 270
Koulikoro	75,8	1 602
Sikasso	68,5	1 680
Ségou	75,8	1 493
Mopti	36,2	1 168
Tombouctou	44,1	423
Gao	48,0	374
Kidal	82,4	33
Bamako	84,6	1 044
Niveau d'instruction		
Aucun	62,1	7 655
Primaire	80,0	947
Secondaire ou plus	87,1	485
Quintile du bien-être économique		
Le plus pauvre	58,1	1 805
Second	60,3	1 824
Moyen	62,2	1 877
Quatrième	66,3	1 854
Le plus riche	80,2	1 729
Ensemble	65,3	9 087

SRO = Sels de Réhydratation Orale.

¹ Les données de Kidal portent sur 202 cas (femmes) non pondérés.

Tableau 9.9 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement ou un conseil, pourcentage de ceux qui ont suivi une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) et pourcentage à qui on a donné d'autres traitements, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ⁽²⁾ ou un conseil	Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) ⁽¹⁾					Autres traitements					Effectif d'enfants ³	
		Sachets SRO ou sachets de liquides préconditionnés (SRO)	Solution Maison Recommandée (SMR)	SMR	Apport en liquides augmenté	SRO, SMR, ou apport en liquides augmenté	Comprimés ou sirop	Injection/perfusion	Remède maison/Autre	ND	Aucun traitement		
Age en mois													
<6	8,3	3,3	8,1	11,5	26,1	35,9	19,7	0,0	42,5	0,0	23,1	104	
6-11	18,6	13,9	13,2	23,9	35,3	49,1	25,9	0,0	38,6	0,0	22,0	269	
12-23	19,8	15,3	14,7	26,5	36,9	50,5	22,9	0,0	33,7	0,0	22,8	585	
24-35	19,9	20,1	12,0	29,5	36,3	56,5	25,0	0,5	36,2	0,4	13,1	346	
36-47	14,8	9,5	9,6	17,9	28,8	41,7	25,5	0,2	35,4	0,0	25,3	245	
48-59	13,8	8,7	20,1	24,2	33,8	46,8	17,9	0,0	38,8	0,0	23,1	111	
Sexe													
Masculin	21,1	15,7	14,9	27,5	32,2	50,3	24,0	0,0	33,9	0,2	22,8	857	
Féminin	14,2	12,2	11,1	20,9	36,8	47,7	23,3	0,3	38,5	0,0	19,2	802	
Milieu de résidence													
Bamako	31,0	31,7	30,3	48,4	41,6	69,6	25,2	0,7	40,9	0,0	12,2	113	
Autres villes	29,5	23,0	11,9	33,6	29,6	53,5	24,4	0,0	33,0	0,0	17,7	212	
Ensemble urbain	30,0	26,0	18,3	38,8	33,8	59,1	24,7	0,3	35,8	0,0	15,8	325	
Rural	14,8	11,1	11,8	20,8	34,6	46,6	23,4	0,1	36,2	0,1	22,3	1 334	
Région													
Kayes	14,9	11,8	5,8	16,6	30,2	41,5	20,5	0,0	32,2	0,0	26,3	368	
Koulikoro	22,3	16,1	12,1	25,4	42,5	52,7	26,9	0,0	34,6	0,0	17,4	252	
Sikasso	16,1	11,0	8,6	18,8	31,0	42,5	29,4	0,0	33,2	0,0	22,5	273	
Ségou	11,4	9,4	18,8	26,7	38,1	52,6	20,0	0,0	44,1	0,4	20,7	390	
Mopti	23,6	21,4	15,0	30,5	24,2	49,2	23,2	0,7	35,8	0,0	15,3	172	
Tombouctou	15,6	12,5	7,4	19,9	19,6	39,2	19,9	0,0	36,7	0,0	30,1	52	
Gao	29,3	5,2	11,8	13,9	54,5	60,4	31,9	0,0	10,9	0,0	27,6	38	
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	0	
Bamako	31,0	31,7	30,3	48,4	41,6	69,6	25,2	0,7	40,9	0,0	12,2	113	
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	15,9	13,5	12,1	22,9	33,8	47,6	21,4	0,1	38,1	0,1	21,6	1 424	
Primaire	27,5	13,8	16,2	28,8	37,2	55,7	40,6	0,0	23,7	0,0	16,8	172	
Secondaire ou plus	33,8	26,2	25,5	44,3	41,8	63,4	28,9	0,0	26,4	0,0	20,8	64	
Quintile du bien-être économique													
Le plus pauvre	14,6	8,3	12,3	18,0	31,2	40,9	24,9	0,2	33,8	0,4	23,9	337	
Second	12,8	11,0	13,1	22,8	34,4	48,6	21,1	0,1	39,7	0,0	23,2	396	
Moyen	16,7	14,0	9,8	21,6	37,9	49,3	19,2	0,0	37,9	0,0	22,3	388	
Quatrième	20,5	14,8	11,9	25,7	31,0	47,5	24,5	0,0	35,9	0,0	17,8	356	
Le plus riche	31,5	29,4	23,6	42,9	40,1	67,6	34,9	0,5	29,3	0,0	15,0	182	
Ensemble	17,8	14,0	13,1	24,3	34,5	49,1	23,7	0,1	36,1	0,1	21,1	1 660	

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO), les Solutions Maison Recommandées (SMR), ou l'augmentation de la quantité de liquides.

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

³ Les données portent sur suffisamment de cas non pondérés (70 cas pour Tombouctou et 58 cas pour Gao).

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (2 enfants avec diarrhée).

Par ailleurs, pendant les épisodes de diarrhée, certains enfants ont reçu divers types de traitement, donnés seuls ou en plus de la réhydratation orale. Les traitements administrés sont principalement des comprimés ou du sirop (24 %) et des remèdes maison (36 %).

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Les données sont présentées au tableau 9.10. Le graphique 9.5 montre que seulement un peu plus d'un tiers (35 %) des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude lorsqu'ils étaient malades, 31 % en ont reçu environ la même quantité et en revanche, 30 % en ont reçu moins ou beaucoup moins et 2 % n'ont rien reçu. En ce qui concerne les aliments, on constate que c'est seulement

Tableau 9.10. Pratiques alimentaires pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines avant précédé l'enquête par quantité de liquides et d'aliments donnée par rapport aux quantités habituelles, pourcentage d'enfants à qui on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à s'alimenter pendant l'épisode diarrhéique, et pourcentage d'enfants traités au moyen d'une TRO ou pour lesquels on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à s'alimenter durant les épisodes diarrhéiques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

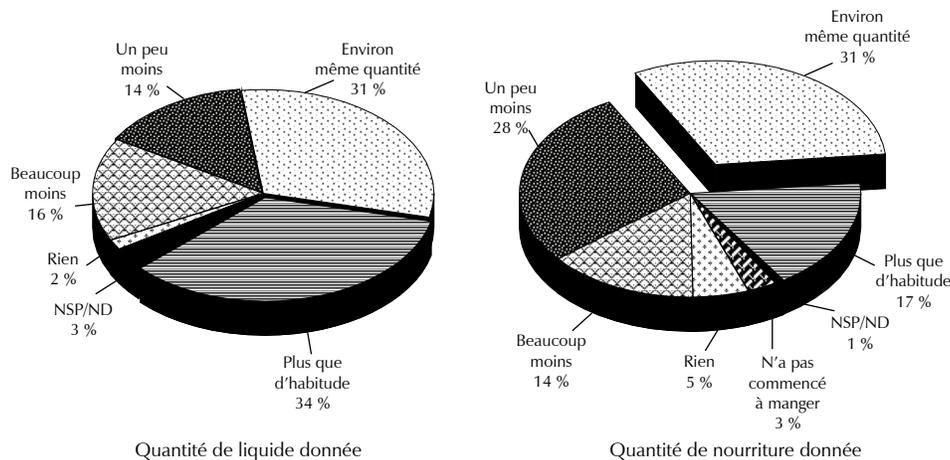
Caractéristique	Quantité de liquides offerts				Quantité d'aliments offerts				Total	Pourcentage pour lesquels on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à être alimentés	Pourcentage traité avec une TRO ou qui ont eu leur quantité de liquides augmentés et qui ont continué à être alimentés	Effectif d'enfants avec la diarrhée ¹							
	Plus que d'habitude		Moins		Plus que d'habitude		Moins						NSP/ND						
	Même d'habitude	Un peu moins	Beaucoup moins	Rien	Même d'habitude	Un peu moins	Beaucoup moins	Rien											
Age en mois																			
<6	26,1	38,9	9,0	19,0	4,3	2,6	100,0	13,4	43,2	18,4	12,7	1,0	10,6	0,7	100,0	20,3	31,2	104	
6-11	35,3	28,7	19,7	14,0	0,9	1,4	100,0	17,7	31,0	25,4	13,7	4,7	7,5	0,0	100,0	25,4	42,7	269	
12-23	36,9	26,0	16,7	16,2	1,2	2,9	100,0	17,9	26,6	30,3	13,5	7,9	2,4	1,4	100,0	31,0	45,6	585	
24-35	36,3	32,8	10,3	18,3	0,6	1,6	100,0	18,2	31,3	27,6	18,2	4,3	0,0	0,4	100,0	30,8	52,8	346	
36-47	28,8	34,7	13,3	12,7	3,0	7,5	100,0	15,0	37,4	26,9	15,1	4,0	0,0	1,5	100,0	24,9	38,4	245	
48-59	33,8	35,7	10,9	16,2	2,4	1,0	100,0	20,8	30,7	35,8	8,8	1,8	1,1	0,8	100,0	31,6	45,8	111	
Sexe																			
Masculin	32,2	30,4	15,7	15,9	2,3	3,4	100,0	18,1	29,9	28,5	14,0	5,1	3,1	1,4	100,0	27,4	46,7	857	
Féminin	36,8	30,8	13,2	16,0	0,7	2,5	100,0	16,6	32,6	27,7	14,8	5,4	2,5	0,4	100,0	29,6	42,5	802	
Milieu de résidence																			
Bamako	41,6	29,0	5,8	16,8	0,0	6,7	100,0	21,7	21,0	33,3	17,5	1,9	4,7	0,0	100,0	36,3	66,3	113	
Autres Villes	29,6	36,0	11,2	20,3	2,1	0,8	100,0	18,7	39,3	17,6	18,9	1,5	3,2	0,7	100,0	26,1	51,7	212	
Ensemble urbain	33,8	33,6	9,3	19,1	1,3	2,9	100,0	19,7	32,9	23,1	18,4	1,6	3,7	0,5	100,0	29,6	56,8	325	
Rural	34,6	29,9	15,8	15,2	1,6	3,0	100,0	16,8	30,8	29,3	13,4	6,1	2,6	1,0	100,0	28,2	41,7	1 334	
Région																			
Kayes	30,2	28,9	21,1	16,4	1,8	1,6	100,0	20,7	34,6	24,0	10,2	7,0	2,7	0,8	100,0	24,3	36,0	368	
Koulikoro	42,5	27,9	11,9	13,1	1,1	3,6	100,0	7,8	28,1	38,7	20,7	3,5	0,5	0,7	100,0	35,9	48,9	252	
Sikasso	31,0	35,6	17,7	13,8	1,9	0,0	100,0	13,1	26,7	37,3	16,1	3,6	2,3	0,9	100,0	24,3	38,8	273	
Ségou	38,1	31,5	11,0	13,7	1,4	4,3	100,0	25,0	31,8	19,4	9,1	9,1	4,3	1,4	100,0	30,7	46,5	390	
Mopti	24,2	28,5	12,9	27,9	2,0	4,4	100,0	8,2	36,8	27,4	21,6	1,9	3,2	0,8	100,0	20,4	46,2	172	
Tombouctou	19,6	37,9	12,1	23,2	3,8	3,3	100,0	17,6	38,1	16,3	22,6	1,8	1,8	1,8	100,0	19,6	39,2	52	
Gao	54,5	24,5	16,9	3,1	0,0	1,0	100,0	30,3	41,2	24,4	3,1	0,0	1,0	0,0	100,0	54,5	60,4	38	
Kidal	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	0	
Bamako	41,6	29,0	5,8	16,8	0,0	6,7	100,0	21,7	21,0	33,3	17,5	1,9	4,7	0,0	100,0	36,3	66,3	113	
Niveau d'instruction de la mère																			
Aucun	33,8	30,8	14,7	16,0	1,5	3,2	100,0	17,1	31,9	27,5	14,1	5,8	2,7	1,0	100,0	27,7	43,0	1 424	
Primaire	37,2	30,5	16,7	11,8	2,6	1,2	100,0	16,7	25,8	38,6	14,8	0,6	3,1	0,4	100,0	33,6	53,3	172	
Secondaire ou plus	41,8	26,9	4,0	25,7	0,0	1,6	100,0	25,7	31,2	13,5	20,3	4,6	4,7	0,0	100,0	32,9	58,3	64	
Quantité du bien-être économique																			
Le plus pauvre	31,2	30,7	17,2	15,7	1,6	3,6	100,0	15,9	30,5	31,2	12,2	6,1	2,8	1,3	100,0	25,0	35,9	337	
Second	34,4	32,8	14,5	14,7	1,2	2,4	100,0	17,4	30,3	27,1	13,4	8,5	2,6	0,6	100,0	27,6	44,4	396	
Moyen	37,9	25,5	16,2	14,3	2,4	3,8	100,0	17,1	29,3	31,4	13,2	5,6	2,5	1,0	100,0	31,9	44,6	388	
Quatrième	31,0	34,1	12,9	19,0	1,2	1,8	100,0	16,1	36,4	24,8	17,1	2,1	2,5	1,1	100,0	26,8	43,6	356	
Le plus riche	40,1	30,0	8,8	16,6	1,2	3,4	100,0	23,3	28,3	24,0	17,7	1,7	4,6	0,4	100,0	33,1	63,7	182	
Ensemble	34,5	30,6	14,5	15,9	1,6	3,0	100,0	17,4	31,2	28,1	14,4	5,2	2,8	0,9	100,0	28,5	44,7	1 660	

¹ Les données portent sur suffisamment de cas non pondérés (70 cas pour Tombouctou et 58 cas pour Gao).

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (2 enfants avec diarrhée).

dans 17 % des cas que les rations alimentaires ont été augmentées, dans 31 % des cas, elles n'ont pas changé et pour 43 % des enfants, elles ont été diminuées ; dans 5 % des cas, l'alimentation a été complètement stoppée. Ces résultats indiquent qu'une forte proportion de femmes n'appliquent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu'elles leur font donc courir des risques accrus de maladie et de décès.

Graphique 9.5 Alimentation des enfants ayant la diarrhée



EDSM-IV 2006

Évacuation des selles des enfants

Le tableau 9.11 présente les proportions de mères selon le moyen d'évacuation des selles du plus jeune enfant de moins de cinq ans. Est considéré comme hygiénique, l'élimination ou le rinçage des selles d'un enfant dans les toilettes ou des latrines. Selon les résultats, on constate que seulement 46 % des mères effectuent de manière hygiénique l'évacuation des excréments de leurs enfants. Cette pratique est plus fréquente parmi les mères du milieu urbain (72 %) que parmi celles du milieu rural (35 %). En outre, c'est dans les régions de Kayes (55 %), et de Ségou (47 %), et surtout dans la capitale Bamako (82 %) que ces pratiques adéquates sont les plus répandues. À l'opposé, très peu de mères se débarrassent des selles des enfants en utilisant des moyens hygiéniques dans les régions de Kidal (1 %) et dans une moindre mesure, à Mopti (31 %). L'évacuation hygiénique des selles des enfants varie selon le niveau d'instruction de la mère : 42 % pour les mères n'ayant aucun niveau d'instruction, 62 % pour celles ayant le niveau primaire et 73 % pour les mères de niveau secondaire ou plus. Elle varie également selon le niveau de bien-être des ménages, d'un minimum de 30 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à un maximum de 79 % dans les ménages du quintile le plus riche.

Tableau 9.11 Évacuation des selles des enfants

Répartition (en %) des mères dont l'enfant le plus jeune de moins de cinq ans vit avec elle, par moyens d'évacuation des selles des enfants, et pourcentage d'enfants dont on s'est débarrassé des selles de manière hygiénique selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Moyens pour se débarrasser des selles des enfants									Total	Pourcentage d'enfants dont on s'est débarrassé des selles de manière hygiénique	Effectif de mères ¹
	Enfant utilise les toilettes ou latrines	Jette dans les toilettes ou latrines	Enterre	Jette dans égouts/caniveaux	Jette aux ordures	Laisse dans la nature	S'en débarrasse en lavant à l'eau	Autre	ND			
Age en mois												
<6	6,9	24,8	0,5	16,9	15,5	32,0	0,0	2,4	1,1	100,0	32,2	1 458
6-11	7,6	32,7	0,6	17,1	23,5	15,9	0,2	1,3	1,1	100,0	40,9	1 305
12-23	7,7	38,8	0,9	19,8	24,4	6,8	0,1	0,5	1,0	100,0	47,4	2 506
24-35	9,6	40,4	1,1	19,0	24,2	3,9	0,0	0,4	1,2	100,0	51,2	1 718
36-47	13,7	37,5	0,7	18,0	24,4	3,9	0,0	0,7	1,1	100,0	51,9	898
48-59	24,4	33,5	0,3	13,8	21,6	3,0	0,0	1,4	1,9	100,0	58,2	559
Toilettes												
Améliorées, privées	12,9	41,1	0,5	15,3	14,5	13,4	0,0	1,0	1,4	100,0	54,5	3 799
Non améliorées ou en commun	7,0	30,5	1,0	20,4	29,1	9,8	0,1	1,1	0,9	100,0	38,5	4 616
ND	17,8	31,3	0,0	19,6	22,1	7,7	0,0	0,0	1,5	100,0	49,1	29
Milieu de résidence												
Bamako	15,3	67,0	0,1	3,3	2,9	8,9	0,3	1,5	0,8	100,0	82,4	958
Autres villes	11,4	53,3	0,5	12,1	9,4	10,9	0,0	1,1	1,2	100,0	65,2	1 456
Ensemble urbain	12,9	58,7	0,3	8,6	6,8	10,1	0,1	1,3	1,1	100,0	72,0	2 414
Rural	8,4	25,9	1,0	21,9	28,8	12,0	0,0	0,9	1,2	100,0	35,2	6 030
Région												
Kayes	11,3	43,7	0,2	15,5	18,7	9,5	0,0	0,5	0,7	100,0	55,1	1 188
Koulikoro	12,0	25,6	0,6	14,2	34,2	11,0	0,1	1,0	1,2	100,0	38,3	1 495
Sikasso	7,9	27,3	0,8	30,0	25,1	7,0	0,0	0,9	0,8	100,0	36,1	1 561
Ségou	6,9	39,2	1,2	13,4	12,0	25,3	0,0	1,3	0,7	100,0	47,3	1 385
Mopti	6,7	23,8	0,8	30,8	31,7	4,2	0,1	0,9	1,1	100,0	31,3	1 081
Tombouctou	2,7	32,5	2,5	8,5	35,4	13,8	0,1	0,9	3,6	100,0	37,7	392
Gao	15,4	23,0	1,3	18,1	27,8	9,5	0,0	1,4	3,5	100,0	39,6	352
Kidal	0,0	0,2	0,6	50,6	6,7	35,4	0,0	0,0	6,4	100,0	0,8	32
Bamako	15,3	67,0	0,1	3,3	2,9	8,9	0,3	1,5	0,8	100,0	82,4	958
Niveau d'instruction												
Aucun	8,8	32,4	0,8	19,5	24,8	11,6	0,1	0,8	1,2	100,0	42,0	7 122
Primaire	13,3	48,3	0,6	12,9	12,5	9,7	0,0	1,4	1,3	100,0	62,2	881
Secondaire ou plus	16,3	56,7	0,3	5,9	5,0	11,7	0,0	3,1	0,9	100,0	73,4	441
Quintile du bien-être économique												
Le plus pauvre	8,0	20,5	1,1	23,6	32,8	11,8	0,0	1,4	0,9	100,0	29,6	1 669
Second	9,2	22,6	1,0	20,5	33,0	11,8	0,1	0,7	1,2	100,0	32,8	1 697
Moyen	6,0	28,2	0,9	23,2	27,4	12,4	0,0	0,5	1,5	100,0	35,0	1 753
Quatrième	10,4	43,3	0,8	17,0	14,4	12,0	0,0	0,9	1,1	100,0	54,5	1 734
Le plus riche	15,2	63,5	0,1	5,5	3,9	8,9	0,2	1,7	1,0	100,0	78,8	1 591
Ensemble	9,7	35,3	0,8	18,1	22,5	11,4	0,1	1,0	1,2	100,0	45,7	8 444

¹Les données de Kidal portent sur 195 cas (mères) non pondérés.

Dr Georges Dakono, Djénéba Simaga, Dr Mamadou Diop et Dr Salif Samaké

Le paludisme constitue de nos jours un problème de santé publique majeur dans les pays en développement, notamment intertropicaux. En effet selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 40 % de la population mondiale, habitant essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, sont exposés au paludisme. Cette maladie parasitaire tue chaque année de 1,5 à 2,7 millions de personnes à travers le monde, dont un million d'enfants de moins de 5 ans. Environ neuf cas sur dix concernent l'Afrique subsaharienne.

Au Mali, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment parmi les enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. En particulier, les femmes enceintes courent quatre fois plus de risque de souffrir de complications du paludisme que celles qui ne sont pas enceintes. Selon le rapport du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) 2005 du Ministère de la Santé, le paludisme représente au Mali 50 % des motifs de consultation pour les tranches d'âges de 15 ans et plus.

En plus des pertes en vies humaines, le paludisme, en réduisant les personnes affectées à l'inactivité durant plusieurs jours, affecte l'économie en diminuant le Produit National Brut (PNB) et en entravant la scolarité des enfants et le développement social. Il est ainsi considéré comme une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté.

Trois parasites sont responsables du paludisme chez l'homme : le *Plasmodium malariae*, le *Plasmodium ovale* et le *Plasmodium falciparum* ; ce dernier est l'espèce la plus courante et il est responsable d'atteintes graves et parfois mortelles.

Compte tenu de l'ampleur de l'endémie en Afrique, les Chefs d'Etat et de gouvernement, lors du 33^{ème} sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare, ont manifesté leur volonté de combattre avec beaucoup de détermination cette maladie. Le 24 avril 2000, ils ont ratifié la Déclaration du Plan d'Action d'Abuja (Malaria) sur le « Projet Faire Reculer le paludisme (*Roll Back Malaria*) » en Afrique et se sont engagés à prendre des mesures appropriées et durables pour le renforcement des systèmes de santé afin qu'en 2005 :

- au moins 60 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans bénéficient de la combinaison la plus appropriée de mesures de prévention personnelles et collectives, telles que les moustiquaires imprégnées et autres interventions qui sont accessibles et abordables, pour prévenir l'infection et la souffrance ;
- au moins 60 % de toutes les femmes enceintes à risques de paludisme, particulièrement les primipares, aient accès à la chimioprophylaxie ou au traitement préventif intermittent ;
- au moins 60 % des personnes atteintes de paludisme aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable, dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes.

Le profil épidémiologique du Mali se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies c'est-à-dire de juin à décembre, avec une létalité relativement élevée, notamment chez les enfants. Face à cette situation, un plan stratégique

national de lutte contre le paludisme a été élaboré et mis en œuvre à tous les niveaux avec l'appui technique et financier des partenaires.

Ce plan vise à améliorer les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en matière de suivi, d'évaluation et de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Le Programme National de Lutte Contre le Paludisme s'est fixé les objectifs suivants :

a. *Objectif Général*

Réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans l'ensemble du pays.

b. *Objectifs Spécifiques*

1. Renforcer la capacité pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte antipaludique à tous les niveaux ;
2. Améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme comprenant la prise en charge communautaire utilisant le médicament le plus efficace disponible ;
3. Renforcer les mesures de prévention du paludisme, par :
 - la promotion de l'utilisation des mesures de protection personnelle parmi la population à risque (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) ; et,
 - l'utilisation des mesures de lutte antivectorielle accessibles et variables, plus particulièrement l'aspersion intra domiciliaire d'insecticides ;
4. Renforcer la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte par la prise en charge effective des cas, la prévention par le traitement préventif intermittent à la SP ;
5. Renforcer la lutte contre les épidémies de paludisme par la détection précoce et la réponse appropriée et rapide ;
6. Promouvoir et mettre en œuvre des stratégies de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
7. Renforcer le système de suivi et d'évaluation incluant la recherche opérationnelle ;
8. Développer et renforcer la coordination nationale et le partenariat.
9. Développer les activités de mobilisation sociale auprès de tous les acteurs de la lutte antipaludique.

Au cours de la quatrième Enquête Démographique et de Santé, des données concernant l'utilisation des moyens de prévention contre le paludisme et le traitement en cas de maladie ont été collectées. Les résultats présentés dans ce chapitre portent sur l'accès des ménages aux moustiquaires, leur utilisation par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes, l'utilisation de la chloroquine et du Fansidar (sulfadoxine pyriméthamine) pour le traitement préventif intermittent du paludisme, la prévalence et le traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans.

10.1 ACCÈS AUX MOUSTIQUAIRES

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a défini les normes et standards des moustiquaires et des insecticides. La promotion de l'utilisation des moustiquaires, notamment les

moustiquaires imprégnées d'insecticides, s'effectue lors des consultations prénatales pour les femmes enceintes et lors des vaccinations des enfants. Au cours de cette promotion de l'utilisation, s'effectue la distribution gratuite des moustiquaires aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, dans les structures sanitaires publiques avec l'aide de plusieurs partenaires. En outre, en cas d'épidémie ou d'inondation, la distribution gratuite de moustiquaires est assurée à toute la population concernée.

10.1.1 Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

Une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme est la protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Pour cette raison, au cours de l'enquête, on a demandé à chaque ménage s'il possédait des moustiquaires utilisées pour dormir, le nombre de moustiquaires disponibles et depuis combien de temps il possédait ces moustiquaires. En outre, on a demandé aux ménages si les moustiquaires avaient été imprégnées d'insecticide et, le cas échéant, combien de temps s'était écoulé depuis la dernière imprégnation.

Les résultats présentés au tableau 10.1 et au graphique 10.1, montrent qu'au Mali, près de sept ménages sur dix (69 %) possèdent au moins une moustiquaire. La proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire est plus élevée en milieu urbain (72 %) qu'en milieu rural (68 %). Ce sont les régions de Kidal et de Koulikoro qui se caractérisent par les proportions les plus faibles de ménages possédant au moins une moustiquaire (respectivement 30 % et 57 %). À l'opposé, c'est dans celle de Ségou que cette proportion est la plus élevée (85 %).

La proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire varie d'un minimum de 63 % dans le quintile moyen à un maximum de 73 % dans les quintiles le plus pauvre et le plus riche. On constate également que seulement 40 % des ménages disposent d'au moins deux moustiquaires.

Le tableau 10.1 présente par ailleurs la proportion de ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire qui a été imprégnée et la proportion de ceux qui possèdent une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)¹. Pour les moustiquaires imprégnées, les résultats indiquent que seulement 62 % des ménages ont déclaré en posséder au moins une et 34 % en ont au moins deux. Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée est légèrement plus élevée dans les Autres Villes (69 %) que dans la capitale Bamako (61 %). Cette proportion varie peu selon le niveau de bien-être économique. Par contre, on note des disparités dans les régions : c'est dans les régions de Mopti (78 %) et de Ségou (66 %) que les proportions de ménages possédant ce type de moustiquaire sont les plus élevées. En moyenne, au niveau national, un ménage dispose de 1,1 moustiquaire imprégnée.

Le tableau 10.1 présente enfin la proportion de ménages possédant au moins une MII. On constate que 50 % des ménages ont déclaré en posséder une. Cette proportion varie d'un minimum de 29 % dans la région de Kidal à un maximum de 65 % dans celle de Mopti.

¹ Les définitions des différentes catégories de moustiquaires figurent en note du tableau 10.1.

Tableau 10.1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (traitée ou non), et pourcentage en possédant plus d'une, pourcentage possédant au moins une moustiquaire qui a été imprégnée et pourcentage en possédant plus d'une, pourcentage possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides (MI) et pourcentage en possédant plus d'une, et nombre moyen de moustiquaires par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

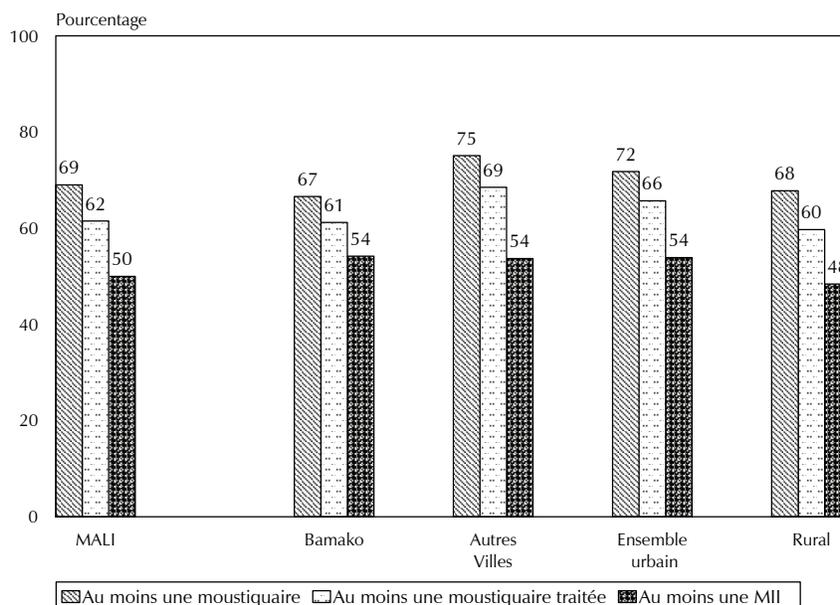
Caractéristique	N'importe quel type de moustiquaire			Moustiquaire imprégnée ¹			Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) ²			Effectif de ménages ³
	Pourcentage de ménages en ayant au moins une	Pourcentage de ménages en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	Pourcentage de ménages en ayant au moins une	Pourcentage de ménages en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	Pourcentage de ménages en ayant au moins une	Pourcentage de ménages en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	
Milieu de résidence										
Bamako	66,6	39,2	1,3	61,2	35,6	1,2	54,2	30,3	1,0	1 517
Autres Villes	75,1	40,6	1,4	68,5	36,3	1,3	53,7	27,3	1,0	2 442
Ensemble urbain	71,8	40,0	1,4	65,7	36,0	1,3	53,9	28,5	1,0	3 960
Rural	67,8	39,4	1,3	59,7	32,5	1,1	48,4	23,8	0,8	9 038
Région										
Kayes	60,0	30,7	1,1	58,9	30,0	1,1	44,3	21,1	0,8	1 764
Koulikoro	57,4	26,8	1,0	55,2	24,1	0,9	42,2	16,9	0,6	2 070
Sikasso	60,3	31,4	1,1	53,5	27,7	0,9	46,8	21,6	0,8	2 093
Ségou	85,0	59,2	1,9	66,4	40,5	1,4	50,3	26,5	1,0	2 136
Mopti	81,2	48,2	1,5	78,2	46,2	1,5	65,4	37,1	1,2	2 055
Tombouctou	72,2	39,9	1,3	56,1	29,1	1,0	48,5	24,6	0,8	717
Gao	73,3	42,7	1,5	55,4	31,8	1,1	45,0	24,0	0,9	587
Kidal	29,8	3,3	0,3	29,8	3,3	0,3	28,7	3,2	0,3	58
Bamako	66,6	39,2	1,3	61,2	35,6	1,2	54,2	30,3	1,0	1 517
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	73,2	43,7	1,4	65,3	36,4	1,2	51,6	26,0	0,9	2 368
Second	69,2	41,4	1,3	59,8	33,5	1,1	48,9	25,2	0,9	2 499
Moyen	62,5	34,3	1,2	53,7	28,0	1,0	43,6	20,4	0,7	2 730
Quatrième	67,8	34,7	1,2	61,6	29,9	1,1	49,5	22,5	0,8	2 831
Le plus riche	73,2	44,9	1,6	68,0	40,9	1,4	57,2	32,8	1,1	2 570
Ensemble	69,0	39,6	1,3	61,5	33,5	1,1	50,0	25,2	0,9	12 998

¹ Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite.

² Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) est soit, une moustiquaire industrielle imprégnée à vie qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit une moustiquaire imprégnée obtenue dans les 12 derniers mois soit, une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticide dans les 12 derniers mois.

³ Les données de Kidal portent sur 330 cas (ménages) non pondérés.

Graphique 10.1 Possession de moustiquaires par les ménages



EDSM-IV 2006

10.1.2 Utilisation des moustiquaires par les groupes vulnérables

Aux ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, ainsi que pour deux groupes de population particulièrement vulnérables : les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (tableaux 10.2 et 10.3).

Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de cinq ans

Le tableau 10.2 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, en fonction de la catégorie de moustiquaires et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate, d'une manière générale, que 41 % des enfants avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. La fréquence d'utilisation de la moustiquaire varie légèrement selon l'âge de l'enfant ; en effet, plus l'enfant grandit moins il bénéficie de la protection d'une moustiquaire quand il dort, la proportion variant d'un maximum d'utilisation de 45 % pour les moins d'un an à un minimum de 34 % pour les quatre ans. En outre, on ne relève pas de différence significative selon le sexe de l'enfant ; de même que pour le milieu de résidence : 41 % en milieu rural et en milieu urbain. Dans les Autres Villes, quatre enfants sur dix (41 %) avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête, et cette proportion est la même que dans la capitale Bamako.

Les différences entre les régions sont importantes : avec une proportion de 53 %, Ségou vient en tête, suivie de Tombouctou (49 %) tandis que Koulikoro (33 %) et surtout Kidal (3 %) détiennent les proportions les plus faibles d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête.

Les écarts selon le niveau de vie des ménages sont moins importants, la proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire variant de 39 % dans le quintile moyen et 40 % dans le plus pauvre à 44 % dans le quintile le plus riche.

Tableau 10.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

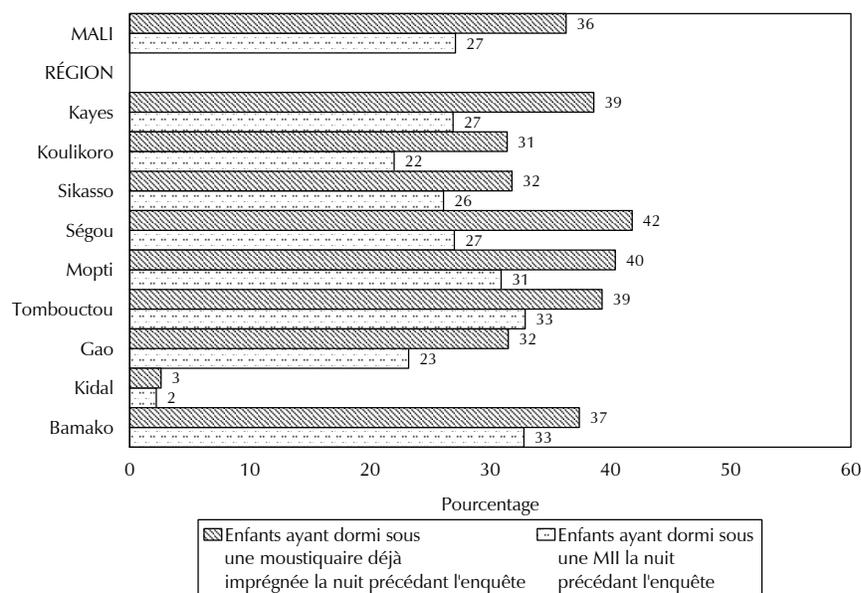
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages qui ont dormi sous une moustiquaire (traitée ou non), pourcentage de ceux ayant dormi sous une moustiquaire qui a été imprégnée, et pourcentage de ceux ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	Effectif d'enfants de moins de 5 ans ¹
Âge				
<1	44,6	40,2	31,6	2 960
1	43,8	38,8	28,4	2 731
2	42,1	38,0	26,2	2 542
3	38,5	33,9	26,2	2 523
4	33,8	30,1	22,4	2 604
Sexe				
Masculin	39,8	35,6	26,6	6 794
Féminin	41,7	37,1	27,6	6 565
Milieu de résidence				
Bamako	41,4	37,4	32,8	1 435
Autres Villes	41,0	37,0	27,1	2 272
Ensemble urbain	41,2	37,1	29,3	3 707
Rural	40,5	36,0	26,3	9 653
Région				
Kayes	38,8	38,6	26,9	1 866
Koulikoro	33,0	31,4	22,0	2 336
Sikasso	34,5	31,8	26,1	2 403
Ségou	52,8	41,8	27,0	2 281
Mopti	42,1	40,4	30,9	1 747
Tombouctou	49,1	39,3	32,9	633
Gao	43,8	31,5	23,2	613
Kidal	2,6	2,6	2,2	46
Bamako	41,4	37,4	32,8	1 435
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	39,9	36,4	26,1	2 699
Second	41,2	36,3	26,4	2 693
Moyen	38,8	33,2	24,0	2 843
Quatrième	40,3	36,1	26,1	2 692
Le plus riche	43,8	40,2	33,7	2 432
Ensemble	40,7	36,3	27,1	13 359

¹ Les données de Kidal portent sur 282 cas (enfants) non pondérés.

De plus, on constate que 36 % des enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête (graphique 10.2). Parmi les enfants de moins d'un an (40 %), ceux de la région de Ségou (42 %) et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche (40 %), cette proportion est un peu plus élevée que celle observée au niveau national. Enfin, le tableau 10.2 montre aussi que 27 % des enfants avaient dormi sous une MII. Ceux de moins d'un an (32 %), ceux de Bamako (33 %) et ceux des ménages les plus riches avaient plus fréquemment bénéficié de cette protection que les autres enfants.

Graphique 10.2 Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans



EDSM-IV 2006

Utilisation de moustiquaires par les femmes enceintes

Le tableau 10.3 présente l'utilisation des moustiquaires pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et pour les femmes enceintes selon chaque type de moustiquaire utilisée, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Globalement, 42 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie de manière importante selon les différentes caractéristiques des femmes. En premier lieu, on constate qu'elle est plus faible en milieu urbain (39 %) qu'en milieu rural (43 %). Par ailleurs, comme pour les enfants, c'est dans les régions de Ségou (56 %) et Tombouctou (53 %) que l'utilisation de la moustiquaire a été la plus fréquente. À l'opposé, dans celle de Kidal, moins d'une femme sur dix avait dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête (3 %). On ne note pas de différence significative entre les femmes sans instruction et celles qui sont instruites (41 % pour le niveau secondaire ou plus et 42 % pour celles de niveau primaire et celles sans instruction). Enfin les résultats selon les quintiles montrent, comme chez les enfants, que les différentiels selon le niveau de bien-être économique sont peu importants : dans les ménages du quintile le plus riche, 40 % des femmes avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête contre 43 % dans le plus pauvre.

Le tableau présente également les proportions de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée et la proportion de celles ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête. Dans 36 % des cas, les femmes ont utilisé une moustiquaire imprégnée et dans 28 % des cas, elles ont utilisé une MII. Les variations sont globalement identiques à celles observées pour l'utilisation d'une moustiquaire quelconque.

Tableau 10.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Pourcentage de toutes les femmes et des femmes enceintes, (dans les ménages), âgées de 15-49 ans, qui ont dormi sous une moustiquaire, (traitée ou non), pourcentage de celles ayant dormi sous une moustiquaire qui a été imprégnée, et pourcentage de celles qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Ensemble des femmes				Femmes enceintes			
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	Effectif ¹	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	Effectif ²
Milieu de résidence								
Bamako	34,6	31,0	27,2	2 202	31,7	29,7	22,9	166
Autres Villes	41,6	36,7	27,3	2 958	41,9	35,7	21,6	330
Ensemble urbain	38,6	34,3	27,3	5 160	38,5	33,7	22,0	496
Rural	43,2	37,5	28,1	10 166	46,5	40,9	31,4	1 401
Région								
Kayes	37,8	37,3	26,7	1 978	42,5	41,5	32,3	310
Koulikoro	32,7	30,5	21,7	2 468	32,3	31,3	19,9	332
Sikasso	37,4	34,3	27,5	2 516	39,5	34,9	27,5	358
Ségou	56,3	42,6	28,8	2 519	57,0	43,0	31,0	330
Mopti	47,5	45,1	36,1	2 144	57,0	54,3	40,2	243
Tombouctou	52,6	40,3	35,0	758	64,2	48,2	43,5	78
Gao	41,9	27,8	20,7	686	44,0	28,5	15,6	73
Kidal	3,3	3,3	2,7	53	(3,8)	(3,8)	(3,8)	6
Bamako	34,6	31,0	27,2	2 202	31,7	29,7	22,9	166
Niveau d'instruction								
Aucun	41,8	36,4	27,6	12 215	44,4	38,8	28,9	1 590
Primaire	41,5	36,9	28,6	1 774	41,4	36,5	25,4	186
Secondaire ou plus	40,6	35,9	28,9	1 337	49,2	45,9	35,2	121
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	43,4	37,7	27,8	2 814	44,7	39,0	28,5	393
Second	44,1	38,1	28,6	2 948	46,3	41,9	32,4	420
Moyen	40,7	34,3	25,4	2 929	43,6	37,2	27,7	390
Quatrième	40,7	36,3	27,9	3 016	44,3	38,7	26,3	396
Le plus riche	39,9	35,8	29,0	3 619	42,5	37,7	29,6	298
Ensemble	41,6	36,4	27,8	15 326	44,4	39,0	28,9	1 896

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

¹ Les données de Kidal portent sur 308 cas (femmes) non pondérés.

² Les données de Kidal portent sur 38 cas (femmes enceintes) non pondérés.

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation par les femmes enceintes, on constate qu'elle est légèrement plus élevée que pour celle de l'ensemble des femmes (44 % contre 42 %). On constate en outre que les écarts sont identiques à ceux déjà observés pour l'ensemble des femmes, à savoir que les proportions les plus faibles de femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire sont observées en milieu urbain (39 %), dans la capitale Bamako (32 %) et dans la région de Kidal (4 %). Ce résultat montre qu'au Mali un effort particulier doit être entrepris pour encourager les femmes enceintes, plus vulnérables à l'infection, à utiliser plus fréquemment des moustiquaires pour se protéger contre le paludisme.

10.2 TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Au cours de l'EDSM-IV, on a posé aux femmes, qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années, plusieurs questions pour savoir si elles avaient pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse et quel type d'antipaludéens il s'agissait.

Au tableau 10.4 et au graphique 10.3, on relève que 59 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. On note des écarts importants selon le milieu et la région de résidence : pratiquement huit femmes sur dix en milieu urbain (76 %) contre un peu plus de cinq sur dix en milieu rural (53 %) ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. Le pourcentage de femmes ayant eu recours à des antipaludéens est de 81 % dans la capitale Bamako alors qu'il n'est que de 41 % dans les régions de Gao et Tombouctou, et 42 % à Kidal. Le pourcentage de femmes ayant pris des médicaments antipaludéens à titre préventif augmente selon le niveau d'instruction : il varie de 56 % chez les femmes sans instruction, à 71 % chez celles ayant un niveau primaire et à 86 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. Il augmente aussi avec le niveau de bien-être économique : de 53 % dans les ménages les plus pauvres, il passe à 51 % dans le quintile moyen et il atteint un maximum de 82 % dans le quintile le plus riche.

Tableau 10.4 Utilisation du traitement préventif par les femmes enceintes

Parmi les femmes qui ont eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, au cours de leur dernière grossesse, ont pris des antipaludéens à titre préventif, ont pris du SP/Fansidar (n'importe quelle dose et 2 doses ou plus), et ont reçu un Traitement Intermittent Préventif, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage ayant pris des antipaludéens	Pourcentage ayant reçu du SP/Fansidar		Pourcentage ayant reçu un traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) au cours d'une visite prénatale ¹		Effectif de femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années ²
		N'importe quelle dose de	2 doses ou plus de	N'importe quelle dose de	2 doses ou plus de	
		SP/Fansidar	SP/Fansidar	SP/Fansidar	SP/Fansidar	
Milieu de résidence						
Bamako	81,1	28,4	20,5	20,6	16,1	613
Autres Villes	71,9	21,6	12,0	11,8	6,5	923
Ensemble urbain	75,6	24,3	15,4	15,3	10,3	1 537
Rural	53,0	13,1	9,7	2,5	1,6	4 127
Région						
Kayes	46,4	13,9	12,6	3,4	3,1	823
Koulikoro	52,2	11,1	8,8	1,9	0,9	1 012
Sikasso	66,6	9,6	6,2	1,7	1,5	1 074
Ségou	64,8	17,5	13,2	5,2	3,8	983
Mopti	58,0	24,4	11,8	8,0	2,9	665
Tombouctou	41,1	12,2	8,8	4,6	3,4	235
Gao	41,1	18,7	8,8	13,5	5,2	241
Kidal	41,6	0,0	0,0	0,0	0,0	18
Bamako	81,1	28,4	20,5	20,6	16,1	613
Niveau d'instruction						
Aucun	56,1	15,0	10,6	5,0	3,4	4 784
Primaire	70,6	20,0	13,4	8,3	6,1	588
Secondaire ou plus	85,5	26,0	16,4	17,5	10,2	291
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	52,5	15,2	11,2	3,0	2,1	1 157
Second	54,6	13,5	10,2	2,3	1,7	1 162
Moyen	50,9	11,5	8,5	2,7	1,6	1 196
Quatrième	58,8	15,4	10,1	5,3	3,5	1 157
Le plus riche	82,4	26,5	16,9	18,7	12,4	990
Ensemble	59,1	16,1	11,2	6,0	4,0	5 663

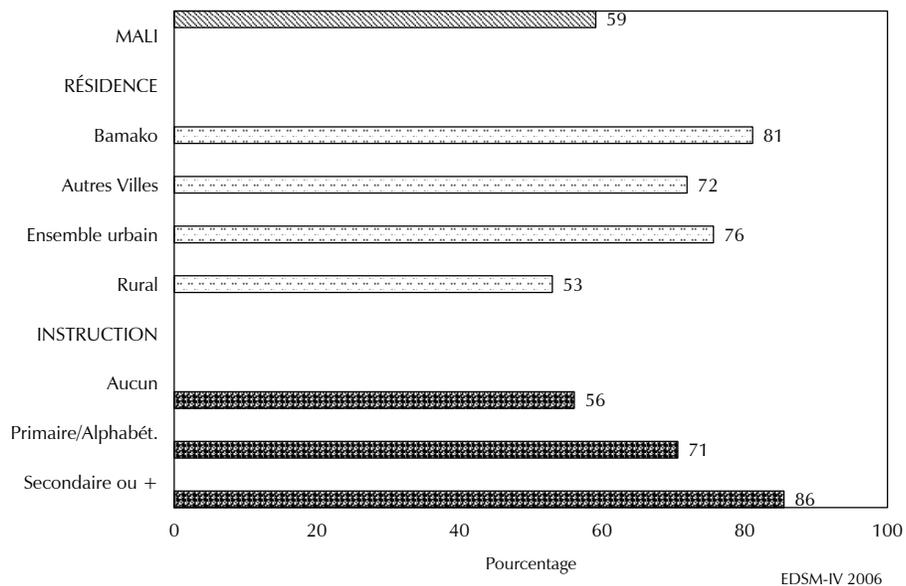
¹ Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est un traitement préventif qui consiste à administrer aux femmes enceintes de la SP/Fansidar au cours de chaque visite prénatale après le premier trimestre, mais pas plus d'une fois par mois.

² Les données de Kidal portent sur 118 cas (naissances) non pondérés.

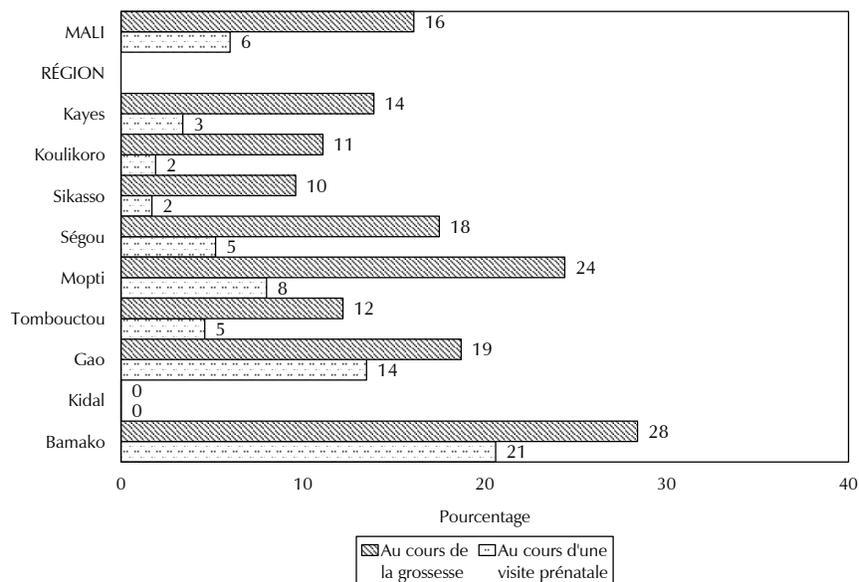
Les questions concernant le type d'antipaludéen que les femmes avaient pris au cours de la dernière grossesse, ont permis d'identifier celles qui ont suivi un traitement préventif intermittent (TPI) au SP/Fansidar (graphique 10.4). Dans l'ensemble, 16 % des femmes enceintes avaient suivi un traitement au SP/Fansidar au cours de la dernière grossesse, et 11 % en avaient pris deux doses ou plus.

Les pourcentages de femmes ayant bénéficié d'un tel traitement au cours des visites prénatales sont également présentés dans le tableau 10.4 et au graphique 10.4. Si précédemment, on a observé que 16 % des femmes enceintes avaient suivi un traitement au SP/Fansidar au cours de la dernière grossesse, seulement 6 % avaient reçu le Traitement Préventif Intermittent au cours d'une visite prénatale. Cependant, seulement 4 % avaient reçu les 2 doses ou plus au cours d'une visite prénatale. À Bamako, cette proportion est quatre fois plus élevée (16 %).

Graphique 10.3 Proportions de femmes qui ont pris, à titre préventif, des antipaludéens au cours de la dernière grossesse



Graphique 10.4 Pourcentage de mères qui ont pris de la SP/Fansidar et pourcentage qui en ont reçu au cours d'une visite prénatale



EDSM-IV 2006

10.3 TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Au cours de l'EDSM-IV, en plus des questions sur la disponibilité des moustiquaires et le traitement préventif antipaludéen chez les femmes enceintes, on a aussi demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans le cas d'une réponse affirmative, une série de questions sur le traitement de la fièvre ont été posées : ces questions portaient sur le recours à des médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement a été administré pour la première fois après le début de la fièvre. Les résultats sont présentés aux tableaux 10.5 et 10.6.

Le tableau 10.5 montre que parmi les enfants de moins de cinq ans, un peu moins de deux sur dix (18 %) avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les seules variables différentielles discriminantes sont l'âge de l'enfant et la région de résidence. Selon l'âge, on constate que c'est parmi les enfants de 12-23 mois (27 %) que la prévalence de la fièvre a été la plus élevée. La prévalence de la fièvre a été également plus forte en milieu rural (19 %), à Kayes (24 %) et à Sikasso (23 %) qu'ailleurs.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, près d'un sur trois (32 %) a été traité avec des antipaludéens et dans seulement 15 % des cas, le traitement a commencé de manière précoce, c'est-à-dire soit le jour même où la fièvre est apparue, soit le jour suivant. C'est parmi ceux de 36-59 mois que les proportions de ceux qui ont été traités rapidement sont les plus élevées (17 % à 36-47 mois et 19 % à 48-59 mois). Un traitement rapide contre la fièvre a été aussi administré plus fréquemment aux enfants de Bamako que du milieu rural (20 % contre 14 %), aux enfants des régions de Koulikoro (22 %) et de Sikasso (20 %) qu'aux autres, en particulier qu'à ceux des régions de Mopti et de Gao (7 % dans les deux cas). Enfin, les pourcentages d'enfants traités rapidement avec des antipaludéens augmentent régulièrement avec le niveau de bien-être économique du ménage et le niveau d'instruction de la mère. Par exemple, le pourcentage d'enfants ayant reçu des antipaludéens le jour même où la fièvre est apparue ou le jour suivant passe de 14 % dans les ménages les plus pauvres à 15 % dans le second quintile et à 21 % dans les ménages les plus riches.

Tableau 10.5 Prévalence et traitement précoce de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et parmi ces enfants, pourcentage de ceux qui ont pris des antipaludéens et pourcentage de ceux qui les ont pris rapidement après le début de la fièvre, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Parmi les enfants ayant eu de la fièvre				
	Parmi les enfants de moins de cinq ans:		Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen		
	Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre	Effectif d'enfants ¹	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen	Pourcentage le même jour/jour suivant	Effectif d'enfants avec fièvre ²
Âge (en mois)					
<12	17,4	2 809	29,8	13,2	487
12-23	27,4	2 626	33,0	13,9	718
24-35	17,8	2 397	32,3	13,8	427
36-47	15,7	2 358	32,1	17,4	370
48-59	10,1	2 334	30,2	18,8	236
Milieu de résidence					
Bamako	14,8	1 417	37,3	19,6	210
Autres Villes	16,5	2 109	34,0	13,9	348
Ensemble urbain	15,8	3 526	35,2	16,0	558
Rural	18,7	8 997	30,5	14,4	1 680
Région					
Kayes	24,2	1 772	28,1	9,6	428
Koulikoro	15,0	2 209	38,6	22,3	330
Sikasso	23,4	2 289	36,5	20,0	536
Ségou	17,9	2 085	30,2	11,2	374
Mopti	14,9	1 588	19,7	6,5	237
Tombouctou	9,1	573	23,2	13,6	52
Gao	12,9	547	23,2	6,9	71
Kidal	0,2	44	*	*	2
Bamako	14,8	1 417	37,3	19,6	210
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	17,8	10 641	30,8	13,8	1 899
Primaire	18,7	1 287	35,9	19,4	241
Secondaire ou plus	16,5	596	39,4	24,1	98
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	17,9	2 517	30,5	14,4	450
Second	19,4	2 537	32,8	14,8	492
Moyen	18,0	2 617	27,4	15,2	472
Quatrième	19,2	2 548	29,1	10,5	490
Le plus riche	14,5	2 305	41,7	21,3	334
Ensemble	17,9	12 523	31,7	14,8	2 238

¹ Les données de Kidal portent sur 286 cas (enfants) non pondérés.

² Les données de Kidal portent sur 2 cas (enfants avec fièvre) non pondérés.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Le tableau 10.6 présente, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre, les proportions de ceux qui ont pris différents types d'antipaludéens et les proportions de ceux qui les ont pris rapidement après l'apparition de la fièvre.

Le médicament le plus fréquemment utilisé est la chloroquine (22 %) et dans 10 % des cas, le médicament a été donné rapidement à l'enfant après l'apparition de la fièvre. On note ensuite que le deuxième type d'antipaludéen qui a été le plus utilisé est l'amodiaquine : 5 % à un moment quelconque et dans 2 % des cas, il a été donné à l'enfant rapidement après l'apparition de la fièvre. Le SP/Fansidar n'a été utilisé que par 2 % des enfants. On constate que les enfants de Bamako (12 %), ceux dont la mère a un niveau secondaire (21 %) et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche (11 %) ont été plus fréquemment traités avec de l'amodiaquine quand ils avaient de la fièvre. Cet antipaludéen a aussi été davantage utilisé dans les régions de Sikasso et Ségou (6 % dans chaque).

Tableau 10.6 Traitement de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris certains antipaludéens et pourcentage de ceux qui les ont pris le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'enfants qui ont pris des médicaments antipaludéens				Pourcentage d'enfants qui ont pris des médicaments antipaludéens le même jour ou le jour suivant				Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre ¹
	SP/ Fansidar	Chloro- quine	Amodia- quine	Quinine	SP/ Fansidar	Chloro- quine	Amodia- quine	Quinine	
Âge (en mois)									
<12	2,1	21,7	4,4	3,3	1,1	9,4	1,5	1,8	487
12-23	1,3	23,5	5,7	4,0	1,0	9,3	2,6	1,5	718
24-35	2,8	20,2	5,0	6,0	2,0	8,9	1,2	2,1	427
36-47	2,3	21,1	5,3	4,7	2,2	11,6	3,1	1,2	370
48-59	2,4	20,0	3,8	4,9	2,2	12,3	0,9	3,4	236
Milieu de résidence									
Bamako	2,9	21,4	11,6	3,5	1,7	11,7	7,1	0,0	210
Autres Villes	4,0	21,9	6,7	3,7	3,2	7,5	2,7	1,1	348
Ensemble urbain	3,6	21,7	8,5	3,6	2,6	9,1	4,4	0,7	558
Rural	1,5	21,8	3,8	4,7	1,1	10,2	1,2	2,2	1 680
Région									
Kayes	2,6	23,8	1,8	0,8	2,4	6,7	0,0	0,8	428
Koulikoro	0,7	26,6	5,2	6,1	0,7	15,7	2,2	3,8	330
Sikasso	1,4	23,0	6,3	6,7	0,9	14,2	2,9	2,4	536
Ségou	2,0	21,1	6,1	4,8	1,5	6,3	1,8	2,1	374
Mopti	2,1	12,4	1,5	5,1	0,7	5,0	0,2	1,1	237
Tombouctou	10,1	14,0	0,0	0,3	8,9	4,4	0,0	0,3	52
Gao	2,1	18,4	3,3	3,3	2,1	4,8	0,0	1,7	71
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Bamako	2,9	21,4	11,6	3,5	1,7	11,7	7,1	0,0	210
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	1,9	21,7	4,0	4,5	1,3	9,6	1,4	1,8	1 899
Primaire	4,1	23,8	6,0	4,3	3,7	12,4	2,3	1,6	241
Secondaire ou plus	0,8	16,5	21,2	3,2	0,8	10,5	12,6	1,6	98
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	1,3	18,2	4,6	7,4	0,9	8,0	2,0	3,8	450
Second	2,5	24,1	4,3	3,5	1,9	11,0	1,3	1,5	492
Moyen	1,3	21,1	2,0	3,9	1,1	11,3	1,4	1,8	472
Quatrième	1,1	21,7	4,9	3,4	0,5	8,5	0,6	0,9	490
Le plus riche	4,9	24,0	11,0	4,2	3,8	11,2	6,1	1,0	334
Ensemble	2,1	21,7	5,0	4,4	1,5	9,9	2,0	1,8	2 238

¹ Les données de Kidal portent sur 2 cas (enfants avec fièvre) non pondérés.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Dr Samaké Racky Ba et Dr Diop Mamadou

La malnutrition est l'un des principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les enfants dans les pays en développement en général et au Mali en particulier. Selon la définition de l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques ». Elle résulte aussi bien d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction.

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

11.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

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

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

11.1.1 Début de l'allaitement

Le tableau 11.1 présente, d'une part, les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq dernières années qui ont été allaités et, d'autre part, parmi ces enfants allaités, les pourcentages de ceux qui ont été allaités dans l'heure où le jour qui a suivi la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 11.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage allaité	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure suivant la naissance	Pourcentage allaité le jour suivant la naissance ¹	Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement ²	Effectif d'enfants allaités ³
Sexe						
Masculin	93,4	7 316	45,3	83,4	31,3	6 834
Féminin	94,5	7 104	46,5	84,0	28,4	6 714
Milieu de résidence						
Bamako	94,1	1 525	59,0	90,7	24,2	1 435
Autres Villes	95,0	2 366	55,0	87,9	29,8	2 247
Ensemble urbain	94,6	3 891	56,5	89,0	27,6	3 682
Rural	93,7	10 529	41,9	81,7	30,7	9 866
Région						
Kayes	94,6	1 979	30,4	66,4	43,3	1 872
Koulikoro	93,9	2 612	31,5	80,6	28,7	2 452
Sikasso	93,5	2 679	44,9	90,3	25,7	2 505
Ségou	93,6	2 468	40,4	86,2	27,7	2 311
Mopti	92,5	1 848	56,2	81,7	35,0	1 710
Tombouctou	96,9	662	75,3	95,2	27,8	641
Gao	95,8	602	84,2	89,0	21,6	577
Kidal	99,0	46	76,7	99,7	0,3	45
Bamako	94,1	1 525	59,0	90,7	24,2	1 435
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	93,9	12 334	44,9	82,8	30,6	11 580
Primaire	94,1	1 452	47,2	87,6	25,9	1 366
Secondaire ou plus	95,0	634	60,5	93,3	25,1	602
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de santé	93,8	3 864	54,7	90,7	24,1	3 622
Accoucheuse traditionnelle	93,6	6 412	44,1	82,4	31,7	6 001
Autre	94,5	2 074	46,7	82,5	33,6	1 960
Personne	94,9	1 965	34,7	77,8	32,3	1 865
ND	93,7	106	26,9	45,3	9,1	99
Lieu d'accouchement						
Établissement sanitaire	93,7	6 509	52,1	91,1	24,4	6 098
A la maison	94,2	7 783	41,1	78,3	34,8	7 329
Autre	(96,1)	41	(43,1)	(77,8)	(15,1)	40
ND	94,8	86	15,7	25,0	1,4	82
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	94,5	2 958	43,4	82,6	30,5	2 795
Second	93,6	2 985	42,8	82,0	31,4	2 793
Moyen	93,9	3 025	42,1	82,1	30,7	2 840
Quatrième	92,9	2 939	46,1	82,6	29,5	2 730
Le plus riche	95,0	2 514	56,6	90,2	26,9	2 389
Ensemble	94,0	14 420	45,9	83,7	29,9	13 548

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq ans ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

¹ Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

² Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des trois premiers jours avant que la mère ne commence à allaiter de manière régulière.

³ Les données de Kidal portent sur 290 cas (enfants) non pondérés.

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (36).

La quasi-totalité des enfants (94 %) ont été allaités et cette pratique est très courante quelles que soient les caractéristiques de la mère. Parmi les enfants allaités, la proportion de ceux qui ont été allaités immédiatement dans l'heure qui a suivi la naissance est de 46 % ; en ce qui concerne la proportion de ceux qui ont été allaités le jour qui a suivi leur naissance, on constate qu'elle est de 84 %. Bien que

l'allaitement des enfants soit une pratique très répandue, il n'en demeure pas moins que plus d'un enfant sur deux (54 %) n'est pas allaité dans l'heure qui suit sa naissance et que plus d'un enfant sur dix (16 %) ne reçoit pas le lait maternel dans le premier jour qui suit sa naissance. En outre, près d'un enfant sur trois environ (30 %) est alimenté avant le début de l'allaitement. Ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant et mettre ainsi sa vie en danger. En effet, c'est au cours des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour résister à de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il est fréquent qu'il reçoive, à la place du lait maternel, d'autres liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes. Par conséquent, ces résultats montrent qu'il reste des efforts importants à déployer pour convaincre les mères de l'importance et des bienfaits de l'allaitement dès les premières heures de la vie de l'enfant.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment où cet allaitement commence varie quelque peu selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. C'est surtout en fonction de l'assistance lors de l'accouchement que les pourcentages d'enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance varient de manière sensible : quand l'accouchement a été assisté par un professionnel de santé, plus de la moitié des nouveaux-nés (55 %) ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance alors que ce pourcentage n'est que de 35 % si personne n'a assisté la mère à l'accouchement et 44 % si elle a été assistée par une accoucheuse traditionnelle. Dans les régions de Kayes (30 %), Koulikoro (32 %), Ségou (40 %) et Sikasso (45 %), moins d'un enfant sur deux a bénéficié du lait maternel dans l'heure qui a suivi sa naissance ; à l'opposé, dans les autres régions y compris la capitale Bamako, ces proportions varient entre 56 % et 84 %. Le niveau d'instruction de la mère semble avoir une influence significative sur la pratique de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. On remarque ainsi que les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été plus fréquemment allaités dans l'heure qui a suivi la naissance que ceux dont la mère a le niveau primaire ou moins (61 % contre 47 % pour ceux dont la mère a le niveau primaire et 45 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction). L'assistance à l'accouchement et, par conséquent, le lieu où celui-ci s'est déroulé influencent de manière importante le début de l'allaitement ; en effet, 52 % des femmes ayant accouché dans un centre de santé ont allaité l'enfant dans l'heure qui a suivi la naissance alors que quand la mère a accouché à la maison, cette proportion n'est que de 41 %.

Avec 89 % à Gao, 95 % à Tombouctou et 100 % à Kidal, ces régions se caractérisent par une proportion très élevée d'enfants qui ont été allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance. De plus, on note que 93 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et 90 % de ceux des ménages du quintile le plus riche ont été allaités dans les vingt-quatre heures qui ont suivi leur naissance.

11.1.2 Allaitement maternel exclusif et introduction des aliments de complément

Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, tous les enfants devraient être exclusivement nourris au sein de la naissance jusqu'à l'âge de six mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel. Par conséquent, à partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui permettre la meilleure croissance possible.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24

heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles sur les compléments nutritionnels n'ont été posées qu'à propos des enfants derniers-nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans dans la mesure où pratiquement aucun enfant n'est plus allaité au-delà de cet âge.

Les résultats du tableau 11.2 montrent que dès la naissance, tous les enfants au Mali sont allaités (100 %) et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 18-23 mois, plus de six enfants sur dix (63 %) sont encore allaités. On constate par contre qu'au Mali, l'allaitement exclusif n'est pas une pratique courante. À moins de 2 mois, plus de la moitié des enfants (58 %) ne reçoivent que le lait maternel mais à 6-8 mois cette proportion tombe à 15 %. Dans l'ensemble, à moins de six mois, seulement 38 % des enfants sont exclusivement allaités. Une proportion élevée (53 %) reçoit, en plus du lait maternel, de l'eau seulement et dans 4 % des cas, d'autres laits. Une faible proportion d'enfants sont toujours allaités et reçoivent déjà des aliments de complément (4 %). Par contre, entre 6-9 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement 30 % des enfants sont nourris de manière adéquate ; à 9-11 mois, cette proportion concerne un peu plus de la moitié des enfants (53 %).

Tableau 11.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSM-IV Mali 2006

Âge en mois	Allaitement au sein et :						Total	Pourcentage actuel-lement allaités	Effectif d'enfants derniers-nés de moins de 3 ans	Pourcentage utilisant le biberon ¹	Effectif d'enfants ¹
	Pas allaité au sein	Exclusive-ment allaité au sein	Eau seulement	Liquides à base d'eau, autre que le lait/jus	Autre lait	Aliments de complé-ment					
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
24-35	77,3	22,7	na	na	na	na	100,0	22,7	1 718	4,1	2 397
0-3 mois	0,1	45,3	48,7	0,0	3,4	2,4	100,0	99,9	934	2,7	943
<6 mois	0,6	37,8	53,4	0,0	4,0	4,2	100,0	99,4	1 458	3,9	1 477
6-9 mois	1,9	13,7	47,3	1,3	6,0	29,8	100,0	98,1	895	5,2	910
12-15 mois	5,9	7,1	16,0	0,8	2,9	67,3	100,0	94,1	1 042	5,1	1 062
12-23 mois	18,5	5,1	11,3	0,7	1,9	62,5	100,0	81,5	2 506	5,8	2 626
20-23 mois	43,9	1,7	5,7	0,4	0,9	47,5	100,0	56,1	644	6,4	712

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 est égale à 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 trois ans.

na = non applicable (questions qui ont été posées seulement au moins de deux ans).

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Le tableau 11.2 montre que l'utilisation du biberon chez les enfants maliens est peu répandue puisque seulement 3 % de ceux de moins de 2 mois et 4 % de l'ensemble de ceux de moins de 6 mois avaient été nourris au biberon au cours des dernières 24 heures.

11.1.3 Durée et fréquence de l'allaitement

La durée médiane de l'allaitement est calculée pour les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans. Le tableau 11.3 indique qu'au Mali, la moitié des enfants sont allaités pendant une période de moins de deux ans (20,9 mois). On ne constate pas de disparités importantes dans la durée d'allaitement selon les caractéristiques sociodémographiques. Cependant, du point de vue régional, on note que la durée médiane de l'allaitement varie d'un minimum de 17,9 mois à Tombouctou à un maximum de 22,3 mois à Sikasso et Gao. Selon le quintile de bien-être du ménage, on ne constate pas d'écart important. Par rapport à 2001 (EDSM-III), la durée médiane de l'allaitement est passée de 22,6 mois à 20,9 mois.

Caractéristique	Durée médiane de l'allaitement (en mois)			Enfants de moins de 6 mois allaités			
	Allaitement	Allaitement exclusif	Allaitement prédominant	Pourcentage allaité 6 fois ou plus dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitements par jour	Nombre moyen d'allaitements par nuit	Effectif d'enfants
Sexe							
Masculin	20,9	1,3	8,3	96,9	8,7	5,0	695
Féminin	20,8	0,9	8,4	94,2	8,7	4,7	717
Milieu de résidence							
Bamako	19,4	1,1	6,7	95,1	7,8	5,0	143
Autres Villes	20,1	1,4	8,1	96,8	8,7	4,2	257
Ensemble urbain	19,7	1,3	7,5	96,2	8,3	4,5	399
Rural	21,2	1,0	8,7	95,3	8,9	5,0	1 013
Région							
Kayes	20,2	1,0	7,0	94,4	8,3	6,7	174
Koulikoro	21,2	1,7	9,1	98,3	10,1	4,6	273
Sikasso	22,3	1,4	8,6	93,4	7,8	3,8	286
Ségou	20,2	0,8	9,0	95,2	9,9	5,7	230
Mopti	21,5	0,7	9,4	95,5	7,9	4,0	185
Tombouctou	17,9	0,5	7,2	94,3	8,9	5,1	54
Gao	22,3	1,2	8,8	99,3	8,3	4,8	60
Kidal	(20,7)	(11,5)	(12,6)	(100,0)	(7,2)	(5,3)	8
Bamako	19,4	1,1	6,7	95,1	7,8	5,0	143
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	21,0	1,2	8,6	95,9	8,8	4,9	1 180
Primaire	20,7	1,0	7,7	97,4	8,6	4,9	157
Secondaire ou plus	18,6	0,6	6,1	86,4	7,5	4,8	76
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	21,0	1,2	8,9	94,2	9,1	4,4	300
Second	20,9	1,3	8,7	96,0	8,7	5,1	295
Moyen	21,5	1,8	8,1	96,0	8,9	5,2	285
Quatrième	20,7	0,6	9,1	96,2	8,6	5,2	288
Le plus riche	19,6	1,0	6,6	95,2	8,1	4,4	244
Ensemble	20,9	1,1	8,4	95,5	8,7	4,9	1 413
Moyenne pour tous les enfants	21,1	5,6	11,6	na	na	na	na

Au tableau 11.3 figure également la durée moyenne de l'allaitement. La valeur ainsi obtenue est de 21,1 mois. À l'EDSM-III, cette durée moyenne de l'allaitement était estimée à 23,1 mois.

Toujours au tableau 11.3, on constate que 96 % des enfants de moins de 6 mois ont été allaités six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête et que le nombre moyen de tétées est près de deux fois plus élevé pendant le jour que la nuit (en moyenne, 8,7 fois contre 4,9 fois). On ne constate pas de variation importante de la fréquence de l'allaitement selon les différentes caractéristiques de la mère. La proportion d'enfants qui ont été allaités 6 fois ou plus au cours des dernières 24 heures est pratiquement la même en milieu rural qu'en milieu urbain (96 % contre 95 %). Elle est très élevée dans les régions de Kidal (100 %), Gao (99 %), Koulikoro (98 %), Sikasso (93 %) et Ségou (95 %) et dans la capitale Bamako (95 %). Les écarts selon le niveau d'instruction et les quintiles de bien-être ne sont pas très importants.

11.1.4 Types d'aliments de complément

Les informations relatives aux types d'aliments donnés aux enfants de moins de trois ans sont présentées au tableau 11.4 selon que l'enfant est allaité ou non. Le tableau indique que dès l'âge de 4-5 mois, 8 % des enfants ont déjà reçu de la nourriture solide ou semi solide et 5 % avaient reçu des aliments solides à base de céréales.

Tableau 11.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, qui ont reçu certains aliments déterminés le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction du fait qu'ils sont, ou non, allaités, selon l'âge en mois, EDSM-IV Mali 2006

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides	Nourriture à base de céréales	Fruits et légumes riches en vitamines A	Autres fruits et légumes	Nourriture à base de racines, de tubercules	Nourriture à base de légumineuses et de noix	Viande, poisson, volaille et oeufs	Fromage, yaourt, autres produits laitiers	Nourriture solide ou semi solide quelconque	Nourriture à base d'huile, de graisse et de beurre	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS													
0-1	3,1	3,0	0,7	1,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	1,4	0,3	413
2-3	2,3	2,3	1,6	2,3	1,2	0,5	0,3	0,2	1,2	0,3	2,9	0,8	519
4-5	4,2	5,1	2,1	5,0	1,4	0,3	0,4	0,3	0,8	1,5	7,5	0,7	516
6-8	6,1	9,6	9,9	21,0	7,1	3,8	1,2	1,2	8,9	1,3	26,1	4,6	669
9-11	13,4	15,1	20,3	49,8	14,9	4,8	2,8	6,2	16,0	2,2	54,4	10,4	610
12-17	10,7	16,5	24,5	68,0	19,6	9,1	3,1	5,8	24,5	2,4	73,6	15,3	1 425
18-23	10,1	16,6	24,7	77,7	24,3	9,8	4,0	11,2	30,7	2,6	81,7	18,4	618
6-23	10,2	14,9	20,8	57,0	17,1	7,4	2,8	6,0	20,9	2,2	62,0	12,8	3 323
Ensemble	7,4	10,6	13,8	37,5	11,3	4,9	1,9	3,9	13,7	1,6	41,1	8,4	5 161
ENFANTS NON ALLAITÉS													
12-17	18,3	29,3	25,0	67,1	18,3	8,6	1,8	9,2	32,5	5,3	69,8	19,8	106
18-23	18,7	35,6	36,7	83,1	29,3	16,3	7,9	14,1	38,1	6,4	89,8	26,2	357
6-23	18,3	34,4	33,5	78,6	26,5	14,3	6,6	12,6	36,6	6,1	84,1	24,8	489
Ensemble	5,0	9,3	9,0	21,2	7,1	3,8	1,8	3,4	9,8	1,6	22,7	6,6	1 826

Note : Le statut d'allaitement et les aliments consommés font référence à la période des dernières 24 heures (le jour et la nuit ayant précédé l'enquête). Les aliments riches en vitamine A comprennent : les citrouilles, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues et les papayes.

L'OMS recommande l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation des enfants à l'âge de 6 mois, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. Au Mali, à 6-8 mois, une proportion assez importante d'enfants consomme, en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi solides suffisamment variés et riches en protéines et en minéraux : 6 % consomment des aliments pour bébé, 21 % des céréales, 7 % des fruits et/ou des légumes riches en vitamine A, 1 % des tubercules et 26 % de la nourriture solide ou semi solide. En ce qui concerne les enfants non allaités, on constate que 84 % de ceux de 6-23 mois reçoivent de la nourriture solide ou semi solide, 37 % de la viande, du poisson ou des œufs. Parmi les enfants allaités du même groupe d'âges ces proportions sont plus faibles (respectivement 62 % et 21 %).

11.2 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS

Les carences en vitamines et en minéraux peuvent être à l'origine de certaines maladies. Par exemple, la carence en vitamine A peut entraîner la cécité crépusculaire, celle de l'iode entraîne le goitre et le crétinisme, et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences ont aussi des conséquences moins visibles, telles que l'affaiblissement du système immunitaire.

11.2.1 Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation d'iode peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant (crétinisme) et favoriser l'apparition du goitre chez les adultes. Elle peut également accroître les risques d'avortement spontané, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité infantile. Jusqu'à une date récente, le sel produit localement n'était pas iodé et la consommation de sel iodé n'était donc pas généralisée.

Lors de l'EDSM-IV, les enquêteurs ont demandé, dans chaque ménage, un peu de sel utilisé pour la cuisine. Ce sel a été testé au moyen d'un « kit » fourni par l'UNICEF pour déterminer sa teneur en iode. Ce test a permis de savoir si le sel n'était pas du tout iodé ou s'il était iodé à plus ou moins de 15 parties par million (ppm). Le sel qui contient au moins 15 ppm d'iode est considéré comme suffisamment iodé. Il faut noter que le sel a été testé dans 91 % des ménages, et que seulement 10 % des ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête.

Il ressort du tableau 11.5 que, dans l'ensemble, 91 % des ménages disposaient de sel iodé dont 79 % de sel adéquatement iodé (15 ppm et+) et 13 % dont la teneur du sel en iode n'était pas adéquate (moins de 15 ppm). À l'opposé, 9 % des ménages ne disposaient que de sel non iodé. Le pourcentage de ménages disposant de sel adéquatement iodé est légèrement plus élevé en milieu urbain (82 %) qu'en milieu rural (78 %). Par région, on constate que la proportion de ménages disposant de sel adéquatement iodé présente de très grandes variations ; c'est dans les régions de Kayes et Tombouctou que l'on observe la proportion la plus faible (60 %) et à l'opposé, c'est celle de Sikasso qui se caractérise par la proportion la plus élevée puisque 91 % des ménages y disposaient de sel adéquatement iodé. La disponibilité du sel adéquatement iodé dans les ménages ne varie pas de manière significative avec leur niveau de bien-être socio-économique : 84 % des ménages du quintile le plus riche disposaient de sel dont la teneur en iode était adéquate contre 78 % de ceux du quintile le plus pauvre et 80 % de ceux du quatrième quintile.

Tableau 11.5 Sel iodée dans le ménage

Répartition (en %) des ménages dont le sel a été testé pour la présence d'iode selon la teneur en iode (parties par million), pourcentage de ménages dont le sel a été testé et pourcentage de ménages ne disposant pas de sel, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de ménages testés	Pourcentage de ménages sans sel	Effectif de ménages	Sel iodé dans le ménage			Total	Effectif de ménages ¹
				Sel non iodé (0 ppm)	Contenu en iode inadéquat (<15 ppm)	Contenu en iode adéquat (15+ ppm)		
Milieu de résidence								
Bamako	85,5	14,5	1 517	4,0	7,6	88,4	100,0	1 297
Autres Villes	90,5	9,5	2 442	10,7	11,2	78,0	100,0	2 211
Ensemble urbain	88,6	11,4	3 960	8,2	9,9	81,9	100,0	3 508
Rural	91,4	8,6	9 038	8,7	13,7	77,6	100,0	8 259
Région								
Kayes	94,5	5,5	1 764	21,8	18,7	59,5	100,0	1 668
Koulikoro	89,2	10,8	2 070	6,2	10,0	83,8	100,0	1 847
Sikasso	92,8	7,2	2 093	3,3	5,5	91,1	100,0	1 942
Ségou	85,6	14,4	2 136	5,4	15,7	79,0	100,0	1 830
Mopti	93,3	6,7	2 055	4,8	11,5	83,7	100,0	1 917
Tombouctou	94,1	5,9	717	18,0	22,3	59,8	100,0	675
Gao	91,0	9,0	587	17,7	20,3	62,0	100,0	535
Kidal	99,1	0,9	58	6,1	18,7	75,2	100,0	57
Bamako	85,5	14,5	1 517	4,0	7,6	88,4	100,0	1 297
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	94,7	5,3	2 368	7,2	14,5	78,3	100,0	2 241
Second	92,9	7,1	2 499	9,3	14,0	76,7	100,0	2 320
Moyen	89,5	10,5	2 730	10,0	14,1	75,9	100,0	2 444
Quatrième	89,6	10,4	2 831	8,4	11,4	80,2	100,0	2 537
Le plus riche	86,6	13,4	2 570	7,8	8,8	83,5	100,0	2 224
Ensemble	90,5	9,5	12 998	8,5	12,6	78,9	100,0	11 767

¹ Les données de Kidal portent sur 322 cas (ménages) non pondérés.

11.2.2 Consommation de vitamine A chez les enfants

La vitamine A est nécessaire au développement et à la conservation du tissu épithélial, de l'appareil digestif et respiratoire, entre autres, et elle est essentielle au bon fonctionnement de la rétine. La vitamine A permet également de maintenir les défenses immunitaires de l'organisme. Elle est stockée par le foie, mais lorsque les quantités sont trop faibles ou épuisées, les conséquences de la carence deviennent manifestes. La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi ses risques de décéder de maladies infectieuses. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants ; elle peut affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays qui ont une mortalité infantile juvénile supérieure à 70 pour mille, et dans lesquels la carence en vitamine est un problème de santé publique, un programme de contrôle de la vitamine A soit mis en place.

Le tableau 11.6 présente tout d'abord les pourcentages d'enfants derniers-nés de 6-23 mois qui ont consommé des fruits et légumes riches en vitamine A au cours des sept jours qui avaient précédé l'enquête. Un peu moins d'un tiers des enfants avaient consommé ce type d'aliments (31 %). Les résultats montrent que la proportion d'enfants nourris avec ce type d'aliments augmente avec l'âge, passant de 12 % à 6-8 mois à 43 % à 18-23 mois. En outre, on note que les enfants non allaités en ont reçu plus fréquemment que ceux qui sont toujours allaités (47 % contre 28 %). Les proportions d'enfants ayant reçu ces fruits et légumes varient de manière importante avec le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau socio-économique du ménage : les enfants du milieu urbain en ont plus fréquemment reçu que ceux du milieu rural (42 % contre 27 %). Dans les régions, c'est, en dehors de Bamako (51 %), dans celles de Gao (34 %), Ségou (31 %) et Kayes (32 %) que ces proportions sont les plus élevées. Avec seulement 18 %, c'est dans la région de Tombouctou que les enfants ont le moins fréquemment consommé ce type d'aliments. En outre, la proportion d'enfants ayant consommé cette catégorie d'aliments augmente avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau socio-économique du ménage.

La deuxième colonne du tableau concerne le pourcentage d'enfants de 6-23 mois qui avaient consommé des aliments riches en fer au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête. On constate que la proportion est de 23 %. En outre, les résultats font apparaître les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour la consommation d'aliments riches en vitamine A.

En outre, près de trois enfants de 6-59 mois sur quatre (72 %) ont reçu des suppléments de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, on ne constate pas de différence importante ; cependant, on note que c'est à 9-11 mois que les enfants en ont reçu le plus fréquemment (78 %) et à 48-59 mois qu'ils en ont reçu le moins fréquemment (68 %).

Les proportions d'enfants de 6-59 mois qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant.

Les enfants du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux à en avoir reçu (78 %) que ceux du milieu rural (70 %). En fonction des régions, les résultats montrent que c'est dans la capitale Bamako (81 %), et dans les régions de Ségou (79 %) et Sikasso (78 %) que les proportions d'enfants ayant bénéficié de ce supplément nutritionnel sont les plus élevées. À l'opposé, dans les régions de Kidal et de Gao, seulement 25 % et 52 % en ont reçu. Selon le niveau d'instruction, on constate que les enfants des mères les plus instruites sont ceux qui ont le plus fréquemment bénéficié de cet apport nutritionnel (85 % contre un minimum de 70 % parmi ceux dont la mère est sans instruction). Selon l'indice de bien-être socio-économique, on note que les enfants des ménages les plus riches ont un peu plus souvent reçu ces suppléments vitaminiques (81 %) que ceux des autres ménages (70 % pour le quintile le plus pauvre, 67 % pour le quintile moyen, et 72 % pour les second et quatrième quintiles).

En ce qui concerne les autres caractéristiques (sexe, âge de la mère et allaitement), les différences constatées ne sont pas importantes.

Le tableau 11.6 fournit la proportion d'enfants vivant dans un ménage disposant de sel adéquatement iodé. Elle est de 79 %. Dans les régions de Kayes (58 %), Tombouctou (62 %) et Gao (58 %), cette proportion est plus faible qu'au niveau national.

Tableau 11.6 Consommation de micronutriments

Pourcentage de derniers-nés, âgés de 6-23 mois et vivant avec leur mère qui ont consommé des aliments riches en vitamine A et en fer au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de 6-59 mois qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de 6-59 mois vivant dans des ménages utilisant du sel adéquatement iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Parmi les derniers-nés de 6-23 mois:			Parmi tous les enfants de 6-59 mois:		Parmi les enfants de 6-59 mois vivant dans un ménage dont le sel a été testé	
	A consommé des fruits et des légumes riches en vitamine A ¹	Pourcentage consommé des aliments riches en fer au cours des dernières 24 heures	Effectif de derniers-nés ²	A reçu des compléments de vitamine A	Effectif d'enfants ³	Pourcentage d'enfants vivant dans un ménage disposant de sel correctement iodé ⁴	Effectif d'enfants ⁵
Âge de l'enfant en mois							
6-8	12,3	9,1	679	68,9	692	78,4	647
9-11	24,0	16,5	627	77,5	640	76,4	612
12-17	33,6	25,0	1 530	77,0	1 564	78,7	1 466
18-23	43,3	33,4	975	75,4	1 061	80,8	998
24-35	na	na	na	71,0	2 397	79,9	2 283
36-47	na	na	na	71,3	2 358	78,0	2 216
48-59	na	na	na	68,3	2 334	77,7	2 210
Sexe							
Masculin	31,4	23,8	1 944	72,0	5 606	78,4	5 303
Féminin	30,0	22,1	1 868	72,0	5 440	78,9	5 129
Allaitement							
Allaités	28,3	20,9	3 323	74,5	3 866	78,7	3 635
Non allaités	46,9	36,7	478	71,4	6 962	78,6	6 591
Manquant	52,0	29,9	10	47,8	218	80,2	205
Milieu de résidence							
Bamako	51,3	40,4	434	81,1	1 264	88,8	1 165
Autres Villes	34,6	30,3	599	76,2	1 846	76,1	1 788
Ensemble urbain	41,6	34,6	1 033	78,2	3 110	81,1	2 953
Rural	26,7	18,6	2 779	69,6	7 936	77,7	7 478
Région							
Kayes	31,8	23,7	588	70,5	1 586	57,7	1 547
Koulikoro	28,2	15,7	660	73,4	1 929	83,2	1 773
Sikasso	27,1	19,1	708	78,0	1 996	91,6	1 923
Ségou	30,8	24,2	685	78,6	1 847	78,5	1 684
Mopti	21,0	18,5	403	59,4	1 389	83,0	1 352
Tombouctou	18,2	17,8	153	57,7	512	61,5	496
Gao	34,0	30,1	170	51,9	486	57,5	456
Kidal	22,9	22,9	10	24,8	37	84,3	37
Bamako	51,3	40,4	434	81,1	1 264	88,8	1 165
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	28,8	20,9	3 224	70,4	9 405	77,7	8 869
Primaire	37,6	30,3	391	79,0	1 123	83,3	1 087
Secondaire ou plus	49,1	41,5	196	85,3	518	85,4	476
Age de la mère à la naissance							
15-19	31,9	23,7	731	70,0	2 145	78,8	2 018
20-29	29,1	22,4	1 983	72,2	5 685	79,1	5 385
30-39	33,9	24,0	956	73,9	2 773	77,4	2 603
40-49	25,7	20,1	141	68,0	443	79,9	426
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	25,8	17,5	766	70,0	2 206	79,1	2 131
Second	27,3	18,8	768	71,7	2 226	74,5	2 103
Moyen	28,5	20,9	831	67,0	2 317	76,2	2 142
Quatrième	28,9	21,8	764	71,7	2 252	80,7	2 143
Le plus riche	44,8	37,6	682	80,5	2 045	83,1	1 913
Ensemble	30,7	22,9	3 811	72,0	11 046	78,7	10 432

Note : L'information sur les suppléments de vitamine A est basée sur la déclaration des mères.

na = Non applicable

¹ Y compris les courges, l'igname rouge ou jaune, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues, les papayes, et les autres fruits et légumes locaux qui sont riches en vitamine A.

