

# RÉPUBLIQUE DU MALI



## Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) 2018

### Indicateurs Clés

Institut National de la Statistique  
(INSTAT)  
Bamako, Mali

Cellule de Planification et de Statistique Secteur  
Santé-Développement Social et Promotion de la Famille  
(CPS/SS-DS-PF)  
Bamako, Mali

The DHS Program  
ICF  
Rockville, Maryland, USA

Février 2019



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN



Le Fonds mondial



Ce rapport présente les résultats clés de la sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) réalisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en étroite collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF). Le financement de l'EDSM-VI a été assuré par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et le Fonds Mondial. ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du Programme DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDSM-VI, contactez l'Institut National de la Statistique (INSTAT), Avenue du Mali, Hamdallaye ACI 2000 ; téléphone : (223) 20 22 24 55/(223) 20 22 48 73, Fax : (223) 20 22 71 45 – CNPE : 20 23 54 82 ; NIF : 084115843-C ; email : [cnpe.mail@afribone.net.ml](mailto:cnpe.mail@afribone.net.ml) ; la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) ; B.P. 232, Bamako, Mali, téléphone : (223) 20 73 31 41.

Pour obtenir des informations sur le Programme DHS, contactez ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : [info@DHSprogram.com](mailto:info@DHSprogram.com); internet : [www.DHSprogram.com](http://www.DHSprogram.com).

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. *Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés*. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES .....</b>	<b>V</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>VII</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE.....</b>	<b>3</b>
2.1 Échantillonnage.....	3
2.2 Questionnaires.....	3
2.3 Anthropométrie, test d'anémie, du paludisme et du VIH.....	5
2.3.1 Mesures anthropométriques.....	5
2.3.2 Test d'anémie.....	5
2.3.3 Test du paludisme.....	5
2.4 Formation et collecte des données.....	6
2.4.1 Formation.....	6
2.4.2 Collecte des données.....	6
2.5 Traitement des données.....	7
<b>3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>9</b>
3.1 Couverture de l'échantillon.....	9
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	9
3.3 Fécondité.....	11
3.3.1 Niveau de fécondité.....	12
3.3.2 Tendance de la fécondité.....	12
3.3.3 Fécondité des adolescentes.....	13
3.3.4 Désir d'avoir des enfants (supplémentaires).....	15
3.4 Contraception.....	15
3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception.....	15
3.4.2 Besoins en matière de planification familiale.....	21
3.5 Mortalité des enfants.....	22
3.6 Santé de la reproduction.....	24
3.6.1 Soins prénatals.....	25
3.6.2 Vaccination antitétanique.....	26
3.6.3 Accouchement.....	28
3.6.4 Tendance des soins prénatals et des conditions d'accouchement.....	28
3.6.5 Soins postnatals de la mère.....	29
3.7 Santé des enfants.....	29
3.7.1 Vaccination des enfants.....	29
3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	33
3.7.3 État nutritionnel des enfants.....	34
3.7.4 Allaitement et alimentation de complément.....	38
3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes.....	41
3.8 Paludisme.....	43
3.8.1 Accès à une MII dans le ménage.....	44
3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes.....	44
3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse.....	46
3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants.....	47
3.8.5 Prévalence du paludisme chez les enfants.....	49
3.9 VIH.....	50
3.9.1 Connaissance du VIH.....	50
3.9.2 Connaissance du VIH parmi les jeunes.....	51
3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom.....	53
3.9.4 Couverture du VIH antérieur à l'enquête.....	56
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>61</b>



## LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews ménages et individuelles.....	9
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	10
Tableau 3	Fécondité actuelle .....	12
Tableau 3.1	Tendance de l'Indice Synthétique de Fécondité par région .....	13
Tableau 4	Fécondité des adolescentes .....	14
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants .....	15
Tableau 6.1	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques .....	17
Tableau 6.2	Utilisation actuelle de la contraception par les femmes non en union sexuellement actives selon le milieu de résidence .....	20
Tableau 7.1	Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union .....	21
Tableau 7.2	Besoins et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes non en union, sexuellement actives .....	22
Tableau 8	Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans .....	23
Tableau 9.1	Indicateurs des soins de santé maternelle.....	27
Tableau 9.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse à la première visite.....	28
Tableau 10	Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques .....	31
Tableau 11	Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée .....	33
Tableau 12	État nutritionnel des enfants.....	36
Tableau 13	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant.....	40
Tableau 14	Prévalence de l'anémie chez les enfants .....	42
Tableau 15	Prévalence de l'anémie chez les femmes .....	43
Tableau 16	Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages .....	44
Tableau 17	Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes.....	45
Tableau 18	Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse .....	47
Tableau 19	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants .....	48
Tableau 20	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	49
Tableau 21	Connaissance des moyens de prévention du VIH .....	51
Tableau 22	Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes .....	52
Tableau 23.1	Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme.....	53
Tableau 23.2	Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme.....	55
Tableau 24.1	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme .....	58
Tableau 24.2	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme.....	59
Graphique 1	Tendances de l'Indice synthétique de fécondité, 1987-2018 .....	13
Graphique 2	Tendances des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes et pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes, 2010-2017.....	18
Graphique 3	Tendances de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile .....	24
Graphique 4	Tendances des soins de santé maternelle .....	29
Graphique 5	État nutritionnel des enfants par âge .....	38
Graphique 6	Apport alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois .....	41
Graphique 7	Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage.....	46
Graphique 8	Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon les résultats de TDR .....	50



## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>AL</b>	Artéméther-Luméfantrine
<b>BCG</b>	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin
<b>CNESS</b>	Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la Vie
<b>CPS/SS-DS-PF</b>	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille
<b>CSPro</b>	Census and Survey Processing System
<b>CTA</b>	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
<b>DHS</b>	Demographic Health Survey
<b>DIU</b>	Dispositif Intra Utérin
<b>DTC</b>	Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique et de Santé au Mali
<b>ET</b>	Unités d'écart-type
<b>g/dl</b>	Gramme par décilitre
<b>HepB</b>	Vaccin contre l'Hépatite B
<b>Hib</b>	Haemophilus Influenzae type B
<b>INSTAT</b>	Institut National de la Statistique
<b>IRA</b>	Infection respiratoire aiguë
<b>ISF</b>	Indice synthétique de fécondité
<b>MAMA</b>	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
<b>MII</b>	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
<b>MJF</b>	Méthode des jours fixes
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCV</b>	Vaccin Contre le Pneumocoque
<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SE</b>	Sections d'Énumération
<b>SRO</b>	Sels de réhydratation orale
<b>TDR</b>	Test de diagnostic rapide
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>UPS</b>	Unités primaires de sondage
<b>USAID</b>	Agence des États – Unis pour le Développement International
<b>VIH/sida</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine/syndrome immunodéficience acquise
<b>VPI</b>	vaccin contre la Polio Inactivé



## 1 INTRODUCTION

**L**e Gouvernement du Mali a organisé en 2018 sa sixième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI). Cette enquête a été conçue pour fournir des données statistiques actualisées, désagrégées et au plan national sur la situation sociodémographique et sanitaire des populations maliennes et, en particulier des enfants et des femmes, afin de rendre compte des progrès accomplis vis-à-vis des OMD, des objectifs du MDE et d'autres engagements mondiaux et nationaux en matière de développement social.

Pour cela, l'EDSM-VI a collecté des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé maternelle et infantile, les pratiques en matière d'allaitement, l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes, la possession et l'utilisation de moustiquaires, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, les handicaps, la teneur du sel en iode, l'excision, la fistule obstétricale, et les violences domestiques. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang pour la réalisation du test de paludisme chez les enfants de 6-59 mois et du test d'anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes.

Ce rapport répond au souci de fournir aux décideurs et prestataires de services, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs clés. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Le rapport final couvrira l'ensemble des domaines enquêtés et comportera une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.



## 2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

### 2.1 Échantillonnage

L'EDSM-VI vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. L'EDSM-VI est basée sur un échantillon de ménages qui ont été sélectionnées de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 9 domaines d'étude correspondant à sept régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, et Gao), au district de Bamako et à la commune urbaine de Kidal.

Il faut noter que dans l'EDSM-V de 2012-2013, trois régions du Nord du Mali (Tombouctou, Gao et Kidal) de même que les trois cercles (Douentza, Youwarou et Tenenkou) de la région de Mopti ont été exclus de l'enquête pour des raisons de sécurité, contrairement à l'actuelle EDSM-VI dans laquelle l'enquête a concerné l'ensemble du pays. Pour cette raison, la comparaison des résultats de l'EDSM-V de 2012-2013 et ceux de l'EDSM-VI se fait avec prudence.

L'échantillon de l'EDSM-VI est un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, des Unités Primaires de Sondage (UPS) ou grappes ont été tirées à partir de la liste des Sections d'Énumération (SE) établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2009. Globalement, 379 grappes, dont 104 en milieu urbain et 275 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, celle-ci correspondant au nombre de ménages de l'UPS. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 35 ménages par grappe dans les régions de Kidal, Gao et Tombouctou et de 26 ménages dans toutes les autres régions avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel.

Par ailleurs, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés et les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test d'anémie et pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Dans ce même sous échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour les tests d'anémie et du paludisme.

### 2.2 Questionnaires

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDSM-VI : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et le questionnaire biomarqueurs. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Mali a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête. Par ailleurs, avant de commencer la collecte des données, les agents retenus pour la collecte des données de l'EDSM-VI ont rempli un questionnaire de l'Agent de Terrain.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage et les visiteurs qui ont dormi la nuit précédant l'enquête avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, le handicap du membre de ménage etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles pour les interviews individuelles et/ou pour les tests et mesures biologiques et de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la

principale source d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et l'utilisation de sel iodé ou non pour la cuisine dans le ménage.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Reproduction ;
- Planification familiale ;
- Soins de santé maternelle et allaitement ;
- Vaccination et santé des enfants ;
- État nutritionnel des enfants ;
- Union et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du conjoint et emploi/activité de la femme ;
- VIH/sida et autres Infections Sexuellement Transmissibles ;
- Autres problèmes de santé (utilisation des injections, tabagisme, et les maladies non transmissibles) ;
- Excisions ;
- Fistules obstétricales ;
- Mortalité adulte et mortalité maternelle ;
- Violences domestiques.

Le **questionnaire individuel homme** est indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Reproduction ;
- Planification familiale ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Union et activité sexuelle ;
- Emploi ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé.

Le **questionnaire biomarqueurs** sert à enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'anémie et du paludisme.

Le **questionnaire de l'agent de terrain** a été rempli par les agents enquêteurs qui ont été retenus pour réaliser la collecte des données sur le terrain. Le questionnaire de l'agent de terrain permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques de base des agents de terrain (milieu de résidence, âge, sexe, état matrimonial, éducation, langues parlées), l'expérience en matière de grandes enquêtes telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). En outre, ce questionnaire permet de savoir si ces agents étaient, ou non, déjà employés par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) ou la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF).

Les quatre questionnaires ainsi que le protocole de l'enquête ont été validés par le Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la Vie (CNESS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF.

## **2.3 Anthropométrie, test d'anémie, du paludisme et du VIH**

### *2.3.1 Mesures anthropométriques*

La taille et le poids ont été pris pour tous les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes âgées de 15-49 ans dans les ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les mesures du poids ont été obtenues en utilisant des balances électroniques (SECA) tandis que les mesures de la taille ont été prises à l'aide des toises graduées : les enfants âgés de moins de 2 ans ont été mesurés en position couchée alors que les plus âgés ont été mesurés en position debout.

### *2.3.2 Test d'anémie*

Dans tous les ménages sélectionnés pour l'enquête homme, le test d'anémie a été administré aux femmes qui ont accepté volontairement de se soumettre à ce test et aux enfants âgés de 6-59 mois pour lesquels les parents ou les personnes responsables ont volontairement accepté la participation au test.

Avant le prélèvement du sang, le doigt (ou le talon pour les enfants de 6-12 mois et ceux qui sont maigres) a été nettoyé avec un tampon alcoolisé. Le doigt a été séché à l'air libre puis un agent de santé a effectué une piqûre sur la surface palmaire de l'extrémité du doigt (ou au talon) à l'aide d'une lancette auto-rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang a été récupérée dans une microcuvette HemoCue et insérée dans le photomètre qui affichait le niveau d'hémoglobine.

Le résultat du test et sa signification ont été communiqués aux personnes ayant participé au test. En outre, dans les cas où le niveau d'hémoglobine se situait en dessous d'une certaine limite qui correspond à une anémie grave, l'enquêtrice recommandait aux personnes concernées de se rendre dans un établissement sanitaire le plus proche pour diagnostic et prise en charge. Une fiche informative « Anémie » était systématiquement laissée aux ménages ayant des membres éligibles pour le test d'anémie, qu'ils aient accepté ou non d'être testés.

### *2.3.3 Test du paludisme*

Afin d'estimer la prévalence du paludisme parmi les enfants de 6-59 mois, les prélèvements de sang ont été effectués dans cette catégorie d'enfants dans tous les ménages sélectionnés pour l'enquête homme, pour lesquels les parents ou adultes responsables avaient, au préalable, donné leur consentement informé.

Le test de paludisme consistait en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le *SD BIOLINE Malaria Ag. P.f.* Après obtention du consentement informé, l'enquêteur collecte une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'anémie) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test est disponible au bout de 15 minutes et est communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage.

Un traitement (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine « CTA », notamment Artéméther-Luméfantrine « AL ») est alors proposé aux parents (ou personne responsable) des enfants qui présentent un paludisme simple<sup>1</sup> et qui ne sont pas déjà sous traitement. Par ailleurs, pour les enfants présentant un paludisme

---

<sup>1</sup> On considère qu'un enfant a un paludisme simple lorsqu'il est testé positif au TDR, qu'il ne présente aucun des symptômes

sévère, de même que ceux avec un TDR positif et ayant déjà été traités récemment (dans les deux dernières semaines) avec des antipaludiques prescrits par un médecin ou un agent de santé, aucun traitement n'est offert, mais l'enfant est plutôt référé immédiatement à la structure de santé la plus proche pour « avis et conduite à tenir » selon la politique nationale de santé en vigueur au Mali.

## **2.4 Formation et collecte des données**

### *2.4.1 Formation*

Afin de garantir une collecte de données fiables, deux sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 21 mai au 16 juin 2018 et a été clôturée par la réalisation, sur le terrain, de l'enquête pilote du 17 au 19 juin 2018. Au total, 20 candidats ont été formés. L'enquête pilote avait pour objectif de tester les outils de collecte et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDSM-VI.

La deuxième session de formation a été organisée du 02 juillet au 04 août 2018 pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. Elle a concerné 136 candidats enquêteurs et enquêtrices. Parmi les 136 personnes formées, 116 ont été sélectionnées pour mener l'enquête principale sur toute l'étendue du territoire national.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview, le remplissage des questionnaires, l'utilisation des Tablettes PC pour conduire les interviews assistées par ordinateur, les techniques de prise des mesures anthropométriques et de test d'anémie et du paludisme. L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation suivis de discussions ; iii) des pratiques sur le terrain suivies de discussions en salle ; et iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle.

Par ailleurs, tout au long de la formation, des séances de traduction des questionnaires dans les principales langues parlées au Mali ont été organisées de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les agents enquêteurs traduisent les questions le plus fidèlement possible.

### *2.4.2 Collecte des données*

Les travaux de terrain de l'enquête pilote se sont déroulés du 17 au 19 juin 2018 à Baguinéda, dans la région de Koulikolo. Le lieu de l'enquête pilote a été choisi en dehors de l'échantillon de l'enquête principale. Les leçons tirées de ce prétest (rendement des enquêteurs, acceptation de l'enquête, etc.) ont été valorisées dans la finalisation des outils de collecte et de la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

L'enquête principale s'est matérialisée par des travaux de terrain pendant la période allant du 6 août au 18 novembre 2018 par 23 équipes de travail composées chacune de de 5 à 6 personnes. Les 23 équipes ont été placées sous la responsabilité de superviseurs de terrain composés des cadres de l'INSTAT et de la CPS/SS-DS-PF. Les agents de terrain ont utilisé des tablettes PC pour enregistrer les résultats de l'enquête et contrôler en temps réel la qualité des données collectées. Dans chaque équipe de terrain, les membres de l'équipe échangeaient des données à l'aide de Bluetooth alors que le transfert des données au niveau du bureau central de l'INSTAT, par les chefs d'équipes, se faisait par internet. À la fin de chaque journée, les chefs d'équipe

---

suivants : faiblesse extrême, manque d'appétit, vomissement de toute nourriture, perte de conscience, respiration difficile, de multiples convulsions, saignements anormaux, jaunisse et que son niveau d'hémoglobine est de 7 g/dl ou plus.

devaient transférer les données au serveur central. Le suivi de la collecte était régulier au niveau du bureau et du terrain.

## **2.5 Traitement des données**

Parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages, une équipe d'édition était à l'œuvre pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. L'utilisation des tablettes comme outils de collecte a permis une saisie automatique au moyen du logiciel CSPro incorporé dans les tablettes. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.



### 3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

#### 3.1 Couverture de l'échantillon

Le **tableau 1** récapitule les résultats de la collecte. Il convient de noter que sur les 379 grappes initialement sélectionnées dans le cadre de l'EDSM-VI, 345 ont pu être enquêtées avec succès, 34 grappes étant inaccessible pour des raisons de sécurité. Au total, 9 624 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 9 544 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 9 544 ménages occupés, 9 150 ont pu être enquêtés avec succès. Quel que soit le milieu de résidence, les taux de réponses des ménages sont supérieurs à 99 %. À l'intérieur des 9 510 ménages enquêtés, 10 783 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 10 519 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 4 804 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de ce sous échantillon. Parmi ces hommes éligibles pour être interviewés individuellement, 4 618 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 96 %.

**Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles**

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), EDSM-VI Mali 2018

Résultat	Résidence				Ensemble
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
<b>Interviews Ménage</b>					
Ménages sélectionnés	1 222	1 774	2 996	6 628	9 624
Ménages identifiés	1 206	1 754	2 960	6 584	9 544
Ménages interviewés	1 200	1 745	2 945	6 565	9 510
Taux de réponse des ménages <sup>1</sup>	99,5	99,5	99,5	99,7	99,6
<b>Interviews des femmes de 15-49 ans</b>					
Effectif de femmes éligibles	1 774	1 886	3 660	7 123	10 783
Effectif de femmes éligibles interviewées	1 732	1 786	3 518	7 001	10 519
Taux de réponse des femmes éligibles <sup>2</sup>	97,6	94,7	96,1	98,3	97,6
<b>Interviews Ménages dans le sous-échantillon pour l'enquête homme</b>					
Ménages sélectionnés	611	886	1 497	3 317	4 814
Ménages identifiés	603	876	1 479	3 289	4 768
Ménages interviewés	600	870	1 470	3 277	4 747
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon <sup>1</sup>	99,5	99,3	99,4	99,6	99,6
<b>Interviews des hommes de 15-59 ans</b>					
Effectif d'hommes éligibles	743	875	1 618	3 186	4 804
Effectif d'hommes éligibles interviewés	712	792	1 504	3 114	4 618
Taux de réponse des hommes éligibles <sup>2</sup>	95,8	90,5	93,0	97,7	96,1

<sup>1</sup> Ménages enquêtés/ménages identifiés.

