

## **Chapitre 7**

# **LA FECONDITE AU MALI : PERMANENCE OU CHANGEMENTS ?**

*Ishaga Coulibaly*

*Direction nationale de la statistique et de l'informatique*

*(DNSI, Bamako, Mali)*

Le Mali fait partie, avec ses voisins sahéliens, des pays africains où la transition de la fécondité n'a pas débuté. Les enquêtes démographiques et de santé réalisées au cours des quinze dernières années rendent compte d'un niveau de fécondité remarquablement stable, de l'ordre de 6,8 enfants par femme.

Mais cette stabilité du niveau de fécondité n'est pas la preuve d'une immobilité des comportements de reproduction. La transition de la fécondité a pu débuter dans certaines groupes sociaux sans être perceptible à l'échelle nationale. Par ailleurs l'affaiblissement de certaines pratiques traditionnelles de régulation de la fécondité (telles que l'allaitement prolongé et l'abstinence sexuelle post-partum) peut, dans un premier temps, jouer en faveur d'une augmentation de la fécondité et annuler l'effet de la contraception ou d'autres changements contribuant à une baisse de la fécondité, tel que le recul de l'âge au premier mariage des femmes. Conséquence de ces différents facteurs en jeu, une hausse temporaire de la fécondité a annoncé, dans différents pays du monde, le début de la transition de la fécondité.

Qu'en est-il au Mali ? Peut-on identifier, dans l'évolution des comportements de reproduction et des idéaux de fécondité, une remise en question du régime de fécondité ancien et, peut-être, l'amorce de la transition de la fécondité ?

Pour aborder ces questions, nous nous appuierons sur les résultats des trois enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Mali, en 1987, 1995/96 et 2001<sup>1</sup>. La comparabilité de données issues d'opérations distinctes présente toujours des limites, liées notamment à l'évolution des procédures de collecte et à leur mise en œuvre. C'est donc aux évolutions continues et significatives que nous porterons notre attention.

## UNE FECONDITE ELEVEE MAIS CONTRASTEE

Le niveau mais aussi la structure par âge de la fécondité des femmes malienne sont restés stables au cours des quinze dernières années (tableau 1 et graphique 1). Ils correspondent au schéma classique d'un régime de fécondité traditionnel, où les pratiques de restriction délibérée de la descendance sont rares. La fécondité débute précocement, atteint son maximum à 20-24 ans, et se maintient à un niveau élevé jusqu'à 35-39 ans pour diminuer ensuite, principalement sous l'effet de facteurs physiologiques. À l'âge de 30 ans, les femmes malienne ont déjà constitué plus de la moitié de leur descendance, et mis au monde près de 4 enfants en moyenne.

Cette stabilité de la fécondité correspond avant tout à celle du milieu rural où réside la majorité de la population (78 % d'après le recensement de 1998). En revanche, dans les villes, la fécondité a commencé à diminuer, en particulier aux jeunes âges (figure 2). Entre 1987 et 2001, la fécondité avant 25 ans a connu une baisse de 20 % en milieu urbain et de

---

<sup>1</sup> Ce chapitre a été rédigé en s'appuyant sur les rapports définitifs des enquêtes EDS (Ballo *et al.*, 2002 ; Coulibaly *et al.*, 1996 ; Traoré *et al.*, 1989), en particulier les chapitres traitant de la fécondité (Coulibaly et Singare, 2002 ; Traore et Ba, 1996), de la planification familiale (Coulibaly et Sidibé, 1996 ; Traore et Ballo, 2002), de la nuptialité (Seroussi, 1996 ; Traore et Ballo, 2002), des préférences en matière de fécondité (Traoré, 1996 ; Traore et Ballo, 2002) et de l'allaitement (Barrère et Seroussi, 1996 ; Diarra *et al.*, 2002). Les tableaux présentés ont été obtenus sur le site internet du programme EDS (<http://www.measuredhs.com>).