² Enfants derniers-nés de moins de 2 ans. Les données de Kidal portent sur 106 cas (enfants) non pondérés.

³ Enfants de moins de 5 ans des femmes enquêtées. Les données de Kidal portent sur 240 cas (enfants) non pondérés.

⁴ Le sel contient 15 ppm d'iode ou plus. Sont exclus les enfants qui vivent dans un ménage dont le sel n'a pas été testé

⁵ Enfants de moins de 5 ans vivant dans un ménage. Les données de Kidal portent sur 240 cas (enfants) non pondérés.

11.2.3 Consommation de vitamine A et de fer chez les femmes

Lors de l'enquête, on a également demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui avaient suivi l'accouchement. À cette question, 41 % des mères ont répondu qu'elles avaient effectivement reçu de la vitamine A après l'accouchement (tableau 11.7). Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que 61 % des femmes du milieu urbain ont reçu ces compléments contre seulement 33 % de celles du milieu rural. Au niveau régional, c'est dans la région de Kidal (18 %) que cette proportion est la plus faible, suivie de celles de Sikasso et de Mopti (31 % dans les deux cas). À l'opposé, la capitale Bamako (67 %) se caractérise par la proportion la plus élevée de femmes qui ont reçu ces suppléments. On note également que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu ce type de supplément (68 % pour le niveau secondaire ou plus contre 53 % chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 38 % chez celles n'ayant aucune instruction).

Tableau 11.7 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité nocturne au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop pendant un nombre déterminé de jours et pourcentage de celles vivant dans des ménages utilisant du sel adéquatement iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	A reçu vitamine A post-partum ¹	Cécité nocturne déclarée	Cécité nocturne ajustée ²	Prise de fer pendant la grossesse (en nombre de jours)				NSP/ ND	Effectif de femmes	Pourcentage de femmes vivant dans un ménage disposant de sel adéquatement iodé ³	Effectif de femmes ⁴
				Aucun jour	<60	60-89	90+				
Groupe d'âges											
15-19	39,4	13,9	5,6	37,7	28,3	8,2	17,0	8,8	926	77,2	866
20-29	42,1	15,1	6,2	37,8	28,0	8,6	17,4	8,2	4 356	80,2	4 107
30-39	41,4	17,3	5,8	38,5	24,2	8,7	20,5	8,0	2 873	77,8	2 688
40-49	37,9	19,9	5,8	41,7	24,4	7,7	15,8	10,3	933	79,4	896
Milieu de résidence											
Bamako	66,9	11,0	2,4	20,4	27,9	11,6	27,9	12,3	1 044	89,6	957
Autres Villes	57,6	12,2	4,2	28,5	28,6	8,5	25,3	9,1	1 557	76,6	1 505
Ensemble urbain	61,3	11,7	3,5	25,3	28,3	9,8	26,3	10,3	2 601	81,7	2 462
Rural	33,1	17,9	7,0	43,7	25,7	8,0	14,9	7,7	6 486	78,0	6 095
Région											
Kayes	37,2	17,7	6,2	49,1	20,4	6,1	17,3	7,0	1 270	57,4	1 235
Koulikoro	37,3	12,6	3,3	38,0	17,4	10,2	19,7	14,7	1 602	83,3	1 464
Sikasso	30,8	17,4	7,7	36,8	31,4	10,5	16,3	5,1	1 680	91,4	1 614
Ségou	53,2	21,7	9,8	29,7	36,5	7,1	17,3	9,5	1 493	78,5	1 353
Mopti	30,7	14,6	6,1	45,6	28,2	6,8	16,3	3,1	1 168	83,9	1 136
Tombouctou	32,5	22,4	4,7	58,4	16,9	4,6	15,3	4,9	423	62,8	409
Gao	42,2	12,2	5,0	48,3	25,8	7,7	10,0	8,2	374	57,7	355
Kidal	18,3	4,8	1,8	67,7	23,3	2,8	6,2	0,0	33	82,8	33
Bamako	66,9	11,0	2,4	20,4	27,9	11,6	27,9	12,3	1 044	89,6	957
Niveau d'instruction											
Aucun	38,0	16,8	6,3	41,8	26,3	7,9	16,2	7,9	7 655	78,2	7 196
Primaire	52,8	13,7	4,4	23,7	27,9	10,5	26,5	11,3	947	83,3	913
Secondaire ou plus	68,3	10,6	3,9	14,2	26,5	14,6	33,8	10,9	485	84,6	449
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	30,7	20,2	8,3	46,8	24,8	6,6	14,6	7,2	1 805	78,9	1 737
Second	31,6	17,6	6,7	44,3	23,8	9,1	14,7	8,0	1 824	75,9	1 720
Moyen	33,4	18,5	6,5	43,4	27,2	7,9	13,6	7,8	1 877	76,0	1 729
Quatrième	44,9	15,0	5,7	34,8	29,3	8,5	20,3	7,1	1 854	80,8	1 757
Le plus riche	66,7	9,1	2,5	21,8	27,1	10,5	28,3	12,3	1 729	84,0	1 614
Ensemble	41,2	16,2	6,0	38,4	26,5	8,5	18,2	8,4	9 087	79,1	8 557

Note : Pour les femmes ayant eu plusieurs naissances vivantes dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.

¹ Dans les premiers mois après l'accouchement.

² Les femmes ayant déclaré souffrir de cécité nocturne mais qui n'ont pas déclaré avoir des difficultés pour voir le jour.

³ Sel contenant 15 ppm d'iode ou plus. Sont exclues les femmes qui vivent dans un ménage dont le sel n'a pas été testé.

⁴ Les données de Kidal portent sur 201 cas (femmes) non pondérés.

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

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes, si pendant leur grossesse elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au cours de la nuit. Le tableau 11.7 indique que près de deux femmes sur dix (16 %) ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années ont déclaré que pendant leur grossesse, elles avaient eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit. Cependant, une proportion importante de femmes a déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, probablement, des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. C'est pourquoi une prévalence "ajustée" de la cécité crépusculaire a été calculée en éliminant de la cécité crépusculaire "déclarée" les femmes ayant également rapporté avoir des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi "ajustée" passe à 6 %. La proportion de femmes considérées comme étant atteintes de cécité crépusculaire n'est pas influencée par l'âge de la femme (6 % quelque soit l'âge). On note cependant que cette forme de cécité est beaucoup plus fréquente en milieu rural (7 %) qu'en milieu urbain (4 %). Au niveau régional, c'est Ségou qui détient la proportion la plus élevée de femmes ayant souffert de cécité crépusculaire (10 %) et les régions de Kidal et Bamako les plus faibles (2 % dans chaque cas). Les résultats selon le niveau de bien-être économique montrent que la proportion de femmes atteintes de cécité crépusculaire est près de trois fois plus élevée dans les ménages du quintile le plus pauvre (8 %) que dans ceux du quintile le plus riche (3 %). Les résultats montrent qu'il y a également une différence importante selon le niveau d'instruction de la mère, la proportion variant de 4 % parmi les plus instruites à 6 % parmi celles sans instruction.

Le tableau 11.7 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer durant la grossesse. Dans l'ensemble, près de quatre femmes sur dix (38 %) ont déclaré n'avoir pris aucun supplément de fer pendant leur grossesse ; à l'opposé, 27 % en ont pris pendant moins de 60 jours, 9 % entre 60 et 89 jours et 18 % pendant au moins trois mois. C'est parmi les femmes de la capitale Bamako (28 %), parmi celles des ménages les plus riches (28 %), et parmi les plus instruites (34 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de celles qui en ont pris pendant au moins 90 jours. Par contre, dans la région de Kidal, cette proportion n'atteint pas le dixième des femmes (6 %) ; de même, parmi les femmes du milieu rural (15 %) et celles sans instruction (16 %), ces proportions sont relativement faibles.

11.3 ANÉMIE

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

Au cours de l'EDSM-IV, en plus de la mesure de la taille et du poids des femmes et des enfants, on a également procédé à un prélèvement de sang. Précisons que ce test n'a eu lieu que dans un ménage sur trois de l'échantillon. Le prélèvement a été réalisé de la manière suivante : (a) du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lance rétractable (Tenderlette) ; (b) on laissait alors tomber une ou deux gouttes de sang dans une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, pouvait donner une

mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang ; et (c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire.

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

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang ; on assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1998). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. Au Mali, la majorité de la population vivant dans des régions de faibles altitudes, il ne s'est pas avéré nécessaire d'ajuster les valeurs de la concentration d'hémoglobine dans le sang.

11.3.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 11.8 indique qu'au Mali plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (81 %) sont atteints d'anémie : 21 % sous une forme légère, 50 % sous une forme modérée et 10 % sont atteints d'anémie sévère.

Du point de vue de l'âge, c'est entre 9 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (89 %). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. Les résultats ne font apparaître aucun écart très important entre les sexes ; par contre les écarts sont importants selon le milieu de résidence (69 % en milieu urbain contre 86 % en milieu rural), et entre régions (d'un minimum de 25 % à Kidal, à un maximum de 90 % à Ségou (graphique 11.1). Selon le niveau d'instruction, les résultats mettent en évidence une proportion d'enfants anémiés plus élevée parmi ceux dont la mère est sans instruction que parmi les enfants dont la mère est de niveau secondaire ou plus (82 % contre 71 %). Enfin, les résultats selon le quintile de bien-être montrent que la prévalence de l'anémie des enfants diminue des ménages les plus pauvres aux plus riches (91 % à 64 %).

La majorité des enfants anémiés le sont modérément (50 %), et ils présentent pratiquement les mêmes caractéristiques que l'ensemble des enfants anémiés ; Les enfants souffrant d'anémie sévère présentent un profil sociodémographique différent de celui des enfants présentant la forme légère. On observe ainsi que, dans les régions les plus touchées par l'anémie sévère, qui sont Sikasso, Koulikoro et Kayes (entre 12 % et 13 %), la prévalence est deux à trois fois plus élevée que dans les régions les moins touchées, comme Bamako et Tombouctou (4 % à 5 %). Les enfants de mère sans instruction souffrent, également, beaucoup plus d'anémie sévère que ceux des mères de niveau secondaire ou plus (11 % contre 5 %). Enfin, la prévalence de l'anémie sévère des enfants des ménages les plus pauvres est plus de cinq fois plus élevée que celle des enfants des ménages les plus riches (15 % contre 3 %).

Tableau 11.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ED5M-IV Mali 2006

Caractéristique	Anémie			Pourcentage d'enfants anémiés (<11,0 g/dl)	Effectif d'enfants ¹
	Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (inférieur à 7,0 g/dl)		
Age en mois					
6-8	20,3	62,6	3,4	86,3	231
9-11	16,2	60,9	12,1	89,1	212
12-17	16,8	54,8	17,3	88,8	489
18-23	15,5	54,2	19,6	89,3	317
24-35	19,8	48,4	13,1	81,3	816
36-47	21,5	49,4	7,0	77,9	793
48-59	29,5	40,5	3,4	73,5	831
Sexe					
Masculin	17,7	51,3	10,8	79,9	1 862
Féminin	25,1	48,2	9,3	82,6	1 827
Milieu de résidence					
Bamako	23,8	37,5	4,4	65,7	387
Autres Villes	30,2	37,2	4,4	71,7	610
Ensemble urbain	27,7	37,3	4,4	69,4	997
Rural	19,1	54,4	12,1	85,6	2 691
Région					
Kayes	19,2	49,8	11,5	80,5	512
Koulikoro	17,3	54,8	12,9	85,0	659
Sikasso	19,9	52,6	13,4	85,8	681
Ségou	19,4	59,7	10,6	89,6	618
Mopti	32,3	42,4	6,9	81,5	506
Tombouctou	17,5	38,6	5,2	61,3	167
Gao	24,2	47,1	7,0	78,3	147
Kidal	22,7	2,0	0,0	24,7	12
Bamako	23,8	37,5	4,4	65,7	387
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	21,2	50,0	11,1	82,3	2 948
Primaire	19,8	52,7	5,7	78,2	353
Secondaire ou plus	19,6	47,2	4,5	71,4	134
ND	37,6	0,0	0,0	37,6	2
Interview de la mère					
Enquêtée	20,9	50,1	10,3	81,3	3 323
Non enquêtée mais vivant dans le ménage ²	24,6	50,2	8,9	83,7	119
Non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ³	26,4	45,1	7,4	78,9	247
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	19,1	56,5	15,2	90,8	740
Second	19,4	55,3	12,3	87,0	781
Moyen	16,4	57,2	11,2	84,7	717
Quatrième	24,6	45,8	7,9	78,3	788
Le plus riche	28,1	32,7	3,0	63,8	663
Ensemble	21,4	49,8	10,0	81,2	3 689

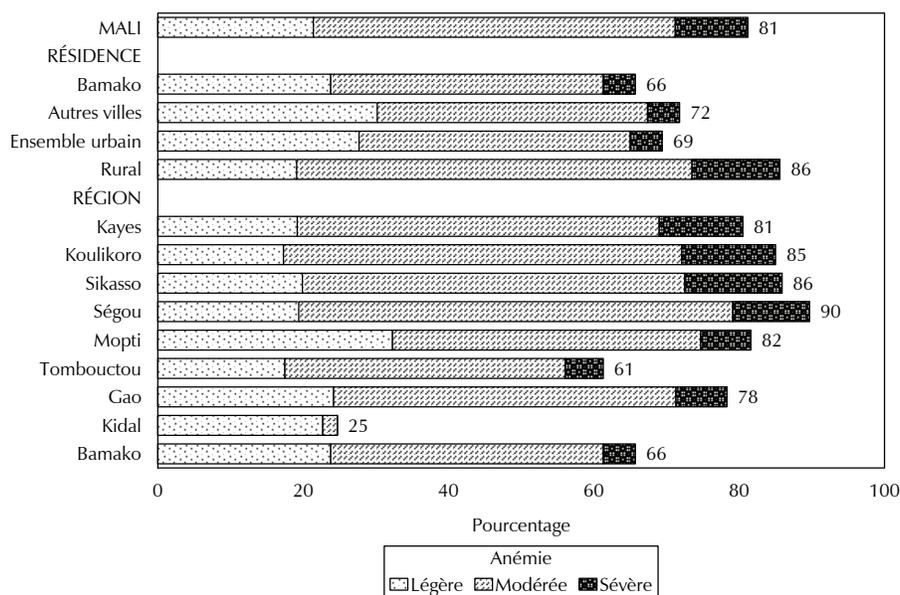
Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. g/dl = grammes par décilitre

¹ Les données de Kidal portent sur 80 cas (enfants) non pondérés.

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les caractéristiques sociodémographiques proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

**Graphique 11.1 Prévalence de l'anémie
(enfants de moins de 5 ans)**



EDSM-IV 2006

11.3.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 11.9 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de deux femmes sur trois sont anémiées (68 %) : 43 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 22 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. La prévalence de l'anémie varie en fonction des différentes variables sociodémographiques. En effet, elle est plus élevée chez les femmes de 40-49 ans (73 %) que chez les femmes les plus jeunes. Les femmes enceintes qui sont plus vulnérables sont plus fréquemment anémiées (76 %) que les autres. L'allaitement ne semble pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative, la prévalence étant presque identique à celles des femmes qui ne sont ni enceintes ou qui n'allaitent pas (68 % contre 65 %). On constate également des écarts de prévalence entre les milieux de résidence et entre les régions. Les femmes du milieu urbain sont moins fréquemment anémiées que celles du milieu rural (59 % contre 72 %). Au niveau régional, à l'exception de Kidal où moins d'une femme sur cinq est anémiée, dans les autres régions, la proportion varie de 54 % à Bamako, à un maximum de 77 % à Mopti. La prévalence de l'anémie diminue significativement avec le niveau d'instruction (69 % parmi les femmes non instruites contre 57 % pour celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus) et avec le niveau de bien-être (75 % pour les femmes des ménages les plus pauvres contre 57 % pour celles des ménages les plus riches).

Il faut noter que c'est parmi les femmes enceintes (6 %) et parmi les femmes des régions de Kayes et Koulikoro (4 %) que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée.

Tableau 11.9 Prévalence de l'anémie des femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Anémie			Pourcentage de femmes anémiées (<11,0 g/dl)	Effectif de femmes ²
	Légère	Modérée	Sévère		
Groupe d'âges¹					
15-19	46,7	18,5	2,3	67,5	1 043
20-29	39,9	22,7	3,1	65,7	1 686
30-39	41,9	22,2	2,5	66,7	1 174
40-49	47,3	23,5	2,0	72,8	840
Enfants nés vivants					
Aucun enfant	45,8	16,9	2,8	65,6	1 016
1	40,6	24,0	2,9	67,5	628
2-3	38,9	23,6	2,9	65,4	1 009
4-5	43,5	19,8	2,0	65,4	753
6+	45,4	24,2	2,4	72,0	1 336
État de la femme					
Enceinte	26,2	43,7	5,9	75,7	580
Allaite au sein	46,6	19,7	2,1	68,4	1 643
Ni l'un, ni l'autre	44,9	18,1	2,2	65,2	2 519
Milieu de résidence					
Bamako	40,6	11,6	1,8	54,0	666
Autres Villes	45,3	16,7	1,2	63,1	952
Ensemble urbain	43,4	14,6	1,4	59,4	1 618
Rural	43,1	25,5	3,2	71,8	3 124
Région					
Kayes	40,7	28,4	4,1	73,2	606
Koulikoro	43,0	24,0	3,9	70,9	809
Sikasso	44,0	22,3	1,5	67,9	806
Ségou	39,1	25,3	2,6	66,9	755
Mopti	56,8	18,1	2,2	77,1	672
Tombouctou	34,9	22,4	2,1	59,3	227
Gao	38,0	25,1	1,9	65,1	185
Kidal	11,7	2,1	0,0	13,9	16
Bamako	40,6	11,6	1,8	54,0	666
Niveau d'instruction³					
Aucune instruction	43,2	23,2	2,9	69,3	3 690
Primaire	42,9	20,4	1,6	65,0	582
Secondaire ou plus	43,4	12,2	1,5	57,0	470
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	43,6	27,1	4,5	75,3	890
Second	42,0	25,4	3,3	70,7	912
Moyen	44,7	24,1	2,6	71,5	817
Quatrième	43,4	21,8	1,6	66,8	1 002
Le plus riche	42,4	13,0	1,3	56,7	1 121
Ensemble	43,2	21,8	2,6	67,6	4 742

Note : Le tableau est basé sur les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. 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 dont le taux d'hémoglobine est compris entre 7,0-9,9 et les femmes non enceintes dont le taux est compris entre 8,0-9,9 g/dl souffrent d'anémie modérée, et les femmes enceintes avec un taux compris entre 10,0-10,9 g/dl et les femmes non enceintes dont le taux se situe entre 10,0-11,9g/dl souffrent d'anémie légère.

¹ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information provient du questionnaire ménage.

² Les données de Kidal portent sur 104 cas (femmes) non pondérés.

³ Non compris les femmes qui n'ont pas été enquêtées.

Le tableau 11.10 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la gravité de l'anémie chez leur mère. Dans 3 293 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leurs mères. Globalement, les résultats montrent que quand la mère est anémiée, la proportion d'enfants anémiés est légèrement supérieure à celle des enfants anémiés au niveau national (85 % contre 82 %) ; quand la mère est anémiée sous la forme modérée, 86 % des enfants souffrent d'anémie et 53 % en sont affectés sous la forme modérée. Toutefois, c'est quand la mère est anémiée sous la forme sévère que l'on constate les proportions les plus élevées d'enfants anémiés (93 %), avec 50 % qui en souffrent sous la forme modérée et 23 % sous la forme sévère. Le fait que la mère soit elle-même anémiée semble donc être un facteur déterminant de la prévalence de l'anémie chez les enfants.

Anémie de la mère	Pourcentage d'enfants anémiés	Niveau d'anémie			Effectif d'enfants
		Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (inférieur à 7,0 g/dl)	
Anémié	85,4	21,1	52,4	11,9	2 237
Niveau d'anémie					
Anémie légère	84,6	22,8	52,2	9,7	1 427
Anémie modérée	86,2	18,0	53,1	15,1	739
Anémie sévère	92,5	19,8	50,2	22,5	71
Ensemble	81,5	20,9	50,3	10,3	3 293

11.4 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

L'un des objectifs de l'enquête est d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et de celui des mères.

11.4.1 État nutritionnel des enfants

Methodologie

La malnutrition protéino énergétique chez les enfants désigne un ensemble de désordres caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance. Elle résulte à la fois des apports alimentaires inadéquats et de la morbidité. La malnutrition peut être évaluée par des critères cliniques, des analyses biochimiques ou des mesures anthropométriques. Cependant, pour des raisons pratiques, la plupart des enquêtes nutritionnelles utilisent des indicateurs anthropométriques.

L'évaluation de l'état nutritionnel est basée sur le concept d'après lequel, dans une population bien nourrie, les répartitions du poids et de la taille des enfants, pour un âge donné, se rapprochent d'une distribution normale. Il est, en outre, généralement admis que le potentiel génétique de croissance des enfants est le même dans la plupart des populations, indépendamment de leur origine. À des fins de comparaison et comme le recommandait l'OMS et le CDC, l'état nutritionnel a été déterminé en utilisant la population de référence internationale définie par le United States National Center for Health Statistics connu sous le nom de standard NCHS. Pour cette raison, jusqu'à une date récente, les mesures

anthropométriques recueillies lors des enquêtes étaient habituellement comparées à des données de référence du NCHS concernant la croissance.

Une étude de l'utilisation de ces références anthropométriques ayant abouti à la conclusion que ces données n'étaient pas suffisamment représentatives de la croissance au cours de la petite enfance, l'OMS a mis en place depuis avril 2006 de nouvelles normes de croissance mondiales pour le nourrisson et l'enfant de moins de cinq ans (WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006). Les résultats présentés dans ce chapitre sont basés sur ces nouvelles normes de croissance.

Les trois indices de malnutrition présentés dans ce rapport sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart-type (Z-score) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Le tableau 11.1 présente les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteint de malnutrition. Les résultats sur l'état nutritionnel portent sur 11 877 enfants. Parmi ces enfants pour lesquels l'état nutritionnel est présenté, 10 998 vivaient dans le même ménage que leur mère et leur mère a été enquêtée. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a été analysé selon certaines caractéristiques disponibles à partir du questionnaire Individuel Femme, comme le rang de naissance et l'intervalle intergénéral. Par ailleurs, pour 879 enfants (soit 7 % des 11 877 enfants qui font l'objet de cette analyse), la mère n'a pas été enquêtée : dans 336 cas, la mère n'a pas été enquêtée pour diverses raisons (par exemple, elle était absente ou malade au moment de l'enquête) mais elle vivait dans le même ménage que son enfant et, dans 543 cas, elle n'a pas été enquêtée parce qu'elle vivait ailleurs ou était décédée.

Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, les indicateurs les plus utilisés sont le poids en fonction de l'âge (poids-pour-âge), la taille en fonction de l'âge (taille-pour-âge) et le poids en fonction de la taille (poids-pour-taille). La définition conventionnelle de la malnutrition chez les enfants, proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est le poids-pour-âge, la taille-pour-âge ou le poids-pour-taille inférieurs à moins 2 écarts-type ; lorsque le niveau atteint moins 3 écarts-type la malnutrition est considérée comme sévère.

- La taille-pour-âge est une mesure spécifique du retard de croissance.
- Le poids-pour-taille est une mesure spécifique de la maigreur ou de l'émaciation.
- Le poids-pour-âge constitue un bon reflet de l'état nutritionnel global de l'enfant et peut être utilisé pour suivre le gain pondéral d'un enfant. Cependant, on sait qu'il ne permet pas de distinguer l'émaciation du retard de croissance.

Le tableau ci-dessous est une classification des niveaux de prévalence de la malnutrition (-2 écart type) utilisés par l'OMS pour catégoriser l'importance des niveaux de malnutrition en terme de santé publique :

Indicateurs	Niveau de malnutrition			
	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
Taille-pour-âge	<20 %	≥20 % et <30 %	≥30 % et < 40 %	≥ 40 %
Poids-pour-taille	<5 %	≥5 % et <10 %	≥10 % et <15 %	≥15 %
Poids-pour-âge	<10 %	≥10 % et <20 %	≥20 % et <30 %	≥30 %

Retard de croissance

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-type de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant de retard de croissance, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-type sont considérés comme souffrant de retard de croissance sous la forme sévère. Selon les résultats du tableau 11.11 concernant l'indice taille-pour-âge, on constate qu'au Mali, un enfant sur deux (38 %) souffre de retard de croissance : 19 % sous la forme modérée et 19 % souffrent de retard de croissance sévère. Ce niveau est classé comme étant très élevé. De plus, cette forte prévalence du retard de croissance présente des écarts importants en fonction des variables sociodémographiques.

Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants ⁴
	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	
Âge de l'enfant en mois							
<6	5,8	12,5	9,0	21,0	3,6	11,1	1 311
6-8	7,6	16,5	11,1	27,7	6,9	24,1	672
9-11	11,4	25,3	11,3	28,9	10,7	28,2	588
12-17	16,0	37,5	10,6	25,4	13,1	33,1	1 504
18-23	27,1	50,3	6,4	16,4	14,5	32,9	995
24-35	26,2	48,9	3,9	10,9	10,7	29,2	2 260
36-47	24,8	46,1	3,4	8,7	11,0	29,5	2 245
48-59	18,9	36,8	2,4	8,1	7,5	24,0	2 304
Sexe							
Masculin	20,9	40,2	6,2	16,0	10,5	28,4	5 992
Féminin	17,6	35,2	5,6	14,4	9,0	25,0	5 885
Intervalle intergénérisique en mois²							
Première naissance ³	18,0	36,0	6,9	16,6	10,2	27,8	1 767
<24	24,7	44,6	7,5	16,7	12,6	31,7	1 842
24-47	19,1	38,5	5,2	14,5	9,6	26,3	5 746
48+	15,1	29,6	6,7	16,8	8,1	23,6	1 643
Taille à la naissance²							
Très petit	18,7	46,9	7,9	21,2	14,4	36,0	586
Petit	20,9	38,5	7,5	18,6	11,5	31,6	1 341
Moyen ou très gros	18,9	36,9	5,7	14,6	9,4	25,6	8 818
ND	23,8	40,4	8,1	20,6	12,7	34,8	213
Milieu de résidence							
Bamako	9,9	23,2	4,7	14,3	5,2	19,4	1 243
Autres Villes	12,8	27,8	5,3	13,8	7,7	20,5	2 029
Ensemble urbain	11,7	26,1	5,1	14,0	6,8	20,1	3 271
Rural	22,1	42,1	6,2	15,7	10,9	29,3	8 606
Région							
Kayes	14,6	30,7	4,9	15,2	8,9	22,0	1 711
Koulikoro	20,2	39,1	7,7	16,2	9,8	29,1	2 151
Sikasso	24,0	45,2	6,6	15,8	11,3	30,8	2 203
Ségou	19,3	40,0	5,0	14,6	9,6	25,7	2 046
Mopti	21,0	40,9	5,2	12,7	9,9	28,1	1 406
Tombouctou	26,5	43,9	6,0	16,5	14,3	32,3	565
Gao	20,3	33,5	7,0	17,4	11,2	27,0	510
Kidal	22,2	32,6	7,7	27,2	14,7	28,7	41
Bamako	9,9	23,2	4,7	14,3	5,2	19,4	1 243
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	20,3	39,6	6,2	15,5	10,4	28,0	9 669
Primaire	14,5	30,0	5,1	15,9	7,5	22,7	1 153
Secondaire ou plus	9,5	20,2	5,4	13,6	5,6	16,4	487
Manquant	0,0	0,0	70,3	70,3	0,0	0,0	3

Suite...

Tableau 11.11 État 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, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants ⁴
	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	
État nutritionnel de la mère							
Maigre (IMC < 18.5)	22,4	43,8	10,3	23,7	15,8	41,3	1 055
Normal (IMC 18.5-24.9)	19,8	38,4	5,9	15,2	10,0	26,9	8 327
En surpoids/obèse (IMC ≥ 25)	14,9	30,9	4,3	11,7	5,7	18,3	1 784
Manquant	17,2	39,6	6,5	16,4	9,4	27,1	134
Interview de la mère							
Enfants de mère enquêtée	19,3	37,8	6,1	15,5	10,0	27,0	10 998
Enfant de mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	16,5	37,4	4,4	13,4	5,9	22,7	336
Enfant de mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ⁵	21,1	36,6	3,0	9,6	7,4	22,9	543
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	23,3	44,2	5,7	15,7	11,4	30,8	2 409
Second	23,1	42,6	6,3	15,2	11,4	28,8	2 424
Moyen	20,9	42,6	6,3	16,1	10,4	29,6	2 494
Quatrième	18,1	35,0	6,2	15,3	10,1	26,2	2 432
Le plus riche	9,7	22,1	4,7	13,4	4,8	17,0	2 119
Ensemble	19,3	37,7	5,9	15,2	9,7	26,7	11 877

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 des Normes OMS de la croissance de l'enfant, adoptées en 2006. 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 internationale.

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

² Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

³ Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme premières naissances car elles n'ont pas d'intervalle intergénéral précédent.

⁴ Les données de Kidal portent sur 247 cas (enfants) non pondérés.

⁵ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

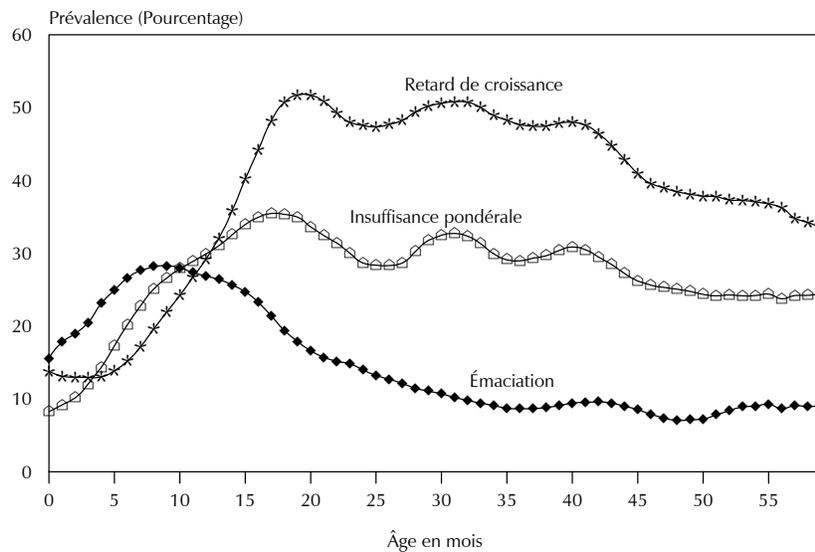
Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence du retard de croissance, qu'elle soit modérée ou sévère (tableau 11.1 et graphique 11.2). La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente très rapidement avec l'âge : de 13 % à moins de 6 mois, la prévalence du retard de croissance augmente pour atteindre un maximum de 50 % à 18-23 mois. Dans ce groupe d'âges, plus d'un quart des enfants souffrent de retard de croissance sévère (27 %). Le retard de croissance touche un peu plus fréquemment les garçons que les filles (40 % contre 35 %). Par ailleurs, les enfants nés quatre années après l'enfant précédent sont légèrement moins touchés par le retard de croissance que les autres (30 % contre 39 % quand l'intervalle est de 24-47 mois et 45 % quand il est inférieur à 24 mois). De même, la prévalence du retard de croissance est beaucoup plus élevée parmi les enfants très petits à la naissance (47 %) que parmi ceux qui étaient petits (39 %) ou bien qui étaient moyens ou très gros (37 %).

Le niveau d'instruction de la mère est la variable en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente les variations les plus fortes : les enfants dont la mère n'a aucune instruction sont plus affectés par le retard de croissance (40 %) que ceux dont la mère a le niveau primaire (30 %) et beaucoup plus affecté que ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (20 %). Il en est de même pour le retard de croissance sévère qui est de 20 % parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction contre 10 % pour les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes ont sans doute une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène. De plus, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une

quantité de nourriture disponible parfois limitée et de faible qualité. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence du retard de croissance parmi les enfants de mères sans instruction.

Selon le milieu de résidence, on note que les niveaux de retard de croissance présentent de fortes variations. Près de quatre enfants sur dix du milieu rural (42 %) sont affectés par le retard de croissance contre près d'un enfant sur quatre en milieu urbain (26 %). Dans les régions, on observe que la prévalence du retard de croissance est «très élevée» dans les régions de Tombouctou (44 %), Sikasso (45 %), Mopti (41 %) et Koulikoro (39 %) ; ce niveau de malnutrition chronique peut être considéré comme « levée » dans les région de Gao (34 %), Kidal (33 %) et Kayes (31 %) et « moyen » à Bamako (23 %) (graphique 11.3).

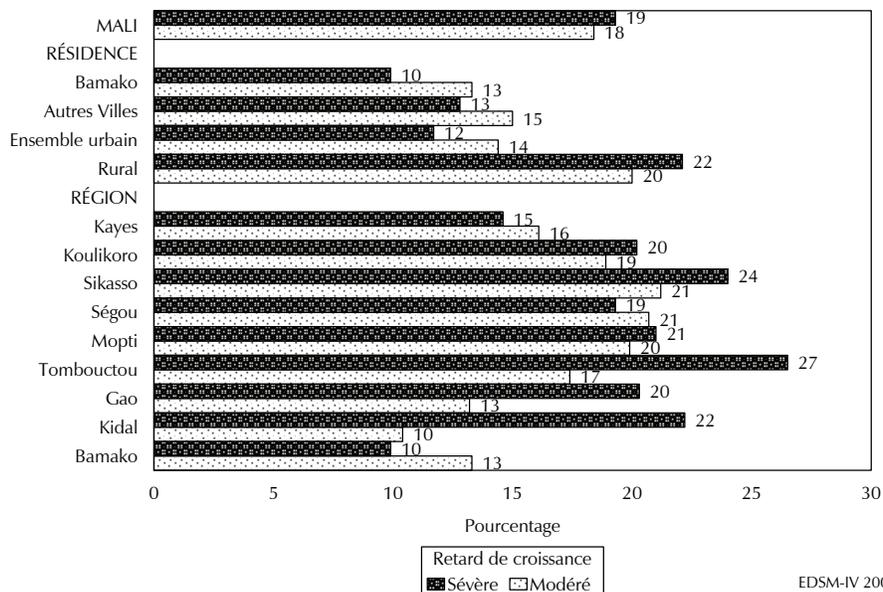
Graphique 11.2 État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



Note : Moyenne mobile sur 5 mois

EDSM-IV 2006

Graphique 11.3 Prévalence du retard de croissance (enfants de moins de 5 ans)



EDSM-IV 2006

Émaciation ou maigreur

Au tableau 11.11 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de maigreur, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice peut être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'il s'agisse des maladies (rougeole, diarrhée, paludisme, etc.) ou des déficits alimentaires (sécheresse, périodes de soudure), sont très sensibles à la saison. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-type de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de maigreur, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-type sont considérés comme souffrant de forme sévère de maigreur.

Dans l'ensemble, le niveau de malnutrition aiguë peut être qualifié d'élevée : en effet, un enfant sur six (15 %) est atteint de maigreur : 9 % sous la forme modérée et 6 % sous la forme sévère. Du point de vue de l'âge, on note que ce sont les enfants de 6-23 mois qui sont le plus fréquemment émaciés, en particulier ceux du groupe d'âges 9-11 mois (29 %). À partir de 24-35 mois, les proportions diminuent avec l'âge et ne concernent plus que 11 à 8 % des enfants (graphique 11.2).

On note une très légère différence selon le sexe de l'enfant (16 % chez les garçons contre 14 % parmi les filles). On constate que les enfants vivant en milieu rural sont plus fréquemment émaciés que ceux qui vivent en milieu urbain (16 % contre 14 %). De même, le niveau d'instruction de la mère affecte la prévalence de la malnutrition chronique : 16 % des enfants dont la mère n'a aucune instruction souffrent de cette forme de malnutrition contre 14 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne les régions, les résultats font apparaître une prévalence élevée de la maigreur dans les régions de Kidal (27 %), de Gao et Tombouctou (17 % dans chaque cas), Koulikoro et Sikasso (16 % dans chaque cas). Dans les régions de Bamako (14 %) et Mopti (13 %), la prévalence de l'émaciation est plus faible et son niveau peut être qualifié de moyen. Enfin, il faut noter que les enfants qui ne vivent pas avec leur mère sont moins affectés (10 %) que ceux dont la mère est dans le ménage (16 %).

Insuffisance pondérale

Le tableau 11.11 présente l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Il s'agit d'un indice combiné, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une insuffisance pondérale. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale modérée ; ceux se situant en dessous de moins trois écarts-types sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

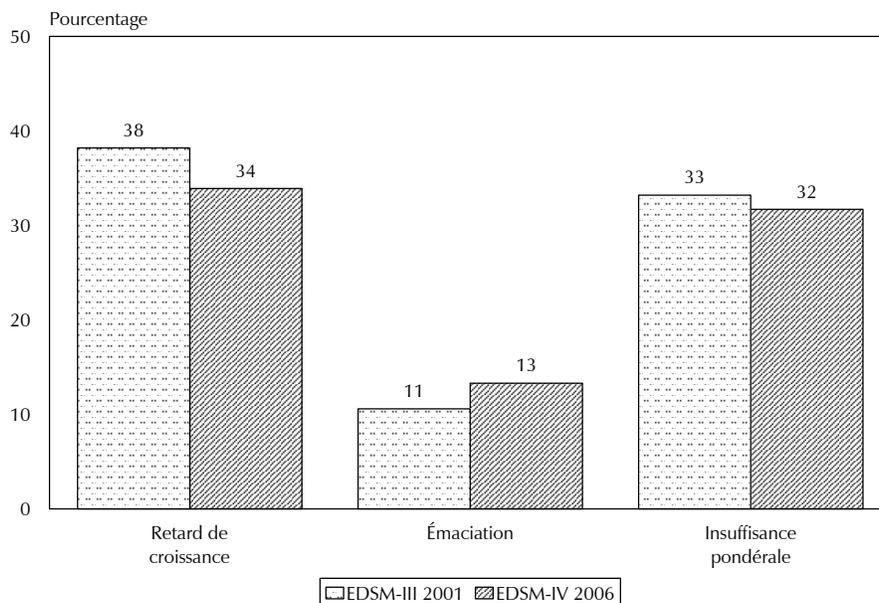
Près d'un enfant sur quatre (27 %) souffrent d'insuffisance pondérale : 17 % sous la forme modérée et 10 % sous la forme sévère. Ce niveau est très élevé. On constate des disparités importantes du niveau de la prévalence en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les variations selon l'âge sont proches de celles du retard de croissance. Cette forme de malnutrition survient très tôt (11 % à moins de six mois) et augmente très rapidement pour toucher à peu près le quart des enfants de 6-8 mois (24 %) et un tiers des enfants âgés de 12-23 mois (33 %). Les enfants dont l'intervalle intergénéral est supérieur à 48 mois présentent moins fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (24 % contre 32 % quand l'intervalle est inférieur à 24 mois). En milieu rural, 29 % des enfants sont atteints de cette forme de malnutrition contre 20 % en milieu urbain. Le niveau de l'insuffisance pondérale est très élevé dans les régions de Tombouctou (32 %), Sikasso (31 %), Kidal et Koulikoro (29 % dans chaque cas). Comme pour le retard de croissance, le niveau d'instruction de la mère est l'une des variables les

plus discriminantes : 16 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 23 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 28 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction. Enfin, dans les ménages les plus riches, 17 % des enfants présentent une insuffisance pondérale ; dans les ménages les plus pauvres, cette proportion est de 31 %.

Tendances de la malnutrition

Comme on l'a précisé précédemment, les normes utilisées ici pour estimer l'état nutritionnel des enfants sont celles adoptées par l'OMS en 2006. Les données présentées au tableau 11.1 ne sont donc pas comparables aux données de l'EDSM-III qui étaient basées sur la population de référence internationale du NCHS/CDC/OMS. Néanmoins, pour permettre des comparaisons, on a également calculé l'état nutritionnel des enfants de l'EDSM-IV en utilisant cette ancienne référence : les résultats sont présentés en annexe C.7 et au graphique 11.4. Il ressort de la comparaison des résultats que l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans s'est légèrement amélioré. La prévalence du retard de croissance est passée de 38 % à 34 %. Le niveau de l'insuffisance pondérale est resté quasiment stable (33 % contre 32 %). Seule la prévalence de l'émaciation a légèrement augmenté. Cependant, ce type de malnutrition étant très influencée par la saison pendant laquelle la collecte des données s'est déroulée, il est difficile de tirer des conclusions de la comparaison avec les résultats de l'enquête précédente qui avait eu lieu de janvier à mai alors que l'enquête actuelle s'est déroulée de mai à décembre.

Graphique 11.4 Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 5 ans) selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006



11.4.2 État nutritionnel des femmes

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de morbidité, et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de

l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier des groupes à hauts risques.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socio-économique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petites tailles sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

À partir des résultats du tableau 11.12 on constate qu'au Mali, la taille moyenne des femmes (161,0 centimètres) se situe au-dessus de l'intervalle mentionné. On constate également que moins de 1 % (0,8 %) ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme la taille limite critique. Les proportions de femmes dont la taille est en deçà de la limite critique varient assez peu en fonction des régions. Tout au plus, peut-on souligner que dans la région de Mopti et Sikasso, respectivement 2 % et 1 % des femmes ont une taille inférieure à 145 cm contre moins de 1 % dans les autres régions. Mis à part ces petits écarts, la proportion de femmes dont la taille moyenne est inférieure au seuil de 145 cm présente assez peu de variations.

Le faible poids d'une femme avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. Les mesures du poids et de la taille des femmes ont permis de déterminer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou indice de Quételet. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille et s'exprime donc en kg/m^2 . Il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids. Au Mali, une proportion relativement importante de femmes (14 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, 18 % des femmes ont un indice élevé (25 ou plus) et présentent une surcharge pondérale.

La proportion de femmes qui se situent en deçà du seuil critique de 18,5 varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques (tableau 11.12). C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de la déficience énergétique chronique est le plus élevé (23 %). Cette proportion baisse régulièrement avec l'âge et atteint 12 % parmi les femmes de 45 ans et plus. La prévalence de la déficience énergétique chronique présente des écarts entre le milieu rural et le milieu urbain (15 % contre 10 %). Elle présente aussi des variations importantes selon le niveau d'instruction : parmi les femmes ayant un niveau primaire, 15 % sont trop maigres contre 13 % parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, et 13 % parmi celles sans instruction. Selon la région, le niveau de déficience énergétique varie d'un minimum de 3 % dans la région de Kidal à 15 % dans les régions de Gao et de Kayes et à un maximum de 16 % à Sikasso.

Tableau 11.12 État nutritionnel des femmes par caractéristiques sociodémographiques

Taille moyenne des femmes de 15-49 ans, pourcentage de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentage de celles ayant un niveau d'IMC déterminé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Taille			Moyenne de l'IMC	IMC (kg/m ²) ¹							Effectif de femmes ²
	Taille moyenne en cm	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif		18,5-24,9 (normal)	<18,5 (maigre)	17,0-18,4 (maigreur légère)	<17 (Maigreur modérée et sévère)	≥25,0 (gros ou obèse)	25,0-29,9 (gros)	≥30,0 (obèse)	
Groupe d'âges												
15-19	159,6	2,4	3 033	20,5	70,7	22,9	14,6	8,3	6,4	4,8	1,6	2 656
20-29	161,3	0,4	5 245	21,9	74,0	11,2	8,9	2,2	14,8	11,6	3,2	4 125
30-39	161,5	0,5	3 607	22,8	68,2	9,9	7,2	2,6	22,0	15,2	6,8	2 925
40-49	161,4	0,3	2 437	23,4	58,5	11,5	7,6	3,9	29,9	19,1	10,8	2 304
Milieu de résidence												
Bamako	162,2	0,4	2 027	23,7	59,0	10,0	6,7	3,3	31,1	19,7	11,4	1 817
Autres Villes	161,3	1,0	2 761	23,4	59,8	10,2	7,8	2,5	30,0	18,9	11,1	2 368
Ensemble urbain	161,7	0,7	4 788	23,6	59,4	10,1	7,3	2,8	30,4	19,2	11,2	4 185
Rural	160,7	0,9	9 534	21,3	73,9	15,3	10,7	4,6	10,7	8,7	2,0	7 825
Région												
Kayes	162,5	0,3	1 866	21,6	71,9	14,8	10,4	4,4	13,3	11,2	2,1	1 517
Koulikoro	161,2	0,9	2 338	21,4	73,9	14,4	9,6	4,8	11,7	10,3	1,4	1 930
Sikasso	160,2	1,1	2 372	21,3	74,1	16,0	12,0	4,0	9,9	7,4	2,5	1 931
Ségou	160,8	0,6	2 347	21,8	71,9	14,1	10,4	3,7	13,9	9,7	4,3	1 950
Mopti	159,9	1,7	1 974	22,5	67,8	10,8	7,9	2,8	21,4	13,6	7,8	1 651
Tombouctou	160,2	0,6	708	22,7	62,3	14,7	10,0	4,7	23,1	15,2	7,9	616
Gao	160,3	0,7	641	22,6	58,9	15,2	9,1	6,1	25,9	18,3	7,6	555
Kidal	160,7	0,2	50	26,0	47,0	2,7	2,3	0,4	50,3	28,2	22,0	43
Bamako	162,2	0,4	2 027	23,7	59,0	10,0	6,7	3,3	31,1	19,7	11,4	1 817
Niveau d'instruction												
Aucun	160,8	0,8	11 227	21,9	71,4	13,3	9,5	3,8	15,4	11,2	4,1	9 257
Primaire	161,4	1,1	1 632	22,5	64,2	15,2	9,6	5,7	20,5	13,9	6,6	1 392
Secondaire ou plus	162,5	0,4	1 463	23,1	56,9	13,4	9,6	3,8	29,7	18,7	11,0	1 361
Quintile du bien-être économique												
Le plus pauvre	160,5	0,6	2 636	21,0	75,8	16,3	11,6	4,7	7,9	7,1	0,8	2 141
Second	160,6	1,1	2 763	21,2	75,4	15,2	10,3	5,0	9,4	7,6	1,8	2 267
Moyen	160,6	0,9	2 732	21,5	71,8	15,6	10,5	5,2	12,6	9,7	2,9	2 252
Quatrième	161,0	0,6	2 813	22,4	66,3	12,0	8,7	3,3	21,7	16,5	5,2	2 342
Le plus riche	162,0	0,9	3 379	23,8	58,9	9,8	7,4	2,5	31,3	18,6	12,7	3 008
Ensemble	161,0	0,8	14 322	22,1	68,9	13,5	9,5	4,0	17,6	12,4	5,2	12 010

Note : L'Indice de masse Corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

¹ Sont exclues les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant dans les derniers mois.

² Les données de Kidal portent sur 256 cas (femmes) non pondérés.

Dr Soumaila Mariko et Seydou Moussa Traoré

12.1 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont déterminés par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles de la population. Les résultats qui sont présentés dans ce chapitre seront donc utiles, non seulement aux chercheurs et spécialistes de la population, mais aussi à ceux qui s'intéressent à la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Ces résultats portent sur les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants selon le milieu de résidence et l'instruction de la mère, le suivi des grossesses et le type d'assistance à l'accouchement, et selon d'autres caractéristiques du comportement reproductif.

12.1.1 Méthodologie et qualité des données

Les indicateurs de mortalité qui sont présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies auprès de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées au cours de l'EDSM-IV à l'aide du questionnaire Femme. En effet, au cours de cette opération, l'enquêtrice enregistre toutes les naissances vivantes de la femme, en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances des mères interviewées présente à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement.

Limites d'ordre méthodologique

La collecte d'informations auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (les femmes de 15-49 ans) ne fournit aucune information sur la survie ou le décès des enfants dont la mère était décédée au moment de l'interview. Cela peut introduire un biais dans l'estimation du niveau général de la mortalité des enfants si ces enfants « orphelins de mère » sont en nombre important et si leur mortalité est différente de celle des enfants de mères survivantes.

En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête, les informations obtenues ne sont donc pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée : par exemple, pour la période 10-14 ans avant l'enquête, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances de femmes de 40-49 ans à cette période. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles de 40-49 ans à ce moment-là ne sont plus éligibles au moment de l'enquête. Donc, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues des femmes de 40-49 ans et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un biais important dans l'estimation de la mortalité des enfants pour la période en question. Selon les résultats de l'enquête ménage, 0,5 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages (tableau 16.4) étaient orphelins de mère. Par ailleurs, au cours des cinq dernières années, les femmes de 40 ans et plus n'ont contribué que pour 9 % à la fécondité totale. Les biais envisagés précédemment devraient donc être minimes.

Risques d'erreurs d'enregistrement

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

1) **le sous-enregistrement des événements.** Il peut provenir de la double omission systématique de naissances et de décès ou de l'omission de l'un des deux événements. Les mères ont parfois tendance à omettre de déclarer des naissances et/ou des décès d'enfants, surtout quand l'enfant meurt très jeune, quelques heures ou quelques jours après la naissance. Ces cas d'omission peuvent induire une sous-estimation de la mortalité ; de plus, généralement, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus ces cas d'omission sont importants et plus les niveaux de la mortalité estimés peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation succincte du sous enregistrement des décès de très jeunes enfants consiste à calculer la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent, on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité des enfants : une proportion inférieure à environ 60 % indiquerait un sous enregistrement important des décès précoces. Dans le cas de l'EDSM-IV, cette proportion est de 77 % (tableau C.5 en Annexe C), ce qui indique qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement très important des décès précoces sur la période des cinq années qui ont précédé l'enquête.

2) **les déplacements différentiels de dates de naissances des enfants.** Ces mauvais enregistrements des naissances par période peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période au profit des périodes adjacentes. Par exemple, un mauvais classement des enfants décédés 0-4 ans avant l'enquête, entraînerait une sous-estimation de la mortalité pour cette période et, par conséquent, une surestimation de la mortalité de la période précédente (5-9 ans avant l'enquête). L'annexe C, tableau C.4, fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un déficit des naissances en 2004 (rapport 91 < 100) et un *surplus* à l'année adjacente, 2003 (rapport 105 > 100), et un déficit des naissances en 2001 (rapport 68 < 100) et un *surplus* aux années adjacentes, 2002 (rapport 112 > 100) et surtout 2000 (rapport 148 > 100). Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale avant l'enquête, soit 2002-2006 pour la période la plus récente, et 1997-2001 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés de façon significative par ces transferts qui se produisent, dans leur majorité, à l'intérieur de l'intervalle de référence.

3) **l'imprécision des déclarations de l'âge au décès** et, en particulier, l'attraction de certains âges au décès, peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, en transformant une partie des décès d'enfants de moins d'un an en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois). Pour minimiser ce type d'erreur, les enquêtrices devaient enregistrer les âges au décès *en jours* pour ceux survenus dans les 29 jours suivant la naissance, *en mois* pour ceux survenus aux âges de 1 à 23 mois, et *en années* pour le reste. À l'Annexe C, les tableaux C.5 et C.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours et mois). On note que l'attraction pour « 12 mois » (tableau C.6) est moins importante car, pour la période 0-4 ans qui précède l'enquête, par exemple, les décès enregistrés à 12 mois (120) sont moins nombreux que ceux enregistrés aux mois 9, 10 et 11 confondus (165). Ceci dénote une faible attraction pour l'âge au décès 12 mois par rapport aux âges 11 mois, 10 mois et 9 mois. Par contre à l'EDSM-III de 2001, les décès enregistrés à 12 mois (194) pour la période 0-4 ans avant 2001, étaient 1,5 fois plus nombreux que ceux enregistrés aux mois 9, 10 et 11 confondus (128). Ceci avait montré une attraction importante pour l'âge au décès 12 mois, qui aurait eu pour conséquence une sous

estimation du niveau de la mortalité infantile et par contrecoup une surestimation de la mortalité juvénile¹; mais la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant pas ou peu, affectée.

Par rapport à ces problèmes de collecte, Sullivan et al. (1990) ont montré que les limites méthodologiques inhérentes à l'historique des naissances et les risques d'erreur ou d'imprécisions de collecte n'induisent, en général, qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents. On n'a donc procédé à aucun ajustement des données et les résultats sur les tendances de la mortalité peuvent être considérés comme valables pour les dernières années avant l'enquête.

12.2 NIVEAUX ET TENDANCES

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

Quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact ;

Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire ;

Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire ;

Quotient de mortalité infanto juvénile (${}_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

Le tableau 12.1 présente les différents quotients de mortalité pour les quinze dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés par périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1992 à 2006.

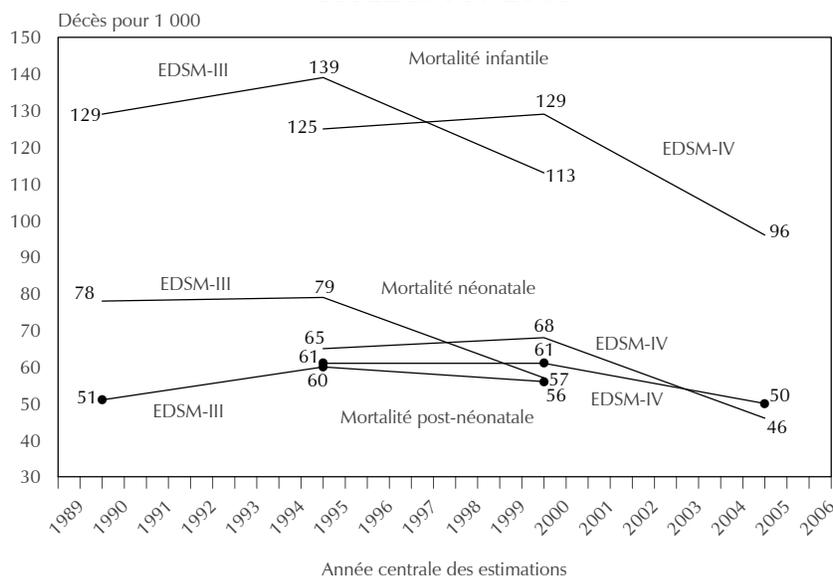
Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité				Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité post-néonatale (MPN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	
0-4	46	50	96	105	191
5-9	68	61	129	129	241
10-14	65	61	125	133	242

¹ Une correction de l'attraction de l'âge au décès à 12 mois consisterait à transférer une partie des décès à 12 mois avant l'âge d'un an. Pour la période 0-4 ans avant l'enquête, en supposant que 50 % des décès à 12 mois se seraient produits avant cet âge, le niveau de mortalité infantile serait supérieur d'environ 13 % et celui de la mortalité juvénile inférieur d'environ 10 % à ceux présentés ici.

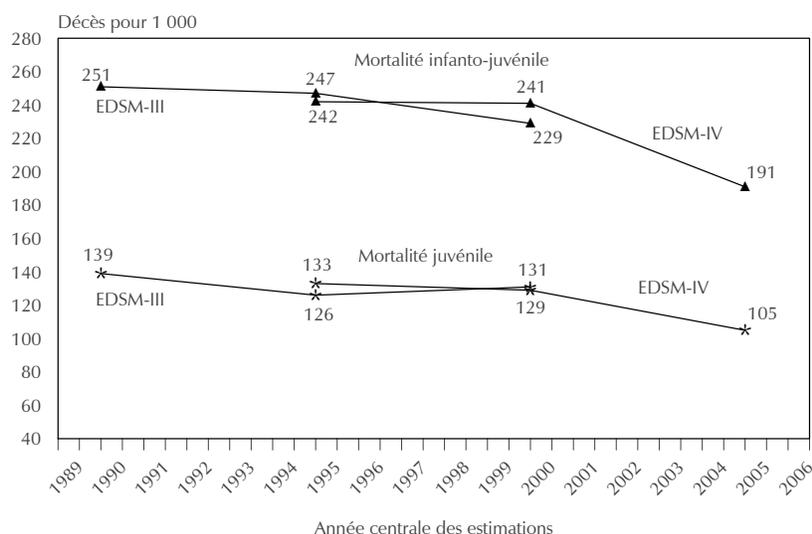
Pour la période 0-4 ans avant l'enquête (2002-2006), les résultats montrent que sur 1 000 naissances, 96 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (46 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 50 ‰ entre 1 et 12 mois exacts), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 105 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 191 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur cinq.

Les données du tableau 12.1, représentées aux graphiques 12.1 et 12.2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des quinze dernières années. Bien que le niveau de la mortalité infanto juvénile enregistré aujourd'hui au Mali se situe parmi les plus élevés au monde, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué régulièrement depuis quinze ans. De 1994 (année centrale de la période 10-14 ans avant l'enquête, à 2004 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'enquête de 2006), la mortalité infantile est passée d'un niveau moyen entre 125 ‰ et 129 ‰ à 96 ‰, soit une baisse de 23 % sur 15 ans ; et au cours de la même période quinquennale, la mortalité juvénile a également diminué de manière rapide, d'un niveau moyen entre 133 ‰ et 129 ‰ à 105 ‰ à l'EDSM-IV, soit une baisse de 21 % sur 15 ans. Globalement la mortalité infanto juvénile est passée de 242 ‰ à 191 ‰. De façon générale, toutes les composantes de la mortalité des jeunes enfants ont donc enregistré une baisse importante et, parmi les composantes de la mortalité infantile, les deux auraient toutes diminué : la mortalité néonatale de 68 ‰ à 46 ‰ et la mortalité post-néonatale de 61 ‰ à 50 ‰. Globalement, le niveau de mortalité infanto juvénile au Mali est donc aujourd'hui assez différent de ce qu'il était il y a une quinzaine d'années. Cependant, à la lumière de certains résultats, il convient de nuancer ces commentaires. Il faut rappeler la légère attraction pour l'âge au décès à 12 mois qui a été mentionnée précédemment et qui a pu induire une légère sous estimation du niveau de la mortalité infantile et de manière parallèle une surestimation de la mortalité juvénile.

Graphique 12.1 Tendances de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006



Graphique 12.2 Tendances de la mortalité juvénile et infanto-juvénile selon l'EDSM-III 2001 et l'EDSM-IV 2006



12.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Les tableaux 12.2 et 12.3 présentent les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant pour la période des dix années ayant précédé l'enquête (1997-2006). Une période de dix ans est nécessaire pour disposer d'un effectif d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu. Le graphique 12.3 présente les différences de mortalité infantile et juvénile selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Les résultats du tableau 12.2, illustrés par le graphique 12.3, montrent que la mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (83 %) qu'en milieu rural (122 %). Ces différences de mortalité selon le milieu de résidence persistent également après un an : sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 82 décèdent en milieu urbain contre 128 en milieu rural. Les résultats selon les régions mettent également en évidence des écarts : on constate que dans les régions de Gao et de Bamako, les niveaux de mortalité infantile sont plus faibles que dans les autres régions (respectivement, 68 % et 66 %). À l'opposé, deux régions détiennent des niveaux élevés de mortalité entre la naissance et 1 an. Il s'agit de Sikasso (132 %) et de Ségou (131 %).

En ce qui concerne la mortalité juvénile, on constate des écarts encore plus importants entre les milieux et les régions. En effet, ce taux varie de 82 % en milieu urbain à 128 % en milieu rural. Dans les régions, c'est également dans les régions de Ségou (151 %) et de Mopti (133 %) que l'on enregistre les niveaux les plus élevés de mortalité juvénile. Deux régions se distinguent par des niveaux plus faibles : il s'agit de la capitale Bamako (45 %) et de Gao (73 %).

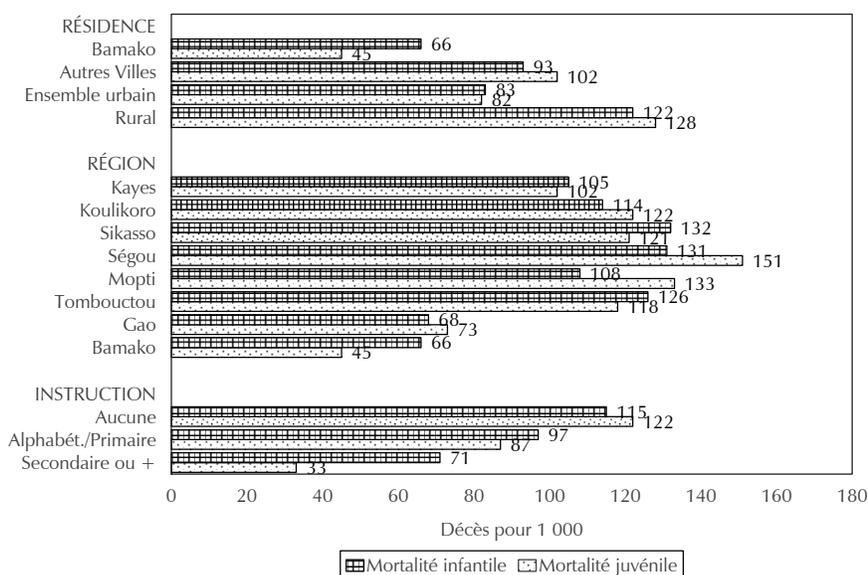
Globalement, au Mali, c'est à Bamako (108 %) que le taux de mortalité infanto juvénile est le plus faible et c'est dans la région de Ségou (262 %) qu'il est le plus élevé. Le faible niveau de mortalité observé à Bamako s'expliquerait, en partie, par une concentration relativement importante d'infrastructures sanitaires.

Tableau 12.2 Mortalité des enfants par caractéristiques socio-économiques de la mère

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques socio-économiques de la mère, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité post-néonatale (MPN)	Mortalité infantile ($_{1}q_0$)	Mortalité juvénile ($_{4}q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_{5}q_0$)
Milieu de résidence					
Bamako	35	31	66	45	108
Autres Villes	51	42	93	102	186
Ensemble urbain	45	38	83	82	158
Rural	61	61	122	128	234
Région					
Kayes	54	51	105	102	196
Koulikoro	49	65	114	122	222
Sikasso	68	64	132	121	237
Ségou	70	61	131	151	262
Mopti	61	47	108	133	227
Tombouctou	56	70	126	118	229
Gao	36	32	68	73	136
Bamako	35	31	66	45	108
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	58	58	115	122	223
Primaire	52	46	97	87	176
Secondaire ou plus	51	19	71	33	102
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	63	61	124	125	233
Second	60	60	121	136	241
Moyen	57	58	114	126	226
Quatrième	60	53	114	128	227
Le plus riche	40	40	80	47	124

Graphique 12.3 Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère



Note : Période de 10 ans avant l'enquête

EDSM-IV 2006

Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux des taux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère : pour la période 1997-2006, la mortalité infantile varie d'un minimum de 71 ‰ chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, à 97 ‰ chez ceux dont la mère a seulement un niveau d'instruction primaire et à un maximum de 115 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. Pour la mortalité juvénile, les variations selon le niveau d'instruction de la mère suivent le même schéma que pour la mortalité infantile, mais les écarts sont beaucoup plus importants, les taux variant d'un minimum de 33 ‰ (pour les femmes ayant une instruction secondaire ou plus) à un maximum de 122 ‰ (pour celles sans instruction). Globalement, sur 1000 enfants de moins de cinq ans dont la mère n'a aucune instruction, 223 courent un risque de décéder avant leur cinquième anniversaire. Quand la mère a un niveau primaire, ce taux est de 176 ‰ et de 102 ‰ quand la mère a un niveau au moins secondaire.

Les résultats montrent également que le niveau de bien-être économique du ménage influence le risque de décéder puisque, quelle que soit la composante de la mortalité, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches.

Le tableau 12.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques des enfants. À l'exception de la mortalité post-néonatale, les enfants de sexe masculin présentent, comme dans la majorité des populations, un risque de mortalité légèrement plus élevé que celui des enfants de sexe féminin : au cours de leur premier mois d'existence, 66 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 47 chez les filles. Le taux de mortalité infantile s'établit à 119 ‰ pour les garçons contre 105 ‰ pour les filles et entre la naissance et le cinquième anniversaire, on constate que 222 naissances masculines sur mille décèdent contre 207 naissances chez les filles. Par contre, au niveau de la mortalité post-néonatale, 53 naissances masculines sur mille décèdent contre 58 naissances chez les filles.

Les caractéristiques suivantes concernent le comportement procréateur des mères : l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et le temps écoulé depuis la naissance précédente. Les données du tableau 12.3, illustrées par le graphique 12.4 présentent les variations de la mortalité des enfants selon chacune des trois caractéristiques.

Il est souhaitable, pour la santé de la mère et de l'enfant, que les naissances soient au moins espacées de 2 ans et également qu'elles n'aient pas lieu à un âge précoce (avant 20 ans), ou tardif (après 40 ans). En effet, les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 2 ans et/ou ceux dont la mère a moins de 20 ans, et plus de 35 ans courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres. Pour l'ensemble de la mortalité infanto juvénile, on constate qu'un enfant né à moins de deux ans après l'enfant précédent, court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 282 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ans court un risque de 207 ‰, et de 139 ‰ lorsque l'espacement est de trois ans, soit un risque de mortalité 36 % plus élevé entre un espacement de moins de deux ans et un espacement de deux ans. Quant à la mortalité infantile, le risque de décès est de 2,7 fois plus élevé pour les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle par rapport à ceux nés après trois ans (158 ‰ contre 59 ‰).

En ce qui concerne l'âge de la mère au moment de l'accouchement, on constate que les enfants nés d'une mère âgée de moins de vingt ans courent un risque de mourir avant le premier anniversaire supérieur de 42 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (143 ‰ contre 101 ‰). Par ailleurs, on remarque, au tableau 12.3, que les naissances de rang supérieur à 6 courent des risques de mortalité infantile nettement plus élevés que ceux des naissances de rang inférieur, en particulier celles des rangs 2-3 (129 ‰ contre 95 ‰).

Tableau 12.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et des enfants, EDMS-IV Mali 2006

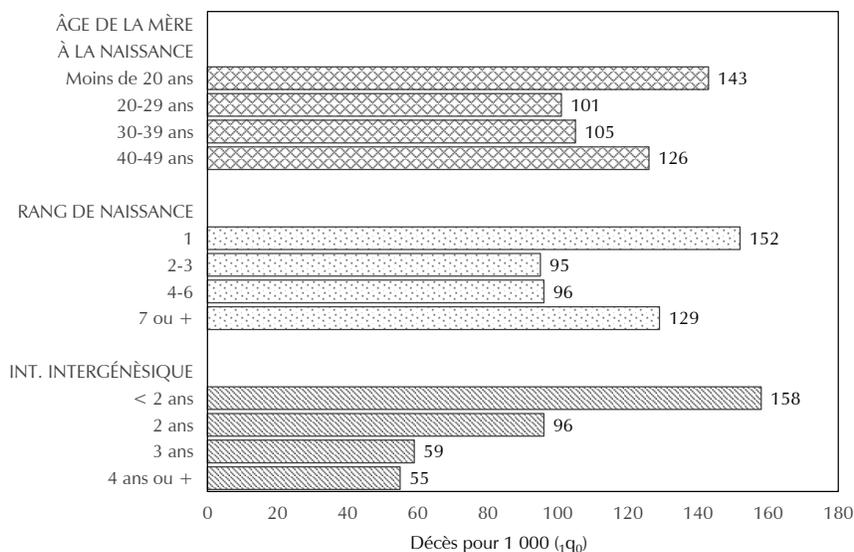
Caractéristique	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité post-néonatale (MPN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	66	53	119	117	222
Féminin	47	58	105	114	207
Âge de la mère à la naissance de l'enfant					
<20	77	66	143	124	249
20-29	48	53	101	118	207
30-39	54	51	105	106	199
40-49	77	49	126	94	208
Rang de naissance					
1	88	64	152	113	248
2-3	41	54	95	114	198
4-6	47	49	96	113	198
7 ou plus	69	60	129	126	238
Intervalle intergénénesique précédent¹					
<2 années	83	75	158	148	282
2 années	45	51	96	123	207
3 années	23	37	59	85	139
4 années ou plus	25	29	55	56	107
Taille à la naissance²					
Petit ou très petit	76	60	136	na	na
Moyen ou gros	35	46	82	na	na

na = Non applicable

¹ Non compris les naissances de rang 1

² Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Graphique 12.4 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances



Note : Période de 10 ans avant l'enquête

EDSM-IV 2006

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

On relève enfin que les bébés petits ou très petits à la naissance (y compris éventuellement les prématurés) courent un risque de mortalité néonatale deux fois plus élevé que les bébés moyens ou gros (76 ‰ contre 35 ‰). Le niveau est de 30 % plus élevé au niveau de la mortalité post-néonatale (60 ‰ contre 46 ‰). Il convient de rappeler que le poids d'un enfant à la naissance est largement déterminé par l'état de santé, de maturité biologique et l'état nutritionnel de la mère au cours de la grossesse. C'est ainsi que les grossesses peu espacées et/ou trop répétées, ainsi que celles qui sont précoces, sont considérées comme favorisant la naissance d'un enfant de faible poids.

12.4 GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 12.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

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

Il ressort du tableau 12.4 que 22 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 10 % sont à risques élevés parce qu'elles sont de rang 1, mais elles sont inévitables, 45 % sont à hauts risques uniques et 23 % sont à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risques » ont été calculés, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Le rapport de risques est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risques.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif, c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risques. Dans le cas spécifique du Mali, ces naissances présentent un risque de décéder 1,64 fois plus élevé que celui de la catégorie de référence constituée par les enfants n'appartenant à aucun des risques considérés.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à hauts risques uniques (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque de décéder 1,38 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques. Il apparaît qu'un intervalle intergénérisque court est un facteur de risques élevés puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,47 fois plus important que la catégorie de référence. Il en est de même de la fécondité précoce, puisque les enfants nés de mères adolescentes courent un risque de décéder 1,67 fois plus important que les enfants de la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la

catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés puisque leur risque de décéder est 1,55 fois plus élevé que celui des enfants n'appartenant à aucune catégorie de risques. Les enfants dont la mère a plus de 34 ans et dont l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois sont particulièrement exposés (risque de décéder 42 fois plus élevé que la catégorie de référence).

Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seul résultat la réduction du nombre de naissances chez une femme, mais aussi une amélioration considérable des chances de survie des enfants.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on a déterminé dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 12.4) que seulement 15 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques alors que 78 % appartiendraient à une catégorie à risques, qu'ils soient uniques ou multiples. Cette proportion est supérieure à celle observée parmi les enfants déjà nés, c'est-à-dire parmi les naissances : 68 %. Cette analyse succincte démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants au Mali.

Tableau 12.4 Comportement procréateur à hauts risques			
Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risques, et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDSM-IV Mali 2006			
Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années ayant précédé l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement en union ¹
	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	
Dans aucune catégorie à hauts risques	21,9	1,00	14,8 ^a
Hauts risques inévitables			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	9,8	1,64	6,9
Un seul haut risque			
Âge des mères <18	9,0	1,67	3,0
Âge des mères >34	0,5	0,76	3,0
Intervalle intergénérisque <24 mois	6,0	1,47	8,5
Rang de naissance >3	29,5	1,15	17,5
Ensemble des hauts risques uniques	44,9	1,29	32,0
Hauts risques multiples			
Âge <18 et intervalle intergénérisque <24 mois	1,0	2,24	1,0
Âge >34 et intervalle intergénérisque <24 mois	0,0	0,00	0,0
Âge >34 et intervalle intergénérisque >3	11,4	1,09	24,8
Âge >34 et intervalle intergénérisque <24 mois et rang de naissance >3	2,1	2,00	5,6
Intervalle intergénérisque <24 mois et rang de naissance >3	8,8	1,97	14,9
Ensemble des hauts risques multiples	23,4	1,55	46,2
Ensemble des catégories à risques	68,3	1,38	78,3
Total	100,0	na	100,0
Effectif	14 420	na	12 365

Note : Le rapport de risques est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les 5 dernières années dans chaque catégorie à risques, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à hauts risques.

¹ Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête : âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

^a Y compris les femmes stérilisées.
na = Non applicable

Soumaïla Mariko et Seydou Moussa Traoré

13.1 INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternelle est une mesure importante du développement économique et sanitaire. C'est un indicateur particulièrement important de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles nous renseignent sur la santé des femmes, en général, et indirectement, sur leur situation économique et sociale.

Au cours de l'EDSM-IV des données ont été collectées qui permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant la méthode d'estimation directe. Cette estimation se fait à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel, son état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès était survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

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

13.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe E (Section 11 du questionnaire individuel Femme). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, elle a été interrogée sur l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui étaient encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui étaient décédés, on lui a demandé le nombre d'années écoulées depuis le décès et l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Concernant les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions ont été posées aux femmes pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse était non ou ne sait pas, on posait la question suivante :

- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

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

13.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

L'estimation directe de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus, des données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs — informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 13.1.

Frères et sœurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	40 897	100,0	44 708	100,0	85 605	100,0
Survivants	30 925	75,6	32 504	72,7	63 429	74,1
Décédés	9 955	24,3	12 181	27,2	22 136	25,9
ND/Manquant	17	0,0	23	0,1	40	0,0
Ensemble des survivants	30 925	100,0	32 504	100,0	63 429	100,0
Âge déclaré	30 664	99,2	32 215	99,1	62 878	99,1
ND/Manquant	261	0,8	289	0,9	550	0,9
Ensemble des décédés	9 955	100,0	12 181	100,0	22 136	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	9 628	96,7	11 665	95,8	21 294	96,2
Âge au décès manquant	85	0,9	124	1,0	209	0,9
Nombre d'années manquantes	98	1,0	111	0,9	209	0,9
Âge et nombre d'années manquants	144	1,4	281	2,3	425	1,9

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la totalité des sœurs survivantes (99 %) ; un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 97 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des informations collectées sur la mortalité maternelle. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en

conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes¹. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 13.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas du Mali, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à celle des enquêtées, soit 1971², ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous déclaration importante des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent également au tableau 13.2. Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 109 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement

Tableau 13.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDSM-IV Mali 2006

Année de naissance	Répartition en %	
	Enquêtées	Frères/sœurs
Avant 1957	0,4	6,2
1957-61	7,8	6,1
1962-66	9,5	9,3
1967-71	11,4	12,3
1972-76	13,9	14,9
1977-81	18,2	15,7
1982-86	18,4	14,3
1987 ou plus tard	20,4	21,1
Total	100,0	100,0
Intervalle	1956 - 1991	1931 - 2006
Médiane	1 971	1 971
Effectif	14 583	85 563

Année de naissance de l'enquêtée	Taille	
	moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
Avant 1962	6,1	115,1
1962-66	6,4	109,2
1967-71	6,6	107,1
1972-76	6,9	114,0
1977-81	7,1	110,4
1982-86	7,2	106,7
1987-91	7,1	107,1
Ensemble	6,9	109,3

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

² On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 36 ans (1956-1991), celle des frères et sœurs portent sur 76 ans (1931-2006).

observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. En outre, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée, de 107 à 115. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance importante au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs.

L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée fait apparaître une taille moyenne qui augmente légèrement des générations les plus anciennes aux plus récentes passant d'un minimum de 6,1 pour les années antérieures à 1962 à un maximum autour de 7 pour les années 1972-1976 et au-delà. Cette légère augmentation est en contradiction avec ce que l'on sait des tendances de la fécondité au Mali, la fécondité étant restée assez stable ou ayant légèrement diminué au cours du temps. Ce résultat semble indiquer de possibles omissions des frères et sœurs les plus âgés, ce qui peut avoir pour conséquence une légère sous-estimation de la mortalité passée.

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

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

13.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 2000-2006, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 13.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (601 décès de sœurs et 763 décès de frères). Par contre, les décès de frères et sœurs dans les différents groupes d'âges sont en nombre limité : les taux par âge, basés sur des événements relativement peu nombreux, sont, de ce fait, sujets à de fortes variations d'échantillonnage.

On observe normalement une augmentation régulière des taux de mortalité avec l'âge, les taux aux âges les plus élevés (45-49 ans) étant, selon le sexe et le niveau global de mortalité, environ deux fois plus élevés que les taux aux âges les plus jeunes (15-19 ans). Pour les femmes, les taux estimés présentent peu de variations entre 15 et 24 ans (entre 3,02 ‰ et 2,96 ‰), puis augmentent légèrement pour atteindre un maximum à 45-49 ans (6,36 ‰) (graphique 13.1). Le facteur d'augmentation du taux de mortalité entre les jeunes âges et les âges élevés est 2,1, ce qui indiquerait qu'il y aurait eu peu de sous-enregistrement de la mortalité adulte pour les âges les plus élevés.

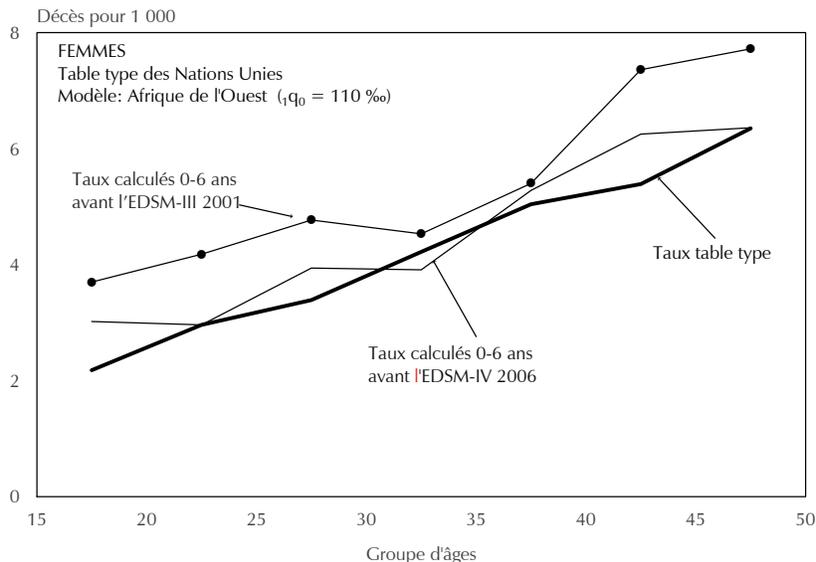
Tableau 13.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, et taux des tables types de mortalité, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Période 2000-2006 (0-6 ans avant l'enquête)			Table type hypothétique des Nations Unies ¹ Taux (‰)	EDSM-III 2001 Taux (‰)
	Décès	Années d'exposition	Taux (‰)		
SEXE FÉMININ					
15-19	104	34 294	3,02	2,18	3,70
20-24	105	35 341	2,96	2,96	4,18
25-29	120	30 515	3,94	3,39	4,77
30-34	91	23 371	3,91	4,22	4,53
35-39	87	16 505	5,28	5,04	5,40
40-44	63	10 060	6,25	5,39	7,36
45-49	31	4 882	6,36	6,35	7,72
15-49	601	154 968	3,88	-	4,70
SEXE MASCULIN					
15-19	118	35 440	3,33	1,30	2,98
20-24	131	36 462	3,58	1,96	2,86
25-29	112	32 833	3,41	2,30	4,17
30-34	162	25 400	6,39	2,90	5,72
35-39	115	18 160	6,33	4,30	5,61
40-44	89	10 905	8,18	5,78	9,45
45-49	36	6 066	5,97	8,50	9,40
15-49	763	165 266	4,62	-	4,61

¹ La table de mortalité qui se rapproche le plus des taux calculés est le modèle des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest : valeur de ${}_1q_0$ égale à 110 ‰ pour le sexe féminin et 121 ‰ pour le sexe masculin.

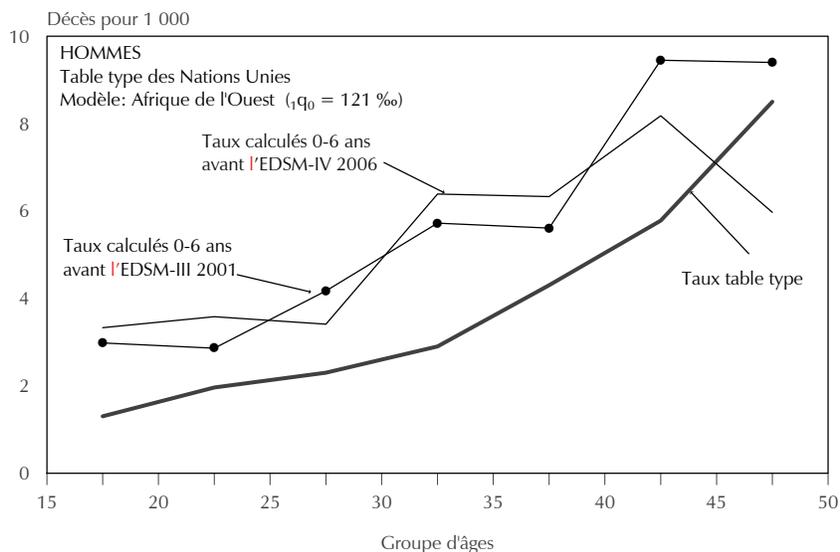
Graphique 13.1 Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDSM-III et avant l'EDSM-IV et taux des tables types de mortalité



Pour les hommes, les taux de mortalité présentent la même tendance : les taux estimés présentent peu de variations entre 15 et 24 ans (entre 3,33 ‰ et 3,58 ‰), puis augmentent pour atteindre un maximum à 40-44 ans (8,18 ‰) (graphique 13.2). Le niveau de 5,97 ‰ aux âges 45-49 ans indiquerait un sous-enregistrement évident pour ce groupe d'âges. Le facteur d'augmentation du taux de mortalité entre les jeunes âges et les âges élevés (2,5 entre groupes d'âges 15-19 ans et 40-44 ans) est légèrement supérieur à celui observé chez les femmes et n'indique pas de sous-enregistrement de la mortalité adulte pour les âges les plus élevés.

En outre, aux graphiques 13.1 et 13.2, la comparaison des niveaux de mortalité entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-IV de 2006, montre une baisse de la mortalité chez les femmes et une stabilité chez les hommes. Le taux de mortalité générale des femmes pour le groupe d'âges 15-49 ans était estimé par l'EDSM-III de 2001 à 4,7 ‰ pour la période 1995-2001. D'après l'EDSM-IV 2006, il serait de 3,9 ‰ pour la période 2000-2006. Chez les hommes de 15-49 ans, ce taux serait resté inchangé (4,6 ‰ pour la période 1995-2001 et pour la période 2000-2006).

Graphique 13.2 Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-6 ans avant l'EDSM-III et avant l'EDSM-IV et taux des tables types de mortalité



En l'absence de données exactes sur la mortalité au Mali, on a effectué une autre évaluation en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982). Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 13.3. Parmi les tables types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité schéma de l'Afrique de l'Ouest ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du niveau de mortalité infantile au Mali. Les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité correspondant approximativement à un niveau de mortalité infantile de 110 ‰ pour les femmes et de 121 ‰ pour les hommes pour la période de 10 ans précédant l'EDSM-IV.

Pour les femmes comme pour les hommes, les résultats du tableau 13.3 font apparaître que les taux estimés et ceux des tables types sont assez proches des taux observés chez les femmes. Par contre, les taux estimés chez les hommes sont très supérieurs à ceux des tables types, mais l'allure générale selon l'âge restant la même. Ce qui semble confirmer ce qui a été mentionné précédemment, à savoir peu de sous-estimation de la mortalité des femmes et des hommes de 15-49 ans.

13.5 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les résultats de l'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont présentés au tableau 13.4. Le nombre total de décès maternels est estimé à 167 pour la période de 0-6 ans avant l'enquête. La tendance à la hausse des taux par âge est irrégulière. Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est égale à 1,1 ‰ pour la période 2000-2006. Cette estimation est inférieure à celle obtenue lors de l'EDSM-III de 2001 (1,3 ‰ pour la période 1995-2001).

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (tableau 13.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-6 ans avant l'enquête. Ainsi, le niveau de la mortalité maternelle aurait légèrement baissé depuis 1998 (milieu de la période 1995-2001), année à laquelle l'EDSM-III l'avait estimé à 582 pour 100 000 pour la période 1995-2001.

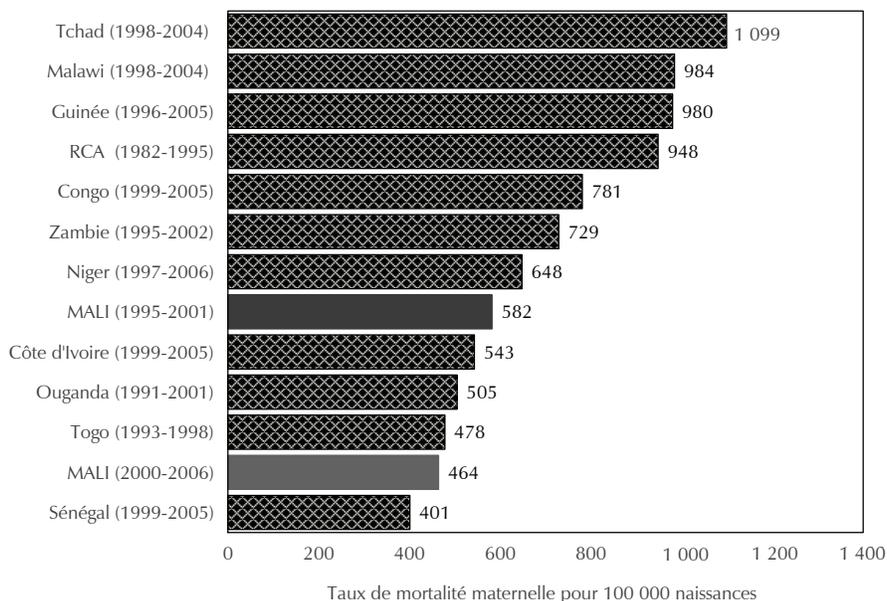
Tableau 13.4 Estimation directe de la mortalité maternelle				
Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-6 ans avant l'enquête, EDSM-IV Mali 2006				
Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels
15-19	26	34 294	0,763	0,362
20-24	38	35 341	1,082	0,355
25-29	42	30 515	1,367	0,467
30-34	31	23 371	1,346	0,296
35-39	22	16 505	1,362	0,279
40-44	6	10 060	0,618	0,249
45-49	2	4 882	0,379	0,219
15-49	167	154 968	1,085	0,310
Taux Global de Fécondité Générale ¹ (TGFG ‰), EDSM-IV 2006		= 234		
Taux de mortalité maternelle (TMM) ² EDSM-IV 2006		= 464		
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ³		= 0,03203		
Taux de mortalité maternelle (TMM) ⁴ EDSM-III 2001 (période 1995-2001)		= 582		
¹ Taux standardisés par âge				
² Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans)/TGFG.				
³ Par femme. Calculé à partir de la formule suivante : (1-RDV) = (1-TMM/100 000) ^{ISF} , où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité pour la période 0-6 ans avant l'enquête, estimé à 7,0 enfants par femme.				
⁴ Pour 100 000 naissances. Calculé pour la période 0-6 ans avant 2001.				