<sup>2</sup> Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles.

Que ce soit pour l'enquête individuelle femme ou pour l'enquête individuelle homme, les taux de réponse sont toujours plus faibles en milieu urbain, en particulier dans les villes autre que Bamako, qu'en milieu rural. Cependant, quel que soit le milieu de résidence, les taux de réponse des ménages, des femmes et des hommes sont nettement supérieurs à ceux utilisés dans la conception du plan de sondage.

#### 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Le **tableau 2** présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'ethnie, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. Pour chaque catégorie, le tableau présente l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le

nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés dans chaque catégorie, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes auquel on a redonné son poids réel dans la population totale du Mali. Bien que l'enquête ait porté sur les hommes de 15-59 ans, dans ce tableau et tous les tableaux suivants, les résultats détaillés par caractéristiques sociodémographiques sont limités aux hommes de 15-49 ans de façon à pouvoir les comparer directement aux femmes de ce même groupe d'âges.

**Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés**

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Âge</b>						
15-19	20,0	2 104	2 209	22,2	894	894
20-24	18,0	1 895	1 907	13,5	545	551
25-29	19,1	2 010	1 968	12,9	521	538
30-34	15,3	1 606	1 594	15,2	614	631
35-39	13,2	1 384	1 316	14,6	588	563
40-44	8,5	893	893	12,1	486	477
45-49	6,0	627	632	9,4	381	383
<b>Religion</b>						
Musulmane	93,7	9 858	10 009	94,4	3 806	3 842
Catholique	1,6	171	141	1,6	65	61
Protestant	1,2	129	105	0,8	32	27
Évangélique	0,0	1	1	0,2	8	6
Autre religion chrétienne	0,0	1	1	0,0	1	1
Animiste	0,5	53	42	1,2	49	41
Autres religions	0,1	6	6	0,1	6	4
Sans religion	2,8	300	214	1,6	63	55
<b>Ethnie</b>						
Bambara	33,2	3 497	2 884	33,6	1 353	1 115
Malinké	8,9	939	808	8,3	336	295
Peulh	13,6	1 426	1 305	12,6	510	478
Sarakolé/Soninké/Marka	9,9	1 045	827	9,6	385	294
Sonraï	6,2	647	1 318	5,3	216	459
Dogon	8,6	907	647	8,8	355	255
Touareg/Bélla	1,8	188	981	1,6	66	380
Sénoufo/Minianka	9,6	1 005	949	9,6	387	371
Bobo	1,9	204	171	2,6	103	87
Autre malien	5,6	589	564	7,2	289	277
Pays CEDEAO	0,3	35	32	0,6	22	17
Autres pays africains	0,2	18	16	0,1	6	7
Autres nationalités	0,2	19	17	0,0	2	2
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	16,0	1 678	1 816	37,9	1 529	1 577
Marié	80,7	8 489	8 250	61,0	2 457	2 396
Vivant ensemble	0,7	78	82	0,4	16	25
Divorcé/séparé	1,4	145	223	0,4	16	25
Veuf	1,2	129	148	0,3	12	14
<b>Résidence</b>						
Bamako	17,5	1 839	1 732	17,2	691	650
Autres villes	8,8	926	1 786	9,6	386	707
Ensemble urbain	26,3	2 765	3 518	26,7	1 077	1 357
Rural	73,7	7 754	7 001	73,3	2 952	2 680
<b>Région</b>						
Kayes	14,6	1 535	1 288	12,8	517	434
Koulikoro	19,1	2 014	1 393	20,3	818	570
Sikasso	16,9	1 776	1 620	17,1	689	643
Ségou	15,4	1 616	1 302	15,8	638	519
Mopti	10,0	1 047	746	10,7	430	312
Tombouctou	3,7	387	1 031	3,4	139	382
Gao	2,8	293	720	2,6	103	279
Kidal	0,1	10	687	0,1	4	248
Bamako	17,5	1 839	1 732	17,2	691	650

À suivre...

**Tableau 2—Suite**

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	65,5	6 892	6 970	53,2	2 143	2 252
Fondamental 1er cycle	13,2	1 388	1 371	14,4	582	541
Fondamental 2ème cycle	12,1	1 277	1 228	15,0	606	578
Secondaire	7,1	742	746	11,1	446	442
Supérieur	2,1	220	204	6,3	253	224
<b>Quintile de bien-être économique</b>						
Le plus bas	17,5	1 846	1 868	18,3	736	726
Second	18,8	1 981	1 837	19,3	778	716
Moyen	19,1	2 011	1 961	18,5	744	729
Quatrième	21,1	2 217	2 344	20,3	817	888
Le plus élevé	23,4	2 465	2 509	23,7	955	978
Ensemble 15-49	100,0	10 519	10 519	100,0	4 030	4 037
Hommes 50-59	na	na	na	na	588	581
Ensemble 15-59	na	na	na	na	4 618	4 618

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.  
na = non applicable

Les résultats mettent en évidence une forte proportion de jeunes ; le groupe d'âges de 15-24 ans représentant 38 % des femmes et 36 % des hommes. Près de six femmes sur dix (57 %) et d'un homme sur deux (49 %) sont âgées de moins de 30 ans. En revanche, le groupe d'âges de 40-49 ans représente 15 % des femmes et 22 % des hommes.

Les Maliens sont, en majorité, de religion musulmanes (94 % des femmes et 94 % des hommes). Les autres religions ne sont que très faiblement représentées.

Au moment de l'enquête, 81 % des femmes et 61 % des hommes étaient mariés. De plus, 3 % des femmes et 1 % des hommes étaient en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage). Par contre, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes (38 %) que chez les femmes (16 %).

Au Mali, près de trois personnes sur quatre (74 % des femmes et 73 % des hommes) vit en milieu rural. Le milieu urbain compte seulement environ un quart de la population ; 18 % des femmes et 17 % des hommes vivent à Bamako. La répartition géographique de la population reflète le poids démographique respectif de chaque région. Ainsi, les régions de Koulikoro (19 % des femmes et 20 % des hommes), de Sikasso (17 % des femmes et 17 % des hommes) et de Ségou (15 % des femmes et 16 % des hommes) regroupent la moitié de la population. À l'opposé, les régions de Tombouctou (4 % des femmes et 3 % des hommes), de Gao (3 % des femmes et 3 % des hommes) et de Kidal (moins de 1 % des femmes et des hommes) sont moins peuplées.

Les résultats selon le niveau d'instruction montrent que deux tiers des femmes (66 %) et un peu plus de la moitié des hommes (53 %) n'ont aucun niveau d'instruction. Par contre, 9 % des femmes et 17 % des hommes ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

### 3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans précédant l'enquête. Cette période de 3 années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de

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

### 3.3.1 Niveau de fécondité

Le **tableau 3** ci-après montre qu'en moyenne l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 6,3 enfants par femme. Les taux de fécondité augmentent par groupe d'âges passant de 164 ‰ chez les jeunes femmes de 15-19 ans à 278 ‰ chez celles de 20-24 ans avant de décroître très rapidement et atteindre 24 ‰ chez celles de 45-49 ans.

Les données mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. En effet, les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles du milieu rural (4,9 enfants par femme contre 6,8 enfants par femme). Cette différence de niveau de fécondité entre urbain et rural s'observe à tous les groupes d'âges. Par contre, en milieu urbain, l'écart entre le district de Bamako et les autres villes est très faible (respectivement 4,8 et 5,1 enfants par femme).

**Tableau 3 Fécondité actuelle**

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, par milieu de résidence, EDSM-VI Mali 20186

Groupe d'âges	Résidence				
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
<15	1	6	2	8	7
15-19	103	112	106	188	164
20-24	229	241	232	295	278
25-29	209	233	217	277	262
30-34	159	218	179	274	251
35-39	157	168	161	187	180
40-44	79	42	63	108	97
45-49	*	(13)	16	26	24
ISF (15-49)	4,8	5,1	4,9	6,8	6,3
TGFG	165	177	169	237	219
TBN	36,8	35,5	36,3	42,3	40,9

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre parenthèses sont tronqués. Les taux correspondent à la période 1-36 mois précédant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âges 10-14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15-17 ans. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 125-250 cas d'années d'exposition non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 125 cas d'années d'exposition non pondérés et qu'elle a été supprimée.

ISF = Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG = Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

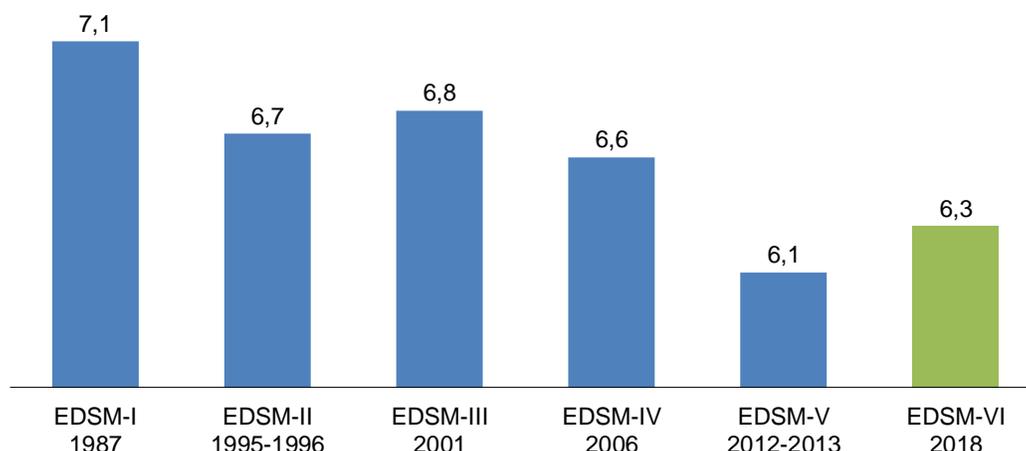
TBN = Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

### 3.3.2 Tendance de la fécondité

Le **graphique 1** qui présente la comparaison des niveaux de fécondité selon six enquêtes EDS met en évidence une tendance globale à la diminution de la fécondité depuis l'EDSM-I de 1987 ; l'ISF étant passé de 7,1 en 1987 à 6,8 en 2001 puis à 6,3 en 2018. Néanmoins, on note que l'ISF a légèrement augmenté entre l'EDSM-V de 2012-2013 et l'EDSM-VI de 2018 ; passant de 6,1 enfants par femme en 2012-2013 à 6,3 enfants par femme en 2018. Par ailleurs, l'ISF avait baissé de manière importante entre l'EDSM-IV de 2006 et l'EDSM-V de 2012-2013, passant de 6,6 enfants par femme en 2006 à 6,1 enfants par femme en 2012-2013. La forte diminution de l'ISF entre 2006 et 2012-2013 suivie d'une légère augmentation de l'ISF de 2012-2013 à 2018 a probablement été due à des sous-déclarations de naissances lors de l'EDSM-V de 2012-2013.

## Graphique 1 Tendances de l'Indice synthétique de fécondité, 1987-2018

Naissances par femme



Le **tableau 3.1** présente l'Indice Synthétique de Fécondité par cinq régions selon les plus récentes EDS. Les résultats présentés dans ce tableau montrent que dans le District de Bamako, le niveau de l'ISF n'a pratiquement pas varié d'une enquête à l'autre depuis 1996 ; l'ISF a été estimé à 4,7 en 1996 et à 4,8 en 2018. Dans la région de Koulikoro, l'ISF a fortement diminué entre l'EDSM-VI de 2006 et l'EDSM-V de 2012-2013, passant de 7,3 à 6,0. Cependant, à Koulikoro, le niveau de l'ISF en 2018 reste quasiment le même que celui de 2012-2013 (5,8 contre 6,0). Par contre, dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti, les niveaux d'ISF en 2018 sont généralement supérieurs à ceux de 2012-2013.

**Tableau 3.1** Tendances de l'Indice Synthétique de Fécondité par région

Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour la période des 3 années ayant précédé l'EDSM-II, l'EDSM-III, l'EDSM-IV, l'EDSM-V et l'EDSM-VI

Région	EDSM-II 1995-1996	EDSM-III 2001	EDSM-IV 2006	EDSM-V 2012-2013	EDSM-VI 2018
Kayes	6,9	6,9	6,7	6,0	6,7
Koulikoro	6,9	7,2	7,3	6,0	5,8
Sikasso	7,4	7,6	7,4	6,6	6,9
Ségou	7,4	7,3	7,1	6,1	6,4
Mopti	6,4	6,8	6,3	6,5	7,2
Bamako	4,7	4,9	4,8	5,1	4,8
Ensemble	6,7	6,8	6,6	6,1	6,3

Note : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre parenthèses sont tronqués. Les taux correspondent à la période 1-36 mois précédant l'enquête.

### 3.3.3 Fécondité des adolescentes

Les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction.

Cette analyse revêt une grande importance pour des raisons diverses. En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes. Enfin, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités scolaires.

Le **tableau 4** présente la proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et de celles qui ont déjà commencé leur vie féconde (somme de la proportion de celles qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de la proportion de celles qui sont déjà enceintes d'un premier enfant) selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il ressort que 36 % des adolescentes, au Mali, ont commencé leur vie procréative, dont 6 % sont enceinte d'un premier enfant et 30% ont eu, au moins, un enfant. Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 21 % à 16 ans puis à 59 % parmi celles de 19 ans.

Le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (40 % contre 25 %). Dans les régions, les pourcentages les plus bas sont enregistrés à Kidal (22 %) et à Bamako (24 %) et les plus élevés sont observés à Tombouctou (46 %) et à Kayes (49 %).

**Tableau 4 Fécondité des adolescentes**

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	ont eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant		
<b>Âge</b>				
15	5,1	3,0	8,1	390
16	15,1	6,3	21,4	419
17	27,1	6,6	33,7	394
18	47,2	6,8	54,0	542
19	53,2	5,7	58,9	358
<b>Résidence</b>				
Bamako	20,3	3,6	24,0	422
Autres villes	22,0	6,4	28,4	196
Ensemble urbain	20,9	4,5	25,4	618
Rural	34,1	6,3	40,4	1 486
<b>Région</b>				
Kayes	41,5	7,1	48,7	321
Koulikoro	35,9	5,5	41,4	364
Sikasso	31,0	9,0	40,0	375
Ségou	23,4	4,8	28,2	311
Mopti	27,7	2,1	29,8	156
Tombouctou	39,1	6,5	45,6	94
Gao	29,6	8,1	37,7	59
Kidal	18,6	3,7	22,3	3
Bamako	20,3	3,6	24,0	422
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	39,6	6,7	46,3	941
Primaire	31,8	6,1	37,9	434
Secondaire ou plus	17,3	4,3	21,6	730
<b>Quintile de bien-être économique</b>				
Le plus bas	28,1	5,8	34,0	316
Second	39,2	6,9	46,1	380
Moyen	34,6	6,0	40,7	406
Quatrième	32,1	6,6	38,6	444
Le plus élevé	20,7	4,1	24,8	558
Ensemble	30,2	5,8	36,0	2 104

Les résultats mettent en évidence l'influence du niveau d'instruction sur le niveau de fécondité des adolescentes. En effet, le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative diminue de manière importante avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 46 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 22 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur. Les résultats selon les quintiles de bien-être économique font apparaître des variations irrégulières. C'est dans les ménages classés dans le quintile le plus élevé que le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative est la plus faible (25 % contre 46 % dans le second quintile).

### 3.3.4 Désir d'avoir des enfants (supplémentaires)

Le **tableau 5** présente les préférences exprimées par les femmes de 15-49 ans en union en matière de fécondité, selon le nombre d'enfants actuellement en vie. Une femme actuellement en union sur cinq (20 %) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, À l'opposé, dans 66 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitent un enfant ou un autre enfant : 34 % souhaiteraient espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus, alors que 32 % souhaiteraient rapidement un enfant, c'est-à-dire dans les 2 années à venir. Enfin, dans 5 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne précisent pas à quel moment elles veulent cet enfant.

Le pourcentage de femmes qui ne veulent pas d'enfants ou plus d'enfant augmente régulièrement avec le nombre d'enfants vivants. Ce pourcentage passe de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant, à 10 % chez celles qui en ont trois, puis à 19 % parmi celles qui en ont quatre et atteint un maximum de 55 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

**Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par nombre d'enfants vivants et selon le désir d'enfants, EDSM-VI Mali 2018

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants <sup>1</sup>							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	83,3	46,4	37,1	33,9	27,1	23,6	10,0	32,1
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	1,0	40,5	45,8	45,0	39,5	30,5	18,0	33,5
Veut un autre, NSP quand	8,1	6,2	7,4	4,5	4,1	5,2	3,6	5,3
Indécise	0,5	1,2	2,0	3,7	5,5	6,9	6,4	4,1
Ne veut plus d'enfant	1,1	2,6	3,9	9,5	18,6	28,1	54,8	20,1
Stérilisé <sup>4</sup>	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,5	0,9	0,4
S'est déclarée stérile	6,1	3,1	3,8	3,4	4,6	5,1	6,3	4,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	538	1 235	1 420	1 276	1 266	1 037	1 794	8 567

<sup>1</sup> Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

<sup>2</sup> Veut une autre naissance dans les 2 ans.

<sup>3</sup> Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus.

<sup>4</sup> Y compris la stérilisation féminine et masculine.

## 3.4 Contraception

### 3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception

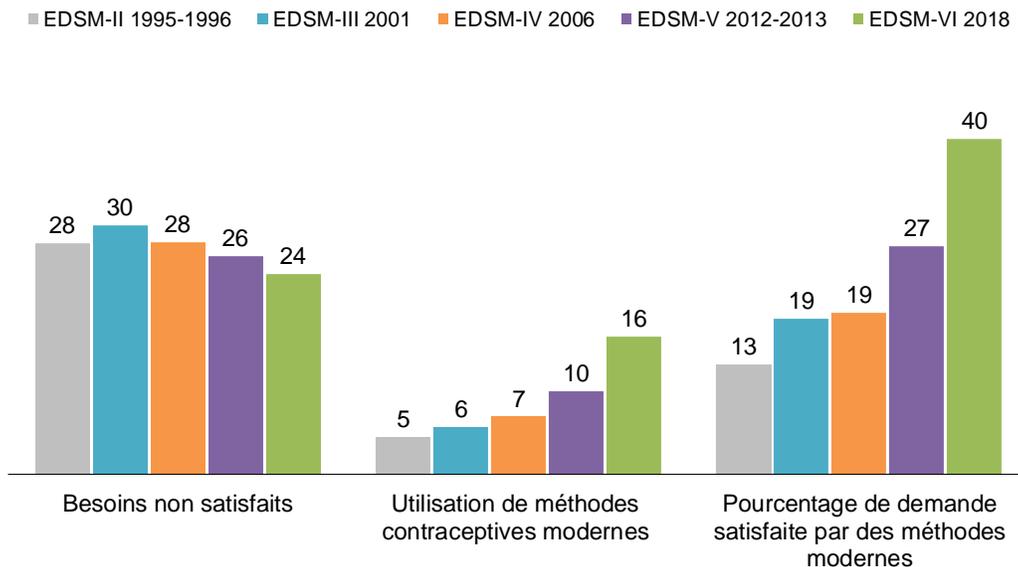
L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. La contraception contribue également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSM-VI, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées. Il a été demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive actuelle. Cet indicateur correspond à la proportion de femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Il ressort des résultats présentés dans le **tableau 6.1** que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 17 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête et la plupart utilise une méthode moderne (16 % contre 1 % pour les méthodes traditionnelles). Parmi les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées figurent les implants (7 %) et les injectables (6 %).