## LA FECONDITE AU MALI : PERMANENCE OU CHANGEMENTS ?

près de 30 % à Bamako alors qu'elle est restée stable en milieu rural. Aux âges plus élevés, les différences entre milieux de résidence s'établissent dans le même sens mais ils sont plus modestes. Il n'apparaît pas d'évolution claire et continue de la fécondité après 25 ans. L'écart entre les milieux de résidence, qui existait déjà en 1987, s'est ainsi creusé : en 2001, une femme rurale a mis au monde en moyenne près d'un enfant de plus qu'une citadine avant 25 ans (2,7 contre 1,8 enfants), et près de deux enfants de plus au terme de sa vie féconde (7,3 contre 5,5), soit des écarts deux fois plus élevés qu'en 1987.

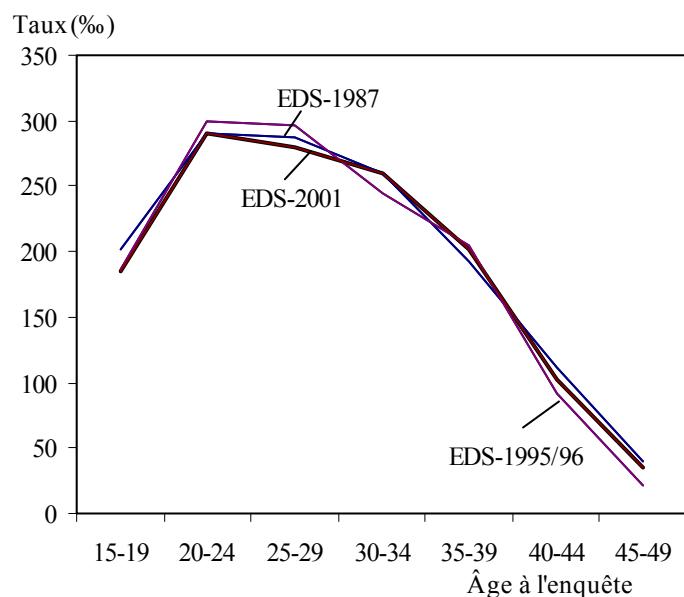


Figure 1  
**Évolution des taux de fécondité par âge.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

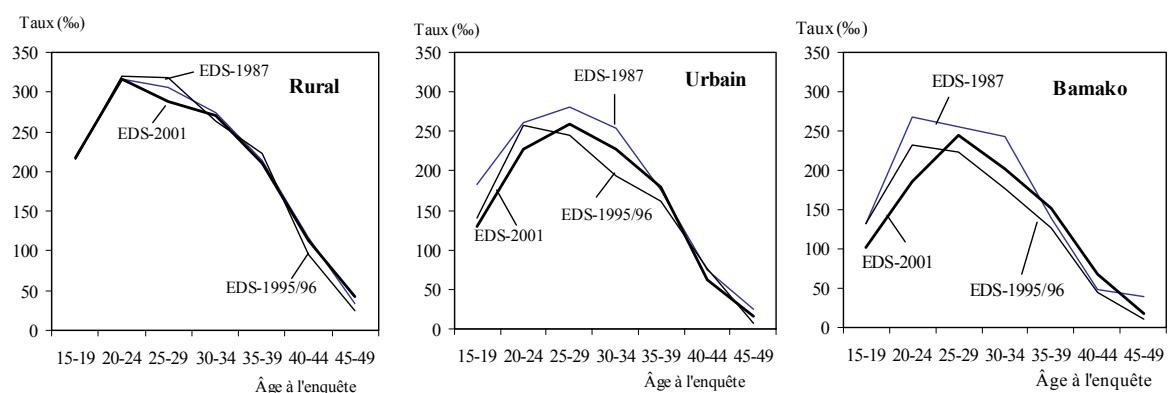


Figure 2  
**Évolution des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Les différences régionales s'avèrent en revanche peu marquées et relativement stables dans le temps. Abstraction faite de Bamako, les indices synthétiques de fécondité des régions<sup>2</sup> se situent sur une plage de variation restreinte, allant de 6,4 à 7,4 enfants par femme (tableau 1).