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie³ (RDV), est calculé à partir du taux de mortalité maternelle (tableau 13.4). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,03 pour la période 2000-2006. Autrement dit, aujourd'hui au Mali, une femme court un risque de 1 sur 33 de décéder par cause maternelle pendant les âges de procréation. Ce risque était de 1 sur 25 sur la période 1995-2001.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 13.4), par groupe d'âges, pour la période 2000-2006, laissent apparaître de fortes variations qui atteignent des niveaux maximum à 25-29 ans où près de la moitié des décès de femmes de ce groupe d'âges seraient dus à des causes maternelles (47 % pour le groupe d'âges 25-29 ans). À partir de 30 ans, les proportions de décès maternels varient entre 30 % et 22 %. À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), trois décès sur dix (31 %) seraient dus à des causes maternelles.

Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors des enquêtes EDS menées dans d'autres pays africains sont présentés au graphique 13.3.

Graphique 13.3 Mortalité maternelle au Mali et en Afrique subsaharienne



Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la région, avec des taux se situant autour de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les résultats de l'EDSM-IV suggèrent que le comportement procréateur, mais aussi les conditions sanitaires, continuent à constituer un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore très élevée. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement.

³ La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 13.4.

A cet égard, au Mali, comme dans les autres pays de l'Afrique au Sud du Sahara, pour parvenir à une réduction de la mortalité maternelle, des efforts devraient être entrepris principalement dans deux domaines : i) la disponibilité des soins prénatals et la possibilité d'accoucher dans les établissements sanitaires, surtout en zone rurale, et ii) l'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques et, en particulier, les accouchements de femmes très jeunes. En outre, des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour prendre en charge les cas d'accouchement avec complications.

Dr Issaka Niambélé, Dr Idrissa CISSÉ et Dr Soumaïla Mariko

Au Mali, comme dans la plupart des pays africains, la transmission du sida s'effectue principalement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes interrogés lors de l'EDSM-IV 2006, en âge de procréer (femmes de 15-49 ans, hommes de 15-59 ans) sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'Information, d'Education et Communication (IEC) lancées à travers le pays par différents intervenants dans la Lutte contre les IST/VIH/SIDA. Dans le but d'évaluer l'impact du programme réalisé au Mali, des questions ont été posées sur la connaissance, les attitudes et les pratiques concernant les IST et le sida en particulier, ainsi que sur les comportements sexuels. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en cours, ainsi qu'à la mise en place de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida.

Les résultats présentés ici concernent principalement les points suivants :

- la connaissance de l'existence du VIH/sida, des moyens de prévention, de ses modes de transmission ainsi que la croyance en des idées erronées sur la transmission et la prévention de l'infection ;
- la connaissance de la transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant ;
- les attitudes de tolérance et comportements à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida;
- les options de négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint;
- Les adultes favorables à l'enseignement de l'utilisation du condom en tant que moyen de prévention du VIH/Sida;
- les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques;
- la population (hommes et femmes, femmes enceintes) ayant effectué un test de dépistage du VIH ;
- La prévalence déclarée des IST ; la connaissance des autres IST et de leurs symptômes ; la recherche de traitement pour les IST ;
- l'âge des adolescents (15-24 ans) aux premiers rapports sexuels et l'utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels;
- les rapports sexuels pré-nuptiaux parmi les jeunes de 15-24 ans et l'utilisation du condom ;
- les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques chez les adolescents de 15-24 ans ;

En outre, lors de l'EDSM-IV 2006, un test de séroprévalence du VIH dans la population générale masculine et féminine a été effectué. Les résultats sont présentés au chapitre 15.

14.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION

14.1.1 Connaissance du VIH/sida

L'attitude et le comportement que les populations ont vis-à-vis du VIH/sida sont largement tributaires, entre autres, de leur niveau de connaissance de cette maladie. Ainsi, l'EDSM-IV 2006 a cherché à évaluer les niveaux de connaissance du VIH/sida et de ses modes de transmission ainsi que la connaissance des moyens de prévention de l'infection dans la population générale.

Pour évaluer le niveau de connaissance de cette infection par les femmes et les hommes, on leur a demandé s'ils connaissaient cette maladie ou s'ils en avaient déjà entendu parler. Les résultats présentés au tableau 14.1 révèlent que le niveau de connaissance du VIH/sida est élevé au Mali : 86 % des femmes et 91 % des hommes (contre respectivement, 90 % et 98 % à l'EDSM-III de 2001). Cependant, les femmes connaissent moins le VIH/Sida que les hommes, cela quelque soit la caractéristique sociodémographique. En particulier, c'est dans les régions de Gao (60 %), Tombouctou (64 %) et Mopti (79 %) que les proportions de femmes qui ont entendu parler de la maladie sont les plus faibles du pays. Quelque soit le sexe, le niveau de connaissance du VIH/Sida augmente avec le niveau d'instruction et le niveau de bien être économique du ménage.

14.1.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. Avec l'abstinence, la limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Au cours de l'EDSM-IV, on a donc demandé aux enquêtés s'ils savaient qu'on pouvait réduire les risques de contracter le virus en utilisant ces deux moyens. Les résultats selon différentes caractéristiques sociodémographiques sont présentés au tableau 14.2.

Tableau 14.1 Connaissance du VIH/sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du VIH/sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant entendu parler du VIH/sida	Effectif ¹	Pourcentage ayant entendu parler du VIH/sida	Effectif ¹
Groupe d'âges				
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
50-59	na	na	93,2	503
État matrimonial				
Célibataire	82,3	1 726	86,5	1 313
A eu des rapports sexuels	94,9	217	97,9	359
N'a jamais eu de rapports sexuels	80,5	1 509	82,2	954
En union	86,8	12 365	92,5	2 236
En rupture d'union	86,4	491	97,7	156
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				
Aucun	83,7	11 410	86,0	2 146
Primaire	92,7	1 668	95,4	759
Secondaire ou plus	98,2	1 505	98,3	799
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	82,5	2 675	89,8	663
Second	83,8	2 803	90,0	674
Moyen	80,8	2 774	90,9	584
Quatrième	87,1	2 864	81,3	785
Le plus riche	94,7	3 467	98,6	998
Ensemble 15-49	86,2	14 583	90,6	3 704
Ensemble des hommes 15-59	na	na	90,9	4 207

na = Non applicable

¹ Basé sur 306 cas non pondérés de femmes et 70 cas non pondéré d'hommes pour la région de Kidal.

Tableau 14.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, en réponse à une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif	Utilisant des condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif
Groupe d'âges										
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
50-59	na	na	na	na	na	61,0	72,3	55,8	71,8	503
État matrimonial										
Célibataire	54,9	62,5	50,2	54,5	1 726	67,0	65,5	57,9	65,0	1 313
A eu des rapports sexuels	69,6	76,4	66,0	66,6	217	84,6	79,6	73,8	78,1	359
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
En union	57,3	67,2	53,3	60,1	12 365	71,5	75,3	65,3	72,0	2 236
En rupture d'union	61,7	69,1	55,7	61,0	491	82,2	82,0	74,3	80,1	156
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										
Aucun	51,8	62,8	48,2	56,5	11 410	64,2	67,4	58,3	67,4	2 146
Primaire	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
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	51,3	63,6	48,7	56,6	2 675	63,6	67,9	56,5	70,0	663
Second	52,2	63,7	48,7	57,8	2 803	67,8	71,2	60,4	72,8	674
Moyen	50,3	61,6	46,4	56,6	2 774	69,1	72,9	62,9	70,4	584
Quatrième	56,3	65,6	52,7	57,1	2 864	62,6	66,9	58,2	60,4	785
Le plus riche	71,8	76,5	65,2	67,4	3 467	83,3	79,2	73,2	74,8	998
Ensemble 15-49	57,2	66,7	53,0	59,5	14 583	70,3	72,1	63,1	69,8	3 704
Ensemble des hommes 15-59	na	na	na	na	na	69,2	72,1	62,2	70,1	4 207

na = Non applicable

Un peu plus de la moitié des femmes (53 %) et près des deux tiers des hommes (63 %) ont déclaré que le recours à ces deux moyens permettait de réduire les risques de contracter le VIH/sida. De ces deux moyens, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté a été le plus fréquemment citée : 67 % des femmes et 72 % des hommes contre respectivement, 57 % et 70 % pour l'utilisation du condom. On relève, chez les femmes comme chez les hommes, que ces deux moyens de prévention sont plus connus par ceux qui résident en milieu urbain (61 % contre 49 % en rural pour les femmes et 67 % contre 61 % en rural pour les hommes). Le tableau 14.2 montre également chez les femmes comme chez les hommes, que la connaissance de ces deux moyens de prévention croît avec le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. Dans le quintile le plus riche, la proportion de femmes et d'hommes qui connaissent ces deux moyens (respectivement 65 % et 73 %) est nettement supérieure à celle observée dans le quintile le plus pauvre (49 % et 57 %).

Ce niveau de connaissance présente aussi des écarts selon les régions. En effet, ces deux moyens de prévention sont moins connus par les femmes et les hommes des régions de Mopti (21 % des femmes et 43 % des hommes), Tombouctou (28 % des femmes et 59 % des hommes) et Gao (40 % des femmes et 48 % des hommes). Dans ces régions, la proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré que ces deux moyens permettaient de réduire les risques de contracter le VIH/Sida est inférieure à la moyenne nationale. De même, parmi les célibataires femmes et hommes qui ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels, la proportion de ceux qui connaissent ces deux moyens de prévention est aussi inférieure à la moyenne nationale (48 % des femmes et 52 % des hommes).

En outre, pour près des deux tiers des femmes (60 %) et un peu plus des deux tiers des hommes (70 %), l'abstinence sexuelle a été citée comme un moyen de prévention du VIH/sida.

14.1.3 Connaissance correcte de la transmission du VIH/sida et rejet d'idées erronées

Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du VIH/sida. Les résultats sont présentés aux tableaux 14.3.1 pour les femmes et 14.3.2 pour les hommes.

A la question « Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ? », 44 % des femmes et 60 % des hommes ont répondu de manière affirmative. Cet aspect de la maladie est cependant connu dans des proportions variables selon les caractéristiques socio-démographiques, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes.

La proportion de femmes ayant donné une réponse affirmative varie d'un minimum de 10 % chez les femmes interrogées dans la région de Kidal à un maximum de 76 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Chez les hommes, ce sont ceux de Mopti (30 %) qui connaissent le moins fréquemment cet aspect du VIH/sida et comme, chez les femmes, ce sont les plus instruits qui le connaissent le plus fréquemment (80 %).

Par ailleurs, on constate qu'en milieu urbain, les femmes ont été plus nombreuses qu'en milieu rural à connaître cet aspect du VIH (respectivement, 60 % contre 36 %).

L'analyse selon la région de résidence laisse apparaître aussi des écarts : par ordre décroissant, c'est dans la capitale Bamako (62 %), les régions de Koulikoro (55 %), de Sikasso et Kayes (43 % dans chaque cas) que les proportions de femmes ayant répondu affirmativement à cette question sont les plus élevées ; en revanche, dans les autres régions, ces proportions sont bien plus faibles et bien en dessous de la moyenne pour les femmes.

Tableau 14.3.1 Idées erronées à propos du VIH/sida : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission ou de la prévention du VIH/sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de femmes qui savent que :				Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida	Pourcentage rejetant les 2 idées locales erronées les plus courantes et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida ¹	Pourcentage ayant une connaissance complète du VIH/sida ²	Effectif de femmes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens naturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida				
Groupe d'âges								
15-24	45,3	41,8	57,3	53,4	22,8	17,9	5 781	
15-19	44,4	41,6	55,8	52,6	22,2	17,7	3 104	
20-24	46,3	42,0	59,0	54,4	23,5	18,1	2 678	
25-29	48,1	42,5	59,2	55,8	24,9	18,5	2 625	
30-39	43,7	41,1	55,8	53,0	22,2	17,0	3 659	
40-49	37,3	37,9	50,3	46,5	19,6	14,5	2 518	
État matrimonial								
Célibataire	46,6	44,2	56,8	57,3	27,5	21,7	1 726	
A eu des rapports sexuels	70,1	54,9	75,9	79,1	45,0	33,5	217	
N'a jamais eu de rapports sexuels	43,2	42,6	54,0	54,1	25,0	20,0	1 509	
En union	43,5	40,5	55,9	51,6	21,5	16,2	12 365	
En rupture d'union	46,9	44,3	56,3	60,3	29,1	25,2	491	
Milieu de résidence								
Bamako	62,2	58,4	73,7	76,8	40,5	31,2	2 104	
Autres Villes	57,8	50,7	65,4	65,6	32,5	23,0	2 814	
Ensemble urbain	59,7	54,0	68,9	70,4	35,9	26,5	4 918	
Rural	36,0	34,5	49,5	43,5	15,6	12,4	9 665	
Région								
Kayes	42,9	43,0	58,7	47,8	17,0	13,6	1 886	
Koulikoro	54,8	47,1	70,3	62,3	29,4	24,7	2 352	
Sikasso	43,3	35,4	52,6	45,8	17,8	15,3	2 392	
Ségou	39,1	36,0	51,5	48,6	19,0	15,6	2 388	
Mopti	35,5	33,6	43,4	45,0	17,3	5,3	2 036	
Tombouctou	21,8	33,2	31,6	33,3	15,2	13,5	720	
Gao	24,2	30,9	38,7	40,4	10,5	9,2	655	
Kidal	9,7	15,6	15,6	13,7	9,4	8,3	50	
Bamako	62,2	58,4	73,7	76,8	40,5	31,2	2 104	
Niveau d'instruction								
Aucun	38,6	35,8	51,1	46,2	17,3	12,6	11 410	
Primaire	52,0	47,4	66,3	64,7	27,4	23,1	1 668	
Secondaire ou plus	75,9	74,0	82,4	87,7	56,4	45,3	1 505	
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	35,8	34,5	47,8	41,9	16,8	13,5	2 675	
Second	34,6	35,8	50,4	44,8	15,3	12,6	2 803	
Moyen	33,0	32,2	48,4	41,8	13,6	10,2	2 774	
Quatrième	48,5	42,3	56,8	53,9	23,4	16,6	2 864	
Le plus riche	63,0	56,5	72,5	74,6	39,1	29,8	3 467	
Ensemble	44,0	41,1	56,0	52,6	22,5	17,2	14 583	

¹ Les deux idées locales erronées les plus couramment citées ont été : la transmission par les moustiques (59 %) et le partage de la nourriture avec un malade du sida (47 %).

² Sont considérées comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du VIH/sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Enfin, selon le quintile de bien être économique on note des écarts importants, la proportion de femmes ayant répondu affirmativement à cette question variant d'un minimum de 36 % parmi les femmes du quintile le plus pauvre à un maximum de 63 % parmi celles du quintile le plus riche.

À la question de savoir si le virus du sida pouvait se transmettre par les moustiques, seulement moins de la moitié des femmes (41 %) ont répondu de manière négative. On note que les femmes du milieu rural (35 % contre 54 % en milieu urbain), les femmes âgées de 40-49 ans (38 %) et celles vivant dans les ménages des trois premiers quintiles (35 %, 36 % et 32 %) sont celles qui ont le moins fréquemment déclaré que le sida ne pouvait pas se transmettre par les moustiques. De même, on observe des écarts très importants en fonction du niveau d'instruction. En effet, seulement un peu plus du tiers (36 %) des femmes sans instruction savent que le sida ne peut pas se transmettre par les moustiques, contre 47 % des femmes de niveau primaire et environ sept femmes sur dix (74 %) de celles de niveau secondaire ou plus. En outre, des différences entre régions sont également observées. C'est dans la région de Kidal (16 %) que le pourcentage de femmes qui savent que le sida ne peut pas se transmettre par les moustiques est le plus faible ; dans les régions de Gao (31 %), Tombouctou (33 %), Mopti (34 %), Sikasso (35 %) et Ségou (36 %), environ un tiers des femmes possèdent l'information correcte contre un maximum de 58 % à Bamako.

À la question de savoir si on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels, les résultats montrent que près de six femmes sur dix (56 %) sont bien informées puisqu'elles ont répondu de manière négative à cette question. Cependant, en milieu rural (50 %), parmi les femmes âgées de 40-49 ans (50 %), celles sans instruction (51 %) et parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (48 %), les proportions de femmes bien informées sont plus faibles qu'ailleurs. Par rapport aux régions, on constate qu'en dehors de la capitale Bamako (74 %), c'est dans les régions de Koulikoro (70 %), Kayes (59 %) que les pourcentages de femmes qui savent que le VIH/sida ne peut pas se transmettre par des moyens surnaturels sont les plus élevés ; à l'opposé, dans les régions de Kidal (16 %), Tombouctou (32 %), Gao (39 %) et Mopti (43 %), les proportions sont plus faibles.

Les résultats du tableau 14.3.1 montrent aussi qu'environ une femme sur deux (53 %) sait qu'une personne ne peut pas contracter le virus du sida en partageant la nourriture d'un malade du sida. Cependant, en milieu rural, et parmi les femmes sans instruction, ces proportions ne sont respectivement que de 44 % et 46 %. On note également de grandes différences selon les régions : à l'exception de la capitale Bamako (77 %) et de la région de Koulikoro (62 %), le pourcentage des femmes ayant répondu correctement est inférieur à la moyenne nationale.

Le tableau 14.3.1 présente également les proportions de femmes qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes, à savoir la transmission du sida par les moustiques et le partage de la nourriture avec un malade du sida, et qui savent aussi qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. Globalement, on constate que seulement près du quart (23 %) des femmes possèdent ces bonnes informations. Ce pourcentage varie peu avec l'âge, sauf à 40-49 ans où il est un peu plus faible, mais par contre, il est beaucoup plus élevé en milieu urbain (36 %) qu'en milieu rural (16 %). Il est aussi très variable d'une région à l'autre : hormis Bamako où la proportion est de 41 % et Koulikoro où elle est de 29 %, dans les autres régions, elle varie entre un maximum de 19 % et un minimum de 9 %. Par ailleurs, ce niveau de connaissance augmente avec le niveau d'instruction ; dans les quintiles, les variations sont irrégulières ; cependant dans le quintile le plus riche 39 % des femmes sont bien informées contre 17 % dans le plus pauvre.

Tableau 14.3.2 Idées erronées à propos du VIH/sida : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'hommes qui savent que:				Pourcentage rejetant les 2 idées erronées les plus courantes et sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida ¹	Pourcentage ayant une connaissance complète du VIH/sida ²	Effectif d'hommes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida			
Groupe d'âges							
15-24	55,0	44,6	60,4	55,8	25,8	22,2	1 509
15-19	47,8	43,1	58,1	51,1	22,3	19,0	876
20-24	64,8	46,7	63,7	62,4	30,6	26,7	633
25-29	69,0	49,3	66,8	66,0	35,8	31,0	476
30-39	63,6	45,7	66,4	60,5	32,0	27,6	948
40-49	60,6	52,4	64,7	65,4	34,0	28,0	771
50-59	56,7	49,0	61,0	55,8	28,6	21,1	503
État matrimonial							
Célibataire	52,4	45,2	58,9	54,8	27,0	23,8	1 313
A eu des rapports sexuels	73,3	55,2	74,1	66,9	38,3	33,5	359
N'a jamais eu de rapports sexuels	44,6	41,4	53,3	50,2	22,8	20,1	954
En union	63,8	48,0	66,5	63,2	32,1	26,9	2 236
En rupture d'union	72,4	50,8	62,9	65,7	33,8	30,8	156
Milieu de résidence							
Bamako	72,8	71,5	78,8	75,6	50,6	42,0	667
Autres Villes	66,1	55,8	66,2	65,5	44,0	37,6	717
Ensemble urbain	69,3	63,3	72,3	70,3	47,2	39,8	1 384
Rural	54,6	37,4	58,5	54,4	20,3	17,7	2 321
Région							
Kayes	70,4	68,2	83,9	78,1	52,5	52,1	448
Koulikoro	58,1	45,2	68,2	59,4	22,8	17,4	610
Sikasso	58,3	35,4	58,1	52,1	20,1	17,2	593
Ségou	76,7	34,7	53,5	54,7	23,5	18,7	577
Mopti	29,6	32,3	43,2	44,8	16,7	13,6	513
Tombouctou	41,1	31,4	46,8	49,8	15,4	13,6	144
Gao	47,1	41,0	63,7	58,5	31,6	26,3	141
Kidal	52,3	70,8	74,1	91,8	47,5	39,6	12
Bamako	72,8	71,5	78,8	75,6	50,6	42,0	667
Niveau d'instruction							
Aucun	51,2	35,7	54,6	51,6	20,0	17,3	2 146
Primaire	64,0	47,0	68,9	62,0	29,9	25,0	759
Secondaire ou plus	80,4	77,6	83,0	82,3	58,7	50,0	799
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	55,6	31,0	54,5	51,0	14,8	12,1	663
Second	52,8	37,1	59,3	53,9	20,8	19,4	674
Moyen	53,5	37,9	59,6	54,6	20,0	16,6	584
Quatrième	54,2	42,8	58,6	55,4	28,4	24,6	785
Le plus riche	76,6	73,3	79,0	78,1	54,8	46,1	998
Ensemble 15-49	60,1	47,1	63,7	60,3	30,4	25,9	3 704
Ensemble des hommes 15-59	59,7	47,3	63,3	59,8	30,2	25,4	4 207

¹ Les deux idées locales erronées les plus couramment citées ont été : la transmission par les moustiques (53 %) et le partage de la nourriture (40 %).

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Enfin, au tableau 14.3.1, sont présentées les proportions de femmes qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. La définition de la connaissance complète figure au bas du tableau 14.3.1. Seulement près de deux femmes sur dix (17 %) peuvent être considérées comme ayant une bonne connaissance correcte du sida. Ici également, le niveau de connaissance correcte est particulièrement faible dans les régions de Mopti (5 %), Kidal (8 %) et Gao (9 %). A l’opposé, à Bamako, (31 %) et à Koulikoro (25 %), les pourcentages sont relativement plus élevés. Ce niveau de connaissance complète est nettement plus élevé en milieu urbain (27 %) qu’en milieu rural (12 %). Il augmente avec le niveau d’instruction chez les femmes d’un minimum de 13 % parmi les femmes non instruites à un maximum de 45 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Enfin, on constate qu’il varie selon le niveau de bien-être économique des ménages, d’un minimum de 10 % dans le quintile moyen contre un maximum de 30 % dans le quintile le plus riche.

Le tableau 14.3.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. Globalement, on constate que les hommes sont mieux informés que les femmes, cela quelle que soit l’assertion. Globalement, 25 % des hommes contre 17 % des femmes peuvent être considérés comme ayant une connaissance complète du VIH/sida.

14.1.4 Connaissance de la transmission mère-enfant

Au cours de l’enquête, on a demandé à tous les enquêtés s’ils savaient que le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant au cours de la grossesse, pendant l’accouchement et par l’allaitement. En outre, on a demandé à tous les enquêtés s’ils savaient qu’il existe des médicaments spéciaux qu’une mère peut prendre durant la grossesse pour réduire le risque de transmission maternelle du virus du sida. Le tableau 14.4 présente les résultats à ces questions.

Une femme sur deux (50 %) et 56 % des hommes ont déclaré qu’ils savaient que le sida pouvait se transmettre pendant la grossesse. Le niveau de connaissance de ce mode de transmission est moins élevé parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-19 ans que parmi les plus âgés (respectivement 44 % et 45 %). En milieu rural, la proportion de ceux qui connaissent ce mode de transmission est plus faible qu’en milieu urbain (respectivement 43 % des femmes et 55 % des hommes contre 63 % et 58 %). Au niveau régional, il apparaît que, pour les femmes, c’est dans la région de Tombouctou que ce mode de transmission du VIH est le moins fréquemment connu (28 %) ; pour les hommes, c’est dans celle de Mopti (36 %). Par ailleurs, le niveau d’instruction influe sur la connaissance de la transmission du VIH pendant la grossesse puisque 68 % des femmes et 67 % des hommes ayant un niveau secondaire ou plus ont déclaré connaître ce mode de transmission contre 45 % des femmes et 51 % des hommes sans instruction. Enfin, on remarque que le niveau de vie des ménages est positivement associé à la connaissance de ce mode de transmission maternel, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

S’agissant du risque de transmission du sida de la mère à l’enfant pendant l’accouchement, on constate que dans l’ensemble, le niveau de connaissance est aussi plus élevé chez les hommes (52 %) que chez les femmes (48 %). Les écarts selon l’âge sont irréguliers et les variations selon les autres variables sociodémographiques font apparaître les mêmes tendances que celles observées pour la connaissance de la transmission au cours de la grossesse.

Le risque de transmission par l’allaitement est connu par 47 % des femmes et 49 % des hommes. Cependant, autant chez les femmes que chez les hommes, on constate des écarts entre les régions. Dans celle de Tombouctou, seulement 19 % des femmes connaissent ce mode de transmission contre 29 % à Gao, 39 % à Mopti, 46 % à Koulikoro, 48 % à Ségou et 52 % à Sikasso et à Kayes.

Tableau 14.4 Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, et par l'allaitement, et que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes						Hommes					
	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	Effectif de femmes	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	Effectif d'hommes
Groupe d'âges												
15-24	46,9	45,9	46,4	26,0	21,1	5 781	50,4	46,4	43,5	28,7	21,2	1 509
15-19	44,0	42,9	43,6	25,6	20,2	3 104	44,7	41,4	39,2	25,5	19,3	876
20-24	50,3	49,3	49,7	26,4	22,2	2 678	58,3	53,3	49,5	33,1	23,9	633
25-29	56,0	54,7	52,6	25,2	20,5	2 625	59,4	54,7	54,2	31,9	23,2	476
30-39	50,9	49,2	47,7	23,9	18,8	3 659	58,1	53,9	49,0	29,3	21,1	948
40-49	46,7	44,3	43,8	21,4	18,5	2 518	63,0	57,2	54,2	29,5	22,1	771
50-59	na	na	na	na	na	na	60,3	56,4	49,5	30,8	23,0	503
État matrimonial												
Célibataire	41,9	42,4	43,0	28,7	23,2	1 726	48,2	44,0	41,2	25,7	19,1	1 313
A eu des rapports sexuels	53,3	62,5	63,4	37,6	31,9	217	62,8	60,3	54,6	38,0	27,3	359
N'a jamais eu de rapports sexuels	40,3	39,5	40,1	27,4	21,9	1 509	42,7	37,8	36,2	21,1	16,0	954
En union	50,3	48,6	47,9	23,6	19,3	12 365	60,1	55,7	52,3	30,6	22,4	2 236
En rupture d'union	55,4	54,7	50,1	33,1	24,8	491	66,0	57,5	56,4	44,5	31,5	156
Milieu de résidence												
Bamako	65,1	66,9	63,4	50,5	41,0	2 104	57,8	58,7	50,1	46,0	32,1	667
Autres Villes	61,0	58,7	56,1	35,8	27,8	2 814	58,7	52,7	47,8	35,0	24,9	717
Ensemble urbain	62,8	62,2	59,3	42,1	33,4	4 918	58,3	55,6	48,9	40,3	28,4	1 384
Rural	42,8	40,8	41,4	15,6	13,1	9 665	54,9	49,3	48,3	23,0	17,6	2 321
Région												
Kayes	56,5	48,5	51,5	15,0	12,3	1 886	61,9	56,6	47,8	11,8	9,3	448
Koulikoro	47,4	46,9	45,7	18,2	16,7	2 352	61,1	55,5	48,5	34,4	21,8	610
Sikasso	51,0	51,1	51,9	22,4	19,7	2 392	62,7	53,3	48,0	25,3	17,3	593
Ségou	44,6	45,8	47,7	27,9	22,2	2 388	56,1	50,7	57,0	37,9	30,1	577
Mopti	43,7	39,2	38,5	18,3	14,1	2 036	36,1	32,2	36,7	19,1	17,3	513
Tombouctou	27,9	25,2	19,0	12,7	6,7	720	54,8	55,3	55,7	17,1	16,5	144
Gao	38,7	37,6	28,9	20,8	13,0	655	54,9	53,5	50,3	19,8	16,7	141
Kidal	77,8	77,4	77,5	7,0	7,0	50	67,0	0,4	1,3	11,6	0,4	12
Bamako	65,1	66,9	63,4	50,5	41,0	2 104	57,8	58,7	50,1	46,0	32,1	667
Niveau d'instruction												
Aucun	45,3	42,9	43,4	18,4	15,4	11 410	51,0	45,6	45,9	21,8	17,0	2 146
Primaire	62,0	60,9	59,3	33,9	27,5	1 668	58,7	53,2	49,7	26,0	18,4	759
Secondaire ou plus	67,8	73,1	64,4	60,7	46,3	1 505	67,4	66,3	54,4	53,2	37,2	799
Quintile du bien-être économique												
Le plus pauvre	39,3	38,3	39,8	13,0	11,4	2 675	58,3	50,3	52,4	22,8	18,4	663
Second	42,6	40,2	40,9	13,2	11,0	2 803	56,7	53,1	50,9	23,4	18,6	674
Moyen	41,9	38,6	38,7	16,9	13,8	2 774	55,0	49,7	48,7	22,2	17,3	584
Quatrième	52,3	50,3	49,3	23,1	18,8	2 864	46,9	42,1	40,9	24,6	18,4	785
Le plus riche	66,7	67,6	63,9	50,0	39,8	3 467	62,3	60,2	50,3	45,9	30,9	998
Ensemble 15-49	49,5	48,0	47,4	24,5	20,0	14 583	56,1	51,6	48,5	29,4	21,6	3 704
Ensemble des hommes 15-59	na	na	na	na	na	na	56,6	52,2	48,6	29,6	21,8	4 207

na = Non applicable

En outre, on a demandé au cours de l'enquête si des médicaments spéciaux, pris par la mère, pouvaient réduire le risque de transmission du virus à l'enfant au cours de la grossesse. À cette question, 25 % des femmes et 30 % des hommes ont répondu de manière affirmative. Les résultats selon les régions montrent que c'est à Kidal que les femmes sont proportionnellement les moins nombreuses à connaître l'existence de ce médicament (7 %) ; à l'opposé, dans la région de Ségou, plus d'un quart des femmes savent qu'il est possible de réduire les risques de transmission pendant la grossesse et à Bamako, la proportion est de 51 %. On note enfin une augmentation de la proportion de femmes connaissant ce moyen de réduction du risque de transmission du virus avec l'amélioration du niveau de vie du ménage, la proportion variant de 13 % dans les deux quintiles les plus pauvres à 50 % dans le plus riche.

Globalement 20 % des femmes et environ la même proportion d'hommes (22 %) savent à la fois que le virus du sida peut se transmettre par l'allaitement et qu'il existe des médicaments qui peuvent réduire le risque de transmission du virus au cours de la grossesse. Ce sont les femmes des deux premiers quintiles (11 %) qui connaissent le moins fréquemment ce moyen de réduire le risque de transmission maternelle du VIH.

14.2 STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes séropositives ou malades du sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida. Au cours de l'EDSM-IV, des questions ont été posées aux enquêtés ayant entendu parler du sida pour savoir quelles attitudes ils adopteraient s'ils se trouvaient confrontés à des situations impliquant des personnes vivant avec le VIH/sida. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida ou s'ils achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH/sida. On leur a également demandé, si de leur point de vue, une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer d'exercer et si l'état de santé d'un membre de la famille atteint de VIH/sida devait être gardé secret ou, au contraire, divulgué. À partir de ces résultats, on a défini un indicateur combiné qui évalue le niveau global de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Les résultats sont présentés au tableau 14.5.1 pour les femmes et 14.5.2 pour les hommes.

Au moins sept femmes sur dix (72 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du VIH/sida. Par contre, seulement 26 % des femmes ont répondu qu'elles pourraient acheter des légumes frais chez une personne atteinte de VIH/sida. En outre, 47 % des femmes pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer d'enseigner à l'école. On note également que, dans l'ensemble, quatre femmes sur dix (42 %) ont déclaré qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint de VIH/sida.

Dans l'ensemble, très peu de femmes (seulement 8 % des femmes) feraient preuve de tolérance dans les quatre situations mentionnées. Les variations du niveau de tolérance selon l'âge sont faibles. Globalement le niveau de tolérance est en général très bas quelle que soit la caractéristique sociodémographique. Cependant les différences de tolérance entre les milieux urbain et rural sont très importantes : en milieu urbain, 14 % des femmes contre 4 % en milieu rural se comporteraient de manière tolérante vis à vis des personnes vivant avec le VIH/sida. Il en est de même entre les régions puisque la proportion de femmes qui se montreraient tolérantes varie d'un maximum de 17 % à Bamako contre un minimum de 2 % à Sikasso et pratiquement 0 % à Kidal. On note que la proportion de femmes en rupture d'union qui se comporteraient de manière tolérante est plus élevée que parmi les autres femmes (15 % contre 10 % parmi les célibataires et 7 % parmi celles en union). Par ailleurs, on constate que plus les

Tableau 14.5.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Femmes

Pourcentage d'enquêtées ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de femmes qui:				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
	Seraient prêtes à s'occuper chez elle d'un parent vivant avec le VIH/sida	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH/sida	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida		
Groupe d'âges						
15-24	73,1	27,1	48,9	40,5	8,3	4 967
15-19	71,5	27,6	48,5	40,3	7,4	2 596
20-24	74,8	26,4	49,3	40,7	9,3	2 371
25-29	69,9	25,6	46,9	40,5	6,7	2 330
30-39	72,5	25,7	45,5	44,6	8,6	3 187
40-49	70,9	25,4	42,2	44,9	7,2	2 090
État matrimonial						
Célibataire	75,7	36,1	56,9	35,0	9,7	1 421
A eu des rapports sexuels	88,2	44,2	69,3	27,2	9,6	206
N'a jamais eu de rapports sexuels	73,5	34,7	54,8	36,3	9,8	1 215
En union	71,3	24,3	44,7	43,1	7,4	10 730
En rupture d'union	75,8	40,8	56,9	44,8	15,4	424
Milieu de résidence						
Bamako	84,1	47,2	72,9	41,5	17,2	2 013
Autres Villes	77,4	38,3	58,3	42,6	11,3	2 555
Ensemble urbain	80,3	42,2	64,7	42,1	13,9	4 568
Rural	67,2	17,0	36,2	42,4	4,4	8 007
Région						
Kayes	67,5	21,5	43,0	55,2	10,1	1 699
Koulikoro	77,4	19,2	46,6	28,9	4,0	2 159
Sikasso	70,3	16,4	36,1	37,7	2,3	2 196
Ségou	74,1	25,4	47,7	47,3	7,9	1 994
Mopti	58,1	25,9	36,4	43,6	5,9	1 615
Tombouctou	65,1	25,3	30,9	44,6	9,1	458
Gao	71,6	39,2	43,5	51,6	10,8	390
Kidal	9,5	8,6	11,1	73,5	0,0	50
Bamako	84,1	47,2	72,9	41,5	17,2	2 013
Niveau d'instruction						
Aucun	68,2	20,0	39,3	42,5	5,3	9 552
Primaire	78,1	32,6	56,0	41,3	9,3	1 546
Secondaire ou plus	90,1	59,6	83,2	41,7	23,2	1 477
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	69,0	15,0	32,7	39,0	3,2	2 208
Second	67,0	17,7	36,2	40,8	4,5	2 348
Moyen	67,2	16,8	36,2	44,7	5,2	2 240
Quatrième	67,6	24,5	44,7	46,3	7,0	2 496
Le plus riche	84,1	47,4	71,7	40,8	16,0	3 283
Ensemble 15-49	72,0	26,2	46,5	42,3	7,9	12 575

femmes sont instruites, plus elles auraient tendance à se montrer tolérantes : la proportion passe de 5 % parmi celles sans instruction à 9 % parmi celles de niveau primaire et à 23 % parmi les plus instruites. Comme pour le niveau d'instruction, on note que le niveau de tolérance augmente selon le quintile de bien-être économique du ménage : de 3 % dans les ménages les plus pauvres, il passe à 16 % chez les femmes des ménages du quintile le plus riche.

Tableau 14.5.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du VIH/sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'hommes qui:				Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida ¹
	Seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH/sida	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida		
Groupe d'âges						
15-24	86,5	36,3	48,6	41,9	12,6	1 336
15-19	82,9	34,1	44,5	41,7	11,0	748
20-24	91,0	39,1	53,9	42,1	14,8	587
25-29	92,7	42,0	50,9	47,5	16,1	447
30-39	88,7	33,1	49,3	46,1	13,7	866
40-49	90,5	38,3	48,8	50,7	16,6	707
50-59	88,2	34,3	44,1	44,8	9,1	468
État matrimonial						
Célibataire	86,6	36,7	48,5	42,3	12,6	1 135
A eu des rapports sexuels	90,5	47,7	58,3	39,2	15,4	351
N'a jamais eu de rapports sexuels	84,8	31,8	44,1	43,6	11,4	784
En union	89,6	36,3	49,1	47,7	15,0	2 068
En rupture d'union	92,7	41,9	54,5	41,8	14,8	152
Milieu de résidence						
Bamako	93,0	56,4	63,1	46,6	23,9	653
Autres Villes	93,2	47,9	63,9	42,8	18,6	607
Ensemble urbain	93,1	52,3	63,5	44,8	21,3	1 260
Rural	86,1	27,2	40,5	46,0	9,9	2 095
Région						
Kayes	91,5	37,7	50,7	48,5	19,1	433
Koulikoro	85,5	29,6	39,5	46,0	9,3	580
Sikasso	90,9	28,0	44,9	56,7	12,3	522
Ségou	91,4	36,5	55,3	33,3	9,3	548
Mopti	74,8	28,2	48,2	47,4	13,0	360
Tombouctou	85,3	19,6	27,7	29,4	6,0	128
Gao	93,3	41,8	34,7	41,7	11,2	122
Kidal	99,1	29,8	4,6	96,9	4,1	11
Bamako	93,0	56,4	63,1	46,6	23,9	653
Niveau d'instruction						
Aucun	86,2	24,7	39,1	44,3	8,5	1 845
Primaire	88,2	33,7	48,3	46,8	13,3	724
Secondaire ou plus	95,3	67,5	73,6	47,3	28,4	786
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	87,4	23,8	41,0	46,6	9,4	595
Second	83,2	24,0	39,0	47,3	8,7	607
Moyen	86,2	27,5	40,6	45,3	9,5	531
Quatrième	88,1	35,8	47,3	44,0	13,2	638
Le plus riche	94,7	57,8	66,1	45,0	23,7	984
Ensemble 15-49	88,7	36,7	49,1	45,6	14,2	3 355
Ensemble des hommes 15-59	88,7	36,4	48,5	45,5	13,6	3 824

¹ Basé sur 64 cas non pondérés pour la région de Kidal.

Le tableau 14.5.2 présentant les mêmes résultats pour les hommes, montre que ceux-ci se montreraient plus tolérants que les femmes s'ils se trouvaient dans les mêmes situations citées (14 % contre 8 %). On retrouve les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles déjà constatées chez les femmes.

D'une manière générale, les résultats montrent que le niveau de tolérance envers les personnes malades du sida est relativement faible au Mali.

14.3 TEST DU VIH

Au cours de l'EDSM-IV, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans l'affirmative, s'ils avaient reçu les résultats de leur test. Les tableaux 14.6.1 et 14.6.2 présentent les réponses à ces questions.

Le tableau 14.6.1 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon qu'ils connaissent ou non un endroit où effectuer le test du VIH et selon qu'ils ont ou non effectué un test en ayant eu ou non connaissance des résultats. On note que seulement une femme sur cinq (20 %) a déclaré connaître un endroit pour effectuer un test du VIH, et la quasi-totalité des femmes (93 %) n'ont jamais effectué de test du VIH. Seulement 7 % en ont déjà effectué et ont reçu les résultats. En outre, 3 % avait une connaissance récente de leur statut sérologique puisqu'elles avaient reçu les résultats du dernier test effectué au cours des 12 derniers mois. Cette proportion de femmes est extrêmement faible quelle que soit la caractéristique sociodémographique. On peut néanmoins souligner que c'est parmi les femmes de 20-24 ans (4 %), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (7 %), celles du milieu urbain (7 %) et celles de la capitale Bamako (8 %) que cette proportion est la plus élevée. De plus, on note que cette proportion augmente avec le niveau d'instruction des femmes (de 2 % parmi celles sans instruction à 10 % parmi celles de niveau secondaire ou plus) et avec le niveau de bien-être du ménage (de moins d'un pour cent dans le quintile le plus pauvre à 8 % dans le plus riche).

Le tableau 14.6.1 présente les mêmes résultats pour les hommes. La proportion d'hommes qui connaissent un endroit où effectuer un test du VIH est plus élevée que celle des femmes (35 % contre 20 %). Cependant, la proportion de ceux qui ont déjà effectué un test est quasiment similaire à celle des femmes (8 % contre 7 %). Seulement 3 % ont reçu les résultats du dernier test effectué dans les 12 derniers mois. Les hommes de 30-39 ans (4 %), les célibataires ayant eu des rapports sexuels et ceux en rupture d'union (5 % dans les deux cas), ceux du milieu urbain (5 %) en particulier ceux de Bamako (6 %), les plus instruits (7 %) et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche (6 %) sont ceux qui ont eu le plus fréquemment une connaissance récente de leur statut sérologique.

Le tableau 14.6.2 porte sur les jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs. Les résultats montrent que les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes qui ont effectué un test de VIH et qui ont reçu les résultats au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, sont quasiment identiques (respectivement 4,4 % et 4,7 %). Comme chez les adultes, c'est dans les mêmes sous-groupes de population que l'on constate les proportions les plus élevées de ceux et celles qui ont effectué récemment un test.

Tableau 14.6.2 Test du VIH récent parmi les jeunes

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont eu connaissance des résultats, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes 15-24 ans		Hommes 15-24 ans	
	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois	Effectif
Groupe d'âges				
15-19	4,4	1 568	4,6	181
15-17	3,3	720	2,1	75
18-19	5,3	848	6,4	106
20-24	4,3	2 377	4,8	312
20-22	4,1	1 601	4,2	192
23-24	4,7	776	5,8	120
État matrimonial				
Célibataire	8,3	135	6,1	184
A déjà été en union	4,2	3 810	3,9	309
Connait un endroit où se procurer des condoms⁽¹⁾				
Oui	9,5	1 027	6,5	292
Non	2,6	2 919	2,1	201
Milieu de résidence				
Bamako	10,0	660	4,6	118
Autres Villes	9,2	731	11,7	105
Ensemble urbain	9,6	1 391	7,9	223
Rural	1,5	2 554	2,1	270
Région				
Kayes	3,0	588	(1,9)	33
Koulikoro	2,7	621	3,3	98
Sikasso	2,3	732	6,5	77
Ségou	6,4	617	6,6	98
Mopti	1,0	396	0,0	40
Tombouctou	1,6	161	*	14
Gao	5,0	157	*	15
Kidal	0,9	14	*	0
Bamako	10,0	660	4,6	118
Niveau d'instruction				
Aucun	2,4	2 946	3,1	214
Primaire	7,2	501	1,0	84
Secondaire ou plus	13,1	499	8,2	195
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	1,3	659	2,9	88
Second	0,6	686	0,0	74
Moyen	0,9	762	5,5	64
Quatrième	4,2	790	4,7	84
Le plus riche	11,4	1 048	7,3	183
Ensemble	4,4	3 945	4,7	493

¹ Dans ce tableau, les réponses telles que 'les amis', 'la famille' et 'la maison' n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 14.6.3 présente, parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, la proportion de celles qui ont reçu des conseils sur le VIH/sida au cours d'une visite prénatale, les proportions de celles qui ont accepté de subir un test du VIH au cours d'une visite prénatale et les proportions de celles qui ont reçu, ou non, les résultats du test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 14.6.3 Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH					
Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont reçu des conseils, à qui on a proposé le test du VIH au cours d'une visite prénatale pour la naissance la plus récente, qui ont accepté le test et qui en ont reçu les résultats, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006					
Caractéristique	A reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale	A effectué volontairement un test du VIH au cours d'une visite prénatale et qui :		Pourcentage qui a reçu des conseils, a été testé et a reçu les résultats	Effectif de femmes qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années ¹
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Groupe d'âges					
15-24	9,6	7,6	0,6	4,4	2 166
15-19	9,8	6,0	0,0	3,3	771
20-24	9,5	8,5	0,9	5,0	1 396
25-29	14,1	7,4	0,9	5,4	1 460
30-39	10,8	6,2	0,8	3,8	1 683
40-49	7,4	2,3	0,1	0,8	354
Milieu de résidence					
Bamako	30,3	25,4	3,0	15,3	613
Autres Villes	20,1	12,8	1,2	9,3	923
Ensemble urbain	24,1	17,8	1,9	11,7	1 537
Rural	6,1	2,7	0,3	1,5	4 127
Région					
Kayes	9,4	4,9	0,4	3,2	823
Koulikoro	6,8	2,8	0,3	2,7	1 012
Sikasso	6,3	3,3	0,7	2,1	1 074
Ségou	13,4	10,0	0,5	5,1	983
Mopti	5,5	0,7	0,1	0,7	665
Tombouctou	9,3	2,3	0,0	2,1	235
Gao	11,7	6,7	1,0	4,6	241
Kidal	23,4	2,2	0,0	2,2	18
Bamako	30,3	25,4	3,0	15,3	613
Niveau d'instruction					
Aucun	8,2	4,3	0,4	2,6	4 784
Primaire	20,0	17,5	0,8	10,6	588
Secondaire ou plus	38,8	25,9	4,8	18,7	291
Quintiles de bien-être économique					
Le plus pauvre	4,0	2,0	0,3	0,9	1 157
Second	4,7	2,1	0,2	1,3	1 162
Moyen	6,7	2,7	0,2	1,7	1 196
Quatrième	12,9	6,0	0,3	3,6	1 157
Le plus riche	29,6	23,7	2,8	15,6	990
Ensemble 15-49	11,0	6,8	0,7	4,3	5 663

¹ Basé sur 118 cas non pondérés pour la région de Kidal.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que parmi ces femmes, les proportions de celles qui ont reçu des conseils est faible (11 %). Cependant, c'est parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (39 %), parmi celles de Kidal (23 %) et celles du milieu urbain (24 %), en particulier à Bamako (30 %), que les proportions sont les plus élevées. La proportion de femmes qui ont effectué volontairement un test au cours d'une visite prénatale et qui ont eu connaissance des résultats ne concerne que 7 % des femmes

enceintes. Globalement, seulement 4 % des femmes enceintes ont, à la fois, reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale, effectué un test du VIH et eu connaissance des résultats.

14.4 OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DE RAPPORTS PROTÉGÉS AVEC LE CONJOINT

La promotion de comportements sexuels sans risque est une des mesures essentielles destinées à contrôler l'épidémie. Il est donc important de savoir si les femmes ont le pouvoir de refuser des rapports sexuels à risque avec leurs mari/partenaires. Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles pensaient que dans un couple où le mari/partenaire avait une IST, la femme pouvait, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui demander d'utiliser un condom.

Dans l'ensemble, près de la moitié des femmes (48 %) pensent qu'il est justifié que dans le cas où le conjoint a une IST, la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui (tableau 14.7). Cette proportion varie peu selon l'âge des femmes. En ce qui concerne la situation matrimoniale, on constate que c'est parmi les femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels et les femmes divorcées, séparées ou veuves que cette proportion est la plus élevée (respectivement, 66 % et 52 %). Dans les régions, c'est dans celles de Kidal (96 %), Koulikoro (60 %), Bamako (56 %) et Kayes (51 %), que les proportions de femmes, pour lesquelles cette attitude est justifiée, sont les plus élevées ; à l'opposé, dans les autres régions, ces proportions sont plus faibles, en particulier à Gao (29 %). Considérant le milieu de résidence, on ne note pas de grande différence entre l'urbain et le rural (respectivement 50 % contre 47 %).

Par contre, cette proportion varie positivement avec le niveau d'instruction. Les femmes de niveau secondaire ou plus sont plus nombreuses à justifier cette attitude (56 %) contre 50 % parmi celles de niveau primaire et 47 % parmi celles sans instruction.

Tableau 14.7. Opinion sur la négociation de rapports protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit proposer l'utilisation du condom, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Refuser les rapports sexuels	Proposer l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou proposer l'utilisation du condom	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-24	46,2	56,4	67,0	5 781
15-19	42,9	53,6	63,4	3 104
20-24	50,1	59,6	71,3	2 678
25-29	48,9	57,0	70,2	2 625
30-39	50,3	53,3	67,4	3 659
40-49	48,0	46,1	61,6	2 518
État matrimonial				
Célibataire	41,2	54,0	61,1	1 726
A eu des rapports sexuels	65,8	78,0	84,7	217
N'a jamais eu de rapports sexuels	37,7	50,5	57,7	1 509
En union	48,9	53,8	67,5	12 365
En rupture d'union	51,7	57,5	68,8	491
Milieu de résidence				
Bamako	55,9	70,5	79,7	2 104
Autres Villes	45,5	58,4	69,3	2 814
Ensemble urbain	50,0	63,6	73,8	4 918
Rural	47,1	49,0	63,2	9 665
Région				
Kayes	51,2	55,2	69,9	1 886
Koulikoro	59,5	60,2	72,1	2 352
Sikasso	44,3	61,5	71,9	2 392
Ségou	45,6	56,7	64,8	2 388
Mopti	40,0	40,9	59,6	2 036
Tombouctou	36,9	20,3	41,3	720
Gao	28,5	18,2	33,5	655
Kidal	95,5	9,0	95,5	50
Bamako	55,9	70,5	79,7	2 104
Niveau d'instruction				
Aucun	46,7	49,7	63,7	11 410
Primaire	50,1	63,8	74,0	1 668
Secondaire ou plus	56,2	75,3	81,8	1 505
Quintiles de bien-être économique				
Le plus pauvre	45,1	47,6	61,2	2 675
Second	44,7	47,1	60,6	2 803
Moyen	49,3	48,2	63,5	2 774
Quatrième	47,1	53,6	67,1	2 864
Le plus riche	52,8	69,2	78,4	3 467
Ensemble	48,0	53,9	66,8	14 583

Par ailleurs, si le mari a une IST, 54 % des femmes pensent qu'il est justifié qu'une femme demande à utiliser un condom au cours des rapports sexuels. Globalement, près de sept femmes sur dix (67 %) sont favorables à ces deux mesures de protection quand le conjoint a une IST.

14.5 CONNAISSANCE PAR LES JEUNES DU SIDA ET D'UN ENDROIT OÙ SE PROCURER DES CONDOMS

La pratique des rapports sexuels non protégés est un facteur de propagation du VIH/sida. L'utilisation de condoms est un moyen efficace pour réduire la contamination du VIH par voie sexuelle, d'où l'importance de la connaissance de son niveau d'accessibilité. Le tableau 14.8 présente les résultats sur la connaissance complète du sida par les jeunes de 15-24 ans ainsi que sur leur connaissance d'un endroit où l'on peut se procurer un condom.

Dans l'ensemble, seulement 18 % des jeunes femmes de 15-24 ans contre 22 % des jeunes hommes de 15-24 ans ont une connaissance «complète» du VIH/sida. Ces proportions varient peu selon l'âge entre 15-24 ans, en particulier chez les femmes. La proportion de jeunes femmes qui ont une connaissance complète du VIH/sida, particulièrement faible parmi celles qui n'ont aucune instruction (11 %), augmente avec le niveau d'instruction et atteint 43 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. Dans les régions, les résultats font apparaître une proportion très faible de jeunes femmes dont la connaissance du VIH/sida est complète. C'est notamment dans les régions de Mopti (7 %) de Tombouctou, Gao (11 %) et Kayes (12 %) que ces proportions sont inférieures à la moyenne nationale. En milieu urbain, la proportion de femmes ayant une connaissance complète du VIH/Sida (26 %) est le double de celle du milieu rural (13 %). En ce qui concerne le bien-être économique des ménages, on constate que 28 % des jeunes femmes des ménages du quintile le plus riche ont une connaissance complète contre 12 % de celles des ménages du quintile le plus pauvre.

Les résultats de ce tableau révèlent également qu'une jeune femme sur quatre (25 %) connaît un endroit où elle peut se procurer des condoms. Des variations importantes s'observent selon les caractéristiques sociodémographiques. En milieu urbain, cette proportion (45 %) est à peu près quatre fois supérieure à celle observée en milieu rural (12 %). Hormis la capitale Bamako (47 %), c'est dans les régions de Koulikoro (25 %), Ségou et Mopti (24 %) et Sikasso (20 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de jeunes filles connaissant un endroit où l'on peut se procurer des condoms. La connaissance d'un tel endroit augmente avec le niveau d'instruction : 14 % des jeunes filles sans niveau d'instruction savent où se procurer des condoms, contre 31 % de celles ayant un niveau primaire et 62 % de celles de niveau secondaire ou plus.

Enfin, le pourcentage de jeunes filles connaissant un endroit où elles peuvent se procurer des condoms augmente avec le niveau de bien être économique du ménage dans lequel elles vivent, d'un minimum de 9 % dans les ménages du second quintile à un maximum de 51 % dans le plus riche.

La proportion de jeunes hommes ayant une connaissance complète du VIH/sida est plus élevée que celle observée chez les femmes (22 % contre 18 %). En outre, les hommes sont environ une fois et demie plus nombreux que les femmes à connaître un endroit où se procurer des condoms (41 % contre 25 %). Hormis la capitale Bamako (80 %), c'est dans les régions de Gao (46 %) et de Ségou (43 %) que l'on observe les proportions les plus élevées.

Considérant les autres caractéristiques sociodémographiques, on note que les variations chez les jeunes hommes sont identiques à celles constatées chez les jeunes femmes.

Tableau 14.8 Connaissance « complète » du VIH /sida et d'un endroit où se procurer des condoms parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15-24 ans ayant une connaissance « complète » du VIH/sida et pourcentage i connaissant au moins un endroit où se procurer des condoms, selon certaines caractéristiques, sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du VIH/sida ¹	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms	Effectif de femmes ²	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du VIH/sida ¹	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms	Effectif d'hommes ³
Groupe d'âges						
15-19	17,7	23,4	3 104	19,0	35,8	876
15-17	16,9	20,6	1 967	16,1	32,1	548
18-19	19,1	28,1	1 136	23,9	42,1	328
20-24	18,1	26,4	2 678	26,7	48,7	633
20-22	17,4	26,3	1 841	26,0	47,0	447
23-24	19,8	26,7	836	28,3	52,8	186
État matrimonial						
Célibataire	21,4	25,0	1 658	21,2	36,4	1 153
A eu des rapports sexuels	36,2	46,3	173	26,6	59,5	257
N'a jamais eu de rapports sexuels	19,7	22,5	1 484	19,7	29,7	896
A déjà été marié	16,5	24,7	4 124	25,6	57,0	356
Milieu de résidence						
Bamako	27,2	46,6	1 091	33,1	79,6	293
Autres Villes	25,2	44,2	1 141	35,4	61,4	290
Ensemble urbain	26,2	45,4	2 232	34,2	70,6	583
Rural	12,7	11,8	3 549	14,7	22,8	926
Région						
Kayes	11,7	8,8	735	45,6	23,3	175
Koulikoro	26,1	24,5	906	17,1	34,8	279
Sikasso	15,5	19,6	947	12,5	27,9	226
Ségou	18,1	24,2	896	18,0	43,3	239
Mopti	6,6	23,8	685	7,9	23,7	205
Tombouctou	11,2	13,5	252	17,4	32,3	41
Gao	11,3	14,4	252	33,1	45,5	50
Kidal	17,1	15,2	19	*	*	2
Bamako	27,2	46,6	1 091	33,1	79,6	293
Niveau d'instruction						
Aucun	10,8	14,2	3 954	8,0	22,4	685
Primaire	21,4	30,6	839	20,9	35,5	341
Secondaire ou plus	43,3	61,9	988	43,4	72,0	484
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	12,2	10,8	951	6,3	19,0	281
Second	12,9	9,1	973	16,9	25,0	282
Moyen	10,8	11,6	1 042	16,2	28,3	213
Quatrième	18,5	22,6	1 089	20,6	30,5	308
Le plus riche	27,7	50,7	1 725	40,6	80,9	426
Ensemble	17,9	24,8	5 781	22,2	41,2	1 509

¹ Sont considérées comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du VIH/sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

² Basé sur 126 cas non pondérés pour la région de Kidal.

³ Basé sur 67 cas non pondérés pour la région de Gao.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

14.6 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 risque de contracter 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 lieu avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.

Le tableau 14.9 présente 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 derniers rapports sexuels à hauts risques.

Seulement 6 % des femmes contre 25 % des hommes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi ces femmes et ces hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, près de deux femmes sur dix (17 %) et près de quatre hommes sur dix (39 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. Selon les caractéristiques sociodémographiques, les pourcentages les plus élevés de femmes qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques, s'observent à Bamako (24 %), parmi les femmes célibataires (23 %), parmi les plus instruites (28 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (23 %). Chez les hommes, c'est parmi ceux de Bamako (51 %), parmi les célibataires (38 %), parmi ceux en rupture d'union (36 %), parmi les plus instruits (52 %) et ceux des ménages du quintile le plus riche (53 %).

Tableau 14.9 Rappports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois ¹	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif de femmes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois ²	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif d'hommes ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges								
15-24	13,9	3 945	16,5	548	74,6	493	35,9	369
15-19	20,7	1 568	13,7	325	93,1	181	30,8	169
20-24	9,4	2 377	20,5	223	63,9	312	40,3	200
25-29	3,2	2 433	18,0	77	31,0	398	39,4	123
30-39	1,8	3 428	18,1	65	12,1	905	50,8	109
40-49	1,1	2 250	(14,4)	25	5,5	737	(30,4)	41
État matrimonial								
Célibataire	81,8	155	22,7	127	97,8	262	37,6	256
En union	4,2	11 709	15,8	492	14,0	2 174	40,6	306
En rupture d'union	50,5	192	13,6	97	82,4	97	36,0	80
Milieu de résidence								
Bamako	15,7	1 535	23,7	243	44,9	447	50,8	202
Autres Villes	10,6	2 282	14,6	243	30,7	504	48,5	154
Ensemble urbain	12,7	3 818	19,2	486	37,4	951	49,8	356
Rural	2,8	8 238	11,6	230	18,1	1 583	25,1	286
Région								
Kayes	1,8	1 614	*	30	14,6	292	(41,2)	43
Koulikoro	4,2	2 002	17,5	83	23,1	404	35,9	93
Sikasso	3,9	2 080	13,1	82	19,3	421	22,0	81
Ségou	8,2	2 026	13,5	166	28,9	421	37,0	122
Mopti	4,3	1 655	8,9	71	16,3	333	21,0	54
Tombouctou	3,5	578	(11,7)	20	24,6	113	(32,8)	28
Gao	3,6	523	(16,1)	19	20,0	93	*	19
Kidal	4,1	43	*	2	3,7	10	*	0
Bamako	15,7	1 535	23,7	243	44,9	447	50,8	202
Niveau d'instruction								
Sans instruction	3,1	9 831	6,9	309	15,6	1 574	24,1	245
Primaire	10,0	1 272	15,8	127	29,6	478	40,0	141
Secondaire ou plus	29,2	954	28,0	280	52,9	482	52,1	256
Quintiles de bien-être économique								
Le plus pauvre	3,0	2 286	1,3	68	17,5	456	18,4	80
Second	2,2	2 410	11,8	52	19,1	432	19,6	82
Moyen	2,6	2 364	13,2	61	16,9	419	34,4	71
Quatrième	6,5	2 418	11,4	156	19,5	526	30,7	103
Le plus riche	14,6	2 579	22,9	378	43,7	700	53,0	307
Ensemble	5,9	12 056	16,7	716	25,3	2 533	38,8	642

¹ Basé sur 261 cas non pondérés pour la région de Kidal.

² Basé sur 56 cas non pondérés pour la région de Kidal.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.7 ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES

14.7.1 Âge aux premiers rapports sexuels des jeunes

En tant que déterminant de l'activité sexuelle, l'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. Pour cette raison, le tableau 14.10 présente les proportions d'hommes et de femmes âgés de 15-24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant l'âge exact de 15 ans et l'âge exact de 18 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	Effectif de femmes de 15-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts	Effectif de femmes de 18-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	Effectif d'hommes de 15-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts	Effectif d'hommes de 18-24 ans
Groupe d'âges								
15-19	23,5	3 104	na	na	6,3	876	na	na
15-17	21,4	1 967	na	na	6,0	548	na	na
18-19	27,0	1 136	72,6	1 136	6,8	328	30,1	328
20-24	26,1	2 678	73,0	2 678	4,2	633	27,4	633
20-22	26,4	1 841	74,2	1 841	5,2	447	28,3	447
23-24	25,3	836	70,2	836	1,7	186	25,1	186
État matrimonial								
Célibataire	2,7	1 658	15,3	456	4,0	1 153	20,1	645
A déjà été en union	33,5	4 124	80,7	3 358	10,2	356	45,2	316
Connait un endroit où se procurer des condoms								
Oui	20,0	1 432	66,9	1 027	7,8	622	38,5	447
Non	26,2	4 349	75,0	2 787	3,7	887	19,5	515
Milieu de résidence								
Bamako	16,9	1 091	59,4	739	8,0	293	35,2	212
Autres Villes	20,6	1 141	69,9	742	7,7	290	34,2	196
Ensemble urbain	18,8	2 232	64,6	1 481	7,8	583	34,7	408
Rural	28,4	3 549	78,0	2 333	3,9	926	23,6	554
Région								
Kayes	40,5	735	87,9	503	6,1	175	20,9	112
Koulikoro	28,9	906	81,6	559	6,8	279	32,6	158
Sikasso	25,7	947	77,5	674	3,5	226	22,8	134
Ségou	21,8	896	68,9	593	5,7	239	36,9	159
Mopti	17,6	685	69,0	415	2,3	205	15,1	133
Tombouctou	20,1	252	68,3	158	3,2	41	(31,7)	26
Gao	26,0	252	65,3	161	2,9	50	(18,7)	26
Kidal	42,1	19	88,1	12	*	2	*	1
Bamako	16,9	1 091	59,4	739	8,0	293	35,2	212
Niveau d'instruction								
Aucun	28,9	3 954	78,5	2 774	4,5	685	23,6	488
Primaire	20,8	839	73,9	448	4,7	341	20,6	166
Secondaire ou plus	11,2	988	45,5	592	7,2	484	39,9	307
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	24,6	951	75,6	595	3,1	281	18,3	171
Second	28,4	973	77,0	624	4,7	282	21,9	157
Moyen	31,6	1 042	79,5	700	5,6	213	31,6	131
Quatrième	28,1	1 089	78,8	763	4,1	308	22,9	205
Le plus riche	16,3	1 725	61,0	1 132	8,3	426	39,8	297
Ensemble	24,7	5 781	72,8	3 814	5,4	1 509	28,3	962

Dans l'ensemble, un quart (25 %) des jeunes femmes de 15-24 ans, avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant l'âge de 15 ans ; chez les hommes du même âge, la proportion correspondante est cinq fois plus faible (5 %). Cette proportion varie peu selon l'âge : d'un minimum de 24 % parmi celles de 15-19 ans à un maximum de 26 % parmi celles de 20-24 ans. Par ailleurs, en atteignant l'âge de 18 ans, la majorité des jeunes femmes de 18-24 ans (73 %) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels.

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que, chez les jeunes femmes, les premiers rapports sexuels ont eu lieu plus fréquemment à un âge précoce en milieu rural qu'en milieu urbain (28 % contre 19 % avant 15 ans) ; avant 18 ans, les proportions sont de 78 % en rural contre 65 % en urbain. Ce sont les régions de Kidal et Kayes qui enregistrent les pourcentages les plus élevés, plus de quatre femmes sur dix ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans (respectivement, 42 % et 41 %). À l'opposé, dans la région de Mopti, cette proportion est de 18 % et 17 % à Bamako. On note également des différences en fonction du niveau d'instruction : 29 % des jeunes femmes de 15-24 ans sans instruction ont eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant l'âge de 15 ans contre 21 % parmi celles de niveau d'instruction primaire et 11 % parmi celles de niveau secondaire ou plus. Enfin, on note en fonction des quintiles des variations irrégulières mais la proportion de jeunes femmes de 15-24 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est plus faible parmi celles des ménages du quintile le plus riche que parmi celles des ménages du quintile moyen (16 % contre 32 %).

Chez les jeunes hommes de 15-24 ans, on constate des résultats différents de ceux observés chez les femmes. En effet, la proportion d'hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (8 % contre 4 %), à Bamako (8 %), parmi ceux de niveau secondaire ou plus (7 %) et parmi ceux des ménages du quintile le plus riche (8 %).

Par ailleurs, le tableau 14.11 fournit les pourcentages d'hommes et de femmes âgés de 15-24 ans qui ont utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Parmi les femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels, très peu (6 %) ont utilisé un condom lors de leurs premiers rapports sexuels. Par ailleurs, les femmes du milieu urbain (10 % contre 3 % en milieu rural), celles de Bamako (13 %), celles de niveau secondaire ou plus (20 %) et celles des ménages du quintile le plus riche (11 %) ont plus fréquemment utilisé un condom lors des premiers rapports sexuels. Les niveaux d'utilisation les plus faibles sont observés dans les régions de Mopti (2 %), Tombouctou (2 %), Kayes (3 %) et surtout Kidal (0,3 %).

Le niveau d'utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels est deux fois plus élevé parmi les jeunes hommes (15 %) que parmi les jeunes femmes (6 %). On observe les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles déjà constatées chez les femmes.

Tableau 14.11 Utilisation des condoms au cours des premiers rapports sexuels parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans qui ont utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels selon certaines, caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels
Groupe d'âges				
15-19	7,0	1 718	14,3	214
15-17	6,0	801	16,7	92
18-19	7,8	917	12,5	123
20-24	4,9	2 540	16,0	399
20-22	5,4	1 719	15,7	251
23-24	3,8	822	16,4	148
État matrimonial				
Célibataire	17,2	173	14,4	257
A déjà été en union	5,3	4 085	16,1	356
Connait un endroit où se procurer des condoms				
Oui	13,6	1 087	21,6	356
Non	3,1	3 172	6,9	257
Milieu de résidence				
Bamako	12,9	739	20,8	153
Autres Villes	7,4	784	19,7	123
Ensemble urbain	10,1	1 522	20,3	276
Rural	3,3	2 736	11,3	337
Région				
Kayes	2,7	639	(8,1)	40
Koulikoro	4,5	664	16,3	128
Sikasso	5,5	764	9,9	100
Ségou	5,9	666	17,9	117
Mopti	1,8	431	5,8	42
Tombouctou	2,4	174	(18,1)	15
Gao	5,0	168	*	16
Kidal	0,3	14	*	0
Bamako	12,9	739	20,8	153
Niveau d'instruction				
Aucun	2,8	3 169	10,1	269
Primaire	8,6	532	16,0	104
Secondaire ou plus	19,6	558	21,0	240
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	3,4	693	3,3	100
Second	3,3	740	12,7	96
Moyen	2,5	817	13,3	86
Quatrième	5,5	861	17,0	105
Le plus riche	11,2	1 147	21,9	227
Ensemble	5,7	4 258	15,4	613

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

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

14.7.2 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom chez les jeunes

Le tableau 14.12 présente les pourcentages de jeunes de 15-24 ans, ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois et, parmi eux, le pourcentage ayant utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, 14 % ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois contre 75 % des jeunes hommes de 15-24 ans. Parmi ces jeunes, seulement 17 % des femmes et 36 % des hommes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques.

Selon le groupe d'âges, on constate que parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (21 %) la proportion de celles qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques est environ deux fois plus élevée qu'à 20-24 ans (9 %). Une proportion élevée de jeunes femmes célibataires (84 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où, par définition, toutes les célibataires ont eu des rapports sexuels à hauts risques puisque leurs partenaires sont extraconjugaux et non cohabitants. On note un écart important entre le milieu urbain (25 %) et le milieu rural (8 %) : les rapports sexuels à hauts risques sont donc trois fois plus importants en milieu urbain qu'en rural chez les jeunes femmes. Le pourcentage le plus élevé est observé à Bamako (28 %) et dans la région de Ségou (22 %), suivie de celles de Mopti (12 %) et de Tombouctou (11 %). Selon le niveau d'instruction, les rapports sexuels à hauts risques sont plus fréquents parmi les jeunes femmes de niveau secondaire et plus (47 %) contre seulement 8 % parmi celles qui n'ont aucun niveau. Le pourcentage augmente avec le quintile de bien-être économique: 9 % parmi les jeunes femmes du quintile le plus pauvre, 13 % parmi celles du quatrième quintile et 27 % parmi celles du quintile le plus riche. Par ailleurs, chez les hommes, on constate que ce sont les jeunes hommes qui connaissent un endroit où se procurer des condoms (84 %), ceux des Autres Villes (90 %) ainsi que les plus instruits (89 %) et ceux des ménages du quintile le plus riche (86 %) qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à hauts risques.

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, 17 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques. L'utilisation d'un condom lors des rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, apparaît donc assez faible. Chez les jeunes hommes, le pourcentage d'utilisation du condom est de 36 %. Selon certaines caractéristiques sociodémographiques, on note que l'utilisation du condom est relativement élevée à Bamako (23 % chez les femmes et 46 % chez les hommes) et parmi les plus instruits (26 % chez les femmes et 50 % chez les hommes).

Tableau 14.12 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans, sexuellement actifs, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois:		Jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois:		Jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois:		Jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois:	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif
Groupe d'âges								
15-19	20,7	1 568	13,7	325	93,1	181	30,8	169
15-17	26,4	720	9,2	190	91,3	75	32,4	68
18-19	15,9	848	20,0	135	94,3	106	29,8	100
20-24	9,4	2 377	20,5	223	63,9	312	39,9	199
20-22	9,7	1 601	16,4	155	73,7	192	39,4	141
23-24	8,8	776	29,8	68	48,3	120	41,3	58
État matrimonial								
Célibataire	84,4	135	21,9	114	98,9	184	36,0	181
A déjà été en union	11,4	3 810	15,0	434	60,2	309	35,5	186
Connaît un endroit où se procurer des condoms								
Oui	28,9	1 027	25,6	296	83,6	292	48,0	244
Non	8,6	2 919	5,8	252	61,6	201	11,7	124
Milieu de résidence								
Bamako	27,6	660	23,1	182	82,3	118	45,9	97
Autres Villes	23,4	731	15,4	171	89,6	105	45,1	94
Ensemble urbain	25,4	1 391	19,4	353	85,7	223	45,5	191
Rural	7,6	2 554	11,2	195	65,4	270	25,2	176
Région								
Kayes	3,5	588	*	20	(67,1)	33	(39,4)	22
Koulikoro	9,9	621	18,5	61	71,9	98	33,6	70
Sikasso	9,4	732	15,5	69	62,5	77	25,2	48
Ségou	22,2	617	12,4	137	71,3	98	32,2	70
Mopti	11,7	396	7,6	46	88,1	40	19,1	36
Tombouctou	10,9	161	13,6	18	*	14	*	12
Gao	9,3	157	*	15	*	15	*	13
Kidal	3,6	14	*	1	*	0	*	0
Bamako	27,6	660	23,1	182	82,3	118	45,9	97
Niveau d'instruction								
Aucun	7,6	2 946	6,6	224	58,6	214	18,3	125
Primaire	17,8	501	16,9	89	82,2	84	32,0	69
Secondaire ou plus	47,2	499	25,7	235	88,8	195	49,9	173
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	9,4	659	1,5	62	57,4	88	(16,3)	51
Second	6,3	686	(12,5)	43	76,9	74	20,1	57
Moyen	6,8	762	13,4	52	57,7	64	(35,8)	37
Quatrième	13,3	790	14,7	105	77,7	84	30,7	65
Le plus riche	27,3	1 048	21,5	286	86,4	183	49,7	159
Ensemble	13,9	3 945	16,5	548	74,6	493	35,8	368

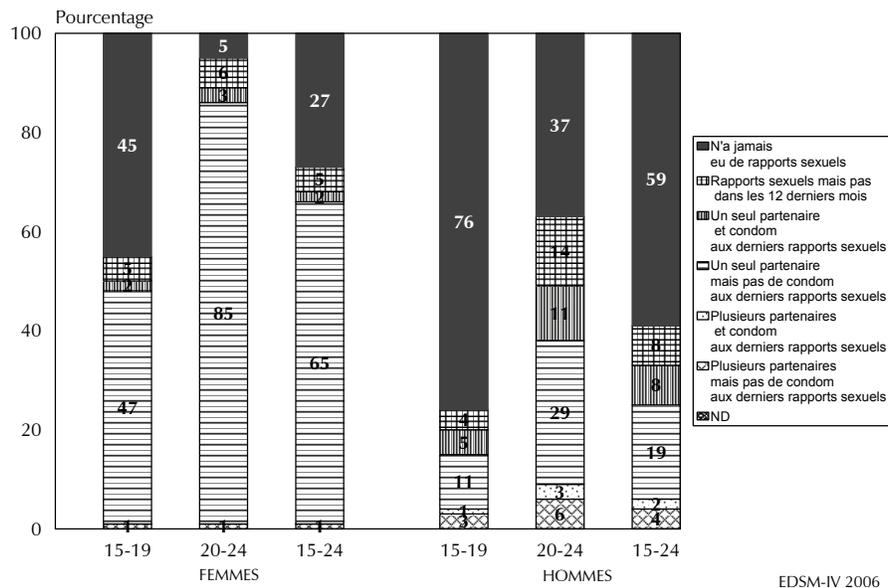
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le graphique 14.1 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes selon la catégorie de risque de contracter le VIH/sida à laquelle ils sont exposés.

- les jeunes qui n'ont couru aucun risque de transmission du VIH par voie sexuelle puisqu'ils n'ont jamais eu de rapports sexuels. Ils représentent une proportion de 27 % chez les femmes et 59 % chez les hommes de 15-24 ans. Ces proportions sont plus importantes chez les plus jeunes que chez les plus âgés, tant pour les femmes (45 % à 15-19 ans contre 5 % à 20-24 ans) que pour les hommes (76 % à 15-19 ans contre 37 % à 20-24 ans) ;
- les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels mais qui n'ont pas couru de risque de transmission du VIH par voie sexuelle au cours de la période récente (12 derniers mois). Ce sont ceux qui, soit n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, soit qui n'ont eu qu'un seul partenaire et qui ont utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Ils représentent 7 % chez les femmes de 15-24 ans et 16 % des hommes du même groupe d'âges ;
- les jeunes qui ont couru le risque de contracter le VIH parce qu'ils ont adopté des comportements non sécuritaires (66 % chez les femmes contre 25 % chez les hommes). Ce sont ceux qui ont eu, soit un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condoms lors des derniers rapports sexuels, soit ceux qui ont utilisé un condom mais ont eu plusieurs partenaires, soit enfin, ceux qui ont eu des rapports avec plusieurs partenaires sans utiliser de condom aux derniers rapports sexuels. Il va de soi que les jeunes de cette dernière sous-catégorie courent les risques les plus élevés de contracter le VIH/sida. On constate que ces comportements sont plus fréquents chez les jeunes hommes et les jeunes femmes de 20-24 ans que parmi les plus jeunes (respectivement, 86 % contre 48 % et 38 % contre 15 %).

Graphique 14.1 Abstinence, fidélité et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans



14.8 RAPPORTS SEXUELS PRÉNUPTIAUX ET UTILISATION DU CONDOM PARMIS LES CÉLIBATAIRES DE 15-24 ANS

Les jeunes célibataires constituent une population à risque dans la mesure où, à ces âges, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Au cours de l'EDSM-IV, il était donc important d'appréhender les types de comportement des jeunes enquêtés âgés de 15-24 ans en matière de prévention du VIH/sida. Le tableau 14.13 présente les proportions de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 14.13 Rapports sexuels prénuptiaux et utilisation du condom au cours des rapports sexuels prénuptiaux parmi les jeunes.

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes célibataires de 15-24 ans, pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels prénuptiaux au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	N'a jamais eu de rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif qui ont eu des rapports sexuels	N'a jamais eu de rapports sexuels	Ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif qui ont eu des rapports sexuels
Groupe d'âges										
15-19	91,9	6,4	1 471	23,8	95	84,6	12,0	782	34,0	94
15-17	94,6	4,2	1 201	20,1	51	89,8	7,4	508	(31,5)	38
18-19	79,6	16,4	269	(28,1)	44	74,9	20,3	275	35,7	56
20-24	71,2	21,5	187	(12,4)	40	63,3	24,3	371	37,6	90
20-22	74,3	19,2	159	(13,4)	31	66,4	22,1	295	36,9	65
23-24	(53,1)	(34,8)	28	*	10	51,0	32,8	75	(39,5)	25
Connait un endroit où se procurer des condoms										
Oui	80,6	16,6	414	31,2	69	63,6	27,5	419	51,2	115
Non	92,5	5,3	1 244	9,1	66	85,8	9,3	734	9,7	68
Milieu de résidence										
Bamako	86,0	10,1	391	(22,7)	39	65,1	28,1	215	52,6	60
Autres Villes	86,3	12,2	389	23,5	47	74,6	19,0	223	49,3	42
Ensemble urbain	86,1	11,1	780	23,2	87	70,0	23,5	438	51,2	103
Rural	92,6	5,5	878	(15,5)	48	82,5	11,3	715	16,1	81
Région										
Kayes	100,0	0,0	96	*	0	82,0	13,4	165	(39,4)	22
Koulikoro	84,2	13,5	287	(27,8)	39	69,1	19,4	217	(28,9)	42
Sikasso	90,8	7,9	201	(23,6)	16	80,1	12,1	157	(11,1)	19
Ségou	81,8	13,5	275	(10,9)	37	83,0	8,5	146	*	12
Mopti	99,1	0,9	238	*	2	89,8	10,1	181	(12,4)	18
Tombouctou	97,7	1,1	79	*	1	(93,5)	(6,5)	27	*	2
Gao	99,5	0,5	85	*	0	79,3	17,2	43	*	7
Kidal	*	*	4	*	0	*	*	2	*	0
Bamako	86,0	10,1	391	(22,7)	39	65,1	28,1	215	52,6	60
Niveau d'instruction										
Aucun	91,7	5,9	851	8,2	50	81,9	10,9	507	8,3	55
Primaire	92,3	7,2	331	(17,4)	24	84,6	12,2	281	(29,7)	34
Secondaire ou plus	83,8	12,9	475	31,5	61	66,6	25,8	366	54,1	94
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	94,3	5,3	274	*	14	84,0	11,5	216	*	25
Second	88,8	6,6	261	*	17	84,2	12,4	221	(7,5)	27
Moyen	96,4	2,3	233	*	5	78,9	10,6	161	*	17
Quatrième	87,5	11,0	258	(18,4)	28	83,3	10,6	244	(23,3)	26
Le plus riche	86,1	11,0	632	(24,3)	70	63,8	28,4	311	55,0	88
Ensemble	89,5	8,1	1 658	20,4	135	77,7	15,9	1 153	35,8	184

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Dans l'ensemble, seulement 8 % des jeunes femmes célibataires de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels pré-nuptiaux au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est au moins trois fois plus élevée parmi celles de 20-24 ans (22 %) que parmi les plus jeunes de 15-19 ans (6 %).

Moins de deux hommes célibataires de 15-24 ans sur dix (16 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels pré-nuptiaux au cours des 12 derniers mois. Les rapports sexuels pré-nuptiaux au cours des 12 derniers mois ont été deux fois plus fréquents chez les hommes célibataires âgés de 20-24 ans (24 %) que chez les plus jeunes de 15-19 ans (12 %). Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques montrent que ce sont les femmes et les hommes célibataires du milieu urbain, ceux qui connaissent un endroit où se procurer un condom, les plus instruits et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels pré-nuptiaux.

14.9 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Les infections sexuellement transmissibles (IST) pouvant favoriser la transmission du virus du sida, la prévention et la lutte contre ces infections constituent une priorité. Au cours de l'enquête, on a demandé aux hommes et aux femmes enquêtés si, à part le sida, ils connaissaient d'autres infections qui se transmettaient par contact sexuel et, si oui, s'ils connaissaient des signes ou symptômes caractéristiques de ces infections chez l'homme et chez la femme. De plus, en demandant aux enquêtés s'ils avaient eu une IST ou des symptômes associés à des IST, il a été possible d'établir une prévalence déclarée des IST. Enfin, certaines questions ont porté sur le comportement adopté en cas d'infection, en termes de conseil et de traitement.

14.9.1 Connaissance des IST

Le tableau 14.14.1 présente les résultats concernant la connaissance, par les femmes, des IST et des signes associés aux IST chez l'homme et chez la femme. Parmi les femmes enquêtées, 69 % ont déclaré ne pas connaître d'infections qui se transmettent sexuellement à part le VIH/sida. Ces proportions sont élevées quel que soit l'âge. Selon l'état matrimonial, on note que ce sont les femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (55 %) et celles en rupture d'union (60 %) qui sont proportionnellement les moins nombreuses à n'avoir aucune connaissance des IST. En milieu rural, près des trois-quarts des femmes (75 %) ne connaissent aucune IST contre 58 % en milieu urbain. Dans les régions, c'est dans celles de Kidal (85 %), de Gao (84 %) et de Kayes (79 %) que cette méconnaissance est la plus élevée. L'instruction influe sur le niveau de connaissance des IST puisque 73 % des femmes sans instruction ne les connaissent pas contre 65 % de celles ayant le niveau primaire et 46 % des femmes les plus instruites.

De plus, 7 % des femmes ont été incapables de citer un symptôme caractéristique d'IST chez l'homme. Ajouté aux 69 % de femmes qui ne connaissaient aucune IST, on obtient une proportion de 76 % de Maliennes qui n'ont aucune connaissance ou seulement une connaissance très limitée des IST chez l'homme. À l'opposé, 8 % des femmes ont cité au moins un symptôme d'IST chez les hommes et 16 % ont été en mesure d'en citer au moins deux. Il s'agit surtout des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (29 %), celles du quintile le plus riche (25 %), celles de Bamako (26 %) et, dans une moindre mesure, des femmes de Koulikoro (20 %).

Tableau 14.14.1 Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Femmes

Parmi les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui connaissent les signes associés aux infections, sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez l'homme					Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez la femme				Effectif de femmes
	Aucune connaissance des IST	Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes cités ou plus	ND	Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes cités ou plus	ND	
Groupe d'âges										
15-24	72,9	6,8	7,1	13,0	0,1	2,8	6,7	17,4	0,1	5 781
15-19	77,5	6,9	6,0	9,5	0,0	2,4	5,5	14,5	0,0	3 104
20-24	67,7	6,7	8,3	17,1	0,2	3,2	8,1	20,8	0,2	2 678
25-29	66,2	7,6	8,7	17,5	0,0	2,9	8,5	22,4	0,0	2 625
30-39	66,0	6,5	9,6	17,8	0,2	3,1	8,5	22,2	0,2	3 659
40-49	67,8	5,1	9,3	17,8	0,1	2,5	8,4	21,2	0,1	2 518
État matrimonial										
Célibataire	79,2	6,4	6,2	8,2	0,0	3,4	5,0	12,4	0,0	1 726
A eu des rapports sexuels	54,6	13,8	13,8	17,9	0,0	5,3	14,3	25,8	0,0	217
N'a jamais eu de rapports sexuels	82,7	5,3	5,2	6,9	0,0	3,1	3,7	10,5	0,0	1 509
En union	68,1	6,6	8,6	16,7	0,1	2,7	8,0	21,1	0,1	12 365
Union rompue	59,5	7,9	10,1	22,3	0,3	2,8	11,6	25,8	0,3	491
Milieu de résidence										
Bamako	51,8	10,7	10,9	26,3	0,4	4,9	10,7	32,3	0,4	2 104
Autres Villes	63,0	8,3	8,9	19,8	0,0	3,0	8,6	25,4	0,0	2 814
Ensemble urbain	58,2	9,3	9,8	22,6	0,2	3,8	9,5	28,3	0,2	4 918
Rural	74,6	5,2	7,7	12,4	0,1	2,3	6,9	16,1	0,1	9 665
Région										
Kayes	78,9	2,2	9,9	9,0	0,0	1,3	7,8	12,0	0,0	1 886
Koulikoro	57,7	9,6	12,4	20,3	0,0	2,5	11,7	28,1	0,0	2 352
Sikasso	77,6	2,2	7,4	12,8	0,1	1,7	7,2	13,5	0,1	2 392
Ségou	65,6	8,6	7,4	18,3	0,1	4,7	6,8	22,8	0,1	2 388
Mopti	77,1	6,9	3,6	12,1	0,2	1,8	4,0	16,9	0,2	2 036
Tombouctou	77,4	5,6	7,1	9,9	0,0	2,8	6,7	13,1	0,0	720
Gao	83,8	3,7	5,0	7,5	0,0	2,1	4,2	9,9	0,0	655
Kidal	84,5	7,0	4,5	4,1	0,0	2,0	0,4	13,1	0,0	50
Bamako	51,8	10,7	10,9	26,3	0,4	4,9	10,7	32,3	0,4	2 104
Niveau d'instruction										
Sans instruction	72,8	5,9	7,4	13,8	0,1	2,3	6,9	18,0	0,1	11 410
Primaire	65,2	7,2	9,7	17,8	0,1	4,6	9,4	20,7	0,1	1 668
Secondaire ou plus	45,5	11,2	13,9	29,3	0,1	5,0	12,9	36,5	0,1	1 505
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	76,4	5,9	7,2	10,4	0,0	2,0	6,7	14,8	0,0	2 675
Second	74,9	4,5	7,6	12,8	0,1	1,9	7,0	16,1	0,1	2 803
Moyen	74,4	4,8	7,6	13,1	0,2	2,4	7,1	16,0	0,2	2 774
Quatrième	70,0	7,2	7,2	15,6	0,1	3,0	6,7	20,3	0,1	2 864
Le plus riche	53,7	9,7	11,5	24,9	0,2	4,4	10,8	30,9	0,2	3 467
Ensemble	69,1	6,6	8,4	15,9	0,1	2,8	7,8	20,2	0,1	14 583

Par ailleurs, 3 % des femmes ont été incapables de citer un symptôme caractéristique d'IST chez la femme. Ajouté aux 69 % des femmes qui ne savent pas qu'il existe des IST, on obtient une proportion de 72 % de Maliennes qui n'ont aucune connaissance ou seulement une connaissance très limitée des IST chez la femme. Par contre, 8 % ont cité au moins un symptôme d'IST chez les femmes et dans 20 % des cas, les femmes en ont cité au moins deux. Il s'agit essentiellement des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (37 %), de celles du quintile le plus riche (31 %), de celles de Bamako (32 %) et de Koulikoro (28 %).