La tendance de l'utilisation contraceptive est à la hausse depuis l'EDSM V 2012-2013. En effet, entre les deux enquêtes, la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes est passée de 10 % en 2012-2013 à 16 % en 2018 (**graphique 2**).

**Graphique 2 Tendances des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes et pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes, 2010-2017**



L'utilisation de la contraception moderne varie selon toutes les caractéristiques sociodémographiques.

- Par rapport au nombre d'enfants vivants, on constate que la prévalence contraceptive moderne est très faible (3 %) parmi les femmes n'ayant aucun enfant et qu'elle est environ cinq fois plus élevée dès que les femmes ont 1-2 enfants (16 %).
- La prévalence contraceptive moderne augmente avec le groupe d'âges, passant de 9 % chez celles de 15-19 ans à 20 % parmi celles de 35-39 ans puis diminue pour atteindre 8 % chez les femmes de 45-49 ans.
- La prévalence contraceptive moderne est plus élevée en milieu urbain (22 % à Bamako et 20 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (15 %). En milieu urbain, 8 % des femmes utilisent les implants, 5 % utilisent les injectables et 5 % utilisent la pilule.
- On observe des variations importantes entre les régions : la prévalence de la contraception moderne varie de 3 % dans les régions de Kidal et de Gao, à 19 % dans celles de Sikasso et Koulikoro et 20 % à Ségou et à un maximum de 22 % dans le district de Bamako.
- Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction, variant de 14 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 18 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 29 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur.

- En ce qui concerne le bien-être économique, on constate que les pourcentages les plus faibles de femmes utilisatrices de méthodes modernes concernent les second et premier quintiles (11 %) tandis que le pourcentage le plus élevé (24 %) correspond aux femmes du cinquième quintile.

Le **tableau 6.2** fournit le pourcentage de femmes non en union mais sexuellement actives qui utilisent la contraception selon le milieu de résidence. On constate que l'utilisation d'une méthode contraceptive est plus élevée chez les femmes non en union mais sexuellement actives que chez les femmes en union (36 % contre 17 %). Comme les femmes actuellement en union, la plupart utilise une méthode moderne (35 % contre 1 % pour les méthodes traditionnelles).

Les types de méthodes les plus fréquemment utilisés par les femmes non en union sont les implants (24 %) et les injectables (8 %).

Les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception moderne entre les milieux de résidence. C'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception moderne est la plus fréquente : 44 % des femmes non en union utilisent actuellement une méthode moderne en milieu urbain contre 27 % en milieu rural.

**Tableau 6.2 Utilisation actuelle de la contraception par les femmes non en union sexuellement actives selon le milieu de résidence**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans non en union sexuellement actives par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon le milieu de résidence, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Méthode moderne							Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes			
		Pilule	DIU	Injec- tables	Implants	Condom masculin	Condom féminin	MJF	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait				Autre		
<b>Résidence</b>																	
Bamako	47,6	46,5	0,5	2,8	5,4	35,7	1,4	0,0	0,6	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	52,4	100,0	99
Autres villes	39,2	37,2	3,3	1,9	7,3	24,8	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	60,8	100,0	49
Ensemble urbain	44,8	43,5	1,4	2,5	6,0	32,1	1,0	0,0	0,4	1,4	0,7	0,6	0,0	0,0	55,2	100,0	147
Rural	27,5	26,7	0,0	1,0	9,4	14,6	1,4	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8	72,5	100,0	139
Ensemble	36,4	35,3	0,7	1,8	7,7	23,6	1,2	0,2	0,2	1,1	0,4	0,3	0,4	0,4	63,6	100,0	286

Note : Les femmes sexuellement actives sont des femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview. Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.  
DIU = Dispositif Intra Utérin

### 3.4.2 Besoins en matière de planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Au Mali, 24 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins satisfaits en matière de planification familiale représentent 17 % (c'est-à-dire la proportion de femmes en union qui utilisaient, au moment de l'enquête, la contraception). Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 41 %. Cette demande est satisfaite dans 42 % des cas et par les seules méthodes modernes dans 40 % des cas (**tableau 7.1**).

**Tableau 7.1 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande totale en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Besoins en planification familiale non satisfaits	Besoins en planification familiale satisfaits (utilise actuellement)		Demande totale en planification familiale <sup>3</sup>	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite <sup>1</sup>	
		Toutes les méthodes	Méthodes modernes <sup>2</sup>			Toutes les méthodes	Méthodes modernes <sup>2</sup>
<b>Âge</b>							
15-19	19,8	10,2	9,2	30,0	887	34,0	30,5
20-24	21,8	17,4	16,7	39,3	1 546	44,4	42,4
25-29	21,8	18,6	18,0	40,4	1 880	46,1	44,6
30-34	26,6	19,4	18,5	46,1	1 534	42,2	40,1
35-39	28,5	21,1	20,1	49,5	1 305	42,6	40,6
40-44	29,0	16,7	16,0	45,7	836	36,6	35,1
45-49	17,0	9,3	8,4	26,3	579	35,3	31,9
<b>Résidence</b>							
Bamako	20,3	23,1	22,3	43,4	1 262	53,1	51,4
Autres villes	22,8	20,8	19,7	43,6	667	47,7	45,1
Ensemble urbain	21,2	22,3	21,4	43,5	1 928	51,2	49,2
Rural	24,6	15,8	15,0	40,4	6 639	39,1	37,0
<b>Région</b>							
Kayes	27,6	11,1	10,5	38,7	1 362	28,8	27,2
Koulikoro	27,2	19,5	19,2	46,7	1 697	41,8	41,1
Sikasso	22,8	20,0	19,2	42,8	1 494	46,8	44,8
Ségou	21,9	22,6	20,3	44,5	1 318	50,8	45,5
Mopti	28,5	9,0	8,7	37,6	874	24,0	23,1
Tombouctou	11,1	6,0	5,6	17,1	319	34,9	32,6
Gao	15,1	3,4	3,3	18,5	236	18,4	18,0
Kidal	32,1	2,6	2,6	34,8	6	7,6	7,6
Bamako	20,3	23,1	22,3	43,4	1 262	53,1	51,4
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	25,3	14,4	13,6	39,6	6 201	36,3	34,3
Primaire	23,1	18,4	17,7	41,4	1 045	44,3	42,6
Secondaire ou plus	17,9	29,8	28,7	47,7	1 321	62,5	60,1
<b>Quintile de bien-être économique</b>							
Le plus bas	29,9	11,5	11,0	41,5	1 588	27,8	26,5
Second	24,9	11,6	10,7	36,5	1 732	31,9	29,3
Moyen	24,6	17,2	16,5	41,8	1 759	41,1	39,5
Quatrième	21,4	21,1	20,0	42,5	1 800	49,7	47,0
Le plus élevé	19,0	24,3	23,5	43,3	1 689	56,2	54,2
Ensemble	23,9	17,2	16,4	41,1	8 567	42,0	39,9

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.

<sup>1</sup> Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.

<sup>2</sup> Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

<sup>3</sup> La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.

Le pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en planification familiale tend à diminuer d'une enquête à l'autre, passant de 30 % en 2001 à 24 % en 2018 (**graphique 2**). Dans la même période, le pourcentage de la demande satisfaite par des méthodes modernes tend à augmenter, passant de 19 % à 40 %.

Dans l'ensemble, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est plus élevé chez les femmes de 30-44 ans (27 % à 30-34 ans, 29 % à 35-39 ans et 29 % à 40-44 ans), en milieu rural (25 %), chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (25 %) et chez les femmes du quintile de bien-être économique le plus bas (30 %). Dans les régions, le pourcentage de femmes actuellement en union dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits varie d'un maximum de 32 % dans la région de Kidal à un minimum de 11 % dans celle de Tombouctou.

En ce qui concerne les femmes non en union, sexuellement actives, le **tableau 7.2** révèle que 51 % d'entre elles ont des besoins non satisfaits et que 36 % utilisent une méthode quelconque de contraception. La demande totale en planification familiale dans ce groupe (88 %) est donc nettement plus élevée que pour les femmes en union. Par contre, le pourcentage de demande satisfaite est pratiquement le même que pour les femmes en union (42 % pour chaque groupe).

**Tableau 7.2 Besoins et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes non en union, sexuellement actives**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans non en union, sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits ; pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2011

Caractéristique sociodémographique	Besoins en planification familiale non satisfaits	Besoins en planification familiale satisfaits (utilise actuellement)		Demande totale en planification familiale <sup>3</sup>	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite <sup>1</sup>	
		Toutes les méthodes	Méthodes modernes <sup>2</sup>			Toutes les méthodes	Méthodes modernes <sup>2</sup>
<b>Résidence</b>							
Bamako	44,3	47,6	46,5	91,9	99	51,8	50,6
Autres villes	47,1	39,2	37,2	86,3	49	45,4	43,2
Ensemble urbain	45,2	44,8	43,5	90,0	147	49,8	48,3
Rural	57,8	27,5	26,7	85,2	139	32,2	31,3
Ensemble	51,3	36,4	35,3	87,7	286	41,5	40,3

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012. Les femmes non sexuellement actives sont des femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview.

<sup>1</sup> Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.

<sup>2</sup> Les méthodes modernes comprennent la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin, le condom féminin et la Méthode des Jours Fixes (MJF).

<sup>3</sup> La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.

### 3.5 Mortalité des enfants

Les indicateurs de mortalité infantile sont pertinents pour l'appréciation du niveau de développement socioéconomique d'un pays, par le biais notamment de l'évaluation de son état sanitaire et de l'efficacité de ses politiques en matière de santé maternelle et infantile. Les données collectées au cours de l'EDSM-VI ont permis d'estimer les niveaux et les tendances de la mortalité néonatale, postnéonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile. Ces indicateurs sur la mortalité des enfants, présentés dans ce chapitre, ont été estimés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies à l'aide du questionnaire femme. Dans la section du questionnaire, l'enquêtrice a enregistré des informations sur toutes les naissances de la femme. Dans la procédure de collecte, les questions permettent de distinguer le nombre total de fils et filles qui vivent avec la femme, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Ensuite, pour chacune des naissances, l'enquêtrice a obtenu des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, 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 2 ans et en années pour les décès survenus à 2 ans ou plus).

À partir des informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

**Quotient de mortalité néonatale (NN)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

**Quotient de mortalité postnéonatale (PNN)** : probabilité pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;

**Quotient de mortalité infantile (1q0)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;

**Quotient de mortalité juvénile (4q1)** : probabilité pour les enfants âgés d'un an exact de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ;

**Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Ces différents quotients de mortalité des enfants sont présentés dans le **tableau 8**. Leurs calculs ont été effectués pour trois périodes quinquennales (2004-2008, 2009-2013, 2014-2018) ayant précédé la réalisation de l'enquête.

Pour la période des 5 dernières années avant l'EDSM-VI (période 2014-2018), le risque de mortalité infantile est estimé à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 49 ‰.

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 33 ‰ pour la mortalité néonatale et à 22 ‰ pour la mortalité postnéonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est à dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 101 ‰.

**Tableau 8** Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSM-VI Mali 2018

Nombre d'années avant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) <sup>1</sup>	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2014-2018	33	22	54	49	101
5-9	2009-2013	36	30	67	64	126
10-14	2004-2008	36	33	69	76	140

<sup>1</sup> Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

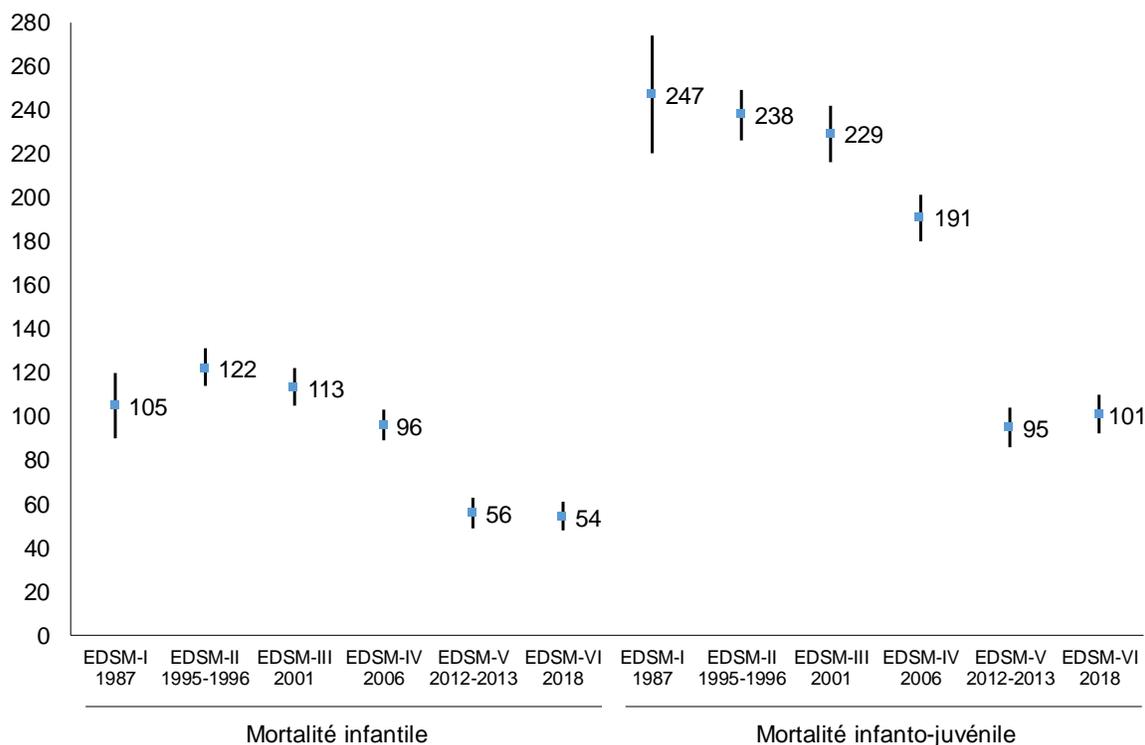
Le **graphique 3** présente les tendances des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile depuis la première édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-I 1987). Globalement, on observe une tendance à la baisse des risques de décès des enfants avant 5 ans. Il faut cependant noter que les niveaux de cette baisse semblent avoir été surestimés lors de l'EDSM-VI de 2012-2013<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La comparaison des données de l'EDSM-V de 2012-2013 sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans avec les données

Estimé à 122 ‰ en 1995-1996, le quotient de mortalité infantile est passé à 96 ‰ en 2006 puis à 54 ‰ en 2018. Dans la même période, le quotient de mortalité infanto-juvénile a aussi diminué, passant de 238 ‰ à 191 ‰ et à 101 ‰.

### Graphique 3 Tendances de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile

Décès pour 1 000 naissances vivantes



### 3.6 Santé de la reproduction

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDSM-VI, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des 5 années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des 5 dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Le **tableau 9.1** présente les indicateurs de soins de santé selon les caractéristiques sociodémographiques pour trois catégories de populations cibles à savoir les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé

des autres enquêtes EDS réalisées au Mali indique une sous-estimation des indicateurs de mortalité lors de l'enquête EDSM-V. Cette sous-estimation était probablement due à des sous-déclarations importantes de décès lors de l'EDSM-V.

l'enquête, les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête. Plus précisément, il s'agit :

- Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête : le pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé formé pour la naissance vivante la plus récente, le pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente et le pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ;
- Parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête : le pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé formé et le pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé ;
- Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, le pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance.

### 3.6.1 Soins prénatals

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter à un stade précoce de la grossesse et 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, la première devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse.

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, les résultats montrent que huit femmes sur dix (80 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé (**tableau 9.1**). Cependant, seulement quatre femmes sur dix (43 %) ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées.

Par ailleurs, un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont effectué leur première visite prénatale à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois de grossesse. Ce pourcentage varie de 54 % en milieu urbain à 31 % en milieu rural (**tableau 9.2**).

Les résultats du **tableau 9.1** montrent aussi que le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé baisse au fur et à mesure que l'âge de la mère à la naissance augmente, passant de 82 % parmi les mères de moins de 20 ans à 75 % parmi celles de 35-49 ans. Les femmes du milieu urbain ont bénéficié plus fréquemment que celles du milieu rural des soins prénatals dispensés par un prestataire formé (93 % contre 76 % en milieu rural) et dans 67 % des cas contre 37 % en milieu rural, elles ont effectué les quatre visites prénatales ou plus.

Du point de vue des régions, on observe une forte différence entre les femmes du district de Bamako et celles des autres régions. À Bamako, plus de neuf femmes sur dix (96 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé et 72 % des femmes ont effectué quatre visites prénatales ou plus. Dans les autres régions, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé varie d'un minimum de 23 % dans la région de Kidal à un maximum de 84 % dans celle de Koulikoro. De même, c'est dans la région de Kidal que le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus est le plus faible (9 %) et c'est dans celle de Koulikoro que ce pourcentage est le plus élevé (49 %).

Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé augmente avec le niveau d'instruction, passant de 74 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 96 % chez celles ayant atteint au moins le niveau secondaire. A l'instar du niveau d'instruction, le pourcentage de femmes ayant eu

des soins prénatals d'un prestataire formé augmente avec le quintile du bien-être économique, passant de 69 % chez les femmes des ménages du quintile le plus bas et chez celles du second quintile à 97 % chez celles des ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé. Les résultats du **tableau 9.1** indiquent également que le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique, passant de 36 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 68 % chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus et de 26 % chez les femmes du quintile le plus bas à 73 % chez celle du quintile le plus élevé.

### 3.6.2 Vaccination antitétanique

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. Ses facteurs de risques sont connus : il s'agit entre autres, de l'accouchement à domicile dans un environnement insalubre et de l'utilisation d'instruments non appropriés pour couper le cordon ombilical. Le tétanos néonatal survient généralement dans la première ou deuxième semaine après la naissance et il est fatal dans 70 % à 90 % des cas. C'est cependant une maladie évitable.

Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Une naissance est protégée contre le tétanos néonatal si la mère a reçu :

- deux injections de vaccin antitétanique au cours de la grossesse ou
- deux injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 3 années avant la naissance ou
- trois injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 5 années avant la naissance ou
- quatre injections ou plus, la dernière ayant été effectuée dans les 10 années avant la naissance ou
- cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance

Les résultats présentés au **tableau 9.1** indiquent que pour la moitié (50 %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal varie peu selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants entre le milieu urbain et le milieu rural (65 % en milieu urbain contre 45 % en milieu rural). Les disparités sont aussi notables selon les régions, la couverture contre le tétanos néonatal variant d'un minimum de 14 % dans la région de Kidal à un maximum de 67 % dans le district de Bamako.

La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal varie aussi en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique des femmes. D'un minimum de 45 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction, le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal passe à 56 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et atteint un maximum de 67 % pour les femmes ayant le niveau secondaire ou plus. Pour près de sept femmes sur dix (68 %) du quintile de bien-être économique le plus élevé, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Ce pourcentage n'est que 41 % dans le quintile le plus bas.