Le tableau 14.14.2 présente les résultats sur la connaissance, par les hommes, des IST et de leurs symptômes chez les hommes et chez les femmes.

Parmi les hommes enquêtés, 50 % soit une proportion bien plus faible que chez les femmes, ont déclaré ne pas savoir qu'il existait des IST autres que le VIH/sida. Cette méconnaissance est particulièrement fréquente chez les jeunes de 15-19 ans (79 %) et chez les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (81 %). Les résultats montrent également que les hommes du milieu rural ont plus fréquemment déclaré que ceux du milieu urbain qu'ils ne connaissaient pas les IST (57 % contre 40 %) ; de même, la proportion d'hommes sans instruction qui ne connaissent pas les IST est près de deux fois plus élevée que celle des hommes de niveau secondaire ou plus (57 % contre 34 %).

Par ailleurs, 15 % des hommes connaissent au moins un symptôme associé aux IST chez l'homme. Dans 28 % des cas les hommes ont déclaré en connaître au moins deux. Il s'agit plus particulièrement des hommes âgés de plus de 30 ans (37 % des 30-39 ans et 41 % des 40-49 ans), de ceux de Tombouctou (38 %) et de ceux en union (36 %). La connaissance par les hommes des symptômes chez les femmes est légèrement meilleure : 13 % ont pu citer au moins un symptôme d'IST chez la femme. Cependant, seulement, 20 % des hommes ont été capables de citer au moins deux symptômes d'IST chez les femmes.

Tableau 14.14.2 Connaissance des symptômes des infections sexuellement transmissibles (IST) : Hommes

Parmi les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui connaissent les signes associés aux infections, sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Aucune connaissance des IST	Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez l'homme				Connaissant des symptômes spécifiques des IST chez la femme				Effectif d'hommes
		Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes cités ou plus	ND	Pas de symptôme cité	Un symptôme cité	Deux symptômes cités ou plus	ND	
Groupe d'âges										
15-24	68,1	6,5	11,4	14,0	0,1	14,0	8,1	9,6	0,1	1 509
15-19	79,2	5,3	8,2	7,3	0,0	10,2	5,9	4,7	0,0	876
20-24	52,8	8,1	15,8	23,2	0,1	19,3	11,3	16,5	0,1	633
25-29	45,3	7,0	15,9	31,2	0,5	17,2	14,4	22,5	0,5	476
30-39	35,9	7,7	19,3	37,2	0,0	20,7	16,3	27,1	0,0	948
40-49	36,8	5,1	16,6	41,1	0,4	14,9	17,1	30,8	0,4	771
État matrimonial										
Célibataire	71,1	4,8	9,7	14,2	0,2	11,9	6,5	10,2	0,2	1 313
A eu des rapports sexuels	45,3	6,7	16,3	31,3	0,4	22,6	10,3	21,4	0,4	359
N'a jamais eu de rapports sexuels	80,9	4,1	7,2	7,7	0,1	7,9	5,1	6,0	0,1	954
En union	38,8	6,9	18,4	35,7	0,2	17,7	16,9	26,3	0,2	2 236
Union rompue	41,9	16,5	13,1	28,4	0,0	33,9	8,5	15,7	0,0	156
Milieu de résidence										
Bamako	32,3	9,2	17,5	40,7	0,3	23,3	14,6	29,5	0,3	667
Autres Villes	47,7	6,4	12,9	32,6	0,4	15,6	11,3	25,0	0,4	717
Ensemble urbain	40,3	7,8	15,1	36,5	0,3	19,3	12,9	27,2	0,3	1 384
Rural	56,5	5,8	15,1	22,6	0,1	14,6	12,9	16,0	0,1	2 321
Région										
Kayes	58,6	1,6	3,5	36,3	0,0	9,8	2,5	29,1	0,0	448
Koulikoro	54,8	7,4	18,9	18,8	0,0	20,9	12,8	11,5	0,0	610
Sikasso	59,3	6,4	16,6	17,5	0,2	14,7	13,8	12,1	0,2	593
Ségou	41,6	10,6	17,1	30,7	0,0	18,8	16,5	23,1	0,0	577
Mopti	61,9	2,9	14,2	20,8	0,2	9,6	13,9	14,5	0,2	513
Tombouctou	45,4	5,6	11,1	37,9	0,0	15,0	9,0	30,6	0,0	144
Gao	51,7	4,3	16,6	25,5	1,9	8,8	20,1	17,5	1,9	141
Kidal	69,7	0,0	8,1	22,2	0,0	0,0	12,6	17,7	0,0	12
Bamako	32,3	9,2	17,5	40,7	0,3	23,3	14,6	29,5	0,3	667
Niveau d'instruction										
Sans instruction	57,3	5,0	13,7	23,9	0,1	13,9	12,0	16,8	0,1	2 146
Primaire	48,7	8,2	16,1	26,9	0,0	18,8	13,4	19,1	0,0	759
Secondaire ou plus	33,6	9,0	17,7	39,1	0,6	20,6	14,8	30,3	0,6	799
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	56,5	5,2	16,4	21,7	0,2	15,3	13,4	14,6	0,2	663
Second	61,8	4,0	14,2	20,0	0,0	10,8	12,1	15,3	0,0	674
Moyen	55,3	6,0	14,8	23,9	0,0	15,6	13,0	16,2	0,0	584
Quatrième	55,0	6,2	13,3	25,4	0,1	14,2	12,2	18,5	0,1	785
Le plus riche	32,2	9,8	16,3	41,2	0,5	22,9	13,6	30,8	0,5	998
Ensemble	50,4	6,5	15,1	27,8	0,2	16,3	12,9	20,2	0,2	3 704

14.9.2 Prévalence déclarée d'IST

On a demandé aux femmes et aux hommes enquêtés s'ils avaient eu une IST au cours des 12 derniers mois et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. Le tableau 14.15 présente les résultats pour les femmes et pour les hommes.

Tableau 14.15 Infection sexuellement transmissible (IST) et symptômes d'IST déclarés

Parmi les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des pertes vaginales anormales	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/ plaie/ulcère	Effectif de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des écoulements du pénis	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/perte/ plaie/ulcère	Effectif d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ²
Groupe d'âges										
15-24	5,1	16,4	10,4	19,6	4 258	4,1	6,2	3,5	9,1	613
15-19	4,6	16,1	9,8	18,6	1 718	5,1	7,6	5,1	12,3	214
20-24	5,5	16,6	10,8	20,2	2 540	3,5	5,5	2,7	7,4	399
25-29	7,7	18,9	11,1	21,5	2 605	3,4	5,1	3,2	8,5	432
30-39	7,6	17,8	10,5	20,4	3 654	2,7	3,8	1,8	5,8	937
40-49	3,3	10,6	6,4	12,2	2 517	1,9	2,0	0,3	3,5	768
État matrimonial										
Célibataire	5,3	16,4	9,3	19,6	217	2,8	5,1	2,4	7,0	358
En union	6,0	16,2	9,9	18,8	12 325	2,8	3,6	1,8	5,9	2 237
En rupture d'union	7,2	15,9	7,7	17,9	491	4,1	7,7	4,4	11,5	156
Circoncision										
Circoncis	na	na	na	na	na	2,8	4,1	2,0	6,3	2 686
Pas circoncis	na	na	na	na	na	5,9	3,6	2,6	9,5	63
Milieu de résidence										
Bamako	9,6	19,0	10,9	22,7	1 741	3,6	5,1	1,7	7,0	500
Autres Villes	6,8	16,5	9,7	18,3	2 452	2,5	2,9	1,6	4,8	541
Ensemble urbain	7,9	17,6	10,2	20,1	4 193	3,0	4,0	1,7	5,8	1 042
Rural	5,1	15,5	9,6	18,1	8 841	2,8	4,1	2,2	6,6	1 709
Région										
Kayes	3,5	14,0	6,7	16,0	1 789	0,6	1,0	1,0	1,4	310
Koulikoro	8,8	16,6	8,8	19,9	2 110	3,0	4,8	2,8	7,3	453
Sikasso	4,2	18,7	11,6	21,4	2 208	1,6	2,1	1,3	3,7	463
Ségou	7,1	16,0	12,3	20,0	2 154	5,5	5,9	2,6	11,4	456
Mopti	4,5	15,1	8,9	15,8	1 774	2,5	4,4	1,6	6,0	343
Tombouctou	5,7	13,9	8,0	14,8	641	3,4	7,8	6,3	10,2	116
Gao	0,5	10,1	8,0	10,9	569	0,0	0,0	0,0	0,0	98
Kidal	1,9	7,8	7,7	8,3	46	3,6	1,0	0,0	3,6	10
Bamako	9,6	19,0	10,9	22,7	1 741	3,6	5,1	1,7	7,0	500
Niveau d'instruction										
Aucun	5,6	15,6	9,6	18,0	10 613	2,8	4,1	2,0	6,6	1 699
Primaire	6,4	17,8	10,3	21,4	1 360	2,8	4,5	2,1	7,0	513
Secondaire ou plus	9,5	19,7	10,8	23,2	1 061	3,2	3,4	1,8	4,7	539
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	4,3	15,6	9,2	17,9	2 415	2,3	2,8	2,4	6,2	477
Second	5,7	15,5	10,5	18,5	2 564	3,4	4,0	2,2	6,2	479
Moyen	5,4	15,3	9,2	17,5	2 546	2,4	4,2	2,3	6,4	451
Quatrième	6,1	16,8	10,5	19,0	2 634	2,9	5,5	1,6	7,8	569
Le plus riche	8,1	17,5	9,5	20,5	2 874	3,1	3,7	1,7	5,4	774
Ensemble	6,0	16,2	9,8	18,8	13 034	2,9	4,0	2,0	6,3	2 750

na = Non applicable

¹ Basé sur 285 cas non pondérés pour la région de Kidal.

² Basé sur 76 cas non pondérés pour les non circoncis et 57 cas non pondérés pour la région de Kidal.

La prévalence déclarée d'IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST est estimée à 6 % parmi les femmes. Cependant, le pourcentage de femmes avec une IST, perte vaginale ou plaie ou ulcère est de 19 %. Rappelons que cette prévalence est basée sur les seules déclarations des enquêtées et qu'elle doit être prise comme un ordre de grandeur et non comme une estimation précise, car la présence de ces différents symptômes ou signes ne sont pas toujours la preuve d'une IST. C'est à Bamako que l'on note la proportion la plus élevée d'IST déclarée, (10 %). Elle est plus importante en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (5 %).

Deux fois moins d'hommes (3 %) que de femmes (6 %) ont déclaré spontanément avoir eu une IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. De faibles variations sont observées entre les différentes caractéristiques sociodémographiques.

14.9.3 IST et comportement

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, on constate que quatre sur dix (40 %) n'ont pris aucune mesure pour traiter leur IST (tableau 14.16). Quarante pour cent des femmes ayant eu une IST ont recherché un traitement ou un conseil en s'adressant à un professionnel de santé, à un hôpital, à une clinique ou à un médecin privé pour être traitée. Dans 2 % des cas, les femmes sont allées dans une boutique ou une pharmacie pour obtenir des médicaments ou des conseils. Dans 21 % des cas, les femmes ont recherché des conseils ou un traitement auprès d'autres sources, comme les guérisseurs traditionnels et vendeurs ambulants (graphique 14.2).

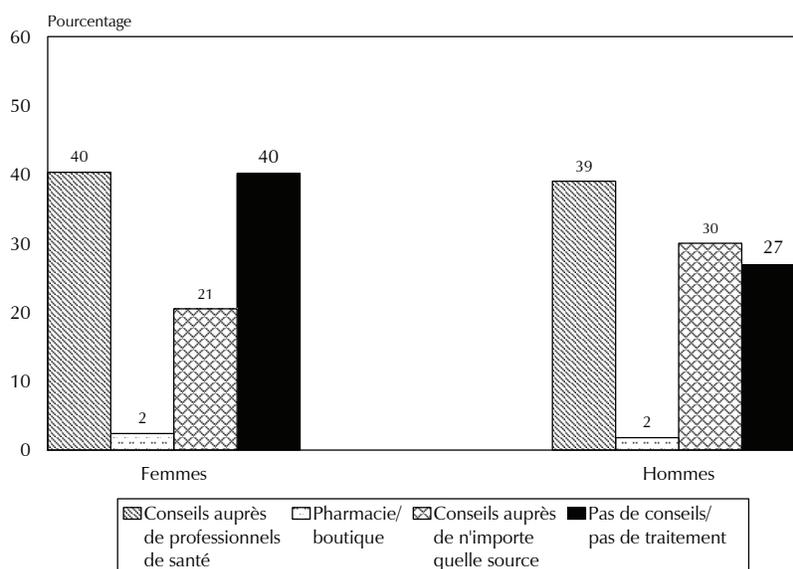
Parmi les hommes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, on constate qu'une proportion moins importante que les femmes (27 % contre 40 %) n'a pas recherché de traitement ou de conseils quelconques. Dans 39 % des cas, les hommes se sont adressés à une clinique, un hôpital ou à un professionnel de santé. En outre, dans une proportion identique à celle des femmes (2 %), les hommes se sont adressés à une boutique ou à une pharmacie pour obtenir des conseils ou des médicaments. Dans 30 % des cas, les hommes ont recherché des conseils ou un traitement auprès d'autres sources, comme les guérisseurs traditionnels et les vendeurs ambulants.

Tableau 14.16 Recherche de traitement pour les IST

Parmi les femmes et les hommes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont recherché un traitement ou des conseils selon la source du conseil ou du traitement, EDISM-IV Mali 2006

Source du conseils ou du traitement	Femmes	Hommes
Clinique/ hôpital/ docteur privé/ autres professionnels de la santé	40,3	39,0
Boutique/pharmacie	2,4	1,8
N'importe quelle autre source	20,5	30,0
Pas de conseils ou traitement	40,1	26,9
Effectif avec une IST et/ou des symptômes d'IST	2 445	174

Graphique 14.2 Recherche de conseils et de traitement pour les IST



EDISM-IV 2006

14.10 PREVALENCE DES INJECTIONS

Des injections faites sans respect des normes d'asepsie peuvent être source de contamination. Il est donc important de savoir si la population reçoit ou non les services d'injection des agents de santé effectués selon les normes recommandées.

Le tableau 14.17 montre que dans l'ensemble, 14 % des femmes ont eu une injection médicale effectuée par un agent de santé au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête.

Caractéristique	Pourcentage ayant reçu une injection effectuée par du personnel médical au cours des 6 derniers mois	Nombre moyen d'injections effectuées par du personnel médical au cours des 6 derniers mois	Effectif	La dernière fois, la seringue et l'aiguille provenaient d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert	Effectif de femmes ayant reçu une injection effectuée par du personnel médical au cours des 6 derniers mois
Groupe d'âges					
15-24	14,4	0,4	5 781	95,4	831
15-19	13,3	0,3	3 104	95,9	413
20-24	15,6	0,4	2 678	94,9	418
25-29	14,3	0,4	2 625	96,2	375
30-39	14,4	0,5	3 659	96,2	527
40-49	13,9	0,5	2 518	95,7	350
Milieu de résidence					
Bamako	17,7	0,6	2 104	95,0	373
Autres Villes	17,7	0,5	2 814	95,4	497
Ensemble urbain	17,7	0,6	4 918	95,2	871
Rural	12,5	0,3	9 665	96,2	1 213
Région					
Kayes	18,1	0,5	1 886	99,2	342
Koulikoro	14,6	0,4	2 352	98,9	345
Sikasso	11,9	0,3	2 392	98,6	284
Ségou	16,0	0,4	2 388	90,9	381
Mopti	12,0	0,4	2 036	96,1	244
Tombouctou	7,1	0,2	720	75,2	51
Gao	9,5	0,2	655	98,2	62
Kidal	2,1	0,0	50	*	1
Bamako	17,7	0,6	2 104	95,0	373
Niveau d'instruction					
Aucun	12,7	0,4	11 410	96,2	1 445
Primaire	16,4	0,5	1 668	94,7	273
Secondaire ou plus	24,3	0,8	1 505	95,1	365
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	10,5	0,3	2 675	98,9	280
Second	12,3	0,4	2 803	96,7	346
Moyen	13,0	0,4	2 774	95,0	361
Quatrième	15,8	0,5	2 864	94,8	453
Le plus riche	18,6	0,6	3 467	95,1	644
Ensemble 15-49	14,3	0,4	14 583	95,8	2 083

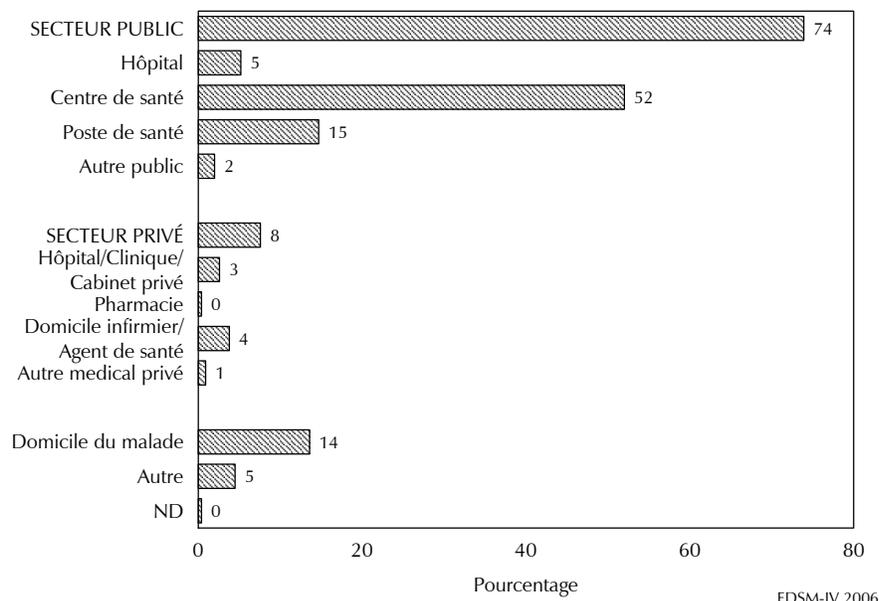
Note : les injections médicales sont les injections effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre professionnel de la santé.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

On ne constate pas de différence importante selon l'âge. La prévalence des injections est plus élevée à Bamako et dans la région de Kayes (18 % dans les deux cas), contre un minimum de 2 % à Kidal et 7 % à Tombouctou. En moyenne, les femmes ont reçu, respectivement, 0,4 injections médicales au cours des 6 derniers mois.

En outre, dans la quasi-totalité des cas (96 % des femmes), la dernière injection a été faite avec une seringue et une aiguille prises d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert au moment de la piqûre. Cependant, il faut souligner que dans la région de Tombouctou, cette proportion n'est que de 75 %, qui représente le pourcentage le plus faible du Mali.

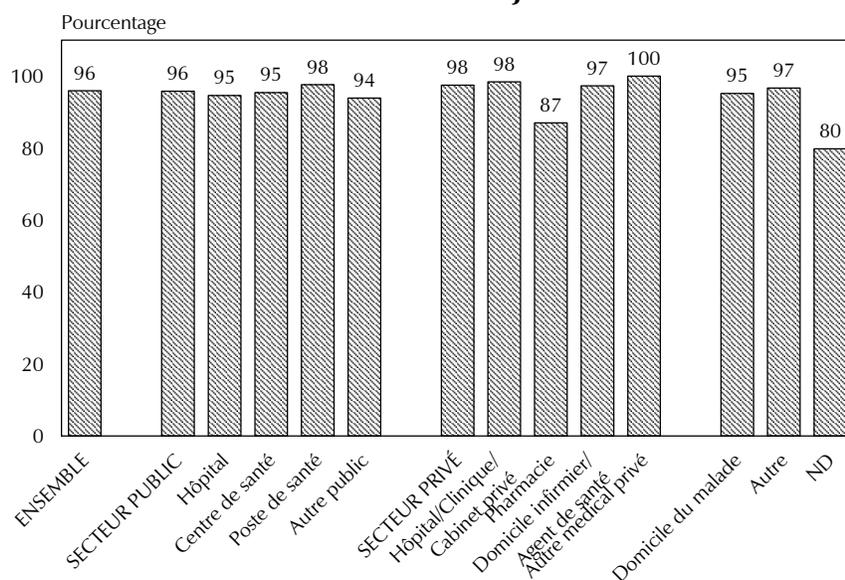
Le graphique 14.3 présente les résultats concernant les proportions de femmes de 15-49 ans qui ont reçu une injection médicale effectuée par du personnel de santé au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête selon la source de la dernière injection. C'est au secteur médical public qu'une proportion élevée de femmes (74 %) se sont adressés pour recevoir la dernière injection : plus précisément dans les centres de santé (52 %). Les injections reçues au domicile du malade représente une proportion assez élevée (14 %). En outre, dans 8 % des cas, les femmes se sont adressées au secteur médical privé pour y recevoir leur dernière injection.

Graphique 14.3 Lieu de la dernière injection effectué par du personnel médical



On constate au graphique 14.4 que, quel que soit le type de prestataire et de secteur médical, la quasi-totalité des femmes (87 % ou plus) ont déclaré que les injections qu'elles avaient reçues au cours des 12 derniers mois avaient été effectuées dans le respect de certaines normes d'asepsie, c'est-à-dire que l'aiguille et la seringue provenaient d'un emballage neuf et non ouvert.

Graphique 14.4 Injections sans risque (seringue et aiguille provenant d'un emballage neuf et non ouvert) selon le lieu de la dernière injection



EDSM-IV 2006

14.11 OPINION SUR L'ÉDUCATION DES ENFANTS DE 12-14 ANS SUR L'UTILISATION DU CONDOM COMME MOYEN DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Le tableau 14.18 présente le pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ans ayant entendu parler du sida et qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseigné aux jeunes de 12-14 ans comme moyen de prévention du VIH/sida. Il apparaît globalement que 59 % des femmes et 70 % des hommes sont favorables à cette mesure. Les résultats ne font pas apparaître de variations importantes selon l'âge. Quelle que soit la caractéristique sociodémographique prise en compte, on constate qu'en général plus de la moitié des femmes et des hommes serait favorable à cette mesure préventive avec des proportions très élevées parmi les femmes de niveau secondaires ou plus (82 %), parmi les femmes des ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (74 %), les femmes de Sikasso (74 %) et de Kidal (73 %). Parmi les hommes, 95 % sont favorables à cette mesure à Kidal, 86 % à Kayes, 85 % à Koulikoro, 79 % à Sikasso et 79 % parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus.

Tableau 14.18 Opinion sur l'éducation des enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom en tant que moyen de prévention du VIH/sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ayant entendu parler du sida qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Opinion des femmes		Opinion des hommes	
	Pourcentage qui sont d'accord	Effectif ¹	Pourcentage qui sont d'accord	Effectif ²
Groupe d'âges				
18-24	62,4	3 814	75,2	962
18-19	62,2	1 136	70,4	328
20-24	62,5	2 678	77,7	633
25-29	61,9	2 625	73,1	476
30-39	58,8	3 659	66,8	948
40-49	52,3	2 518	67,0	771
50-59	na	na	65,5	503
État matrimonial				
Célibataire	66,7	525	69,2	804
En union	58,9	11 642	70,3	2 203
En rupture d'union	60,1	448	77,7	150
Milieu de résidence				
Bamako	72,1	1 752	71,5	586
Autres Villes	68,1	2 414	64,6	623
Ensemble urbain	69,8	4 166	67,9	1 209
Rural	54,1	8 449	71,9	1 948
Région				
Kayes	53,2	1 653	85,5	385
Koulikoro	68,0	2 006	85,0	489
Sikasso	74,1	2 119	79,0	501
Ségou	61,2	2 086	74,1	498
Mopti	42,1	1 766	44,3	440
Tombouctou	26,8	626	39,8	130
Gao	31,7	564	30,5	116
Kidal	73,1	44	94,9	11
Bamako	72,1	1 752	71,5	586
Niveau d'instruction				
Aucun	55,5	10 230	65,7	1 950
Primaire	70,0	1 277	77,1	584
Secondaire ou plus	81,5	1 108	78,6	623
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	54,6	2 318	74,8	553
Second	55,4	2 454	74,6	550
Moyen	52,6	2 432	70,7	502
Quatrième	56,7	2 537	57,4	681
Le plus riche	74,2	2 874	74,8	870
Ensemble 18-49	59,3	12 616	70,4	3 156
Ensemble 18-59	na	na	69,7	3 659

na = Non applicable

¹ Basé sur 275 cas non pondérés pour la région de Kidal.

² Basé sur 64 cas non pondérés pour la région de Kidal.

Pr Flabou Boudougou, Dr Sékou Traoré et Dr Soumaïla Mariko

Après la découverte du premier cas de sida au Mali en 1985 et la première enquête de séroprévalence à Bamako en 1987, le Gouvernement a pris la résolution de faire face à la pandémie par la mise en place du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) avec l'aide des différents partenaires.

La lutte contre le sida occupe de ce fait une place de choix dans toutes les politiques et stratégies nationale de développement mises en place ces dernières années. Ainsi l'étude Prospectives Nationale Mali 2025, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté et le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ont retenu la lutte contre le VIH/Sida comme un des axes stratégiques prioritaires de lutte contre la pauvreté.

Plusieurs plans ont été exécutés dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, en particulier le Plan à Court Terme 1987-1988 (PCT). Ce plan a servi de base à l'élaboration du Premier Plan à Moyen Terme de première génération 1989-1993 (PMT1), puis du second Plan à Moyen Terme 1994-1998 (PMT2) et de son extension (1999-2000), ainsi que du Plan Stratégique National 2001-2005. Au cours de ces différentes phases, les stratégies et interventions développées ont porté notamment sur :

- Le renforcement de l'organisation du programme de lutte contre le sida ;
- La surveillance épidémiologique ;
- La prévention de la transmission par voie sexuelle, par le sang et la transmission périnatale ;
- La réduction de l'impact de l'infection par le VIH sur les individus, les groupes cibles et la société.
- L'intégration du contrôle des IST ;
- La mise en place de stratégies basées sur la multisectorialité avec des ministères « chefs de file » et les entreprises privées ;
- La participation des organisations à base communautaire à la lutte contre le sida.

Les résultats obtenus ont été en deçà des ambitions initiales, ce qui a motivé les autorités nationales à élaborer une profonde réforme institutionnelle dans la lutte contre le VIH/Sida et adopter une Déclaration de Politique Nationale de Lutte contre le VIH/Sida.

La réforme institutionnelle est fondée sur la stratégie nationale de lutte qui sera bâtie selon les trois principes directeurs édictés par l'ONUSIDA à savoir : un seul cadre stratégique national, une seule structure de coordination forte, et un seul mécanisme de suivi. De ce fait, la coordination stratégique de la lutte contre le sida est systématiquement ramenée à la Présidence de la République ; avec la création du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS), son Secrétaire Exécutif et ses structures décentralisées de concertation.

Quand à la déclaration de politique nationale de lutte contre le SIDA, elle s'articulait autour de trois points : i) soutenir les communautés pour réduire le risque et la vulnérabilité à l'infection ii) sauver des vies et soulager des souffrances humaines, iii) atténuer l'impact global de l'épidémie sur le développement.

Cette déclaration de politique nationale recommande aussi d'assurer la gratuité des soins et des médicaments (ARV) à tous les malades sans distinction aucune, faisant du Mali le 3^e pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal. (à la date du 7 avril 2004).

Le sida n'est pas une maladie comme les autres, il est devenu un fléau national et, à ce titre, il requiert un mandat de mission nationale hautement prioritaire et d'une grande portée stratégique pour notre pays.

« La vision stratégique est celle d'une nation engagée, volontaire et acceptant avec courage ses responsabilités devant ce fléau, ce qui implique que toutes les personnes acceptent le fait que le VIH/Sida affecte leur vie et leur travail. Elles prennent en compte le sida en évaluant correctement et en agissant efficacement sur les facteurs de risque, de vulnérabilité et de l'impact du VIH/Sida qui les concernent ainsi que leurs familles et leurs communautés ».

Diverses études portant sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le sida, tant quantitatives que qualitatives, ont été effectuées au Mali depuis 1987. En 1992, une seconde enquête de séroprévalence réalisée par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a donné un taux d'infection par le VIH de l'ordre de 3 % pour l'ensemble de la population sexuellement active, soit un taux de 3,4 % chez les femmes et 2,6 % chez les hommes (Maïga et al., 1993). La région la plus atteinte était celle de Sikasso (avec une prévalence d'environ 5 % chez les femmes enceintes et de 73 % parmi les prostituées). La prévalence la plus faible était observée à Gao et Tombouctou (2 %).

Depuis 1992, de nombreuses autres études ont été menées sur les IST et le VIH au Mali, mais elles ont porté sur des populations cibles à faible, moyen ou haut risque d'infection, et non pas sur l'ensemble de la population. C'est ainsi qu'en 1994, une étude financée par la Banque mondiale a donné une prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 4,4 % à Bamako, 4,5 % à Sikasso et 2,1 % à Mopti et une prévalence chez les prostituées de 55 % à Bamako, 72 % à Sikasso et 21 % à Mopti.

En 1997, on considérait que la prévalence était de 2,5 % chez les femmes enceintes de Bamako et, la même année, elle était estimée à 32 % chez des prostituées encadrées par une ONG de Bamako. En 1999, une étude financée par le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) et réalisée par le PNLS et l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) a montré que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 3,5 % à Sikasso, 3,2 % à Mopti et 0,6 % à Koulikoro. Chez les prostituées elle était de 33,3 % à Mopti et de 16,6 % à Koulikoro.

En 2000, le PNLS, avec l'appui du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'INRSP a réalisé une étude en vue de déterminer la prévalence des IST et de l'infection par le VIH et les comportements qui y sont associés au sein de cinq groupes à hauts et moyens risque dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Kayes et Gao et dans le district de Bamako. Cette étude, appelée Integrated STI and Behavioral Surveillance (ISBS), a révélé une séroprévalence, pour l'ensemble des sites, de 29,7 % chez les prostituées, 6,7 % chez les vendeuses ambulantes, 5,7 % chez les revendeurs de billets dans les gares routières (coxeurs), 4,1 % chez les camionneurs et 1,7 % chez les aides familiales (bonnes). Cette étude a aussi révélé que les vendeuses ambulantes et les coxeurs constituent des populations à cibler par des actions de prévention contre les IST et le VIH, tant leurs connaissances et expériences sont limitées et leurs comportements à risques. Ces deux catégories de populations ont présenté des taux d'infection par IST supérieurs de plus de 8 % à ceux des autres populations étudiées.

En 2001, le Mali a réalisé sa troisième enquête démographique et de santé (EDSM-III), dans le cadre du projet Demographic and Health Surveys (DHS). Cette enquête, représentative au niveau national, a intégré un test du VIH et a permis d'obtenir, pour la première, fois une estimation de la prévalence du VIH dans la population générale. Selon l'EDSM-III, la prévalence du VIH était estimée à

1,7 % dans la population des femmes et des hommes de 15-49 ans : 2,0 % chez les femmes et 1,3 % chez les hommes. L'EDSM-III a permis de disposer d'une estimation de la prévalence par âge, sexe et région, mais elle ne permettait pas de mener une analyse selon les données comportementales.

Au cours de l'EDSM-IV on a également estimé le taux de séroprévalence à partir d'un échantillon national représentatif des hommes et des femmes mais, pour la première fois, les données de prévalence ont été couplées aux caractéristiques des individus et données comportementales collectées au cours des interviews. De ce fait, il est possible d'identifier les groupes et les comportements à risques et de mieux comprendre quels sont les facteurs associés au VIH. Cette analyse fait l'objet de ce chapitre.

15.1 PROTOCOLE DE TEST DU VIH

Le protocole du test du VIH suivi par l'EDSM-IV est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS et approuvé par le comité d'éthique de Macro International. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu n'est lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique pour les Sciences de la Santé du Mali, organe consultatif, a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDSM-IV. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas et il ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de l'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, les personnes éligibles recevaient un coupon pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test volontaire gratuit auprès des centres de dépistage volontaire.

Le test de dépistage du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, représentatif de l'ensemble du pays. Dans un ménage sur trois, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Au total, 5 157 femmes et 4 643 hommes ont été sélectionnés pour le test.

15.1.1 Collecte

Pour procéder aux prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait deux enquêteurs/techniciens spécialement chargés des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ces personnes avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects du protocole de test du VIH. Tout d'abord, le technicien devait obtenir le consentement éclairé de chaque personne éligible, après avoir expliqué les procédures de prélèvement et le caractère confidentiel et anonyme du test. Comme le résultat du test ne pouvait pas être communiqué aux personnes acceptant d'effectuer le test, chaque personne éligible recevait un coupon lui permettant d'obtenir des conseils et un test gratuit auprès d'un centre de dépistage volontaire. Après avoir remis le coupon, le technicien prélevait sur un papier filtre (papier Whatman N°BFC 180 ou N°903 schleicher and schuell) quelques gouttes de sang de chaque femme et chaque homme qui acceptait d'être testé ; les prélèvements étaient effectués en prenant de strictes précautions d'hygiène pour éviter la contamination des personnes effectuant le prélèvement et celles dont on prélevait le sang.

Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour le test d'anémie. Une étiquette portant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette portant le même code barre était collée sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Un troisième code barre, toujours de la même série, était collé sur la fiche de transmission. L'utilisation de ces codes a permis, à la fin du traitement des données, la fusion des résultats des analyses de sang et des caractéristiques sociodémographiques contenues dans les questionnaires. Néanmoins, avant de fusionner les fichiers, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et

numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à assurer le caractère anonyme des données. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum dans une boîte de séchage contenant des desséchants pour absorber l'humidité. On obtenait ainsi des taches de sang séché, ou « Dried Blood Spots » (DBS). Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des desséchants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les desséchants étaient remplacés chaque fois que la couleur de l'indicateur d'humidité devenait rose ou brune. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement régulier. Pour garantir aux prélèvements les meilleures conditions, que ce soit au plan de la conservation et du transport, un agent du laboratoire, ayant reçu une formation, a régulièrement accompagné les missions de supervision des équipes sur le terrain. Les problèmes relevés au cours de ces missions étaient transmis à la CPS dans le bulletin mensuel sur les activités laboratoires de l'EDSM-IV écrit par l'INRSP.

15.1.2 Procédures de laboratoire

La recherche des anticorps anti-VIH, faite sur des gouttes de sang séché (DBS) et la restitution des résultats ont été effectuées par l'Institut National de Recherche en Santé Publique. Toutes les étapes depuis la réception, le découpage suivi de l'extraction et de la réalisation des tests de diagnostics ont été effectuées d'après les normes d'utilisation des DBS préconisées par le CDC/ATLANTA et consignées dans un protocole et les conditions d'utilisation des tests telles que consignées par le fabricant dans la notice

Procédure des tests

Les copies des fiches de transmission et les échantillons de gouttes de sang séchées ont été acheminés au laboratoire de l'INRSP dans de grands sachets Zip lock contenant les petits sachets dont chacun contenait un papier-filtre correspondant à l'échantillon de sang d'un participant. Après vérification de la conformité entre les nombres d'échantillons contenus dans les grands Zip lock et ceux mentionnés sur la fiche de transmission et après vérification de la qualité des échantillons et du degré d'humidité, la saisie des numéros d'échantillons était effectuée grâce au lecteur de code barre mis à la disposition du laboratoire par Macro International grâce au logiciel CSPro (*Census and Survey Processing System*).

Le programme de saisie a été conçu pour tenir compte de l'algorithme de dépistage utilisé dans l'EDSM-IV et il était lié au programme de lecture des plaques ELISA, si bien qu'après chaque série d'ELISA, les résultats étaient automatiquement enregistrés par le programme. Au fur et à mesure de l'entrée des codes barres et des résultats de tests ELISA, un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les trousseuses utilisées) a été effectué.

En ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, après l'enregistrement de chaque échantillon reçu, nous avons procédé à l'extraction conformément à la procédure d'extraction se trouvant en annexe, après avoir vérifié les discordances éventuelles entre les échantillons reçus au laboratoire et ceux consignés dans la fiche de transmission. Les échantillons inadéquats (mauvaise imprégnation, cercle insuffisamment rempli pour effectuer l'algorithme retenu, moins de deux cercles remplis) sont éliminés d'office. On notera que 37 des 9 049 DBS prélevés et acheminés à l'INRSP n'ont pas été retenus au niveau du laboratoire pour des raisons diverses (un seul cercle souvent même insuffisamment rempli, mauvaise imprégnation, etc.), soit un taux de rejet de 0,4 %.

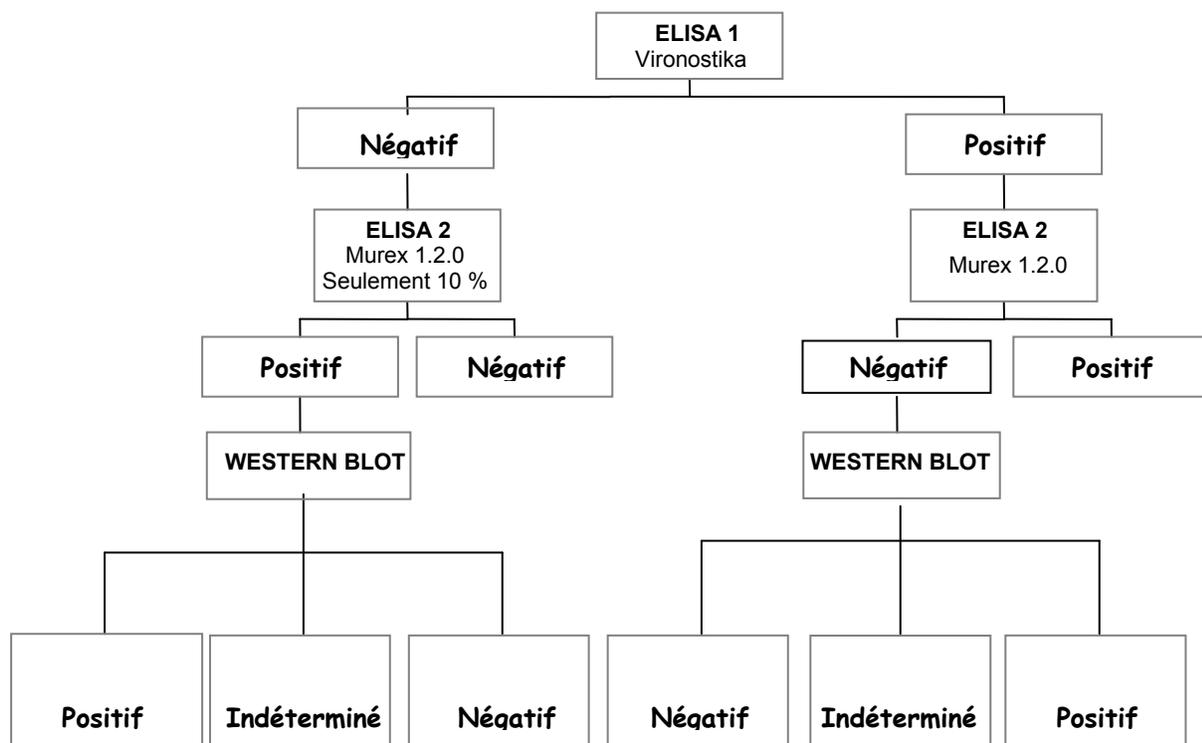
S'agissant de la phase d'extraction, deux à trois rondelles de 6 mm de diamètre étaient découpées par DBS et déposés dans des tubes à hémolyse stériles et non réutilisables. Un volume de 200 µl de

tampon PBS par rondelle a été introduit dans le tube à hémolyse. Après une agitation d'une heure de temps suivie de la centrifugation à 3 000 trs/mn pendant 5 minutes, les surnageants des extraits étaient aussitôt testés conformément à l'algorithme. Les échantillons ainsi passés au Vironostika en premier sont conservés au maximum pendant 24 heures entre 2-8°C pour confirmer les positifs et les 10 % des négatifs. Les confirmés positifs au Murex de même que les cas de discordance observés sur les 10 % des négatifs étaient ensuite congelés à -20°C pour être testés au Western Blot.

Algorithme de test

L'algorithme utilisé a consisté à tester tous les échantillons avec le VIRONOSTIKA Uniform II (ELISA 1) en première intention (graphique 15.1).

Graphique 15.1 Algorithme de dépistage du VIH



Tous les échantillons dépistés positifs, ainsi que 10 % des négatifs sélectionnés automatiquement par le logiciel ont été ensuite analysés au MUREX HIV 1.2.0 (ELISA 2).

Les échantillons testés positifs au VIRONOSTIKA Uniform II et au MUREX HIV 1.2.0 V ont été testés à l'ImmunoComb®Bispot HIV 1&2 (Organics) pour confirmer la positivité et en même temps faire le typage VIH-1 du VIH-2.

Tous les échantillons discordants entre VIRONOSTIKA Uniform II et le MUREX HIV 1.2.0 ont été passés au Western Blot pour prise de décision finale.

Le contrôle de qualité a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, étaient inclus des contrôles positifs et négatifs fournis avec la trousse de dépistage selon les recommandations du fabricant.
- Dix pour cent des échantillons négatifs testés par VIRONOSTIKA l'ont été au MUREX HIV 1.2.0 pour confirmation.
- En outre, tous les sera positifs et 80 négatifs sélectionnés par le logiciel lui-même ont été envoyés dans un laboratoire collaborateur de l'INRSP résidant au Mali : le Laboratoire ALGI pour contrôle de qualité externe.

15.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DU VIH

Cette section concerne les résultats du taux de couverture du test de VIH. La population éligible pour le test du VIH est la population des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans, enquêtés dans un ménage sur deux, 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 les ménages la nuit ayant précédé l'interview.

Les tableaux 15.1.1, 15.1.2 et 15.1.3 fournissent les taux de couverture du test de VIH selon le milieu et la région de résidence et le motif pour lequel le prélèvement de sang n'a pas été effectué. Globalement, on constate que le taux de couverture est élevé puisqu'un échantillon de sang a été prélevé et testé pour 89 % des 9 800 personnes éligibles. Néanmoins, dans 1 % des cas, ces personnes avaient été testées mais n'avaient pas été enquêtées. On dispose donc de données complètes (résultat du test et données de l'enquête) pour 88 % des personnes éligibles. Ce niveau global reste élevé quel que soit le milieu de résidence. En effet, le taux de couverture varie de 84 % dans la région de Gao à 98 % dans celle de Kidal. Il est légèrement plus élevé en milieu rural (90 %) qu'en milieu urbain (84 %). Dans la capitale Bamako, le taux de réponse est plus faible (78 %).

Par ailleurs, les taux de couverture sont légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (92 % contre 84 %) et cela, quel que soit le lieu de résidence. Les taux de couverture « les plus faibles » concernent les hommes de Gao (76 %) et de Bamako (72 %) et c'est à Kidal que les taux sont les plus élevés (100 % des femmes et 97 % des hommes).

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, on distingue quatre catégories en fonction des raisons pour lesquelles le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué. Il s'agit de celles :

- qui ont refusé le test après lecture du consentement par l'enquêteur. Les cas de refus concernent 6 % des personnes éligibles (4 % des femmes contre 8 % des hommes et 5 % en milieu rural contre 8 % en milieu urbain) ;
- qui ont répondu à l'enquête, mais n'étaient pas présentes lors du passage du technicien pour effectuer le prélèvement de sang (0,3 %) ;
- qui n'étaient pas à la maison (après au minimum trois passages) ni au moment de l'interview, ni au moment du test et donc n'ont été ni enquêtées, ni testées (1,4 %) ; et ceux
- dont le résultat du test est classé « Autre ou manquant » et qui sont considérées comme « non testés » pour des raisons diverses : parce qu'elles étaient incapables de donner leur consentement au test, ou parce qu'il y a eu des difficultés techniques pour prélever le sang, ou encore parce que l'échantillon de sang n'était pas utilisable pour le test (4 % en milieu urbain et 3 % en milieu rural).

Tableau 15.1.1 Couverture du test du VIH des femmes selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont effectué ou non le test, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré),EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Couverture du test								Total	Effectif non pondéré
	Échantillon de sang testé		Refus de participer au test		Absente au moment du prélèvement de sang		Autre/ND			
	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée		
Milieu de résidence										
Bamako	83,8	2,1	6,5	2,2	0,1	0,8	3,2	1,3	100,0	758
Autres Villes	93,4	0,8	3,2	0,7	0,2	0,3	1,0	0,4	100,0	1 121
Ensemble urbain	89,5	1,3	4,5	1,3	0,2	0,5	1,9	0,8	100,0	1 879
Rural	93,4	1,1	2,4	1,1	0,1	0,3	1,0	0,6	100,0	3 278
Région										
Kayes	95,3	0,5	1,9	1,0	0,0	0,2	0,9	0,2	100,0	578
Koulikoro	93,7	1,6	1,6	1,4	0,2	0,3	0,9	0,3	100,0	639
Sikasso	95,2	1,2	1,3	0,6	0,1	0,6	0,3	0,6	100,0	930
Ségou	90,0	0,8	6,0	1,0	0,2	0,3	0,8	0,8	100,0	613
Mopti	94,0	1,6	1,8	0,5	0,0	0,1	1,0	1,1	100,0	827
Tombouctou	89,5	0,3	5,1	2,7	0,3	0,0	1,6	0,5	100,0	371
Gao	91,4	0,6	3,3	0,9	0,6	0,3	3,0	0,0	100,0	336
Kidal	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	105
Bamako	83,8	2,1	6,5	2,2	0,1	0,8	3,2	1,3	100,0	758
Ensemble	92,0	1,2	3,2	1,2	0,1	0,4	1,3	0,7	100,0	5 157

Tableau 15.1.2 Couverture du test du VIH des hommes selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué ou non le test, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Couverture du test								Total	Effectif non pondéré
	Échantillon de sang testé		Refus de participer au test		Absent au moment du prélèvement de sang		Autre/ND			
	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté		
Milieu de résidence										
Bamako	71,8	1,4	8,9	3,7	1,4	4,7	2,2	5,7	100,0	760
Autres Villes	83,4	1,9	5,6	2,9	0,3	2,9	1,0	1,9	100,0	996
Ensemble urbain	78,4	1,7	7,1	3,2	0,8	3,7	1,5	3,5	100,0	1 756
Rural	86,9	1,0	3,4	2,7	0,4	1,8	1,6	2,2	100,0	2 887
Région										
Kayes	90,2	1,3	2,8	2,2	0,0	0,4	1,3	1,7	100,0	461
Koulikoro	85,9	2,3	3,0	3,1	0,2	3,7	1,4	0,5	100,0	573
Sikasso	90,3	1,3	2,4	2,0	0,6	1,8	0,6	0,9	100,0	818
Ségou	84,0	0,9	9,1	2,2	0,0	0,9	0,9	2,0	100,0	549
Mopti	85,5	0,6	3,1	2,8	0,6	1,5	2,4	3,5	100,0	827
Tombouctou	79,5	0,7	7,3	5,2	0,7	2,4	1,4	2,8	100,0	288
Gao	75,8	2,1	2,5	4,6	0,7	6,4	2,8	5,0	100,0	281
Kidal	96,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	100,0	86
Bamako	71,8	1,4	8,9	3,7	1,4	4,7	2,2	5,7	100,0	760
Ensemble	83,7	1,3	4,8	2,9	0,6	2,5	1,6	2,7	100,0	4 643

Tableau 15.1.3 Couverture du test du VIH pour l'ensemble des femmes et des hommes enquêtés, selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué ou non le test, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Couverture du test								Total	Effectif non pondéré
	Échantillon de sang testé		Refus de participer au test		Absent au moment du prélèvement de sang		Autre/ND			
	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté		
Milieu de résidence										
Bamako	77,8	1,8	7,7	3,0	0,8	2,8	2,7	3,5	100,0	1 518
Autres Villes	88,7	1,3	4,3	1,7	0,2	1,5	1,0	1,1	100,0	2 117
Ensemble urbain	84,2	1,5	5,7	2,3	0,5	2,0	1,7	2,1	100,0	3 635
Rural	90,3	1,1	2,9	1,8	0,3	1,0	1,3	1,3	100,0	6 165
Région										
Kayes	93,1	0,9	2,3	1,5	0,0	0,3	1,1	0,9	100,0	1 039
Koulikoro	90,0	1,9	2,2	2,2	0,2	1,9	1,2	0,4	100,0	1 212
Sikasso	92,9	1,3	1,8	1,3	0,3	1,2	0,5	0,7	100,0	1 748
Ségou	87,2	0,9	7,5	1,5	0,1	0,6	0,9	1,4	100,0	1 162
Mopti	89,7	1,1	2,5	1,6	0,3	0,8	1,7	2,3	100,0	1 654
Tombouctou	85,1	0,5	6,1	3,8	0,5	1,1	1,5	1,5	100,0	659
Gao	84,3	1,3	2,9	2,6	0,6	3,1	2,9	2,3	100,0	617
Kidal	98,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	100,0	191
Bamako	77,8	1,8	7,7	3,0	0,8	2,8	2,7	3,5	100,0	1 518
Ensemble	88,1	1,2	3,9	2,0	0,3	1,4	1,4	1,6	100,0	9 800

Chez les femmes comme chez les hommes, les résultats montrent que c'est le refus (4 % des femmes et 8 % des hommes) qui est la raison la plus importante de non-participation au test du VIH. Les taux de refus sont plus élevés chez les femmes et les hommes du milieu urbain (6 % pour les femmes et 10 % pour les hommes) que chez ceux du milieu rural (4 % pour les femmes et 6 % pour les hommes). Les taux de refus les plus élevés concernent les femmes et les hommes de Bamako (respectivement 9 % et 13 %) ainsi que ceux de Tombouctou (respectivement 8 % et 13 %) et de Ségou (respectivement 7 % et 11 %).

Les tableaux 15.2.1 et 15.2.2 présentent les taux de couverture pour les femmes et les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Dans l'ensemble, les taux de couverture du test du VIH ne présentent pas de variation importante selon l'âge. On note également que le taux de couverture varie peu avec le niveau d'instruction des femmes et des hommes.

En ce qui concerne l'indice de bien-être, on constate que les taux de couverture ne varient qu'assez peu dans les quatre premiers quintiles ; par contre, il est plus faible parmi les ménages du quintile le plus riche : chez les femmes, les résultats du test et de l'enquête sont disponibles pour 87 % de celles des ménages les plus riches contre 93 % à 94 % pour les autres quintiles. Chez les hommes, la proportion passe de 85 % pour le premier quintile à 76 % dans le quintile le plus riche.

Tableau 15.2.1 Couverture du test du VIH des femmes selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont effectué ou non le test selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Couverture du test								Total	Effectif non pondéré
	Échantillon de sang testé		Refus de participer au test		Absente au moment du prélèvement de sang		Autre/ND			
	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée	Enquêtée	Non enquêtée		
Groupe d'âges										
15-19	90,4	1,6	3,0	1,7	0,3	0,5	1,7	0,7	100,0	1 152
20-24	92,7	1,8	3,2	0,6	0,0	0,2	0,9	0,5	100,0	957
25-29	91,2	0,8	3,8	1,4	0,1	0,5	1,5	0,7	100,0	866
30-34	91,8	1,3	3,7	1,0	0,3	0,6	1,3	0,1	100,0	705
35-39	95,2	0,5	2,1	0,7	0,0	0,2	0,5	0,9	100,0	578
40-44	93,3	0,8	2,1	1,3	0,2	0,0	1,3	1,0	100,0	479
45-49	90,7	0,5	4,1	1,4	0,0	0,5	1,7	1,2	100,0	419
Niveau d'instruction										
Aucun	92,1	1,3	3,0	1,1	0,2	0,4	1,2	0,7	100,0	3 988
Primaire	92,9	0,3	2,8	1,4	0,2	0,2	1,4	0,8	100,0	633
Secondaire ou plus	89,9	1,3	5,0	1,3	0,0	0,4	1,9	0,2	100,0	535
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	93,2	1,0	2,1	1,5	0,2	0,3	0,7	1,0	100,0	876
Second	93,6	0,7	2,4	1,6	0,0	0,1	1,2	0,4	100,0	953
Moyen	92,8	1,0	3,2	0,8	0,1	0,6	1,0	0,5	100,0	998
Quatrième	94,0	1,4	2,5	0,4	0,2	0,2	0,7	0,6	100,0	1 109
Le plus riche	87,4	1,6	5,2	1,7	0,2	0,6	2,6	0,8	100,0	1 221
Ensemble	92,0	1,2	3,2	1,2	0,1	0,4	1,3	0,7	100,0	5 157

En annexe A, figurent les taux de couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques et comportementales des femmes et des hommes (tableaux A.7 et A.8). Là encore, on ne constate que très peu de variations des taux, les proportions de femmes et d'hommes testés restant élevées quelles que soient les caractéristiques. Ces résultats permettent de conclure que le fait qu'on ne dispose pas du résultat du test pour certaines personnes éligibles n'introduit pas de biais dans les estimations de la prévalence du VIH.

Tableau 15.2.2 Couverture du test du VIH des hommes selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué ou non le test, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Couverture du test								Total	Effectif non pondéré
	Échantillon de sang testé		Refus de participer au test		Absent au moment du prélèvement de sang		Autre/ND			
	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté	Enquêté	Non enquêté		
Groupe d'âges										
15-19	82,4	1,9	3,9	3,5	1,1	2,7	1,1	3,5	100,0	1 006
20-24	82,4	1,1	5,1	3,6	0,5	2,9	1,5	3,0	100,0	663
25-29	83,1	1,3	6,3	2,7	0,9	2,1	1,3	2,3	100,0	527
30-34	86,3	0,6	4,2	2,1	0,2	3,3	1,5	1,7	100,0	518
25-39	83,8	0,6	6,2	2,1	0,4	2,1	1,2	3,7	100,0	517
40-44	81,1	2,4	5,7	2,9	0,2	2,9	2,4	2,4	100,0	456
45-49	86,4	0,7	2,7	2,5	0,7	2,2	2,5	2,2	100,0	403
50-54	85,3	1,2	3,6	3,3	0,0	2,4	1,8	2,4	100,0	333
55-59	86,8	1,4	5,9	2,7	0,0	0,5	1,8	0,9	100,0	220
Niveau d'instruction										
Aucun	83,6	1,4	4,3	3,3	0,2	2,7	1,6	2,8	100,0	2 812
Primaire	85,9	1,2	4,4	1,8	0,7	1,9	1,7	2,5	100,0	844
Secondaire ou plus	82,3	1,0	6,4	2,5	1,3	2,5	1,3	2,5	100,0	985
ND	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	85,2	1,6	4,2	3,2	0,1	1,7	1,7	2,3	100,0	771
Second	86,8	0,7	3,3	4,1	0,9	1,3	1,6	1,3	100,0	870
Moyen	87,2	1,3	2,6	1,0	0,2	2,8	1,9	3,0	100,0	835
Quatrième	86,3	1,4	4,0	2,3	0,2	2,0	1,0	2,7	100,0	967
Le plus riche	75,9	1,4	8,3	3,7	1,1	4,2	1,7	3,8	100,0	1 200
Ensemble	83,7	1,3	4,8	2,9	0,6	2,5	1,6	2,7	100,0	4 643

15.3 PRÉVALENCE DU VIH

15.3.1 Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge

Les résultats du tableau 15.3 indiquent que 1,3 % des personnes de 15-49 ans sont séropositives (au VIH-1, ou au VIH-1 et VIH-2). La proportion de femmes et d'hommes positifs au seul VIH-2 est faible (0,2 %). Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %). Par ailleurs, la prévalence de l'infection au VIH est plus élevée chez les hommes de 50-59 ans (1,7 %) et, par conséquent, la proportion d'hommes de 15-59 ans infectés (1,1 %) est plus élevée que celle des hommes de 15-49 ans (1,0 %).

Avec ces taux de prévalence du VIH, on peut estimer la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans) séropositive à environ 66 392 personnes (37 756 femmes de 15-49 ans et 28 636 hommes de 15-59 ans) en 2006¹.

¹ Ces estimations sont basées sur une population de 2 824 515 femmes de 15-49 ans, 2 686 096 hommes de 15-49 ans, 170 484 hommes de 50-54 ans et 131 320 hommes de 55-59 ans au 1^{er} juillet 2006. L'estimation de la population du Mali au 1^{er} juillet 2006 est basée sur les « Projections de population du Mali 2005-2050 », Institut

Le tableau 15.3 et le graphique 15.2 montre que, chez les femmes, la prévalence augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 1,3 % dès 20-24 ans, et elle atteint son maximum à 30-39 ans (2,2 %). Chez les hommes, la prévalence reste très faible jusqu'à 30 ans, pour augmenter ensuite rapidement et atteindre un maximum de 2,2 % à 30-34 ans. On note qu'entre 20 et 39 ans, la proportion de femmes séropositives est nettement supérieure à celle des hommes. À partir de 40 ans, les niveaux deviennent sensiblement les mêmes.

Tableau 15.3 Prévalence du VIH selon l'âge

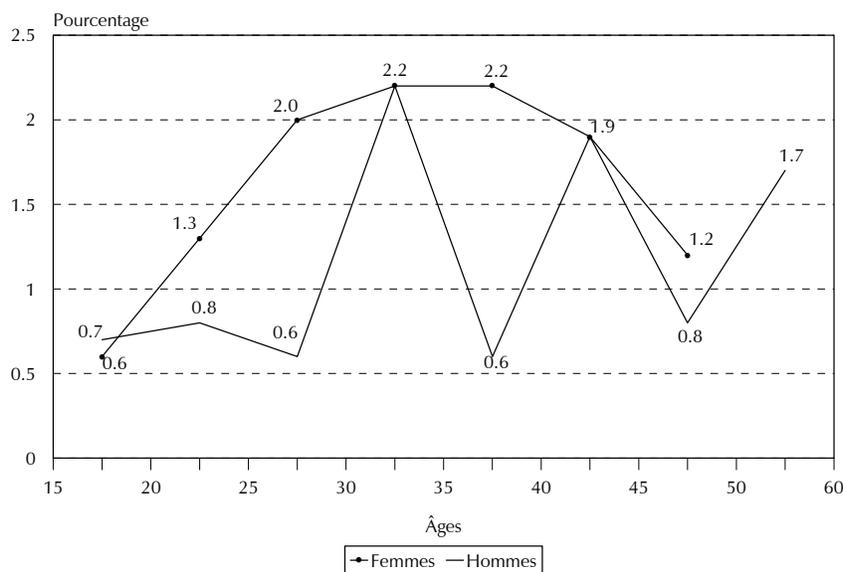
Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans séropositifs selon l'âge, EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Femmes				Hommes				Ensemble			
	Pourcentage positifs VIH-1 ¹	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ¹ ou VIH-2	Effectif	Pourcentage positifs VIH-1 ¹	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ¹ ou VIH-2	Effectif	Pourcentage positifs VIH-1 ¹	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ¹ ou VIH-2	Effectif
15-19	0,6	0,0	0,6	998	0,2	0,4	0,7	869	0,5	0,2	0,6	1 867
20-24	1,3	0,0	1,3	852	0,8	0,0	0,8	623	1,1	0,0	1,1	1 475
25-29	1,9	0,1	2,0	750	0,6	0,0	0,6	447	1,4	0,1	1,5	1 197
30-34	1,7	0,5	2,2	633	2,2	0,0	2,2	489	1,9	0,3	2,2	1 122
25-39	1,8	0,4	2,2	493	0,6	0,0	0,6	437	1,2	0,2	1,5	930
40-44	1,7	0,2	1,9	421	1,4	0,5	1,9	370	1,6	0,4	1,9	792
45-49	1,2	0,0	1,2	380	0,8	0,0	0,8	378	1,0	0,0	1,0	758
50-59	na	na	na	na	1,2	0,5	1,7	488	na	na	na	na
Ensemble 15-49	1,4	0,2	1,5	4 528	0,9	0,1	1,0	3 614	1,2	0,2	1,3	8 141
Ensemble 15-59	na	na	na	na	0,9	0,2	1,1	4 101	na	na	na	na

na = Non applicable

¹ Y compris ceux qui sont à la fois positifs VIH-1 et VIH-2.

Graphique 15.2 Prévalence du VIH par sexe et âge



EDSM-IV 2006

National de la Statistique (INS), Mali 2005, à partir des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H) de 2001.

15.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques

Le tableau 15.4 présente les taux de prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques. Du point de vue du niveau d'instruction, on note que la prévalence la plus faible concerne les femmes qui ont le niveau secondaire ou plus (0,7 %) et les hommes de niveau primaire (0,4 %). Par ailleurs, les hommes et les femmes qui travaillaient au moment de l'enquête ont une prévalence plus élevée que ceux qui ne travaillaient pas, en particulier les femmes (1,6 % contre 1 %).

Caractéristique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif
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	2 971	0,6	2 253	0,9	5 224
Région						
Kayes	1,2	570	0,0	433	0,7	1 002
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						
Aucun	1,4	3 514	0,7	2 080	1,1	5 595
Primaire	2,0	554	0,4	740	1,1	1 294
Secondaire ou plus	0,7	460	1,8	793	1,4	1 253
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	1,4	841	0,8	640	1,1	1 481
Second	0,9	863	0,7	653	0,8	1 516
Moyen	0,7	783	0,3	573	0,5	1 357
Quatrième	2,0	950	0,6	778	1,3	1 728
Le plus riche	1,8	1 090	1,6	969	1,7	2 059
Situation par rapport à l'emploi						
Ne travaille pas actuellement	1,0	1 800	0,7	977	0,9	2 776
Travaille actuellement	1,6	2 726	0,9	2 610	1,3	5 335
Ensemble ² 15-49 ans	1,4	4 528	0,9	3 614	1,2	8 141

¹ HIV positif correspond à ceux qui sont HIV-1 positifs (y compris ceux qui sont à la fois HIV-1 et HIV-2 positifs) et exclut ceux qui sont seulement HIV-2 positifs.
² Y compris 1 femme et 4 hommes dont l'ethnie est indéterminée, 3 femmes et 27 hommes dont la situation par rapport à l'emploi est indéterminée..

Aucune tendance nette ne se dégage selon le quintile de bien-être économique, si ce n'est que la prévalence est légèrement plus élevée parmi les femmes et les hommes des ménages les plus riches (quatrième et cinquième quintiles) (respectivement 2,0 % et 1,8 % chez les femmes, et 1,6 pour les hommes du cinquième quintile).

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la prévalence est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en rural : (1,8 % contre 1,2 % pour les femmes) ; chez les hommes, on note qu'elle est environ deux fois plus élevée en urbain par rapport au milieu rural (1,3 % contre 0,6 %).

En ce qui concerne les régions, on constate que c'est parmi les femmes de Ségou (1,7 %), de Mopti (1,9 %) et, surtout de Bamako (2,3 %) que le taux de séroprévalence est le plus élevé. À l'opposé, c'est dans celle de Koulikoro qu'il est le plus faible (1 %). Chez les hommes, c'est parmi ceux de Koulikoro (1,6 %), de Gao (1,4 %), et Bamako (1,5 %) que le niveau de séroprévalence est le plus élevé.

La prévalence du VIH présente de fortes variations selon l'état matrimonial (tableau 15.5). Les veuves (8,2 %), les célibataires ayant eu des rapports sexuels (2,6 %) ainsi que les femmes divorcées ou séparées (1,8 %) ont une prévalence beaucoup plus élevée que les autres. Chez les hommes, ce sont les divorcés ou séparés qui ont la prévalence la plus élevée (2,2 %). Contrairement aux femmes, les hommes en union ont une prévalence plus élevée que les célibataires (0,9 % contre 0,6 %). Les résultats selon le type d'union montrent que les femmes en union polygame ont une prévalence (1,0 %) plus faible que celles en union monogame (1,7 %).

Caractéristique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	0,4	525	0,6	1 283	0,6	1 809
A eu des rapports sexuels	2,6	75	0,4	352	0,8	427
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,0	450	0,7	932	0,5	1 381
En union	1,4	3 827	0,9	2 174	1,2	6 002
Divorcé/séparé	1,8	103	2,2	141	2,0	244
Veuf	8,2	73	(0,0)	14	6,8	87
Type d'union						
Polygame	1,0	1 587	0,6	541	0,9	2 128
Monogame	1,7	2 207	1,0	1 634	1,4	3 841
Pas actuellement en union	1,4	701	0,8	1 439	1,0	2 140
Nombre de séjours hors du ménage au cours des 12 derniers mois						
0 (jamais)	1,2	3 159	0,7	1 911	1,0	5 070
1-2	1,9	1 145	1,0	1 003	1,4	2 148
3-4	2,8	141	1,2	292	1,7	433
5+	0,9	71	1,2	383	1,2	454
Séjours hors du ménage						
Séjours hors du ménage pendant plus d'un mois	1,8	752	1,1	826	1,4	1 578
Séjours hors du ménage pendant moins d'un mois	2,1	595	1,1	818	1,5	1 414
Pas de séjours hors du ménage	1,2	3 162	0,7	1 911	1,0	5 074
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	1,2	554	na	na	na	na
Pas enceinte/pas sûre	1,4	3 973	na	na	na	na
Naissance au cours des 3 dernières années						
Visites prénatales mais pas dans un établissement de santé public	0,9	1 628	na	na	na	na
Pas de visites prénatales ou pas de naissance au cours des 3 dernières années	1,7	2 898	na	na	na	na
Ensemble ² 15-49	1,4	4 528	0,9	3 614	1,2	8 141

On constate que ceux qui se sont absentes fréquemment de leur ménage au cours des 12 derniers mois (3 fois ou plus) sont plus fréquemment infectés que les autres. En outre, les femmes qui se sont absentes hors du ménage pendant plus d'un mois ou pendant moins d'un mois se caractérisent par une prévalence plus élevée que les autres (respectivement 1,8 % et 2,1 % contre 1,2 pour celles qui n'ont pas effectué de séjour hors du ménage).

Le tableau 15.5 montre également que les femmes ayant déclaré être enceintes au moment de l'enquête ont une prévalence (1,2 %) plus faible que celles qui ne l'étaient pas (1,4 %).

15.3.3 Prévalence du VIH et facteurs de risques

Certains comportements sexuels constituent des facteurs de risques qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH. Le tableau 15.6 présente ainsi la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risques n'aient pas été déclarés. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui peut ne pas toujours refléter un comportement sexuel antérieur. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	1,5	2 182	0,5	338	1,3	2 520
16-17	1,7	883	1,2	456	1,5	1 339
18-19	1,5	410	1,2	491	1,3	901
20+	1,6	290	0,9	1 328	1,0	1 618
ND	2,0	272	0,0	60	1,6	332
Rapports sexuels à hauts risques² au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	3,1	262	1,2	629	1,8	890
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	1,5	3 467	0,9	1 842	1,3	5 309
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	1,0	308	0,0	203	0,6	510
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	1,0	303	0,0	191	0,6	494
1	1,6	3 639	1,1	1 908	1,4	5 547
2	(3,5)	86	0,7	454	1,2	540
3+	*	4	1,5	94	1,5	98
ND	*	5	0,0	27	0,0	32
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	1,5	3 775	0,8	2 044	1,2	5 819
1	2,9	215	0,9	465	1,5	680
2	*	45	1,6	111	2,4	156
3+	*	1	3,3	53	3,2	55
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	0,1	122	1,6	690	1,4	811
N'a jamais utilisé de condom	1,5	3 904	0,7	1 945	1,3	5 849
ND	26,6	11	0,0	39	5,8	49

Suite...

Tableau 15.6—*Suite*

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	0,0	65	1,7	257	1,3	321
N'a pas utilisé de condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	1,6	3 658	0,9	2 209	1,4	5 868
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	1,0	308	0,0	203	0,6	510
ND	0,0	6	0,0	5	0,0	10
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois²						
A utilisé un condom	(0,0)	39	1,8	241	1,5	280
N'a pas utilisé de condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	3,7	223	0,9	388	1,9	610
Pas de rapports sexuels à hauts risques/ pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	1,5	3 775	0,8	2 044	1,2	5 819
1	1,1	2 816	0,6	652	1,0	3 468
2	2,5	917	0,5	588	1,7	1 506
3-4	3,3	235	0,5	673	1,2	909
5-9	*	37	0,6	348	0,5	385
10+	*	23	4,8	221	5,0	244
ND	*	7	0,8	191	0,7	199
Rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois						
Oui	na	na	1,0	68	na	na
A utilisé un condom	na	na	0,0	35	na	na
N'a pas utilisé de condom	na	na	2,1	33	na	na
Non (pas de rapports sexuels payants/ pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois)	1,6	4 037	0,9	2 605	1,3	6 641
Ensemble 15-49 ans	1,6	4 037	0,9	2 673	1,3	6 710

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

na = Non applicable

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Chez les femmes comme chez les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, on n'observe pas d'association nette entre la prévalence du VIH et la précocité des premiers rapports sexuels. En effet, parmi les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge précoce (avant 16 ans), la prévalence est estimée à 1,5 %. Parmi celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus, le niveau est aussi de 1,6 %. Chez les hommes, la prévalence varie d'un minimum de 0,5 % parmi ceux qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans à un maximum de 1,2 % parmi ceux qui ont commencé leur vie sexuelle entre 16-19 ans.

On note également que, pour les deux sexes confondus, la séroprévalence est nettement plus élevée chez ceux ayant eu des rapports sexuels à hauts risques que parmi ceux ayant eu des rapports sexuels mais pas à hauts risques (1,8 % contre 1,3 %). Chez les femmes, on constate que la prévalence parmi celles qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois est environ deux fois plus élevée que parmi celles qui ont eu des rapports sexuels qui n'étaient pas à risques (3,1 % contre 1,5 %). De même, la prévalence pour l'ensemble des femmes et des hommes augmente avec le nombre de

partenaires à hauts risques, le niveau variant de 1,5 % parmi ceux qui n'ont eu qu'un partenaire à hauts risques au cours des 12 derniers mois à 3,2 quand le nombre de partenaires est d'au moins 3.

Les résultats concernant l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels chez les hommes montrent que la prévalence la plus élevée s'observe parmi ceux qui ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels au cours des douze derniers mois (1,7 %) et parmi ceux qui l'ont utilisé lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des douze derniers mois (1,8 %).

Quel que soit le sexe, le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels que les enquêtés ont eus au cours de leur vie : de 1,1 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel, la prévalence passe à 3,3 % chez les femmes qui en ont eu 3 à 4. Chez les hommes, la prévalence passe de 0,5 % pour ceux ayant eu deux partenaires sexuelles à 4,8 % parmi ceux qui ont eu dix partenaires ou plus.

On ne constate pratiquement pas d'écart de prévalence entre les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe et ceux qui n'en n'ont pas eu (1,0 % contre 0,9 %). Par contre, parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels payants et qui n'ont pas utilisé de condom, 2,1 % sont séropositifs.

15.3.4 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

Le tableau 15.7 présente la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Étant donné que peu d'enfants infectés au VIH survivent jusqu'à l'adolescence, l'infection chez les jeunes fournit une indication des infections récentes et peut fournir, indirectement, une estimation de l'incidence de nouveaux cas.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 0,7 %, soit 0,9 % chez les femmes et 0,5 % chez les hommes. Chez les femmes comme chez les hommes, la prévalence du VIH augmente rapidement avec l'âge mais se situe à un niveau beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 1,3 % des femmes et 0,8 % des hommes de 20-24 ans sont infectées, contre, respectivement 0,6 % et 0,2 % à 15-19 ans (graphique 15.3). Les résultats selon le milieu de résidence montrent que c'est à Bamako que la prévalence est la plus élevée (1,2 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes). De même, la prévalence varie selon les régions : 1,4 % des jeunes femmes de Koulikoro et 1,2 % de celles de Mopti sont séropositives. Chez les hommes, 0,8 % de ceux de Koulikoro, 0,3 % de ceux de Mopti et 1,4 % de ceux de Bamako sont séropositifs.

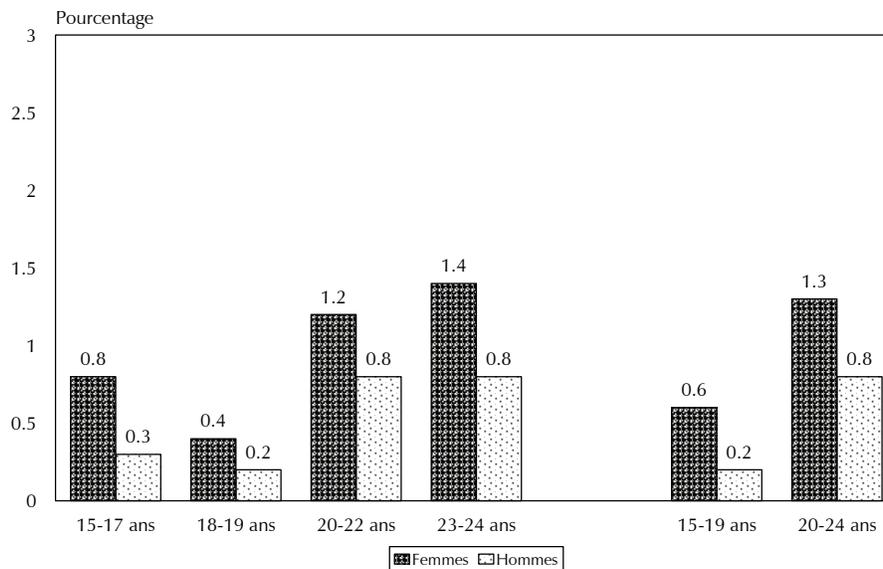
Tableau 15.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

Pourcentage de séropositifs parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont effectué le test du VIH , selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	0,6	998	0,2	869	0,5	1 867
15-17	0,8	636	0,3	547	0,5	1 183
18-19	0,4	362	0,2	321	0,3	684
20-24	1,3	852	0,8	624	1,1	1 476
20-22	1,2	582	0,8	442	1,1	1 024
23-24	1,4	270	0,8	182	1,2	452
Milieu de résidence						
Bamako	1,2	351	1,4	307	1,3	659
Autres Villes	0,3	393	0,5	291	0,4	684
Ensemble urbain	0,7	744	1,0	599	0,8	1 343
Rural	1,1	1 106	0,2	894	0,7	1 999
Région						
Kayes	1,0	225	0,0	170	0,6	394
Koulikoro	1,4	298	0,8	274	1,1	572
Sikasso	0,0	277	0,0	216	0,0	493
Ségou	1,0	286	0,0	233	0,6	519
Mopti	1,2	249	0,3	201	0,8	449
Tombouctou	0,8	83	0,0	40	0,5	123
Gao	0,0	75	0,0	50	0,0	125
Kidal	(0,0)	6	(0,0)	2	0,0	8
Bamako	1,2	351	1,4	307	1,3	659
État matrimonial						
Célibataire	0,4	492	0,4	1 136	0,4	1 629
A eu des rapports sexuels	3,8	52	0,6	256	1,1	308
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,0	440	0,4	880	0,3	1 320
En union	0,9	1 298	0,6	275	0,9	1 574
Union rompue	5,1	59	0,5	81	2,4	140
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	0,5	247	na	na	na	na
Pas enceinte/ pas sûre	1,0	1 603	na	na	na	na
Ensemble	0,9	1 850	0,5	1 492	0,7	3 342

¹ HIV positif correspond à ceux qui sont HIV-1 positifs (y compris ceux qui sont à la fois HIV-1 et HIV-2 positifs) et exclut ceux qui sont seulement HIV-2 positifs.
na= Non applicable
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Graphique 15.3 Prévalence du VIH par sexe et âge chez les jeunes de 15-24 ans



EDSM-IV 2006

Au tableau 15.8, on constate que la prévalence du VIH chez les femmes de 15-24 ans sexuellement actives est un peu moins élevée parmi celles dont le premier partenaire était plus âgé de dix ans ou plus que parmi les autres (1,2 % contre 1,5 %).

Chez les jeunes femmes de 15-24 ans sexuellement actives, on note, comme pour l'ensemble de la population, la même relation entre les rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois et le niveau de prévalence. En effet, d'une prévalence nulle chez celles n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence passe à 1,1 % parmi celles qui ont eu des rapports sexuels sans hauts risques et à 3 % quand les jeunes femmes ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Chez les jeunes hommes, on observe la même tendance selon le type de rapports sexuels, avec des écarts beaucoup plus faibles. Quand on examine la prévalence selon le nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois avant l'enquête, on constate que son niveau augmente en fonction du nombre de partenaires, en particulier chez les femmes, d'une prévalence nulle pour celles qui n'ont pas eu de partenaire et de 1,2 % pour celles qui n'ont eu qu'un seul partenaire à un maximum de 5,8 % parmi celles qui en ont eu deux. Chez les hommes, on note la même tendance, la prévalence variant de 2,7 % parmi ceux qui ont eu 2 partenaires à 6 % parmi ceux qui en ont eu 3. En outre, parmi ceux qui ont eu deux partenaires sexuelles à hauts risques au cours des 12 derniers mois, 3,3 % sont séropositifs contre 5,5 % quand le nombre de partenaires est égal ou supérieur à 3.

Le tableau 15.8 présente également, pour les jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH en fonction de l'utilisation ou non du condom au cours des premiers rapports sexuels. Comme attendu, on constate que les jeunes femmes de 15-24 ans qui ont utilisé un condom aux premiers rapports sexuels sont beaucoup moins infectées (0,0 %) que celles qui n'en ont pas utilisé (1,4 %). Par contre, on observe la tendance inverse chez les jeunes hommes puisque parmi ceux qui ont utilisé un condom, 1,6 % sont séropositifs contre 0,4 % parmi ceux qui n'en ont pas utilisé. Les résultats selon l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des douze mois avant l'enquête, font apparaître la même tendance chez les hommes, la prévalence variant de un pour cent parmi ceux qui ont utilisé un condom à 0,6 % parmi ceux qui n'en ont pas utilisé.

Tableau 15.8 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel parmi les jeunes de 15-24 ans

Pourcentage de séropositifs parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif	Pourcentage positifs ¹	Effectif
Écart d'âge avec le premier partenaire sexuel						
Plus âgé de 10 ans ou plus	1,2	557	na	na	na	na
Autre	1,5	702	na	na	na	na
ND	0,0	130	na	na	na	na
Rapports sexuels à hauts risques² au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	3,0	199	1,0	367	1,7	565
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	1,1	1 093	0,0	125	0,9	1 218
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	0,0	97	0,0	120	0,0	218
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	0,0	95	0,0	118	0,0	213
1	1,2	1 239	0,1	400	0,9	1 638
2	5,8	51	2,7	65	4,1	116
3+	*	2	(6,0)	24	(5,6)	26
ND	*	2	*	5	*	7
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	1,0	1 190	0,0	245	0,8	1 435
1	2,3	172	0,0	280	0,9	452
2	*	26	(3,3)	54	4,7	80
3+	*	1	(5,5)	32	(5,4)	33
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	0,0	83	0,6	230	0,5	313
N'a jamais utilisé de condom	1,3	1 304	0,6	372	1,2	1 676
ND	0,0	2	0,0	10	0,0	12
Utilisation du condom aux premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	0,0	73	1,6	92	0,9	166
N'a pas utilisé de condom	1,4	1 261	0,4	498	1,1	1 758
ND	0,0	35	0,0	21	0,0	56
Utilisation du condom aux derniers rapports sexuels des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	(0,0)	41	1,0	147	0,8	187
N'a pas utilisé de condom	1,4	1 247	0,6	344	1,2	1 591
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	0,0	97	0,0	120	0,0	218
ND	0,0	4	0,0	2	0,0	5
Ensemble 15-24 ans	1,2	1 389	0,6	612	1,0	2 001

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

² Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.

na = Non applicable

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

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

15.3.5 Prévalence du VIH et autres facteurs de risques

Les Infections Sexuellement transmissibles (IST) jouent un rôle dans la transmission sexuelle du VIH. Le tableau 15.9 présente la prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST. Chez les femmes, la prévalence est deux fois plus élevée parmi celles qui n'ont pas déclaré avoir eu une IST ou des symptômes (1,8 %) que chez celles qui ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST (0,9 %). Par contre, chez les hommes, on constate le résultat inverse, la prévalence étant plus élevée parmi ceux qui avaient déclaré avoir eu une IST ou des symptômes associés aux IST que parmi les autres (3,5 % contre 0,8 %).

Tableau 15.9 Prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui ont déjà effectué un test, pourcentage de séropositifs selon qu'ils ont déclaré avoir eu ou non une infection sexuellement transmissible (IST) ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois et selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH avant l'enquête, l'EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif	Pourcentage positif ¹	Effectif
IST au cours des 12 derniers mois						
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	0,9	752	3,5	170	1,4	923
A déclaré n'avoir eu ni d'IST, ni de symptômes d'IST	1,8	3 173	0,8	2 460	1,3	5 634
NSP/ND	0,1	111	0,0	43	0,1	154
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test	3,2	315	2,2	252	2,7	567
A reçu les résultats	3,0	276	1,8	219	2,5	495
N'a pas reçu les résultats	(4,9)	39	(4,4)	33	4,6	72
N'a jamais effectué de test	1,4	3 696	0,8	2 239	1,2	5 935
ND	0,0	25	0,8	183	0,7	208
Ensemble 15-49 ans	1,6	4 037	0,9	2 673	1,3	6 710

¹ HIV positif correspond à ceux qui sont HIV-1 positifs (y compris ceux qui sont à la fois HIV-1 et HIV-2 positifs) et exclut ceux qui sont seulement HIV-2 positifs.
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

On constate au tableau 15.10 que parmi les personnes séropositives, seulement 13 % connaissent leur statut sérologique : 81 % n'ont jamais effectué de test et 5 % ont effectué un test mais ne connaissent pas leur résultat. La situation semble plus critique pour les femmes que pour les hommes séropositifs. Bien que la proportion de personnes qui connaissent leur statut sérologique soit plus importantes parmi les séropositifs que les séronégatifs (13 % contre 6 %), il n'en reste pas moins qu'une très forte proportion de personnes infectées par le VIH ne savent pas qu'ils sont porteurs du virus et ne seront donc pas en mesure de prendre les moyens nécessaires pour éviter la transmission de l'infection.

Tableau 15.10 Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par statut sérologique selon qu'ils ont déjà, ou non, effectué un test du VIH avant l'enquête, EDSM-IV Mali 2006

Test du VIH antérieur à l'enquête	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Positif VIH	Négatif VIH	Positif VIH	Négatif VIH	Positif VIH	Négatif VIH
A déjà effectué un test et connaît les résultats du dernier test	13,0	6,2	(12,8)	6,4	12,9	6,3
A déjà effectué un test mais ne connaît pas les résultats	3,0	0,8	(7,3)	1,1	4,5	0,9
N'a jamais effectué de test	84,0	92,4	(75,5)	82,8	81,2	88,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif ¹	63	4 465	32	3 582	95	8 047

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

¹ Y compris les non déterminés.

15.3.6 Prévalence du VIH parmi les couples

Le tableau 15.11 présente la prévalence du VIH parmi les couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Au total, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 2 538 couples. On constate que, dans 99 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 0,4 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 1,1 % des cas, l'un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie, appelée « couples discordants », est constituée de couples dans lesquels c'est la femme qui est séropositive (0,8 %) et de couples dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (0,3 %).

Globalement le niveau de la prévalence du VIH parmi les couples, que les deux conjoints ou un seul soient séropositifs, présente les mêmes variations que la prévalence chez les femmes et les hommes. Que les deux conjoints ou un seul soient infectés, la proportion de couples infectées est plus élevée à Bamako que dans les autres milieux de résidence. En outre, dans 0,8 % des couples, la femme est infectée et à l'opposé dans 0,3% des couples c'est l'homme qui est infecté. Autrement dit, 1,1 % des couples ont un partenaire déjà infecté, et auprès de qui des mesures d'éducation et de prévention doivent être renforcées.

Tableau 15.11 Prévalence du VIH parmi les couples

Répartition (en %) des couples cohabitants dans le même ménage dont les deux conjoints ont effectué le test du VIH par statut sérologique et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Les deux conjoints VIH positifs	Homme positif, femme négative	Femme positive, homme négatif	Les deux conjoints VIH négatifs	Total	Effectif ²
Âge de la femme						
15-19	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	255
20-29	0,4	0,3	1,1	98,3	100,0	1 065
30-39	0,5	0,5	0,5	98,5	100,0	798
40-49	0,2	0,4	1,5	98,0	100,0	419
Âge de l'homme						
20-29	0,5	0,0	0,9	98,6	100,0	302
30-39	0,3	0,4	0,9	98,3	100,0	829
40-49	0,2	0,4	0,9	98,5	100,0	857
50-59	0,6	0,3	0,6	98,5	100,0	550
Écart d'âges entre conjoints						
Femme plus âgée	*	*	*	*	100,0	16
Même âge ou homme plus âgé de 0-4 ans	0,3	1,0	1,0	97,8	100,0	310
Homme plus âgé de 5-9 ans	0,4	0,2	1,0	98,4	100,0	811
Homme plus âgé de 10-14 ans	0,4	0,4	0,7	98,5	100,0	761
Homme plus âgé de 15 ans ou plus	0,2	0,2	0,6	99,1	100,0	639
Type d'union						
Monogame	0,6	0,5	0,7	98,2	100,0	1 468
Polygame	0,0	0,1	1,0	98,9	100,0	1 065
Milieu de résidence						
Bamako	0,9	1,2	1,9	96,1	100,0	247
Autres Villes	0,0	0,4	0,8	98,7	100,0	428
Ensemble urbain	0,3	0,7	1,2	97,8	100,0	675
Rural	0,4	0,2	0,7	98,7	100,0	1 863
Région						
Kayes	0,0	0,0	1,1	98,9	100,0	338
Koulikoro	0,6	0,7	1,1	97,5	100,0	455
Sikasso	0,0	0,0	1,0	99,0	100,0	521
Ségou	0,4	0,3	0,5	98,9	100,0	411
Mopti	0,7	0,1	0,2	99,0	100,0	353
Tombouctou	0,0	0,9	0,0	99,1	100,0	111
Gao	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	92
Kidal	0,0	0,0	1,8	98,2	100,0	10
Bamako	0,9	1,2	1,9	96,1	100,0	247
Niveau d'instruction de la femme						
Aucun	0,3	0,2	0,9	98,5	100,0	2 161
Primaire	0,0	0,6	0,0	99,4	100,0	265
Secondaire ou plus	1,8	2,3	0,7	95,2	100,0	111
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucun	0,3	0,2	0,7	98,8	100,0	1 866
Primaire	0,4	0,0	1,4	98,2	100,0	418
Secondaire ou plus	0,8	1,6	0,8	96,9	100,0	254
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	0,6	0,0	1,4	98,0	100,0	533
Second	0,5	0,5	0,4	98,7	100,0	530
Moyen	0,0	0,3	0,3	99,4	100,0	488
Quatrième	0,2	0,0	0,7	99,1	100,0	555
Le plus riche	0,5	1,0	1,5	96,9	100,0	432
Ensemble ¹	0,4	0,3	0,8	98,5	100,0	2 538

Note : Le tableau est basé sur les couples pour lesquels on dispose d'un résultat valable au test du VIH (positif ou négatif) pour les deux conjoints.

¹ Y compris 5 couples pour lesquels on ne dispose pas d'information sur le type d'union.

Basé sur 65 cas non pondérés pour la région de Kidal.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Soumaïla Mariko et Dr Adiaratou TOGOLA

L'enfance dans sa nature présente une certaine vulnérabilité naturelle, du fait qu'un enfant ne peut jamais avoir une croissance normale sans l'apport d'un adulte (parent, tuteur, société, etc.). Les besoins des enfants sont immédiats et s'inscrivent également dans la durée, il faut les loger, les nourrir, les éduquer, les entretenir, les encadrer et leur prodiguer des soins. De ce point de vue, les enfants constituent une couche vulnérable dans une société du fait de leur besoin essentiel à risque. Cette supposée vulnérabilité devient une vulnérabilité réelle lorsque l'enfant est affectés par certains facteurs tel que: décès des parents, sévère maladie chronique des parents ou de l'enfant, handicap physique ou mental de l'enfant, extrême pauvreté des parents/tuteurs, abandon des enfants. Les conséquences les plus directes pour ces enfants sont le manque d'accès aux services de base (éducation, santé, services sociaux), les problèmes émotionnels, les abus et maltraitance physique et psychologique, etc.

La convention internationale relative aux Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989, en son article 3, alinéa 2, stipule que : « tous les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées ». Ce qui illustre d'une manière générale le droit de l'enfant à être, enregistré à l'état-civil, nourri, soigné et éduqué.

Pour évaluer la situation de l'enfant au Mali, certaines questions ont été posées au cours de l'enquête ; ces questions concernaient la déclaration à l'état civil des naissances survenues au cours des cinq dernières années, l'état de survie des parents et la résidence des enfants avec les parents et le niveau de fréquentation scolaire des orphelins par rapport aux non orphelins. En outre, des données sur le travail des enfants de 5-14 ans au cours de la semaine ayant précédé l'enquête ont été collectées. Ce chapitre présente les résultats.

16.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES À L'ÉTAT CIVIL

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre d'une famille et d'une nation, lui confère une nationalité ainsi que le droit d'être protégé par l'état quand la protection des parents fait défaut. Il lui permet de bénéficier des avantages sociaux de ses parents, comme l'assurance maladie, et de faire valoir ses droits à l'héritage. L'enregistrement des enfants à l'état civil constitue également une source fiable de statistiques sociodémographiques et économique. Au cours de l'enquête, on a demandé si la naissance des enfants les plus jeunes (moins de cinq ans) avait été déclarée à l'état civil.

Il ressort du tableau 16.1 que seulement près de la moitié des enfants sont enregistrés à l'état civil (53 %). Autrement dit, beaucoup d'enfants restent encore non enregistrés à l'état civil. Les résultats ne dégagent aucune tendance en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant. Toutefois, on peut souligner que les garçons sont légèrement plus enregistrés que les filles (55 % contre 51 %).

Par contre, les enfants enregistrés à l'état civil sont proportionnellement plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural (75 % contre 45 %). Au niveau régional ce sont les enfants de la région de Mopti (38 %), suivie de celles de Tombouctou (39 %), Gao (46 %) et de Ségou (47 %) qui sont les moins enregistrés à l'état civil, contre plus de la moitié des enfants enregistrés dans les régions de Kayes (50 %), Koulikoro (52 %), Sikasso (61 %) et Kidal (80 %). La capitale Bamako se caractérise par un pourcentage d'enfants enregistrés (84 %) similaire à celui de la région de Kidal (80 %). On peut noter enfin que la proportion d'enfants enregistrés est d'autant plus élevée que le niveau de bien-être du ménage augmente, passant de 42 % pour le quintile le plus pauvre à 82 % pour le plus riche.

Le manque d'information et de sensibilisation des parents pourrait expliquer le non enregistrement d'un enfant à la naissance, surtout en milieu rural, où la plupart des parents n'ayant pas été scolarisés et vivant eux même en marge de toute information ne comprennent pas la nécessité et l'importance de l'enregistrement de leurs enfants à la naissance. Le problème est d'autant plus accentué que l'accessibilité aux services d'enregistrement fait défaut ou n'est pas gratuit. La plupart de ces enfants n'auront la chance d'être enregistrés officiellement que lorsqu'ils auront la chance d'aller à l'école ou le jour où ils auront besoin de se munir d'un document national pour une raison ou une autre.

16.2 TRAVAIL DES ENFANTS

Selon la Convention relative aux droits de l'Enfant, « l'enfant a le droit d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social » Toutes les dispositions doivent être prises pour que les enfants ne soient pas exposés à des risques, qu'ils ne soient pas exploités et qu'ils ne tombent pas dans un cycle de pauvreté et de privation. De plus, même si certaines activités sont considérées parfois comme faisant partie du processus d'éducation (par exemple, la participation aux tâches ménagères), il n'en reste pas moins que les enfants qui travaillent, y compris dans les activités domestiques, ont moins de chance d'être scolarisés et plus de chance d'abandonner l'école.

Au cours de l'EDSM-IV, des informations sur le travail des enfants ont été collectées dans le cadre de l'enquête ménage pour tous les enfants de 5 à 14 ans. Le tableau 16.2 présente le pourcentage d'enfants de 5-14 ans qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille, ont travaillé dans les champs ou dans les affaires de la famille, ou ont fait des travaux domestiques, en fonction du nombre d'heures travaillées. L'enquête révèle que 12 % des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué un travail pour quelqu'un d'autre qu'un membre du ménage, dont la grande majorité (10 %) ont travaillé pendant moins de 4 heures par jour et n'ont reçu aucun salaire pour leur travail. En outre, 69 % ont effectué un travail dans le cadre domestique : 21 % y ont consacré plus de 4 heures par jour et la majorité (48 %) y ont passé moins de 4 heures par jour. En moyenne, 38 % avaient travaillé dans les champs ou dans les affaires de la famille. Globalement, 76 % des enfants âgés de 5-14

Tableau 16.1 Enregistrement des enfants à l'état civil

Pourcentage d'enfants (de droit) de moins de cinq ans selon que leur naissance a été déclarée à l'état civil, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de naissances enregistrées à l'état civil	Effectif d'enfants
Groupe d'âges		
<2	53,6	5 758
2-4	53,0	8 079
Sexe		
Masculin	55,2	7 008
Féminin	51,3	6 828
Milieu de résidence		
Bamako	83,6	1 445
Autres Villes	69,8	2 440
Ensemble urbain	74,9	3 884
Rural	44,8	9 952
Région		
Kayes	50,3	1 926
Koulikoro	52,2	2 389
Sikasso	61,4	2 498
Ségou	47,3	2 362
Mopti	38,2	1 922
Tombouctou	39,0	643
Gao	45,8	606
Kidal	80,4	46
Bamako	83,6	1 445
Quintile du bien-être économique		
Le plus pauvre	41,9	2 806
Second	44,7	2 792
Moyen	44,9	2 897
Quatrième	55,2	2 755
Le plus riche	82,1	2 586
Ensemble	53,3	13 837

ans ont effectué un travail quelconque au cours de la semaine qui a précédé l'enquête, qu'il soit domestique ou dans les champs ou dans les affaires de la famille¹.

La proportion d'enfants qui ont fait un travail quelconque ne varie pas beaucoup avec l'âge. Il faut souligner que 67 % des enfants de 5-9 ans avaient travaillé aux champs ou dans les affaires de la famille la semaine ayant précédé l'enquête et, surtout, que 10 % de ces très jeunes enfants avaient travaillé pour quelqu'un d'autre.

Tableau 16.2 Travail des enfants

Pourcentage d'enfants de 5-14 ans qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille, dans les champs ou dans une affaire familiale, pourcentage qui ont fait des travaux domestiques, et pourcentage des enfants qui ont fait un travail domestique quelconque au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, en fonction du nombre d'heures travaillées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Enfants qui ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre du ménage				Ensemble	Enfants qui ont travaillé dans les champs/affaires de la famille	Enfants qui ont fait des travaux domestiques			Ensemble des enfants qui ont fait un travail quelconque au cours de la semaine ayant précédé l'enquête	Effectif
	Payé, <4 heures/jour	Payé, 4+ heures/jour	Non payé, <4 heures/jour	Non payé, 4+ heures/jour			<4 heures/jour	4+ heures/jour	Ensemble		
Groupe d'âges											
5-9	0,7	0,1	8,8	0,2	9,9	29,1	48,2	12,2	60,3	67,2	12 332
10-14	1,8	0,6	11,5	0,6	14,5	48,5	48,1	31,2	79,3	87,3	10 134
Sexe											
Masculin	1,3	0,3	10,0	0,3	12,0	43,3	43,3	18,6	61,9	73,5	11 255
Féminin	1,1	0,3	10,0	0,4	11,9	32,4	53,0	22,9	76,0	79,0	11 210
Milieu de résidence											
Bamako	1,6	0,5	8,8	0,2	11,1	8,6	48,0	9,2	57,1	61,5	2 123
Autres Villes	0,9	0,3	12,5	0,3	14,1	23,5	50,0	14,0	64,1	68,2	4 020
Ensemble urbain	1,1	0,4	11,2	0,3	13,0	18,4	49,3	12,3	61,7	65,9	6 143
Rural	1,2	0,3	9,6	0,4	11,5	45,2	47,7	23,9	71,6	80,1	16 323
Région											
Kayes	2,5	0,0	24,8	1,3	28,7	52,4	53,8	20,1	73,9	84,6	3 063
Koulikoro	0,7	0,1	7,2	0,3	8,3	45,3	44,1	25,0	69,1	80,1	3 800
Sikasso	1,1	0,6	7,6	0,3	9,5	43,1	42,1	27,2	69,3	79,4	3 967
Ségou	0,8	0,4	5,8	0,3	7,4	43,0	51,1	25,9	77,0	82,7	3 824
Mopti	1,0	0,1	12,9	0,1	14,2	28,6	45,7	14,1	59,8	63,7	3 479
Tombouctou	0,9	0,2	3,9	0,1	5,1	38,8	62,6	15,9	78,4	81,8	1 112
Gao	1,8	0,6	1,8	0,0	4,1	18,6	53,2	13,6	66,8	68,7	1 020
Kidal	0,1	1,7	0,0	0,0	1,8	32,3	38,9	21,0	60,0	60,2	76
Bamako	1,6	0,5	8,8	0,2	11,1	8,6	48,0	9,2	57,1	61,5	2 123
Orphelin (mère et/ou père décédé)											
Oui	1,6	0,4	10,9	0,1	12,9	36,3	49,0	21,2	70,2	77,2	1 680
Non	1,2	0,3	10,0	0,4	11,9	38,0	48,1	20,7	68,8	76,2	20 785
Quintile du bien-être économique											
Le plus pauvre	1,1	0,3	10,2	0,3	11,9	47,3	46,7	26,4	73,1	80,6	4 847
Second	1,5	0,3	9,8	0,4	12,0	47,7	47,1	24,5	71,6	81,3	4 640
Moyen	1,4	0,4	8,1	0,5	10,2	41,5	48,8	20,6	69,4	78,4	4 633
Quatrième	1,0	0,4	13,2	0,5	15,1	33,9	52,2	17,5	69,7	75,3	4 407
Le plus riche	1,1	0,3	8,9	0,2	10,5	14,8	46,0	13,2	59,2	63,5	3 939
Ensemble	1,2	0,3	10,0	0,4	11,9	37,9	48,2	20,7	68,9	76,2	22 465

¹ Un même enfant pouvant travailler dans l'affaire de famille, pour quelqu'un d'autre et faire des travaux domestiques, la proportion d'ensemble d'enfants qui travaillent (76 %) est supérieure à la somme de ces trois types d'activités.

Globalement, 79 % des filles contre 74 % des garçons avaient effectué un travail quelconque au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. On constate que la proportion de filles qui ont effectué des travaux domestiques est supérieure à celles des garçons (76 % contre 62 %). Par contre, quand il s'agit de travaux dans les champs ou les affaires de la famille, c'est la proportion de garçons qui est supérieure à celles des filles (43 % contre 32 %).

Le milieu de résidence fait apparaître des disparités importantes. En effet, en milieu rural, 80 % des enfants avaient effectué un travail quelconque la semaine dernière contre 66 % en milieu urbain. À Bamako, cette proportion n'est que de 62 %. En particulier, en milieu rural, 45 % des enfants avaient travaillé dans les champs ou dans les affaires de la famille contre 18 % en milieu urbain ; et 12 % avaient effectué un travail pour quelqu'un d'autre qu'un membre du ménage, contre 13 % en milieu urbain.

Du point de vue de la région de résidence, on constate aussi de très fortes disparités. La proportion d'enfants qui avaient travaillé varie d'un minimum de 60 % à Kidal à un maximum de 85 % à Kayes. En considérant les enfants qui travaillent pour quelqu'un d'autre en dehors de la famille, le minimum et le maximum sont observés dans les mêmes régions que précédemment : minimum de 2 % à Kidal à un maximum de 29 % à Kayes.

Enfin, en fonction des quintiles de bien-être, on note que les proportions d'enfants ayant travaillé pour quelqu'un d'autre en dehors de la famille varient peu selon le quintile de bien-être économique ; c'est cependant dans le quatrième quintile que l'on constate la proportion la plus élevée d'enfants qui ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre du ménage (15 %). Enfin, on note que la proportion d'enfants qui ont effectué un travail quelconque au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, passe de 81 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à 64 % dans les ménages du quintile le plus riche.

16.3 SITUATION DES ORPHELINS ET ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE

Orphelins et enfants en situation difficile

Le tableau 16.3 présente la proportion d'orphelins et d'enfants en situation difficile (OESD). Dans ce chapitre, la définition concernant les enfants en situation difficile est proche de celle des Orphelins et des Enfants Vulnérables de l'Unicef. Ces deux catégories d'enfants ne sont néanmoins pas comparables. Sont considérés comme étant en situation difficile les enfants de moins de 15 ans et² :

1. orphelins de père et/ou de mère (5 %), ou
2. dont le père et/ou la mère a été très malade au cours des 12 derniers mois (17 %), ou
3. qui vivent dans un ménage où au moins un adulte de 15-59 ans a été très malade au cours des 12 derniers mois (23 %).

Globalement, 23 % des enfants sont considérés comme en situation difficile car appartenant aux catégories 2 et/ou 3. Si l'on prend aussi en compte les orphelins, 27 % des enfants de moins de 15 ans sont considérés comme OESD.

² Les enfants privés de la protection familiale, c'est-à-dire vivant dans une institution ou dans la rue, sont également considérés comme étant en situation difficile. Ces enfants ne sont pas pris en compte ici car, par définition, ils ne peuvent pas être identifiés dans le cadre d'une enquête auprès des ménages.

Tableau 16.3 Orphelins et enfants en situation difficile (OESD)

Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans orphelins ou en situation difficile à la suite d'une maladie survenue parmi les membres adultes du ménage (OESD), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'enfants en situation difficile :			Pourcentage d'enfants orphelins et/ou en situation difficile (OESD)	Effectif d'enfants
	Pourcentage ayant un ou les deux parents décédés (orphelins)	Avec un parent ¹ très malade au cours des 12 derniers mois	Vivant dans un ménage avec au moins un adulte ² très malade au cours des 12 derniers mois (enfant en situation difficile)		
Groupe d'âges					
0-4	2,2	17,5	22,6	24,2	13 837
..<2	1,4	17,9	22,8	23,8	5 758
..2-4	2,7	17,2	22,5	24,5	8 079
5-9	5,5	16,4	22,4	26,6	12 266
10-14	9,8	15,5	23,0	30,5	10 051
Sexe					
Masculin	5,3	16,9	22,8	26,8	18 211
Féminin	5,6	16,3	22,5	26,8	17 943
Milieu de résidence					
Bamako	6,6	13,7	23,3	28,4	3 547
Autres Villes	7,1	11,4	17,6	22,6	6 403
Ensemble urbain	6,9	12,3	19,6	24,6	9 950
Rural	4,9	18,2	23,8	27,6	26 203
Région					
Kayes	3,5	19,3	25,7	27,9	4 971
Koulikoro	5,0	18,2	23,5	27,5	6 154
Sikasso	3,9	20,4	26,2	29,4	6 455
Ségou	5,1	19,4	27,2	30,7	6 163
Mopti	7,1	10,1	14,5	20,0	5 368
Tombouctou	10,4	11,6	15,5	23,9	1 750
Gao	7,4	10,3	13,3	19,6	1 624
Kidal	3,7	2,5	3,3	6,6	122
Bamako	6,6	13,7	23,3	28,4	3 547
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	5,0	17,4	22,4	26,6	7 635
Second	4,5	18,6	24,5	27,7	7 416
Moyen	5,2	17,5	23,2	27,3	7 500
Quatrième	7,3	15,8	22,0	27,4	7 143
Le plus riche	5,3	13,0	20,9	24,9	6 459
Ensemble <15 ans	5,4	16,6	22,6	26,8	36 153

Note : Ce tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels du ménage. Très malade signifie que la personne était trop malade pour travailler ou pour assurer des activités normales.

¹ Que ce parent vive ou non dans le même ménage que l'enfant.

² Âgé de 15-59 ans.

La proportion d'OESD augmente régulièrement avec l'âge, passant de 24 % à moins de 2 ans à 27 % à 5-9 ans et à 31 % à 10-14 ans. On ne constate pas d'écart selon le sexe ; entre les milieux urbain et rural, l'écart est peu important. Par contre, les OESD sont proportionnellement plus nombreux à Bamako (28 %) que dans les Autres Villes (23 %). Par ailleurs, c'est dans la région de Ségou que le pourcentage d'OESD est le plus important (31 %), alors qu'il n'est que de 7 % à Kidal et 20 % à Gao et à Mopti. Ceci pourrait refléter l'impact des interventions de certaines institutions travaillant dans ces zones et/ou la prise en charge des enfants par les membres de la famille ou de la communauté.

Orphelins et résidence avec les parents

La famille constituant le soutien principal des enfants, toute stratégie visant à protéger les enfants doit donc, en priorité, renforcer les capacités des familles à les prendre en charge. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont orphelins et de savoir si les enfants dont l'un ou les deux parents sont en vie, vivent ou non avec leurs parents ou le parent survivant. Le tableau 16.4 présente ces deux types d'information pour les enfants de moins de 15 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 16.4 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population d'enfants (de droit) de moins de 15 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Vivant avec ses deux parents	Vivant avec la mère seulement		Vivant avec le père seulement		Ne vit avec aucun des deux parents					Total	Pourcentage ne vivant pas avec un parent biologique	Pourcentage ayant un seul parent ou les deux décédés	Effectif d'enfants	
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés	ND					
Groupe d'âges															
0-4	83,3	10,0	1,4	1,1	0,3	3,3	0,2	0,2	0,0	0,2	100,0	3,8	2,2	13 837	
<2	85,0	12,5	1,1	0,2	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	100,0	0,8	1,4	5 758	
2-4	82,0	8,1	1,6	1,7	0,4	5,3	0,3	0,3	0,1	0,2	100,0	6,0	2,7	8 079	
5-9	77,5	5,4	2,5	2,6	0,9	8,4	0,9	0,8	0,5	0,6	100,0	10,5	5,5	12 266	
10-14	70,3	4,7	4,0	3,3	1,7	10,8	1,3	2,0	0,9	1,2	100,0	14,9	9,8	10 051	
Sexe															
Masculin	78,7	6,8	2,4	2,5	0,9	6,3	0,6	0,9	0,4	0,5	100,0	8,2	5,3	18 211	
Féminin	76,7	7,0	2,6	1,9	0,9	8,0	0,8	0,9	0,4	0,8	100,0	10,1	5,6	17 943	
Milieu de résidence															
Bamako	69,4	10,5	2,9	2,2	0,6	9,6	1,3	1,2	0,5	1,8	100,0	12,5	6,6	3 547	
Autres Villes	69,7	9,8	2,9	2,6	0,8	10,4	1,4	1,5	0,5	0,4	100,0	13,9	7,1	6 403	
Ensemble urbain	69,6	10,0	2,9	2,5	0,7	10,1	1,4	1,4	0,5	0,9	100,0	13,4	6,9	9 950	
Rural	80,8	5,8	2,3	2,1	1,0	6,0	0,5	0,7	0,4	0,5	100,0	7,6	4,9	26 203	
Région															
Kayes	78,0	11,4	2,0	2,2	0,5	4,7	0,4	0,4	0,2	0,3	100,0	5,7	3,5	4 971	
Koulikoro	82,3	5,4	3,0	2,4	0,9	4,5	0,2	0,8	0,2	0,4	100,0	5,7	5,0	6 154	
Sikasso	85,8	3,3	1,7	1,8	1,0	4,7	0,3	0,6	0,3	0,5	100,0	6,0	3,9	6 455	
Ségou	77,5	5,8	2,1	1,9	1,0	9,2	0,8	0,7	0,5	0,6	100,0	11,2	5,1	6 163	
Mopti	71,6	7,6	2,5	2,2	1,0	10,8	1,6	1,5	0,5	0,7	100,0	14,5	7,1	5 368	
Tombouctou	73,3	6,2	5,1	3,5	1,9	6,4	1,0	1,5	0,8	0,2	100,0	9,8	10,4	1 750	
Gao	70,8	8,6	3,4	3,0	1,0	9,8	0,8	1,3	1,0	0,5	100,0	12,8	7,4	1 624	
Kidal	80,9	10,0	2,9	0,1	0,0	3,8	0,7	0,0	0,0	1,6	100,0	4,6	3,7	122	
Bamako	69,4	10,5	2,9	2,2	0,6	9,6	1,3	1,2	0,5	1,8	100,0	12,5	6,6	3 547	
Quintile du bien-être économique															
Le plus pauvre	82,4	4,1	2,3	2,2	0,9	6,0	0,7	0,8	0,4	0,4	100,0	7,8	5,0	7 635	
Second	82,4	4,8	1,9	2,5	1,0	5,3	0,4	0,9	0,3	0,4	100,0	6,9	4,5	7 416	
Moyen	79,2	6,7	2,5	1,7	1,1	6,7	0,5	0,6	0,6	0,6	100,0	8,3	5,2	7 500	
Quatrième	73,5	8,4	3,5	2,1	1,0	8,1	1,1	1,2	0,4	0,6	100,0	10,9	7,3	7 143	
Le plus riche	69,7	11,5	2,3	2,5	0,4	10,0	1,1	1,0	0,5	1,1	100,0	12,6	5,3	6 459	
Ensemble <15	77,7	6,9	2,5	2,2	0,9	7,1	0,7	0,9	0,4	0,6	100,0	9,2	5,4	36 153	

Dans l'ensemble, on constate qu'au Mali, 78 % des enfants de moins de 15 ans vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum de 83 % à 0-4 ans à 78 % à 5-9 ans et à un minimum de 70 % à 10-14 ans. L'écart selon le sexe de l'enfant est minime ; 79 % des garçons de moins de 15 ans vivent avec les deux parents alors que la proportion est de 77 % chez les filles. De même, selon le milieu de résidence, la proportion d'enfants vivant avec les deux parents est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (81 % contre 70 %). Quelle que soit la région, la proportion d'enfants vivants avec les deux parents est très élevée, avec des maximums à Sikasso (86 %), Koulikoro (82 %) et Kidal (81 %), et des minimums à Gao (71 %) et Mopti (72 %). Par ailleurs, la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents décroît régulièrement quand le niveau de bien-être du ménage augmente, passant d'un maximum de 82 % pour les enfants des ménages du quintile le plus pauvre à 70 % pour ceux des ménages du quintile le plus riche.

En outre, parmi les enfants de moins de 15 ans, 10 % vivent seulement avec leur mère, que leur père soit en vie (7 %) ou décédé (3 %) ; 3 % vivent seulement avec leur père et 9 % ne vivent avec aucun des deux parents.

Globalement, 5 % des enfants de moins de 15 ans sont orphelins de père et/ou de mère : 0,4 % ont perdu leurs deux parents, 3 % sont orphelins de père seulement et 2 % orphelins de mère. Du fait de l'accroissement du risque de décéder des parents avec l'âge, la proportion d'orphelins de père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 2 % à 0-1 an, à 3 % à 2-4 ans et à 10 % à 10-14 ans.

OESD et accès à l'instruction

L'accès à l'instruction est un droit universel et il est considéré par l'Unicef comme « un service essentiel » et compte parmi les éléments clef de la riposte pour garantir aux OESD l'accès à ces services sur un même pied d'égalité que les non OESD.

Pour mettre en évidence d'éventuelles disparités entre la fréquentation scolaire des orphelins et des enfants en situation difficile et celle des autres enfants, on a calculé un indicateur qui mesure la fréquentation scolaire des orphelins et des enfants en situation difficile par rapport à celle des non orphelins et des non OESD qui fréquentent l'école. Les résultats sont présentés au tableau 16.5 pour les enfants de 10-14 ans qui sont tous censés fréquenter l'école.

Il ressort tout d'abord que l'état de survie des parents influence le niveau de fréquentation scolaire des enfants de 10-14 ans. En effet, lorsque les enfants ont leurs deux parents en vie et qu'ils vivent avec au moins l'un des deux, 48 % d'entre eux vont à l'école contre 42 % pour les enfants dont les deux parents sont décédés. Il ne semble pas qu'au Mali, les OESD soient désavantagés de manière importante par rapport aux autres enfants sur le plan de la fréquentation scolaire.

Tableau 16.5 Fréquentation scolaire selon l'état de survie des parents et la situation d'OESD

Parmi les enfants de 10-14 ans, pourcentage de ceux qui fréquentent l'école selon l'état de survie des parents et selon qu'ils sont ou non orphelins en situation difficile, et ratio des pourcentages de ceux qui fréquentent l'école selon l'état de survie des parents et selon qu'ils sont ou non orphelins en situation difficile, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage d'enfants qui fréquentent l'école selon l'état de survie des parents					Pourcentage qui fréquentent l'école selon qu'ils sont ou non orphelins en situation difficile				
	Les deux parents sont décédés		Les deux parents en vie, vivent avec au moins un parent			OESD		Non		
	Effectif	Ratio ¹	Effectif	Ratio ¹	Effectif	Ratio ¹	Effectif	Ratio ²	Effectif	Ratio ²
Sexe										
Masculin	(53,5)	40	52,2	3 980	(1,02)	52,1	1 460	50,1	3 502	1,04
Féminin	32,3	48	43,6	3 880	0,74	39,3	1 609	43,2	3 480	0,91
Milieu de résidence										
Bamako	*	14	85,4	658	*	75,8	360	73,5	677	1,03
Autres villes	(63,2)	19	66,7	1 234	(0,95)	55,0	536	61,6	1 329	0,89
Ensemble urbain	(59,9)	34	73,2	1 892	(0,82)	63,3	896	65,6	2 006	0,97
Rural	(30,9)	54	40,0	5 969	(0,77)	38,0	2 173	39,0	4 976	0,97
Région										
Kayes	*	5	41,1	1 198	*	41,9	442	40,3	945	1,04
Koulikoro	*	10	50,1	1 408	*	41,7	520	50,3	1 170	0,83
Sikasso	*	14	43,4	1 511	*	40,1	555	44,9	1 198	0,89
Ségou	*	17	45,7	1 307	*	48,6	563	43,9	1 116	1,11
Mopti	*	15	38,2	1 111	*	30,6	395	35,0	1 204	0,87
Tombouctou	*	8	46,6	335	*	39,4	144	46,2	315	0,85
Gao	*	5	53,4	308	*	48,6	88	55,6	330	0,87
Kidal	*	0	50,5	24	*	*	2	46,5	27	*
Bamako	*	14	85,4	658	*	75,8	360	73,5	677	1,03
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	*	15	34,9	1 847	*	34,6	668	34,1	1 522	1,01
Second	*	12	40,5	1 738	*	36,8	647	40,3	1 390	0,91
Moyen	(38,9)	21	40,0	1 585	(0,97)	37,5	574	39,1	1 375	0,96
Quatrième	*	15	50,1	1 376	*	44,5	611	45,9	1 333	0,97
Le plus riche	(59,4)	24	83,6	1 314	(0,71)	76,6	569	75,6	1 363	1,01
Ensemble	41,9	88	48,0	7 860	0,87	45,4	3 069	46,7	6 982	0,97

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels.

¹ Ratio du pourcentage de ceux dont les deux parents sont décédés au pourcentage de ceux dont les deux parents sont vivants et qui vivent avec au moins un des deux parents.

² Ratio du pourcentage d'OESD au pourcentage de non OESD.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

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

OESD et malnutrition

Le décès ou la maladie des parents ou des membres du ménage sont souvent la cause de problèmes économiques pour les enfants et augmentent leurs risques de ne pouvoir satisfaire leurs besoins essentiels en matière de nutrition. Le tableau 16.6 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale ainsi que les proportions d'OESD et de non OESD atteints de cette forme de malnutrition selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Figure également dans le tableau, le ratio du taux de malnutrition des OESD par rapport au taux de malnutrition des non OESD.

Au Mali, un peu plus d'un enfant sur cinq (32 %) présente une insuffisance pondérale, cette forme de malnutrition atteignant 33 % des OESD contre 31 % des non OESD. On ne constate donc que peu d'écart entre les deux catégories d'enfants et le ratio de 1,04 montre que les enfants orphelins et en situation difficile ne souffrent pas beaucoup plus de malnutrition que les autres. Par contre, on note un écart important en milieu urbain par rapport au milieu rural, en particulier dans les Autres Villes. Le ratio étant de 1,55, ce qui traduit une plus grande vulnérabilité des OESD face à la malnutrition que les autres enfants ; il en est de même de la région de Mopti, le ratio étant de 1,20 et de celle de Gao (ratio de 1,29).

Tableau 16.6 Orphelins et enfants en situation difficile présentant une insuffisance pondérale

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (de droit) qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête qui présentent une insuffisance pondérale, pour l'ensemble des enfants et selon qu'ils sont ou non des OESD, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Enfants de moins de 5 ans		Orphelins et enfants en situation difficile (OESD)		Enfants non orphelins et qui ne sont pas en situation difficile		Ratio ¹
	Pourcentage qui présente une insuffisance pondérale	Effectif d'enfants	Pourcentage qui présentent une insuffisance pondérale	Effectif d'OESD	Pourcentage qui présentent une insuffisance pondérale	Effectif de non OESD	
Groupe d'âges							
< 1 an	16,1	2 535	15,6	602	16,3	1 933	0,96
1-2 ans	41,5	4 762	42,6	1 141	41,1	3 621	1,04
3-4 ans	30,1	4 551	31,8	1 190	29,4	3 361	1,08
Sexe							
Masculin	32,5	6 033	32,7	1 485	32,5	4 548	1,01
Féminin	30,8	5 816	32,7	1 449	30,1	4 367	1,09
Milieu de résidence							
Bamako	23,7	1 234	22,7	293	24,0	941	0,95
Autres Villes	24,6	2 051	34,7	370	22,4	1 682	1,55
Ensemble urbain	24,3	3 286	29,4	663	23,0	2 623	1,28
Rural	34,5	8 563	33,7	2 270	34,8	6 292	0,97
Région							
Kayes	27,3	1 707	23,8	442	28,5	1 265	0,84
Koulikoro	32,7	2 116	33,7	537	32,3	1 580	1,04
Sikasso	36,6	2 207	38,4	603	35,9	1 604	1,07
Ségou	31,6	2 022	33,3	596	30,9	1 425	1,08
Mopti	31,7	1 448	36,7	269	30,5	1 179	1,20
Tombouctou	38,1	557	39,6	95	37,8	462	1,05
Gao	33,3	516	40,8	96	31,6	419	1,29
Kidal	31,9	42	*	2	29,3	40	*
Bamako	23,7	1 234	22,7	293	24,0	941	0,95
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	36,1	2 392	36,9	587	35,9	1 805	1,03
Second	34,3	2 408	36,1	623	33,7	1 785	1,07
Moyen	34,5	2 500	33,1	671	35,1	1 829	0,94
Quatrième	30,6	2 427	32,1	595	30,1	1 832	1,07
Le plus riche	21,5	2 122	22,9	457	21,1	1 665	1,09
Ensemble	31,7	11 848	32,7	2 933	31,3	8 915	1,04

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels.
¹ Ratio du pourcentage d'OESD au pourcentage de non OESD.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Dr Adiaratou TOGOLA et Paul Roger LIBITÉ

Le Mali est un pays extrêmement attaché à sa culture, sa tradition et ses pratiques socio-culturelles. Traditionnellement, la femme malienne a été et reste au centre de la vie familiale et sociale, elle est considérée comme le baromètre de la structure sociale. Même si l'homme est considéré comme le chef de famille, celui qui pourvoit le logement et la nourriture, le grand rôle de maintenir l'équilibre de la famille incombe à la femme. La femme malienne assume traditionnellement la gestion quotidienne des affaires domestiques et ses compétences se limitent le plus souvent à ce domaine. Contrairement aux perceptions sur la religion musulmane, majoritairement pratiquée au Mali, l'islam perçoit la femme, qu'elle soit célibataire ou mariée, comme un être indépendant qui a le droit de disposer de ses biens et de ses revenus sans avoir à en rendre compte à qui que soit. Mais culturellement la femme au Mali a été subordonnée à l'homme, autant elle est acceptée, autant le combat pour l'amélioration de son statut est controversé.

Le Mali a ratifié plusieurs conventions sur les droits humains, particulièrement les droits des femmes, mais l'application de ces conventions dans la vie quotidienne n'est pas encore effective pour engendrer un changement notoire du statut de la femme. Des initiatives locales, menées par des associations diverses, tentent de répandre l'idée que l'amélioration du statut de la femme et sa place dans la société sont indispensables à la croissance générale du pays. Des groupes de femmes, revendiquent de plus en plus leurs droits en matière de responsabilités familiales et sociales, notamment en matière d'accès au logement ou à la propriété foncière.

L'ouverture démocratique fut un déclic pour la femme malienne, qui s'est vue accorder de nombreux droits. Présentes en nombre croissant sur la scène politique, les femmes au Mali, au même titre que les hommes participent à tous les combats et sur tous les fronts pour la prospérité du Mali et le bien-être des populations. De la lutte anticoloniale au combat pour la démocratie et l'émancipation, les femmes au Mali ont été dans tous les combats. Ceci leur vaut la réputation de pionnières dans le développement du Mali. Cependant ceci ne touche qu'une infime partie de ces femmes ; leur majorité vivant en marge de cette revendication. La mère a rarement le droit d'intervenir. Quant à l'avenir des filles, il est souvent élaboré en dehors de toute scolarisation, ou toute information sur leur droit, ce qui limite dramatiquement leur capacité d'insertion comme citoyen modèle dans la vie sociale du pays. Cette exclusion des femmes expose certaines à toute sorte de violences physique et psychologique.

Lors de l'enquête, des questions sur l'emploi des enquêtés ont été posées. Il s'agissait d'évaluer la situation de l'emploi des hommes et des femmes au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, notamment sur l'occupation et le type de rémunération. Par ailleurs, lors de l'enquête individuelle, un certain nombre de questions qui portaient, entre autres, sur le pouvoir de décision dans le ménage, le contrôle exercé sur le revenu, ont été posées aux femmes. De même, on a cherché à connaître l'opinion des femmes concernant certains aspects de la vie du couple : en particulier, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons, il était justifié qu'un homme batte sa femme et si une femme pouvait refuser pour certaines raisons d'avoir des relations sexuelles avec son mari ou partenaire.

17.1 EMPLOI ET TYPE DE RÉMUNÉRATION DES CONJOINTS

Le tableau 17.1 présente deux types de données : le pourcentage des personnes actuellement en union (femmes et hommes) ayant travaillé au cours des douze derniers mois avant l'enquête, et la répartition de ces femmes et hommes selon le type de revenu. On constate tout d'abord qu'un peu moins de deux femmes sur trois (64 %) âgées de 15-49 ans avaient travaillé au cours des douze derniers mois contre près de neuf hommes sur dix de la même tranche d'âges. Quel que soit le sexe, cette proportion varie avec l'âge : la proportion des femmes ayant travaillé au cours des douze derniers mois passe de 55 % à 15-19 ans, elle est de 61 % à 20-24 ans, puis amorce une augmentation régulière pour atteindre 70 % à 45-49 ans. Chez les hommes, l'emploi a un schéma un peu différent. De 51 % à 15-19 ans, la proportion des hommes en union ayant eu un emploi au cours des 12 derniers mois augmente rapidement jusqu'à 25-29 ans ; elle atteint 73 % à 20-24 ans, 88 % à 25-29 ans. À partir de 30-34 ans, l'emploi masculin se stabilise autour de 90 %.

Age	Actuellement en union		Parmi ceux et celles qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois, répartition (en %) par type de revenu						
	Pourcentage ayant travaillé	Effectif	Argent uniquement	Argent et en nature	En nature seulement	Non payé	ND	Ensemble	Effectif
FEMMES									
15-19	54,9	1 566	47,3	19,8	15,8	16,5	0,6	100,0	860
20-24	61,2	2 402	49,1	24,9	10,2	15,8	0,0	100,0	1 469
25-29	63,7	2 507	55,2	21,6	12,8	10,4	0,0	100,0	1 597
30-34	65,6	1 891	53,6	21,0	12,5	12,6	0,3	100,0	1 240
35-39	67,9	1 642	51,6	22,5	12,9	13,0	0,0	100,0	1 115
40-44	69,1	1 293	54,8	23,1	11,2	10,9	0,0	100,0	893
45-49	69,7	1 066	60,1	17,6	11,0	11,3	0,0	100,0	743
Ensemble 15-49	64,0	12 365	52,9	21,8	12,3	12,9	0,1	100,0	7 918
HOMMES									
15-19	51,0	75	59,0	24,1	0,0	12,0	5,0	100,0	38
20-24	73,2	203	47,2	38,0	2,3	11,9	0,6	100,0	149
25-29	88,2	329	46,5	32,5	11,4	9,5	0,0	100,0	290
30-34	91,7	446	57,4	27,9	4,5	10,2	0,0	100,0	409
35-39	92,6	433	49,8	29,4	10,1	10,6	0,0	100,0	401
40-44	92,6	380	52,3	28,7	9,5	9,5	0,0	100,0	351
45-49	90,9	370	45,7	33,6	11,0	9,7	0,0	100,0	336
Ensemble 15-49	88,3	2 236	50,6	30,7	8,4	10,1	0,1	100,0	1 975
50-59	87,5	501	43,5	34,1	8,1	14,2	0,2	100,0	438
Ensemble 15-59	88,2	2 736	49,3	31,3	8,3	10,9	0,2	100,0	2 413

En ce qui concerne le type de revenu, on constate que, dans l'ensemble, 53 % des femmes contre 51 % des hommes de 15-49 ans ont uniquement reçu de l'argent, alors que 21 % des femmes contre 31 % chez les hommes ont été payées en argent et en nature. Le pourcentage des femmes ayant été payées uniquement en nature (12 %) et le pourcentage des femmes n'ayant pas été payées (13 %) sont relativement faibles ; il en est de même pour les hommes respectivement 8 % et 10 %. Cette répartition selon le type de revenu est relativement la même quelque soit l'âge, sauf peut-être chez les femmes de 15-19 ans où la proportion des femmes rémunérées en nature (16 %) et celle des femmes non payées (17 %), sont relativement élevées. Le tableau 17.1 montre que le pourcentage des femmes payées en argent

uniquement varie sensiblement avec l'âge ; par contre chez les hommes, il n'y a pas de relation très nette. De faibles variations de pourcentage selon l'âge pour les autres types de revenu sont observées tant chez les femmes que chez les hommes.

17.2 CONTRÔLE DU REVENU DES CONJOINTS DANS LE MÉNAGE

Contrôle du revenu de la femme dans le ménage

L'analyse des données du tableau 17.2.1 révèle que dans une large majorité des cas (87 %), les femmes décident principalement de l'utilisation de leur revenu. Seulement dans 6 % de cas, le revenu de la femme fait l'objet d'une gestion collégiale ou conjointe (avec le mari/partenaire) alors que dans 5 % de cas, le mari décide seul. L'intervention d'autres personnes (autre que le mari/partenaire) dans le contrôle et la gestion du revenu de la femme est marginale (2 % des cas).

Le tableau 17.2.1 met aussi en évidence des disparités dans le contrôle du revenu de la femme selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La propension des femmes à décider principalement elles-mêmes de leur revenu semble augmenter régulièrement avec l'âge ; mais elle atteint un niveau plafond entre 25-39 ans, puis elle amorce une baisse à partir de 40-44 ans. À partir de ces âges, les femmes semblent alors privilégier la co-gestion (avec le mari/partenaire). Il faut toutefois remarquer qu'à partir de 20-24 ans, le besoin de contrôle du revenu de la femme par son mari/partenaire est très constant ; ceci s'émousserait lorsque la femme atteint 45-49 ans.

Le nombre d'enfants vivants de la femme n'influence pas le contrôle du revenu de la femme dans le ménage, même si la situation d'une femme sans enfant vivant s'écarte un tout petit peu de celle des autres. Par contre, les disparités sont plus visibles selon le milieu de résidence. En effet, les femmes vivant en milieu urbain (92 %) sont proportionnellement plus nombreuses que les femmes du milieu rural (84 %) à décider principalement de l'utilisation de leur revenu. En revanche, c'est en milieu rural que la seule intervention du mari/partenaire (7 %) et celle des autres personnes (7 %) dans la décision d'utilisation du revenu de la femme sont les plus importantes. La région de Gao (98 %) se distingue des autres par une proportion élevée de femmes qui contrôlent leur revenu alors que la région de Tombouctou (75 %) a la proportion la plus faible. Lorsque la femme ne contrôle pas elle-même son revenu, la gestion conjointe est plus importante à Ségou, Sikasso, Mopti et Tombouctou au détriment de la gestion unilatérale du mari/partenaire. Ce dernier mode de gestion du revenu de la femme est plus important à Kayes et à Koulikoro.

Le niveau d'instruction de la femme semble déterminer les principaux détenteurs de la décision d'utilisation de son revenu. Les résultats indiquent que plus la femme est instruite, plus elle a de chance de décider de l'utilisation de son revenu. En effet, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (92 %) sont proportionnellement plus nombreuses à décider de l'utilisation de leur revenu que les femmes du niveau d'instruction primaire (88 %), et que les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (83 %). Si la co-gestion du revenu de la femme est encore importante chez les femmes sans niveau d'instruction et chez celles du niveau d'instruction primaire, le contrôle unilatéral du mari/partenaire s'effrite considérablement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme.

Tableau 17.2.1 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui ont gagné de l'argent pour leur travail au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête en fonction de la personne qui décide de l'utilisation de leurs gains, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme:					Total	Effectif de femmes
	Principalement la femme	Mari et femme ensemble	Principalement le mari	Autre	ND		
Groupe d'âges							
15-19	80,4	7,0	3,9	8,0	0,7	100,0	577
20-24	85,6	6,6	5,3	2,2	0,3	100,0	1 087
25-29	89,0	4,1	6,2	0,6	0,1	100,0	1 226
30-34	89,3	5,2	5,1	0,5	0,0	100,0	925
35-39	88,2	6,0	5,7	0,2	0,0	100,0	826
40-44	86,4	6,2	6,7	0,7	0,0	100,0	696
45-49	85,9	9,3	4,5	0,1	0,1	100,0	577
Nombre d'enfants vivants							
0	83,4	7,3	3,0	5,9	0,3	100,0	618
1-2	87,1	5,4	5,1	2,2	0,3	100,0	1 878
3-4	88,1	5,0	6,3	0,4	0,1	100,0	1 668
5+	86,6	7,2	5,8	0,3	0,0	100,0	1 750
Milieu de résidence							
Bamako	91,3	3,3	1,8	3,1	0,6	100,0	856
Autres villes	92,7	4,8	1,6	0,9	0,0	100,0	1 024
Ensemble urbain	92,1	4,1	1,7	1,9	0,3	100,0	1 880
Rural	84,4	6,9	7,2	1,3	0,1	100,0	4 035
Région							
Kayes	86,8	4,8	7,0	0,9	0,5	100,0	782
Koulikoro	89,1	1,8	7,8	1,4	0,0	100,0	1 201
Sikasso	83,3	8,6	6,6	1,4	0,1	100,0	1 204
Ségou	86,0	9,1	3,3	1,5	0,0	100,0	964
Mopti	87,2	7,7	4,2	0,9	0,0	100,0	609
Tombouctou	75,1	13,9	10,0	1,0	0,0	100,0	210
Gao	97,8	2,2	0,0	0,0	0,0	100,0	88
Kidal	*	*	*	*	*	100,0	2
Bamako	91,3	3,3	1,8	3,1	0,6	100,0	856
Niveau d'instruction							
Aucun	86,3	6,2	6,2	1,1	0,2	100,0	4 802
Primaire	87,6	6,0	2,5	3,8	0,1	100,0	716
Secondaire ou plus	92,3	3,6	1,9	2,2	0,0	100,0	397
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	83,2	7,1	8,3	1,3	0,1	100,0	1 138
Second	85,0	7,0	6,8	1,0	0,2	100,0	1 183
Moyen	84,6	6,8	7,5	1,1	0,0	100,0	1 139
Quatrième	88,0	6,5	3,6	1,6	0,3	100,0	1 109
Le plus riche	92,5	3,2	1,6	2,3	0,3	100,0	1 346
Ensemble	86,9	6,0	5,4	1,5	0,2	100,0	5 914

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Le niveau de vie des ménages pourrait déterminer le degré d'autonomie de la femme dans l'utilisation de son revenu. L'analyse selon le niveau de vie des ménages indique que les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres (83 %) sont proportionnellement moins nombreuses à contrôler leur revenu que celles vivant dans les ménages moyens (85 %) et que les femmes vivant dans les ménages les plus riches (92 %). À l'opposé, la co-gestion et la seule décision du mari/partenaire sont aussi des modes importants de gestion du revenu de la femme dans les autres types de ménages à l'exception des ménages très riches.

Contrôle du revenu du mari/conjoint dans le ménage

L'analyse des données du tableau 17.2.2 indique que le schéma social du contrôle du revenu du mari/partenaire est différent du schéma de contrôle du revenu de la femme. En effet, bien que dans une large majorité des cas (79 %), le mari/partenaire contrôle son revenu, on constate par ailleurs une forte intervention des autres personnes (18 %) dans le contrôle du revenu du mari/partenaire. L'épouse/partenaire n'exerce qu'un contrôle marginal sur le revenu de l'homme, qu'elle soit seule ou en cas de co-gestion. Le contrôle du revenu de l'homme par lui-même augmente avec l'âge et, en revanche, l'intrusion des autres personnes dans le contrôle du revenu diminue progressivement, en restant à des niveaux élevés jusqu'à 25-29 ans ; elle amorce une diminution rapide à partir 30-34 ans.

Caractéristique	Personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par l'homme/partenaire					Total	Effectif
	Principalement la femme	Femme et mari/partenaire ensemble	Principalement le mari/partenaire	Autre	ND		
Groupe d'âges							
15-19	0,0	0,0	61,0	39,0	0,0	100,0	32
20-24	0,0	0,0	62,1	37,9	0,0	100,0	127
25-29	0,6	0,9	68,6	28,6	1,2	100,0	229
30-34	1,7	0,3	78,8	19,0	0,2	100,0	349
35-39	0,9	1,2	83,6	13,7	0,6	100,0	318
40-44	1,5	2,1	86,2	9,6	0,6	100,0	285
45-49	2,9	0,3	87,4	9,0	0,3	100,0	267
50-59	0,7	2,0	87,1	9,5	0,7	100,0	340
Milieu de résidence							
Bamako	0,7	2,1	87,4	9,6	0,2	100,0	279
Autres Villes	3,4	0,6	86,6	9,3	0,2	100,0	365
Ensemble urbain	2,2	1,2	86,9	9,4	0,2	100,0	644
Rural	0,8	0,6	74,3	23,6	0,7	100,0	962
Région							
Kayes	0,0	0,3	96,6	3,1	0,0	100,0	185
Koulikoro	0,0	0,0	80,2	19,2	0,6	100,0	233
Sikasso	2,3	1,3	56,2	39,7	0,6	100,0	314
Ségou	1,0	0,6	75,0	23,1	0,4	100,0	266
Mopti	3,5	0,7	87,0	8,1	0,7	100,0	206
Tombouctou	4,4	0,0	83,1	9,5	2,9	100,0	70
Gao	0,0	0,0	98,9	1,1	0,0	100,0	45
Kidal	*	*	*	*	*	100,0	8
Bamako	0,7	2,1	87,4	9,6	0,2	100,0	279
Niveau d'instruction							
Aucun	1,6	0,8	77,9	19,1	0,7	100,0	1 034
Primaire	0,5	1,4	76,8	20,8	0,4	100,0	319
Secondaire ou plus	1,7	0,3	88,7	9,3	0,0	100,0	254
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	0,2	0,3	63,5	35,1	0,9	100,0	270
Second	0,7	0,2	80,3	17,8	0,9	100,0	248
Moyen	1,5	0,4	72,4	25,2	0,6	100,0	245
Quatrième	1,6	1,2	85,7	11,5	0,1	100,0	397
Le plus riche	2,2	1,5	86,7	9,1	0,4	100,0	446
Ensemble	1,3	1,0	80,7	16,4	0,6	100,0	1 946

En milieu urbain (87 %), les hommes sont proportionnellement plus nombreux à contrôler leur revenu que les hommes vivant en milieu rural (74 %). À l'inverse, en milieu rural, le contrôle de revenu échappe à un nombre important d'hommes mais il se trouve entre les mains des personnes (24 %) autres que les épouses/partenaires. Dans les régions de Kayes (98 %) et de Gao (99 %), la proportion des hommes qui contrôlent leur revenu est relativement élevée ; cette proportion est faible dans la région de Sikasso et dans une certaine mesure à Ségou. Par ailleurs, le contrôle du revenu de l'homme a tendance à échapper aux hommes les moins instruits ou sans niveau d'instruction. En effet, la proportion d'hommes qui contrôlent leur revenu n'est que de 78 % dans le groupe des hommes sans niveau d'instruction ; une proportion quasiment identique est observée chez les hommes ayant un niveau d'instruction primaire (77 %). Par contre, chez les hommes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (89 %), la proportion de ceux ayant un contrôle sur leur revenu est un peu plus élevée. Bien que la proportion des hommes qui décident principalement de l'utilisation de leur revenu est faible dans les ménages très pauvres (64 %) et que cette proportion chez les hommes vivant dans les ménages très riches (87 %) soit relativement élevée, les résultats ne laissent pas apparaître une relation nette entre le contrôle du revenu de l'homme et les conditions ou le standing de vie des ménages.

17.3 PRISE DE DÉCISION DANS LE MÉNAGE

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans les prises de décisions au niveau du ménage, on a posé des questions pour savoir qui, de l'enquêtée ou d'une autre personne, avait le dernier mot dans certaines décisions. Ces décisions portaient sur les soins de santé de la femme, les achats importants pour le ménage, les besoins quotidiens pour le ménage, les visites à la famille et/ou aux parents et la préparation quotidienne des repas. Les questions s'adressaient à toutes les femmes. De plus, des questions sur quatre sujets supplémentaires ont été posées seulement aux femmes ayant des enfants vivants.

Prise de décisions dans le ménage par les femmes

Selon le tableau 17.3 qui ne présente les résultats que pour les femmes en union, on constate que c'est seulement pour la préparation quotidienne des repas que les femmes ont le plus fréquemment le dernier mot (49 %) alors que c'est le mari/partenaire qui décide en dernier ressort dans la majorité des cas pour ce qui est des autres décisions, reflétant ainsi les comportements dominateurs du mari/partenaire. Ainsi, même quand il s'agit de leurs propres soins de santé, seulement 12 % des femmes décident en dernier ressort et dans 72 % des cas, c'est le conjoint seul qui décide. Il convient de relever que quelle que soit la décision, le dernier mot revient plus souvent à quelqu'un d'autre que conjointement à la femme et à son mari/partenaire ; ceci traduirait quelque peu l'emprise ou l'influence des autres membres du ménage ou de la concession sur la vie du couple. C'est en ce qui concerne la décision sur les propres soins de la santé de la femme et sur les achats importants du ménage que la proportion de femmes qui ont le dernier mot est la plus faible (12 %) ; dans plus de six cas sur dix (68 à 72 %), c'est le conjoint qui a le dernier mot.

Tableau 17.3 Prise de décision dans le ménage par les femmes

Répartition (en%) des femmes actuellement en union en fonction de la personne qui prend habituellement certaines décisions dans le ménage, selon le type de décision, EDSM-IV Mali 2006

Type de décisions	La femme seule	La femme et le conjoint ensemble	La femme et quelqu'un d'autre	Le mari/ conjoint seul	Quelqu'un d'autre	Autre	ND	Total	Effectif de femmes
Propre santé de la femme	12,0	6,0	0,3	71,8	9,7	0,2	0,1	100,0	12 365
Grosses dépenses du ménage	12,0	7,6	0,7	68,0	11,2	0,4	0,1	100,0	12 365
Besoins quotidiens du ménage	19,1	8,4	0,9	60,5	10,6	0,4	0,2	100,0	12 365
Visites aux parents/amis	23,6	8,6	0,7	57,3	9,5	0,3	0,1	100,0	12 365
Nourriture à préparer chaque jour	49,5	5,3	1,2	32,2	11,4	0,3	0,1	100,0	12 365

Dernier mot dans la prise de décisions par les femmes

Le tableau 17.4 présente les données concernant le dernier mot dans la prise de décision. On constate que 63 % des femmes en union ont déclaré avoir le dernier mot, seule ou avec quelqu'un dans au moins une des 5 décisions proposées. À l'opposé, 37 % n'ont participé en dernier ressort dans aucune décision ; cette exclusion des femmes dans la prise de décision est très marquée chez certains groupes de femmes. En effet, c'est parmi les femmes les plus jeunes (51 % à 15-19 ans contre et 32 % à 40-49 ans), parmi celles qui n'ont pas d'enfant (50 % contre 31 % si la femme a 5 enfants ou plus), parmi celles qui ne travaillent pas (48 %) ou qui ne travaillent pas pour de l'argent (35 %) que l'exclusion des femmes est la plus élevée. On note que selon le niveau d'instruction, ce sont les femmes les plus instruites (i.e. ayant un niveau secondaire ou plus) qui sont les plus fréquemment exclues lors de la prise des décisions (49 % contre 36 % parmi celles sans niveau d'instruction). Si l'on examine en détail les résultats, on constate que l'âge de la femme a une influence sur sa participation à la prise de décision, et cette influence est assez prononcée pour ce qui est de la décision concernant la nourriture à préparer et la santé de la femme. Lorsque la femme exerce un travail rémunéré en argent, elle a fréquemment plus de chance d'avoir le dernier mot quel que soit le type de décision. Plus le nombre d'enfants vivants de la femme augmente, plus ses chances d'avoir le dernier mot dans les décisions deviennent grandes. S'agissant du milieu de résidence, c'est seulement dans le cas des décisions sur la propre santé de la femme que l'on observe des différences entre les femmes vivant en milieu urbain (22 %) et celles vivant en milieu rural (16 %). Par rapport aux régions, on constate de fortes disparités dans la proportion des femmes ayant le dernier mot dans la prise de décisions. Les femmes des régions de Kidal (93 %) sont dans une large majorité exclues de la prise des décisions alors que les femmes de Kayes bénéficient de fortes possibilités de participation ; Le niveau d'instruction semble ne pas influencer le fait pour la femme d'avoir le dernier mot dans les décisions sauf peut-être pour la décision de la nourriture à préparer. En effet, les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (43 %) ont proportionnellement moins fréquemment le dernier mot dans la prise de décision sur la nourriture à préparer chaque jour que les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (53 %).

Tableau 17.4 Participation des femmes dans la prise de décisions selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui prennent certaines décisions, soit seule ou avec quelqu'un, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Propre santé de la femme	Grosses dépenses du ménage	Besoins quotidiens du ménage	Visites aux parents/amis	Nourriture à préparer chaque jour	Pourcentage qui participent aux quatre décisions	Pourcentage qui ne participent à aucune des décisions	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	11,8	12,1	18,3	24,7	39,5	5,7	50,6	1 566
20-24	14,7	17,1	25,5	29,3	51,4	7,7	39,0	2 402
25-29	16,6	18,0	25,7	31,5	54,6	9,3	37,2	2 507
30-34	19,0	20,7	29,9	34,8	59,8	10,4	32,6	1 891
35-39	21,5	23,6	31,5	33,9	59,9	13,6	32,6	1 642
40-44	19,3	22,1	32,6	35,9	60,6	11,2	32,6	1 293
45-49	28,4	28,9	33,4	39,2	61,6	19,2	32,1	1 066
Emploi (12 derniers mois)								
N'a pas travaillé	14,7	15,2	18,6	24,9	45,8	8,2	47,5	4 445
A travaillé pour de l'argent	22,1	24,7	35,0	37,2	60,7	12,9	29,8	5 914
A travaillé mais pas pour de l'argent	12,9	14,3	25,4	33,6	57,5	7,4	34,7	1 994
ND	10,9	2,4	10,0	2,5	17,7	0,0	78,8	13
Nombre d'enfants vivants								
0	15,1	13,8	18,7	25,1	39,1	7,4	49,7	1 580
1-2	16,2	18,9	25,8	30,9	52,5	9,1	38,7	4 041
3-4	17,6	19,5	28,5	32,4	57,3	10,2	35,2	3 354
5+	21,6	23,2	32,7	36,6	62,3	13,3	30,8	3 392
Milieu de résidence								
Bamako	22,0	20,5	25,7	33,1	53,6	10,4	35,9	1 564
Autres Villes	22,3	21,3	25,9	33,1	53,5	11,2	38,1	2 239
Ensemble urbain	22,2	21,0	25,8	33,1	53,6	10,8	37,2	3 803
Rural	16,0	19,0	28,3	31,7	55,3	10,1	36,9	8 563
Région								
Kayes	18,3	20,9	40,9	44,8	76,7	11,6	17,7	1 752
Koulikoro	14,5	20,8	32,0	31,1	62,6	7,0	28,3	2 007
Sikasso	11,6	15,4	21,3	29,2	47,8	7,7	44,3	2 152
Ségou	25,2	24,6	30,1	34,9	53,6	18,7	37,0	2 036
Mopti	20,6	16,2	18,1	22,7	38,2	7,4	54,1	1 708
Tombouctou	10,5	12,5	17,6	32,1	50,6	6,5	39,0	584
Gao	16,1	25,6	30,4	25,6	51,2	12,0	45,6	520
Kidal	3,0	4,1	5,4	3,6	4,1	2,0	93,1	42
Bamako	22,0	20,5	25,7	33,1	53,6	10,4	35,9	1 564
Niveau d'instruction								
Aucun	17,8	19,6	28,1	32,3	56,3	10,4	35,8	10 156
Primaire	18,0	19,8	25,5	31,8	51,3	8,5	38,2	1 278
Secondaire ou plus	19,2	19,2	23,7	30,7	43,1	12,2	48,5	931
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	14,5	17,9	26,3	27,1	53,8	9,0	39,1	2 351
Second	14,8	18,6	28,4	33,7	58,8	10,1	34,5	2 482
Moyen	18,4	20,2	29,2	32,7	53,9	11,2	37,5	2 468
Quatrième	20,8	21,6	26,9	32,4	52,2	10,8	38,9	2 464
Le plus riche	20,8	19,6	26,9	34,5	55,1	10,5	35,3	2 600
Ensemble	17,9	19,6	27,5	32,2	54,8	10,3	37,0	12 365

17.4 ATTITUDES SUR LE ROLE DE SEXES

La perception du rôle qui est assigné à chacun des sexes dans la société et dans le ménage, l'opinion des femmes concernant l'égalité des femmes et des hommes ainsi que les droits des femmes constituent un aspect important de ce module sur le statut de la femme. En demandant aux femmes leur avis sur un certain nombre de déclarations concernant divers aspects de la vie du ménage, on a cherché à déterminer si les femmes acceptaient ou non certains principes établis ; ces déclarations portent, non seulement sur leur rôle dans le ménage, mais aussi sur le droit d'un homme de battre sa femme et sur le droit d'une femme de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son époux.

Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait de battre les femmes

L'analyse des données présentées au tableau 17.5 montre que pour trois femmes sur cinq, l'homme a le droit de battre son épouse/partenaire quand celle-ci sort sans le lui dire (60 %) ou néglige les enfants (52 %). Un pourcentage relativement élevé de femmes accepte qu'un homme batte sa femme si elle laisse brûler la nourriture (23 %), lui tient tête (49 %) ou refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui (57 %). Trois enquêtées sur quatre ont affirmé leur consentement avec au moins l'une de ces raisons. Ces avis sont partagés en général par les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ou sans instruction (76 %), les grandes multipares (79 %), les femmes en union (77 %). On note que parmi les femmes des régions de Kayes (88 %), Sikasso (80 %) et de Koulikoro (79 %) la proportion qui sont d'accord avec au moins une des raisons spécifiées est plus élevée ; elle est assez faible parmi les femmes de la région de Kidal (25 %).

Le fait d'avoir été active ou non au cours des douze mois précédant l'enquête semble influencer sur l'opinion des femmes ; les femmes qui travaillent acceptent plus qu'un homme batte sa femme. Cette attitude ou position rencontre davantage l'adhésion des femmes ayant été rémunérées en nature que celle des autres catégories.

Tableau 17.5 Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait qu'un mari batte sa femme

Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui pensent qu'il est justifié que, pour certaines raisons, un mari/partenaire batte sa femme/partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Approuve qu'un mari batte sa femme/partenaire quand :					Pourcentage qui sont d'accord avec au moins une des raisons spécifiées	Effectif
	Elle brûle la nourriture	Elle discute ses opinions avec lui	Elle sort sans le lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse des rapports sexuels avec lui		
Groupe d'âges							
15-19	18,8	43,5	56,1	49,9	45,4	69,2	3 104
20-24	24,0	49,3	62,1	55,9	57,1	78,4	2 678
25-29	26,2	51,2	60,9	53,6	60,3	76,6	2 625
30-34	23,1	48,3	59,3	51,8	57,9	75,0	1 971
35-39	25,0	53,3	64,2	55,9	62,6	78,0	1 688
40-44	21,6	49,6	60,6	50,5	60,2	75,0	1 354
45-49	27,9	53,8	61,5	49,3	64,2	77,0	1 163
Emploi (12 derniers mois)							
N'a pas travaillé	20,2	41,1	53,3	45,5	50,5	69,9	5 481
A travaillé pour de l'argent	24,0	51,4	62,1	55,9	60,2	76,9	6 760
A travaillé mais pas pour de l'argent	28,9	61,5	71,5	59,8	61,9	82,7	2 326
ND	20,2	39,8	53,9	59,5	48,9	66,4	17
État matrimonial							
Célibataire	17,0	37,6	52,5	48,0	38,2	65,2	1 726
Mariée ou vivant ensemble	24,4	51,0	61,6	53,3	59,6	76,7	12 365
Divorcée/séparée/veuve	20,3	42,7	53,1	51,5	52,0	71,2	491
Nombre d'enfants vivants							
0	18,1	40,2	54,5	48,8	44,3	68,6	3 345
1-2	23,9	49,9	60,1	54,7	58,0	76,4	4 276
3-4	25,7	52,8	62,5	51,9	60,7	76,6	3 466
5+	25,5	53,0	63,8	54,5	63,4	78,7	3 496
Milieu de résidence							
Bamako	17,3	38,1	55,3	53,1	47,7	73,6	2 104
Autres Villes	24,3	50,5	59,8	54,3	57,3	75,7	2 814
Ensemble urbain	21,3	45,2	57,9	53,8	53,2	74,8	4 918
Rural	24,4	51,1	61,5	52,0	58,6	75,4	9 665
Région							
Kayes	28,5	63,3	71,2	57,4	68,0	87,8	1 886
Koulikoro	22,8	51,8	71,4	60,6	56,8	78,7	2 352
Sikasso	27,4	62,8	63,2	58,3	63,9	80,3	2 392
Ségou	25,9	46,1	60,2	54,8	57,8	73,8	2 388
Mopti	23,6	44,7	55,1	44,5	58,1	74,4	2 036
Tombouctou	8,7	27,7	33,3	24,6	42,2	51,5	720
Gao	23,3	35,3	43,3	38,6	40,2	50,7	655
Kidal	4,6	15,5	22,5	16,6	3,8	24,7	50
Bamako	17,3	38,1	55,3	53,1	47,7	73,6	2 104
Niveau d'instruction							
Aucun	24,8	51,3	61,8	53,1	59,9	76,4	11 410
Primaire	21,8	47,5	61,8	54,7	53,0	76,0	1 668
Secondaire ou plus	14,0	34,3	46,7	46,4	37,5	65,0	1 505
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	24,3	50,1	59,8	49,3	59,0	73,6	2 675
Second	22,9	51,3	60,0	51,1	59,0	74,2	2 803
Moyen	26,1	52,9	63,5	54,5	58,7	76,7	2 774
Quatrième	25,8	52,1	62,1	53,7	59,2	77,1	2 864
Le plus riche	18,9	41,2	56,8	54,0	49,8	74,5	3 467
Ensemble	23,4	49,1	60,3	52,6	56,8	75,2	14 583

Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire

Les relations sexuelles impliquant les deux partenaires et ayant pour finalité la communion, le bien-être de chacun tant du point de vue émotionnel que physique, demandent/exigent la participation, l'adhésion des deux parties. Certains tabous concernant le rôle de la femme dans le couple persistent encore en dépit des activités d'éducation, de sensibilisation de la population et des jeunes en particulier sur l'équité entre les genres, entreprises par divers secteurs depuis de nombreuses années. L'EDSM-IV a cherché à connaître l'opinion des femmes en la matière ; en particulier, on a demandé aux femmes si dans certaines circonstances qui étaient citées, une femme pouvait refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire.

Les résultats sont présentés au tableau 17.6. Dans l'ensemble, et au moins pour une des raisons mentionnées, plus des trois quarts des femmes estiment qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint. En effet, seulement 24 % des femmes ne sont pas d'accord avec aucune des raisons évoquées. Le fait qu'une femme vient d'accoucher constitue la première raison évoquée par les femmes pour justifier un tel refus (59 %), suivie des cas d'infection sexuellement transmissible (48 %), de la connaissance de relations extraconjugales (30 %) et en fin de la fatigue et/ou absence d'humeur (27 %). Il convient de remarquer que seulement 10 % des femmes approuvent toutes les raisons évoquées pouvant justifier le fait pour une femme de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari/partenaire.

Les différences en fonction de l'âge, de la parité et du niveau d'instruction sont peu marquées. Ceci est aussi valable pour le milieu de résidence et l'emploi de la femme au cours des 12 derniers mois. Cependant, l'on constate quelques disparités selon la région et les femmes de Kidal se distinguent de celles des autres régions par un fort pourcentage d'approbation des raisons évoquées (de 77 % à 95 %).

Conclusion

Il ressort de ces enquêtes que des disparités existent toujours face à l'emploi des femmes. L'emploi au Mali reste toujours plus accessible aux hommes qu'aux femmes. Il est néanmoins positif de constater que quand les femmes ont la chance de travailler, la majorité d'entre elles décident entièrement de l'utilisation de leur revenu et cette autonomie augmente avec le niveau d'instruction de la femme. Ceci prouve que tout effort dans le sens d'une meilleure accessibilité des femmes aux emplois et à l'éducation apportera un résultat direct dans l'amélioration de leur statut en diminuant leur dépendance par rapport à leur conjoint/partenaire, étant donné qu'elles sont exclues de toute participation dans la gestion du revenu de ces derniers.

En outre, les résultats ont mis en évidence l'exclusion de la femme dans la prise de décision au sein de son foyer, en particulier, en ce qui concerne sa propre santé et les autres grandes décisions dans le ménage, cela quelque soit son niveau d'instruction. En effet, qu'elles soient instruites ou non, les femmes ne sont pas concertées dans les prises de décision au sein du foyer. Cette exclusion est à mettre en rapport avec la persistance d'une mentalité traditionnelle qui ne laisse à la femme qu'un rôle de second plan qui la cantonne aux travaux domestiques et qui réserve aux hommes le rôle de décider dans la famille et dans la société. L'apport d'une quelconque loi interdisant les pratiques de ce genre pourra être assez minime, seule une sensibilisation en faveur d'un changement de comportement et de mentalité reste donc indispensable pour une meilleure inclusion des femmes dans les décisions du foyer. Cette éducation doit aller également dans le sens d'amener les femmes à reconnaître et à dénoncer toute forme de violence, d'abus et de discrimination dont elles peuvent être victimes.

Tableau 17.6. Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui sont d'accord avec certaines raisons spécifiques justifiant qu'une femme refuse les rapports sexuels avec son mari/ partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Approuve qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand:				Pourcentage qui sont d'accord avec toutes les raisons spécifiées	Pourcentage qui ne sont d'accord avec aucune des raisons spécifiées	Effectif
	Elle sait que son mari a une IST	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes	Elle vient d'accoucher	Elle est fatiguée ou pas d'humeur			
Groupe d'âges							
15-19	42,9	29,5	49,9	25,6	12,6	34,6	3 104
20-24	50,1	31,0	60,7	31,0	10,7	21,0	2 678
25-29	48,9	31,2	63,5	27,8	9,1	19,9	2 625
30-34	49,2	30,3	61,0	25,8	9,8	22,1	1 971
35-39	51,6	30,7	64,7	27,0	10,7	19,3	1 688
40-44	48,1	30,0	59,1	26,1	9,0	20,8	1 354
45-49	47,8	28,7	62,5	25,8	7,4	20,3	1 163
Emploi (12 derniers mois)							
N'a pas travaillé	45,4	29,4	58,8	25,6	9,7	25,9	5 481
A travaillé pour de l'argent	49,0	30,6	61,2	28,1	9,8	20,6	6 760
A travaillé mais pas pour de l'argent	51,5	31,4	55,4	28,7	13,1	26,6	2 326
ND	56,2	49,4	67,3	34,8	34,8	25,2	17
État matrimonial							
Célibataire	41,2	26,3	46,2	23,5	12,6	40,5	1 726
Mariée ou vivant ensemble	48,9	31,1	61,1	28,0	10,0	21,3	12 365
Divorcée/séparée/veuve	51,7	25,8	62,7	22,8	8,3	22,3	491
Nombre d'enfants vivants							
0	43,5	28,6	50,4	25,1	12,2	34,3	3 345
1-2	49,1	31,0	62,3	28,5	10,1	20,9	4 276
3-4	49,7	31,3	62,6	29,1	10,2	19,4	3 466
5+	49,4	30,2	61,3	26,1	8,7	20,7	3 496
Milieu de résidence							
Bamako	55,9	33,3	63,1	29,3	12,1	18,9	2 104
Autres Villes	45,5	30,3	58,6	24,8	7,7	24,1	2 814
Ensemble urbain	50,0	31,6	60,5	26,7	9,6	21,9	4 918
Rural	47,1	29,7	58,9	27,5	10,6	24,4	9 665
Région							
Kayes	51,2	43,4	56,6	34,8	17,6	21,6	1 886
Koulikoro	59,5	23,3	68,3	26,0	7,4	19,2	2 352
Sikasso	44,3	32,5	53,1	29,4	10,2	26,7	2 392
Ségou	45,6	30,1	57,6	27,9	12,1	24,9	2 388
Mopti	40,0	25,0	54,6	23,5	4,0	27,2	2 036
Tombouctou	36,9	19,7	61,1	10,0	4,3	31,7	720
Gao	28,5	24,9	64,2	19,2	7,8	25,4	655
Kidal	95,5	88,0	88,0	87,0	77,4	1,8	50
Bamako	55,9	33,3	63,1	29,3	12,1	18,9	2 104
Niveau d'instruction							
Aucun	46,7	29,5	59,2	26,6	9,4	23,8	11 410
Primaire	50,1	32,0	58,5	26,7	11,2	24,2	1 668
Secondaire ou plus	56,2	34,6	61,6	32,7	15,8	21,1	1 505
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	45,1	27,5	57,8	28,0	10,0	27,4	2 675
Second	44,7	28,5	57,8	26,5	9,8	26,0	2 803
Moyen	49,3	29,4	60,2	26,2	10,8	23,4	2 774
Quatrième	47,1	33,7	60,8	27,7	10,0	20,8	2 864
Le plus riche	52,8	32,0	60,1	27,8	10,7	21,2	3 467
Ensemble	48,0	30,3	59,4	27,3	10,3	23,6	14 583

Dr Fanta Siby, Dr Mamadou Diop et Dr Soumaïla Mariko

L'excision est une pratique séculaire, essentiellement en vigueur en Afrique et dont les motivations sont diverses ; en effet, celles-ci vont de la préservation de la virginité et du contrôle de la sexualité de la femme à certaines croyances, y compris religieuses. L'excision est aussi bien pratiquée par les musulmans que par les chrétiens et les animistes. Parmi les pays ayant effectué une enquête EDS et pour lesquels on dispose de données sur la pratique de l'excision, le Mali se caractérise par une des prévalences les plus élevées. En effet, les résultats de l'EDSM-III avaient montré que 92 % des femmes avaient déclaré avoir subi cette pratique. Les données collectées au cours de cette enquête permettront d'évaluer l'ampleur des modifications qui ont pu se produire depuis 2001 et de mieux cibler les actions futures.

Par son ampleur et ses conséquences graves sur la santé, l'excision au Mali constitue un réel problème de santé publique. Plusieurs services techniques, associations et organisations non gouvernementales (ONG) mènent depuis plusieurs années la lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision.

En 1996, un Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant (CNAPN) a été créé sous l'égide du commissariat à la Promotion de la Femme. Ce comité a été remanié en juin 1999 par décret N° 99-157/PM-RM. Il est composé de représentants des départements ministériels, des institutions de la république, des services techniques et des associations /ONG. Ledit comité a élaboré un plan quinquennal d'action pour la période 1999-2003. Le CNAPN est représenté dans les régions administratives par les comités régionaux (CRAPN).

En juin 2002, la volonté politique du gouvernement à faire face au problème de l'excision s'est concrétisée par la création du Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) par ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002 et l'adoption au cours de la même année d'une loi sur la santé de la reproduction . Le PNLE a pour mission de :

- coordonner toutes les actions de lutte contre l'excision ;
- mener des études et recherches sur le phénomène de l'excision ;
- développer une stratégie d'information, d'éducation et de communication à l'endroit des individus, des groupes sociaux et des collectivités territoriales en vue de leur adhésion à la politique nationale de lutte pour l'abandon de l'excision ;
- concevoir des programmes de couverture nationale avec l'ensemble des partenaires ;
- évaluer et suivre les activités menées sur le terrain en matière d'excision ;
- créer une banque de données sur l'excision ;
- appuyer l'élaboration des curricula et les introduire dans les écoles de formation des professionnels de la santé et de l'éducation.¹

Les données collectées au cours de l'EDSM-IV permettent d'estimer la prévalence de l'excision parmi les femmes enquêtées, de connaître les types d'excision pratiqués, ainsi que l'âge des femmes au moment de l'excision et le type de personne qui a procédé à l'excision. On a également demandé aux femmes si, parmi leurs filles, certaines avaient subi cette pratique pour déterminer dans quelle mesure elle se perpétuait d'une génération de femmes à l'autre. En outre, pour connaître

¹ Programme National de Lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision: Politique et Plan d'Action en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision.

l'opinion des femmes au sujet de l'excision, on leur a également posé des questions sur leur opinion concernant la poursuite ou l'arrêt de cette pratique. Aux hommes, une série de questions leur ont été posées sur leur connaissance et leur opinion au sujet de l'excision.

18.1 CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FEMMES ENQUÊTÉES

Il ressort des résultats présentés au tableau 18.1 que plus de neuf hommes et de neuf femmes sur dix (95 %) ont déclaré connaître l'excision. Cependant, on note des écarts selon les régions puisque la proportion de femmes connaissant l'excision varie d'un maximum de 100 % dans celle de Koulikoro et de 99 % dans celles de Bamako et Kayes à un minimum de 8 % à Kidal.

Chez les hommes, on constate que dans tous les groupes d'âges, à l'exception de celui des 15-19 ans où 88 % ont déclaré connaître l'excision, au moins 93 % des hommes ont déclaré connaître cette pratique. Dans les régions, on remarque que dans celles de Gao et de Kidal, les proportions d'hommes connaissant l'excision sont plus faibles qu'ailleurs (respectivement 76 % et 74 % contre au moins 86 % dans les autres régions). En outre, quelque soit le niveau d'instruction, la religion ou le niveau socio-économique du ménage, les proportions sont élevées et les écarts globalement assez faibles.

Pratique de l'excision chez les femmes enquêtées

Le tableau 18.1 présente également les proportions de femmes excisées : 85 % des femmes ont déclaré avoir subi la pratique de l'excision, ce qui montre que l'excision reste une pratique très répandue au Mali. Par rapport à la précédente enquête, on constate une diminution de cette proportion (92 % en 2001 contre 85 %). Cependant la comparaison des proportions de femmes excisées en 2001 et en 2006 doit être interprétée avec prudence. En effet, les données selon l'âge font apparaître des résultats surprenants. Pour tous les groupes d'âges à partir de 20 ans, on connaît la prévalence actuelle et celle estimée il y a 5 ans au cours de la précédente enquête pour les mêmes femmes qui avaient alors 5 ans de moins. Ainsi les femmes qui ont aujourd'hui 20-24 ans sont celles qui avaient 15-19 ans en 2001. Or, on constate une baisse de la prévalence de l'excision entre les deux enquêtes avec l'avancement en âge, alors que les femmes qui étaient excisées en 2001 le sont toujours en 2006. Par exemple, en 2001, 92 % des femmes de 25-29 ans étaient excisées contre 84 % des femmes qui ont, en 2006, 30-34 ans. Cette baisse « apparente » est certainement le résultat d'une sous-déclaration de l'excision. L'engagement du gouvernement malien à lutter pour l'élimination de cette pratique ancestrale d'ici 2008 et les actions du PNLE peuvent expliquer que certaines femmes n'aient pas voulu déclarer avoir été excisées. Dans le groupe d'âges 15-19 ans, on constate que 85 % des femmes sont excisées contre 91 % dans le même groupe d'âges en 2001. Il est possible que parmi ces très jeunes femmes, l'écart observé soit le résultat d'une baisse de la pratique. Cependant, même ici, il est difficile de savoir s'il s'agit d'une baisse réelle ou d'une simple sous-déclaration.

La pratique de l'excision varie de manière importante selon les régions et les ethnies (graphique 18.1). En effet, dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou, la quasi-totalité des femmes sont excisées. Dans celle de Mopti, la proportion est plus faible et ne concerne que 75 % des femmes et dans celle de Tombouctou, un peu plus de deux femmes sur cinq (44 %) ont déclaré avoir été excisées. Enfin, on constate que dans les régions de Gao et de Kidal, l'excision est une pratique marginale qui ne concerne que respectivement 2 % et moins d'un pour cent des femmes. Les résultats selon les groupes ethniques mettent en évidence des écarts tout aussi importants. L'excision est très répandue parmi les Bambara, les Malinké, les Peulh, les Sarakolé/Soninké/Marka et les Sénoufo/Minianka, groupes dans lesquels la quasi-totalité des femmes sont excisées ; elle est moins fréquemment pratiquée parmi les Bobo (81 %), et les Dogon (76 %) et enfin c'est chez les Tamachek et les Sonraï que la proportion de femmes excisées est la plus faible (respectivement 32 % et 28 %). On note aussi que les femmes sans religion sont celles qui sont le plus fréquemment excisées (92 % contre 86 % chez les musulmanes et 68 % chez les chrétiennes). Les résultats ne font pas apparaître

d'écart selon le niveau d'instruction ; En fonction du niveau socio-économique du ménage, on relève quelques variations, la proportion de femmes excisées diminuant du quintile le plus pauvre au quatrième quintile pour augmenter de nouveau dans le plus riche (86 %). C'est cependant dans les ménages du quintile le plus pauvre que la proportion de femmes excisées est la plus élevée (94 %).

Tableau 18.1 Connaissance et pratique de l'excision

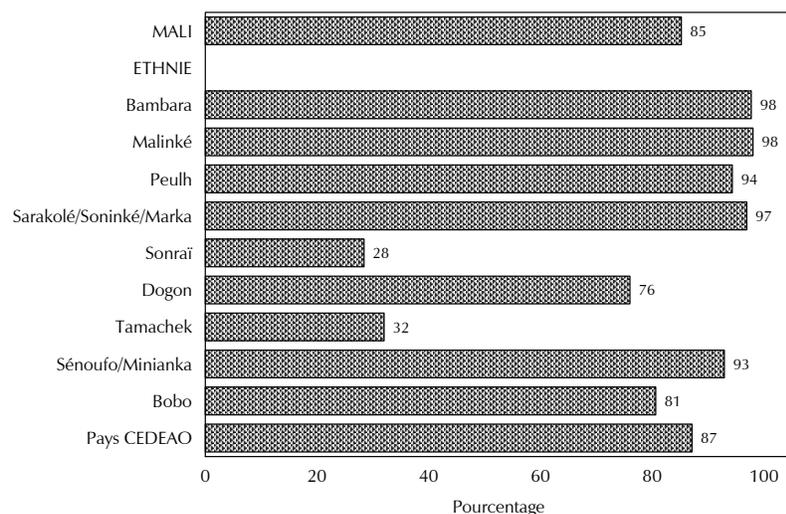
Proportion de femmes et d'hommes connaissant l'excision, proportion de femmes excisées, et répartition (en %) des femmes excisées par type d'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Proportion d'hommes connaissent l'excision	Effectif d'hommes	Proportion de femmes connaissent l'excision	Proportion de femmes excisées	Effectif de femmes	type d'excision				Effectif de femmes excisées
						Parties de chair enlevées	Entaille, pas de chair enlevée	Fermeture du vagin	ND/NSP	
Groupe d'âges										
15-19	88,0	876	94,1	84,7	3 104	75,1	2,2	9,4	13,3	2 630
20-24	92,7	633	93,7	84,5	2 678	74,1	3,9	10,6	11,5	2 262
25-29	97,9	476	95,0	86,7	2 625	74,9	3,5	10,2	11,4	2 275
30-34	97,2	497	95,1	84,2	1 971	78,2	2,6	9,5	9,7	1 660
35-39	97,1	452	94,6	84,9	1 688	75,3	3,2	12,4	9,1	1 433
40-44	97,3	390	95,2	86,2	1 354	77,5	2,4	9,9	10,2	1 168
45-49	98,2	380	97,1	85,8	1 163	77,9	2,7	9,6	9,8	998
50-59	95,3	503	na	na	na	na	na	na	na	na
Milieu de résidence										
Bamako	98,2	712	99,3	92,6	2 104	69,4	3,6	9,8	17,2	1 949
Autres Villes	96,3	817	92,5	72,2	2 814	74,4	2,0	10,9	12,7	2 032
Ensemble urbain	97,2	1 529	95,4	80,9	4 918	72,0	2,8	10,4	14,9	3 981
Rural	93,1	2 678	94,4	87,4	9 665	77,6	3,1	10,1	9,3	8 445
Région										
Kayes	98,1	507	99,4	98,3	1 886	73,9	0,1	21,7	4,3	1 853
Koulikoro	95,6	700	99,9	97,4	2 352	76,2	4,8	7,4	11,5	2 292
Sikasso	94,4	681	98,2	94,7	2 392	73,8	6,2	13,4	6,7	2 265
Ségou	98,9	674	97,7	92,2	2 388	80,0	0,7	4,0	15,3	2 203
Mopti	89,2	590	94,9	75,4	2 036	82,2	2,0	4,3	11,5	1 535
Tombouctou	85,5	164	75,8	44,0	720	76,7	0,2	14,0	9,0	317
Gao	75,9	166	51,4	1,8	655	*	*	*	*	12
Kidal	73,7	13	7,5	0,9	50	*	*	*	*	0
Bamako	98,2	712	99,3	92,6	2 104	69,4	3,6	9,8	17,2	1 949
Niveau d'instruction										
Aucun	93,5	2 534	94,2	85,4	11 410	76,8	2,9	10,1	10,2	9 742
Primaire	95,1	811	96,0	85,5	1 668	71,5	3,1	10,3	15,0	1 425
Secondaire ou plus	97,3	862	97,4	83,7	1 505	72,8	3,1	10,4	13,7	1 259
Ethnie										
Bambara	97,6	1 297	99,6	97,7	4 239	73,1	5,3	10,2	11,5	4 143
Malinké	98,0	326	99,9	98,0	1 183	78,0	3,3	10,5	8,2	1 160
Peulh	94,2	632	98,0	94,3	2 122	77,0	2,4	10,2	10,4	2 000
Sarakolé/Soninké/Marka	96,9	429	99,3	96,9	1 838	74,7	1,5	12,6	11,2	1 781
Sonrai	91,3	412	79,1	28,4	1 313	72,8	0,9	13,3	13,0	373
Dogon	83,0	291	93,0	76,0	851	77,7	1,3	3,8	17,2	647
Tamachek	70,5	91	56,9	32,0	602	80,4	2,1	4,9	12,6	193
Sénoufo/Minianka	96,2	378	97,9	92,9	1 295	79,5	0,5	11,1	8,9	1 203
Bobo	95,7	272	93,3	80,6	861	79,2	2,1	7,8	10,9	694
Pays CEDEAO	99,5	63	95,8	87,1	255	75,0	0,5	8,7	15,8	222
Religion										
Musulmane	94,6	3 905	94,7	85,5	13 343	75,5	3,0	10,2	11,3	11 414
Chrétienne/Catholique	96,7	148	94,1	67,9	436	77,2	1,7	10,6	10,5	296
Animiste	95,0	79	93,8	82,0	216	74,5	2,9	10,5	12,1	177
Sans religion	85,8	55	96,8	92,2	514	81,8	3,1	7,9	7,2	474
ND	93,9	18	97,3	89,1	74	75,1	5,7	14,8	4,4	66
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	94,3	765	97,0	93,7	2 675	74,6	3,1	12,6	9,8	2 507
Second	94,2	783	94,1	88,2	2 803	77,2	3,4	10,5	8,9	2 472
Moyen	92,7	687	92,1	82,3	2 774	80,3	3,0	8,4	8,2	2 284
Quatrième	91,2	872	93,0	76,5	2 864	76,3	2,5	10,4	10,9	2 191
Le plus riche	98,7	1 100	97,1	85,7	3 467	71,6	2,9	9,2	16,3	2 972
Ensemble	94,5	4 207	94,7	85,2	14 583	75,8	3,0	10,2	11,1	12 426

na = Non applicable

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Graphique 18.1 Proportion de femmes excisées selon l'ethnie



EDSM-IV 2006

Type d'excision des femmes enquêtées

Compte tenu des difficultés à obtenir des informations fiables sur le type d'excision subie, au cours de l'enquête, on a simplement demandé aux femmes si on leur avait fait une simple entaille ou si on leur avait enlevé des morceaux de chair dans la zone des organes génitaux. Cette information ne permet pas de définir le type d'excision, mais elle permet au moins de différencier une certaine forme d'excision "symbolique" qui consiste à faire une "simple" entaille de l'excision proprement dite qui suppose l'ablation d'une partie, plus ou moins importante, des organes génitaux externes de la femme. On a également demandé aux femmes si on leur avait fermé la zone du vagin. Les résultats du tableau 18.1 indiquent que, dans leur majorité (76 %), les femmes maliennes excisées ont subi une excision "réelle", c'est-à-dire qu'une partie de leurs organes génitaux externes a été enlevée au cours de la procédure. Très peu de femmes (3 %) ont subi la forme "légère" d'excision (entaille sans ablation de chairs). La proportion élevée de femmes ayant eu le vagin fermé semble peu probable. Il se pourrait que ce résultat surprenant provienne d'une mauvaise interprétation de la question concernant le type d'excision.