**Tableau 9.1 Indicateurs des soins de santé maternelle**

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé formé pour la naissance vivante la plus récente, pourcentage ayant effectué 4 visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé formé et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé ; parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête				Naissances vivantes dans les 5 années ayant précédé l'enquête			Femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé <sup>1</sup>		Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal <sup>2</sup>	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé <sup>1</sup>	Pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage de femmes qui ont eu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance <sup>3</sup>	Effectif de femmes
	pourcentage	pourcentage							
<b>Âge de la mère à la naissance</b>									
<20	81,9	41,4	46,1	1 087	71,0	70,7	1 772	57,2	699
20-34	80,2	44,0	50,6	4 384	67,1	66,5	7 049	57,2	2 790
35-49	74,9	42,3	49,0	1 152	63,6	63,7	1 484	60,2	660
<b>Résidence</b>									
Bamako	95,7	72,0	66,6	957	97,5	96,7	1 349	79,6	571
Autres villes	87,7	56,3	61,6	485	88,4	86,9	724	69,4	301
Ensemble urbain	93,0	66,7	65,0	1 442	94,3	93,2	2 073	76,1	871
Rural	75,8	36,7	45,3	5 181	60,4	60,2	8 232	52,8	3 278
<b>Région</b>									
Kayes	73,8	42,6	44,8	1 034	56,8	55,6	1 673	53,0	668
Koulikoro	83,8	48,8	51,4	1 269	78,9	77,7	1 937	60,0	788
Sikasso	76,1	34,8	44,2	1 199	70,8	71,0	1 862	41,2	753
Ségou	76,0	36,0	48,8	1 031	57,9	57,2	1 604	60,2	638
Mopti	79,1	27,1	49,7	708	52,6	53,5	1 159	62,8	464
Tombouctou	66,6	28,3	31,5	247	31,3	30,5	429	42,7	156
Gao	59,7	37,0	39,9	174	51,0	53,6	286	53,5	109
Kidal	22,9	9,4	14,0	4	25,3	23,9	6	32,9	2
Bamako	95,7	72,0	66,6	957	97,5	96,7	1 349	79,6	571
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>									
Aucun	74,3	36,3	44,5	4 743	60,0	59,8	7 565	52,0	2 935
Primaire	88,2	50,8	56,4	805	79,6	78,5	1 221	64,9	514
Secondaire ou plus	95,9	68,2	67,2	1 075	93,3	92,3	1 518	76,0	701
<b>Quintile de bien-être économique</b>									
Le plus bas	68,5	25,8	40,6	1 283	44,1	44,4	2 188	50,1	836
Second	69,1	30,9	39,2	1 373	53,5	53,5	2 194	49,8	903
Moyen	76,6	37,2	46,6	1 394	63,6	63,5	2 231	49,4	880
Quatrième	87,8	51,6	54,9	1 326	86,0	84,5	1 948	64,3	789
Le plus élevé	96,8	72,7	68,2	1 247	97,3	96,2	1 743	78,5	742
Ensemble	79,5	43,3	49,6	6 623	67,3	66,8	10 304	57,7	4 150

Note : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau.

<sup>1</sup> Sont considérés comme des prestataires de santé formés les médecins, infirmières, sages-femmes et matrones.

<sup>2</sup> Y compris les mères ayant reçu 2 injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, 2 injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, 3 injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, 4 injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, 5 injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

<sup>3</sup> Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, une matrone, une accoucheuse traditionnelle formée, un agent de santé communautaire ou une accoucheuse traditionnelle non-formée

**Tableau 9.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse à la première visite**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête par nombre de visites prénatales pour la naissance vivante la plus récente et en fonction du stade de la grossesse au moment de la première visite prénatale ; parmi les femmes qui ont eu une visite prénatale, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, selon le milieu de résidence, EDSM-VI Mali 2018

Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse	Résidence				
	Bamako	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
<b>Nombre de consultations prénatales</b>					
Aucune	4,0	11,9	6,7	22,8	19,3
1	3,1	2,8	3,0	6,2	5,5
2-3	14,9	26,2	18,7	32,6	29,6
4+	72,0	56,3	66,7	36,7	43,3
Ne sait pas/manquant	6,0	2,9	5,0	1,7	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Nombre de mois de grossesse à la première consultation prénatale</b>					
Aucune consultation prénatale	4,0	11,9	6,7	22,8	19,3
<4	57,3	46,3	53,6	31,0	35,9
4-5	28,0	31,1	29,1	28,8	28,8
6-7	6,9	7,8	7,2	13,5	12,1
8+	1,5	1,1	1,4	3,0	2,7
Ne sait pas/manquant	2,3	1,8	2,1	1,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	957	485	1 442	5 181	6 623
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite prénatale (pour les femmes ayant reçu des soins prénatals)					
Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals	3,6	3,9	3,7	4,4	4,2
Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals	919	427	1 345	4 002	5 347

### 3.6.3 Accouchement

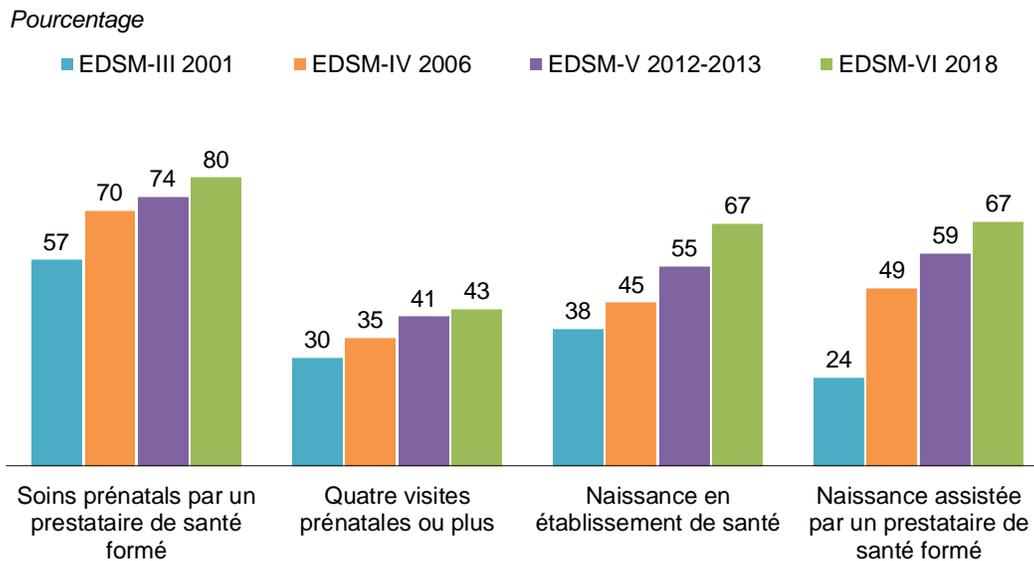
Les résultats du **tableau 9.1** montrent que 67 % des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé. De plus, 67 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé.

La quasi-totalité (94 %) des naissances en milieu urbain s'est déroulé avec l'assistance d'un prestataire de santé formé contre 60 % des naissances en milieu rural, soit un écart de 34 points de pourcentage. L'analyse par région montre des disparités importantes. Si à Bamako, la quasi-totalité (98 %) des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé, ce pourcentage est beaucoup plus faible dans la région de Kidal (25 %). En outre, 93 % des naissances dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur a bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire formé contre 60 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction. Le pourcentage de naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance d'un prestataire formé a tendance à augmenter avec l'augmentation du niveau de bien-être économique du ménage, passant de 44 % dans le quintile le plus bas à 97 % dans le quintile le plus élevé.

### 3.6.4 Tendance des soins prénatals et des conditions d'accouchement

Le **graphique 4** présente les tendances des soins de santé maternelle de 2001 à 2018. On note globalement une amélioration de la couverture en soins de santé maternelle de 2001 à 2018. La couverture en soins prénatals par un prestataire de santé formé est passée de 57 % en 2001 à 80 % en 2018. Dans la même période, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins les quatre visites recommandées est passée de 30 % à 43 %. On note également une augmentation du pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé (38 % en 2001 contre 67 % en 2018) et du pourcentage de naissances assistées par un prestataire de santé formé (24 % en 2001 contre 67 % en 2018).

## Graphique 4 Tendances des soins de santé maternelle



### 3.6.5 Soins postnatals de la mère

Une grande proportion de décès maternels et néonataux survient au cours des premières 24 heures après l'accouchement. Les soins postnatals précoces sont importants pour la mère et le nourrisson, pour traiter les complications de l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les femmes reçoivent des soins postnatals dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Au Mali, parmi les femmes qui ont eu une naissance dans les 2 ans précédant l'enquête, 58 % ont eu un examen postnatal au cours des deux premiers jours après la naissance (**tableau 9.1**). Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Plus de sept femmes sur dix (76 %) du milieu urbain ont reçu des soins postnatals dans les délais recommandés contre 53 % en milieu rural.

Par ailleurs, les trois quarts des femmes ayant le niveau secondaire ou supérieur ont eu un examen postnatal dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement (76 %) contre une femme sur deux (52 %) parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction. De même, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés augmente du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 50 % à 79 %.

Les écarts entre les régions sont aussi importants. Le district de Bamako se distingue par le pourcentage le plus élevé de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les deux premiers jours après la naissance (80 %). Ailleurs, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés varie d'un minimum de 33 % dans la région de Kidal à un maximum de 63 % dans celle de Mopti.

## 3.7 Santé des enfants

### 3.7.1 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les vaccins de routine pour les enfants comprennent le vaccin du BCG contre la tuberculose ; le vaccin du DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Hépatite B et l'Haemophilus influenzae type b ; le vaccin oral contre la polio ; le vaccin contre la polio inactivé (VPI) ; le vaccin contre le pneumocoque (PCV) ; le vaccin contre le rotavirus ; le vaccin anti rougeoleux ; le vaccin

contre la méningite et le vaccin contre la fièvre jaune. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année. L'EDSM-VI a collecté les informations sur la couverture de ces vaccins parmi les enfants nés au cours des 3 années ayant précédé l'enquête.

Un indicateur souvent utilisé pour mesurer la couverture vaccinale est la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base. On considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu une dose du vaccin BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin anti rougeoleux.

La couverture vaccinale peut être aussi mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge. Au Mali, le PEV considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge, si en plus de recevoir tous les vaccins de base, l'enfant a reçu une dose du vaccin oral contre la polio à la naissance, une dose de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rota virus, une dose de vaccin contre la méningite et une dose de vaccin contre la fièvre jaune.

Au cours de l'EDSM-VI, les informations sur la couverture vaccinale ont été obtenues de deux façons : à partir des cartes de vaccination ou autre document où les vaccinations sont inscrites et des déclarations des mères. Pour tous les enfants nés depuis janvier 2015, les enquêtrices ont demandé à leur mère de montrer les cartes de vaccination ou autre document dans lesquels les vaccinations étaient enregistrées. Si la carte de vaccination ou autre document était disponible, l'enquêtrice recopiait la date à laquelle chaque vaccination avait été faite. Si une vaccination n'était pas enregistrée sur la carte ou dans un autre document comme ayant été administrée, l'enquêtrice demandait à la mère si cette vaccination particulière avait été donnée. Si la mère n'était pas en mesure de présenter une carte de vaccination ou autre document pour son enfant, l'enquêtrice lui demandait alors si l'enfant avait reçu le BCG, le vaccin contre la polio, le pentavalent, le vaccin contre la rougeole, le vaccin contre le pneumocoque, le vaccin contre le rota virus, le vaccin contre la rougeole, le vaccin contre la méningite et le vaccin contre la fièvre jaune. L'enquêtrice lui demandait également le nombre de doses reçues.

La carte de vaccination est un document important pour s'assurer que l'enfant a bien reçu tous les vaccins recommandés selon le calendrier de vaccination. Parmi les enfants de 12-23 mois dont les mères ont été enquêtées, 67 % ont déjà eu une carte de vaccination ou un autre document où les vaccinations étaient enregistrées. Cependant, au moment de l'enquête, seulement 56 % d'entre eux avaient une carte de vaccination qui a été observée par l'enquêtrice (tableau non présenté).

Les résultats présentés au **tableau 10** indiquent que 45 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base et 14 % n'ont reçu aucun vaccin. Par ailleurs, 18 % des enfants de 12-23 mois et 12 % de ceux de 24-35 mois ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge

Les résultats selon le type de vaccin montrent que 83 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 65 % ont reçu la dose de Polio 0 (à la naissance) et 70 % ont été vaccinés contre la rougeole. Pour les vaccins à doses multiples, on note des déperditions importantes entre la première et la troisième dose. De 82 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 71 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, la proportion passe de 79 % pour la première dose à 54 % pour la troisième. Quant au Rotavirus, entre la première et la troisième dose, la proportion passe de 79 % à 63 %. En fin, pour le vaccin contre le pneumocoque, la couverture passe de 80 % pour la première dose à 68 % pour la troisième dose.

Le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (24 % contre 16 %). De plus, ce pourcentage varie énormément d'une région à une autre ; c'est dans la région de Ségou qu'il est le plus élevé (30 %). À l'opposé, les régions de Gao (9 %), Mopti (12 %), Kayes (13 %) et Kidal (<1 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles.

**Tableau 10 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques**

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois et de 24-35 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage ayant reçu tous les vaccins de base et pourcentage ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Enfants de 12-23 mois															Enfants de 24-35 mois									
	DPT-HepB-Hib			Vaccin contre la Polio <sup>1</sup>			Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le Rotavirus			Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges <sup>2</sup>			Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges <sup>4</sup>									
	1	2	3	0	1	2	3	VPI	1	2	3	1	2	3	1	2	3	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants						
<b>Sexe</b>																									
Masculin	83,4	82,2	76,4	71,0	64,2	78,9	73,6	54,4	57,1	79,8	74,0	67,0	78,1	71,8	63,4	70,1	64,9	66,8	44,2	17,1	14,3	1 030	11,5	87,6	
Féminin	83,4	81,9	75,2	70,4	66,5	78,2	73,0	54,2	54,3	80,2	73,7	68,4	80,3	71,1	62,8	69,6	64,6	66,6	44,9	18,6	14,3	1 018	12,0	87,3	
<b>Rang de naissance</b>																									
1	85,4	85,4	78,3	74,7	69,6	78,4	72,3	55,9	51,4	82,3	75,5	70,5	80,5	72,0	63,4	72,1	66,5	68,3	47,8	17,7	12,7	360	11,4	34,3	
2-3	83,5	81,8	74,1	69,6	68,8	77,2	70,4	51,2	57,2	79,0	71,3	65,7	77,3	69,3	61,7	69,0	63,7	64,5	42,2	17,3	14,8	646	10,9	55,9	
4-5	84,6	83,4	77,0	70,3	65,0	81,1	75,7	58,2	61,2	81,9	76,7	68,5	81,2	73,3	64,7	70,9	66,1	68,9	47,4	21,9	12,6	485	11,1	43,9	
6+	80,9	79,0	75,1	69,8	58,9	77,9	75,3	53,5	52,0	77,9	73,2	67,5	78,8	72,0	63,1	68,5	63,6	66,4	42,7	15,0	16,3	557	13,9	40,7	
<b>Carnet de vaccination<sup>5</sup></b>																									
Vu	97,3	97,2	94,9	91,1	77,3	97,0	94,8	90,1	51,0	95,1	92,7	87,9	92,7	87,6	80,0	80,2	74,1	77,4	74,2	31,0	0,2	1 139	23,8	77,8	
Non vu/pas de carnet	66,0	63,1	51,9	45,1	50,4	55,4	46,4	9,5	61,6	61,0	50,2	42,5	62,3	51,3	41,9	56,9	53,0	53,4	7,5	1,3	32,0	90,9	2,0	97,0	
<b>Résidence</b>																									
Bamako	96,6	93,3	84,4	82,0	92,8	87,5	83,6	54,2	64,0	92,4	84,8	82,3	92,7	85,1	81,8	83,5	72,9	76,8	47,8	23,2	2,6	299	15,7	22,8	
Autres villes	90,7	89,2	79,2	73,8	76,7	81,1	74,1	56,1	68,3	87,0	78,1	69,4	86,2	77,2	66,7	80,3	77,0	76,7	49,6	27,2	7,3	131	14,0	12,9	
Ensemble urbain	94,8	92,1	82,8	79,5	87,9	85,5	80,7	54,8	65,3	90,8	82,7	78,4	90,7	82,7	77,2	82,6	74,2	76,7	48,3	24,4	4,0	430	15,1	35,7	
Rural	80,4	79,4	73,9	68,4	59,3	76,7	71,3	54,2	53,2	77,1	71,5	64,9	76,2	68,5	59,3	66,5	62,2	64,0	43,6	16,1	17,0	1 618	10,9	1 391	
<b>Région</b>																									
Kayes	74,7	75,3	72,2	68,6	56,3	72,4	69,9	51,2	50,7	74,5	71,6	67,5	71,8	67,1	59,4	61,9	60,7	61,3	41,0	12,7	22,7	298	8,1	27,5	
Koulikoro	82,2	79,9	76,0	69,6	60,7	79,9	73,8	56,4	51,5	78,3	72,2	64,2	79,3	73,5	65,6	68,0	62,1	64,3	48,0	15,9	16,1	420	5,1	32,3	
Sikasso	86,9	85,7	75,4	69,4	57,6	77,9	72,4	57,4	55,3	83,0	72,7	65,1	79,0	63,3	52,3	67,6	69,0	67,3	45,2	15,1	10,5	370	8,3	33,7	
Ségou	86,3	87,0	82,1	75,8	68,8	81,9	76,7	60,2	70,2	83,3	79,2	72,6	85,0	79,8	73,4	79,0	70,9	76,3	52,0	29,9	11,2	298	19,2	26,2	
Mopti	77,4	77,6	74,9	70,9	67,6	76,2	73,1	52,3	43,2	76,0	73,2	66,3	72,3	69,0	55,3	66,6	59,9	62,9	37,1	11,7	19,3	229	15,7	19,2	
Tombouctou	76,5	72,1	62,0	50,6	52,8	71,7	57,0	42,2	53,4	68,1	56,4	49,7	70,4	58,8	47,0	60,2	52,0	52,3	34,0	19,7	18,0	74	20,7	7,8	
Gao	64,5	56,7	41,5	38,8	42,7	59,1	44,7	29,8	50,7	51,7	45,7	40,0	58,4	44,2	35,4	46,3	39,9	40,6	21,8	8,5	33,1	57	11,0	5,3	
Kidal	15,1	7,4	4,5	3,0	12,8	6,0	4,5	3,0	3,5	7,1	3,0	3,0	5,6	3,7	3,0	5,1	1,8	0,4	0,0	0,0	78,4	1	0,0	1	
Bamako	96,6	93,3	84,4	82,0	92,8	87,5	83,6	54,2	64,0	92,4	84,8	82,3	92,7	85,1	81,8	83,5	72,9	76,8	47,8	23,2	2,6	299	15,7	22,8	
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>																									
Aucun	79,8	78,7	72,9	67,6	60,1	76,4	71,1	52,5	53,3	77,0	71,3	65,5	75,8	67,7	59,4	66,6	61,7	64,1	42,8	16,8	17,1	1 452	10,9	1 270	
Primaire	86,7	84,5	76,8	73,3	68,1	78,6	74,6	57,0	56,3	83,7	76,0	67,8	81,6	73,8	67,0	75,1	68,3	70,5	48,5	16,9	12,6	241	9,4	22,2	
Secondaire ou plus	95,7	94,3	87,0	81,5	85,0	87,1	81,3	59,8	65,1	89,7	82,8	76,6	91,5	85,1	75,7	79,3	74,7	74,7	48,9	22,7	3,9	355	18,1	25,6	

À suivre...