Âge à l'excision des femmes enquêtées

Le tableau 18.2 présente les données sur l'âge à l'excision des femmes enquêtées. On constate qu'au Mali l'excision est pratiquée très tôt dans l'enfance. Dans 57 % des cas, l'excision a eu lieu dans la petite enfance. Par ailleurs, dans 5 % des cas, les femmes ont déclaré avoir été excisées lorsqu'elles avaient entre 0-1 an, 7 % lorsqu'elles avaient entre 2-4 ans, dans 17 % des cas, l'excision a eu lieu entre 5-9 ans et pour 9 % des femmes, l'excision a été effectuée à un âge plus tardif, après 10 ans. En outre, il faut souligner que seulement 6 % des femmes n'ont pas été en mesure de déclarer l'âge auquel elles avaient été excisées.

Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques ne font pas apparaître de variations importantes selon les générations et les régions. Seulement chez les Bambara, on constate que moins de la moitié des femmes (45 %) ont été excisées dans la petite enfance, et plus de 35 % ont été excisées à l'âge de 5 ans ou plus, donc beaucoup plus tard après la naissance.

Tableau 18.2 Âge des enquêtées à l'excision

Répartition (en %) des femmes excisées par âge à l'excision, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Âge à l'excision						NSP	Total	Effectif de femmes excisées
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+			
Groupe d'âges									
15-19	56,5	6,4	8,3	15,5	5,9	0,4	7,0	100,0	2 630
20-24	59,7	5,2	5,9	16,8	5,7	1,1	5,6	100,0	2 262
25-29	59,4	3,9	7,9	16,8	5,8	0,7	5,5	100,0	2 275
30-34	57,9	4,6	5,9	17,1	8,4	0,6	5,4	100,0	1 660
35-39	53,9	3,8	5,8	18,4	11,5	1,0	5,6	100,0	1 433
40-44	55,5	3,4	4,1	17,9	12,2	2,6	4,4	100,0	1 168
45-49	51,7	2,4	4,3	18,4	15,5	3,1	4,5	100,0	998
Milieu de résidence									
Bamako	67,5	5,2	4,7	11,1	4,3	0,4	6,9	100,0	1 949
Autres Villes	65,1	4,4	6,1	11,9	6,5	0,7	5,3	100,0	2 032
Ensemble urbain	66,3	4,8	5,4	11,5	5,4	0,5	6,1	100,0	3 981
Rural	52,7	4,5	7,0	19,5	9,5	1,4	5,4	100,0	8 445
Région									
Kayes	82,0	6,9	2,4	3,4	2,5	0,2	2,6	100,0	1 853
Koulikoro	38,8	4,9	9,7	27,4	6,5	0,5	12,3	100,0	2 292
Sikasso	40,2	5,7	9,3	25,0	15,2	2,7	1,9	100,0	2 265
Ségou	56,9	1,8	3,6	17,8	12,2	2,4	5,3	100,0	2 203
Mopti	64,1	3,4	9,3	12,5	7,7	0,1	2,8	100,0	1 535
Tombouctou	66,1	1,6	4,2	15,0	3,5	0,3	9,3	100,0	317
Gao	*	*	*	*	*	*	*	100,0	12
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	100,0	0
Bamako	67,5	5,2	4,7	11,1	4,3	0,4	6,9	100,0	1 949
Niveau d'instruction									
Aucun	55,6	4,2	6,7	17,7	9,1	1,1	5,5	100,0	9 742
Primaire	59,9	3,8	6,4	17,0	5,9	1,4	5,6	100,0	1 425
Secondaire ou plus	65,1	8,4	4,4	10,9	3,9	0,5	6,8	100,0	1 259
Ethnie									
Bambara	45,0	5,4	7,7	23,6	9,9	1,4	7,0	100,0	4 143
Malinké	60,6	7,1	7,6	16,1	5,1	0,4	3,0	100,0	1 160
Peulh	57,2	4,6	6,7	16,2	8,4	0,5	6,4	100,0	2 000
Sarakolé/Soninké/Marka	75,0	5,5	2,1	7,4	2,6	0,3	7,1	100,0	1 781
Sonrai	61,6	1,3	7,8	15,3	9,1	0,0	4,9	100,0	373
Dogon	72,7	2,2	10,7	6,8	3,8	0,4	3,4	100,0	647
Tamachek	77,4	2,7	5,2	6,4	2,9	0,2	5,3	100,0	193
Sénoufo/Minianka	48,8	2,9	6,6	18,8	16,2	4,3	2,3	100,0	1 203
Bobo	61,9	1,8	3,7	17,8	8,9	0,3	5,6	100,0	694
Pays CEDEAO	75,9	1,0	5,1	10,5	5,2	0,3	2,0	100,0	222
Religion									
Musulmane	58,0	4,8	6,4	16,6	7,9	1,0	5,4	100,0	11 414
Chrétienne/Catholique	54,0	3,2	6,0	14,2	12,4	2,6	7,6	100,0	296
Animiste	45,6	1,2	6,8	20,4	15,1	1,8	9,0	100,0	177
Sans religion	40,0	2,9	9,5	24,6	11,1	1,9	10,0	100,0	474
ND	55,4	2,8	3,2	28,9	3,8	1,3	4,5	100,0	66
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	48,6	4,3	7,7	20,2	10,8	1,9	6,5	100,0	2 507
Second	51,8	4,4	7,3	21,3	9,2	1,2	4,7	100,0	2 472
Moyen	54,0	4,0	6,8	19,0	9,7	1,1	5,4	100,0	2 284
Quatrième	61,5	3,8	7,5	14,7	7,0	0,9	4,7	100,0	2 191
Le plus riche	67,6	6,0	3,7	10,7	4,9	0,4	6,6	100,0	2 972
Ensemble	57,0	4,6	6,5	17,0	8,2	1,1	5,6	100,0	12 426

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Personne ayant procédé à l'excision

Les résultats du tableau 18.3 montrent que la procédure de l'excision reste encore très traditionnelle au Mali. La grande majorité des femmes enquêtées (92 %) ont été excisées par des praticiens traditionnels, essentiellement des exciseuses traditionnelles (89 %). Dans une faible proportion, les femmes ont été excisées par des accoucheuses traditionnelles (3 %). Le recours à des professionnels de santé (infirmières/sages-femmes principalement) reste marginal (3 %). En outre, dans 6 % des cas, les femmes n'ont pas su dire qui les avait excisées.

Personne qui a pratiqué l'excision	Type d'excision				Ensemble
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP	
Professionnel de la santé	2,5	1,5	1,9	3,4	2,5
..Médecin	0,3	0,5	0,6	0,7	0,3
..Infirmière/ sage femme	2,1	1,0	1,3	2,6	2,1
..Autre professionnel	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Traditionnel	92,6	97,6	96,0	79,8	91,7
..Exciseuse traditionnelle	90,6	96,1	86,8	76,4	88,8
..Accoucheuse traditionnelle	1,8	1,5	9,2	3,2	2,7
..Autre traditionnel	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
NSP/ND	4,9	1,0	2,1	16,8	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes excisées	9 414	369	1 265	1 377	12 426

18.2 PRATIQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Lors de l'interview, des questions ont également été posées aux femmes qui avaient, au moins, une fille vivante pour savoir si elle ou l'une d'entre elles avait été excisée. Si plusieurs filles de la femme enquêtée avaient été excisées, les questions concernant le type d'excision, l'âge à l'excision et les complications ont porté uniquement sur la fille qui avait été excisée le plus récemment. Comme certaines filles enquêtées étaient trop jeunes au moment de l'enquête pour avoir déjà été excisées, on a également demandé aux femmes dont la fille n'avait pas été excisée si elles avaient l'intention de la faire exciser.

Pratique de l'excision chez les filles

Les résultats du tableau 18.4 montrent que 69 % des femmes enquêtées, ayant au moins une fille, avaient déjà fait exciser leur fille ou au moins l'une de leurs filles et 14 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser. À l'opposé, 10 % des femmes n'avaient pas l'intention de faire effectuer cette intervention. Au total donc, 82 % des filles des femmes enquêtées sont ou seront excisées, c'est-à-dire un niveau légèrement inférieur à celui des mères (85 %). Cependant, selon que la mère est excisée ou non, on constate des écarts importants : 78 % des femmes excisées ont déclaré avoir fait exciser leur fille et 16 % d'entre elles ont l'intention de le faire contre respectivement 13 % et 2 % chez les femmes qui ne sont pas excisées. Il semble donc que parmi les femmes excisées, cette pratique se perpétue d'autant plus que seulement 4 % n'ont pas l'intention de faire exciser leur fille.

Tableau 18.4 Pratique de l'excision parmi les filles des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes ayant au moins une fille en vie selon qu'au moins une fille a été excisée et si non selon qu'elles ont ou non l'intention de la/les faire exciser, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Au moins une fille excisée	A l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	N'a pas l'intention de faire exciser sa/ses fille(s)	NSP	La mère ne connaît pas l'excision	Total	Effectif de femmes ayant une/des fille(s) vivante(s)
Excision de la mère							
Ne connaît pas l'excision	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	434
Excisée	78,3	15,6	3,8	2,2	0,0	100,0	7 859
Pas excisée	12,6	2,1	73,2	12,1	0,0	100,0	812
Groupe d'âges							
15-19	40,0	41,7	7,7	5,4	5,2	100,0	457
20-24	51,8	31,0	8,8	3,8	4,6	100,0	1 389
25-29	62,8	18,8	10,5	2,7	5,2	100,0	1 938
30-34	72,2	10,3	8,9	3,4	5,1	100,0	1 597
35-39	77,6	4,4	11,3	1,5	5,2	100,0	1 497
40-44	81,7	1,9	8,9	2,9	4,6	100,0	1 205
45-49	81,8	0,8	11,2	3,1	3,1	100,0	1 023
Milieu de résidence							
Bamako	78,7	9,0	9,1	2,6	0,6	100,0	1 051
Autres Villes	58,7	10,6	19,2	5,7	5,9	100,0	1 608
Ensemble urbain	66,6	10,0	15,2	4,5	3,8	100,0	2 658
Rural	69,6	15,2	7,6	2,4	5,2	100,0	6 447
Région							
Kayes	91,2	3,5	2,1	2,8	0,4	100,0	1 278
Koulikoro	81,1	16,6	1,6	0,7	0,0	100,0	1 549
Sikasso	67,4	24,7	4,2	2,2	1,5	100,0	1 613
Ségou	71,6	15,2	7,9	3,5	1,8	100,0	1 510
Mopti	58,6	14,9	16,8	6,4	3,3	100,0	1 214
Tombouctou	27,7	8,5	35,4	4,4	24,0	100,0	441
Gao	1,2	0,0	47,8	3,9	47,1	100,0	415
Kidal	0,0	0,7	6,8	0,5	92,0	100,0	34
Bamako	78,7	9,0	9,1	2,6	0,6	100,0	1 051
Niveau d'instruction							
Aucun	68,8	14,4	8,9	2,8	5,2	100,0	7 716
Primaire	69,4	12,5	12,0	3,0	3,1	100,0	884
Secondaire ou plus	66,7	5,1	20,7	5,8	1,7	100,0	505
Ethnie							
Bambara	74,9	19,8	3,2	1,8	0,3	100,0	2 720
Malinké	84,0	11,6	2,6	1,8	0,1	100,0	772
Peulh	75,8	15,6	4,5	2,5	1,6	100,0	1 291
Sarakolé/Soninké/Marka	89,4	6,7	1,6	1,9	0,4	100,0	1 184
Sonraï	22,3	6,1	45,3	8,2	18,2	100,0	755
Dogon	61,6	8,6	18,9	4,6	6,3	100,0	536
Tamachek	26,5	2,2	25,3	1,5	44,5	100,0	381
Sénoufo/Minianka	65,8	20,7	6,7	4,7	2,1	100,0	777
Bobo	57,4	11,7	20,2	4,3	6,3	100,0	510
Pays CEDEAO	76,3	8,8	8,7	3,0	3,3	100,0	163
Religion							
Musulmane	69,9	13,3	8,9	3,0	4,9	100,0	8 376
Chrétienne/Catholique	39,5	10,8	40,2	4,8	4,7	100,0	236
Animiste	53,5	17,7	19,0	4,8	5,0	100,0	152
Sans religion	64,6	24,3	6,6	2,1	2,4	100,0	294
ND	71,7	11,5	10,1	3,5	3,2	100,0	46
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	74,4	15,8	4,6	2,3	2,8	100,0	1 808
Second	71,5	15,1	6,4	1,9	5,0	100,0	1 865
Moyen	64,8	15,4	9,6	2,6	7,6	100,0	1 837
Quatrième	61,6	12,5	15,1	4,9	6,0	100,0	1 820
Le plus riche	71,4	9,4	13,4	3,4	2,4	100,0	1 774
Ensemble	68,7	13,7	9,8	3,0	4,8	100,0	9 105

On a vu précédemment que ce sont les régions de Koulikoro et Kayes qui détenaient la prévalence de l'excision la plus élevée ; ce sont également dans ces régions que l'on note la proportion la plus élevée de femmes ayant au moins une fille excisée (respectivement 81 et 91 %). En outre, si on ajoute à cette proportion celles des femmes qui ont l'intention de faire exciser leur fille (17 % et 4 %), on obtient une prévalence pratiquement identique à celle observée pour les mères dans la région de Koulikoro (98 % contre 97 % chez les femmes) et une prévalence un peu plus faible dans la région de Kayes (95 % contre 98 % chez les femmes). Dans la région de Mopti, on constate que 74 % des filles sont ou seront excisées, ce qui donne une prévalence de l'excision très proche de celle observée chez les femmes (75 %). En revanche, on note une légère diminution de la pratique parmi les filles dans la région de Tombouctou puisque 36 % des filles sont ou seront excisées contre 44 % chez les femmes.

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que la proportion de femmes n'ayant pas l'intention de faire exciser leur fille augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, passant de 9 % parmi celles sans instruction à 12 % parmi celles qui ont un niveau primaire à un maximum de 21 % parmi les plus instruites.

Type d'excision chez les filles des femmes excisées

Les résultats du tableau 18.5 indiquent que comme chez les femmes, l'excision a consisté à enlever de la chair (78 % contre 76 % chez les femmes). Globalement les filles ont subi le même type d'excision que leur mère. Cependant, on constate par rapport aux femmes, une proportion plus élevée de filles chez qui on a procédé à la fermeture du vagin. Comme on l'a déjà mentionné précédemment, ce résultat est certainement la conséquence d'une mauvaise interprétation de la question concernant le type d'excision pratiquée.

Caractéristique des mères	Type d'excision				Total	Effectif des filles excisées le plus récemment ¹
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP		
Type d'excision (mère)						
Chair enlevée	90,2	1,4	7,8	0,7	100,0	4 694
Entaille	25,8	61,7	6,6	5,9	100,0	173
Fermeture de vagin	19,2	0,7	79,3	0,8	100,0	673
ND/NSP	63,3	7,9	11,9	16,8	100,0	716
Groupe d'âges						
15-19	77,9	3,7	16,2	2,2	100,0	183
20-24	77,2	3,5	17,6	1,7	100,0	720
25-29	75,9	3,9	16,9	3,3	100,0	1 217
30-34	78,5	4,0	14,1	3,4	100,0	1 154
35-39	77,5	4,1	16,7	1,7	100,0	1 162
40-44	78,5	3,3	15,4	2,7	100,0	984
45-49	78,8	3,4	14,9	2,8	100,0	837
Milieu de résidence						
Bamako	76,2	5,1	14,4	4,2	100,0	826
Autres Villes	76,8	2,6	17,2	3,4	100,0	943
Ensemble urbain	76,5	3,8	15,9	3,8	100,0	1 769
Rural	78,1	3,7	15,9	2,2	100,0	4 487
Région						
Kayes	69,3	0,2	30,5	0,1	100,0	1 166
Koulikoro	69,7	8,6	14,3	7,4	100,0	1 256
Sikasso	74,1	4,1	20,8	1,0	100,0	1 087
Ségou	91,2	0,6	7,2	1,1	100,0	1 082
Mopti	90,7	4,0	3,4	1,9	100,0	712
Tombouctou	87,6	0,0	10,7	1,7	100,0	122
Gao	*	*	*	*	100,0	5
Kidal	*	*	*	*	100,0	0
Bamako	76,2	5,1	14,4	4,2	100,0	826

Suite...

Tableau 18.5—*Suite*

Caractéristique des mères	Type d'excision				Total	Effectif des filles excisées le plus récemment ¹
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture du vagin	ND/NSP		
Niveau d'instruction						
Aucun	78,0	3,7	16,0	2,4	100,0	5 306
Primaire	78,3	3,9	14,3	3,5	100,0	614
Secondaire ou plus	72,0	4,8	17,8	5,4	100,0	337
Ethnie						
Bambara	73,0	5,5	17,7	3,8	100,0	2 037
Malinké	76,2	4,0	16,5	3,3	100,0	648
Peulh	80,6	3,1	13,4	2,8	100,0	978
Sarakolé/Soninké/Marka	72,9	3,9	21,6	1,6	100,0	1 058
Sonrai	83,8	2,7	11,4	2,1	100,0	168
Dogon	91,3	3,0	4,1	1,5	100,0	330
Tamachek	80,4	2,1	11,9	5,6	100,0	101
Sénofo/Minianka	83,1	0,7	15,1	1,0	100,0	511
Bobo	88,3	1,4	10,0	0,3	100,0	293
Pays CEDEAO	86,9	0,0	10,5	2,6	100,0	124
Religion						
Musulmane	77,2	3,9	16,2	2,8	100,0	5 859
Chrétienne/Catholique	82,4	3,3	13,3	0,9	100,0	93
Animiste	90,0	1,6	6,9	1,6	100,0	81
Sans religion	83,4	1,2	13,7	1,6	100,0	190
ND	89,5	3,6	6,9	0,0	100,0	33
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	75,4	2,9	19,0	2,7	100,0	1 346
Second	75,1	4,5	17,5	2,9	100,0	1 334
Moyen	84,2	3,0	11,8	0,9	100,0	1 190
Quatrième	76,9	4,2	17,0	1,9	100,0	1 121
Le plus riche	77,3	4,1	13,8	4,7	100,0	1 266
Ensemble	77,7	3,7	15,9	2,7	100,0	6 256

¹ Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Âge des filles à l'excision

Le tableau 18.6 présente la répartition des filles qui ont été excisées le plus récemment selon l'âge à l'excision. On ne constate pas de changement important par rapport aux femmes. Pour 95 % des filles excisées, l'excision a eu lieu avant l'âge de 9 ans. Parmi les mères, cette proportion est un peu plus faible : 85 %. Par contre, une proportion plus élevée de filles que de mères a été excisée très tôt, c'est à dire à 0-1 an (25 % contre 5 %). Parmi les mères, il était plus fréquent de pratiquer l'excision à des âges plus tardifs que chez les filles (9 % contre 4 % à l'âge de 10 ans ou plus). On assisterait donc à un rajeunissement de l'âge à l'excision.

Les résultats ne font pas apparaître de variations très importantes de cet âge à l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques. On peut seulement souligner qu'en milieu rural, parmi les filles dont la mère n'a pas d'instruction ou un niveau primaire, parmi celles dont la mère vit dans un ménage des trois premiers quintiles et parmi celles de l'ethnie Peulh, l'âge à l'excision est plus tardif.

Tableau 18.6 Âge des filles à l'excision

Répartition (en %) des filles excisées par âge à l'excision, selon les caractéristiques sociodémographiques de la mère, EDMS-IV Mali 2006

Caractéristique	Âge des filles à l'excision						NSP	Total	Effectif des filles excisées le plus récemment ¹
	Dans la petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15+			
Groupe d'âges									
15-19	30,2	44,3	13,1	6,1	2,7	0,0	3,6	100,0	183
20-24	27,7	34,2	24,2	8,9	3,5	0,2	1,3	100,0	720
25-29	22,6	27,3	31,7	14,7	2,1	0,4	1,1	100,0	1 217
30-34	24,8	21,7	32,0	16,0	3,9	0,9	0,8	100,0	1 154
35-39	21,2	23,2	30,0	20,7	3,5	0,7	0,7	100,0	1 162
40-44	21,7	21,6	28,5	23,0	4,4	0,2	0,6	100,0	984
45-49	22,5	17,1	25,5	27,6	5,2	0,6	1,5	100,0	837
Milieu de résidence									
Bamako	31,9	32,8	23,8	7,9	2,0	0,2	1,4	100,0	826
Autres Villes	25,0	32,1	24,5	14,8	2,4	0,3	1,0	100,0	943
Ensemble urbain	28,2	32,4	24,2	11,6	2,2	0,2	1,2	100,0	1 769
Rural	21,5	21,4	30,5	20,7	4,2	0,6	1,0	100,0	4 487
Région									
Kayes	29,2	48,3	15,4	5,3	0,4	0,2	1,2	100,0	1 166
Koulikoro	18,5	20,9	32,6	22,9	3,4	0,5	1,1	100,0	1 256
Sikasso	23,2	13,3	31,9	24,9	5,2	0,8	0,8	100,0	1 087
Ségou	17,4	15,1	34,2	23,2	7,7	1,4	1,0	100,0	1 082
Mopti	21,6	14,5	36,4	23,4	3,2	0,0	0,9	100,0	712
Tombouctou	25,4	20,2	25,4	26,4	2,6	0,0	0,0	100,0	122
Gao	*	*	*	*	*	*	*	100,0	5
Kidal	*	*	*	*	*	*	*	100,0	0
Bamako	31,9	32,8	23,8	7,9	2,0	0,2	1,4	100,0	826
Niveau d'instruction									
Aucun	22,7	23,6	29,4	19,0	3,8	0,6	1,0	100,0	5 306
Primaire	26,2	25,2	24,8	17,4	3,9	0,6	1,9	100,0	614
Secondaire ou plus	29,2	37,9	24,4	5,9	1,5	0,0	1,1	100,0	337
Ethnie									
Bambara	18,5	18,0	32,3	24,8	4,2	0,7	1,3	100,0	2 037
Malinké	24,0	29,2	29,2	14,6	1,8	0,3	1,0	100,0	648
Peulh	20,5	27,3	28,3	16,9	5,4	0,6	1,0	100,0	978
Sarakolé/Soninké/Marka	31,5	41,8	14,8	8,5	2,0	0,3	0,9	100,0	1 058
Sonrai	20,9	13,9	35,9	27,4	1,9	0,0	0,0	100,0	168
Dogon	29,9	14,4	39,2	12,5	3,7	0,0	0,4	100,0	330
Tamachek	31,6	30,2	26,4	6,7	0,6	1,3	3,2	100,0	101
Sénoufo/Minianka	27,1	16,9	28,3	22,4	4,0	0,8	0,5	100,0	511
Bobo	16,4	18,0	40,8	18,7	4,9	0,5	0,6	100,0	293
Pays CEDEAO	33,8	19,6	25,7	13,1	5,3	0,0	2,6	100,0	124
Religion									
Musulmane	23,5	25,1	28,5	17,7	3,6	0,5	1,1	100,0	5 859
Chrétienne/Catholique	18,6	8,6	44,3	26,0	1,9	0,6	0,0	100,0	93
Animiste	18,7	13,9	26,8	30,3	7,0	0,0	3,3	100,0	81
Sans religion	23,7	21,3	28,0	22,3	3,5	0,6	0,7	100,0	190
ND	33,4	14,7	22,9	26,3	2,6	0,0	0,0	100,0	33
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	19,2	20,0	31,3	23,5	4,2	0,6	1,2	100,0	1 346
Second	21,5	19,7	29,3	23,0	4,8	0,6	1,0	100,0	1 334
Moyen	22,0	23,8	30,0	18,9	4,0	0,8	0,5	100,0	1 190
Quatrième	26,1	25,7	28,0	14,7	3,3	0,6	1,5	100,0	1 121
Le plus riche	28,7	34,1	24,6	9,7	1,8	0,0	1,0	100,0	1 266
Ensemble	23,4	24,5	28,7	18,2	3,7	0,5	1,0	100,0	6 256

¹ Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Personne ayant procédé à l'excision

De même que les mères, les filles ont été excisées en majorité (95 %) par des praticiennes traditionnelles (tableau 18.7). Cependant, malgré un niveau toujours très faible, le recours à un professionnel de la santé a légèrement augmenté puisqu'il est passé de 2,5 % chez les mères à 4,3 % pour les filles. Si l'intervention de personnel de santé formé pour effectuer l'excision fait courir beaucoup moins de risques aux femmes, il n'en demeure pas moins que cette tendance ne doit pas être encouragée.

Tableau 18.7 Personne qui a procédé à l'excision des filles

Répartition (en %) des filles¹ excisées selon la personne qui a pratiqué l'excision et selon le type d'excision, EDSM-IV Mali 2006

Personne qui a pratiqué l'excision	Type d'excision				Ensemble
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture de vagin	ND/NSP	
Professionnel de la santé	4,6	5,6	2,9	3,9	4,3
..Médecin	0,3	2,0	0,2	0,7	0,4
..Infirmière/ sage femme	3,8	1,5	2,5	3,2	3,5
..Autre professionnel	0,5	2,1	0,2	0,0	0,5
Traditionnel	95,0	94,3	97,0	90,8	95,2
..Exciseuse traditionnelle	92,5	93,3	89,1	83,6	91,8
..Accoucheuse traditionnelle	2,3	1,0	7,8	7,2	3,2
..Autre traditionnel	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
NSP/ND	0,5	0,1	0,0	5,3	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de filles excisées le plus récemment ¹	4 860	234	996	167	6 256

¹ Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.

Excision des filles et complications

Au cours de l'enquête, on a également demandé aux femmes si leur fille qui avait été excisée le plus récemment avait souffert d'un certain nombre de complications pendant ou après l'excision. Les résultats sont présentés au tableau 18.8. D'après les déclarations de la mère, près d'un tiers des filles (28 %) ont eu, au moins, une complication, et dans 12 % des cas, les filles ont même eu, au moins, deux complications. Si l'on analyse les résultats selon le type de complications, on constate que dans 14 % des cas, les filles ont eu des difficultés pour uriner ou ont fait de la rétention urinaire ; dans 15 % des cas, elles ont eu des saignements excessifs et dans 14 % des cas, elles ont eu des problèmes d'infections/cicatrisation. En outre, selon 6 % des mères, leurs filles ont eu un gonflement de la zone génitale, ce qui peut également être un signe d'infection.

Tableau 18.8 Excision des filles et complications

Pourcentage de filles excisées le plus récemment¹ qui ont eu des complications au moment ou après l'excision d'après les déclarations de la mère, par type d'excision, EDSM-IV Mali 2006

Complication	Type d'excision				Ensemble
	Chair enlevée	Entaille	Fermeture de vagin	ND/NSP	
Saignement excessif	10,7	20,2	36,0	5,9	14,9
Difficulté pour uriner ou rétention d'uriner	10,4	10,2	32,6	3,7	13,7
Enflure/gonflement dans la zone génitale	3,0	6,0	20,5	1,9	5,9
Infection dans zone génitale blessure pas cicatrisée correctement	9,3	7,0	30,3	51,3	13,7
Au moins une complication	22,9	26,1	47,0	59,0	27,8
Deux complications ou plus	7,8	10,2	33,7	1,9	11,9
Effectif de filles excisées le plus récemment ¹	4 860	234	996	167	6 256

¹ Si la mère a plusieurs filles excisées, les données portent sur la fille excisée le plus récemment.

18.3 OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

Dans le but de mieux comprendre les raisons qui expliquent le maintien de la pratique de l'excision, on a demandé aux femmes et aux hommes quels étaient, à leur avis, les avantages pour une fille d'être excisée et les avantages de ne pas être excisée.

Avantages pour une fille d'être excisée

Le tableau 18.9.1 présente les résultats concernant les avantages de l'excision d'après les femmes. On constate tout d'abord que 17 % ont déclaré qu'il n'y avait aucun avantage pour une fille à être excisée et cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes n'ayant subi qu'une entaille (22 %); de même, près d'un tiers des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (30 %) ont déclaré que l'excision ne comportait aucun avantage contre seulement 15 % parmi celles sans instruction. De plus, dans l'ethnie Sonraï qui se caractérise par la prévalence la plus faible, 46 % des femmes considèrent que l'excision n'apporte aucun avantage à une femme. Cette proportion est également élevée dans les ethnies Tamachek et Dogon (respectivement 34 % et 32 %).

Parmi les avantages de l'excision, c'est la reconnaissance sociale qui a été l'avantage le plus fréquemment cité (37 %) ; de plus, pour 24 % des femmes, l'excision est associée à la nécessité religieuse, dans 22 % à une meilleure hygiène et dans 12 % des cas, les femmes ont cité comme avantage la préservation de la virginité. Enfin, pour 10 % des femmes, l'excision assure de meilleures chances de mariage. Une faible proportion de femmes a cité l'argument selon lequel l'excision procurerait plus de plaisir sexuel à l'homme (7 %). En fonction des caractéristiques sociodémographiques, on remarque que l'argument de la reconnaissance sociale a été particulièrement citée par les femmes les plus âgées (40 % ou plus à 35 ans ou plus), celles du milieu rural (40 %), celles sans instruction (39 %) et par celles des ménages les plus pauvres (41 %).

Au tableau 18.9.2 sont présentées les proportions d'hommes ayant cité divers avantages de l'excision. On constate, en premier lieu, qu'une proportion plus importante que celle des femmes (23 % contre 17 %) a déclaré qu'il n'y avait aucun avantage pour une femme à être excisée. Parmi les hommes de l'ethnie Tamachek, 83 % ont exprimé cette opinion.

Cependant, pour 19 % des hommes, l'excision apporte à la femme une certaine reconnaissance sociale. En outre, pour 24 % des hommes, l'excision demeure une nécessité religieuse : cette opinion est particulièrement fréquente chez les hommes sans instruction (29 %). Enfin, pour 14 % des hommes, l'excision est associée à une meilleure hygiène, et pour 22 %, elle a pour avantage de contribuer à préserver la virginité.

Tableau 18.9.1 Avantages pour une fille d'être excisée selon les femmes

Pourcentage de femmes qui ont évoqué différents avantages pour une fille d'être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Avantages de l'excision								Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Reconnaissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préservation de la virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
Type d'excision de la mère									
..Chair enlevée	17,5	23,1	37,1	9,6	12,2	7,0	24,1	16,1	10 649
..Entaille	21,7	17,9	33,5	15,7	9,1	5,0	16,6	10,7	465
..Fermeture du vagin	9,7	21,4	48,7	10,0	9,1	7,2	19,8	11,6	1 410
..ND/NSP	23,2	18,8	22,6	6,7	11,3	8,5	25,1	19,2	1 292
Groupe d'âges									
15-19	20,5	19,9	29,6	8,2	12,3	5,4	20,7	19,6	2 922
20-24	17,7	22,6	33,9	9,6	11,9	7,8	24,3	17,1	2 510
25-29	16,6	22,0	38,9	10,0	12,8	6,9	22,9	13,8	2 493
30-34	17,4	22,2	39,3	9,4	11,7	8,0	23,8	14,3	1 874
35-39	14,6	24,1	41,1	11,1	11,1	7,1	24,9	14,5	1 598
40-44	14,2	23,0	40,9	9,8	9,6	8,2	24,8	15,0	1 289
45-49	17,8	26,4	42,2	10,4	11,2	7,0	26,1	12,3	1 130
Milieu de résidence									
Bamako	15,8	29,9	31,4	13,0	17,9	10,1	27,9	10,2	2 090
Autres Villes	27,4	18,4	29,6	6,9	12,0	8,3	22,7	10,8	2 603
Ensemble urbain	22,3	23,6	30,4	9,6	14,6	9,1	25,0	10,5	4 692
Rural	14,9	21,8	40,1	9,6	10,2	6,0	22,7	18,5	9 123
Région									
Kayes	10,6	14,5	64,1	5,1	6,0	3,4	9,3	7,1	1 874
Koulikoro	7,5	27,9	43,3	12,1	14,4	11,3	27,4	16,3	2 351
Sikasso	11,4	23,9	29,8	13,8	13,6	10,3	13,8	34,7	2 350
Ségou	23,2	21,5	27,3	6,8	15,8	5,8	27,4	18,7	2 332
Mopti	26,1	18,1	34,3	6,8	4,2	2,6	32,1	7,3	1 933
Tombouctou	30,2	17,6	32,6	10,4	3,5	1,0	45,4	5,4	546
Gao	65,8	9,1	8,6	1,3	2,5	0,8	4,2	7,8	336
Kidal	(63,4)	(7,2)	(7,2)	(1,0)	(0,0)	(8,5)	(30,6)	(5,9)	4
Bamako	15,8	29,9	31,4	13,0	17,9	10,1	27,9	10,2	2 090
Niveau d'instruction									
Aucun	15,3	22,6	39,4	10,0	11,1	6,4	24,3	16,1	10 750
Primaire	20,2	23,3	31,0	8,4	13,8	9,0	19,7	16,2	1 600
Secondaire ou plus	29,6	20,1	23,9	7,7	14,2	9,9	21,8	12,7	1 465
Ethnie									
Bambara	12,0	24,7	39,7	12,8	15,5	10,5	24,3	17,0	4 224
Malinké	10,3	26,4	55,0	11,3	8,3	6,5	18,9	10,0	1 183
Peulh	14,5	22,6	41,8	9,0	12,7	6,7	32,4	12,2	2 079
Sarakolé/Soninké/Marka	12,4	21,3	46,0	7,1	11,8	5,3	24,7	10,7	1 825
Sonrai	45,6	14,6	21,4	7,3	2,9	1,5	24,1	6,0	1 038
Dogon	31,9	18,7	26,5	5,0	5,2	5,3	11,9	12,0	792
Tamachek	33,5	16,7	28,0	5,3	8,4	4,7	12,3	16,1	343
Sénoufo/Minianka	14,7	23,8	19,3	10,6	12,5	7,4	14,9	37,6	1 268
Bobo	21,4	20,7	28,3	7,0	13,0	3,8	31,3	17,5	804
Pays CEDEAO	15,9	21,6	18,2	4,8	9,9	7,5	16,8	25,5	244
Religion									
Musulmane	16,6	23,3	37,9	9,8	12,0	7,3	25,2	14,1	12 634
Chrétienne/Catholique	42,0	11,5	16,1	7,3	7,8	3,4	5,4	24,9	410
Animiste	24,4	18,2	26,0	10,2	7,9	6,3	5,4	36,5	202
Sans religion	14,5	8,9	28,3	4,6	7,7	2,6	4,7	42,3	497
ND	12,7	31,8	45,7	28,7	18,1	11,9	12,4	10,5	72
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	12,8	20,2	40,9	9,4	11,0	8,5	22,2	20,7	2 595
Second	13,5	21,3	43,6	10,9	10,5	6,3	24,4	17,4	2 637
Moyen	16,6	23,0	37,9	9,8	9,2	4,2	23,0	17,1	2 554
Quatrième	21,8	21,7	33,3	9,0	10,1	5,4	22,6	14,3	2 662
Le plus riche	21,1	25,0	30,2	9,1	16,4	10,0	24,8	10,8	3 368
Ensemble	17,4	22,4	36,8	9,6	11,7	7,1	23,5	15,8	13 816

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

Tableau 18.9.2 Avantages pour une fille d'être excisée selon les hommes

Pourcentage d'hommes qui ont évoqué différents avantages pour une fille d'être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Avantages de l'excision								Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Meilleure hygiène	Reconnaissance sociale	Meilleure chance de mariage	Préservation de la virginité	Plus grand plaisir de l'homme	Nécessité religieuse	Autre	
Groupe d'âges									
15-19	32,9	8,1	14,3	4,9	12,2	3,2	15,7	24,7	771
20-24	23,7	9,6	11,4	5,1	26,3	5,7	18,1	22,6	587
25-29	22,0	15,4	17,1	5,0	29,2	6,2	21,1	18,1	466
30-34	20,1	15,0	18,9	6,2	20,5	4,8	24,3	17,8	483
35-39	17,6	18,2	21,0	4,7	21,3	4,6	28,5	19,9	439
40-44	19,0	19,9	25,3	5,6	28,0	7,4	31,9	10,6	380
45-49	22,7	14,0	25,0	4,1	21,9	4,5	32,9	13,6	373
50-59	18,5	20,8	29,7	5,3	21,4	3,7	33,3	13,3	479
Milieu de résidence									
Bamako	20,4	19,2	16,5	6,1	29,2	10,4	27,2	15,2	699
Autres Villes	27,7	7,4	11,0	2,9	22,6	2,1	23,7	17,1	786
Ensemble urbain	24,2	12,9	13,6	4,4	25,7	6,0	25,3	16,2	1 485
Rural	22,3	15,2	22,9	5,6	19,5	4,1	23,8	19,8	2 492
Région									
Kayes	24,3	22,0	15,6	8,5	35,2	5,1	33,2	6,4	497
Koulikoro	16,7	20,2	33,9	6,8	14,6	6,2	22,3	23,4	670
Sikasso	22,7	9,0	11,7	2,5	28,3	2,9	15,6	24,1	643
Ségou	15,8	9,8	15,6	1,7	23,0	1,7	16,1	35,4	667
Mopti	20,6	12,1	25,0	7,7	7,2	4,2	44,9	5,5	527
Tombouctou	43,3	1,5	26,6	4,1	11,5	0,3	13,9	8,3	140
Gao	88,8	1,8	2,1	0,0	1,4	0,0	2,3	7,0	126
Kidal	86,2	1,0	11,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	10
Bamako	20,4	19,2	16,5	6,1	29,2	10,4	27,2	15,2	699
Niveau d'instruction									
Aucun	20,6	15,4	22,0	5,3	20,3	4,3	28,6	16,9	2 368
Primaire	23,6	13,4	18,2	5,9	20,2	4,8	18,5	24,1	771
Secondaire ou plus	29,2	12,3	13,2	3,9	27,7	6,3	18,0	17,9	838
Ethnie									
Bambara	17,1	16,8	22,0	4,9	24,0	5,7	19,6	23,8	1 265
Malinké	28,1	13,3	18,3	8,6	25,4	5,2	18,7	10,3	320
Peulh	17,3	18,9	27,2	5,6	24,8	4,4	36,6	17,4	595
Sarakolé/Soninké/Marka	15,3	19,8	22,0	5,9	23,4	4,5	37,6	16,6	415
Sonrai	39,3	4,9	7,1	2,4	6,8	1,4	28,8	8,4	376
Dogon	24,9	20,9	17,3	4,6	15,3	10,3	26,0	16,2	241
Tamachek	82,9	0,1	3,2	0,0	7,3	0,6	3,0	4,6	64
Sénooufo/Minianka	27,0	3,5	9,6	2,6	28,5	2,3	8,8	26,7	363
Bobo	24,8	10,5	26,0	9,9	21,9	2,8	21,5	17,9	261
Pays CEDEAO	18,6	17,9	10,4	0,0	14,6	18,0	38,6	12,2	63
Religion									
Musulmane	22,0	15,2	19,7	5,4	22,4	4,9	26,0	17,7	3 693
Chrétienne/Catholique	47,6	3,2	12,5	0,7	20,0	3,4	2,0	18,2	143
Animiste	19,2	3,8	25,7	2,0	5,2	2,8	4,9	43,0	75
Sans religion	(31,6)	(0,0)	(7,0)	(0,0)	(5,4)	(7,1)	(7,9)	(44,0)	47
ND	30,5	2,4	23,7	9,9	40,3	3,6	7,1	0,0	17
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	19,8	14,5	25,9	3,2	18,1	5,2	20,8	23,1	722
Second	22,4	14,9	20,9	5,8	19,9	5,4	22,9	18,6	737
Moyen	23,8	15,4	21,7	6,5	18,4	2,3	22,1	19,8	637
Quatrième	23,9	11,3	17,0	5,4	19,4	2,9	30,7	16,1	795
Le plus riche	24,4	15,4	14,4	4,9	29,3	7,1	24,6	16,3	1 086
Ensemble	23,0	14,3	19,4	5,1	21,8	4,8	24,4	18,5	3 977

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

Avantages pour une fille de ne pas être excisée

Au tableau 18.10.1, figurent les proportions de femmes ayant cité divers avantages pour une fille de ne pas être excisée. Environ six femmes sur dix (61%) ont déclaré que le fait de ne pas être excisée n'avait aucun avantage.

Tableau 18.10.1 Avantages pour une fille de ne pas être excisée selon les femmes

Pourcentage de femmes qui ont évoqué différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Avantages de ne pas être excisée							Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problème de santé	Évite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion	Autre	
Type d'excision de la mère								
Excisée	61,9	10,4	9,2	8,1	9,1	2,7	11,9	12 524
..Chair enlevée	62,8	10,1	7,9	7,8	8,9	1,7	12,5	10 649
..Entaille	52,4	18,3	17,6	6,4	12,1	2,0	13,4	465
..Fermeture du vagin	57,7	10,1	16,4	11,1	10,1	10,1	6,9	1 410
..ND/NSP	56,2	8,7	6,6	10,4	8,7	3,5	17,8	1 292
Groupe d'âges								
15-19	60,1	9,6	9,7	8,1	8,0	2,1	15,7	2 922
20-24	64,1	10,0	9,0	7,4	8,7	2,2	11,1	2 510
25-29	61,6	10,6	7,6	10,6	9,0	3,9	10,7	2 493
30-34	60,2	10,6	10,2	7,9	10,5	3,2	11,3	1 874
35-39	59,6	10,4	9,6	8,5	11,5	3,3	12,4	1 598
40-44	62,7	9,7	7,3	7,0	9,1	2,2	13,0	1 289
45-49	60,5	10,6	9,0	7,6	7,1	2,4	12,2	1 130
Milieu de résidence								
Bamako	58,2	15,7	13,7	13,1	12,9	3,1	8,2	2 090
Autres Villes	50,0	16,0	13,0	13,5	12,3	4,5	10,2	2 603
Ensemble urbain	53,7	15,9	13,3	13,3	12,6	3,8	9,3	4 692
Rural	65,3	7,3	6,8	5,7	7,3	2,2	14,1	9 123
Région								
Kayes	74,3	3,2	9,3	6,8	6,3	2,4	8,0	1 874
Koulikoro	72,6	4,5	3,9	3,9	7,2	0,3	10,7	2 351
Sikasso	56,3	5,4	6,6	10,0	7,8	0,7	22,8	2 350
Ségou	60,6	9,9	5,3	6,3	8,3	3,4	15,7	2 332
Mopti	56,3	16,1	10,9	8,7	8,4	4,7	9,3	1 933
Tombouctou	53,0	22,3	21,1	10,6	10,5	13,5	4,4	546
Gao	12,6	36,5	24,4	12,7	30,5	0,5	13,1	336
Kidal	(10,1)	(54,4)	(59,4)	(23,3)	(24,4)	(72,5)	(5,9)	4
Bamako	58,2	15,7	13,7	13,1	12,9	3,1	8,2	2 090
Niveau d'instruction								
Aucun	63,7	8,3	7,7	7,0	8,2	2,8	12,8	10 750
Primaire	61,0	11,0	9,9	9,9	9,5	2,3	11,0	1 600
Secondaire ou plus	44,2	23,3	17,5	16,2	15,4	3,3	11,6	1 465
Ethnie								
Bambara	67,8	6,8	5,9	6,3	8,1	2,2	10,7	4 224
Malinké	71,2	7,3	7,2	6,1	8,4	1,1	7,8	1 183
Peulh	67,4	7,2	6,3	10,4	9,4	2,5	8,6	2 079
Sarakolé/Soninké/Marka	68,6	5,8	9,1	8,4	8,1	2,7	9,9	1 825
Sonrai	36,0	30,8	23,4	11,0	15,0	9,9	7,3	1 038
Dogon	62,1	11,0	8,0	4,1	6,2	3,8	12,1	792
Tamachek	42,1	21,1	21,1	10,2	14,4	2,5	15,9	343
Sénoufo/Minianka	44,4	10,2	7,3	11,0	9,2	1,1	30,7	1 268
Bobo	52,2	18,3	15,5	10,3	10,4	2,0	16,6	804
Pays CEDEAO	48,2	8,2	3,7	13,1	5,1	1,1	26,2	244
Religion								
Musulmane	62,4	9,7	8,7	8,4	9,3	2,9	11,3	12 634
Chrétienne/Catholique	36,9	28,5	22,6	12,5	8,5	3,7	21,1	410
Animiste	48,6	16,8	11,4	8,7	9,3	1,2	24,5	202
Sans religion	58,4	4,8	3,4	3,5	3,2	0,1	29,8	497
ND	69,8	9,0	8,9	7,4	6,0	3,1	10,5	72
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	68,9	5,7	5,8	4,9	6,1	1,9	14,2	2 595
Second	66,2	7,8	7,1	5,9	6,6	2,2	14,1	2 637
Moyen	64,8	7,9	6,8	5,7	7,6	3,3	12,7	2 554
Quatrième	55,3	11,3	10,7	8,2	10,8	3,6	12,3	2 662
Le plus riche	53,8	16,5	13,2	14,9	13,1	2,9	9,7	3 368
Ensemble	61,3	10,2	9,0	8,3	9,1	2,8	12,4	13 816

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

Tableau 18.10.2 Avantages pour une fille de ne pas être excisée selon les hommes

Pourcentage d'hommes qui ont évoqué différents avantages pour une fille de ne pas être excisée, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Avantages de ne pas être excisée							Effectif qui connaissent l'excision
	Pas d'avantage	Moins de problème de santé	Évite la souffrance	Plus grand plaisir de la femme	Plus grand plaisir de l'homme	En accord avec la religion	Autre	
Groupe d'âges								
15-19	55,2	10,2	3,3	3,6	4,7	6,2	18,8	771
20-24	55,6	12,1	3,6	7,6	7,1	6,6	14,9	587
25-29	52,7	13,2	4,9	11,1	9,7	5,5	10,9	466
30-34	49,9	10,3	5,2	12,9	7,7	6,4	9,7	483
35-39	46,6	14,3	5,9	12,7	7,3	9,6	13,4	439
40-44	48,6	11,1	5,3	12,5	9,3	10,1	12,7	380
45-49	37,9	20,2	8,2	10,8	9,0	13,0	14,4	373
50-59	50,6	12,9	5,1	6,8	7,6	13,3	11,0	479
Milieu de résidence								
Bamako	47,6	16,1	7,2	18,7	10,8	4,6	11,5	699
Autres Villes	39,4	15,3	6,6	9,1	6,3	18,0	10,7	786
Ensemble urbain	43,3	15,7	6,9	13,6	8,4	11,7	11,0	1 485
Rural	54,9	10,8	3,8	6,5	6,9	6,5	15,2	2 492
Région								
Kayes	62,8	7,5	1,8	4,2	8,8	16,0	3,7	497
Koulikoro	51,0	15,6	4,9	1,4	7,2	0,4	23,2	670
Sikasso	57,7	6,2	0,6	9,3	1,8	7,3	17,7	643
Ségou	53,6	12,1	4,1	8,3	8,4	3,6	13,6	667
Mopti	43,0	5,9	3,2	11,3	7,1	24,7	5,5	527
Tombouctou	27,5	30,3	20,2	14,5	11,8	3,3	22,3	140
Gao	19,8	42,2	21,3	5,8	6,3	11,9	20,0	126
Kidal	68,6	15,7	4,5	0,0	11,2	0,0	0,0	10
Bamako	47,6	16,1	7,2	18,7	10,8	4,6	11,5	699
Niveau d'instruction								
Aucun	52,3	9,2	3,5	7,6	6,2	11,0	13,9	2 368
Primaire	54,7	12,7	5,0	9,0	7,5	5,0	13,4	771
Secondaire ou plus	41,7	22,4	8,7	13,7	11,0	4,4	13,4	838
Ethnie								
Bambara	54,0	10,8	3,6	6,9	6,5	5,4	17,2	1 265
Malinké	52,9	14,6	8,2	9,8	6,1	13,1	7,3	320
Peulh	60,5	7,9	1,8	8,0	7,4	6,8	12,6	595
Sarakolé/Soninké/Marka	54,7	7,9	0,6	11,2	9,6	9,1	9,0	415
Sonrai	20,4	17,8	10,8	8,9	6,3	30,5	11,1	376
Dogon	57,2	12,6	8,5	11,6	9,7	3,7	9,4	241
Tamachek	21,1	48,7	24,4	6,2	13,3	4,8	10,1	64
Sénoufo/Minianka	51,3	14,0	3,1	13,2	3,4	0,3	20,0	363
Bobo	43,6	18,8	6,6	12,5	12,8	5,7	15,3	261
Pays CEDEAO	56,9	10,4	6,0	3,4	13,4	3,1	10,5	63
Religion								
Musulmane	51,5	11,8	4,7	8,8	7,3	9,0	12,8	3 693
Chrétienne/Catholique	26,2	36,9	13,3	18,7	15,4	1,4	22,5	143
Animiste	42,6	11,1	2,7	7,0	6,3	1,2	32,7	75
Sans religion	(60,6)	(10,8)	(3,1)	(3,8)	(0,0)	(0,0)	(24,7)	47
ND	62,4	13,9	5,4	12,8	6,7	2,8	6,8	17
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	54,5	9,2	2,3	7,4	7,5	5,3	17,4	722
Second	55,2	10,7	4,0	6,1	5,0	6,3	17,0	737
Moyen	55,4	12,3	5,2	5,1	6,7	6,9	14,3	637
Quatrième	45,5	10,7	5,1	8,3	6,2	15,8	10,0	795
Le plus riche	45,5	17,9	7,0	15,3	10,5	7,5	11,3	1 086
Ensemble	50,5	12,6	4,9	9,1	7,5	8,4	13,7	3 977

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

Cependant, pour 9 % des femmes, ne pas être excisée évite la souffrance; cet argument a été particulièrement avancé par les femmes de niveau secondaire ou plus, (18 %) et par celles des ethnies Sonraï (23 %) et Tamachek (21 %). Pour 10 % des femmes, ne pas être excisée signifie moins de problèmes de santé. Là encore, ce sont les femmes de niveau secondaire ou plus (23 %) et les femmes Sonraï (31 %) qui ont le plus fréquemment cité cette raison. De même, *Le plus grand plaisir de l'homme* a été cité comme étant un avantage par 9 % des femmes, en particulier, par 15 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. À l'opposé, *Le plus grand plaisir de la femme* a été cité comme étant un avantage par 8 % des femmes, en particulier par 16 % des femmes de niveau secondaire ou plus.

Le tableau 18.10.2 présente les proportions d'hommes qui ont cité différents avantages pour une fille de ne pas être excisée. Une proportion moins importante que celle des femmes (51 % contre 61 %) a déclaré que, pour une fille, ne pas être excisée ne comportait aucun avantage.

Cependant, près d'un homme sur dix (13 %) a déclaré que ne pas être excisée évitait aux femmes d'avoir des problèmes de santé et pour 5 %, cela évitait des souffrances. En outre, pour 9 % des hommes, le fait de ne pas être excisée permet à la femme d'éprouver un plus grand plaisir sexuel. Les autres avantages tels que « le plus grand plaisir pour l'homme » et « en accord avec la religion » ont été cités dans des proportions moindres (8 % dans chaque cas).

Bien que parmi les avantages d'être ou de ne pas être excisée figurait le fait que l'excision soit exigée par la religion et le fait que ce soit un moyen pour éviter les relations sexuelles avant le mariage, au cours de l'enquête, on a demandé spécifiquement aux femmes et aux hommes s'ils étaient d'accord avec ces deux assertions : « *l'excision est une pratique exigée par la religion* » et « *l'excision est un moyen d'empêcher les relations sexuelles avant le mariage* ». Les résultats sont présentés au tableau 18.11.

À la première question, une proportion plus élevée de femmes (64 %) que d'hommes (38 %) ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était une pratique exigée par la religion. Parmi les femmes des ethnies Peulh et Sarakolé/Soninké/Marka, cette proportion atteint respectivement 72 % et 73 %. C'est également une opinion plus fréquemment partagée par les femmes excisées que par celles qui ne le sont pas (68 % contre 23 %). Chez les hommes, on note que les proportions de ceux qui pensent que l'excision est exigée par la religion diminuent avec l'âge, variant de 47 % à 15-19 ans à 29 % à partir de 45 ans. Globalement, cette opinion est plus fréquemment partagée par ceux du milieu rural (43 %), ceux des régions de Koulikoro (53 %) et de Sikasso (51 %), ceux des ethnies Bambara (50 %) et Malinké (48 %) et ceux des ménages du quintile le plus pauvre (47 %).

À la deuxième question, 44 % des femmes et 25 % des hommes ont déclaré qu'ils pensaient que l'excision était un moyen d'empêcher les relations sexuelles avant le mariage. Dans les régions de Koulikoro et de Sikasso, respectivement 53 % et 51 % des femmes partagent cette opinion. Chez les hommes, on note que plus d'un tiers de ceux de la région de Sikasso (36 %) et de l'ethnie Sénoufo/Minianka (36 %) sont d'accord avec cette assertion.

Tableau 18.11 Croyance au sujet de l'excision						
Pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent l'excision et qui sont d'accord avec différentes affirmations, par caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006						
Caractéristique	Femmes, l'excision			Hommes, l'excision		
	Est exigée par la religion	Prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif de femmes	Est exigée par la religion	Prévient les relations sexuelles avant le mariage	Effectif d'hommes
Excision de la mère						
Excisée	68,1	47,7	12 426	na	na	na
Pas excisée	22,9	10,5	1 390	na	na	na
Groupe d'âges						
15-19	60,7	43,2	2 922	46,9	24,1	771
20-24	64,3	46,1	2 510	45,0	25,4	587
25-29	65,1	45,5	2 493	41,6	22,0	466
30-34	61,1	42,7	1 874	35,8	22,7	483
35-39	67,0	46,9	1 598	36,0	25,1	439
40-44	63,2	42,0	1 289	32,0	23,7	380
45-49	65,7	38,1	1 130	29,2	29,7	373
50-59	na	na	na	29,0	25,2	479
Milieu de résidence						
Bamako	67,4	44,9	2 090	33,9	18,4	699
Autres Villes	58,1	36,5	2 603	27,7	23,6	786
Ensemble urbain	62,3	40,2	4 692	30,6	21,1	1 485
Rural	64,2	45,9	9 123	42,8	26,7	2 492
Région						
Kayes	61,9	47,9	1 874	41,6	29,1	497
Koulikoro	69,1	52,8	2 351	52,8	22,2	670
Sikasso	65,5	51,2	2 350	50,9	36,0	643
Ségou	62,2	46,6	2 332	41,5	25,2	667
Mopti	65,1	29,0	1 933	15,6	26,0	527
Tombouctou	52,7	25,2	546	25,5	14,1	140
Gao	16,9	2,5	336	1,1	1,1	126
Kidal	(7,2)	(7,2)	4	0,0	0,0	10
Bamako	67,4	44,9	2 090	33,9	18,4	699
Niveau d'instruction						
Aucun	65,0	44,5	10 750	37,9	27,9	2 368
Primaire	62,1	45,6	1 600	43,4	22,2	771
Secondaire ou plus	54,9	38,6	1 465	34,3	17,6	838
Ethnie						
Bambara	67,4	52,4	4 224	49,8	23,6	1 265
Malinké	63,7	48,9	1 183	47,8	22,9	320
Peulh	71,6	46,0	2 079	38,1	24,6	595
Sarakolé/Soninké/Marka	73,1	46,5	1 825	35,8	27,9	415
Sonrai	40,2	14,7	1 038	12,7	21,3	376
Dogon	53,9	33,9	792	27,0	16,3	241
Tamachek	42,9	24,5	343	10,8	3,2	64
Sénoufo/Minianka	61,0	43,6	1 268	39,3	35,7	363
Bobo	54,1	36,2	804	29,6	25,7	261
Pays CEDEAO	63,8	49,8	244	34,9	37,3	63
Religion						
Musulmane	66,1	44,7	12 634	38,7	24,9	3 693
Chrétienne/Catholique	26,0	27,7	410	11,5	19,2	143
Animiste	40,7	35,2	202	48,8	30,9	75
Sans religion	38,8	39,1	497	(59,2)	(16,6)	47
ND	71,8	59,1	72	67,2	16,8	17
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	65,4	46,0	2 595	46,9	25,6	722
Second	65,4	46,9	2 637	43,5	26,2	737
Moyen	63,0	45,6	2 554	43,3	27,9	637
Quatrième	60,7	40,6	2 662	28,9	27,8	795
Le plus riche	63,4	41,5	3 368	32,7	18,6	1 086
Ensemble	63,6	44,0	13 816	38,2	24,6	3 977

na = Not applicable

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

Opinions sur le maintien ou l'abandon de la pratique de l'excision

On a également demandé aux femmes et aux hommes enquêtés leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision. Les résultats présentés au tableau 18.12.1 montrent qu'au niveau global, près de trois femmes sur quatre (76 %) pensent que l'excision est une pratique qui devrait être maintenue. À l'opposé, 16 % ont déclaré qu'elle devrait disparaître et 8 % n'ont pas su se prononcer.

Cette proportion ne varie pas beaucoup avec les caractéristiques sociodémographiques. Cependant, on constate que la proportion de femmes qui pensent que l'excision devrait disparaître augmente nettement avec l'élévation du niveau d'instruction, variant de 14 % parmi celles sans instruction à 34 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. De même, plus le niveau socio-économique du ménage s'améliore, plus la proportion de femmes favorables à la disparition de la pratique de l'excision augmente (de 9 % à 22 %).

Table 18.12.1 Opinion des femmes concernant l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes connaissant l'excision selon leur opinion concernant le maintien ou l'abandon de cette pratique, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend	NSP	Total	Effectif de femmes connaissant l'excision
Groupe d'âges						
15-19	17,7	74,1	2,6	5,7	100,0	2 922
20-24	14,6	78,1	2,8	4,5	100,0	2 510
25-29	15,9	79,0	2,2	2,9	100,0	2 493
30-34	15,7	75,2	4,7	4,5	100,0	1 874
35-39	15,6	77,5	3,8	3,1	100,0	1 598
40-44	18,0	72,3	5,0	4,6	100,0	1 289
45-49	18,0	72,9	4,1	5,0	100,0	1 130
Milieu de résidence						
Bamako	16,6	75,5	4,1	3,8	100,0	2 090
Autres Villes	27,6	64,7	3,1	4,7	100,0	2 603
Ensemble urbain	22,7	69,5	3,5	4,3	100,0	4 692
Rural	13,1	79,3	3,2	4,4	100,0	9 123
Région						
Kayes	8,2	86,9	3,6	1,3	100,0	1 874
Koulikoro	9,2	87,7	1,0	2,1	100,0	2 351
Sikasso	12,5	82,7	2,2	2,7	100,0	2 350
Ségou	15,6	71,7	4,1	8,6	100,0	2 332
Mopti	21,2	68,4	4,5	5,8	100,0	1 933
Tombouctou	39,0	50,7	4,8	5,6	100,0	546
Gao	77,1	4,4	6,4	12,0	100,0	336
Kidal	(82,4)	(7,2)	(1,5)	(8,9)	100,0	4
Bamako	16,6	75,5	4,1	3,8	100,0	2 090
Niveau d'instruction						
Aucun	13,7	78,5	3,3	4,5	100,0	10 750
Primaire	18,3	74,7	3,6	3,4	100,0	1 600
Secondaire ou plus	33,7	58,8	3,4	4,1	100,0	1 465
Ethnie						
Bambara	10,0	84,6	2,2	3,2	100,0	4 224
Malinké	11,4	84,5	3,3	0,8	100,0	1 183
Peulh	10,8	82,5	3,8	2,9	100,0	2 079
Sarakolé/Soninké/Marka	9,3	84,3	3,0	3,4	100,0	1 825
Sonrai	52,4	33,2	6,2	8,1	100,0	1 038
Dogon	21,4	65,3	4,6	8,7	100,0	792
Tamachek	41,3	49,6	2,1	7,0	100,0	343
Sénoufo/Minianka	17,7	74,3	2,3	5,7	100,0	1 268
Bobo	22,3	63,7	5,2	8,9	100,0	804
Pays CEDEAO	16,1	73,7	5,5	4,7	100,0	244
Religion						
Musulmane	15,4	77,4	3,4	3,8	100,0	12 634
Chrétienne/Catholique	48,9	38,4	3,2	9,4	100,0	410
Animiste	21,3	61,5	1,4	15,7	100,0	202
Sans religion	11,6	77,1	1,7	9,6	100,0	497
ND	12,0	80,3	4,1	3,7	100,0	72
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	9,2	82,6	2,9	5,3	100,0	2 595
Second	11,9	81,2	2,8	4,1	100,0	2 637
Moyen	15,3	77,4	3,5	3,8	100,0	2 554
Quatrième	21,5	69,4	3,7	5,4	100,0	2 662
Le plus riche	22,1	70,9	3,6	3,3	100,0	3 368
Ensemble	16,4	76,0	3,3	4,4	100,0	13 816

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

Le tableau 18.12.2 présente la répartition des hommes selon qu'ils sont favorables ou non à l'abandon de l'excision. Une proportion d'hommes légèrement plus faible que celle des femmes (70 % contre 76 %) s'est déclarée favorable au maintien de cette pratique. À l'opposé, 21 % pensent qu'elle devrait disparaître. Les résultats selon l'âge ne font pas apparaître de tendance. On note, comme chez les femmes, la même influence du niveau d'instruction et du niveau socio-économique du ménage sur l'opinion des hommes. La comparaison avec les résultats de l'enquête précédente montre que l'opinion des femmes comme des hommes concernant la pratique de l'excision n'a pratiquement pas changé, 80 % des femmes en 2001 pensaient que l'excision devait être maintenue contre 76 % en 2006 ; chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 73 % et 70 %.

Table 18.12.2 Opinion des hommes concernant l'excision selon les caractéristiques sociodémographiques						
Répartition (en %) des hommes connaissant l'excision selon leur opinion concernant le maintien ou l'abandon de cette pratique, selon les caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006						
Caractéristique	Excision devrait disparaître	Excision devrait être maintenue	Ça dépend	NSP	Total	Effectif d'hommes connaissant l'excision
Groupe d'âges						
15-19	21,5	70,0	3,9	4,6	100,0	771
20-24	22,2	69,0	2,5	6,3	100,0	587
25-29	23,9	68,4	3,8	3,9	100,0	466
30-34	19,1	66,7	4,6	9,6	100,0	483
35-39	18,8	73,3	4,5	3,4	100,0	439
40-44	19,3	72,3	6,0	2,4	100,0	380
45-49	27,4	62,9	7,4	2,2	100,0	373
50-59	18,8	73,1	5,9	2,1	100,0	479
Milieu de résidence						
Bamako	18,6	71,4	5,2	4,8	100,0	699
Autres Villes	26,3	59,1	5,2	9,5	100,0	786
Ensemble urbain	22,7	64,9	5,2	7,3	100,0	1 485
Rural	20,5	72,3	4,3	2,9	100,0	2 492
Région						
Kayes	20,9	75,8	2,1	1,2	100,0	497
Koulikoro	19,4	75,3	3,8	1,6	100,0	670
Sikasso	19,1	74,2	3,9	2,8	100,0	643
Ségou	17,7	76,2	2,7	3,4	100,0	667
Mopti	13,8	65,9	7,0	13,3	100,0	527
Tombouctou	36,4	35,0	21,3	7,3	100,0	140
Gao	88,2	4,1	0,7	7,0	100,0	126
Kidal	92,4	0,0	7,1	0,5	100,0	10
Bamako	18,6	71,4	5,2	4,8	100,0	699
Niveau d'instruction						
Aucun	16,1	74,2	4,5	5,3	100,0	2 368
Primaire	24,0	68,9	4,1	3,0	100,0	771
Secondaire ou plus	33,8	57,0	5,5	3,7	100,0	838
Ethnie						
Bambara	16,2	78,3	3,6	1,9	100,0	1 265
Malinké	27,6	66,9	3,0	2,5	100,0	320
Peulh	12,6	78,0	5,6	3,7	100,0	595
Sarakolé/Soninké/Marka	10,2	81,6	4,2	4,1	100,0	415
Sonrai	32,5	42,1	6,6	18,9	100,0	376
Dogon	24,0	65,0	7,3	3,7	100,0	241
Tamachek	84,5	4,3	6,8	4,5	100,0	64
Sénoufo/Minianka	28,4	62,8	4,1	4,7	100,0	363
Bobo	30,3	61,3	5,4	2,9	100,0	261
Pays CEDEAO	18,2	77,2	2,4	2,3	100,0	63
Religion						
Musulmane	19,6	71,1	4,6	4,7	100,0	3 693
Chrétienne/Catholique	55,0	33,5	9,6	1,9	100,0	143
Animiste	37,3	59,1	2,0	1,6	100,0	75
Sans religion	(20,8)	(72,3)	(0,0)	(6,8)	100,0	47
ND	35,7	64,3	0,0	0,0	100,0	17
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	19,6	74,4	4,1	1,9	100,0	722
Second	20,0	73,2	3,7	3,1	100,0	737
Moyen	20,9	70,5	5,7	2,9	100,0	637
Quatrième	19,2	67,2	2,9	10,7	100,0	795
Le plus riche	25,2	65,0	6,2	3,7	100,0	1 086
Ensemble	21,3	69,5	4,6	4,5	100,0	3 977

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

En plus de demander aux femmes si elles pensaient que la pratique de l'excision devait être maintenue ou disparaître, on leur a posé la question suivante : *"Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que la pratique de l'excision soit conservée ou, au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?"* Une question similaire a été posée aux hommes. Les réponses à ces questions, présentées au tableau 18.13, permettent de mesurer l'écart qui peut exister entre l'opinion des femmes et l'idée qu'elles se font de l'opinion des hommes et, de même, entre l'opinion des hommes et l'idée qu'ils se font de l'opinion des femmes.

On constate que parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (76 %), plus de la moitié (66 %) pensent que les hommes sont du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les femmes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (16 %), 10 % pensent que les hommes sont également du même avis, c'est-à-dire qu'ils sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, on peut dire que les femmes ont une bonne connaissance de l'opinion des hommes en la matière.

Du point de vue des hommes, on constate que parmi ceux qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être maintenue (70 %), la majorité (58 %) pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables au maintien de l'excision. Parallèlement, parmi les hommes qui ont déclaré que la pratique de l'excision devait être abandonnée (21 %), 14 % pensent que les femmes sont du même avis, c'est-à-dire qu'elles sont favorables à la disparition de cette pratique. Globalement, là encore, on constate une bonne connaissance par les hommes de l'opinion des femmes en la matière.

Table 18.13 Opinion des femmes et des hommes par rapport à l'excision

Répartition (en %) des femmes et des hommes connaissant l'excision, selon leur opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique et selon leur perception de l'opinion du sexe opposé, EDSM-IV Mali 2006

	Femmes	Hommes
Enquêté(e) pense que la pratique de l'excision doit être maintenue	76,0	69,5
Pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	66,4	58,1
Pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	1,2	3,3
Ne connaît pas l'opinion du sexe opposé	8,4	8,2
Enquêté(e) pense que la pratique de l'excision doit disparaître	16,4	21,3
Pense que le sexe opposé souhaite que l'excision soit maintenue	2,2	3,4
Pense que le sexe opposé souhaite que l'excision disparaisse	10,2	14,2
Ne connaît pas l'opinion du sexe opposé	4,0	3,7
Pas sûr(e)	7,7	9,1
Total	100,0	100,0
Effectif	13 816	3 977

Cheick H.T. SIMPARA, Dr Mamadou DIOP, Yann Derriennic et Dr Soumaila Mariko

Pour comprendre le rôle des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé, il importe ici de faire un bref rappel historique.

Le droit à la santé a été affirmé par la constitution du Mali depuis son accession à l'indépendance en 1960 mais la traduction de cette déclaration politique en faits concrets a connu beaucoup de difficultés. Aux premières années d'indépendance marquées par une option socialiste les soins étaient gratuits pour les populations et les ménages contribuaient très peu au financement de la santé.

Cependant cette gratuité devenait de plus en plus relative car face aux difficultés de ressources du budget de l'Etat, le fonctionnement du système de santé était devenu précaire et les ménages enregistraient et continuent encore de nos jours à supporter des dépenses de santé de plus en plus importantes. L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires suite à la conférence de Alma Ata et de l'Initiative de Bamako a offert l'occasion à l'Etat de procéder à des réformes du système de santé qui ont abouti à une responsabilisation des communautés au niveau périphérique.

L'instauration du recouvrement du coût des prestations et du médicament transforme le statut des individus et des ménages « d'assistés sociaux » en acteurs qui participent de façon communautaire au renforcement et à la gestion du système de santé à travers l'utilisation des ressources disponibles à leur niveau pour effectuer des dépenses de santé. La réforme la plus importante est intervenue après l'adoption d'une nouvelle politique sectorielle de santé et la déclaration qui en a résulté le 15 Décembre 1990 à Washington devant la communauté internationale, ce qui a amené le Mali à se doter d'un programme d'Investissement sectoriel dont les principes de financement ont consacré le partage des coûts entre l'Etat, les partenaires au développement et la communauté. Le secteur de la santé est considéré désormais comme un secteur de lutte contre la pauvreté et de développement humain durable.

La Phase actuelle du PRODESS II dite de consolidation correspondant au dernier quinquennat du PDDSS met un accent particulier sur la lutte contre la pauvreté, le respect du principe des équilibres macro économiques et sectoriels (CDMT), la gestion efficiente de ressources axée sur les résultats dans le but d'atteindre les objectifs du millénaire qui ont été retenus.

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté deuxième génération permet de mieux situer le contexte dans lequel les ménages consomment les services de santé de base. Il faut noter que le seuil de pauvreté est de 153 310 FCFA ce qui ne représente que 420 FCFA soit 0,86 \$us par jour pour vivre et faire face à toutes les dépenses de santé, éducation, transport, logement, nourriture etc.

Pour l'accès aux services de santé plusieurs mécanismes de financement des communautés à travers les ménages sont envisagés dans le cadre du PRODESS II (assurance maladie, mutuelle de santé, système de prépaiement, caisse de solidarité etc.) entre autres mais le plus usité est le recouvrement des coûts qui consiste en « *un paiement direct à l'acte et du coût des médicaments, produits et autres prestations par les usagers des services de santé au prestataire* ». Malgré ses efforts en matière de réforme de politique et de système de santé, aucune analyse globale et importante n'a été réalisée sur les dépenses de santé des ménages. Des analyses ont été faites dans le cadre de certaines thèses ou projets de recherche et la revue documentaire réalisée dans le cadre de l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé a montré leur caractère trop parcellaire et limité pour tirer des conclusions générales pour le pays.

En conséquence, il a été décidé d'introduire dans les outils de collecte de l'EDSM IV un module sur les dépenses de santé des ménages.

Sur le plan méthodologique, l'information est collectée auprès des chefs de ménages pour une période d'un mois (30 jours) qui a précédé l'arrivée de l'enquêteur dans le ménage pour l'ensemble des personnes qui sont tombées malades ou ont été blessées. Les données sont collectées sur la présence de la maladie dans la population, le recours aux soins (1^{er} et 2^{ème}), la fréquentation des services (public, privé, cscom, hôpitaux, cliniques privées, tradipraticiens etc.), l'automédication, la recherche de conseils hors formations sanitaires et les dépenses effectuées pour les consultations, les médicaments, transport, hospitalisation et l'origine du financement des dépenses (salaire, emprunt, épargne, vente de biens et services etc.).

Des tableaux ont été générés sur les dépenses de santé effectuées par les ménages et par malade en tenant compte des différents aspects indiqués ci – dessus. Le chapitre se structure autour de la présence de la maladie et recours aux soins, les dépenses de santé et les sources des dépenses.

19.1 MALADIES ET RECOURS AUX SOINS

19.1.1 Présence de la maladie

Maladie dans la population

Le tableau 19.1 montre que la maladie est bien présente dans la population ; en effet, en moyenne, 20 % de la population malienne ont été malades ou blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête.

Avec ce niveau de prévalence de la maladie et blessures, on estime, en 2006, le nombre total de malades ou blessés au Mali à 2 435 028, dont 1 341 074 femmes et 1 093 954 hommes, soit respectivement 55 % contre 45 %. Cependant, ces chiffres cachent des disparités : En effet, on remarque qu'avec les 50 ans ou plus (37 %), ce sont les enfants de moins de 5 ans qui sont les plus fréquemment affectés par les maladies et blessures (25 %) ; Sur la base d'estimations de la population malienne effectuées par la DNSI, le nombre d'enfants de moins de 5 ans malades ou blessés s'élevait à 591 008 en 2006, soit un demi million d'enfants de moins de 5 ans malades ou blessés, dont 301 414 garçons et 289 594 filles.¹

Sur le plan des caractéristiques démographiques, on constate que la maladie est plus présente parmi les populations dont le ménage est dirigé par une femme (28 %) que parmi ceux qui ont, à leur tête, un homme (20 %).

Les résultats selon l'âge de la population montrent que les enfants de moins de cinq ans représentent 25 % des malades ou blessés et les 50 ans et plus 37 %. La classe d'âges la moins touchée par la maladie est celle des 5-14 ans (environ 10 %) (graphique 19.1). En ce qui concerne le lieu de résidence, on ne note pas d'écarts importants, la proportion étant d'environ 20 % quel que soit le milieu.

¹ Ces estimations sont basées sur une population de 5 977 889 hommes et 6 095 789 femmes au 1^{er} juillet 2006. Le nombre total d'enfants de moins de 5 ans était de 1 208 004 garçons et 1 165 521 filles. L'estimation de la population du Mali au 1^{er} juillet 2006 est basée sur les «Perspectives de la population résidente du Mali», Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI), Mali, février 2003, à partir des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

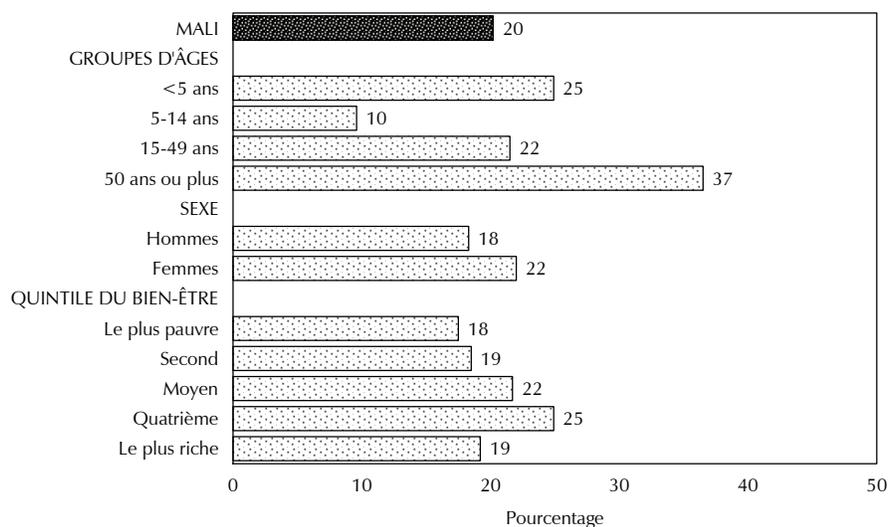
Tableau 19.1 Maladies et blessures

Pourcentage de malades ou de blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, et pourcentage de ménages dans lesquels il y'a eu au moins un malade ou un blessé au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Maladies et blessures parmi la population		Maladies et blessures dans les ménages	
	Pourcentage de malades ou de blessés au cours des 30 derniers jours	Effectifs des membres des ménages	Pourcentage de ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou un blessé au cours des 30 derniers jours	Effectifs de ménages
Chef de ménage				
Homme	19,5	5 936	25,7	3 829
Femme	27,6	553	26,7	498
Age				
< 5 ans	24,9	1 258	na	na
5-14 ans	9,6	1 957	na	na
15-49 ans	21,5	2 561	na	na
50 ans ou plus	36,5	711	na	na
Sexe				
Masculin	18,3	3 153	na	na
Féminin	22,0	3 335	na	na
Milieu de résidence				
Bamako	19,9	746	23,4	512
Autres Villes	19,9	975	21,5	806
Ensemble urbain	19,9	1 721	22,3	1 318
Rural	20,3	4 768	27,4	3 010
Région				
Kayes	21,2	1 352	41,2	590
Koulikoro	20,7	1 300	32,2	685
Sikasso	18,3	1 092	24,7	681
Ségou	19,3	1 032	24,2	732
Mopti	24,5	492	16,0	675
Tombouctou	18,8	217	16,5	235
Gao/Kidal	18,7	258	18,9	217
Bamako	19,9	746	23,4	512
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	17,5	1 116	22,1	766
Second	18,5	1 548	28,7	874
Moyen	21,7	1 498	30,2	916
Quatrième	24,9	1 047	24,4	923
Le plus riche	19,2	1 281	22,9	848
Ensemble	20,2	6 489	25,8	4 328

na = Non applicable

Graphique 19.1 Pourcentage de malades ou de blessés parmi la population selon l'âge, le sexe et le quintile du bien-être du ménage

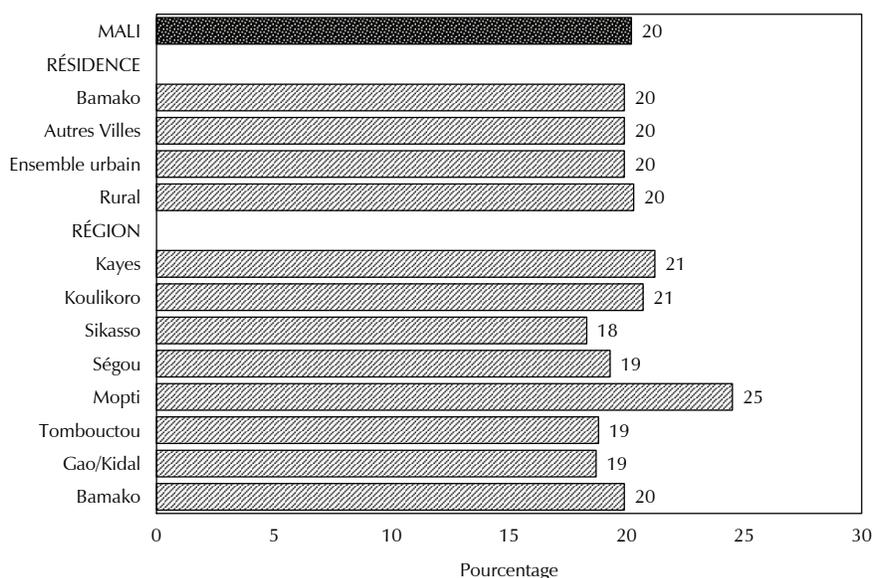


Note : Malades ou blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête

EDSM-IV 2006

Cependant, les résultats selon les régions font apparaître des écarts. En effet, la proportion de malades ou blessés varie d'un minimum de 18 % à Sikasso à un maximum de 25 % à Mopti qui compte cependant l'effectif de malades le plus faible (492 contre 1092 à Sikasso). Dans les quintiles de bien-être économique, on remarque que ce sont les populations des deux quintiles les plus pauvres (18 % et 19 %) et du plus riche (19 %) qui ont été les moins fréquemment affectées par la maladie ou les blessures (graphique 19.2).

Graphique 19.2 Pourcentage de malades ou de blessés parmi la population selon le milieu de résidence et la région



Note : Malades ou blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête

EDSM-IV 2006

Maladie dans les ménages

Les résultats présentés au tableau 19.1 font apparaître une situation relativement différente dans les ménages. En effet, 26 % des ménages maliens ont enregistré un malade ou un blessé au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête. C'est en milieu rural que cette proportion de malades dans les ménages est la plus élevée (27 % contre un minimum de 22 % dans les Autres Villes).

Dans les régions, on note que c'est dans celles de Kayes (41 %), Koulikoro (32 %) Sikasso (25 %) et Ségou (24 %) que la proportion de ménages comptant au moins un malade ou blessé au cours des 30 derniers jours est la plus élevée. À l'opposé, des régions comme Kayes (41 %), Koulikoro (32 %) Sikasso (25 %) et Ségou (24 %) comme Mopti (16 %) et Tombouctou (17 %) ont été moins concernées. Par ailleurs, il semble que les ménages du quintile moyen (30 %) et du second quintile (29 %) aient été plus affectés que les ménages appartenant au quintile le plus pauvre (22 %) et au quintile le plus riche (23 %).

19.1.2 Recours aux soins

19.1.2.1 Recours aux soins par les malades

Fréquentation des formations par les malades

On constate au tableau 19.2.1 que le recours aux soins reste faible pour les populations car en moyenne 43 % seulement des personnes malades ou blessées ont recherché des conseils ou traitement dans les formations sanitaires pour le premier et le deuxième recours.

En premier lieu, on constate que ce recours est relativement important parmi les malades dont le chef de ménage est une femme (44 %), parmi ceux âgés de 5 à 14 ans (45 %), ceux de sexe masculin (48 %) ou ceux vivant dans la capitale Bamako (59 %) ou globalement en milieu urbain (52 %). Par contre, le milieu rural n'enregistre que 39 % des malades qui ont demandé conseil ou traitement pour les deux recours.

Le recours aux soins ou taux d'utilisation des formations sanitaires varie peu avec l'âge du malade (entre 42 et 45 %). Seule la tranche d'âges de 5 à 14 ans se démarque des autres groupes d'âges puisque 46 % ont recherché des conseils ou traitement dans les formations sanitaires contre une moyenne de 43 %.

En outre, on constate que la capitale Bamako (59 %) et certaines régions comme Ségou (51 %) et Tombouctou (45 %) dépassent la moyenne nationale. Le plus faible taux de recours aux soins pour les malades est enregistré à Mopti (27 %). Seuls les malades appartenant au quintile le plus riche (59 %) ont eu un recours aux soins important, dans tous les autres, la proportion se situant à un niveau inférieur à la moyenne nationale, en particulier le quintile second (37 %) ce qui donne un écart de 5.4 points de pourcentage en dessous de cette moyenne.

Tableau 19.2.1 Recours aux soins: automédication et fréquentation des formations sanitaires par les malades

Parmi les malades ou blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, pourcentage de ceux qui ont pratiqué l'automédication, pourcentage de ceux qui ont recherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires, pourcentage de ceux qui ont pratiqué l'automédication ou ont recherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, pourcentage de ceux qui ont pratiqué l'automédication et ont recherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de malades qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de malades qui ont pratiqué l'automédication	Pourcentage de malades qui ont recherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de malades qui ont pratiqué l'automédication ou ont recherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de malades qui n'ont rien pratiqué (ni l'automédication, ni la recherche des conseils ou de traitements hors formation sanitaire)	Effectifs des personnes malades ou blessés au cours des 30 derniers jours
Chef de ménage						
Homme	42,8	65,3	9,6	68,0	8,3	1 160
Femme	44,0	51,9	11,0	56,3	13,9	153
Âge des malades						
< 5 ans	41,6	67,4	9,2	69,8	6,5	313
5-14 ans	45,5	61,9	12,8	65,8	8,7	187
15-49 ans	42,8	63,1	9,3	65,9	9,2	551
50 ans ou plus	42,9	61,8	9,2	65,1	11,5	260
Sexe						
Masculin	47,9	65,6	6,6	67,7	6,7	578
Féminin	39,0	62,3	12,3	65,9	10,7	735
Milieu de résidence						
Bamako	59,2	49,8	5,0	53,7	4,5	149
Autres Villes	47,2	55,8	9,9	58,0	15,6	194
Ensemble urbain	52,4	53,2	7,8	56,1	10,8	343
Rural	39,6	67,5	10,4	70,4	8,3	970
Région						
Kayes	41,0	67,9	11,7	71,3	7,5	286
Koulikoro	40,2	63,6	3,1	64,9	9,1	270
Sikasso	39,3	73,8	18,2	75,6	4,7	200
Ségou	51,1	71,7	11,4	74,3	1,9	200
Mopti	27,4	58,9	7,8	62,0	27,5	120
Tombouctou	45,2	41,9	5,4	47,2	21,3	41
Gao/Kidal	38,5	38,4	17,1	49,5	19,8	48
Bamako	59,2	49,8	5,0	53,7	4,5	149
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	38,4	64,3	7,6	66,1	9,3	195
Second	37,6	71,8	10,9	74,6	6,1	286
Moyen	41,2	73,1	11,4	76,5	7,4	325
Quatrième	38,8	53,0	9,4	57,4	15,8	260
Le plus riche	59,4	52,7	8,4	54,7	6,8	246
Ensemble	43,0	63,7	9,8	66,7	8,9	1 313

Automédication par les malades

On entend par automédication la faculté ou les dispositions prises volontairement par une personne pour se soulager ou pour se soigner au moyen de médicaments modernes ou autres produits sans aucun recours à un prescripteur agréé ou un conseil d'une autre personne.

Les résultats présentés au tableau 19.2.1 montrent que l'automédication est pratiquée par 64 % des malades, notamment ceux vivant dans un ménage dirigé par un homme (65 %), par les parents des malades de moins de 5 ans (67 %), les malades de sexe masculin (66 %), les malades vivant en milieu rural (68 %), ceux des régions de Sikasso (74 %), Ségou (72 %) et Kayes (68 %). Les quintiles qui

utilisent le plus fréquemment l'automédication sont le quintile moyen (73 %), le second quintile (72 %) et le plus pauvre (64 %). Dans le plus pauvre, cette proportion n'est que de 53 %.