**Tableau 10— Suite**

Caractéristique sociodémographique	Enfants de 12-23 mois												Enfants de 24-35 mois											
	DPT-HepB-Hib			Vaccin contre la Polio <sup>1</sup>			Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le Rotavirus			Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges <sup>2</sup>		Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges <sup>4</sup>									
	1	2	3	0	1	2	3	VPI	1	2	3	1	2	3	Aucun vaccin	Effectif d'enfants	Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges <sup>4</sup>	Effectif d'enfants						
<b>Quintile de bien-être économique</b>	<b>BCG</b>																							
Le plus bas	70,8	71,4	66,9	61,4	53,5	70,4	67,3	48,1	45,0	68,5	63,2	57,2	67,0	60,7	49,6	60,2	56,6	59,9	37,2	12,2	25,5	398	11,3	346
Second	79,9	79,6	74,1	67,7	54,2	76,2	71,1	53,2	54,1	77,7	73,3	64,1	78,3	70,9	58,6	68,4	64,1	64,1	44,5	15,6	17,1	470	10,9	337
Moyen	83,5	82,2	76,7	71,1	60,7	78,2	73,7	59,4	56,7	80,3	76,0	69,7	77,7	69,9	63,2	68,6	66,0	65,9	48,7	20,1	14,6	429	12,5	408
Quatrième	88,9	86,1	78,0	73,5	72,4	82,7	72,9	50,8	61,5	84,4	74,9	70,0	84,1	74,3	68,4	71,9	65,9	68,1	40,1	17,1	9,3	395	7,7	345
Le plus élevé	95,9	92,6	84,6	81,5	91,1	86,4	83,0	60,6	62,3	90,7	82,6	79,3	90,5	82,8	78,2	81,7	71,9	77,0	53,0	25,2	3,3	355	16,5	312
<b>Ensemble</b>	83,4	82,1	75,8	70,7	65,3	78,5	73,3	54,3	55,7	80,0	73,8	67,7	79,2	71,4	63,1	69,8	64,7	66,7	44,6	17,8	14,3	2 048	11,7	1 748

BCG = Bacille Calmette-Guérin

DTC = Diphthérie-tétanos-coqueluche

HepB = Hépatite B

Hib = Haemophilus influenzae type b

VPI = vaccin contre la polio inactivé

Note : On considère que les enfants sont vaccinés si l'information est inscrite sur le carnet de vaccination de l'enfant ou si c'est la mère qui le déclare. Pour les enfants dont l'information sur la vaccination est basée sur la déclaration de la mère, la date de la vaccination n'est pas collectée. On suppose que les proportions de vaccins effectués durant la première et la deuxième année sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination.

<sup>1</sup> Polio 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance.

<sup>2</sup> BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses du vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin antirougeoleux.

<sup>3</sup> BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, une dose de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus, une dose de vaccin antirougeoleux, une dose de vaccin contre la méningite et une dose de vaccin contre la fièvre jaune.

<sup>4</sup> BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, une dose de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus, une dose de vaccin antirougeoleux, une dose de vaccin contre la méningite et une dose de vaccin contre la fièvre jaune.

<sup>5</sup> Carnet, carte de vaccination, livret ou autre enregistrement

### 3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les Infections Respiratoire Aiguës (IRA), la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une prise en charge médicale rapide et appropriée chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Parmi les enfants de moins de 5 ans, 2 % ont présenté des symptômes d'IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'interview (tableau non présenté). Parmi ces enfants, des conseils ou un traitement ont été recherchés dans 71 % des cas (**tableau 11**).

**Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée**

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement. Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ; pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO préconditionnés ; pourcentage à qui on a donné du zinc et pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA <sup>1</sup>		Enfants avec fièvre		Enfants avec diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir de sachets de sels SRO ou des liquides de sels SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
<b>Âge en mois</b>									
<6	*	24	39,8	139	39,4	16,1	12,7	8,3	133
6-11	*	20	46,9	170	41,2	21,3	14,7	8,4	262
12-23	(74,9)	48	52,8	418	53,1	20,6	16,6	9,2	543
24-35	(77,5)	37	55,1	268	52,4	22,4	15,6	7,7	314
36-47	(70,1)	34	57,8	281	44,4	21,4	13,7	8,3	215
48-59	(85,9)	29	56,0	239	54,9	26,9	16,3	9,5	164
<b>Sexe</b>									
Masculin	71,4	101	53,1	772	49,5	20,9	15,2	8,2	858
Féminin	70,3	90	52,5	742	48,3	22,1	15,5	9,1	772
<b>Résidence</b>									
Bamako	*	18	66,7	175	58,8	22,2	14,8	9,2	183
Autres villes	*	6	63,3	90	45,7	14,4	18,1	7,7	103
Ensemble urbain	(88,7)	24	65,6	265	54,1	19,4	16,0	8,6	287
Rural	68,4	167	50,1	1 250	47,9	21,9	15,2	8,6	1 344
<b>Région</b>									
Kayes	*	14	38,2	281	38,9	11,6	8,3	3,5	391
Koulikoro	*	21	53,0	255	50,5	18,2	7,5	3,4	238
Sikasso	*	8	46,1	181	41,2	28,0	10,4	6,6	177
Ségou	84,1	90	71,3	340	60,4	22,0	18,3	9,1	306
Mopti	*	31	55,1	142	50,3	31,8	37,1	20,5	205
Tombouctou	*	6	18,1	104	37,0	22,0	7,6	7,0	86
Gao	*	3	47,3	36	58,7	44,5	36,8	33,1	44
Kidal	*	0	36,3	1	28,0	6,5	5,9	0,4	1
Bamako	*	18	66,7	175	58,8	22,2	14,8	9,2	183

À suivre...

**Tableau 11—Suite**

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA <sup>1</sup>		Enfants avec fièvre		Enfants avec diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>2</sup>	Pourcentage à qui on a donné des sels SRO ou des liquides de sachets de sels SRO précon-ditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>									
Aucun	68,1	153	49,3	1 094	46,7	21,0	14,9	8,3	1 213
Primaire	*	13	54,1	202	51,9	20,9	14,0	8,2	207
Secondaire ou plus	(87,5)	25	68,8	218	59,1	24,4	19,6	10,7	211
<b>Quintile de bien-être économique</b>									
Le plus bas	(74,3)	58	49,2	345	47,7	19,8	20,7	11,7	382
Second	(58,3)	44	44,2	390	45,3	21,2	11,7	6,9	408
Moyen	(60,3)	27	48,5	313	46,4	23,0	12,4	5,5	327
Quatrième	(77,9)	35	59,1	233	49,5	22,7	14,3	8,1	276
Le plus élevé	(85,7)	27	71,8	234	60,2	21,0	18,4	11,7	239
Ensemble	70,9	191	52,8	1 515	49,0	21,4	15,4	8,6	1 631

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

<sup>2</sup> Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

Dans l'ensemble, 16 % (tableau non présenté) des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 53 % d'entre eux (**tableau 11**). Les enfants du milieu rural (50 %), ceux de Tombouctou (18 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (49 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre.

Par ailleurs, 17 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (tableau non présenté). Des conseils ou un traitement médical ont été recherchés pour 49 % de ces enfants (**tableau 11**). D'autre part, 21 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO), 15 % ont reçu du zinc et 9 % du zinc et du SRO.

### 3.7.3 État nutritionnel des enfants

Au cours de l'EDSM-VI, les enfants de moins de 5 ans ont été pesés et mesurés. La prise du poids a été effectuée avec une balance électronique (SECA 878 plat) conçue pour une utilisation mobile. La taille a été mesurée avec une toise (Shorr Board®). Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée sur la toise et les enfants plus âgés en position debout.

Les données sur la taille/longueur des enfants, leur poids et l'âge ont été utilisées pour calculer trois indices anthropométriques : la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour-âge. Chacun de ces indices fournit des informations différentes sur la croissance et la composition du corps pour évaluer l'état nutritionnel.

Le retard de croissance ou une taille trop petite par rapport à l'âge est un signe de sous-nutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies

survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple). Les enfants dont le Z-score pour la taille pour âge se situe en dessous de moins 2 écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou atteints de sous-nutrition chronique. Les enfants en dessous de moins 3 écarts type (-3ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

L'émaciation ou un faible poids-pour-taille est une mesure de la malnutrition aiguë. Elle est la conséquence d'une alimentation inadéquate pendant la période qui se situe juste avant l'enquête. L'émaciation peut résulter de prises alimentaires inadéquates ou d'un épisode récent de maladie conduisant à une perte de poids (par exemple, la diarrhée). Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 2 écarts-type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés) ou atteints de sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins 3 écarts type (-3ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés. L'opposé de l'émaciation est le surpoids (un poids trop important par rapport à la taille). Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille est supérieur à 2 écarts-type (+2ET) au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant un surpoids.

Le poids-pour-âge est un indice combiné du poids-pour-taille et de la taille-pour âge. De ce fait, il prend en compte, à la fois, la sous-nutrition aiguë et chronique et il constitue un indice de la sous-nutrition global. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 2 écarts type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins 3 écarts type (-3ET) de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Au total, 9 910 enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Les enfants pour lesquels des données sont manquantes, incomplètes ou hors-normes (aberrantes) ne sont pas inclus dans l'analyse. Les données hors-normes sont définies dans les normes de croissance de l'OMS (OMS 2006). Des données valides sont disponibles sur la taille-pour âge pour 91 % des enfants, sur le poids-pour-taille pour 96 % des enfants et sur le poids-pour-âge pour 92 % des enfants.

Le **tableau 12** présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, 27 % des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique (ils sont trop petits pour leur âge) et 10 % ont un retard de croissance sévère. Près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (9 %) sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë (ils sont trop maigres par rapport à leur taille) et 3 % sont sévèrement émaciés. Les résultats montrent également que 19 % présentent une insuffisance pondérale (ils sont trop maigres par rapport à leur âge), y compris 5 % qui présentent une insuffisance pondérale sévère.

**Tableau 12 État nutritionnel des enfants**

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans, considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge <sup>1</sup>				Poids-pour taille				Poids-pour âge					
	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Pourcent- age au- dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Pourcent- age au- dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
<b>Âge en mois</b>														
<6	5,7	13,2	-0,4	1 073	3,3	9,8	4,2	-0,3	1 067	4,8	13,4	2,4	-0,5	1 093
6-8	3,8	12,1	-0,4	494	3,4	16,4	3,1	-0,7	498	6,4	15,8	1,9	-0,8	498
9-11	6,5	17,8	-0,7	459	4,1	15,8	1,2	-0,9	462	6,3	20,2	1,4	-1,0	465
12-17	7,7	25,0	-1,0	1 158	4,6	14,9	1,2	-0,9	1 167	6,9	22,8	0,7	-1,1	1 170
18-23	14,7	37,1	-1,4	888	4,2	12,1	1,2	-0,7	905	8,7	26,4	0,6	-1,3	902
24-35	13,6	35,9	-1,4	1 804	2,1	6,1	1,8	-0,4	1 852	6,2	20,4	0,7	-1,1	1 811
36-47	12,2	29,4	-1,3	1 958	1,4	5,6	1,8	-0,4	2 035	4,2	16,9	0,2	-1,0	1 960
48-59	9,2	25,9	-1,2	1 837	1,1	6,2	1,8	-0,4	1 893	2,8	15,6	1,3	-1,0	1 843
<b>Sexe</b>														
Masculin	11,1	28,0	-1,1	4 907	3,1	10,3	2,2	-0,5	5 000	5,9	19,6	1,1	-1,0	4 954
Féminin	9,2	25,7	-1,1	4 765	2,0	7,6	1,8	-0,5	4 880	4,7	17,6	0,9	-1,0	4 789
<b>Interview de la mère</b>														
Interviewée	10,0	26,7	-1,1	8 998	2,6	8,9	2,0	-0,5	9 095	5,3	18,5	0,9	-1,0	9 063
Non interviewée, mais vivant dans le ménage	16,7	27,6	-1,2	122	2,2	9,0	1,2	-0,4	146	3,6	18,3	1,8	-0,9	123
Non interviewée, ne vivant pas dans le ménage <sup>3</sup>	10,8	29,3	-1,1	551	2,4	9,6	2,1	-0,5	639	5,7	20,2	1,6	-1,0	557
<b>Résidence</b>														
Bamako	5,9	15,4	-0,6	1 263	2,5	8,4	3,4	-0,5	1 296	2,3	12,7	1,7	-0,7	1 273
Autres villes	7,8	19,7	-0,9	665	1,1	6,6	1,2	-0,4	685	3,9	12,2	0,3	-0,8	669
Ensemble urbain	6,6	16,9	-0,7	1 928	2,0	7,7	2,7	-0,4	1 981	2,9	12,5	1,2	-0,7	1 942
Rural	11,1	29,4	-1,2	7 743	2,7	9,3	1,8	-0,5	7 899	5,9	20,1	0,9	-1,1	7 801
<b>Région</b>														
Kayes	8,7	26,1	-1,2	1 512	2,4	9,0	1,5	-0,5	1 560	5,6	19,7	0,5	-1,0	1 523
Koulikoro	9,5	25,2	-0,9	1 777	2,0	7,9	0,8	-0,6	1 810	4,9	17,5	0,9	-0,9	1 784
Sikasso	11,7	32,3	-1,4	1 772	1,9	7,3	1,7	-0,5	1 786	5,6	19,9	0,3	-1,1	1 783
Ségou	11,8	28,6	-1,2	1 589	2,8	10,0	2,3	-0,5	1 567	5,8	19,5	1,4	-1,0	1 603
Mopti	11,4	30,4	-1,2	1 120	3,7	10,1	2,5	-0,4	1 135	6,3	18,9	1,4	-1,0	1 127
Tombouctou	12,1	29,5	-1,2	408	4,2	14,7	1,8	-0,8	414	8,6	25,2	0,9	-1,3	412
Gao	15,3	33,4	-1,2	226	2,9	10,4	3,1	-0,6	306	7,1	24,3	1,3	-1,2	234
Kidal	13,5	27,3	-0,8	4	9,3	17,4	14,2	-0,2	6	4,3	16,9	3,2	-0,7	4
Bamako	5,9	15,4	-0,6	1 263	2,5	8,4	3,4	-0,5	1 296	2,3	12,7	1,7	-0,7	1 273
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>4</sup></b>														
Aucun	11,5	30,0	-1,2	6 687	2,8	9,4	2,0	-0,5	6 771	6,1	20,5	0,9	-1,1	6 734
Primaire	8,7	23,5	-1,0	1 080	1,7	8,9	1,6	-0,5	1 101	3,8	16,9	0,7	-0,9	1 087
Secondaire ou plus	4,3	13,1	-0,5	1 354	2,2	6,9	2,3	-0,4	1 369	2,3	10,0	1,5	-0,6	1 364

À suivre...

**Tableau 12— Suite**

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge <sup>1</sup>				Poids-pour taille				Poids-pour âge					
	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET	Pourcent- age au- dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcent- age en dessous de -3 ET	Pourcent- age en dessous de -2 ET	Pourcent- age au- dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
<b>Quintile de bien-être économique</b>														
Le plus bas	13,3	33,4	-1,4	2 045	3,5	11,0	1,4	-0,6	2 090	7,6	23,7	0,7	-1,2	2 053
Second	11,5	32,4	-1,3	2 062	2,8	9,8	1,9	-0,5	2 111	6,7	21,4	0,7	-1,1	2 081
Moyen	11,0	29,3	-1,2	2 079	2,2	8,3	1,9	-0,5	2 118	5,9	19,8	0,6	-1,1	2 096
Quatrième	8,7	23,2	-0,9	1 847	1,8	7,7	2,0	-0,5	1 889	3,9	15,5	1,5	-0,9	1 860
Le plus élevé	5,1	12,8	-0,5	1 637	2,3	7,8	2,8	-0,4	1 672	1,8	10,8	1,7	-0,6	1 653
Ensemble	10,2	26,9	-1,1	9 672	2,5	9,0	2,0	-0,5	9 880	5,3	18,6	1,0	-1,0	9 743

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

<sup>1</sup> Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.

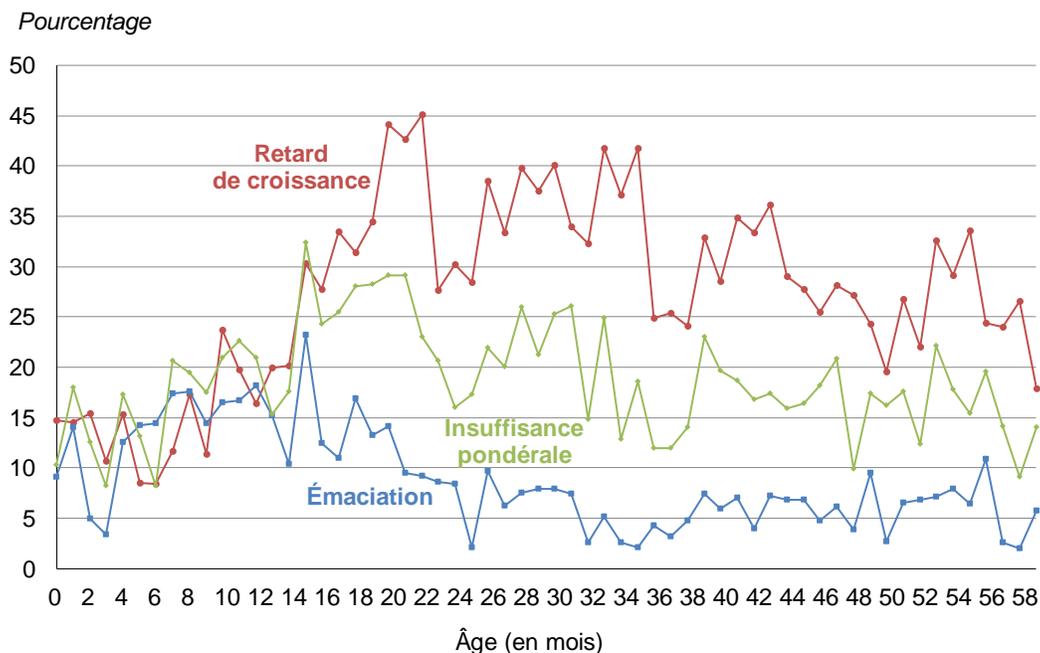
<sup>2</sup> Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

<sup>3</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>4</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

C'est parmi les enfants de six à huit mois que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (12 %). Elle augmente ensuite jusqu'à 18-23 mois, tranche d'âges dans laquelle, 37 % des enfants sont atteints par le retard de croissance. Par la suite, elle diminue jusqu'à la tranche d'âges 48-59 mois où un quart (26 %) d'enfants sont affectés par le retard de croissance (**graphique 5**).

**Graphique 5 État nutritionnel des enfants par âge**



*Note : Le retard de croissance indique une malnutrition chronique ; L'émaciation indique une malnutrition aiguë ; L'insuffisance pondérale peut être provoquée, soit par la malnutrition chronique, soit par la malnutrition aiguë ou par une combinaison des deux indices. Les valeurs représentées sont lissées par une moyenne mobile sur 5 mois.*

La prévalence de la malnutrition chronique est légèrement plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (28 % contre 26 %). L'examen des résultats révèle que les enfants du milieu rural sont deux fois plus atteints par la malnutrition chronique que ceux de Bamako (29 % contre 15 %).