Recherche de conseils ou traitement hors formation sanitaire par les malades

La recherche de conseils ou traitement hors des formations sanitaires a concerné, en moyenne, 10 % des malades, avec une prédominance parmi les malades vivant dans un ménage dirigé par une femme (11 %), parmi ceux âgés de 5 à 14 ans (13 %), ceux de sexe féminin (12 %), ceux vivant en milieu rural (10 %), dans les régions de Sikasso (18 %), Gao/Kidal (17 %), Kayes et Ségou (respectivement 12 % et 11 %). En outre, ce comportement est plus fréquent dans le second quintile et dans le moyen (11 % dans les deux cas)..

Automédication ou recherche de conseils ou traitement hors formation sanitaire par les malades

On peut remarquer que parmi les populations, il y a celles qui ont pratiqué l'automédication ou ont cherché des conseils hors formations sanitaires. Cette situation concerne environ 67 % des malades ou blessés. Cette proportion est élevée parmi les malades vivant dans un ménage dirigé par un homme (68 % contre 56 % quand le ménage est dirigé par une femme), parmi les malades âgés de moins de cinq ans (70 %), ceux de sexe masculin (68 %), ceux vivant en milieu rural (70 %) , les malades de la région de Sikasso (76 %) et les malades appartenant au quintile moyen (77 %).

Non recours aux soins par les malades

Les résultats montrent que parmi les populations malades, environ 9 % n'ont eu recours à aucun soin, et n'ont ni pratiqué l'automédication ni recherché de conseils hors formation sanitaires (tableau 19.2.1). Ces malades sont, en proportion, plus nombreux dans les ménages dirigés par une femme (14 %), parmi ceux âgés de plus de 50 ans (12 %), parmi les malades de sexe féminin (11 %), parmi ceux des régions de Mopti (28 %), Tombouctou (21 %), Gao/Kidal (20 %). Du point de vue de la résidence, c/ est à Bamako que la proportion de population qui n'a eu recours à aucun soin est la plus faible (5 %) ; par contre dans les autres villes, cette proportion est de 16 % et globalement en milieu urbain elle est de 11 % contre 8 % en rural. En outre, on note également que cette proportion est élevée dans le quatrième quintile (16 %).

19.1.2.2 Recours aux soins par les ménages

Fréquentation des formations par les ménages

Au tableau 19.2.2, on peut noter que le recours aux soins (1^{er} et 2^{ème}) dans les formations sanitaires (médecine moderne publique et privé) reste faible : 45 % des ménages seulement au niveau national.

Selon les caractéristiques sociodémographiques, on constate que ce recours aux soins a concerné plus de la moitié des ménages de la capitale Bamako (60 %) et de la région de Ségou (51 %) et dans l'ensemble urbain (54 %). Le recours aux soins est aussi relativement élevé dans les régions de Tombouctou et Koulikoro (46 %). Par contre, le recours aux soins est très faible en milieu rural (42 %) et dans les deux quintiles les plus pauvres (respectivement 38 % et 39 %).

Tableau 19.2.2 Recours aux soins: automédication et fréquentation des formations sanitaires par les ménages

Parmi les ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou blessé au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête, pourcentage de ménages qui ont cherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade, pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication, au moins pour un malade, pourcentage de ménages qui ont cherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires, au moins pour un malade, pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication ou ont cherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, au moins pour un malade, pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication et ont cherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, au moins pour un malade, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Pourcentage de ménages qui ont cherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication, au moins pour un malade	Pourcentage de ménages qui ont cherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication ou ont cherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Pourcentage de ménages qui n'ont pratiqué ni recherché des conseils pour un malade	Effectifs de ménages dans lesquels il y'a eu au mois un malade ou blessé au cours des 30 derniers jours
Chef de ménage						
Homme	44,8	66,7	10,7	69,7	9,0	984
Femme	45,3	55,6	12,6	60,7	14,3	133
Milieu de résidence						
Bamako	59,9	51,0	6,1	55,7	5,6	120
Autres villes	49,2	57,2	10,5	58,7	16,9	174
Ensemble urbain	53,6	54,7	8,7	57,5	12,3	294
Rural	41,8	69,2	11,7	72,5	8,7	824
Région						
Kayes	42,3	71,6	13,8	75,5	6,7	243
Koulikoro	45,7	64,8	3,7	66,4	9,9	221
Sikasso	42,9	77,1	19,5	78,3	5,0	168
Ségou	50,5	71,1	11,9	74,0	2,2	177
Mopti	27,4	57,5	7,9	60,3	30,6	108
Tombouctou	46,0	43,2	5,7	48,9	22,5	39
Gao/Kidal	40,6	42,2	19,3	54,4	20,8	41
Bamako	59,9	51,0	6,1	55,7	5,6	120
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	38,2	68,2	8,7	70,2	10,7	169
Second	39,2	72,2	11,7	75,4	6,6	251
Moyen	43,2	74,1	12,1	77,7	7,5	277
Quatrième	42,5	53,4	10,3	57,8	18,0	226
Le plus riche	63,1	55,4	10,6	58,0	6,0	195
Ensemble	44,9	65,4	10,9	68,6	9,6	1 117

Automédication par les ménages

L'automédication est une pratique courante puisqu'elle concerne, en moyenne, 65 % des ménage avec cependant une proportion plus élevée parmi les ménages ayant pour chef un homme (67 %), ceux du milieu rural (69 %) que ceux des centres urbains. C'est dans les régions de Sikasso (77 %), Kayes (72 %) et Ségou (71 %) que l'on enregistre les proportions les plus élevées de ménages qui ont pratiqué l'automédication.

L'automédication reste une pratique plus courante dans le quintile moyen (74 %) et dans le second quintile (72 %) plus que dans les deux quintiles les plus pauvres (43 % pour le quatrième et 55 % pour le plus pauvre)..

Recherche de conseils ou traitement hors formation sanitaire par les ménages

En moyenne 11 % des ménages ont recherché des soins ou traitement hors établissement sanitaire. Cette démarche a été plus fréquemment utilisée par les ménages dirigés par une femme (13 %), par ceux du milieu rural (12 %) et c'est dans les régions de Sikasso et Gao/Kidal (respectivement 20 % et 19 %) que l'on observe les proportions les plus élevées. Dans les quintiles, seul le plus pauvre se démarque avec seulement 9 % de ménages qui ont recherché des soins ou traitement hors établissement sanitaire contre un maximum de 12 % dans les quintiles second et moyen.

Automédication ou recherche de conseils ou traitement hors formation sanitaire par les ménages

L'automédication et la recherche de conseils hors formations sanitaires ont été utilisées, en moyenne, par 69 % des ménages enquêtés. Cette pratique est courante dans les ménages dirigés par un homme (70 %), parmi ceux du milieu rural (73 %), ceux des régions de Sikasso (78 %), Kayes (75 %) et Ségou (74 %) ; Onnote des écarts entre les quintiles, cette pratique ayant été plus utilisée par les ménages des 3 quintiles les plus pauvres que par les deux plus riches.

Non recours aux soins par les ménages

Dans environ 10 % des ménages on a eu aucun recours aux soins. Il semble qu'il existe une certaine « morbidité tolérée » par les ménages surtout par ceux dirigés par une femme (14 %), par ceux des autres villes (17 %) et globalement de l'ensemble urbain (12 %) comparativement à la capitale Bamako (6 %) et au milieu rural (9 %). Dans les régions, ce comportement semble plus fréquent dans les régions de Mopti (31 %), Tombouctou (23 %) et Gao/ Kidal (21 %). Cette situation est plus répandue parmi les ménages du quintile le plus pauvre (11 %) et parmi ceux du quatrième quintile (18 %).

19.2 DÉPENSES DE SANTÉ

19.2.1 Dépenses de santé par malade

Le tableau 19.3.1 présente les résultats concernant les dépenses supportées par les malades, qu'ils aient fréquenté ou non les formations sanitaires pour le premier et le deuxième recours. La dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours pour le premier et le deuxième recours s'élève à 12 977 FCFA.

On peut constater que cette moyenne varie fortement selon les caractéristiques socio démographiques ; en effet, elle est de 13 257 pour les malades dont le chef de ménage est un homme contre 10 850 FCFA pour les malades des ménages dont le chef est une femme.

Les écarts selon l'âge sont également très importants puisque parmi les enfants de moins de 5 ans, la dépense totale s'est élevée à 3 780 FCFA contre un maximum de 22 130 FCFA pour ceux de 50 ans ou plus. De plus, sauf pour les plus âgés, c'est pour le premier recours aux soins que la dépense totale moyenne par malade est la plus élevée. En effet, la dépense totale moyenne par malade ou blessé pour le premier recours est 5,4 fois supérieure pour les malades de 50 ans et plus que pour ceux âgés de moins de 5 ans.

Tableau 19.3.1 Dépenses de santé par malade				
Parmi les malades ou blessés au cours des 30 derniers jours, dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 1er recours et pour le 2nd recours) (en FCFA), dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 1er recours) (en FCFA), dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 2nd recours) (en FCFA), selon certaines caractéristiques sociodémographiques EDSM-IV Mali 2006				
Caractéristique	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 1er recours) et pour le 2nd recours) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 1er recours) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours (pour le 2nd recours) (en FCFA)	Effectifs de malades ou blessés au cours des 30 derniers jours
Chef de ménage				
Homme	13 257	11 874	1 383	1 160
Femme	10 850	8 764	2 086	153
Âge				
< 5 ans	3 780	3 552	229	313
5-14 ans	10 100	9 647	453	187
15-49 ans	14 862	12 992	1 870	551
50 ans ou plus	22 130	19 300	2 830	260
Sexe				
Masculin	15 873	13 893	1 980	578
Féminin	10 702	9 642	1 059	735
Milieu de résidence				
Bamako	27 084	22 180	4 904	149
Autres Villes	13 967	12 363	1 603	194
Ensemble urbain	19 652	16 618	3 034	343
Rural	10 616	9 706	909	970
Région				
Kayes	7 204	6 536	668	286
Koulikoro	14 575	13 759	816	270
Sikasso	13 615	12 107	1 507	200
Ségou	9 117	8 267	850	200
Mopti	11 705	10 574	1 131	120
Tombouctou	12 076	10 185	1 891	41
Gao/Kidal	12 055	10 016	2 039	48
Bamako	27 084	22 180	4 904	149
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	8 194	7 370	825	195
Second	12 033	10 873	1 160	286
Moyen	9 617	8 871	746	325
Quatrième	14 110	12 683	1 427	260
Le plus riche	21 133	17 812	3 321	246
Ensemble	12 977	11 512	1 465	1 313

Pour les dépenses du 2^{ème} recours, bien quelles ne soient pas très élevées, on remarque que l'on a consacré environ 12 fois plus de ressources aux adultes qu'aux enfants de moins de cinq ans. Concernant le deuxième recours aux soins qui indique *sans doute un degré de gravité de la maladie ou une insuffisance dans la prise en charge*, les résultats montrent que l'on a effectué 6 fois plus et 12 fois plus de dépenses pour les malades de plus de 50 ans que pour respectivement ceux de 5-14 ans et ceux de moins de 5ans

Selon le sexe du malade, on note que la dépense est un peu plus élevée pour les malades du sexe masculin que pour ceux de sexe féminin (15 873 FCFA contre 10 702 FCFA).

Un écart important est observé entre Bamako la capitale et le milieu rural (27 084 FCFA contre 10 616 FCFA), soit un rapport de 2,5. Dans les régions, on peut remarquer que cette dépense est très

faible à Kayes (7 204 FCFA) et Ségou (9 117 FCFA). Les régions de Koulikoro (14 575 FCFA) et Sikasso (13 615 FCFA) se caractérisent par des dépenses supérieures à la moyenne nationale. De même, dans les 4^{ème} et 5^{ème} quintile, cette dépense est aussi plus élevée que la moyenne nationale.

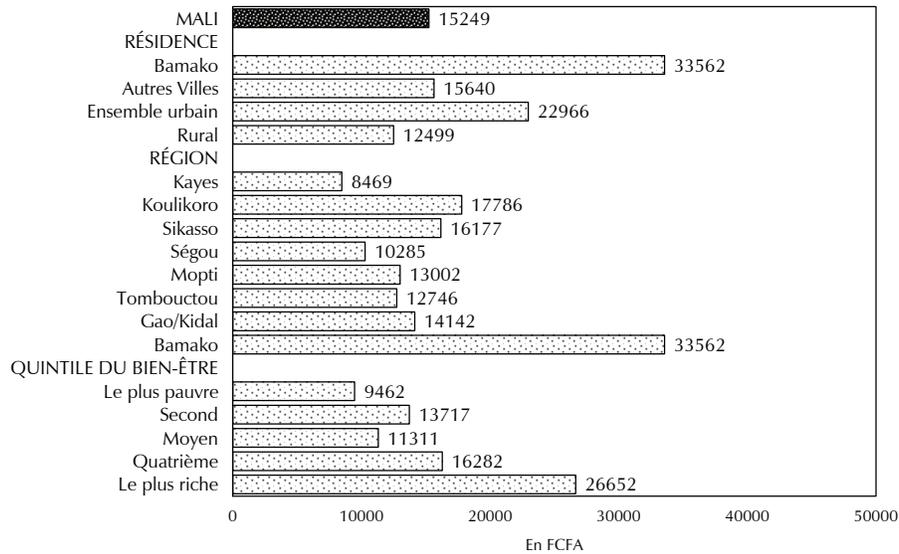
Les dépenses totales moyennes pour le 1^{er} et le 2^{ème} recours sont respectivement 11 512 FCFA et 1 465 FCFA. Les variations sont similaires à celles observées pour la dépense totale moyenne par malade. L'essentiel de cette dépense totale moyenne par malade est réalisé lors du premier recours soit 89 %.

19.2.2 Dépenses de santé des ménages

Le tableau 19.3.2 et le graphique 19.3 montrent que les ménages dans lesquels il y a eu, au moins, une personne malade ou blessée ont dépensé, en moyenne, 15 249 FCFA par ménage. Le nombre moyen de malades par ménage était de 1,2. On peut constater que l'essentiel de ces dépenses est effectué lors du 1^{er} recours pour 13 528 FCFA par ménage (soit 89 %), et seulement 1 721 FCFA au 2^{ème} recours, soit 11 % des dépenses.

Tableau 19.3.2 Dépenses de santé par ménage					
Parmi les ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou un blessé au cours des 30 derniers jours, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours, nombre moyen de personnes malades par ménage, EDSM-IV Mali 2006					
Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours (pour le [1er recours] et pour le [2nd recours]) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours (pour le 1er recours) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours (pour le 2nd recours) (en FCFA)	Nombre moyen de personnes malades par ménage	Effectifs de ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou blessé au cours des 30 derniers jours
Chef de ménage					
Homme	15 628	13 998	1 630	1,2	984
Femme	12 446	10 053	2 393	1,1	133
Milieu de résidence					
Bamako	33 562	27 485	6 077	1,2	120
Autres Villes	15 640	13 845	1 795	1,1	174
Ensemble urbain	22 966	19 420	3 546	1,2	294
Rural	12 499	11 428	1 071	1,2	824
Région					
Kayes	8 469	7 684	786	1,2	243
Koulikoro	17 786	16 790	996	1,2	221
Sikasso	16 177	14 386	1 791	1,2	168
Ségou	10 285	9 326	959	1,1	177
Mopti	13 002	11 746	1 256	1,1	108
Tombouctou	12 746	10 750	1 996	1,1	39
Gao/Kidal	14 142	11 749	2 392	1,2	41
Bamako	33 562	27 485	6 077	1,2	120
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	9 462	8 509	952	1,2	169
Second	13 717	12 395	1 322	1,1	251
Moyen	11 311	10 434	877	1,2	277
Quatrième	16 282	14 635	1 647	1,2	226
Le plus riche	26 652	22 464	4 188	1,3	195
Ensemble	15 249	13 528	1 721	1,2	1 117

Graphique 19.3 Dépenses de santé par ménage selon le milieu, la région de résidence et le quintile de bien-être



Note : Dépenses de santé effectuées par ménage pour les malades/blessés au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête

EDSM-IV 2006

Selon le statut du chef de ménage, on remarque que la dépense totale moyenne pour les deux recours pour les ménages dirigés par un homme est de 15 628 FCFA contre 12 446 FCFA pour ménages dirigés par une femme, soit 1,25 fois supérieure.

En milieu rural cette dépense est de 12 499 FCFA contre 22 966 FCFA en milieu urbain et 33 562 FCFA dans la capitale Bamako. Il existe une grande disparité dans les dépenses de santé des ménages selon les régions. En effet les ménages de Koulikoro (17 786 FCFA) et de Sikasso (16 177 FCFA) dépensent plus que la moyenne nationale qui est de 15 249 FCFA. La dépense la plus faible est enregistrée à Kayes (8 469 FCFA).

La hiérarchie des quintiles de bien-être économique est respectée dans les dépenses de santé des ménages, en effet, celles-ci augmentent au fur et à mesure qu'on va du quintile le plus pauvre (9 462 FCFA) vers le plus riche (26 652 FCFA) sauf pour le quintile moyen 11 311 FCFA.

IL existe un paradoxe pour le 2^{ème} quintile dont les dépenses (13 717 FCFA) sont plus élevées que celles du quintile moyen (11 311 FCFA), soit 1,21 fois plus élevées. L'écart entre le quintile le plus riche et le plus pauvre est de 17 190 FCFA, ce qui représente 1,12 fois la moyenne nationale (15 249 FCFA).

Pour les dépenses du premier et deuxième recours, on peut noter que 89 % des dépenses de santé des ménages sont effectuées lors du premier recours aux soins (13 528 FCFA). Néanmoins ces dépenses lors du 2^{ème} recours restent relativement élevées pour les ménages des second, quatrième et dernier quintiles.

Les ménages dirigés par un homme dépensent plus pour le premier recours que les femmes (13 998 FCFA contre 10 053 FCFA). La tendance est inversée en ce qui concerne le deuxième recours (1 630 FCFA contre 2 393 FCFA).

Au niveau régional, il est aisé de constater que l'essentiel des dépenses est effectué lors du premier recours, avec une importance relative à Koulikoro (16 790 CFA), Sikasso (14 386 FCFA), Gao/Kidal (11 749 FCFA), Mopti (11 746 FCFA) et la capitale Bamako (27 485 FCFA). Les dépenses de 2^{ème} recours restent néanmoins élevées dans la capitale Bamako (6 077 FCFA) et assez importantes dans les régions de Gao/Kidal (2 392 FCFA) Tombouctou (1 996 FCFA), (1791 FCFA) Sikasso et Mopti (1 256 FCFA). Ces régions à l'exception de Mopti, enregistrent des dépenses de 2^{ème} recours plus élevées que la moyenne nationale qui est de 1 721 FCFA.

19.2.3 Dépenses de santé des ménages par type

19.2.3.1 Dépenses de santé des ménages pour l'automédication

L'analyse du tableau 19.4 indique que la dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu une personne malade ou blessée et dans lequel on a pratiqué l'automédication au moins pour un malade est de 5 291 FCFA. Le nombre moyen de personnes malades qui ont pratiqué l'automédication est de 1,2.

Tableau 19.4 Dépenses de santé par ménage pour l'automédication et par prestataire

Parmi les ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou blessé au cours des 30 derniers jours, pourcentage de ménages qui ont pratiqué l'automédication, au moins pour un malade, et parmi les ménages qui ont pratiqué l'automédication, au moins pour un malade, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a pratiqué l'automédication au moins pour un malade, (en FCFA), dépense totale moyenne par ménage pour l'automédication par prestataire, nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont pratiqué l'automédication, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a pratiqué l'automédication au moins pour un malade (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage pour l'automédication par prestataire				Nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont pratiqué l'automédication	Effectif de ménages qui ont pratiqué l'automédication, au moins pour un malade
		Pharmacie	Vendeur de médicaments	Cueillette de plantes	Autres		
Chef de ménage							
Homme	5 388	3 045	1 065	938	318	1,2	656
Femme	4 427	3 172	636	136	482	1,1	74
Milieu de résidence							
Bamako	12 104	9 881	225	805	1 192	1,2	61
Autres Villes	6 539	2 624	1 205	2 702	7	1,2	99
Ensemble urbain	8 661	5 393	831	1 978	459	1,2	160
Rural	4 342	2 400	1 075	541	300	1,2	570
Région							
Kayes	2 022	898	558	184	331	1,1	174
Koulikoro	6 128	1 996	551	3 329	251	1,3	143
Sikasso	6 036	2 674	2 757	74	489	1,2	130
Ségou	4 253	3 528	227	385	113	1,2	126
Mopti	6 653	5 360	1 128	163	2	1,2	62
Tombouctou	2 699	2 389	310	0	0	1,0	17
Gao/Kidal	6 755	1 254	5 463	2	0	1,1	17
Bamako	12 104	9 881	225	805	1 192	1,2	61
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	4 561	3 253	661	120	481	1,2	115
Second	4 471	1 693	2 102	452	221	1,2	181
Moyen	3 463	2 291	648	455	69	1,2	205
Quatrième	6 464	3 485	1 118	1 274	513	1,2	121
Le plus riche	9 612	6 120	192	2 624	676	1,3	108
Ensemble	5 291	3 058	1 021	857	335	1,2	730

Cette dépense varie fortement en fonction des caractéristiques sociodémographiques, en effet, elle est de 5 388 FCFA pour les ménages dirigés par un homme contre 4 427 FCFA pour ceux dirigés par une femme, 4 342 FCFA en milieu rural contre 8 661 FCFA en milieu urbain et 12 104 FCA dans la capitale Bamako. Les régions dont les ménages dépensent beaucoup plus pour l'automédication sont Gao/ Kidal 6 755 FCFA, Mopti 6 653 FCFA, Koulikoro 6 128 FCFA et Sikasso 6 036 FCFA. Les ménages appartenant au quatrième quintile (6464 FCFA) et ceux appartenant au cinquième (9612 FCFA) dépensent plus que la moyenne nationale.

Dépenses de santé des ménages pour l'automédication par prestataire

L'expression prestataire utilisée ici signifie la source auprès de laquelle la personne qui pratique l'automédication s'approvisionne en médicaments modernes ou autres produits.

Suivant le tableau 19.4, la dépense totale moyenne par ménage dans lesquels il y a eu au moins une personne malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a pratiqué l'automédication est de 5 291 FCFA.

Pour l'automédication par prestataire, les ménages ont dépensé 3 058 FCFA en moyenne dans les pharmacies pour l'achat de médicaments. Les ménages ont utilisé 1 021 FCFA en moyenne auprès des vendeurs de médicaments (pharmacie par terre) enfin, ils ont dépensé respectivement 857 FCFA et 335 CFA pour l'acquisition des plantes et d'autres produits.

Toujours en fonction des prestataires, le montant de la dépense pour l'automédication varie beaucoup. A Bamako 82 % des dépenses pour l'automédication sont consacrées à l'achat de médicaments dans les pharmacies et 7 % pour la cueillette des plantes. En milieu rural, les ménages utilisent pour les dépenses de l'automédication plus la pharmacie 2 400 FCFA soit 55 % du total et 1 075 FCFA au niveau des vendeurs de médicaments, soit 25 %.

Dans les régions, l'essentiel des dépenses est réalisé auprès des pharmacies sauf pour Koulikoro où l'on a dépensé 3329 FCFA pour la Cueillette des plantes. Les régions de Gao/Kidal (5 463 FCFA) et Sikasso (2 757 FCFA) privilégient les vendeurs de médicaments. Tous les quintiles ont une dépense relativement élevée pour l'automédication notamment les quintiles 4 (6464 FCFA) et 5 (9612 FCFA) et utilisent prioritairement les pharmacies à des degrés divers par rapport aux autres sources.

Dépenses de santé des ménages pour l'automédication ou recherche de conseils hors formation sanitaire

Au tableau 19.5, la dépense totale de santé pour l'automédication ou recherche de conseils hors formation sanitaire est de 13 766 FCFA pour l'ensemble du pays. Cette dépense à Bamako (31 602 FCFA) est 2,3 fois plus élevée que la moyenne nationale, 2,8 fois que le milieu rural (11 208 FCFA). Elle est 2 fois plus élevée en milieu urbain (22 817 FCFA) qu'en milieu rural (11 208 FCFA). La dépense est paradoxalement plus élevée pour le quintile le plus riche (24 532 FCFA) que pour le quintile le plus pauvre qui ne dépense que 8 377 FCFA.

Tableau 19.5 Dépenses de santé par ménage pour l'automédication ou la recherche de conseils hors formations sanitaires

Parmi les ménages qui ont pratiqué l'automédication ou ont recherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours]), dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a pratiqué l'automédication ou recherché des conseils hors formations sanitaires au moins pour un malade (en FCFA), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a pratiqué l'automédication ou recherché de conseils hors formations sanitaires au moins pour un malade	Effectif de ménages qui ont pratiqué l'automédication ou ont recherché des conseils ou traitements hors formation sanitaire, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])
Chef de ménage		
Homme	13 929	686
Femme	12 379	81
Milieu de résidence		
Bamako	31 602	67
Autres Villes	17 055	102
Ensemble urbain	22 817	169
Rural	11 208	597
Région		
Kayes	5 970	184
Koulikoro	16 619	147
Sikasso	15 085	132
Ségou	10 003	131
Mopti	17 961	65
Tombouctou	6 436	19
Gao/Kidal	14 003	22
Bamako	31 602	67
Quintile du bien-être économique		
Le plus pauvre	8 377	119
Second	12 759	189
Moyen	10 577	215
Quatrième	16 074	130
Le plus riche	24 532	113
Ensemble	13 766	766

Dépenses de santé des ménages pour recherche de conseils hors formation sanitaire

Au tableau 19.6, on constate que les ménages qui ont recherché des conseils hors formation sanitaire ont dépensé, en moyenne, 8 408 FCFA principalement auprès des praticiens traditionnels (4 904 FCFA), guérisseurs et religieux (2 981 FCFA), et autres (2 010 FCFA) contre des montants plus faibles pour les pharmacies (433 FCFA) et les vendeurs de médicaments (89 FCFA).

Tableau 19.6 Dépenses de santé par ménage pour recherche de conseils hors formations sanitaires

Parmi les ménages qui ont cherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours]), dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y'a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a cherché des conseils hors formations sanitaires au moins pour un malade (en FCFA), dépense totale moyenne par ménage pour recherche de conseils hors formations sanitaires par prestataire, et nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont cherché conseils hors formations sanitaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y'a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et dans lesquels on a cherché des conseils hors formations sanitaires au moins pour un malade (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage pour recherche de conseils hors formations sanitaires par prestataire					Nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont cherché conseils hors formations sanitaires	Effectif de ménages qui ont cherché des conseils ou traitements hors formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le 1er recours ou pour le 2nd recours)
		Pharmacie	Vendeur de médicaments	Praticiens traditionnels	Guérisseurs religieux	Autres		
Chef de ménage								
Homme	9 260	409	103	5 291	3 456	1 990	1,2	105
Femme	3 061	581	6	2 475	0	2 134	1,1	17
Milieu de résidence								
Bamako	6 191	0	0	6 191	0	9 900	1,5	7
Autres villes	9 106	1 278	0	7 371	456	39	1,2	18
Ensemble urbain	8 265	910	0	7 030	325	2 885	1,2	26
Rural	8 446	306	113	4 339	3 688	1 777	1,1	96
Région								
Kayes	4 438	290	11	680	3 457	1 723	1,1	33
Koulikoro	17 536	1 670	0	15 865	0	4 375	1,0	8
Sikasso	9 470	359	13	6 412	2 686	1 932	1,3	33
Ségou	14 424	830	81	6 160	7 353	676	1,1	21
Mopti	3 104	0	766	2 337	0	18	1,1	9
Tombouctou	15 118	0	0	15 118	0	0	1,3	2
Gao/Kidal	1 304	0	229	556	519	0	1,3	8
Bamako	6 191	0	0	6 191	0	9 900	1,5	7
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	10 642	8	115	4 551	5 969	3 756	1,2	15
Second	12 447	133	18	3 961	8 336	1 363	1,1	29
Moyen	4 595	202	250	3 506	637	419	1,2	34
Quatrième	6 487	896	12	5 580	0	2 654	1,3	23
Le plus riche	9 433	1 016	0	8 014	402	3 541	1,2	21
Ensemble	8 408	433	89	4 904	2 981	2 010	1,2	122

19.2.3.2 Dépenses de santé des malades ayant fréquenté les formations sanitaires

Les données fournies par le tableau 19.7.1 montrent que l'importance des dépenses effectuées pour un malade qui a fréquenté une formation sanitaire pour le premier et le deuxième recours change fortement.

La dépense totale moyenne de santé par malade ayant fréquenté une formation sanitaire est de 21 082 FCFA. La dépense totale moyenne par malade ou blessé ayant fréquenté une formation sanitaire varie suivant les caractéristiques démographiques. Elle est plus élevée que la moyenne pour les malades des ménages dirigés par un homme (21 362 FCFA contre 19 009 FCFA. Pour ceux dirigés par les femmes).

Tableau 19.7.1 Dépenses de santé par malade dans les formations sanitaires (hors automédication)

Parmi les malades ou blessés qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours]) (en FCFA), dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire (pour le 1er recours) (en FCFA), dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire pour le 2nd recours) (en FCFA, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire (pour le [1er recours] et pour le [2nd recours]) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire (pour le 1er recours) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par malade ou blessé au cours des 30 derniers jours et qui a fréquenté une formation sanitaire (pour le 2nd recours) (en FCFA)	Effectif de malades ou blessés qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])
Chef de ménage				
Homme	21 362	18 518	2 845	497
Femme	19 009	14 293	4 716	67
Âge				
< 5 ans	6 688	6 185	504	130
5-14 ans	16 381	15 446	936	85
15-49 ans	23 337	19 671	3 666	236
50 ans ou plus	36 798	30 337	6 461	111
Sexe				
Masculin	25 650	21 835	3 815	277
Féminin	16 674	14 328	2 346	287
Milieu de résidence				
Bamako	36 411	28 120	8 291	88
Autres Villes	20 503	17 248	3 255	92
Ensemble urbain	28 286	22 567	5 719	180
Rural	17 711	15 884	1 827	384
Région				
Kayes	12 417	11 056	1 361	117
Koulikoro	25 965	24 067	1 898	108
Sikasso	20 557	18 052	2 505	79
Ségou	9 616	7 986	1 631	102
Mopti	29 358	25 282	4 076	33
Tombouctou	22 264	19 880	2 384	18
Gao/Kidal	24 069	18 994	5 076	19
Bamako	36 411	28 120	8 291	88
Quintile du bien-être économique				
Le plus pauvre	12 223	10 580	1 643	75
Second	20 749	17 867	2 883	108
Moyen	16 165	14 613	1 552	134
Quatrième	26 386	23 657	2 729	101
Le plus riche	26 728	21 165	5 563	146
Ensemble	21 082	18 015	3 067	564

Selon l'âge des malades, les résultats montrent que l'on dépense moins pour les enfants de moins de cinq ans (6 688 FCFA) que pour ceux de plus de 50 ans (36 798 FCFA). En fonction du sexe du malade, le rapport est de 1,5 en faveur des malades du sexe masculin. De même, ce rapport est de 2,1 en faveur des malades de la capitale Bamako (36 411 FCFA contre 17 711 FCFA en zone rurale).

Dans les régions, malgré la relative faiblesse des effectifs des régions nord, les dépenses n'en demeurent pas moins élevées. La région où l'on dépense le plus est celle de Mopti (29 358 FCFA contre 9 616 FCA à Ségou). On dépense moins dans le quintile le plus pauvre (12 223 CFA) que dans le quintile le plus riche (26 728 FCFA). Les dépenses de premier recours s'élèvent à 18 015 FCFA contre 3 067 FCFA pour le deuxième recours avec sensiblement les mêmes types de variation.

19.2.3.3 Dépenses de santé des ménages ayant fréquenté les formations sanitaires

Le tableau 19.7.2 montre qu'en moyenne 1,2 malade par ménages ont fréquenté une formation sanitaire. La dépense totale moyenne par ménage dans lesquels il y eu au moins un malade pour le 1^{er} et 2^{ème} recours qui ont fréquenté une formation sanitaire s'établit à 23 709 FCFA. La dépense totale moyenne au premier recours par ménage dans lesquels il y a eu au moins un malade pour le premier recours et qui a fréquenté une formation sanitaire est de 20 260 FCFA ; elle est de seulement 3450 FCFA pour le deuxième recours.

La dépense totale moyenne pour les malades qui ont fréquenté une formation sanitaire varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Selon le milieu de résidence, on note que cette dépense est de 32 340 FCFA en milieu urbain contre 19 767 FCFA en milieu rural et de 44 577 FCFA dans la capitale Bamako.

Toujours dans le tableau 19.7.2 on note une nette différence entre les régions dans lesquelles la dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée et qui a fréquenté une formation sanitaires pour le 1^{er} et le 2^{ème} recours.

En effet, les régions de Ségou (10 979 FCFA) et Kayes (14 133 FCFA), Tombouctou (23 120 FCFA), Sikasso (22 395 FCFA) ont une dépense qui est inférieure à la moyenne nationale (23 709 FCFA), alors que, Gao/Kidal (26 754 FCFA) et Koulikoro (27 826 FCFA), Mopti (32 574 FCFA) dépensent plus que cette moyenne nationale.

Du point de vue des quintiles du bien être économique, les dépenses totales moyennes pour les deux recours varient de 14 192 FCFA dans les ménages du quintile le plus pauvre à 31 743 FCFA dans les ménages du quintile le plus riche.

Pour les dépenses du 1^{er} recours, on constate qu'elles elles sont assez élevées dans les régions de Koulikoro (25 792 FCFA), Mopti (28 052 FCFA) dans la capitale Bamako (34 427 FCFA) et en milieu urbain (25 802 FCFA). Pour les dépenses du 2^{ème} recours, elles sont relativement importantes à Bamako (10 150FCFA), Gao/ Kidal (5 642 FCFA), Mopti (4 522 FCFA) et la région de Sikasso (2 729 FCFA).

Tableau 19.7.2 Dépenses de santé par ménage dans les formations sanitaires (hors automédication)

Parmi les ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le 1er recours) (en FCFA), dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le 2nd recours) (en FCFA), nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont fréquenté une formation sanitaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le [1er recours] et pour le [2nd recours]) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le 1er recours) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le 2nd recours) (en FCFA)	Nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont fréquenté une formation sanitaire	Effectif de ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])
Chef de ménage					
Homme	24 050	20 848	3 203	1,2	441
Femme	21 210	15 948	5 262	1,3	60
Milieu de résidence					
Bamako	44 577	34 427	10 150	1,3	72
Autres Villes	22 046	18 546	3 500	1,2	85
Ensemble urbain	32 340	25 802	6 539	1,2	157
Rural	19 767	17 728	2 039	1,2	344
Région					
Kayes	14 133	12 584	1 549	1,3	103
Koulikoro	27 826	25 792	2 034	1,2	101
Sikasso	22 395	19 666	2 729	1,2	72
Ségou	10 979	9 118	1 862	1,2	89
Mopti	32 574	28 052	4 522	1,2	30
Tombouctou	23 120	20 645	2 476	1,1	18
Gao/Kidal	26 754	21 112	5 642	1,3	17
Bamako	44 577	34 427	10 150	1,3	72
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	14 192	12 285	1 907	1,2	65
Second	22 699	19 546	3 154	1,2	98
Moyen	18 134	16 393	1 741	1,2	120
Quatrième	27 817	24 940	2 877	1,2	96
Le plus riche	31 743	25 136	6 607	1,3	123
Ensemble	23 709	20 260	3 450	1,2	501

Dépenses de santé des ménages ayant fréquenté les formations sanitaires par type de dépense

L'examen du tableau 19.8 montre que la dépense totale moyenne par ménage ayant fréquenté une formation qui est de 23 709 FCFA se répartit comme suit : 2 718 FCFA sont consacrés en moyenne au transport, 6 201 FCFA à la Consultation et aux Soins, 13 275 FCFA aux médicaments examens et autres produits prescrits et 1 515 FCFA aux frais d'hospitalisations.

Tableau 19.8 Dépenses de santé par ménage dans les formations sanitaires (hors automédication) par type de dépense

Parmi les ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il ya eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade, dépense totale moyenne par ménage ayant fréquenté les formations sanitaires par type de dépense, et nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont fréquenté une formation sanitaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il ya eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le [1er recours] et pour le [2nd recours]) (en FCFA)	Dépense totale moyenne par ménage ayant fréquenté formations sanitaires par type de dépense				Nombre moyen de personnes malades par ménage qui ont fréquenté une formation sanitaire	Effectif de ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])
		Transport lieu des soins	Consulta-tion et soins	Médica-ments, examens et autres produits prescrits	Hospitalisa-tion		
Chef de ménage							
Homme	24 050	2 296	6 105	13 956	1 693	1,2	441
Femme	21 210	5 819	6 902	8 281	208	1,3	60
Milieu de résidence							
Bamako	44 577	5 686	11 471	21 950	5 470	1,3	72
Autres Villes	22 046	2 928	3 381	15 575	163	1,2	85
Ensemble urbain	32 340	4 188	7 077	18 487	2 588	1,2	157
Rural	19 767	2 047	5 801	10 894	1 025	1,2	344
Région							
Kayes	14 133	1 529	1 828	10 348	428	1,3	103
Koulikoro	27 826	2 344	7 904	15 198	2 380	1,2	101
Sikasso	22 395	2 822	5 658	13 435	480	1,2	72
Ségou	10 979	1 921	1 615	7 362	81	1,2	89
Mopti	32 574	2 327	18 885	10 672	690	1,2	30
Tombouctou	23 120	1 397	4 930	15 674	1 120	1,1	18
Gao/Kidal	26 754	5 469	5 886	15 399	0	1,3	17
Bamako	44 577	5 686	11 471	21 950	5 470	1,3	72
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	14 192	1 368	2 283	9 885	657	1,2	65
Second	22 699	2 390	5 382	14 666	262	1,2	98
Moyen	18 134	1 475	7 035	9 061	563	1,2	120
Quatrième	27 817	3 654	6 797	14 955	2 410	1,2	96
Le plus riche	31 743	4 171	7 643	16 731	3 197	1,3	123
Ensemble	23 709	2 718	6 201	13 275	1 515	1,2	501

L'hospitalisation étant un phénomène relativement rare les données que nous retiendrons sont celles du niveau national en raison des faibles effectifs observés dans les ménages. On peut remarquer que l'essentiel des dépenses est consacré à l'achat de médicaments et autres produits prescrits et à la consultation pour soins.

Dépenses de santé des ménages par prestataire

On constate dans le tableau 19.9 que sur 23 709 FCFA, les ménages dépensent plus dans les formations sanitaires publiques (étatiques et centres de santé communautaires) 20 508 FCFA que dans les structures privées (3 201 FCFA), ceci quelque soit les caractéristiques sociodémographiques du ménage.

Tableau 19.9 Dépenses de santé par ménage dans les formations sanitaires (hors automédication) par différents prestataires

Parmi les ménages qui ont cherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade, dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y'a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade, dépense totale moyenne par ménage pour conseil ou traitement en formation sanitaire par secteur médical et type de prestataire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Dépense totale moyenne par ménage dans lequel il y'a eu au moins une personne malade ou blessée au cours des 30 derniers jours et qui ont fréquenté une formation sanitaire pour le malade (pour le [1er recours] et pour le [2nd recours]) (en FCFA)	Type de prestataire							Effectif de ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires, au moins pour un malade (pour le 1er recours ou pour le 2nd recours)	
		Secteur médical		Hôpital	CSREF	CSCOM/ CSCAR	Clinique privée/ cabinet privé	Visite a domicile (domicile du professionnel ou domicile du malade)		Autre public ou privé
		Public	Privé							
Chef de ménage										
Homme	24 050	21 272	2 778	9 054	4 052	6 615	2 059	509	2 390	441
Femme	21 210	14 905	6 305	1 543	3 309	3 310	5 704	472	6 872	60
Milieu de résidence										
Bamako	44 577	32 907	11 670	13 224	7 869	4 935	10 782	298	8 811	72
Autres villes	22 046	20 034	2 012	8 678	3 097	6 923	1 827	154	2 409	85
Ensemble urbain	32 340	25 915	6 425	10 755	5 277	6 015	5 918	220	5 334	157
Rural	19 767	18 038	1 728	6 963	3 363	6 312	933	635	1 828	344
Région										
Kayes	14 133	13 257	877	3 959	1 640	6 219	400	419	1 497	103
Koulikoro	27 826	26 174	1 651	13 758	5 128	5 854	1 065	97	1 938	101
Sikasso	22 395	17 914	4 481	6 056	805	10 187	2 522	1 924	2 009	72
Ségou	10 979	10 960	20	2 530	1 573	4 383	20	0	2 473	89
Mopti	32 574	29 642	2 932	4 735	16 822	7 932	1 597	1 335	1 134	30
Tombouctou	23 120	22 273	847	18 842	456	2 144	847	0	831	18
Gao/Kidal	26 754	21 793	4 961	12 101	1 747	7 945	4 924	37	4 233	17
Bamako	44 577	32 907	11 670	13 224	7 869	4 935	10 782	298	8 811	72
Quintile du bien-être économique										
Le plus pauvre	14 192	12 412	1 780	2 562	1 355	5 885	393	920	3 603	65
Second	22 699	20 954	1 746	6 815	910	12 349	590	935	1 671	98
Moyen	18 134	16 662	1 472	10 662	997	4 245	874	599	770	120
Quatrième	27 817	25 304	2 513	8 970	9 324	4 998	2 419	60	2 784	96
Le plus riche	31 743	24 411	7 332	9 086	6 484	4 356	6 767	198	5 789	123
Ensemble	23 709	20 508	3 201	8 152	3 963	6 219	2 496	505	2 928	501

Les résultats selon le lieu de résidence montrent que les ménages de Bamako (32 907 FCFA) et du milieu urbain (25 915 FCFA) dépensent plus que la moyenne nationale (20 508 FCFA) dans les formations publiques. Les régions, de Koulikoro (26 174 FCA), Mopti (29 642 FCFA), Tombouctou (22 273 FCFA) et Gao/Kidal (21 793 FCFA) dépensent aussi plus que la moyenne nationale dans les structures publiques. En fonction du statut socioéconomique du ménage, on constate que ceux des deux quintiles les plus riches (31743 FCFA et 27817) dépensent aussi plus que la moyenne nationale qui est de 23 709 FCFA.

Les dépenses de santé des ménages sont effectuées pour 34 % dans les formations hospitalières, 26 % dans les centres de santé communautaires, 17 % dans les CSREF le reste étant reparti entre les autres formations publiques ou privées et les visites à domicile.

Selon les caractéristiques sociodémographiques, on remarque que les ménages dirigés par les hommes dépensent plus que la moyenne (8 152 CFA) dans les hôpitaux soit 9 054 FCFA, il en est de même pour les ménages vivant à Bamako (13 224 FCFA), les autres villes (8 678 FCFA), le milieu urbain (10 755 FCFA), dans les régions de Tombouctou (18 842 FCA), Gao/Kidal (12 101 FCFA) et dans les quintiles moyen (10 662 FCFA), quatrième (8 970 FCFA) et le quintile le plus riche (9 086 FCFA). Dans la région de Tombouctou, les ménages dépensent 2,3 fois plus que la moyenne nationale.

Cette remarque reste valable pour le CSREF à la différence des Autres Villes, des régions de Tombouctou, Gao/Kidal et le quintile moyen pour lesquels les dépenses sont inférieures à la moyenne nationale (3 963 FCFA). Il existe une particularité dans la région de Mopti où l'on dépense 16 822 FCA soit 4,2 fois plus que la moyenne nationale dans le CSREF.

Pour les Centres de Santé Communautaires, les ménages dirigés par un homme (6 615 FCFA), ceux vivant dans les Autres villes (6 923 FCFA), les régions de Sikasso (10 187 FCA), Mopti (7 932 FCFA) et dans le second quintile (12 349 FCFA) dépensent beaucoup plus que la moyenne nationale (6 219 FCFA). En ce qui concerne les cliniques et cabinets privés, la dépense moyenne nationale est de 2 496 FCFA, les ménages vivant à Bamako (10 782 FCFA), dans le milieu urbain (5 918 FCA), dans les régions de Sikasso (2 522 FCFA), de Gao/Kidal (4 924 FCFA) et ceux appartenant au quintile le plus riche (6 767 FCFA) dépassent cette moyenne.

On peut conclure que la santé communautaire a trouvé son chemin dans le cadre de la politique de santé et demeure le second type de formation sanitaire où les populations dépensent le plus pour les premiers recours des soins de santé de base. L'Hôpital et le CSREF continuent d'enregistrer les dépenses de santé de premier recours au détriment du CSCOM. Il convient de réfléchir aux stratégies d'orientation de recours des malades pour une rationalisation du système de santé et une plus grande efficacité dans la productivité des structures de santé.

19.3 SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE

Le tableau 19.10 et le graphique 19.4 indiquent que 71 % des ménages ont payé pour un malade au 1^{er} et 2^{ème} recours.

Plusieurs scénarios s'offrent aux ménages pour faire face aux dépenses de santé et le plus privilégié est le paiement sur les salaires ou argent disponible à la maison 59 %, dans 17 % des ménages on a vendu des biens ou actifs pour effectuer leur dépenses de santé, à peu près 8 % ont eu recours à l'épargne et à l'emprunt sans intérêt. Les autres sources et l'emprunt avec intérêt sont peu utilisés pour financer les dépenses de santé.

Selon les caractéristiques sociodémographiques on remarque en milieu rural que la vente de biens ou actifs 22 % a contribué aux dépenses de santé plus qu'en milieu urbain 6 %.

Au niveau des régions, on note qu'un ménage sur quatre à Sikasso et un peu moins à Ségou ont procédé à la vente de biens et d'actifs pour supporter les dépenses de santé. Il en est de même pour les ménages du quintile le plus pauvre (27 %). A Tombouctou, 27 % des ménages ont eu recours à l'épargne pour faire face aux dépenses de santé.

Tableau 19.10 Source de financement des dépenses de santé

Parmi les ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou un blessé au cours des 30 derniers jours, pourcentage de ménages qui ont payé en argent au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours]), et parmi les ménages qui ont payé en argent au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours]), pourcentage de ménages par source de financement des dépenses de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-IV Mali 2006

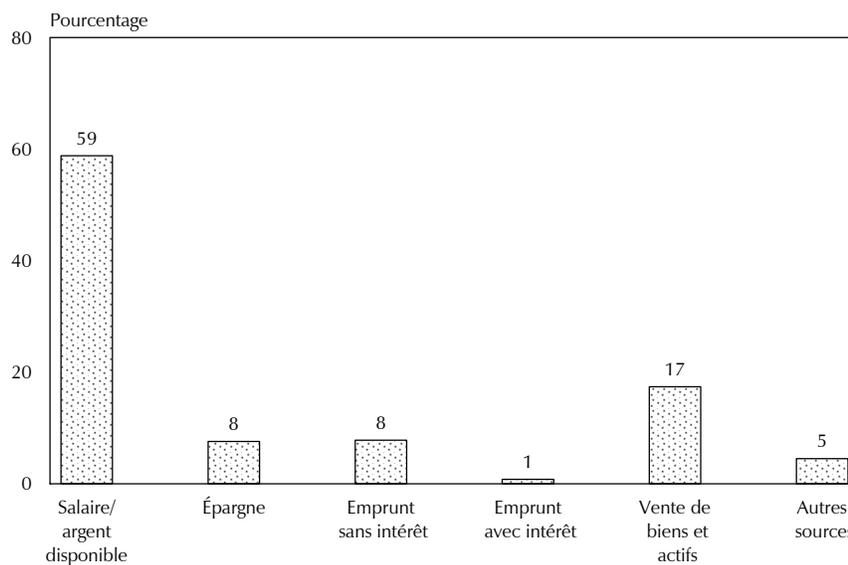
Caractéristique	Pourcentage de ménage qui ont payé en argent au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])	Effectifs de ménages dans lesquels il y a eu au moins un malade ou un blessé au cours des 30 derniers jours	Pourcentage de ménages pour lesquels la source de financement des dépenses de santé est :						Effectif de ménage qui ont payé en argent au moins pour un malade (pour le [1er recours] ou pour le [2nd recours])
			Salaire/argent disponible	Epargne	Emprunt sans intérêt	Emprunt avec intérêt	Vente des biens ou actifs	Autres sources	
Chef de ménage									
Homme	71,8	984	57,9	7,7	7,9	0,9	18,3	4,9	706
Femme	67,3	133	65,8	6,6	7,1	0,0	10,2	1,2	89
Milieu de résidence									
Bamako	78,9	120	73,6	7,6	5,5	0,0	6,6	4,3	95
Autres Villes	69,5	174	80,0	5,2	10,9	0,6	4,9	1,4	121
Ensemble urbain	73,3	294	77,2	6,3	8,5	0,3	5,7	2,7	215
Rural	70,5	824	52,0	8,1	7,6	0,9	21,7	5,2	581
Région									
Kayes	70,9	243	62,5	4,6	6,9	0,0	14,4	1,4	173
Koulikoro	72,5	221	63,6	7,8	2,7	0,4	13,9	5,2	160
Sikasso	73,3	168	47,3	5,6	15,4	0,7	24,7	4,1	123
Ségou	80,5	177	48,3	7,5	13,7	3,2	23,8	9,4	142
Mopti	53,5	108	57,0	12,7	3,3	0,0	20,8	4,4	58
Tombouctou	60,0	39	57,4	26,7	0,0	0,0	19,5	0,0	23
Gao/Kidal	52,7	41	71,2	8,1	1,5	0,8	18,5	0,2	22
Bamako	78,9	120	73,6	7,6	5,5	0,0	6,6	4,3	95
Quintile du bien-être économique									
Le plus pauvre	70,5	169	44,2	8,4	7,2	2,7	26,5	3,1	119
Second	69,8	251	52,1	7,8	8,6	0,4	21,9	5,6	175
Moyen	69,0	277	54,7	7,3	7,4	0,0	20,1	6,7	191
Quatrième	65,3	226	63,7	9,4	6,6	1,5	16,0	2,9	147
Le plus riche	83,7	195	77,1	5,5	9,0	0,0	3,8	3,2	163
Ensemble	71,2	1 117	58,8	7,6	7,8	0,8	17,4	4,5	796

On peut remarquer que 29 % des ménages n'ont pas payé les soins. Les ménages du milieu rural, de la région de Ségou et Sikasso faisant partie de la zone de pauvreté n°1 au Mali et les ménages du quintile le plus pauvre sont obligés de se décapitaliser pour subvenir aux dépenses de santé. Il reste donc posé le problème du financement de ces dépenses de santé pour les pauvres et les personnes indigentes dans un contexte d'équité.

Cette analyse a mis en évidence que la fréquentation des formations sanitaires est beaucoup tributaire de cette forte propension à l'automédication et/ou la recherche de conseils hors formation sanitaire. Les ménages semblent attacher aussi plus d'importance «aux vertus curatives» du médicament et de crédibilité aux conseils des tradipraticiens. Les fortes sommes consacrées à ce phénomène selon le milieu de résidence, les régions et les quintiles de bien être économique démontrent à suffisance qu'il doit être étudié très profondément dans le cadre de l'analyse des politiques si l'on veut promouvoir voir renforcer le système de soins et sa pérennisation dans le cadre de la politique actuelle de santé.

Toute politique de santé doit intégrer le fait que pour faire face aux dépenses de santé, 26 % des ménages du Mali se sont trouvés dans l'obligation de vendre leurs actifs ou d'emprunter de l'argent pour se soigner dans un contexte de pauvreté.

Graphique 19.4 Pourcentage de ménages qui ont effectué des dépenses de santé en argent par source de financement



EDSM-IV 2006

RÉFÉRENCES

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

Coulibaly, S., F. Dicko, S.M. Traoré, O. Sidibé, M. Seroussi et B. Barrère. 1996. *Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996*. Calverton, Maryland, USA : Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro International Inc.

DeMaeyer, E.M. et al. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care : A guide for health administrators and program managers*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Gwatkin, D.R., S. Rutstwin, K. Johnson, R.P. Pande, et A. Wagstaff. 2000. *Socio-economics differences in health, nutrition and poverty*. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington, D.C. : The World Bank.

Maïga, M.Y. et al. 1993. Étude de la séroprévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Mali sur 3496 sérums. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique et de ses Filiales* 86 : 16-20.

Sullivan, J.M., G.T. Bicego, et S.O. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data for the direct estimate of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. In *Assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports No.1. Columbia, Maryland : Institute for Resource Development /Macro Systems Inc.

Traoré, B., M. Konaté et C. Stanton. 1989. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*. Columbia, Maryland: Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Trussel, J., et G. Rodriguez. 1990. A note on the Sisterhood Estimate of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning* 21(6) : 344-346.

WHO Multicenter Growth Reference Study Group. 2006. *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, and body mass index-for-age : Methods and development*. Genève : World Health Organization.

Yip, R. 1994. Changes in iron metabolism with age. In *Iron metabolism in health and disease*, ed. J.H. Brock, J. Halliday et L. Powell. London : W.B. Sanders, 427-448.

A.1 INTRODUCTION

La quatrième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-IV) fait suite à celles réalisées en 1987, 1995 et 2001. Elle a visé un échantillon national d'environ 12.000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 4.000 hommes âgés de 15 à 59 ans. Comme les trois enquêtes précédentes, elle a pour principal objectif de recueillir des informations sur les taux de fécondité, de mortalité infantile et infanto-juvénile ; sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ; et sur la connaissance et attitude vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles et le SIDA. Les résultats de l'enquête sont présentés séparément pour le Mali, pour la capitale Bamako, pour l'ensemble du milieu urbain et le milieu rural, et pour 8 régions administratives.

Une enquête auprès des hommes a été également menée au moment de l'enquête auprès des femmes. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un sur trois ont été sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans dans les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes ont été interviewés pour recueillir des informations sur leur connaissance et utilisation des méthodes contraceptives, et sur leur connaissance et attitude vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles et le SIDA. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans ce sous échantillon sont également éligibles pour le test du VIH.

A.2 BASE DE SONDAGE

La Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) dispose d'un fichier des sections d'énumération (SE) qui ont été créées pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat effectué au Mali en 1998 (RGPH 1998). Ce fichier a été retenu comme base de sondage pour l'EDSM-IV. Ce même fichier avait été utilisé comme base de sondage pour l'EDSM-III. En général, une SE consiste en plusieurs composants : plusieurs villages dans le milieu rural ou plusieurs quartiers dans le milieu urbain, avec le nom de localité, le type de résidence, le type de ménages et leur population pour chaque composant. Mais il existe aussi des SE qui regroupent plusieurs types de composants : dans une SE, il y a des quartiers urbains et des villages ruraux, des ménages sédentaires, des ménages nomades et des ménages collectifs. Ceci rend difficile la définition du type de résidence. Plusieurs décisions ont été prises pour l'EDSM-IV : enlever les composants nomades et collectifs pour toutes les SE qui ont des types de ménages multiples ; définir le type de résidence en référant la proportion d'habitants en majeure. Une SE est définie comme milieu urbain si elle comprend plus de 50 % de population urbaine ; sinon, elle est définie comme milieu rural. Un fichier de 13.149 SE a été établi à partir de la base de recensement. Il comporte des informations sur la localisation et le type de résidence pour chacune des SE; il comporte aussi une mesure de la taille pour chacune des SE, la taille étant la population sédentaire recensée en 1998. La population nomade et collective exclue de la base ne représente que 1 % de la population totale du pays. Le tableau suivant présente la répartition de la population par région et par milieu de résidence à l'intérieur de chaque région. Au Mali en 1998, 27 % de la population habitait dans le milieu urbain.

Tableau A.1 Répartition de la population par région et par milieu de résidence (RGPH 1998)

Région	Population par région et par milieu			Proportion urbaine	Proportion région
	Urbain	Rural	Ensemble		
Kayes	254 164	1 120 152	1 374 316	0,185	0,140
Koulikoro	253 264	1 317 243	1 570 507	0,161	0,160
Sikasso	385 857	1 396 300	1 782 157	0,217	0,182
Ségou	297 597	1 377 760	1 675 357	0,178	0,171
Mopti	196 487	1 282 017	1 478 504	0,133	0,151
Tombouctou	93 538	383 255	476 793	0,196	0,049
Gao	134 283	260 311	394 594	0,340	0,040
Kidal	13 930	28 456	42 386	0,329	0,004
Bamako	1 016 296	-	1 016 296	1,000	0,104
Ensemble	2 645 416	7 165 494	9 810 910	0,270	1,000

A.3 ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDSM-IV est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la SE telle que définie au recensement de 1998. Au Mali, il y a 9 régions administratives, chaque région est constituée par un nombre de Cercles. Il y a 49 cercles identifiés dans 8 régions, plus les 6 communes de Bamako qui sont considérées comme des cercles ; au total, nous avons identifié 55 cercles. Chaque cercle a été séparé en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 410 SE ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille; la taille étant la population recensée en 1998. Un dénombrement des ménages dans chaque SE sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, les grandes SE ont été divisées en segments dont un seul a été retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de la SE.

Les 410 SE ont été d'abord allouées pour chaque région avec une allocation non proportionnelle car les tailles des régions sont très différentes. L'allocation de l'échantillon avait aussi pris en compte d'intégrer une évaluation dans deux régions (Sikasso et Mopti) sur les effets du programme KENEYA CIWARA mené par l'USAID. La région de Mopti (cercle Bandiagara) a été sur échantillonnée à cette fin. Les trois régions du Nord Tombouctou, Gao et Kidal ont aussi été sur échantillonnées car leurs tailles sont trop petites. Le sur échantillonnage à Tombouctou et Gao nous a permis de produire tous les indicateurs principaux avec une précision raisonnable, tandis que le sur échantillonnage à Kidal n'en a permis de produire que des indicateurs de niveau moyen. De plus, parmi les 14 grappes sélectionnées à Kidal, seulement 11 grappes ont été enquêtées. En décidant de sélectionner 30 ménages par grappe dans le milieu urbain et 36 ménages dans le milieu rural, le tableau A.2 suivant présente la répartition de l'échantillon grappe et les nombres de ménages sélectionnés par région et par milieu de résidence. Parmi les 410 SE, 147 sont situées dans le milieu urbain et 263 dans le milieu rural. Le nombre total de ménages tirés est 13.878 dont 4.410 situés dans le milieu urbain et 9.468 dans le milieu rural.

Tableau A.2 Allocation de l'échantillon grappe et de ménage par région et par milieu de résidence

Région	Allocation de SE			Nombre de ménages tirés		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Kayes	12	34	46	360	1 224	1 584
Koulikoro	12	34	46	360	1 224	1 584
Sikasso	18	50	68	540	1 800	2 340
Ségou	12	34	46	360	1 224	1 584
Mopti	17	58	75	510	2 088	2 598
Tombouctou	8	24	32	240	864	1 104
Gao	11	20	31	330	720	1 050
Kidal	5	9	14	150	324	474
Bamako	52	-	52	1 560	-	1 560
Ensemble	147	263	410	4 410	9 468	13 878

Les grappes allouées pour chaque région sont ensuite allouées proportionnellement à chaque strate d'échantillonnage qui sont le milieu urbain et le milieu rural de chaque cercle de la région. Seul le cercle Bandiagara dans la région de Mopti a été beaucoup sur représenté afin de pouvoir évaluer le programme KENEYA CIWARA qui s'est implanté dans un seul cercle à Mopti.

Un certain nombre de SE sélectionnées sont de grande taille et exigeraient un travail énorme si tous leurs ménages devaient être dénombrés. Ainsi, toutes les SE dépassant 300 ménages ont été divisées en plusieurs segments dont un seul est retenu dans l'échantillon.

Tous les membres des ménages tirés sont identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifié est également enquêtée avec un questionnaire femme. D'après les résultats de l'EDSM-III, le nombre de femmes 15-49 par ménage et le taux de réponse de femme sont respectivement de 1,36 et 92,4 % pour le milieu urbain et 1,02 et 95,8 % pour le milieu rural ; le taux de réponse de ménage est de 89 % dans le milieu urbain et 90 % dans le milieu rural. Le nombre attendu de femmes 15-49 enquêtées avec succès par région et par milieu de résidence est calculé comme donné par le tableau A.3 suivant. En total, nous attendaient d'enquêter avec succès 13 262 femmes 15-49, dont 4 932 dans le milieu urbain, et 8 329 dans le milieu rural.

Tableau A.3 Allocation de l'échantillon femme enquêtée avec succès par région et par milieu de résidence

Région	Nombre de femmes enquêtées avec succès		
	Urbain	Rural	Ensemble
Kayes	402	1 077	1 479
Koulikoro	402	1 077	1 479
Sikasso	604	1 583	2 187
Ségou	402	1 077	1 479
Mopti	570	1 836	2 406
Tombouctou	269	761	1 030
Gao	370	633	1 003
Kidal	168	285	453
Bamako	1 745	0	1 745
Ensemble	4 932	8 329	13 261

A.4 ENQUÊTE HOMME ET TEST DU VIH

Dans les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un sur trois était sélectionné pour l'enquête auprès des hommes, soit 4.626 ménages. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans ont été interviewés dans le cadre de l'enquête auprès des hommes. D'après les résultats de l'EDSM-III, le nombre d'hommes de 15-59 par ménage et le taux de réponse des hommes sont respectivement de 1,38 et 75 % pour le milieu urbain et 0,88 et 88 % pour le milieu rural ; le taux de réponse des ménages est de 90 %. Le nombre attendu des hommes de 15-59 enquêtés avec succès par région et par milieu de résidence a été calculé comme présenté au tableau A.4 suivant. Au total, nous nous attendions à enquêter avec succès 3 568 hommes de 15-59 ans, dont 1 370 dans le milieu urbain, et 2 198 dans le milieu rural.

Tableau A.4 Allocation de l'échantillon ménages pour enquête homme et les nombres attendus des hommes enquêtés avec succès par région et par milieu de résidence

Région	Nombre de ménages sélectionnés			Nombre d'hommes 15-59 enquêtés avec succès		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Kayes	120	408	528	112	284	396
Koulikoro	120	408	528	112	284	396
Sikasso	180	600	780	168	418	586
Ségou	120	408	528	112	284	396
Mopti	170	696	866	158	485	643
Tombouctou	80	288	368	75	201	276
Gao	110	240	350	102	167	269
Kidal	50	108	158	47	75	122
Bamako	520	-	520	484	-	484
Ensemble	1 470	3 156	4 626	1 370	2 198	3 568

En ce qui concerne le test du VIH, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans le sous échantillon des hommes sont également éligibles pour le test du VIH. D'après les résultats de l'EDSM-IV, le taux de réponse pour le test de VIH parmi les femmes enquêtées avec succès est de 86 % dans le milieu urbain, 92 % dans le milieu rural ; parmi les hommes enquêtés avec succès, le taux de réponse pour le test de VIH est identique dans le milieu urbain et le milieu rural, il est de 90 %. Le tableau A.5 suivant présente les nombres attendus de tests du VIH par région, par milieu de résidence et par sexe.

Tableau A.5 Nombres attendus de tests du VIH par région, par type de résidence et par sexe

Région	Nombre d'hommes 15-59 testés			Nombre de femmes 15-49 testées			Testt VIH total
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	
Kayes	101	256	356	115	330	446	802
Koulikoro	101	256	356	115	330	446	802
Sikasso	151	376	527	173	485	659	1 186
Ségou	101	256	356	115	330	446	802
Mopti	142	437	579	163	563	726	1 305
Tombouctou	68	181	248	77	233	310	559
Gao	92	150	242	106	194	300	542
Kidal	42	68	110	48	87	136	245
Bamako	436	-	436	500	-	500	936
Ensemble	1 233	1 978	3 211	1 414	2 554	3 968	7 179

A.5 PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage sont calculées séparément pour chaque strate et pour les deux degrés de sondage. Les notations sont les suivantes:

- P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la $i^{\text{ème}}$ SE de la strate h
 P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{\text{ème}}$ SE de la strate h

Soient a_h le nombre de SE tirées dans la strate h , M_i le nombre d'habitants dans la SE i , et t_{hij} la taille estimée en proportion du segment j choisi pour la SE i de la strate h . Notons que $t_{hij}=1$ si la SE i n'a pas été segmentée et la somme des t_{hij} est égale à 1.

La probabilité de sondage au premier degré de la $i^{\text{ème}}$ SE de la strate h est donnée par:

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_i}{\sum_i M_i} \times t_{hij}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de ménages seront tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDSM-IV dans la $i^{\text{ème}}$ SE de la strate h lors de l'opération de mise à jour des cartes. Donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{L_{hi}}$$

La probabilité globale pour tirer un ménage dans la SE i de la strate h est alors :

$$P_{hi} = P_{1hi} \times P_{2hi}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les régions et les strates, des taux de pondération ont été utilisés dans toutes les analyses pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Le taux de pondération pour tous les individus enquêtés dans la $i^{\text{ème}}$ grappe de la strate h est calculé en utilisant la formule suivante, avec éventuellement de correction de la non réponse et de normalisation :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} \times P_{2hi}}$$

A.6 RÉSULTAT DES ENQUÊTES

Les tableaux A.6 et A.7 présentent les résultats détaillés des enquêtes Ménages, Femmes et Hommes selon le milieu de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes ont été calculés de la manière suivante :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes Ménage et du taux de réponse des Femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête Homme et du taux de réponse des hommes.

Tableau A 6 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des femmes

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSM- IV Mali 2006

Résultat des interviews	Milieu de résidence			Région									Ensemble
	Bamako	Autres Villes	Rural	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tom-bouctou	Gao	Kidal	Bamako	
Ménages sélectionnés													
Remplis (1)	93,8	93,8	95,4	94,4	96,3	95,9	95,3	95,2	94,6	92,4	93,2	93,8	94,9
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	1,3	0,8	0,6	0,3	0,2	0,7	0,3	1,3	0,7	0,7	0,8	1,3	0,7
Ménage absent (3)	1,8	3,8	2,7	3,4	2,0	2,4	3,4	2,3	3,0	5,0	5,6	1,8	2,8
Refusé (4)	0,7	0,4	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,7	0,3
Logement vide/pas de logement à l'adresse (5)	1,5	1,0	0,8	1,2	1,4	0,6	0,5	0,7	0,6	1,3	0,0	1,5	0,9
Logement détruit (6)	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1
Logement non trouvé (7)	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,3	0,1
Autre (8)	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,1	0,0	0,3	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 561	2 852	9 282	1 584	1 582	2 329	1 584	2 595	1 080	1 026	354	1 561	13 695
Taux de réponse des ménages ¹	97,6	98,6	99,0	99,2	99,7	98,9	99,3	98,3	98,6	98,9	98,8	97,6	98,8
Femmes éligibles													
Rempli (a)	93,3	97,2	97,1	97,7	97,2	96,7	96,3	96,9	97,4	98,1	99,4	93,3	96,6
Pas à la maison (b)	2,0	0,8	0,7	0,3	0,7	0,8	1,0	0,8	0,5	0,8	0,3	2,0	0,9
Refusé (c)	2,6	0,6	0,7	0,8	0,5	0,9	0,8	0,5	0,4	0,4	0,0	2,6	0,9
Partiellement rempli (d)	0,8	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,0	0,2	0,3	0,8	0,3
Incapacité (e)	0,7	0,5	0,9	0,6	0,7	1,0	1,0	0,9	0,6	0,2	0,0	0,7	0,8
Différé (f)	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Autre (g)	0,6	0,5	0,4	0,1	0,4	0,2	0,6	0,5	1,1	0,3	0,0	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 156	3 222	9 724	1 726	1 830	2 679	1 802	2 420	1 101	1 080	308	2 156	15 102
Taux de réponse des femmes ²	93,3	97,2	97,1	97,7	97,2	96,7	96,3	96,9	97,4	98,1	99,4	93,3	96,6
Taux de réponse global ³	91,0	95,8	96,1	96,9	96,8	95,6	95,6	95,2	96,0	97,0	98,2	91,0	95,4

¹ A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (7)}$$

² A la suite du classement des femmes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête femme (TRF) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g)}$$

³ Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRF/100

Tableau A.7 Résultats de l'enquête auprès des ménages et auprès des hommes

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des hommes éligibles et taux de réponse global, selon la région et le milieu de résidence, EDSM- IV Mali 2006

Résultat des interviews	Milieu de résidence			Région									Ensemble
	Bamako	Autres Villes	Rural	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tom-bouctou	Gao	Kidal	Bamako	
Ménages sélectionnés													
Remplis (1)	93,3	93,8	95,4	93,8	96,4	96,0	96,2	95,3	95,6	89,0	95,8	93,3	94,8
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	1,3	0,5	0,8	0,6	0,2	0,8	0,4	1,5	0,3	0,9	0,0	1,3	0,8
Ménage absent (3)	1,7	3,8	2,5	4,2	2,1	1,8	2,5	2,2	2,5	6,1	4,2	1,7	2,7
Refusé (4)	1,2	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,4	0,2	0,3	1,2	0,0	1,2	0,4
Logement vide/pas de logement à l'adresse (5)	2,1	1,4	0,7	0,8	1,1	0,9	0,4	0,6	0,8	2,3	0,0	2,1	1,0
Logement détruit (6)	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4	0,1
Logement non trouvé (7)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre (8)	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	521	955	3 107	530	530	779	530	867	362	346	118	521	4 583
Taux de réponse des ménages ¹	97,4	99,1	98,8	99,0	99,6	98,8	99,2	98,2	99,1	97,8	100,0	97,4	98,7
Hommes éligibles													
Rempli (a)	84,5	90,4	92,3	94,4	90,4	94,0	94,0	91,7	88,9	81,9	96,5	84,5	90,6
Pas à la maison (b)	7,4	5,3	3,2	2,0	4,4	2,7	2,4	4,1	5,2	9,3	0,0	7,4	4,3
Refusé (c)	5,3	2,0	1,9	1,7	3,1	1,5	1,6	1,2	1,0	5,7	0,0	5,3	2,5
Partiellement rempli (d)	0,8	0,4	0,3	0,0	0,7	0,5	0,2	0,1	1,0	0,0	0,0	0,8	0,4
Incapacité (e)	0,5	1,1	1,1	1,3	1,0	0,5	1,1	1,5	0,3	1,4	3,5	0,5	1,0
Différé (f)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Autre (g)	1,4	0,8	1,2	0,7	0,3	0,7	0,7	1,5	3,5	1,8	0,0	1,4	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	760	996	2 887	461	573	818	549	827	288	281	86	760	4 643
Taux de réponse des hommes ²	84,5	90,4	92,3	94,4	90,4	94,0	94,0	91,7	88,9	81,9	96,5	84,5	90,6
Taux de réponse global ³	82,3	89,6	91,2	93,4	90,0	92,9	93,3	90,0	88,1	80,0	96,5	82,3	89,4

¹ A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (4) + (7)}$$

² A la suite du classement des hommes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête homme (TRH) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g)}$$

³ Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRH/100

Les tableaux A.8-A.9 présentent les couvertures du test de VIH respectivement pour les femmes et pour les hommes, selon certaines variables socio démographiques.

Tableau A.8 Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans enquêtés selon qu'ils ont, ou non effectué le test en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique	Échantillon de sang testé ¹	Refus de participer au test	Absent au moment du prélèvement de sang	Autre ² / ND	Total	Effectif
FEMMES						
État matrimonial						
Célibataire	93,6	3,7	0,3	2,4	100,0	624
En union	95,8	3,0	0,1	1,1	100,0	4 160
Divorcée ou séparée	85,3	10,3	0,0	4,3	100,0	116
Veuve	92,6	4,9	1,2	1,2	100,0	81
Type d'union						
Polygame	95,8	2,9	0,1	1,2	100,0	1 630
Monogame	95,9	3,0	0,1	1,1	100,0	2 487
Pas actuellement en union	92,3	4,8	0,4	2,6	100,0	821
NSP/ND	93,0	7,0	0,0	0,0	100,0	43
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	95,5	3,2	0,1	1,2	100,0	4 414
Non	93,4	4,1	0,4	2,1	100,0	561
ND	83,3	0,0	0,0	16,7	100,0	6
Enceinte						
Actuellement enceinte	96,9	2,0	0,0	1,2	100,0	605
Pas enceinte/ pas sûre	95,0	3,5	0,2	1,4	100,0	4 376
Ensemble	95,2	3,3	0,1	1,3	100,0	4 981
HOMMES						
État matrimonial						
Célibataire	92,0	5,5	1,1	1,5	100,0	1 296
En union	92,5	5,2	0,4	1,9	100,0	2 768
Divorcé ou séparé	92,9	5,6	0,8	0,8	100,0	126
Veuf	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	17
Type d'union						
Polygame	92,7	5,4	0,3	1,5	100,0	717
Monogame	92,4	5,1	0,4	2,0	100,0	2 051
Pas actuellement en union	92,2	5,4	1,0	1,4	100,0	1 438
NSP/ND	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	1
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	92,4	5,2	0,5	1,8	100,0	3 262
Non	92,2	5,5	1,0	1,4	100,0	934
ND	90,9	9,1	0,0	0,0	100,0	11
Ensemble	92,4	5,3	0,6	1,7	100,0	4 207

¹ Comprend les échantillons de sang qui ont été testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat final (positif, négatif ou indéterminé).
² Comprend les problèmes techniques sur le terrain, les échantillons perdus, les problèmes techniques au niveau du laboratoire, etc.

Tableau A.9 Couverture du test du VIH parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans interviewés selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans enquêtés qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont, ou non, effectué le test en fonction de certaines caractéristiques du comportement sexuel (non pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Caractéristique du comportement sexuel	Échantillon de sang testé ¹	Refus de participer au test	Absent au moment du prélèvement de sang	Autre ² / ND	Total	Effectif
FEMMES						
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	95,8	2,7	0,2	1,3	100,0	2 233
16-17	95,8	3,3	0,0	1,0	100,0	1 014
18-19	94,1	4,3	0,0	1,6	100,0	510
20 ans ou +	93,6	4,9	0,0	1,4	100,0	346
ND	96,1	2,6	0,3	1,0	100,0	311
Nombre de partenaires sexuels au cours de la vie						
1	95,7	3,1	0,1	1,1	100,0	3 161
2	95,8	2,8	0,2	1,2	100,0	933
3-4	94,1	3,7	0,0	2,2	100,0	269
5-9	88,5	11,5	0,0	0,0	100,0	26
10 ans ou +	88,9	11,1	0,0	0,0	100,0	9
ND	75,0	18,8	0,0	6,3	100,0	16
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et a reçu les résultats	93,1	5,0	0,0	1,9	100,0	261
A déjà effectué un test mais n'a pas reçu les résultats	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	36
N'a jamais effectué de test	95,6	3,1	0,1	1,2	100,0	4 085
ND	93,8	0,0	0,0	6,3	100,0	32
Ensemble	95,5	3,2	0,1	1,2	100,0	4 414
HOMMES						
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	94,0	3,9	0,3	1,8	100,0	336
16-17	90,7	6,2	1,2	2,0	100,0	504
18-19	91,4	6,6	0,6	1,5	100,0	545
20 ans ou +	93,1	4,5	0,4	2,0	100,0	1 772
ND	89,5	9,5	0,0	1,0	100,0	105
Nombre de partenaires sexuels au cours de la vie						
1	93,3	4,4	0,4	1,9	100,0	842
2	93,1	5,1	0,4	1,4	100,0	782
3-4	93,3	4,3	0,7	1,6	100,0	808
5-9	91,2	6,7	0,0	2,1	100,0	419
10 ans ou +	92,3	5,3	0,8	1,6	100,0	246
ND	83,6	10,3	1,8	4,2	100,0	165
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et a reçu les résultats	90,7	6,5	1,2	1,6	100,0	247
A déjà effectué un test mais n'a pas reçu les résultats	73,8	23,8	0,0	2,4	100,0	42
N'a jamais effectué de test	92,7	4,9	0,5	1,9	100,0	2 774
ND	94,5	4,0	0,0	1,5	100,0	199
Ensemble	92,4	5,2	0,5	1,8	100,0	3 262

¹ Comprend les échantillons de sang qui ont été testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat final (positif, négatif ou indéterminé).

² Comprend les problèmes techniques sur le terrain, les échantillons perdus, les problèmes techniques au niveau du laboratoire, etc.

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDSM-IV, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDSM-IV n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne peut pas être mesurée exactement, elle peut cependant être estimée à partir des données collectées.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons que se trouve la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSM-IV étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Une procédure en macro SAS a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi}, \text{ et } z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H ,
 m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h ,
 y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h ,
 x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h , et
 f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDSM-IV, il y a 407 grappes non-vides. Par conséquent, 407 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^k (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 407 grappes,
 $r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 406 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue),
 k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSM-IV ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour le Mali, pour la capitale Bamako, pour les Autres Villes, pour l'ensemble du milieu urbain et le milieu rural, et pour chacun des 8 départements administratifs. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés au tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.14 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % ($M \pm 2ET$) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants*, l'EDSM-IV a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 7,049 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,093 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre $7,049 - 2 \times 0,093$ et $7,049 + 2 \times 0,093$, soit 6,863 et 7,234.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,88 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 1,88 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDSM IV Mali 2006

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Alphabétisée	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	Proportion	Tous les enfants 7-12
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Connait une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise une source du secteur publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Mère a reçu injection antitétanique complète	Proportion	Dernières naissances dans les 5 dernières années
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant un carnet de santé, vu	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids pour taille (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Taille pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Poids pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Anémie chez les femmes	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice synthétique de fécondité (5 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile ¹	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Taux de mortalité maternelle (0-6 ans avant l'enquête) ²	Taux	Nombre de naissances dans les 7 dernières années
Prévalence du VIH	Proportion	Toutes les femmes 15-49 testées
Pourcentage de malades ou blessés	Proportion	Toutes les femmes résidentes du ménage
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé (FCFA)	Moyenne	Toutes les malades ou blessées du ménage
HOMMES		
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes 15-49
Alphabétisé	Proportion	Tous les hommes 15-49
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-49
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-49
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-49
Prévalence du VIH (15-49)	Proportion	Tous les hommes 15-49 testés
Prévalence du VIH (15-59)	Proportion	Tous les hommes 15-59 testés
Pourcentage de malades ou blessés	Proportion	Toutes les femmes résidentes du ménage
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé (FCFA)	Moyenne	Toutes les malades ou blessées du ménage
FEMMES ET HOMMES		
Prévalence du VIH (15-49)	Proportion	Tous les hommes et femmes 15-49 testés
Pourcentage de malades ou blessés	Proportion	Toutes les femmes résidentes du ménage
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé (FCFA)	Moyenne	Toutes les malades ou blessées du ménage
MENAGES		
Pourcentage de ménages avec malades ou blessés	Proportion	Tous les ménages
Dépense moyenne en santé par ménage avec malades ou blessés	Moyenne	Tous les ménages avec malades ou blessés

¹ 5 dernières années pour le taux national, et 10 dernières années pour le taux régional.² Le taux de mortalité maternelle n'est calculé que pour l'échantillon national.

Tableau B.2 Erreurs de sondage: Echantillon National, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,337	0,027	14583	14583	6,772	0,079	0,284	0,390
Alphabétisée	0,170	0,007	14583	14583	2,367	0,043	0,155	0,185
Sans instruction	0,782	0,009	14583	14583	2,550	0,011	0,765	0,800
Instruction post-primaire ou plus	0,103	0,006	14583	14583	2,294	0,056	0,092	0,115
Taux net de fréquentation scolaire (primaire)	0,428	0,015	13064	13082	2,743	0,035	0,398	0,458
Jamais mariée (en union)	0,118	0,005	14583	14583	1,815	0,041	0,109	0,128
Actuellement mariée (en union)	0,848	0,005	14583	14583	1,767	0,006	0,837	0,858
Mariée (en union) avant 20 ans	0,804	0,006	8812	8802	1,452	0,008	0,792	0,816
Actuellement enceinte	0,128	0,004	14583	14583	1,334	0,029	0,120	0,135
Enfants nés vivants	3,602	0,041	14583	14583	1,586	0,011	3,520	3,685
Enfants survivants	2,751	0,033	14583	14583	1,644	0,012	2,686	2,817
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,049	0,093	2535	2518	1,530	0,013	6,863	7,234
Connait une méthode contraceptive	0,760	0,011	12324	12365	2,833	0,014	0,738	0,782
A utilisé une méthode contraceptive	0,227	0,008	12324	12365	2,024	0,034	0,212	0,242
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,082	0,005	12324	12365	2,012	0,060	0,072	0,092
Utilise actuellement la pilule	0,029	0,002	12324	12365	1,533	0,080	0,024	0,033
Utilise actuellement le condom	0,004	0,001	12324	12365	1,171	0,166	0,003	0,005
Utilise une source du secteur public	0,519	0,023	930	842	1,373	0,043	0,474	0,564
Ne veut plus d'enfants	0,195	0,007	12324	12365	2,072	0,038	0,180	0,210
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,336	0,007	12324	12365	1,668	0,021	0,322	0,350
Nombre d'enfants idéal	6,290	0,083	11972	12074	3,414	0,013	6,125	6,456
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,479	0,014	9036	9087	2,576	0,028	0,452	0,506
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,490	0,016	14238	14420	3,136	0,033	0,457	0,523
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,133	0,005	12437	12523	1,721	0,041	0,122	0,143
A reçu traitement SRO	0,140	0,014	1450	1660	1,540	0,097	0,113	0,167
A consulté du personnel médical	0,178	0,015	1450	1660	1,593	0,087	0,147	0,209
Ayant un carnet de santé, vu	0,608	0,015	2562	2626	1,572	0,025	0,578	0,638
A reçu vaccination BCG	0,767	0,016	2562	2626	1,873	0,020	0,736	0,798
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,676	0,017	2562	2626	1,836	0,025	0,642	0,710
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,619	0,016	2562	2626	1,697	0,026	0,586	0,651
A reçu vaccination rougeole	0,684	0,020	2562	2626	2,172	0,029	0,645	0,724
Vacciné contre toutes les maladies	0,482	0,018	2562	2626	1,800	0,037	0,447	0,518
Taille pour âge (-2ET)	0,377	0,008	11567	11877	1,631	0,020	0,362	0,392
Poids pour taille (-2ET)	0,152	0,005	11567	11877	1,417	0,031	0,142	0,162
Poids pour âge (-2ET)	0,267	0,007	11567	11877	1,524	0,024	0,254	0,280
Anémie chez les enfants	0,821	0,012	3631	3689	1,702	0,014	0,797	0,844
Anémie chez les femmes	0,685	0,011	4709	4742	1,649	0,016	0,663	0,708
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,135	0,005	12094	12010	1,711	0,040	0,124	0,146
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	6,672	0,109	na	64317	1,957	0,016	6,453	6,890
Quotient de mortalité néonatale (5 ans)	45,967	2,411	14302	14503	1,182	0,052	41,145	50,789
Quotient de mortalité post-néonatale (5 ans)	49,843	2,340	14320	14503	1,203	0,047	45,163	54,523
Quotient de mortalité infantile (5 ans)	95,810	3,360	14361	14566	1,217	0,035	89,091	102,530
Quotient de mortalité juvénile (5 ans)	104,754	4,411	14164	14379	1,429	0,042	95,932	113,576
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5 ans)	190,528	5,330	14911	15146	1,352	0,028	179,867	201,189
Taux de mortalité maternelle (0-6 ans avant l'enquête)	464	41	na	na	1,117	0,088	383	547
Prévalence du VIH	0,014	0,002	4743	4528	1,457	0,179	0,009	0,019
Pourcentage des malades ou blessés	0,220	0,008	3288	3335	1,183	0,036	0,205	0,236
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	10702	1180	695	735	0,970	0,110	8342	13062
HOMMES								
Milieu urbain	0,374	0,026	3697	3704	3,254	0,069	0,322	0,425
Alphabétisé	0,391	0,016	3697	3704	1,953	0,040	0,359	0,422
Sans instruction	0,579	0,020	3697	3704	2,426	0,034	0,540	0,619
Instruction post-primaire ou plus	0,216	0,014	3697	3704	2,123	0,067	0,187	0,244
Jamais marié (en union)	0,354	0,012	3697	3704	1,482	0,033	0,331	0,377
Actuellement marié (en union)	0,604	0,012	3697	3704	1,455	0,019	0,580	0,627
Prévalence du VIH (15-49)	0,009	0,002	3411	3614	1,379	0,251	0,004	0,013
Prévalence du VIH (15-59)	0,009	0,002	3886	4101	1,385	0,231	0,005	0,013
Pourcentage des malades ou blessés	0,183	0,008	3114	3153	1,186	0,042	0,168	0,198
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	15873	2211	575	578	0,999	0,139	11450	20295
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,012	0,002	8154	8141	1,604	0,164	0,008	0,015
Pourcentage des malades ou blessés	0,202	0,004	6402	6489	1,159	0,022	0,194	0,211
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	12977	1242	1270	1313	1,003	0,096	10492	15462
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,258	0,010	4352	4328	1,577	0,041	0,237	0,279
Dépense moyenne en santé par ménage	15249	1472	1078	1117	1,003	0,097	12306	18193

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage : Echantillon Bamako, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	2011	2104	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,433	0,021	2011	2104	1,873	0,048	0,391	0,474
Sans instruction	0,501	0,017	2011	2104	1,482	0,033	0,468	0,535
Instruction post-primaire ou plus	0,310	0,021	2011	2104	2,013	0,067	0,269	0,352
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,769	0,018	1113	1128	1,159	0,024	0,732	0,805
Jamais mariée (en union)	0,196	0,015	2011	2104	1,684	0,076	0,166	0,225
Actuellement mariée (en union)	0,743	0,016	2011	2104	1,655	0,022	0,711	0,775
Mariée (en union) avant 20 ans	0,671	0,020	985	1013	1,363	0,030	0,630	0,712
Actuellement enceinte	0,080	0,006	2011	2104	1,053	0,080	0,067	0,092
Enfants nés vivants	2,219	0,076	2011	2104	1,390	0,034	2,067	2,371
Enfants survivants	1,929	0,065	2011	2104	1,378	0,033	1,800	2,058
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,763	0,253	248	249	1,383	0,044	5,257	6,270
Connait une méthode contraceptive	0,937	0,009	1499	1564	1,471	0,010	0,918	0,955
A utilisé une méthode contraceptive	0,422	0,020	1499	1564	1,584	0,048	0,382	0,463
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,196	0,014	1499	1564	1,367	0,072	0,168	0,224
Utilise actuellement la pilule	0,081	0,009	1499	1564	1,325	0,115	0,063	0,100
Utilise actuellement le condom	0,016	0,004	1499	1564	1,181	0,243	0,008	0,023
Utilise une source du secteur publique	0,414	0,032	276	280	1,078	0,077	0,350	0,478
Ne veut plus d'enfants	0,161	0,011	1499	1564	1,208	0,071	0,138	0,184
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,354	0,019	1499	1564	1,566	0,055	0,315	0,392
Nombre d'enfants idéal	5,126	0,089	1724	1816	1,789	0,017	4,947	5,304
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,626	0,020	978	1044	1,266	0,031	0,587	0,665
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,926	0,008	1421	1525	1,059	0,009	0,910	0,942
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,080	0,010	1318	1417	1,248	0,121	0,061	0,099
A reçu traitement SRO	0,317	0,045	101	113	0,939	0,143	0,227	0,408
A consulté du personnel médical	0,310	0,057	101	113	1,226	0,185	0,195	0,424
Ayant un carnet de santé, vu	0,672	0,029	287	303	1,026	0,042	0,615	0,729
A reçu vaccination BCG	0,940	0,014	287	303	1,018	0,015	0,911	0,969
A reçu vaccination DTCocq (3 doses)	0,796	0,028	287	303	1,167	0,035	0,741	0,852
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,678	0,036	287	303	1,290	0,053	0,606	0,749
A reçu vaccination rougeole	0,806	0,030	287	303	1,274	0,037	0,747	0,866
Vacciné contre toutes les maladies	0,592	0,037	287	303	1,263	0,062	0,518	0,665
Taille pour âge (-2ET)	0,232	0,019	1177	1243	1,413	0,082	0,194	0,270
Poids pour taille (-2ET)	0,143	0,009	1177	1243	0,840	0,061	0,125	0,160
Poids pour âge (-2ET)	0,194	0,014	1177	1243	1,100	0,070	0,167	0,221
Anémie chez les enfants	0,719	0,039	382	387	1,514	0,054	0,641	0,797
Anémie chez les femmes	0,598	0,021	643	666	1,088	0,035	0,556	0,641
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,100	0,008	1748	1817	1,179	0,085	0,083	0,117
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	4,784	0,214	na	5752	1,757	0,045	4,357	5,212
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	35,282	3,865	2511	2676	0,943	0,110	27,551	43,012
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	30,882	4,545	2505	2672	1,241	0,147	21,791	39,973
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	66,164	4,789	2513	2677	0,903	0,072	56,585	75,743
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	44,542	5,631	2401	2566	1,058	0,126	33,280	55,804
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	107,759	6,694	2523	2688	0,882	0,062	94,371	121,147
Prévalence du VIH	0,023	0,006	635	658	1,054	0,274	0,010	0,035
Pourcentage des malades ou blessés	0,210	0,015	368	382	0,864	0,073	0,179	0,240
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	27198	6106	75	80	0,885	0,225	14986	39411
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	599	667	0,000	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,689	0,029	599	667	1,555	0,043	0,630	0,748
Sans instruction	0,283	0,028	599	667	1,518	0,099	0,227	0,339
Instruction post-primaire ou plus	0,514	0,034	599	667	1,639	0,065	0,447	0,581
Jamais marié (en union)	0,440	0,038	599	667	1,851	0,086	0,365	0,515
Actuellement marié (en union)	0,496	0,032	599	667	1,575	0,065	0,432	0,561
Prévalence du VIH (15-49)	0,015	0,008	513	656	1,495	0,534	0,000	0,031
Prévalence du VIH (15-59)	0,019	0,008	546	697	1,362	0,424	0,003	0,034
Pourcentage des malades ou blessés	0,188	0,021	349	364	1,095	0,110	0,147	0,230
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	26951	8759	64	69	0,891	0,325	9434	44468
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,019	0,005	1148	1313	1,146	0,243	0,010	0,028
Pourcentage des malades ou blessés	0,199	0,012	717	746	1,052	0,059	0,176	0,223
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	27084	6201	139	149	0,983	0,229	14683	39486
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,234	0,029	495	512	1,530	0,125	0,176	0,293
Dépense moyenne en santé par ménage	33562	7675	112	120	0,986	0,229	18213	48911

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage : Echantillon Autres Villes , EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	3132	2814	0,000	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,292	0,033	3132	2814	4,036	0,112	0,227	0,358
Sans instruction	0,659	0,043	3132	2814	5,060	0,065	0,572	0,745
Instruction post-primaire ou plus	0,194	0,017	3132	2814	2,461	0,090	0,160	0,229
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,553	0,073	2613	2335	5,567	0,131	0,408	0,699
Jamais mariée (en union)	0,151	0,011	3132	2814	1,645	0,070	0,130	0,172
Actuellement mariée (en union)	0,796	0,012	3132	2814	1,606	0,015	0,773	0,819
Mariée (en union) avant 20 ans	0,783	0,017	1806	1672	1,799	0,022	0,748	0,818
Actuellement enceinte	0,115	0,006	3132	2814	1,041	0,052	0,103	0,127
Enfants nés vivants	3,200	0,080	3132	2814	1,517	0,025	3,040	3,361
Enfants survivants	2,493	0,059	3132	2814	1,424	0,024	2,375	2,612
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,391	0,155	520	485	1,251	0,024	6,080	6,701
Connait une méthode contraceptive	0,820	0,022	2502	2239	2,807	0,026	0,777	0,863
A utilisé une méthode contraceptive	0,335	0,022	2502	2239	2,286	0,064	0,292	0,378
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,122	0,025	2502	2239	3,847	0,207	0,071	0,172
Utilise actuellement la pilule	0,057	0,013	2502	2239	2,743	0,223	0,032	0,083
Utilise actuellement le condom	0,005	0,002	2502	2239	1,221	0,342	0,002	0,009
Utilise une source du secteur publique	0,421	0,046	361	243	1,774	0,110	0,328	0,513
Ne veut plus d'enfants	0,164	0,024	2502	2239	3,298	0,149	0,115	0,213
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,315	0,014	2502	2239	1,516	0,045	0,287	0,343
Nombre d'enfants idéal	6,228	0,352	2658	2477	6,461	0,057	5,523	6,933
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,568	0,056	1820	1557	4,663	0,098	0,457	0,679
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,718	0,036	2773	2366	3,281	0,049	0,647	0,789
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,100	0,009	2473	2109	1,447	0,092	0,082	0,119
A reçu traitement SRO	0,230	0,057	221	212	2,059	0,250	0,115	0,345
A consulté du personnel médical	0,295	0,053	221	212	1,761	0,181	0,188	0,402
Ayant un carnet de santé, vu	0,582	0,027	504	451	1,238	0,047	0,528	0,637
A reçu vaccination BCG	0,833	0,058	504	451	3,475	0,069	0,717	0,948
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,733	0,043	504	451	2,164	0,058	0,647	0,818
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,629	0,031	504	451	1,452	0,050	0,567	0,692
A reçu vaccination rougeole	0,723	0,081	504	451	4,070	0,112	0,560	0,886
Vacciné contre toutes les maladies	0,492	0,047	504	451	2,102	0,096	0,398	0,586
Taille pour âge (-2ET)	0,278	0,015	2307	2029	1,516	0,054	0,248	0,308
Poids pour taille (-2ET)	0,138	0,014	2307	2029	1,920	0,103	0,110	0,167
Poids pour âge (-2ET)	0,205	0,012	2307	2029	1,294	0,056	0,182	0,228
Anémie chez les enfants	0,717	0,042	713	610	2,209	0,059	0,633	0,802
Anémie chez les femmes	0,631	0,040	1039	952	2,666	0,063	0,552	0,710
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,102	0,012	2653	2368	2,113	0,122	0,077	0,127
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	5,837	0,165	na	7741	1,439	0,028	5,508	6,166
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	51,166	4,331	5346	4576	1,092	0,085	42,505	59,827
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	41,783	4,429	5366	4624	1,312	0,106	32,924	50,642
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	92,949	6,522	5359	4585	1,179	0,070	79,906	105,993
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	102,279	16,372	5317	4664	2,821	0,160	69,535	135,023
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	185,721	12,907	5448	4685	1,804	0,069	159,907	211,535
Prévalence du VIH	0,015	0,007	1047	899	1,886	0,478	0,001	0,029
Pourcentage des malades ou blessés	0,210	0,028	555	497	1,642	0,131	0,155	0,265
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	13762	4932	114	104	1,242	0,358	3898	23626
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	794	717	0,000	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,534	0,046	794	717	2,604	0,087	0,441	0,626
Sans instruction	0,496	0,086	794	717	4,788	0,174	0,324	0,669
Instruction post-primaire ou plus	0,310	0,059	794	717	3,566	0,190	0,192	0,428
Jamais marié (en union)	0,352	0,025	794	717	1,480	0,071	0,302	0,402
Actuellement marié (en union)	0,613	0,025	794	717	1,435	0,041	0,563	0,662
Prévalence du VIH (15-49)	0,012	0,006	730	705	1,464	0,496	0,000	0,024
Prévalence du VIH (15-59)	0,010	0,005	831	803	1,457	0,494	0,000	0,021
Pourcentage des malades ou blessés	0,189	0,018	562	478	1,238	0,097	0,152	0,225
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	14203	4659	104	90	0,866	0,328	4885	23521
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,013	0,006	1777	1604	2,263	0,461	0,001	0,026
Pourcentage des malades ou blessés	0,199	0,012	1117	975	1,318	0,059	0,176	0,223
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	13967	3654	218	194	1,109	0,262	6659	21275
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,215	0,019	897	806	1,414	0,090	0,177	0,254
Dépense moyenne en santé par ménage	15640	4132	190	174	1,117	0,264	7377	23904

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage : Echantillon ensemble urbain, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	5143	4918	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,352	0,025	5143	4918	3,794	0,072	0,302	0,403
Sans instruction	0,591	0,031	5143	4918	4,526	0,053	0,529	0,654
Instruction post-primaire ou plus	0,244	0,016	5143	4918	2,627	0,065	0,213	0,276
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,624	0,058	3726	3463	5,438	0,092	0,509	0,739
Jamais mariée (en union)	0,170	0,009	5143	4918	1,813	0,056	0,151	0,189
Actuellement mariée (en union)	0,773	0,011	5143	4918	1,838	0,014	0,752	0,795
Mariée (en union) avant 20 ans	0,741	0,016	2791	2686	1,964	0,022	0,708	0,773
Actuellement enceinte	0,100	0,004	5143	4918	1,062	0,044	0,091	0,109
Enfants nés vivants	2,781	0,083	5143	4918	2,126	0,030	2,615	2,946
Enfants survivants	2,252	0,045	5143	4918	1,446	0,020	2,161	2,342
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,178	0,131	768	733	1,267	0,021	5,916	6,439
Connaît une méthode contraceptive	0,868	0,017	4001	3803	3,152	0,019	0,834	0,902
A utilisé une méthode contraceptive	0,371	0,017	4001	3803	2,277	0,047	0,336	0,406
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,152	0,019	4001	3803	3,305	0,123	0,115	0,190
Utilise actuellement la pilule	0,067	0,009	4001	3803	2,336	0,138	0,049	0,086
Utilise actuellement le condom	0,009	0,002	4001	3803	1,369	0,223	0,005	0,014
Utilise une source du secteur publique	0,417	0,028	637	523	1,407	0,066	0,362	0,472
Ne veut plus d'enfants	0,163	0,015	4001	3803	2,572	0,092	0,133	0,193
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,331	0,012	4001	3803	1,637	0,037	0,307	0,355
Nombre d'enfants idéal	5,762	0,256	4382	4293	6,558	0,044	5,251	6,273
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,591	0,036	2798	2601	3,819	0,061	0,519	0,663
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,800	0,028	4194	3891	3,672	0,035	0,743	0,856
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,092	0,007	3791	3526	1,414	0,076	0,078	0,106
A reçu traitement SRO	0,260	0,039	322	325	1,568	0,149	0,183	0,338
A consulté du personnel médical	0,300	0,040	322	325	1,555	0,133	0,221	0,380
Ayant un carnet de santé, vu	0,618	0,022	791	754	1,277	0,036	0,574	0,663
A reçu vaccination BCG	0,876	0,039	791	754	3,302	0,044	0,798	0,953
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,758	0,030	791	754	1,967	0,039	0,698	0,818
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,649	0,025	791	754	1,464	0,038	0,599	0,698
A reçu vaccination rougeole	0,757	0,053	791	754	3,459	0,070	0,651	0,862
Vacciné contre toutes les maladies	0,532	0,035	791	754	1,968	0,066	0,462	0,602
Taille pour âge (-2ET)	0,261	0,011	3484	3271	1,413	0,043	0,238	0,283
Poids pour taille (-2ET)	0,140	0,010	3484	3271	1,582	0,068	0,121	0,159
Poids pour âge (-2ET)	0,201	0,009	3484	3271	1,198	0,043	0,184	0,218
Anémie chez les enfants	0,718	0,030	1095	997	1,952	0,042	0,658	0,778
Anémie chez les femmes	0,618	0,026	1682	1618	2,202	0,042	0,565	0,670
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,101	0,008	4401	4185	1,728	0,078	0,086	0,117
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	5,428	0,150	na	13493	1,461	0,028	5,129	5,727
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,325	3,084	7857	7252	1,031	0,068	39,156	51,493
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	37,807	2,882	7871	7297	1,158	0,076	32,044	43,570
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	83,132	3,941	7872	7262	0,966	0,047	75,250	91,014
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	81,846	12,717	7718	7230	3,001	0,155	56,413	107,279
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	158,174	11,465	7971	7373	2,035	0,072	135,243	181,105
Prévalence du VIH	0,018	0,005	1682	1557	1,528	0,274	0,008	0,028
Pourcentage des malades ou blessés	0,210	0,017	923	879	1,389	0,081	0,176	0,244
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	19601	4110	189	184	1,111	0,210	11382	27821
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1393	1384	0,000	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,609	0,030	1393	1384	2,325	0,050	0,548	0,670
Sans instruction	0,394	0,052	1393	1384	3,972	0,133	0,289	0,498
Instruction post-primaire ou plus	0,408	0,039	1393	1384	2,958	0,096	0,330	0,487
Jamais marié (en union)	0,395	0,023	1393	1384	1,754	0,058	0,349	0,441
Actuellement marié (en union)	0,557	0,022	1393	1384	1,635	0,039	0,513	0,600
Prévalence du VIH (15-49)	0,013	0,005	1243	1361	1,519	0,370	0,004	0,023
Prévalence du VIH (15-59)	0,014	0,005	1377	1500	1,460	0,328	0,005	0,024
Pourcentage des malades ou blessés	0,188	0,014	911	842	1,180	0,073	0,161	0,216
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	19711	4639	168	159	0,904	0,235	10434	28988
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,016	0,004	2925	2917	1,755	0,255	0,008	0,024
Pourcentage des malades ou blessés	0,199	0,008	1834	1721	1,207	0,042	0,182	0,216
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	19652	3468	357	343	1,068	0,176	12715	26589
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,223	0,017	1392	1318	1,501	0,075	0,189	0,256
Dépense moyenne en santé par ménage	22966	4117	302	294	1,082	0,179	14731	31200

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage : Echantillon rural, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	9440	9665	na	na	0,000	0,000
Alphabétisée	0,077	0,006	9440	9665	2,221	0,079	0,065	0,090
Sans instruction	0,880	0,007	9440	9665	2,219	0,008	0,865	0,895
Instruction post-primaire ou plus	0,031	0,004	9440	9665	2,193	0,125	0,024	0,039
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,357	0,015	9338	9619	2,518	0,043	0,327	0,388
Jamais mariée (en union)	0,092	0,006	9440	9665	1,871	0,060	0,081	0,103
Actuellement mariée (en union)	0,886	0,006	9440	9665	1,827	0,007	0,874	0,898
Mariée (en union) avant 20 ans	0,832	0,007	6021	6116	1,448	0,008	0,818	0,846
Actuellement enceinte	0,142	0,005	9440	9665	1,365	0,035	0,132	0,152
Enfants nés vivants	4,020	0,049	9440	9665	1,479	0,012	3,922	4,118
Enfants survivants	3,006	0,037	9440	9665	1,476	0,012	2,931	3,080
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,406	0,102	1767	1784	1,401	0,014	7,203	7,610
Connaît une méthode contraceptive	0,712	0,015	8323	8563	2,956	0,021	0,683	0,742
A utilisé une méthode contraceptive	0,163	0,009	8323	8563	2,103	0,052	0,146	0,180
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,051	0,004	8323	8563	1,765	0,083	0,043	0,060
Utilise actuellement la pilule	0,012	0,002	8323	8563	1,325	0,133	0,009	0,015
Utilise actuellement le condom	0,002	0,001	8323	8563	1,185	0,322	0,001	0,003
Utilise une source du secteur publique	0,688	0,035	293	319	1,273	0,050	0,618	0,757
Ne veut plus d'enfants	0,210	0,007	8323	8563	1,546	0,033	0,196	0,223
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,338	0,009	8323	8563	1,669	0,026	0,321	0,355
Nombre d'enfants idéal	6,582	0,062	7590	7781	2,031	0,009	6,458	6,706
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,434	0,015	6238	6486	2,423	0,035	0,404	0,464
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,376	0,020	10044	10529	3,321	0,053	0,336	0,415
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,148	0,007	8646	8997	1,758	0,046	0,135	0,162
A reçu traitement SRO	0,111	0,012	1128	1334	1,317	0,105	0,087	0,134
A consulté du personnel médical	0,148	0,015	1128	1334	1,443	0,099	0,119	0,177
Ayant un carnet de santé, vu	0,604	0,019	1771	1872	1,670	0,032	0,566	0,643
A reçu vaccination BCG	0,723	0,018	1771	1872	1,683	0,024	0,688	0,759
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,643	0,021	1771	1872	1,897	0,033	0,600	0,685
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,607	0,021	1771	1872	1,801	0,034	0,565	0,648
A reçu vaccination rougeole	0,655	0,020	1771	1872	1,809	0,031	0,615	0,696
Vacciné contre toutes les maladies	0,462	0,021	1771	1872	1,814	0,046	0,420	0,505
Taille pour âge (-2ET)	0,421	0,008	8083	8606	1,375	0,018	0,406	0,437
Poids pour taille (-2ET)	0,157	0,005	8083	8606	1,311	0,034	0,146	0,167
Poids pour âge (-2ET)	0,293	0,008	8083	8606	1,482	0,026	0,277	0,308
Anémie chez les enfants	0,859	0,011	2536	2691	1,433	0,012	0,838	0,880
Anémie chez les femmes	0,721	0,013	3027	3124	1,588	0,018	0,695	0,746
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,153	0,006	7693	7825	1,392	0,037	0,142	0,165
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	7,158	0,109	na	26975	1,443	0,015	6,939	7,376
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	60,792	2,573	20178	20969	1,255	0,042	55,645	65,938
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	61,373	2,486	20201	20983	1,390	0,041	56,401	66,346
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	122,165	4,035	20234	21028	1,540	0,033	114,094	130,236
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	127,572	4,710	20137	20810	1,562	0,037	118,152	136,992
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	234,152	5,642	20651	21454	1,566	0,024	222,868	245,436
Prévalence du VIH	0,012	0,003	3061	2971	1,429	0,239	0,006	0,017
Pourcentage des malades ou blessés	0,224	0,009	2365	2457	1,113	0,040	0,206	0,242
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7724	903	506	551	0,923	0,117	5918	9531
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	2304	2321	na	na	0,000	0,000
Alphabétisé	0,261	0,017	2304	2321	1,859	0,065	0,227	0,295
Sans instruction	0,690	0,018	2304	2321	1,823	0,025	0,655	0,725
Instruction post-primaire ou plus	0,101	0,011	2304	2321	1,718	0,107	0,079	0,122
Jamais marié (en union)	0,330	0,013	2304	2321	1,289	0,038	0,305	0,355
Actuellement marié (en union)	0,631	0,014	2304	2321	1,377	0,022	0,604	0,659
Prévalence du VIH (15-49)	0,006	0,002	2168	2253	1,168	0,325	0,002	0,010
Prévalence du VIH (15-59)	0,006	0,002	2509	2602	1,291	0,323	0,002	0,010
Pourcentage des malades ou blessés	0,181	0,009	2203	2311	1,179	0,050	0,163	0,199
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	14418	2509	407	419	1,081	0,174	9400	19437
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,009	0,002	5229	5224	1,485	0,214	0,005	0,013
Pourcentage des malades ou blessés	0,203	0,005	4568	4768	1,145	0,025	0,193	0,214
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	10616	1210	913	970	1,016	0,114	8196	13035
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,274	0,013	2960	3010	1,553	0,047	0,248	0,299
Dépense moyenne en santé par ménage	12499	1437	776	824	1,011	0,115	9626	15373

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage : Echantillon Kayes, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,163	0,053	1686	1886	5,795	0,323	0,057	0,268
Alphabétisée	0,090	0,023	1686	1886	3,316	0,258	0,044	0,136
Sans instruction	0,860	0,026	1686	1886	3,111	0,031	0,807	0,912
Instruction post-primaire ou plus	0,032	0,013	1686	1886	3,107	0,418	0,005	0,059
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,374	0,043	1584	1794	2,686	0,115	0,288	0,460
Jamais mariée (en union)	0,051	0,008	1686	1886	1,510	0,158	0,035	0,068
Actuellement mariée (en union)	0,929	0,010	1686	1886	1,597	0,011	0,909	0,949
Mariée (en union) avant 20 ans	0,855	0,020	1030	1151	1,777	0,023	0,815	0,894
Actuellement enceinte	0,159	0,013	1686	1886	1,448	0,081	0,134	0,185
Enfants nés vivants	3,777	0,110	1686	1886	1,495	0,029	3,557	3,996
Enfants survivants	2,938	0,073	1686	1886	1,280	0,025	2,792	3,083
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,984	0,250	275	313	1,367	0,036	6,484	7,484
Connait une méthode contraceptive	0,740	0,033	1561	1752	2,963	0,045	0,674	0,806
A utilisé une méthode contraceptive	0,200	0,028	1561	1752	2,734	0,139	0,144	0,255
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,062	0,013	1561	1752	2,169	0,215	0,035	0,088
Utilise actuellement la pilule	0,020	0,006	1561	1752	1,800	0,322	0,007	0,032
Utilise actuellement le condom	0,001	0,001	1561	1752	0,952	1,013	0,000	0,002
Utilise une source du secteur publique	0,682	0,074	53	74	1,143	0,109	0,534	0,830
Ne veut plus d'enfants	0,221	0,017	1561	1752	1,587	0,075	0,188	0,255
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,292	0,022	1561	1752	1,948	0,077	0,247	0,337
Nombre d'enfants idéal	5,813	0,140	1492	1664	2,102	0,024	5,534	6,093
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,516	0,038	1124	1270	2,543	0,073	0,441	0,592
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,372	0,048	1759	1979	3,401	0,129	0,276	0,468
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,208	0,020	1562	1772	1,871	0,096	0,168	0,247
A reçu traitement SRO	0,118	0,024	307	368	1,281	0,200	0,071	0,166
A consulté du personnel médical	0,149	0,041	307	368	2,037	0,271	0,068	0,230
Ayant un carnet de santé, vu	0,500	0,047	353	417	1,821	0,095	0,405	0,595
A reçu vaccination BCG	0,672	0,040	353	417	1,643	0,060	0,591	0,752
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,494	0,048	353	417	1,834	0,097	0,398	0,590
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,472	0,039	353	417	1,488	0,082	0,394	0,549
A reçu vaccination rougeole	0,550	0,053	353	417	2,037	0,096	0,445	0,656
Vacciné contre toutes les maladies	0,287	0,039	353	417	1,663	0,137	0,208	0,365
Taille pour âge (-2ET)	0,307	0,018	1484	1711	1,489	0,060	0,270	0,344
Poids pour taille (-2ET)	0,152	0,012	1484	1711	1,271	0,082	0,127	0,177
Poids pour âge (-2ET)	0,220	0,015	1484	1711	1,374	0,069	0,190	0,251
Anémie chez les enfants	0,805	0,050	442	512	2,405	0,063	0,704	0,906
Anémie chez les femmes	0,732	0,027	544	606	1,443	0,038	0,677	0,787
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,148	0,010	1355	1517	1,057	0,069	0,128	0,168
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	6,686	0,211	na	5282	1,228	0,032	6,264	7,109
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	54,200	7,264	3514	3896	1,643	0,134	39,671	68,728
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	51,134	4,581	3512	3895	1,159	0,090	41,972	60,297
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	105,334	9,886	3520	3903	1,698	0,094	85,562	125,106
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	101,872	8,926	3503	3890	1,429	0,088	84,020	119,723
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	196,475	12,812	3593	3978	1,626	0,065	170,852	222,098
Prévalence du VIH	0,012	0,006	551	570	1,349	0,518	0,000	0,025
Pourcentage des malades ou blessés	0,248	0,018	603	663	1,070	0,074	0,211	0,285
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7251	1048	141	164	0,924	0,145	5155	9347
HOMMES								
Milieu urbain	0,248	0,110	379	448	4,791	0,442	0,029	0,468
Alphabétisé	0,333	0,060	379	448	2,448	0,179	0,214	0,453
Sans instruction	0,594	0,062	379	448	2,432	0,104	0,470	0,718
Instruction post-primaire ou plus	0,149	0,053	379	448	2,877	0,357	0,043	0,256
Jamais marié (en union)	0,409	0,028	379	448	1,120	0,069	0,352	0,466
Actuellement marié (en union)	0,562	0,030	379	448	1,183	0,054	0,502	0,623
Prévalence du VIH (15-49)	0,000	0,000	362	433	na	na	0,000	0,000
Prévalence du VIH (15-59)	0,000	0,000	416	487	na	na	0,000	0,000
Pourcentage des malades ou blessés	0,177	0,019	592	688	1,248	0,106	0,139	0,214
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7142	1554	104	122	0,933	0,218	4033	10250
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,007	0,004	913	1002	1,335	0,530	0,000	0,014
Pourcentage des malades ou blessés	0,212	0,010	1195	1352	1,018	0,045	0,193	0,231
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7204	998	245	286	1,026	0,139	5208	9200
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,412	0,037	502	590	1,687	0,090	0,338	0,487
Dépense moyenne en santé par ménage	8469	1177	210	243	0,978	0,139	6115	10824

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage : Échantillon Koulikoro, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,160	0,020	1778	2352	2,347	0,128	0,119	0,201
Alphabétisée	0,140	0,017	1778	2352	2,085	0,123	0,106	0,174
Sans instruction	0,817	0,020	1778	2352	2,227	0,025	0,777	0,858
Instruction post-primaire ou plus	0,062	0,011	1778	2352	1,981	0,182	0,040	0,085
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,449	0,031	1640	2204	2,032	0,068	0,388	0,510
Jamais mariée (en union)	0,125	0,012	1778	2352	1,576	0,099	0,100	0,150
Actuellement mariée (en union)	0,853	0,014	1778	2352	1,669	0,016	0,825	0,881
Mariée (en union) avant 20 ans	0,864	0,013	1090	1447	1,212	0,015	0,839	0,889
Actuellement enceinte	0,138	0,011	1778	2352	1,349	0,080	0,116	0,160
Enfants nés vivants	4,010	0,102	1778	2352	1,358	0,025	3,806	4,213
Enfants survivants	3,094	0,076	1778	2352	1,271	0,025	2,942	3,246
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,319	0,218	328	426	1,318	0,030	6,883	7,754
Connaît une méthode contraceptive	0,843	0,039	1499	2007	4,148	0,046	0,765	0,922
A utilisé une méthode contraceptive	0,244	0,022	1499	2007	1,968	0,090	0,200	0,288
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,089	0,012	1499	2007	1,638	0,136	0,065	0,113
Utilise actuellement la pilule	0,021	0,004	1499	2007	1,180	0,207	0,012	0,030
Utilise actuellement le condom	0,004	0,001	1499	2007	0,973	0,420	0,001	0,007
Utilise une source du secteur publique	0,521	0,064	129	135	1,446	0,123	0,392	0,649
Ne veut plus d'enfants	0,262	0,015	1499	2007	1,341	0,058	0,231	0,292
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,384	0,017	1499	2007	1,351	0,044	0,350	0,418
Nombre d'enfants idéal	5,983	0,121	1618	2113	2,171	0,020	5,741	6,225
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,450	0,033	1193	1602	2,316	0,074	0,383	0,516
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,555	0,053	1933	2612	3,731	0,096	0,448	0,661
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,114	0,013	1638	2209	1,640	0,113	0,088	0,140
A reçu traitement SRO	0,161	0,037	170	252	1,327	0,228	0,087	0,234
A consulté du personnel médical	0,223	0,032	170	252	0,986	0,142	0,160	0,287
Ayant un carnet de santé, vu	0,657	0,032	312	407	1,172	0,049	0,593	0,721
A reçu vaccination BCG	0,798	0,039	312	407	1,698	0,049	0,719	0,876
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,743	0,047	312	407	1,857	0,063	0,649	0,836
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,719	0,044	312	407	1,717	0,062	0,630	0,808
A reçu vaccination rougeole	0,712	0,042	312	407	1,605	0,059	0,627	0,796
Vacciné contre toutes les maladies	0,579	0,044	312	407	1,526	0,075	0,492	0,666
Taille pour âge (-2ET)	0,391	0,016	1561	2151	1,218	0,041	0,359	0,423
Poids pour taille (-2ET)	0,162	0,011	1561	2151	1,137	0,065	0,141	0,183
Poids pour âge (-2ET)	0,291	0,018	1561	2151	1,505	0,063	0,255	0,328
Anémie chez les enfants	0,850	0,025	477	659	1,392	0,029	0,800	0,899
Anémie chez les femmes	0,709	0,034	600	809	1,826	0,047	0,641	0,776
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,144	0,015	1477	1930	1,637	0,105	0,114	0,174
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	7,300	0,233	na	6473	1,160	0,032	6,835	7,765
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	48,864	3,561	3747	5061	0,813	0,073	41,741	55,986
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	65,033	3,893	3745	5061	0,947	0,060	57,248	72,818
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	113,896	5,252	3755	5072	0,909	0,046	103,392	124,401
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	121,937	8,402	3696	4965	1,195	0,069	105,132	138,741
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	221,945	9,150	3823	5159	1,163	0,041	203,645	240,244
Prévalence du VIH	0,010	0,006	599	758	1,566	0,646	0,000	0,022
Pourcentage des malades ou blessés	0,228	0,016	527	658	0,926	0,071	0,195	0,260
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7990	2675	111	150	0,898	0,335	2639	13341
HOMMES								
Milieu urbain	0,146	0,022	449	610	1,322	0,151	0,102	0,190
Alphabétisé	0,355	0,042	449	610	1,866	0,119	0,271	0,440
Sans instruction	0,569	0,039	449	610	1,677	0,069	0,490	0,648
Instruction post-primaire ou plus	0,170	0,026	449	610	1,467	0,154	0,117	0,222
Jamais marié (en union)	0,376	0,027	449	610	1,168	0,071	0,322	0,429
Actuellement marié (en union)	0,575	0,029	449	610	1,248	0,051	0,517	0,634
Prévalence du VIH (15-49)	0,016	0,006	427	593	1,040	0,397	0,003	0,028
Prévalence du VIH (15-59)	0,016	0,007	492	681	1,196	0,422	0,003	0,030
Pourcentage des malades ou blessés	0,186	0,015	511	642	0,918	0,082	0,156	0,217
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	22836	6752	90	120	1,072	0,296	9332	36340
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,012	0,005	1026	1351	1,524	0,425	0,002	0,023
Pourcentage des malades ou blessés	0,207	0,010	1038	1300	0,975	0,047	0,188	0,227
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	14575	3395	201	270	1,040	0,233	7786	21365
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,322	0,025	501	685	1,181	0,077	0,273	0,372
Dépense moyenne en santé par ménage	17786	4134	168	221	1,033	0,232	9519	26053

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage : Echantillon Sikasso, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,173	0,021	2590	2392	2,772	0,119	0,132	0,214
Alphabétisée	0,114	0,013	2590	2392	2,101	0,115	0,088	0,140
Sans instruction	0,834	0,015	2590	2392	2,013	0,018	0,804	0,863
Instruction post-primaire ou plus	0,057	0,009	2590	2392	1,999	0,160	0,039	0,075
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,400	0,026	2429	2311	2,083	0,064	0,348	0,451
Jamais mariée (en union)	0,086	0,008	2590	2392	1,413	0,091	0,070	0,101
Actuellement mariée (en union)	0,900	0,009	2590	2392	1,508	0,010	0,882	0,918
Mariée (en union) avant 20 ans	0,851	0,012	1547	1445	1,333	0,014	0,826	0,875
Actuellement enceinte	0,147	0,008	2590	2392	1,205	0,057	0,130	0,164
Enfants nés vivants	0,476	0,068	2590	2392	1,075	0,017	3,940	4,212
Enfants survivants	3,066	0,055	2590	2392	1,116	0,018	2,957	3,176
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,996	0,156	426	378	1,155	0,020	7,684	8,308
Connaît une méthode contraceptive	0,831	0,017	2314	2152	2,180	0,020	0,797	0,865
A utilisé une méthode contraceptive	0,186	0,013	2314	2152	1,649	0,072	0,160	0,213
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,065	0,008	2314	2152	1,482	0,116	0,050	0,081
Utilise actuellement la pilule	0,024	0,005	2314	2152	1,642	0,217	0,014	0,035
Utilise actuellement le condom	0,002	0,001	2314	2152	1,264	0,557	0,000	0,005
Utilise une source du secteur publique	0,593	0,058	144	129	1,405	0,098	0,477	0,709
Ne veut plus d'enfants	0,236	0,011	2314	2152	1,270	0,048	0,214	0,258
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,396	0,018	2314	2152	1,776	0,046	0,360	0,432
Nombre d'enfants idéal	6,348	0,105	2101	1957	2,034	0,016	6,139	6,557
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,506	0,028	1806	1680	2,352	0,055	0,451	0,562
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,506	0,035	2878	2679	3,040	0,069	0,437	0,576
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,119	0,012	2456	2289	1,713	0,099	0,096	0,143
A reçu traitement SRO	0,110	0,021	278	273	1,105	0,186	0,069	0,151
A consulté du personnel médical	0,161	0,027	278	273	1,226	0,169	0,107	0,216
Ayant un carnet de santé, vu	0,701	0,029	516	483	1,447	0,042	0,642	0,759
A reçu vaccination BCG	0,768	0,029	516	483	1,548	0,037	0,711	0,826
A reçu vaccination DTCog (3 doses)	0,735	0,032	516	483	1,636	0,044	0,671	0,799
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,652	0,039	516	483	1,838	0,060	0,574	0,730
A reçu vaccination rougeole	0,748	0,029	516	483	1,483	0,038	0,690	0,805
Vacciné contre toutes les maladies	0,504	0,038	516	483	1,686	0,074	0,429	0,579
Taille pour âge (-2ET)	0,452	0,014	2341	2203	1,303	0,031	0,424	0,480
Poids pour taille (-2ET)	0,158	0,008	2341	2203	1,030	0,050	0,142	0,173
Poids pour âge (-2ET)	0,308	0,012	2341	2203	1,241	0,040	0,283	0,332
Anémie chez les enfants	0,858	0,022	732	681	1,602	0,026	0,814	0,902
Anémie chez les femmes	0,679	0,022	876	806	1,371	0,032	0,636	0,722
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,160	0,009	2107	1931	1,157	0,058	0,142	0,179
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	7,356	0,172	na	6741	1,117	0,023	7,012	7,699
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	67,532	5,292	5624	5292	1,332	0,078	56,948	78,116
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	64,275	6,251	5625	5283	1,800	0,097	51,774	76,777
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	131,807	10,238	5641	5308	2,009	0,078	111,331	152,283
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	120,676	7,844	5570	5227	1,580	0,065	104,988	136,363
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	236,577	10,255	5747	5407	1,630	0,043	216,067	257,086
Prévalence du VIH	0,009	0,003	885	747	1,043	0,369	0,002	0,016
Pourcentage des malades ou blessés	0,179	0,017	608	574	1,142	0,093	0,146	0,212
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé 11720	3350	112	103	0,938	0,286	5021	18420	
HOMMES								
Milieu urbain	0,182	0,026	674	593	1,727	0,141	0,131	0,234
Alphabétisé	0,322	0,031	674	593	1,742	0,098	0,259	0,385
Sans instruction	0,642	0,032	674	593	1,723	0,050	0,578	0,706
Instruction post-primaire ou plus	0,145	0,024	674	593	1,749	0,164	0,097	0,192
Jamais marié (en union)	0,278	0,024	674	593	1,389	0,086	0,230	0,326
Actuellement marié (en union)	0,684	0,023	674	593	1,298	0,034	0,637	0,730
Prévalence du VIH (15-49)	0,002	0,002	649	576	1,089	1,011	0,000	0,005
Prévalence du VIH (15-59)	0,002	0,002	739	660	1,082	1,008	0,000	0,005
Pourcentage des malades ou blessés	0,187	0,017	557	518	1,111	0,090	0,153	0,220
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	15628	4636	106	97	1,107	0,297	6356	24899
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,006	0,002	1534	1323	1,015	0,338	0,002	0,010
Pourcentage des malades ou blessés	0,183	0,010	1165	1092	1,157	0,052	0,164	0,202
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	13615	3005	218	200	0,980	0,221	7604	19626
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,247	0,021	728	681	1,315	0,085	0,205	0,289
Dépense moyenne en santé par ménage	16177	3762	181	168	1,008	0,233	8653	23700
na = Non applicable								

Tableau B.10 Erreurs de sondage : Echantillon Segou, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,222	0,037	1735	2388	3,706	0,167	0,148	0,296
Alphabétisée	0,162	0,025	1735	2388	2,771	0,152	0,113	0,211
Sans instruction	0,784	0,030	1735	2388	3,048	0,039	0,723	0,844
Instruction post-primaire ou plus	0,103	0,019	1735	2388	2,661	0,188	0,064	0,142
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,414	0,041	1606	2242	2,564	0,099	0,332	0,496
Jamais mariée (en union)	0,119	0,016	1735	2388	2,073	0,136	0,086	0,151
Actuellement mariée (en union)	0,852	0,016	1735	2388	1,901	0,019	0,820	0,885
Mariée (en union) avant 20 ans	0,825	0,016	1071	1493	1,382	0,019	0,793	0,857
Actuellement enceinte	0,137	0,010	1735	2388	1,185	0,072	0,117	0,156
Enfants nés vivants	3,831	0,131	1735	2388	1,619	0,034	3,570	4,092
Enfants survivants	2,813	0,090	1735	2388	1,491	0,032	2,633	2,992
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,526	0,255	322	434	1,484	0,034	7,016	8,035
Connaît une méthode contraceptive	0,860	0,022	1472	2036	2,441	0,026	0,816	0,905
A utilisé une méthode contraceptive	0,276	0,019	1472	2036	1,650	0,070	0,237	0,314
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,094	0,011	1472	2036	1,424	0,115	0,073	0,116
Utilise actuellement la pilule	0,029	0,005	1472	2036	1,041	0,156	0,020	0,039
Utilise actuellement le condom	0,002	0,001	1472	2036	1,027	0,606	0,000	0,004
Utilise une source du secteur publique	0,550	0,060	124	143	1,339	0,110	0,430	0,671
Ne veut plus d'enfants	0,214	0,014	1472	2036	1,276	0,064	0,187	0,241
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,323	0,016	1472	2036	1,331	0,050	0,291	0,355
Nombre d'enfants idéal	6,186	0,106	1350	1859	1,538	0,017	5,974	6,397
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,448	0,029	1076	1493	1,884	0,064	0,390	0,505
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,449	0,039	1764	2468	2,689	0,087	0,371	0,527
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,187	0,015	1491	2085	1,441	0,079	0,158	0,217
A reçu traitement SRO	0,094	0,018	275	390	1,019	0,189	0,059	0,130
A consulté du personnel médical	0,114	0,023	275	390	1,192	0,198	0,069	0,160
Ayant un carnet de santé, vu	0,678	0,036	338	481	1,435	0,054	0,605	0,751
A reçu vaccination BCG	0,841	0,031	338	481	1,564	0,037	0,779	0,902
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,737	0,040	338	481	1,675	0,054	0,657	0,816
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,672	0,038	338	481	1,474	0,056	0,597	0,748
A reçu vaccination rougeole	0,768	0,039	338	481	1,699	0,050	0,691	0,845
Vacciné contre toutes les maladies	0,575	0,043	338	481	1,616	0,075	0,489	0,662
Taille pour âge (-2ET)	0,400	0,015	1435	2046	1,090	0,037	0,370	0,430
Poids pour taille (-2ET)	0,146	0,013	1435	2046	1,337	0,090	0,120	0,172
Poids pour âge (-2ET)	0,257	0,016	1435	2046	1,294	0,062	0,225	0,289
Anémie chez les enfants	0,896	0,023	436	618	1,424	0,026	0,850	0,942
Anémie chez les femmes	0,669	0,030	549	755	1,491	0,045	0,610	0,729
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,141	0,009	1411	1950	1,021	0,067	0,122	0,160
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	7,083	0,303	na	6658	1,591	0,043	6,478	7,688
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	70,431	5,849	3514	4885	1,117	0,083	58,733	82,129
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	60,504	5,193	3524	4900	1,214	0,086	50,119	70,889
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	130,934	7,883	3526	4901	1,209	0,060	115,169	146,700
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	151,197	12,336	3486	4831	1,491	0,082	126,526	175,868
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	262,335	13,068	3599	5005	1,403	0,050	236,199	288,470
Prévalence du VIH	0,017	0,008	552	735	1,529	0,495	0,000	0,034
Pourcentage des malades ou blessés	0,198	0,019	378	545	1,009	0,095	0,160	0,235
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	10378	2835	73	108	0,961	0,273	4708	16048
HOMMES								
Milieu urbain	0,247	0,044	443	577	2,132	0,178	0,159	0,335
Alphabétisé	0,349	0,049	443	577	2,155	0,141	0,251	0,447
Sans instruction	0,609	0,048	443	577	2,063	0,079	0,513	0,705
Instruction post-primaire ou plus	0,195	0,041	443	577	2,192	0,213	0,112	0,278
Jamais marié (en union)	0,269	0,024	443	577	1,158	0,091	0,220	0,318
Actuellement marié (en union)	0,669	0,025	443	577	1,125	0,038	0,619	0,720
Prévalence du VIH (15-49)	0,008	0,006	394	562	1,290	0,742	0,000	0,019
Prévalence du VIH (15-59)	0,009	0,005	461	660	1,205	0,599	0,000	0,019
Pourcentage des malades ou blessés	0,188	0,023	351	487	1,174	0,123	0,142	0,235
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7634	2101	67	92	1,034	0,275	3433	11836
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,013	0,007	946	1298	1,849	0,525	0,000	0,027
Pourcentage des malades ou blessés	0,193	0,012	729	1032	1,095	0,062	0,169	0,217
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	9117	1893	140	200	1,013	0,208	5332	12903
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,242	0,023	512	732	1,234	0,097	0,195	0,288
Dépense moyenne en santé par ménage	10285	2100	122	177	0,991	0,204	6085	14486

na = Non applicable

Tableau B.11 Erreurs de sondage : Echantillon Mopti, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,329	0,170	2345	2036	16,484	0,517	0,000	0,669
Alphabétisée	0,097	0,015	2345	2036	2,484	0,157	0,066	0,127
Sans instruction	0,882	0,013	2345	2036	2,000	0,015	0,855	0,908
Instruction post-primaire ou plus	0,069	0,020	2345	2036	3,886	0,296	0,028	0,110
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,300	0,033	2439	2052	2,933	0,111	0,234	0,367
Jamais mariée (en union)	0,130	0,010	2345	2036	1,391	0,074	0,110	0,149
Actuellement mariée (en union)	0,839	0,010	2345	2036	1,339	0,012	0,819	0,859
Mariée (en union) avant 20 ans	0,753	0,025	1584	1351	2,290	0,033	0,704	0,803
Actuellement enceinte	0,117	0,007	2345	2036	1,079	0,061	0,103	0,131
Enfants nés vivants	3,747	0,145	2345	2036	2,175	0,039	3,456	4,037
Enfants survivants	2,710	0,122	2345	2036	2,505	0,045	2,467	2,954
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,731	0,204	532	465	1,558	0,030	6,323	7,139
Connaît une méthode contraceptive	0,498	0,064	1995	1708	5,650	0,128	0,371	0,626
A utilisé une méthode contraceptive	0,133	0,033	1995	1708	4,332	0,248	0,067	0,200
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,022	0,007	1995	1708	2,165	0,325	0,008	0,036
Utilise actuellement la pilule	0,011	0,004	1995	1708	1,630	0,354	0,003	0,018
Utilise actuellement le condom	0,002	0,001	1995	1708	1,260	0,700	0,000	0,004
Utilise une source du secteur publique	0,575	0,085	107	34	1,749	0,147	0,406	0,745
Ne veut plus d'enfants	0,114	0,020	1995	1708	2,872	0,179	0,073	0,155
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,318	0,011	1995	1708	1,063	0,035	0,296	0,340
Nombre d'enfants idéal	7,825	0,108	1783	1633	1,455	0,014	7,608	8,042
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,391	0,044	1437	1168	3,325	0,112	0,303	0,479
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,337	0,055	2240	1848	4,199	0,163	0,227	0,447
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,108	0,009	1951	1588	1,246	0,084	0,090	0,127
A reçu traitement SRO	0,214	0,073	189	172	2,497	0,339	0,069	0,360
A consulté du personnel médical	0,236	0,065	189	172	2,093	0,274	0,107	0,366
Ayant un carnet de santé, vu	0,522	0,040	363	300	1,510	0,077	0,442	0,603
A reçu vaccination BCG	0,621	0,043	363	300	1,674	0,070	0,535	0,708
A reçu vaccination DTCq (3 doses)	0,587	0,048	363	300	1,830	0,082	0,491	0,683
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,568	0,045	363	300	1,688	0,079	0,479	0,658
A reçu vaccination rougeole	0,522	0,079	363	300	2,947	0,151	0,364	0,680
Vacciné contre toutes les maladies	0,404	0,054	363	300	2,047	0,134	0,296	0,512
Taille pour âge (-2ET)	0,409	0,040	1712	1406	3,253	0,099	0,328	0,490
Poids pour taille (-2ET)	0,127	0,017	1712	1406	2,165	0,136	0,093	0,162
Poids pour âge (-2ET)	0,281	0,026	1712	1406	2,268	0,091	0,230	0,332
Anémie chez les enfants	0,815	0,017	608	506	1,037	0,021	0,782	0,849
Anémie chez les femmes	0,771	0,021	754	672	1,365	0,027	0,729	0,812
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,108	0,019	1918	1651	2,646	0,175	0,070	0,145
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	6,320	0,346	na	5611	2,124	0,055	5,627	7,013
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	61,187	5,365	4634	3769	1,107	0,088	50,457	71,917
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	47,096	7,326	4651	3813	1,778	0,156	32,444	61,748
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	108,283	11,334	4648	3776	1,685	0,105	85,614	130,952
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	133,292	12,563	4681	3878	1,791	0,094	108,165	158,418
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	227,142	10,231	4757	3885	1,406	0,045	206,680	247,603
Prévalence du VIH	0,018	0,008	777	644	1,685	0,445	0,002	0,034
Pourcentage des malades ou blessés	0,299	0,036	350	228	1,622	0,121	0,226	0,371
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7011	2590	86	79	1,050	0,369	1831	12192
HOMMES								
Milieu urbain	0,292	0,150	658	513	8,045	0,514	0,000	0,592
Alphabétisé	0,262	0,032	658	513	1,885	0,124	0,197	0,327
Sans instruction	0,794	0,054	658	513	3,420	0,069	0,685	0,903
Instruction post-primaire ou plus	0,073	0,025	658	513	2,479	0,347	0,022	0,123
Jamais marié (en union)	0,375	0,027	658	513	1,430	0,072	0,321	0,429
Actuellement marié (en union)	0,610	0,028	658	513	1,480	0,046	0,553	0,666
Prévalence du VIH (15-49)	0,008	0,004	609	506	1,142	0,512	0,000	0,016
Prévalence du VIH (15-59)	0,007	0,004	707	585	1,149	0,515	0,000	0,014
Pourcentage des malades ou blessés	0,182	0,027	342	228	1,397	0,150	0,128	0,237
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	20622	10445	72	41	0,896	0,506	0	41512
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,014	0,006	1386	1149	1,774	0,404	0,003	0,025
Pourcentage des malades ou blessés	0,245	0,018	692	492	1,368	0,074	0,209	0,281
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	11705	4306	158	120	0,982	0,368	3092	20317
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,160	0,017	838	675	1,351	0,107	0,126	0,195
Dépense moyenne en santé par ménage	13002	4801	138	108	0,988	0,369	3400	22604

na = Non applicable

Tableau B.12 Erreurs de sondage : Echantillon Tombouctou, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,248	0,034	1072	720	2,575	0,137	0,180	0,316
Alphabétisée	0,105	0,022	1072	720	2,339	0,210	0,061	0,149
Sans instruction	0,853	0,027	1072	720	2,480	0,031	0,800	0,907
Instruction post-primaire ou plus	0,064	0,016	1072	720	2,084	0,243	0,033	0,095
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,385	0,049	979	683	2,444	0,128	0,287	0,484
Jamais mariée (en union)	0,114	0,011	1072	720	1,155	0,099	0,091	0,136
Actuellement mariée (en union)	0,812	0,013	1072	720	1,097	0,016	0,786	0,838
Mariée (en union) avant 20 ans	0,708	0,021	681	468	1,197	0,029	0,667	0,750
Actuellement enceinte	0,106	0,010	1072	720	1,039	0,092	0,087	0,126
Enfants nés vivants	3,498	0,113	1072	720	1,214	0,032	3,273	3,723
Enfants survivants	2,530	0,110	1072	720	1,615	0,044	2,309	2,750
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,453	0,316	204	142	1,462	0,049	5,820	7,085
Connait une méthode contraceptive	0,448	0,036	873	584	2,155	0,081	0,376	0,521
A utilisé une méthode contraceptive	0,079	0,016	873	584	1,708	0,198	0,047	0,110
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,046	0,012	873	584	1,670	0,259	0,022	0,069
Utilise actuellement la pilule	0,020	0,007	873	584	1,454	0,341	0,007	0,034
Utilise actuellement le condom	0,003	0,002	873	584	0,987	0,572	0,000	0,007
Utilise une source du secteur publique	0,595	0,071	35	25	0,847	0,119	0,453	0,737
Ne veut plus d'enfants	0,061	0,009	873	584	1,105	0,147	0,043	0,079
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,226	0,023	873	584	1,621	0,102	0,180	0,272
Nombre d'enfants idéal	8,101	0,208	843	554	2,124	0,026	7,686	8,517
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,364	0,050	633	423	2,610	0,139	0,263	0,465
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,259	0,050	1001	662	2,787	0,192	0,160	0,359
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,091	0,014	873	573	1,355	0,159	0,062	0,120
A reçu traitement SRO	0,125	0,050	70	52	1,315	0,403	0,024	0,225
A consulté du personnel médical	0,156	0,062	70	52	1,482	0,401	0,031	0,281
Ayant un carnet de santé, vu	0,319	0,070	152	96	1,758	0,219	0,179	0,458
A reçu vaccination BCG	0,574	0,079	152	96	1,895	0,138	0,416	0,732
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,489	0,075	152	96	1,787	0,154	0,338	0,640
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,401	0,061	152	96	1,460	0,151	0,280	0,522
A reçu vaccination rougeole	0,529	0,072	152	96	1,713	0,137	0,384	0,673
Vacciné contre toutes les maladies	0,325	0,063	152	96	1,579	0,193	0,199	0,451
Taille pour âge (-2ET)	0,439	0,019	837	565	1,061	0,044	0,401	0,477
Poids pour taille (-2ET)	0,165	0,016	837	565	1,189	0,099	0,132	0,197
Poids pour âge (-2ET)	0,323	0,022	837	565	1,233	0,068	0,279	0,367
Anémie chez les enfants	0,652	0,062	238	167	1,777	0,096	0,527	0,776
Anémie chez les femmes	0,626	0,038	334	227	1,433	0,060	0,550	0,701
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,147	0,023	916	616	1,929	0,154	0,102	0,192
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	5,750	0,241	na	2010	1,298	0,042	5,269	6,231
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	55,570	5,879	2006	1358	1,047	0,106	43,812	67,329
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	70,326	7,359	2019	1369	1,087	0,105	55,607	85,044
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	125,896	9,504	2015	1365	1,113	0,075	106,889	144,903
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	117,518	16,115	2031	1386	1,727	0,137	85,288	149,748
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	228,619	20,544	2063	1402	1,820	0,090	187,530	269,708
Prévalence du VIH	0,003	0,003	332	220	0,978	0,988	0,000	0,009
Pourcentage des malades ou blessés	0,202	0,036	168	111	1,314	0,179	0,129	0,274
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	9391	3639	33	22	1,140	0,387	2114	16669
HOMMES								
Milieu urbain	0,286	0,039	226	144	1,289	0,136	0,208	0,363
Alphabétisé	0,286	0,060	226	144	1,971	0,209	0,167	0,406
Sans instruction	0,762	0,038	226	144	1,339	0,050	0,686	0,838
Instruction post-primaire ou plus	0,100	0,032	226	144	1,573	0,316	0,037	0,163
Jamais marié (en union)	0,243	0,050	226	144	1,738	0,206	0,143	0,342
Actuellement marié (en union)	0,724	0,052	226	144	1,735	0,072	0,620	0,828
Prévalence du VIH (15-49)	0,007	0,007	202	142	1,181	1,001	0,000	0,021
Prévalence du VIH (15-59)	0,006	0,006	229	161	1,188	1,005	0,000	0,018
Pourcentage des malades ou blessés	0,174	0,024	165	106	1,134	0,137	0,126	0,222
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	15340	6743	30	18	1,056	0,440	1855	28825
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,005	0,003	534	362	1,084	0,698	0,000	0,011
Pourcentage des malades ou blessés	0,188	0,012	333	217	1,268	0,065	0,164	0,213
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	12076	3472	63	41	1,019	0,288	5132	19020
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,165	0,024	336	235	1,172	0,144	0,117	0,212
Dépense moyenne en santé par ménage	12746	3610	59	39	1,013	0,283	5527	19966

na = Non applicable

Tableau B.13 Erreurs de sondage : Echantillon Gao, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N)			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,498	0,072	1060	655	4,614	0,144	0,355	0,642
Alphabétisée	0,205	0,030	1060	655	2,442	0,148	0,144	0,265
Sans instruction	0,762	0,029	1060	655	2,192	0,038	0,705	0,820
Instruction post-primaire ou plus	0,105	0,016	1060	655	1,702	0,153	0,073	0,137
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,518	0,049	995	618	2,411	0,094	0,420	0,615
Jamais mariée (en union)	0,131	0,012	1060	655	1,143	0,091	0,107	0,155
Actuellement mariée (en union)	0,795	0,014	1060	655	1,150	0,018	0,766	0,823
Mariée (en union) avant 20 ans	0,819	0,023	644	403	1,525	0,028	0,773	0,866
Actuellement enceinte	0,108	0,010	1060	655	1,069	0,095	0,087	0,128
Enfants nés vivants	3,254	0,086	1060	655	0,991	0,026	3,083	3,425
Enfants survivants	2,649	0,063	1060	655	0,901	0,024	2,523	2,775
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,119	0,228	178	108	1,024	0,037	5,664	6,574
Connaît une méthode contraceptive	0,485	0,050	847	520	2,910	0,104	0,384	0,585
A utilisé une méthode contraceptive	0,124	0,022	847	520	1,935	0,177	0,080	0,168
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,051	0,011	847	520	1,422	0,211	0,029	0,072
Utilise actuellement la pilule	0,014	0,006	847	520	1,390	0,396	0,003	0,026
Utilise actuellement le condom	0,007	0,003	847	520	1,046	0,432	0,001	0,013
Utilise une source du secteur publique	0,409	0,135	24	17	1,294	0,329	0,140	0,678
Ne veut plus d'enfants	0,132	0,019	847	520	1,667	0,147	0,094	0,171
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,208	0,033	847	520	2,390	0,161	0,141	0,275
Nombre d'enfants idéal	6,676	0,169	755	428	1,617	0,025	6,337	7,014
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,495	0,034	587	374	1,667	0,068	0,428	0,563
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,337	0,047	949	602	2,416	0,138	0,244	0,430
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,070	0,006	862	547	0,681	0,084	0,058	0,081
A reçu traitement SRO	0,052	0,033	58	38	1,165	0,631	0,000	0,118
A consulté du personnel médical	0,293	0,080	58	38	1,369	0,273	0,133	0,452
Ayant un carnet de santé, vu	0,487	0,066	198	132	1,926	0,135	0,355	0,619
A reçu vaccination BCG	0,789	0,048	198	132	1,714	0,060	0,694	0,884
A reçu vaccination DTCQ (3 doses)	0,683	0,049	198	132	1,546	0,072	0,585	0,781
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,614	0,054	198	132	1,628	0,088	0,506	0,722
A reçu vaccination rougeole	0,704	0,041	198	132	1,326	0,059	0,621	0,786
Vacciné contre toutes les maladies	0,445	0,073	198	132	2,144	0,164	0,300	0,591
Taille pour âge (-2ET)	0,335	0,030	773	510	1,752	0,088	0,276	0,395
Poids pour taille (-2ET)	0,174	0,016	773	510	1,202	0,095	0,141	0,207
Poids pour âge (-2ET)	0,270	0,018	773	510	1,138	0,068	0,233	0,306
Anémie chez les enfants	0,783	0,041	236	147	1,348	0,052	0,701	0,865
Anémie chez les femmes	0,651	0,040	305	185	1,447	0,061	0,571	0,730
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,152	0,024	906	555	1,977	0,156	0,104	0,199
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	5,874	0,434	na	1802	1,725	0,074	5,007	6,741
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	35,534	8,278	1920	1193	1,638	0,233	18,978	52,090
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	32,371	5,695	1926	1195	1,352	0,176	20,980	43,762
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	67,905	11,175	1923	1196	1,646	0,165	45,555	90,256
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	73,288	14,633	1946	1211	1,823	0,200	44,021	102,554
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	136,216	18,406	1948	1212	1,872	0,135	99,404	173,029
Prévalence du VIH	0,008	0,008	307	181	1,514	0,942	0,000	0,024
Pourcentage des malades ou blessés	0,208	0,017	279	136	0,871	0,083	0,173	0,242
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	7043	3501	61	28	1,587	0,497	40	14046
HOMMES								
Milieu urbain	0,507	0,076	199	141	2,127	0,151	0,354	0,659
Alphabétisé	0,357	0,060	199	141	1,763	0,169	0,236	0,477
Sans instruction	0,615	0,058	199	141	1,681	0,095	0,498	0,732
Instruction post-primaire ou plus	0,244	0,053	199	141	1,741	0,219	0,137	0,351
Jamais marié (en union)	0,404	0,071	199	141	2,020	0,176	0,262	0,546
Actuellement marié (en union)	0,592	0,071	199	141	2,013	0,120	0,450	0,734
Prévalence du VIH (15-49)	0,014	0,014	185	135	1,595	0,984	0,000	0,042
Prévalence du VIH (15-59)	0,012	0,012	213	157	1,562	0,971	0,000	0,036
Pourcentage des malades ou blessés	0,162	0,024	243	120	1,066	0,145	0,115	0,209
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	18739	12781	41	19	0,939	0,682	0	44301
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,011	0,010	492	315	2,219	0,959	0,000	0,032
Pourcentage des malades ou blessés	0,186	0,010	522	256	1,052	0,054	0,166	0,206
Dépense moyenne en santé par malade ou blessé	11824	5566	102	48	0,959	0,471	691	22957
MÉNAGES								
Pourcentage des ménages avec des malades ou blessés	0,206	0,048	322	197	2,120	0,234	0,109	0,302
Dépense moyenne en santé par ménage	13900	6624	84	41	0,959	0,477	651	27149

na = Non applicable

Tableau B.14 Erreurs de sondage : Échantillon Kidal, EDS Mali 2006

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,255	0,135	306	50	5,182	0,530	0,000	0,525
Alphabétisée	0,142	0,028	306	50	1,389	0,196	0,086	0,197
Sans instruction	0,753	0,035	306	50	1,397	0,046	0,684	0,822
Instruction post-primaire ou plus	0,107	0,027	306	50	1,527	0,254	0,053	0,161
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,358	0,051	279	50	1,539	0,143	0,255	0,460
Jamais mariée (en union)	0,083	0,013	306	50	0,816	0,155	0,057	0,109
Actuellement mariée (en union)	0,841	0,028	306	50	1,342	0,033	0,785	0,897
Mariée (en union) avant 20 ans	0,734	0,015	180	32	0,446	0,020	0,704	0,763
Actuellement enceinte	0,118	0,015	306	50	0,818	0,128	0,088	0,148
Enfants nés vivants	2,591	0,114	306	50	1,049	0,044	2,363	2,819
Enfants survivants	2,414	0,150	306	50	1,413	0,062	2,114	2,713
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,752	0,482	22	3	0,826	0,101	3,789	5,715
Connait une méthode contraceptive	0,988	0,010	264	42	1,457	0,010	0,968	1,008
A utilisé une méthode contraceptive	0,150	0,060	264	42	2,688	0,399	0,030	0,270
Utilise actuellement une méthode contraceptive	0,093	0,030	264	42	1,673	0,323	0,033	0,153
Utilise actuellement la pilule	0,067	0,017	264	42	1,079	0,249	0,033	0,100
Utilise actuellement le condom	0,000	0,000	264	42	na	na	0,000	0,000
Utilise une source du secteur publique	0,869	0,083	38	5	1,473	0,096	0,703	1,035
Ne veut plus d'enfants	0,150	0,060	264	42	2,688	0,399	0,030	0,270
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,592	0,042	264	42	1,397	0,072	0,507	0,677
Nombre d'enfants idéal	5,596	0,232	306	50	2,167	0,041	5,132	6,060
Mère a reçu vaccination antitétanique complète	0,256	0,129	202	33	4,084	0,504	0,000	0,513
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,195	0,096	293	46	3,187	0,491	0,004	0,386
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,002	0,002	286	44	0,707	0,900	0,000	0,006
A reçu traitement SRO	0,000	0,000	2	0	na	na	0,000	0,000
A consulté du personnel médical	0,000	0,000	2	0	na	na	0,000	0,000
Ayant un carnet de santé, vu	0,193	0,091	43	5	1,312	0,473	0,011	0,376
A reçu vaccination BCG	0,430	0,160	43	5	1,825	0,372	0,110	0,749
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,248	0,090	43	5	1,184	0,364	0,067	0,428
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,151	0,074	43	5	1,179	0,492	0,002	0,300
A reçu vaccination rougeole	0,316	0,129	43	5	1,572	0,408	0,058	0,574
Vacciné contre toutes les maladies	0,096	0,059	43	5	1,140	0,616	0,000	0,215
Taille pour âge (-2ET)	0,326	0,023	247	41	0,753	0,070	0,280	0,372
Poids pour taille (-2ET)	0,272	0,031	247	41	1,102	0,112	0,211	0,333
Poids pour âge (-2ET)	0,287	0,026	247	41	0,958	0,092	0,234	0,340
Anémie chez les enfants	0,260	0,041	80	12	0,755	0,156	0,178	0,341
Anémie chez les femmes	0,139	0,023	104	16	0,650	0,165	0,093	0,184
Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5	0,027	0,021	256	43	2,109	0,792	0,000	0,070
Indice Synthétique de Fécondité (5 ans)	4,694	0,316	na	140	0,604	0,067	4,062	5,327
Prévalence du VIH	0,011	0,012	105	15	1,134	1,039	0,000	0,035
HOMMES								
Milieu urbain	0,315	0,181	70	12	3,031	0,572	0,000	0,677
Alphabétisé	0,388	0,056	70	12	0,960	0,145	0,275	0,501
Sans instruction	0,674	0,055	70	12	0,973	0,081	0,564	0,783
Instruction post-primaire ou plus	0,161	0,041	70	12	0,932	0,256	0,079	0,244
Jamais marié (en union)	0,168	0,028	70	12	0,634	0,169	0,111	0,225
Actuellement marié (en union)	0,814	0,044	70	12	0,944	0,054	0,726	0,903
Prévalence du VIH (15-49)	0,000	0,000	70	11	na	na	0,000	0,000
Prévalence du VIH (15-59)	0,000	0,000	83	13	na	na	0,000	0,000
HOMMES ET FEMMES								
Prévalence du VIH (15-49)	0,006	0,007	175	26	1,134	1,069	0,000	0,020

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE **C**

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Âge	Femmes		Hommes		Âge	Femmes		Hommes	
	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent		Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
0	1 439	4,0	1 459	4,2	36	287	0,8	284	0,8
1	1 292	3,6	1 370	3,9	37	290	0,8	252	0,7
2	1 182	3,3	1 393	4,0	38	348	1,0	310	0,9
3	1 293	3,6	1 264	3,6	39	211	0,6	206	0,6
4	1 318	3,6	1 306	3,7	40	633	1,7	606	1,7
5	1 010	2,8	1 076	3,1	41	175	0,5	164	0,5
6	1 452	4,0	1 549	4,4	42	271	0,7	291	0,8
7	1 203	3,3	1 313	3,8	43	206	0,6	205	0,6
8	1 337	3,7	1 293	3,7	44	139	0,4	174	0,5
9	874	2,4	831	2,4	45	436	1,2	436	1,3
10	1 220	3,4	1 309	3,8	46	224	0,6	217	0,6
11	810	2,2	820	2,4	47	190	0,5	185	0,5
12	1 055	2,9	1 018	2,9	48	180	0,5	198	0,6
13	1 023	2,8	919	2,6	49	190	0,5	150	0,4
14	892	2,5	757	2,2	50	417	1,1	347	1,0
15	779	2,1	874	2,5	51	140	0,4	102	0,3
16	729	2,0	720	2,1	52	335	0,9	172	0,5
17	625	1,7	597	1,7	53	181	0,5	159	0,5
18	753	2,1	682	2,0	54	168	0,5	148	0,4
19	446	1,2	427	1,2	55	347	1,0	237	0,7
20	866	2,4	683	2,0	56	179	0,5	178	0,5
21	399	1,1	359	1,0	57	113	0,3	119	0,3
22	662	1,8	475	1,4	58	125	0,3	146	0,4
23	408	1,1	319	0,9	59	78	0,2	98	0,3
24	437	1,2	297	0,9	60	392	1,1	372	1,1
25	932	2,6	467	1,3	61	64	0,2	142	0,4
26	516	1,4	324	0,9	62	87	0,2	135	0,4
27	444	1,2	346	1,0	63	68	0,2	105	0,3
28	515	1,4	357	1,0	64	45	0,1	123	0,4
29	310	0,9	208	0,6	65	161	0,4	220	0,6
30	964	2,7	672	1,9	66	59	0,2	121	0,3
31	243	0,7	203	0,6	67	36	0,1	82	0,2
32	387	1,1	341	1,0	68	39	0,1	87	0,2
33	270	0,7	273	0,8	69	35	0,1	47	0,1
34	229	0,6	200	0,6	70+	552	1,5	943	2,7
35	633	1,7	558	1,6	NSP/ND	7	0,0	19	0,1
Ensemble						36 356	100,0	34 841	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Population des femmes âgées de 10-54 ans dans les ménages	Femmes enquêtées âgées de 15-49		Pourcentage de femmes éligibles enquêtées
		Effectif	Pourcentage	
10-14	5 000	na	na	na
15-19	3 332	3 164	21,4	95,0
20-24	2 772	2 679	18,1	96,6
25-29	2 717	2 631	17,8	96,9
30-34	2 093	2 036	13,8	97,3
25-39	1 769	1 718	11,6	97,1
40-44	1 424	1 381	9,3	97,0
45-49	1 220	1 182	8,0	96,9
50-54	1 241	na	na	na
15-49	15 327	14 792	100,0	96,5

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.

na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDSM-IV Mali 2006

Groupe d'âges	Population des hommes âgés de 10-64 ans dans les ménages	Hommes enquêtés âgés de 15-59		Pourcentage d'hommes éligibles enquêtés
		Effectif	Pourcentage	
10-14	1 790	na	na	na
15-19	1 006	879	20,5	87,3
20-24	727	650	15,2	89,4
25-29	542	482	11,2	89,0
30-34	534	495	11,6	92,6
25-39	511	465	10,9	91,0
40-44	455	410	9,6	90,3
45-49	415	387	9,0	93,5
50-54	327	299	7,0	91,4
55-59	247	217	5,1	88,0
60-64	292	na	na	na
15-59	6554	4 284	100,0	90,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.

na = Non applicable

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage ayant des informations manquantes	Nombre de cas
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois uniquement		7,03	38 836
Mois et année		0,07	38 836
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,04	7 995
Âge/date de première union ¹	Femmes non-célibataires 15-49 ans	0,00	12 857
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes 15-49 ans	0,29	14 583
Diarrhée les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	2,09	12 523
Anthropométrie²	Enfants vivants de 0-59 mois (à partir du questionnaire ménage)		
Taille		3,75	13 366
Poids		3,72	13 366
Taille ou poids		4,02	13 366
Anémie³			
Anémie chez les enfants	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	7,20	3 975
Anémie chez les femmes	Toutes les femmes 15-49 ans (à partir du questionnaire ménage)	7,12	5 269

Année	Effectif de naissances			Pourcentage ayant une date de naissance complète ¹			Rapport de masculinité à la naissance ²			Rapport de naissances annuelles ³		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2006	1 833	91	1 923	99,8	97,9	99,7	105,9	129,5	106,9	na	na	na
2005	2 837	291	3 128	99,8	99,2	99,8	98,5	102,2	98,8	na	na	na
2004	2 433	343	2 776	99,3	98,3	99,1	115,7	95,7	113,0	91,7	86,8	91,0
2003	2 472	500	2 972	98,8	97,7	98,6	104,9	103,1	104,6	102,3	118,4	104,7
2002	2 400	502	2 902	98,8	96,9	98,5	92,2	111,6	95,3	113,1	106,2	111,8
2001	1 774	444	2 218	98,7	96,4	98,3	106,1	103,0	105,5	69,2	63,1	67,9
2000	2 727	907	3 634	92,9	85,7	91,1	100,9	130,0	107,4	140,1	176,4	147,7
1999	2 119	584	2 703	91,0	83,4	89,3	100,5	123,3	105,1	84,5	70,6	81,0
1998	2 290	748	3 039	91,5	82,4	89,2	112,5	112,4	112,5	123,3	126,6	124,1
1997	1 597	599	2 195	90,1	85,4	88,8	94,5	111,5	98,9	74,5	83,7	76,8
2002-2006	11 974	1 727	13 701	99,3	97,9	99,1	102,9	105,0	103,1	na	na	na
1997-2001	10 508	3 282	13 790	92,8	85,9	91,1	103,1	117,3	106,3	na	na	na
1992-1996	8 028	2 821	10 848	89,3	83,1	87,7	98,7	122,4	104,4	na	na	na
1987-1991	5 084	2 077	7 160	88,5	82,2	86,6	112,0	115,8	113,1	na	na	na
< 1987	4 529	2 500	7 030	85,6	78,4	83,0	109,9	129,8	116,5	na	na	na
Ensemble	40 122	12 407	52 529	92,7	84,8	90,8	104,0	118,8	107,3	na	na	na

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonataux survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSM-IV Mali 2006

Âge au décès en jours	Nombre d'années avant l'enquête				Ensemble 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	124	190	128	80	522
1	179	216	124	83	602
2	61	77	74	32	244
3	45	115	86	45	291
4	28	38	21	24	111
5	37	58	39	40	173
6	19	44	30	27	121
7	42	48	49	56	195
8	7	24	22	16	69
9	8	25	8	15	57
10	4	27	18	23	71
11	4	3	2	0	10
12	0	3	6	3	13
13	3	0	0	2	5
14	11	8	8	3	30
15	33	41	35	33	142
16	1	6	1	1	9
17	3	0	1	3	7
18	1	3	0	2	6
19	0	2	0	1	2
20	8	14	16	6	43
21	4	2	3	3	12
22	2	1	1	3	8
23	1	1	2	0	4
24	1	3	0	1	4
25	4	2	4	0	9
27	3	0	5	0	8
28	3	3	1	3	10
29	0	1	1	2	3
30	3	3	2	1	9
Manquant	0	0	1	0	1
Total 0-30	638	958	688	507	2 791
Pourcentage néonatal précoce ¹	77,4	77,1	73,0	65,3	74,0

¹ 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSM-IV Mali 2006

Âge au décès en mois	Nombre d'années avant l'enquête				Ensemble 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 mois ¹	638	958	689	507	2 792
1	68	92	86	49	294
2	51	85	62	61	258
3	95	85	99	67	346
4	48	69	54	44	215
5	56	44	37	33	170
6	43	98	79	43	263
7	59	62	60	21	202
8	37	111	45	39	232
9	61	71	54	29	215
10	61	58	36	35	191
11	43	54	42	34	172
12	120	231	166	113	630
13	50	60	43	27	180
14	32	49	40	36	157
15	23	27	20	25	95
16	13	32	17	15	77
17	7	3	6	6	23
18	32	48	54	14	148
19	5	8	6	3	22
20	8	8	9	9	34
21	1	2	3	3	8
22	6	1	4	4	16
23	5	9	6	2	22
Manquant	1	0	1	0	2
1 ^{ère} année	30	78	68	38	213
Ensemble 0-11	1 259	1 787	1 343	962	5 351
Pourcentage néonatal ²	50,6	53,6	51,3	52,7	52,2

¹ Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours.

² Moins d'un mois/moins d'un an.

Tableau C.7 État 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
Intervalle intergénérisque en mois²							
Première naissance ³	15,4	32,3	3,2	14,9	10,3	32,3	1 768
<24	22,7	41,4	3,2	14,1	13,2	36,8	1 848
24-47	15,5	34,1	2,8	12,7	9,6	31,8	5 774
48+	12,8	26,5	3,8	15,2	8,7	27,5	1 648
Taille à la naissance²							
Très petit	16,2	44,2	3,9	17,4	14,1	42,8	594
Petit	17,4	34,8	3,7	16,3	11,7	37,5	1 361
Moyen ou plus gros que la moyenne	16,0	33,0	3,0	12,9	9,5	30,4	8 828
ND	19,2	34,5	3,3	20,4	16,4	36,8	215
Statut de la mère							
Enquêtée	16,3	33,9	3,1	13,7	10,2	32,1	11 038
Non enquêtée mais vivant dans le ménage	13,9	36,0	1,8	10,8	5,9	27,7	337
Non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ⁵	19,0	32,7	1,3	8,5	7,3	27,8	548
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
État nutritionnel de la mère							
Maigre (IMC<18.5)	20,7	41,8	6,1	20,4	19,3	49,0	1 089
Normal (IMC 18.5-24.9)	16,7	34,5	2,8	13,3	9,9	31,9	8 301
En surpoids/obèse (IMC ≥25)	11,7	26,4	2,5	11,0	5,4	21,8	1 812
Manquant	15,2	35,9	3,9	14,6	9,0	30,4	136
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
Rural	18,8	37,9	3,3	13,8	11,1	34,5	8 612
Niveau d'instruction de la mère⁴							
Aucun	17,3	35,8	3,2	13,4	10,6	33,2	9 702
Primaire	11,5	25,7	2,3	15,0	7,6	26,5	1 158
Secondaire	7,8	17,9	2,1	12,3	5,1	21,4	357
Supérieur	4,8	16,8	0,6	12,7	4,5	18,5	131
ND	0,0	0,0	0,0	70,3	0,0	0,0	3
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 Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.

³ Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme premières naissances car elles n'ont pas d'intervalle intergénérisque précédent.

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Sont exclus les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le questionnaire ménage.

⁵ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

DIRECTION

Dr Salif SAMAKE, Directeur, CPS/Santé, Directeur National EDSM-IV.
M Seydou Moussa TRAORE, Directeur, DNSI, Directeur National Adjoint de l'EDSM-IV
M Souleymane BA, Directeur Technique de l'EDSM-IV
Dr Etienne DEMBELE/Dr Mamadou DIOP, Directeur Technique Adjoint de L'EDSM-IV
Mme Dombia Alimata SYLLA/M Samba BA, Comptable
M Fodé DIARRA, Superviseur de Saisie
M Karamoko DIARRA, Superviseur de la saisie
Mme Traoré Banté SIDIBE, Secrétaire
M Moussa DOUMBIA, Chauffeur

PERSONNEL DE LABORATOIRE POUR LA SÉROLOGIE DU VIH

Superviseur Général

Pr Flabou BOUGOUDOU, INRSP

Coordonnateur des tests biologiques

Lieutenant Colonel Dr Sékou TRAORE, Pharmacien

Equipe de Réception et Extraction des prélèvements

Amadou YOSSI
Aïcha TOURE
Aminata TIMBO
Oumar Coulibaly

Equipe ELISA

Issa CISSE
Ibrahim GUINDO
Fatoumata TRAORE

Superviseur des prélèvements sur le terrain

Dr Nouhoum Boré
Mme Dramé Mariam Diaby
Mr Cheick Tidiane Traoré

TRADUCTION DES QUESTIONNAIRES EN LANGUES NATIONALES

Bamanan
Peulh
Sonrhäï

AGENTS CHARGES DE LA VÉRIFICATION

M Abdoul Karim TRAORE M Kissima DICKO

AGENTS CHARGÉS DE L'ÉDITION

Mlle Fatoumata Ousmane SAMAKE Mlle Oumou Mobo BA

CARTOGRAPHIE

LISTE DES CARTOGRAPHES/ÉNUMÉRATEURS

Abdoulaye Samaké	Mamourou Coulibaly
Macky Traoré	Ousmane Temblélé
Tahirou Gagny Kanté	Kissima Dicko
Sidy Touré	Saifoulaye Saidou Sidibé
Mamadou B Diallo	Yacouba Traoré
Abdramane Alassane	Alassane Goita
Ousmane Tamboura	Fousseiny Keita
Mamadou Sidibé	Abdramane Traoré
Oumar Baya N'Diaye	Sidy Ongoiba
Abdramane Touré	Soumaila Niambélé
Abdoul Aziz Keita	Cheick S Kouyaté
Mamadou Sadio Dembélé	Seydou Fodé Diawara

ENQUÊTE PILOTE

Hamidou Doumbia	Fatoumata Issa SAMAKE
Tahirou Diallo	Aminata SIDIBE
Aboulaye S Traoré	Aminata N'DAOU
Cheick Sadibou Diop	Houlematou KAMIAN
Idrissa Talatou	Absétou DIALLO
Oumou Mobo Ba	Roukiatou Kalifa SANKARE
Fatoumata Ousmane SAMAKE	Coumba CISSE
Nah FANE	Fatoumata SISSAKO
Aissata Moussa TRAORE	Mariam TOURE
Mme Ba Kadiatou DIOP	Djénéba SIMAGA
Fatoumata Sadio Dembélé	Maimouna GUEYE
Djénébou SIDIBE	Ramata DIOP

LISTE DES SUPERVISEURS POUR LA CARTOGRAPHIE ET L'ENQUETE PILOTE

Souleymane Ba	Souleymane Keita
Etienne Dembélé	Dr Fodé Boundy
Bibi Diawara	Soumana Tagala
Mamadou Diop	Issagha Coulibaly

LISTE DES CHAUFFEURS POUR LA CARTOGRAPHIE

Samba Traoré	Salif Sangaré
Mahamadou Sangaré	Namakan Camara
Boubacar Konaté	Mamadou Konaté
Yaya Diarra	Mousséré Diabaté
Kassim Traoré	Boubacar Sanogo
Ibrahim Touré	Ichaka Coulibaly

ENQUÊTE PRINCIPALE

CHEF D'ÉQUIPE

Abdoul Aziz KEITA	Macky TRAORE
Abdoulaye SAMAKE	Mamadou SIDIBE
Abdourahamane TOURE	Mamadou BAGAYOKO
Abdrmane TRAORE	Mamadou Boubacar DIALLO
Alassane GOITA	Mamadou Tiémoko TOURE
Cheick S KOUYATE	Mamourou COULIBALY
Fousseini M Keita	Oumar Baya N'DIAYE
Hamidou DOUMBIA	Oumar Djigui FANE
Kissima DICKO	Ousmane TAMBOURA
Sadio dit Mamadou DEMBELE	Saïfoulaye Saïdou SIDIBE
Sidi ONGOIBA	Tahirou Gagny KANTE
Soumaila NIAMBELE	Yacouba TRAORE
Tahirou DIALLO	Ousmane Tembélé
	Abdrmane Alassane

CONTROLEUSES

Absétou DIALLO	Fatoumata H DIARRA
Mme Dicko Aïssata BA	Fatoumata L TRAORE
Aïssata Moussa TRAORE	Hawa DIARRA
Aminata TANGARA	Mme Ba Kadiatou DIOP
Aminata SIDIBE	Mamou TOGOLA
Mme Gassamba Aminata SANGARE	Mme Sacko Mariam Dagamaïssa
Anta TIMBO	Mme Ba Mariam BANE
Diaba Dénise DANSOKO	Mariam Amadou TOURE
Diarrah TOURE	Moussocoro TRAORE
Djénéba DIARRA	Nah FANE
Fatima DENON	Oulématou KAMIAN
Fatou Wélé DIALLO	Rokiatou Kalifa SANKARE
Mme Diakité Fatoumata SISSAKO	Salimatou SANGARE

ENQUETRICE

Aichata KONE	Gabdo Cissé	Mariam Seydou Traoré
Aiché Traoré	Mme Touré Hawa Koné	Marie Sanogo
Aïssata O Konaré	Hawa Thiéro	Moussocoro Daou
Aïssé Koné	Hawa Amadou Touré	Nana Maïga
Ami Sangaré	Mme Dembélé Kadia Tangara	Nana Kadidia Dembélé
Aminata N'Daou	Kadiatou Kanté	Nématou Maïga
Assa Issa Kaloga	Mme Koné Kadiatou Dicko	Néné Koita
Mme Coulibaly Assa Kouyaté	Mme Keita Kadiatou Kanté	Nina Claire Sangaré
Assitan Djiré	Kadiatou Diawara	Mme Soumounou Oumou Sylla
Awa Camara	Kadiatou B Diallo	Oumou Diarra
Awa Sylla	Kadiatou T Traoré	Oumou Y Koné
Diaba Dénise Dansoko	Kadidiatou Diarra	Penda Ba
Mme Diakité Diahara Coulibaly	Kani Kanouté	Racki Ibrahim A Diakité
Mme Walbani Djénéba Diarra	Kankou Diakité	Rokia Bah
Djénéba Coulibaly	Kanuya Coulibaly	Rokia B Coulibaly
Fanta Dicko	Koumba Cissé	Rokiatou Ismaila Traoré
Fata Coulibaly	Lalla Bou N'Diaye	Rokiatou Touré
Fatouma Maïga	Maimouna N Dembélé	Safiatou Kindo
Mme Kouyaté Fatoumata Diakité	Mme Ouattara Mariam Coulibaly	Salimata Koné
Fatoumata dite Tenin Diakité	Mariam Kanté	Salimata K Traoré
Fatoumata Kadially Cissé	Mariam Cissé	Salimatou Coulibaly
Fatoumata Issa Samaké	Mariam Mamadou Traoré	Salimatou Konaté
Fatoumata Kissovo Cissé	Mme Diarra Mariam L Dembélé	Soumba Konaté
Fatoumata M Traoré		Tenimba Kané
Fatoumata Souleymane Dembélé		Tiguida Diallo
		Wandé Coulibaly
		Zeïnabou Dembélé

LISTE DES AGENTS DE SAISIE

Mme Kanté Alimatou Gniné Traoré	Maimouna Traoré
Mme Sidibé Djénéba Doucouré	Sidy Touré
Mme Sidibé Moussou Traoré	Souleymane Diarra
Abdoulaye S Traoré	Mariam Sangaré
Idrissa Talatou	Alimata Coulibaly
Cheick Sadibou Diop	Mme Keita Aminata Keita
Younoussa H Maiga	Mme Fomba Ramata Konaté
Jean Emmanuel Théra	Mme Coulibaly Aissata Diakité
Ousmane Sidibé	Jacqueline Traoré
Mme Coulibaly Diahara Touré	Salomé Traoré
Mme Frantao Fatoumata Y Maiga	Néné Faskoye
Hamidou Coulibaly	

LISTE DES SUPERVISEURS POUR L'ENQUETE PRINCIPALE

Souleymane Ba	Oumou Mobo Ba
Etienne Dembélé	Dr Fodé Boundy
Mamadou Diop	Soumana Tagala
Karim Traoré	Issagha Coulibaly
Fatoumata O Samaké	Bibi Diawara

LISTE DES CHAUFFEURS POUR L'ENQUETE PRINCIPALE

Abdallah Dicko	Amadou Niaré
Kassim Traoré	Drissa Dembélé
Modibo Traoré	Jeremie Goita
Boubacar Konaté	Youssouf Fofana
Boubacar Togola	Oumar Touré
Moussa Niaré	Bakary Coulibaly
	Issaka Coulibaly

NB: Treize (13) autres chauffeurs recrutés par les agences de location

De véhicules ont complété le nombre de chauffeurs à 25, (1 véhicule par équipe)

COLLABORATEURS ASSOCIÉS AUX ANALYSES

Issa Berthé	Planificateur, Division Statistique et Documentation, CPS/Santé
Oumou Kéïta	Chargée de Planification Familiale (PF), Division Santé de la Reproduction, DNS
Fanta Siby	Directrice Régionale de la Santé, District de Bamako
Binta Kéïta	Chef de Division, Division Santé de la Reproduction, DNS
George Dakono	Coordonnateur, Programme National de Lutte Contre le Paludisme
Djénéba Simaga	Socio-anthropologue, Programme National de Lutte Contre le Paludisme
Racki Ba	Chef de Division, Division Nutrition, DNS
Amadou Fofana	Ingénieur Agronome, Division Suivi de la Situation Nutritionnelle et Alimentaire, CPS/Santé
Dr Idrissa Cissé	Chargé de Programme, Division Suivi Évaluation et Coopération, CPS/Santé
Dr Adiaratou Togola	Pharmacographe, Département Médecine Traditionnelle (DMT), Recherche sur Plantes Médicinales NUFU – Université d'Oslo), INRSP , Bamako
Cheick H. T. Simpara	ATN, Abt Associates, Bamako
Yann Deriennick	Abt Associate

REPLACEMENT DU DIRECTEUR TECHNIQUE À LA FINALISATION DU RAPPORT

Idrissa Diabaté, DNSI

MACRO INTERNATIONAL INC

Mohamed Ayad, Coordinateur Régional
Soumaïla Mariko, Coordinateur EDSM IV
Paul Roger LIBITE, Conseiller Résident de Macro
Ruilin Ren, Sondage
Harouna Koché, Traitement des données
Monique Barrère, Édition/rédaction
Erica Nybro, Dissémination
Marcia MacNeil, Dissémination
Marie Mikulak, Production
Andrew Inglis, Spécialiste GIS, Production des cartes
Sidney Moore, Édition, Production du rapport
Kaye Mitchell, Production du rapport