Au niveau régional, l'examen de ces résultats montre que la prévalence varie d'une région à une autre. C'est dans le district de Bamako que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (15 %) ; les régions Kayes, Koulikoro, Ségou, Tombouctou et Kidal sont caractérisées par une prévalence entre 20 % et 30 %. Les régions de Sikasso, Mopti et Gao enregistrent les prévalences les plus élevées (variant de 30 % à 33 %).

La prévalence de la malnutrition chronique diminue de manière importante avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère, passant de 30 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 13 % quand elle a le niveau secondaire ou supérieur. De même, du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, la prévalence de la malnutrition chronique passe de 33 % à 13 % et celle de l'insuffisance pondérale de 24 % à 11 %.

### 3.7.4 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est la principale source de nutriments pour l'enfant parce qu'il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. De plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et l'OMS recommandent

l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, c'est-à-dire sans aucun autre ajout. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans l'alimentation des aliments solides de complément. Le **tableau 13** présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Les résultats de l'enquête montrent que 97 % des enfants de moins de six mois (0 à 5 mois) sont allaités et 91 % des enfants de 12-15 mois le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement 40 % sont allaités exclusivement au sein.

L'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Quatre enfants de 0-5 mois sur dix (40 %) sont allaités et reçoivent de l'eau seulement, 4 % reçoivent du lait maternel et autres liquides non lactés, 6 % reçoivent du lait maternel et d'autres laits et 7 % reçoivent du lait et des aliments de compléments. Par ailleurs, 3 % des enfants de 0-5 mois ne sont pas allaités.

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 surtout si les biberons et les tétines sont mal nettoyés et mal stérilisés. Les résultats montrent que 10 % des enfants de 2-3 mois avaient été nourris au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview.

Les directives de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi solides dès l'âge de six mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent. Les résultats montrent que ces directives ne sont pas encore complètement suivies ; seulement 45 % des enfants de 6-9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément.

Les nouveau-nés et les jeunes enfants doivent recevoir un apport alimentaire minimum acceptable pour leur garantir une croissance et un développement optimal. Si l'alimentation des enfants n'est pas diversifiée et s'ils ne sont pas nourris à une certaine fréquence, ils sont vulnérables à la malnutrition, en particulier au retard de croissance et aux carences en micronutriments et ils sont exposés à des risques de morbidité et de mortalité plus élevés. La recommandation de l'OMS concernant le minimum alimentaire acceptable, qui est une combinaison de diversité alimentaire minimale et de fréquence minimale des repas, est différente selon que l'enfant est allaité ou non.

La diversité alimentaire minimale est un indicateur indirect de la densité adéquate en micronutriments des aliments. Elle signifie que l'enfant est nourri avec des aliments appartenant à, au moins, quatre groupes alimentaires distincts. Le seuil de quatre groupes est associé à un meilleur régime alimentaire, que ce soit pour les enfants allaités ou pour ceux qui ne le sont pas. La consommation d'aliments appartenant à, au moins, quatre groupes signifie que l'enfant a une plus grande probabilité de manger, au moins, un aliment d'origine animale et, au moins, un fruit ou légume, en plus d'un aliment de base (céréales, racines ou tubercules) (OMS 2008). Les quatre groupes d'aliments doivent provenir d'une liste de sept groupes d'aliments : céréales, racines et tubercules ; légumineuses et noix ; produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; produits carnés (viande, volaille, abats et poisson) ; œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A ; autres fruits et légumes.

**Tableau 13 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant**

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaité et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de 2 ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDMS-VI Mali 2018

Âge en mois	Allaitement							Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif d'enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaité	Allaité exclusivement	Allaité et eau seulement	Allaité et liquides non lactés <sup>1</sup>	Allaité et autres laits	Allaité et aliments de complément						
0-1	2,8	62,1	23,8	3,0	4,7	3,6	100,0	97,2	354	5,2	367	
2-3	3,1	35,9	43,0	3,7	8,3	6,0	100,0	96,9	351	10,2	365	
4-5	3,1	24,4	51,8	6,0	4,1	10,7	100,0	96,9	382	5,9	391	
6-8	3,9	11,6	37,2	6,0	4,8	36,6	100,0	96,1	489	6,9	497	
9-11	3,2	2,3	16,0	3,4	3,6	71,5	100,0	96,8	451	9,7	465	
12-17	10,2	0,9	7,1	0,9	1,4	79,5	100,0	89,8	1 104	6,0	1 147	
18-23	36,4	0,5	2,4	0,8	0,5	59,5	100,0	63,6	828	5,2	901	
0-3	2,9	49,1	33,3	3,3	6,5	4,8	100,0	97,1	705	7,7	731	
0-5	3,0	40,4	39,8	4,3	5,6	6,9	100,0	97,0	1 087	7,1	1 122	
6-9	3,5	9,4	31,9	5,2	4,8	45,3	100,0	96,5	657	8,0	670	
12-15	9,2	1,3	7,4	0,5	2,1	79,4	100,0	90,8	691	6,4	716	
12-23	21,4	0,7	5,1	0,8	1,0	70,9	100,0	78,6	1 932	5,6	2 048	
20-23	44,8	0,8	1,3	1,0	0,3	51,8	100,0	55,2	503	5,3	558	

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi, les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » 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.

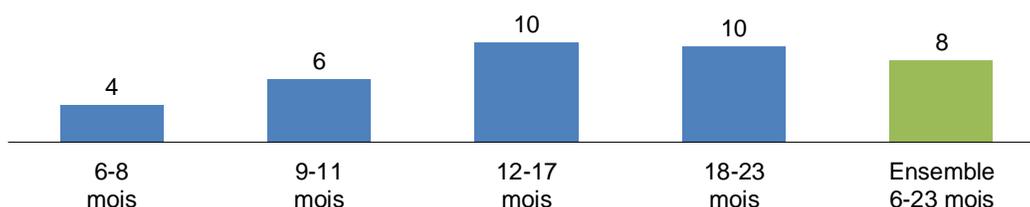
<sup>1</sup> Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs ou les autres liquides.

La fréquence minimale des repas est un indicateur indirect de la consommation énergétique de l'enfant. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, l'indicateur est basé sur la quantité d'énergie dont l'enfant a besoin et, si l'enfant est allaité, la quantité d'énergie nécessaire qui n'est pas satisfaite par le lait maternel. On considère que les enfants allaités reçoivent un nombre minimal de repas s'ils reçoivent des aliments solides, semi-solides, ou mous au moins deux fois par jour pour les enfants de 6-8 mois et, au moins, trois fois par jour pour les enfants de 9-23 mois. On considère que les enfants non allaités de 6-23 mois reçoivent un nombre minimal de repas s'ils reçoivent des aliments solides, semi-solides, ou mous, au moins, quatre fois par jour.

Le **graphique 6** présente les proportions de jeunes enfants de 6-23 mois allaités et non allaités qui vivent avec leur mère et qui ont été nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Parmi les enfants de 6-23 mois, 8 % ont été nourris suivant le régime alimentaire minimum acceptable pour leur groupe d'âges. Seulement 4 % des enfants de 6-8 mois ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable et 10 % pour les enfants de 12-17 mois.

## Graphique 6 Apport alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois

Pourcentage



### 3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

L'anémie se manifeste par une diminution de la qualité ou de la quantité des globules rouges. Les globules rouges sont des cellules qui servent à transporter l'oxygène dans le sang. Il existe plusieurs types d'anémies. Bien que l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou par des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à un apport insuffisant de fer dans l'alimentation. C'est un grave problème de santé.

De même qu'au cours de l'EDSM-V, un test d'hémoglobine a été introduit à l'EDSM-VI afin d'estimer la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans. Le **tableau 14** présente le pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Au Mali, environ huit enfants de 6-59 mois sur dix (82 %) sont atteints d'anémie: 25 % sous la forme légère, 51 % sous la forme modérée et 6 % sous la forme sévère. Bien que les proportions d'enfants anémiques soient élevées quelle que soit la caractéristique sociodémographique et économique, on constate néanmoins des variations.

En effet, la prévalence de l'anémie diminue progressivement avec l'âge, passant de 93 % pour les enfants de 9-11 mois à 71 % pour ceux de 48-59 mois. Elle touche aussi davantage les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain (84 % contre 75 %). Dans les régions, la prévalence de l'anémie varie d'un maximum de 86 % dans la région de Sikasso à 68 % dans celle de Kidal.

Le niveau du bien-être économique du ménage influence aussi la prévalence de l'anémie. Elle est estimée à 86 % dans les ménages des deux quintiles de bien-être économique les plus bas et à 71 % dans les ménages du quintile le plus élevé.

**Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants**

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l'anémie par niveaux d'hémoglobine				Effectif d'enfants de 6-59 mois
	Anémie (<11.0 g/dl)	Anémie légère (10.0-10.9 g/dl)	Anémie modérée (7.0-9.9 g/dl)	Anémie sévère (<7.0 g/dl)	
<b>Âge en mois</b>					
6-8	89,2	21,5	62,1	5,6	231
9-11	92,8	18,9	64,7	9,2	240
12-17	91,2	18,9	65,3	7,0	558
18-23	87,5	20,8	61,0	5,7	458
24-35	84,7	25,2	52,4	7,1	945
36-47	77,5	27,8	43,7	5,9	1 013
48-59	71,1	30,3	38,1	2,7	975
<b>Sexe</b>					
Masculin	82,4	23,9	52,2	6,4	2 272
Féminin	81,2	26,5	49,7	5,1	2 148
<b>Résidence</b>					
Bamako	74,4	28,2	42,8	3,4	597
Autres villes	76,5	34,3	40,7	1,5	286
Ensemble urbain	75,1	30,2	42,1	2,8	883
Rural	83,5	23,9	53,2	6,5	3 537
<b>Région</b>					
Kayes	84,0	22,6	53,9	7,6	674
Koulikoro	84,7	24,4	52,0	8,3	830
Sikasso	85,5	25,9	54,3	5,3	774
Ségou	84,2	25,0	53,2	5,9	697
Mopti	81,6	25,7	51,0	5,0	516
Tombouctou	72,1	27,8	43,3	1,1	185
Gao	68,5	20,0	46,1	2,4	142
Kidal	68,3	22,1	44,2	2,0	4
Bamako	74,4	28,2	42,8	3,4	597
<b>Quintile de bien-être économique</b>					
Le plus bas	85,7	23,6	54,2	7,9	935
Second	85,7	24,1	55,1	6,6	990
Moyen	84,8	22,5	55,6	6,7	896
Quatrième	79,5	27,8	47,2	4,5	870
Le plus élevé	70,9	28,7	40,0	2,3	728
Ensemble	81,8	25,1	51,0	5,8	4 420

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé, dans le ménage, la nuit ayant précédé l'interview, et qui ont été testés pour l'anémie. La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC, 1998. L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

Les résultats du tableau 15 montrent que 63 % des femmes de 15 à 49 ans souffrent d'anémie : 42 % sous la forme légère, 20 % sous la forme modérée et 2 % sous la forme sévère. La prévalence de l'anémie chez les femmes est plus élevée en milieu rural (67 %) qu'en milieu urbain (52 %). C'est chez les femmes de la région de Kayes que la prévalence de l'anémie est la plus élevée (73 %) et chez celles de Kidal (48 %) et celles du district de Bamako (48 %) qu'elle est la plus faible.

Par ailleurs, la prévalence de l'anémie chez les femmes diminue quand le niveau d'instruction est plus élevé, passant de 67 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 51 % chez celles ayant le niveau secondaire ou supérieur (**Tableau 15**). Les résultats indiquent aussi que la prévalence de l'anémie chez les femmes diminue avec l'augmentation du niveau de bien-être économique, celle-ci variant de 71 % dans les ménages du quintile le plus bas à 49 % dans ceux du plus élevé.

**Tableau 15 Prévalence de l'anémie chez les femmes**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDMS-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l'anémie par niveaux d'hémoglobine					Effectif
	Non enceinte	Anémie	Légère	Modérée	Sévère	
		Enceinte	<12.0 g/dl <11.0 g/dl	10.0-11.9 g/dl 10.0-10.9 g/dl	7.0-9.9 g/dl 7.0-9.9 g/dl	
<b>Age</b>						
5-19		65,4	44,5	18,6	2,3	971
20-29		61,6	40,0	19,0	2,6	1 870
30-39		64,1	41,1	21,2	1,8	1 470
40-49		64,0	43,1	20,3	0,5	751
<b>Effectif d'enfants nés vivants</b>						
0		63,7	43,8	17,4	2,5	992
1		60,5	37,4	20,9	2,2	639
2-3		61,5	40,2	18,8	2,5	1 207
4-5		62,1	41,8	18,6	1,7	1 007
6+		67,7	43,5	23,0	1,2	1 219
<b>Grossesse/allaitement</b>						
Enceinte		69,3	24,1	41,1	4,2	582
Allaitante		62,2	44,0	16,7	1,6	1 810
Ni l'un, ni l'autre		62,9	44,0	17,2	1,8	2 671
<b>Résidence</b>						
Bamako		48,2	37,4	10,4	0,4	846
Autres villes		58,4	42,7	14,3	1,4	448
Ensemble urbain		51,7	39,2	11,7	0,8	1 294
Rural		67,4	42,5	22,5	2,4	3 769
<b>Région</b>						
Kayes		72,9	42,4	25,6	4,9	748
Koulikoro		65,8	44,6	19,4	1,8	952
Sikasso		68,8	44,7	22,2	1,9	857
Ségou		59,6	37,3	20,4	1,9	793
Mopti		64,2	41,8	21,3	1,1	526
Tombouctou		66,4	45,2	19,5	1,7	188
Gao		69,8	44,5	24,4	0,9	146
Kidal		47,6	34,7	12,2	0,8	5
Bamako		48,2	37,4	10,4	0,4	846
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun		67,4	43,0	22,1	2,3	3 384
Primaire		61,6	41,6	17,6	2,4	666
Secondaire ou plus		51,2	37,2	13,4	0,6	1 013
<b>Quintile de bien-être économique</b>						
Le plus bas		70,5	43,7	24,7	2,1	867
Second		69,5	41,7	24,8	2,9	1 035
Moyen		69,9	44,1	23,4	2,3	970
Quatrième		61,6	43,6	16,0	2,0	1 066
Le plus élevé		48,5	36,1	11,7	0,7	1 125
Ensemble		63,4	41,7	19,8	2,0	5 063

Note : La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction de l'altitude et du fait de fumer en utilisant les formules du CDC, 1998.

### 3.8 Paludisme

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludéens, et la prise préventive d'antipaludéens par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSM VI permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et leur utilisation par les enfants.

### 3.8.1 Accès à une MII dans le ménage

Il ressort du **tableau 16**, qu'au Mali, près de neuf ménages sur dix possèdent, au moins une MII (85 %). Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural (86 %) qu'en milieu urbain (81 %). Les régions de Kidal (21 %) et Gao (65 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles de ménages possédant au moins une MII.

Les résultats montrent également que cinq ménages sur dix (51 %) possèdent, au moins, une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit avant l'interview dans le ménage. Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural (53 %) qu'en milieu urbain (43 %). Dans les régions, ce pourcentage varie d'un minimum de 8 % dans celle de Kidal à un maximum de 59 % à Kidal à Koulikoro et Mopti.

**Tableau 16 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages**

Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) <sup>1</sup>	Nombre moyen de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) <sup>1</sup> par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) <sup>1</sup> pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage <sup>2</sup>	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
<b>Résidence</b>					
Bamako	81,4	2,1	1 303	39,0	1 302
Autres villes	79,2	2,2	816	49,8	816
Ensemble urbain	80,6	2,2	2 119	43,2	2 118
Rural	86,4	2,5	7 391	52,7	7 382
<b>Région</b>					
Kayes	84,0	2,2	1 442	51,7	1 438
Koulikoro	90,8	2,7	1 896	59,3	1 892
Sikasso	83,5	2,3	1 516	42,3	1 516
Ségou	85,0	2,5	1 571	55,5	1 571
Mopti	90,5	2,9	1 081	58,6	1 081
Tombouctou	82,5	2,2	374	44,4	374
Gao	65,1	1,6	316	37,6	316
Kidal	21,1	0,4	11	8,3	11
Bamako	81,4	2,1	1 303	39,0	1 302
<b>Quintile de bien-être économique</b>					
Le plus bas	86,9	2,6	1 830	51,6	1 830
Second	86,5	2,5	1 905	51,1	1 902
Moyen	85,0	2,4	1 945	52,8	1 943
Quatrième	84,0	2,2	1 985	48,5	1 984
Le plus élevé	83,0	2,3	1 846	48,9	1 842
Ensemble	85,1	2,4	9 510	50,6	9 500

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans les enquêtes précédentes, ce terme correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

<sup>2</sup> Membres de fait des ménages.

### 3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

Les résultats du **tableau 17** indiquent que plus de sept enfants de moins de 5 ans sur dix (73 %) ont passé la nuit précédant l'enquête sous une MII. Le pourcentage d'enfants ayant dormi sous une MII est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (76 % contre 62 %). Par ailleurs, si on se limite aux seuls enfants qui vivent dans un ménage possédant au moins une MII, on constate un pourcentage encore plus élevé d'utilisation de MII par les enfants (84 %). Ce pourcentage d'utilisation des MII est plus élevé en milieu rural (86 %) qu'en milieu urbain (74 %).

Parmi les femmes enceintes, 76 % d'entre elles ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview. Dans les ménages possédant au moins une MII, ce pourcentage atteint 89 %. C'est en milieu rural que les femmes utilisent le plus fréquemment les MII (79 % contre 67 % en milieu urbain).

**Tableau 17 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MI) par les enfants et les femmes enceintes**

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) ; et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit avant l'interview ; parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MI, et parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages possédant, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDSM-VI Mali 2018

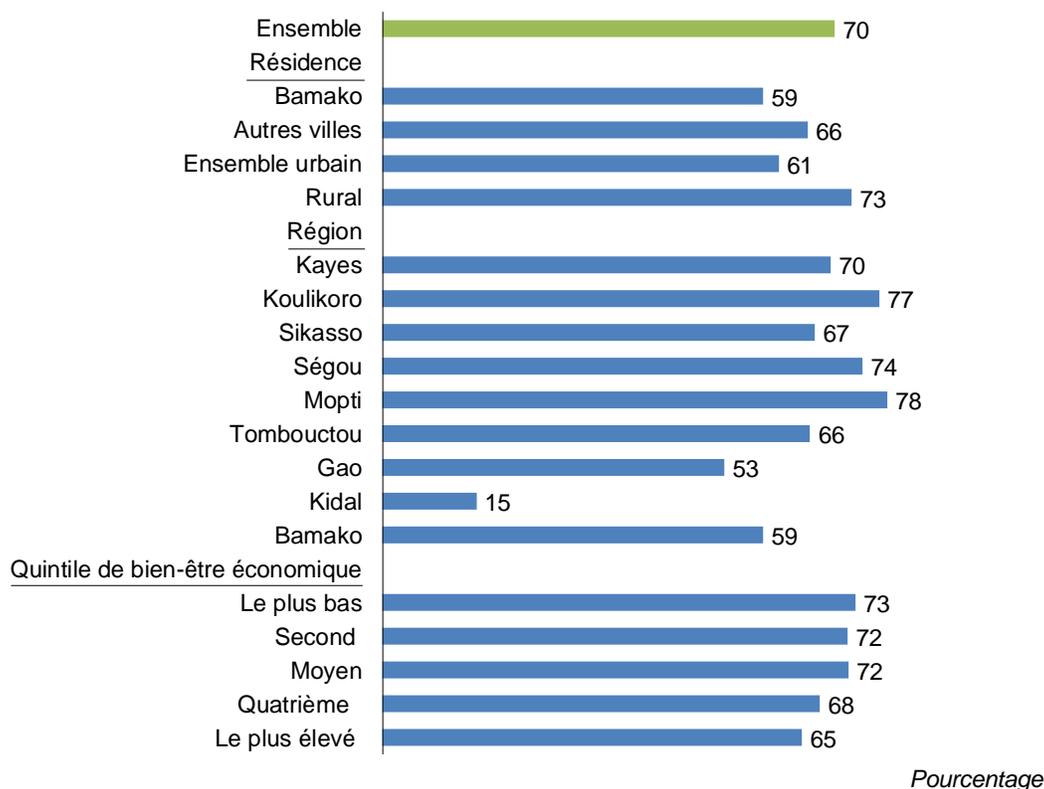
Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages :		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MI <sup>1</sup>		Femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages possédant au moins une MI <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant dormi sous une MI <sup>1</sup>		Pourcentage ayant dormi sous une MI <sup>1</sup>		Pourcentage ayant dormi sous une MI <sup>1</sup>		Pourcentage ayant dormi sous une MI <sup>1</sup>	
	la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
<b>Résidence</b>								
Bamako	60,5	1 375	70,3	1 183	67,5	178	76,5	158
Autres villes	65,8	714	81,4	577	67,2	85	87,8	65
Ensemble urbain	62,3	2 089	74,0	1 760	67,4	264	79,8	223
Rural	76,0	8 198	86,1	7 241	78,5	952	91,1	820
<b>Région</b>								
Kayes	75,6	1 626	87,7	1 403	77,4	190	92,1	160
Koulikoro	78,8	1 890	85,1	1 748	81,3	203	91,6	180
Sikasso	71,3	1 834	82,0	1 595	73,9	234	87,5	198
Ségou	76,3	1 622	89,2	1 388	78,4	196	92,6	166
Mopti	80,1	1 175	88,4	1 065	84,4	129	94,1	116
Tombouctou	73,1	431	80,9	389	68,5	51	80,1	43
Gao	55,3	327	79,1	229	64,0	33	98,0	22
Kidal	19,6	7	61,2	2	(13,0)	1	*	0
Bamako	60,5	1 375	70,3	1 183	67,5	178	76,5	158
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
Le plus bas	76,7	2 170	86,7	1 919	78,1	214	90,7	184
Second	74,8	2 185	85,3	1 916	77,9	276	92,4	233
Moyen	76,6	2 196	87,1	1 932	75,3	232	89,4	195
Quatrième	72,2	1 971	83,3	1 709	78,7	258	92,2	220
Le plus élevé	64,1	1 765	74,1	1 525	70,1	236	78,5	211
Ensemble	73,2	10 286	83,7	9 001	76,1	1 216	88,7	1 043

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans les enquêtes précédentes, ce terme correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

Il ressort du **graphique 7** que 70 % de la population des ménages ont accès à une MI. Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural (73 %) qu'en milieu urbain (61 %). En outre, les pourcentages les plus élevés de la population ayant accès à une MI dans le ménage sont enregistrés dans les régions de Mopti (78 %), Koulikoro (77 %) et Ségou (74 %) et le pourcentage le plus faible s'observe à Kidal avec seulement 15 %.

**Graphique 7 Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage**



### 3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse

Pour réduire le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques pendant la grossesse. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes au cours de visites prénatales de routine pour prévenir le paludisme. La sulfadoxine-pyriméthamine (SP), appelée aussi Fansidar, est le médicament recommandé pour le TPIg.

Au cours de l'EDSM-VI, les enquêtrices ont demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête si durant la grossesse de la naissance vivante la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques à titre préventif et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Selon le **tableau 18**, 74 % des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante dans les 2 années ayant précédé l'enquête ont pris au moins une dose de SP/Fansidar, 55 % en ont pris au moins 2 doses et 28 % ont pris trois doses ou plus de SP/Fansidar. Le pourcentage de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (34 % contre 27 %). C'est dans le district de Bamako (35 %) et dans les régions de Koulikoro (34 %) et de Gao (32 %) que ce pourcentage est le plus élevé. La région de Kidal enregistre le pourcentage le plus faible (14 %) de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente. Les résultats du **tableau 18** indiquent également que ce pourcentage augmente avec le niveau de bien-être économique, passant de 23 % chez les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 34 % chez celles du quintile le plus élevé.

**Tableau 18 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIq) par les femmes au cours de la grossesse**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui, pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar, deux doses ou plus de SP/Fansidar, et pourcentage en ayant reçu trois doses ou plus, selon certaines caractéristiques, EDMS-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années ayant précédé l'enquête
<b>Résidence</b>				
Bamako	85,8	63,6	35,3	571
Autres villes	81,8	63,5	30,7	301
Ensemble urbain	84,4	63,6	33,7	871
Rural	71,4	53,2	26,8	3 278
<b>Région</b>				
Kayes	68,3	49,9	21,3	668
Koulikoro	75,4	59,8	33,6	788
Sikasso	68,4	50,8	26,8	753
Ségou	76,8	59,4	28,8	638
Mopti	80,7	55,1	23,1	464
Tombouctou	58,9	42,3	23,4	156
Gao	58,6	41,4	32,4	109
Kidal	25,1	15,3	13,7	2
Bamako	85,8	63,6	35,3	571
<b>Quintile de bien-être économique</b>				
Le plus bas	66,3	47,6	23,0	836
Second	65,2	48,2	24,6	903
Moyen	73,2	54,8	29,0	880
Quatrième	81,6	62,2	32,3	789
Le plus élevé	87,2	66,0	33,5	742
Ensemble	74,2	55,4	28,3	4 150

### 3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les informations collectées lors de l'EDSM-VI sur la santé des enfants de moins de 5 ans, figurent également celles concernant les épisodes de fièvre et leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, on a demandé, si les enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le moment où le traitement antipaludique avait été administré pour la première fois.

Au cours des deux semaines avant l'interview, 16 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre (**tableau 19**). Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour la moitié (51 %) de ces enfants ayant eu la fièvre. C'est en milieu urbain (64 % contre 48 % en milieu rural) et dans les ménages classés dans le quintile de bien-être économique le plus élevé (70 % contre 46 % dans le quintile le plus bas) que ce pourcentage est le plus élevé.

Par ailleurs, pour seulement 16 % des enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines, un prélèvement sanguin au doigt ou au talon a été effectué pour être testé. Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines et ayant pris un antipaludique, près d'un tiers (31 %) ont pris une combinaison thérapeutique à base Artémisinine (CTA) comme antipaludique.

**Tableau 19 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants**

Parmi les enfants de moins de 5 ans, pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d' Artémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de 5 ans :		Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre :			Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique :	
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement <sup>1</sup>	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
<b>Résidence</b>							
Bamako	13,5	1 302	65,1	10,8	175	(13,9)	31
Autres villes	13,2	678	61,3	19,1	90	(38,0)	20
Ensemble urbain	13,4	1 980	63,8	13,6	265	23,1	51
Rural	16,5	7 586	48,4	17,0	1 250	32,8	233
<b>Région</b>							
Kayes	18,3	1 533	37,8	13,9	281	(32,4)	41
Koulikoro	14,1	1 809	52,3	20,2	255	(29,3)	67
Sikasso	10,4	1 729	45,2	24,6	181	(37,7)	38
Ségou	23,1	1 472	68,1	9,1	340	(41,4)	49
Mopti	13,4	1 059	50,8	29,0	142	(32,3)	40
Tombouctou	27,0	386	16,9	7,3	104	*	8
Gao	13,5	271	47,3	38,9	36	(17,1)	10
Kidal	14,8	6	33,3	6,6	1	*	0
Bamako	13,5	1 302	65,1	10,8	175	(13,9)	31
<b>Quintile de bien-être économique</b>							
Le plus bas	17,5	1 974	46,2	16,0	345	(41,1)	61
Second	19,4	2 012	42,3	15,7	390	21,2	61
Moyen	15,2	2 063	48,5	17,6	313	43,8	67
Quatrième	12,6	1 842	58,0	19,4	233	26,6	50
Le plus élevé	13,9	1 675	69,7	13,5	234	(16,5)	44
Ensemble	15,8	9 566	51,1	16,4	1 515	31,0	284

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Comprend les conseils ou traitements des sources suivantes : secteur public, secteur médical privé, boutique, marché et vendeur de médicaments itinérants. Ne sont pas pris en compte ici les conseils ou traitements fournis par un guérisseur ou un praticien traditionnel.

### 3.8.5 Prévalence du paludisme chez les enfants

Le **tableau 20** présente la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le résultat du Test de Diagnostic Rapide (TDR). Globalement, les résultats du TDR indiquent que la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois est de 19 %. Cette prévalence est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (23 % contre 2 %).

**Tableau 20 Prévalence du paludisme chez les enfants**

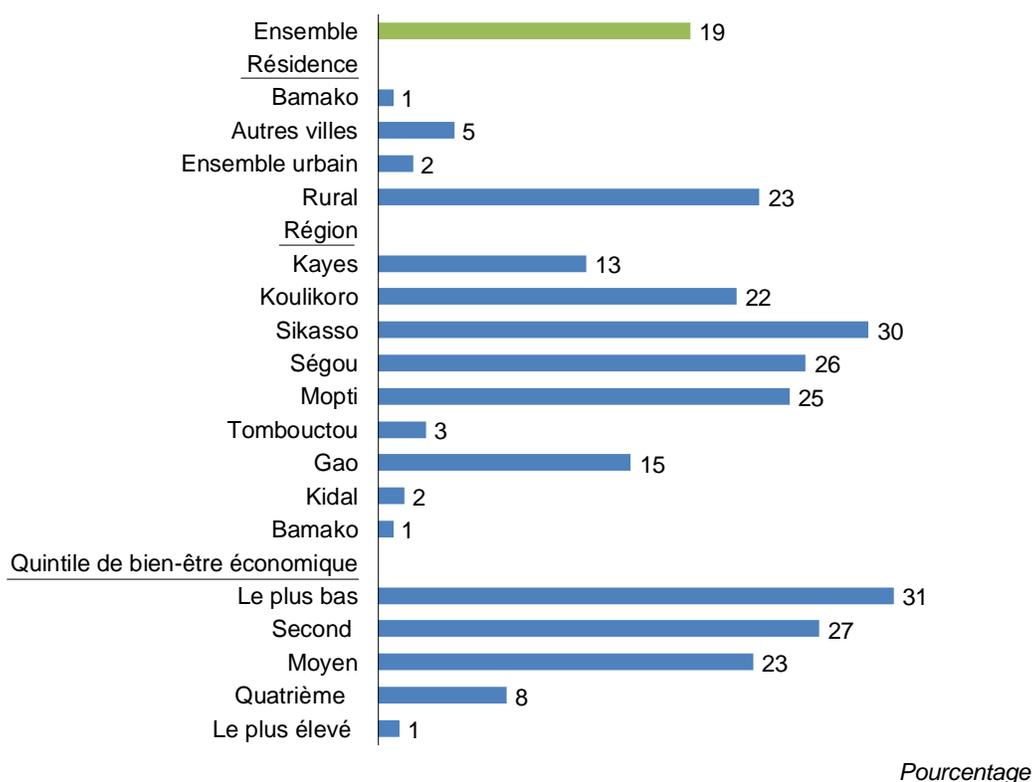
Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon les résultats de TDR, en fonction de certaines caractéristiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Prévalence du paludisme selon les résultats du TDR	
	TDR positif	Effectif d'enfants
<b>Résidence</b>		
Bamako	0,9	598
Autres villes	4,6	285
Ensemble urbain	2,1	883
Rural	23,1	3 538
<b>Région</b>		
Kayes	12,6	672
Koulikoro	21,7	830
Sikasso	29,7	779
Ségou	25,9	697
Mopti	24,9	515
Tombouctou	2,9	184
Gao	15,3	142
Kidal	1,6	4
Bamako	0,9	598
<b>Quintile de bien-être économique</b>		
Le plus bas	31,2	936
Second	26,7	992
Moyen	22,7	898
Quatrième	7,8	867
Le plus élevé	1,3	729
Ensemble	18,9	4 421

TDR = Test de Diagnostic rapide SD BIOLINE Malaria Ag P.f

Il ressort du **graphique 8** que les prévalences les plus élevées s'observent dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti et Koulikoro (respectivement 30 %, 26 %, 25 % et 22 %). À l'opposé, c'est à Bamako (1 %) et dans les régions de Kidal et Tombouctou qu'elle est la plus faible (respectivement 2 % et 3 %).

**Graphique 8** Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon les résultats de TDR



### 3.9 VIH

#### 3.9.1 Connaissance du VIH

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. 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-VI, des questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur connaissance des moyens de prévention du VIH. Les résultats montrent que 62 % des femmes et 76 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré qu'on pouvait éviter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel (**tableau 21**). Par ailleurs, 69 % des femmes et 79 % des hommes ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel, permet d'éviter les risques de contracter le VIH. Globalement, 57 % des femmes et 70 % des hommes connaissent à la fois ces deux moyens de prévention du VIH. Le pourcentage des hommes connaissant les deux moyens de prévention du VIH est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (79 % contre 67 %). Chez les femmes, cependant, ce pourcentage ne varie pas selon le milieu de résidence.

Le **tableau 21** montre aussi que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance des moyens d'éviter le VIH augmente avec le niveau d'instruction. Alors que 69 % des femmes et 84 % des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur connaissent à la fois les deux moyens de prévention du VIH (Utilisation des condoms et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté), ces

pourcentages ne sont que de seulement 52 % chez les femmes et 62 % chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction.

**Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH**

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Femme				Homme			
	Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :				Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :			
	Utilisant des condoms <sup>1</sup>	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté <sup>2</sup>	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté <sup>1, 2</sup>	Effectif de femmes	Utilisant des condoms <sup>1</sup>	limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté <sup>2</sup>	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté <sup>1, 2</sup>	Effectif d'hommes
<b>Âge</b>								
15-24	60,4	66,4	54,3	4 000	69,9	70,5	62,9	1 439
15-19	55,5	63,2	50,0	2 104	65,9	65,1	58,2	894
20-24	65,8	69,8	59,1	1 895	76,4	79,5	70,5	545
25-29	63,2	70,6	58,6	2 010	81,1	85,1	76,6	521
30-39	64,4	72,2	59,9	2 990	79,3	84,0	73,8	1 203
40-49	60,8	68,5	56,0	1 520	78,1	82,6	72,1	867
<b>Résidence</b>								
Bamako	60,2	74,4	53,0	1 839	83,6	93,2	81,6	691
Autres villes	72,6	72,6	66,0	926	79,7	82,9	73,5	386
Ensemble urbain	64,3	73,8	57,3	2 765	82,2	89,5	78,7	1 077
Rural	61,3	67,5	56,8	7 754	73,6	75,2	66,7	2 952
<b>Région</b>								
Kayes	56,5	62,8	52,7	1 535	81,9	81,7	73,7	517
Koulikoro	66,6	67,2	58,7	2 014	80,3	85,2	76,6	818
Sikasso	65,9	71,4	63,9	1 776	70,6	73,9	60,5	689
Ségou	73,4	79,5	67,8	1 616	76,4	80,3	74,7	638
Mopti	55,2	61,7	51,0	1 047	70,1	60,8	54,2	430
Tombouctou	36,3	55,8	32,9	387	46,9	50,4	42,9	139
Gao	48,6	58,4	44,8	293	58,6	66,2	56,2	103
Kidal	14,4	21,5	12,6	10	5,0	5,6	4,6	4
Bamako	60,2	74,4	53,0	1 839	83,6	93,2	81,6	691
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	57,0	63,9	52,2	6 892	69,7	73,0	62,4	2 143
Primaire	67,3	73,2	61,3	1 388	73,9	76,0	66,7	582
Secondaire ou plus	74,8	82,7	69,0	2 239	87,1	90,4	83,5	1 305
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
Le plus bas	54,5	62,0	49,5	1 846	64,5	63,6	54,6	736
Second	56,3	63,1	51,7	1 981	72,7	74,3	65,0	778
Moyen	60,8	66,8	57,1	2 011	73,2	75,5	66,9	744
Quatrième	69,0	72,1	63,0	2 217	81,2	85,2	76,2	817
Le plus élevé	67,4	78,6	61,2	2 465	85,0	92,3	82,5	955
Ensemble 15-49	62,1	69,1	57,0	10 519	75,9	79,1	69,9	4 030
50-59	na	na	na	na	74,3	79,9	69,1	588
Ensemble 15-59	na	na	na	na	75,7	79,2	69,8	4 618

na = non applicable

<sup>1</sup> En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel.

<sup>2</sup> Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire.

### 3.9.2 Connaissance du VIH parmi les jeunes

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, les jeunes de 15-24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir

contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH. Le **tableau 22** récapitule les résultats concernant la connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans.

Au Mali, 16 % des jeunes femmes et 16 % des jeunes hommes âgés de 15-24 ans ont une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ; 21 % des jeunes femmes et 27 % des jeunes hommes du milieu urbain ont une connaissance complète sur le VIH contre respectivement 14 % et 12 % du milieu rural.

Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction, passant de 9 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 25 % chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou supérieur, et, chez les hommes, de respectivement 7 % à 27 %.

**Tableau 22 Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes**

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Femmes de 15-24 ans		Hommes de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH <sup>1</sup>	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH <sup>1</sup>	Effectif d'hommes
<b>Âge</b>				
15-19	13,2	2 104	14,3	894
15-17	11,2	1 204	12,9	550
18-19	15,8	901	16,5	344
20-24	18,3	1 895	19,3	545
20-22	18,3	1 225	21,3	351
23-24	18,3	671	15,7	194
<b>État matrimonial</b>				
Célibataire	17,5	1 513	16,8	1 293
A déjà eu des rapports sexuels	23,2	494	25,3	450
N'a jamais eu de rapports sexuels	14,8	1 019	12,4	843
Non célibataire	14,5	2 487	10,4	146
<b>Résidence</b>				
Bamako	21,3	808	28,8	222
Autres villes	19,6	353	23,8	167
Ensemble urbain	20,8	1 161	26,7	389
Rural	13,5	2 839	12,3	1 050
<b>Région</b>				
Kayes	11,9	585	9,3	193
Koulikoro	19,1	724	18,3	314
Sikasso	17,6	704	6,8	257
Ségou	8,3	580	21,0	196
Mopti	17,0	324	13,8	172
Tombouctou	7,9	159	17,1	44
Gao	5,0	110	9,2	39
Kidal	3,5	5	0,0	1
Bamako	21,3	808	28,8	222
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	9,0	1 926	6,7	509
Primaire	15,4	715	8,6	278
Secondaire ou plus	25,2	1 359	26,8	652
Ensemble 15-24	15,6	4 000	16,2	1 439

<sup>1</sup> Sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH.

### 3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels 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. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est rare.

Les résultats du **tableau 23.1** montrent que 1 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois avant l'enquête et 6 % ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient comme si elles étaient mariées. Parmi ces dernières, 15 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne. Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 1,7 partenaires sexuels au cours de leur vie.

**Tableau 23.1 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme**

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ; parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ce partenaire ; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes			Femmes qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Pourcentage qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec un de ces partenaires	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
<b>Âge</b>									
15-24	1,3	11,3	4 000	1,7	51	13,6	453	1,5	2 975
15-19	1,5	13,6	2 104	(1,7)	31	13,4	287	1,4	1 212
20-24	1,0	8,8	1 895	*	20	14,0	167	1,6	1 763
25-29	1,0	4,5	2 010	*	20	19,4	91	1,8	1 984
30-39	0,7	1,8	2 990	*	20	23,6	55	1,9	2 968
40-49	0,4	0,9	1 520	*	6	*	13	1,7	1 515
<b>État matrimonial</b>									
Célibataire	2,4	29,4	1 678	(9,0)	40	14,9	493	2,1	628
Marié/vivant ensemble	0,5	0,8	8 567	(0,7)	46	12,9	65	1,7	8 541
Divorcé/séparé/veuf	4,3	19,7	274	*	12	21,8	54	2,6	273
<b>Résidence</b>									
Bamako	1,6	11,2	1 839	(6,3)	30	23,9	206	2,2	1 545
Autres villes	1,5	10,6	926	(7,9)	14	11,9	98	2,0	818
Ensemble urbain	1,6	11,0	2 765	6,8	44	20,0	304	2,2	2 363
Rural	0,7	4,0	7 754	(3,6)	53	10,7	309	1,6	7 078

À suivre...

Tableau 23.1—Suite

Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes			Femmes qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup>	
	Pourcentage qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec un de ces partenaires	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
<b>Région</b>									
Kayes	0,8	3,7	1 535	*	12	10,8	57	1,8	1 427
Koulikoro	1,6	5,9	2 014	*	32	9,2	119	1,6	1 857
Sikasso	0,1	4,4	1 776	*	1	10,0	78	1,7	1 606
Ségou	0,7	5,2	1 616	*	12	11,5	85	1,6	1 450
Mopti	0,5	4,4	1 047	*	5	(10,0)	46	1,3	939
Tombouctou	0,3	2,8	387	*	1	(34,7)	11	1,4	354
Gao	1,4	3,5	293	*	4	(15,7)	10	1,9	256
Kidal	1,9	5,5	10	*	0	(9,9)	1	3,3	8
Bamako	1,6	11,2	1 839	(6,3)	30	23,9	206	2,2	1 545
<b>Niveau d'instruction</b>									
Aucun	0,8	2,8	6 892	1,5	56	10,0	195	1,6	6 530
Primaire	0,8	7,2	1 388	*	11	13,9	100	2,0	1 186
Secondaire ou plus	1,4	14,2	2 239	(7,1)	31	19,0	317	1,9	1 725
<b>Quintile de bien-être économique</b>									
Le plus bas	0,6	3,9	1 846	*	12	1,8	73	1,5	1 674
Second	0,9	2,9	1 981	*	18	(11,4)	57	1,7	1 825
Moyen	0,6	3,6	2 011	*	12	12,8	73	1,6	1 863
Quatrième	0,8	6,6	2 217	*	18	14,9	146	1,6	2 006
Le plus élevé	1,6	10,7	2 465	(10,6)	38	20,8	264	2,0	2 073
Ensemble	0,9	5,8	10 519	5,0	98	15,3	612	1,7	9 441

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

Chez les hommes de 15-49 ans, 15 % ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 mois avant l'enquête et 15 % ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés. Parmi ces derniers, 39 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne (tableau 23.2).

Le pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (23 % contre 13 %). De plus, ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction, passant de 8 % chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction à 27 % chez ceux ayant le niveau secondaire ou supérieur.

L'utilisation d'un condom lors des dernières relations sexuelles avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient comme s'ils étaient mariés est plus élevée chez les hommes ayant un niveau

d'instruction secondaire ou supérieur (50 %) que chez les hommes sans aucun niveau d'instruction (26 %). De plus, ce pourcentage augmente avec le quintile de bien-être économique du ménage, passant de 12 % chez les hommes du quintile le plus bas à 62 % chez ceux du quintile le plus élevé.

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,4 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Les hommes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuelles sont ceux de Bamako (5,0 partenaires, en moyenne), ceux de la région de Tombouctou (6,7 partenaires, en moyenne), ceux ayant le niveau d'instruction secondaire ou supérieur (4,2 partenaires, en moyenne) et ceux des ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (4,9 partenaires, en moyenne).

**Tableau 23.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme**

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels avec cette personne ; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes		Hommes qui ont eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ces personnes	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
<b>Âge</b>								
15-24	4,7	1 439	36,2	67	31,7	362	2,9	583
15-19	2,7	894	*	24	28,5	158	2,2	199
20-24	7,9	545	39,3	43	34,3	204	3,3	384
25-29	12,0	521	22,9	63	51,5	140	3,8	455
30-39	17,7	1 203	8,4	213	44,6	82	3,4	1 132
40-49	29,8	867	3,7	259	(48,3)	34	3,4	802
<b>État matrimonial</b>								
Célibataire	5,7	1 529	55,9	88	38,5	497	3,5	616
Marié/vivant ensemble	20,7	2 473	3,1	511	39,7	108	3,3	2 330
Divorcé/séparé/veuf	(7,6)	28	*	2	*	14	(3,5)	27
<b>Type d'union</b>								
En union polygame	88,2	460	1,8	405	*	5	3,9	438
En union non polygame	5,3	2 013	8,0	106	40,6	103	3,2	1 891
Non actuellement en union	5,8	1 557	56,5	90	38,7	511	3,5	643
<b>Résidence</b>								
Bamako	13,1	691	32,9	91	64,9	140	5,0	494
Autres villes	12,4	386	26,8	48	49,9	104	4,4	286
Ensemble urbain	12,9	1 077	30,8	139	58,5	243	4,8	779
Rural	15,7	2 952	5,1	462	26,1	375	2,9	2 193

À suivre...

Tableau 23.2—Suite

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes			Hommes qui ont eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup>	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ces personnes	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
<b>Région</b>									
Kayes	15,1	17,4	517	8,5	78	27,8	90	2,6	413
Koulikoro	13,6	16,8	818	8,9	112	34,8	137	3,4	610
Sikasso	22,3	13,3	689	4,3	154	28,5	92	3,3	548
Ségou	13,5	11,5	638	11,6	86	41,1	73	2,4	514
Mopti	12,8	13,0	430	(0,0)	55	(18,0)	56	2,6	229
Tombouctou	10,7	13,3	139	(16,2)	15	41,9	18	6,7	102
Gao	10,6	10,9	103	(7,2)	11	(21,1)	11	1,9	61
Kidal	0,6	3,8	4	*	0	*	0	1,9	2
Bamako	13,1	20,2	691	32,9	91	64,9	140	5,0	494
<b>Niveau d'instruction</b>									
Aucun	17,7	8,1	2 143	3,5	380	25,9	174	2,9	1 678
Primaire	14,3	16,9	582	5,5	83	20,9	98	3,4	402
Secondaire ou plus	10,6	26,6	1 305	35,0	138	50,4	347	4,2	892
<b>Quintile de bien-être économique</b>									
Le plus bas	13,8	9,8	736	1,6	102	12,3	72	2,4	518
Second	16,3	12,5	778	5,8	127	18,5	97	2,6	557
Moyen	19,2	12,4	744	3,9	143	24,7	92	2,9	564
Quatrième	12,9	18,8	817	12,0	105	41,8	154	3,5	644
Le plus élevé	13,0	21,2	955	31,5	124	62,2	203	4,9	691
Ensemble 15-49	14,9	15,4	4 030	11,0	601	38,8	619	3,4	2 973
50-59	32,9	1,5	588	0,0	194	*	9	4,2	539
Ensemble 15-59	17,2	13,6	4 618	8,4	795	38,8	628	3,5	3 512

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

### 3.9.4 Couverture du VIH antérieur à l'enquête

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires. Au cours de l'EDSM-VI, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans le cas d'une réponse positive, s'ils avaient obtenu les résultats de leur test. Les résultats concernant les femmes sont présentés au **tableau 24.1**. Il ressort de l'analyse de ce tableau que 34 % des femmes ont déclaré connaître un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer un test du VIH. En outre, 18 % des femmes ont effectué un test et en ont reçu les résultats ; 1 % des femmes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et une proportion très importante des femmes (81 %) n'ont jamais effectué un test du VIH.

La connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH varie selon certaines caractéristiques. En effet, le pourcentage de femmes qui connaissent un tel endroit est deux fois plus élevé en milieu urbain (54 %) qu'en milieu rural (26 %). Ce pourcentage augmente avec le niveau d'instruction ; 25% pour les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction, 37 % pour celles qui ont le niveau primaire et 58 % pour celles qui ont le niveau secondaire ou plus. Tout comme le niveau d'instruction, le pourcentage de femmes qui connaissent un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH augmente avec le quintile du bien être économiques ; passant de 17 % pour le quintile le plus bas, à 25 % pour le quintile moyen, puis à 60 % pour le quintile le plus élevé. Par rapport aux régions, ce pourcentage varie d'un minimum de 11 % à Kidal à un maximum de 59 % dans le district de Bamako.

Les résultats du **tableau 24.1** indiquent également que, 18 % des femmes ont déjà effectué un test et en ont reçu les résultats ; 1 % des femmes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et 81 % des femmes n'ont jamais effectué un test du VIH.

La connaissance du statut sérologique varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. C'est parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (8 %), les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (3 %), celles du milieu rural (12 %), celles des régions de Kidal (2 %), Tombouctou (5 %) et Sikasso (7 %), celles n'ayant aucun niveau d'instruction (13 %) et celles des ménages du quintile de bien-être économique le plus bas (6 %) que l'on observe les pourcentages les plus faibles de femmes qui ont effectué un test et qui ont reçu le résultat.

Le **tableau 24.1** présente aussi le pourcentage de femmes qui ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est seulement de 9 %. Par ailleurs, tout comme la connaissance du statut sérologique des femmes à un moment quelconque, la connaissance du statut sérologique récent varie de manière moins importante et présente les mêmes tendances en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques.

**Tableau 24.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de celles ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où <sup>1</sup> on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif de femmes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test <sup>1</sup>				
<b>Âge</b>								
15-24	29,5	13,2	1,0	85,8	100,0	14,2	7,5	4 000
15-19	23,0	7,9	0,6	91,5	100,0	8,5	4,5	2 104
20-24	36,8	19,0	1,5	79,5	100,0	20,5	10,8	1 895
25-29	38,7	22,7	0,8	76,5	100,0	23,5	11,2	2 010
30-39	35,9	21,4	1,4	77,2	100,0	22,8	9,7	2 990
40-49	32,6	16,9	0,9	82,2	100,0	17,8	6,1	1 520
<b>État matrimonial</b>								
Célibataire	31,7	9,5	0,2	90,3	100,0	9,7	4,4	1 678
A déjà eu des rapports sexuels	48,0	19,7	0,4	79,9	100,0	20,1	8,6	630
N'a jamais eu de rapports sexuels	21,9	3,4	0,1	96,5	100,0	3,5	1,8	1 048
Marié ou vivant ensemble	33,6	19,4	1,2	79,4	100,0	20,6	9,5	8 567
Divorcé/séparé/veuf	42,6	20,5	2,2	77,3	100,0	22,7	7,5	274
<b>Résidence</b>								
Bamako	58,5	37,2	1,8	60,9	100,0	39,1	15,7	1 839
Autres villes	45,0	27,3	0,7	72,0	100,0	28,0	14,2	926
Ensemble urbain	54,0	33,9	1,5	64,6	100,0	35,4	15,2	2 765
Rural	26,2	12,1	0,9	86,9	100,0	13,1	6,3	7 754
<b>Région</b>								
Kayes	27,9	13,1	0,7	86,2	100,0	13,8	6,3	1 535
Koulikoro	30,7	16,0	0,3	83,7	100,0	16,3	9,6	2 014
Sikasso	16,2	7,2	1,1	91,7	100,0	8,3	3,7	1 776
Ségou	40,8	22,0	0,5	77,5	100,0	22,5	10,8	1 616
Mopti	30,2	12,0	2,1	85,9	100,0	14,1	5,4	1 047
Tombouctou	17,5	4,7	1,4	93,9	100,0	6,1	1,1	387
Gao	24,7	14,9	2,4	82,7	100,0	17,3	9,2	293
Kidal	10,8	2,2	0,9	96,9	100,0	3,1	1,7	10
Bamako	58,5	37,2	1,8	60,9	100,0	39,1	15,7	1 839
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	24,9	12,5	1,0	86,5	100,0	13,5	6,1	6 892
Primaire	36,9	17,8	1,0	81,2	100,0	18,8	9,1	1 388
Secondaire ou plus	58,1	34,4	1,3	64,3	100,0	35,7	16,2	2 239
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
Le plus bas	17,1	5,7	1,5	92,8	100,0	7,2	2,7	1 846
Second	18,4	8,2	0,5	91,3	100,0	8,7	3,6	1 981
Moyen	24,6	10,7	0,9	88,4	100,0	11,6	4,8	2 011
Quatrième	39,4	21,1	1,0	77,9	100,0	22,1	11,6	2 217
Le plus élevé	60,0	37,7	1,4	60,9	100,0	39,1	17,6	2 465
Ensemble	33,5	17,9	1,1	81,1	100,0	18,9	8,6	10 519

<sup>1</sup> Y compris : Ne sait pas/manquant.

Le **tableau 24.2** présente les résultats pour les hommes. Il en ressort que 51 % des hommes de 15-49 ans connaissent un endroit où ils peuvent effectuer le test du VIH. En outre, 14 % des hommes ont effectué un test et en ont reçu les résultats ; 1 % des hommes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et une part très importante des hommes (86 %) n'ont jamais effectué un test du VIH.

Tout comme chez les femmes, la connaissance des hommes d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH varie selon certaines caractéristiques. En effet, le pourcentage d'hommes qui connaissent un tel endroit est plus élevé en milieu urbain (69 %) qu'en milieu rural (44 %). Cet indicateur augmente avec le niveau d'instruction

(41 % pour les hommes qui n'ont aucun niveau d'instruction, 46 % pour ceux qui ont le niveau primaire et 68 % pour ceux qui ont le niveau secondaire ou plus). Tout comme le niveau d'instruction, la connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH augmente avec le quintile de bien-être économique, passant de 30 % pour le quintile le plus bas, à 48 % pour le quintile moyen et à 74 % pour le quintile le plus élevé. Au niveau régional, ce pourcentage varie d'un minimum de 3 % dans la région de Kidal à un maximum de 74 % dans le district de Bamako.

**Tableau 24.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme**

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de ceux ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSM-VI Mali 2018

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où <sup>1</sup> on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif d'hommes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test <sup>1</sup>				
<b>Âge</b>								
15-24	37,3	6,2	0,5	93,3	100,0	6,7	2,5	1 439
15-19	31,8	2,8	0,1	97,0	100,0	3,0	0,9	894
20-24	46,4	11,7	1,1	87,2	100,0	12,8	5,2	545
25-29	56,9	18,6	0,6	80,9	100,0	19,1	6,7	521
30-39	59,1	18,1	0,9	81,0	100,0	19,0	5,8	1 203
40-49	56,8	16,9	1,1	82,0	100,0	18,0	5,7	867
<b>État matrimonial</b>								
Célibataire	39,8	9,2	0,3	90,5	100,0	9,5	3,5	1 529
A déjà eu des rapports sexuels	56,3	17,9	0,8	81,3	100,0	18,7	6,8	639
N'a jamais eu de rapports sexuels	28,0	2,9	0,0	97,1	100,0	2,9	1,1	890
Marié ou vivant ensemble	57,3	16,4	1,1	82,6	100,0	17,4	5,5	2 473
Divorcé/séparé/veuf	(40,8)	(11,3)	(0,0)	(88,7)	100,0	(11,3)	(2,1)	28
<b>Résidence</b>								
Bamako	73,7	32,2	0,1	67,7	100,0	32,3	7,4	691
Autres villes	59,2	23,8	0,9	75,3	100,0	24,7	14,1	386
Ensemble urbain	68,5	29,2	0,4	70,4	100,0	29,6	9,8	1 077
Rural	44,0	7,9	0,9	91,1	100,0	8,9	2,9	2 952
<b>Région</b>								
Kayes	53,6	12,4	2,6	85,0	100,0	15,0	6,6	517
Koulikoro	44,2	10,6	0,3	89,1	100,0	10,9	3,5	818
Sikasso	49,5	13,2	1,2	85,6	100,0	14,4	7,2	689
Ségou	55,3	5,6	0,6	93,8	100,0	6,2	1,3	638
Mopti	29,7	7,2	0,2	92,6	100,0	7,4	2,5	430
Tombouctou	16,5	1,6	0,6	97,8	100,0	2,2	1,3	139
Gao	42,5	14,6	0,6	84,8	100,0	15,2	5,6	103
Kidal	3,4	0,8	0,9	98,3	100,0	1,7	0,4	4
Bamako	73,7	32,2	0,1	67,7	100,0	32,3	7,4	691
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	41,0	8,1	0,8	91,1	100,0	8,9	2,1	2 143
Primaire	46,1	10,4	0,6	89,0	100,0	11,0	4,3	582
Secondaire ou plus	68,3	24,1	0,9	75,1	100,0	24,9	9,2	1 305
<b>Quintile de bien-être économique</b>								
Le plus bas	30,1	4,4	0,9	94,8	100,0	5,2	2,1	736
Second	36,0	6,9	0,7	92,4	100,0	7,6	1,9	778
Moyen	47,5	8,1	0,6	91,3	100,0	8,7	2,8	744
Quatrième	57,7	13,0	1,2	85,8	100,0	14,2	5,8	817
Le plus élevé	74,4	31,1	0,6	68,4	100,0	31,6	9,6	955
Ensemble 15-49	50,6	13,6	0,8	85,6	100,0	14,4	4,7	4 030
50-59	52,7	15,7	0,9	83,4	100,0	16,6	4,4	588
Ensemble 15-59	50,8	13,9	0,8	85,3	100,0	14,7	4,7	4 618

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

<sup>1</sup> Y compris : Ne sait pas/manquant.

Enfin, les résultats du **tableau 24.2** indiquent que 5 % des hommes de 15-49 ans ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Les résultats sur la connaissance du statut sérologique récent présentent les mêmes types de variations que celles déjà constatées pour la connaissance du statut sérologique à un moment quelconque.

## 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.

Cellule de Planification et de Statistique/SSDS/Ministère de la Santé (CPS/MS), Institut National de la Statistique (INSTAT) et ORC Macro. 2007. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, INSTAT, et ICF Macro.

Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT, et ICF International.

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.

Institut National de la Statistique (INSTAT). 2010. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2009*. Bamako, Mali.

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.

World Health Organization (WHO). 2006. Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2008. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part I: Definitions. Conclusions of a Consensus Meeting Held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf).

World Health Organization. 2013. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/).