Tableau 1  
**Taux de fécondité par âge et fécondité du moment  
 par caractéristiques socio-démographiques.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs <sup>(1)</sup>	Date de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<b>Taux de fécondité par âge (%)</b>			
15-19	201	187	185
20-24	291	299	290
25-29	288	296	280
30-34	260	244	260
35-39	193	205	202
40-44	112	91	103
45-49	40	21	35
<b>Indice synthétique de fécondité par caractéristiques socio-démographiques      (nombre d'enfants par femme)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	7,4	7,3	7,3
Milieu urbain	6,3	5,4	5,5
dont Bamako	5,6	4,7	4,9
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	7,2	7,1	7,1
Primaire	6,9	6,5	6,6
Secondaire et plus	3,8	4,1	4,1
<i>Groupe de régions</i>			
Kayes, Koulikoro	7,3	6,9	7,1
Sikasso, Ségou	7,4	7,4	7,4
Mopti, Tombouctou, Gao	6,9	6,4	6,7
Bamako	5,6	4,7	4,9
<i>Ensemble du Mali</i>	6,9	6,7	6,8

(1) Les indicateurs de fécondité ont été calculés sur les 3 années précédant l'enquête pour les EDS de 1995/96 et 2001, sur les 5 années précédant l'enquête pour l'EDS de 1987.

L'instruction des femmes est, avec l'urbanisation, un facteur de différenciation important des niveaux de fécondité (tableau 1). Les femmes ayant atteint le secondaire ont près de 3 enfants de moins que celles qui n'ont pas été scolarisées. Le bénéfice de la

<sup>2</sup> Le regroupement des régions utilisé est celui qui a été adopté par les enquêtes de 1987 et 1995/96. L'enquête de 2001 fournit des résultats plus détaillés qui confirment l'homogénéité relevée entre les groupes de régions, les indices de fécondité se situant entre 6,3 (région de Tombouctou/Gao/kidal) et 7,6 enfants par femme (Sikasso)

scolarisation primaire est beaucoup plus modeste, l'écart de fécondité étant à peine de 0,5 enfant par rapport aux femmes sans instruction. Les écarts associés au niveau d'instruction n'ont pas évolué d'une enquête à l'autre, la fécondité est restée stable au sein de chacun des groupes.

Comme il a été rappelé dans le chapitre précédent, urbanisation et instruction apparaissent dans toutes les populations comme des déterminants essentiels de la baisse de la fécondité. Ils concourent à l'adoption de nouveaux idéaux de fécondité, par l'accès à des sources d'informations plus diversifiées et les conditions d'une plus grande autonomie de réflexion et de réalisation économique et sociale, tout en offrant de plus grandes opportunités pour les mettre en œuvre, notamment par la proximité des services de santé et de contraception.

## **ENTREE EN VIE FECONDE ET ESPACEMENT DES NAISSANCES : LES COMPOSANTES DU REGIME DE FECONDITE ANCIEN ONT-ELLES EVOLUE ?**

Si les facteurs socio-économiques interviennent sur les niveaux de fécondité, c'est dans une large mesure par l'intermédiaire de différents types de comportements qui jouent sur l'exposition des femmes au risque de conception (l'âge au mariage, les conditions d'exercice de la sexualité...) ou sur la probabilité de concevoir elle-même, de manière délibérée (contraception, interruption volontaire de grossesse) ou indirecte (allaitement). Ces facteurs, (auxquels s'ajoutent les facteurs biologiques telle que la variation de l'infécondité avec l'âge) sont reconnus sous le terme de « déterminants proches » ou « variables intermédiaires » de la fécondité, en opposition avec les « déterminants lointains » d'ordre culturel, économique et social, qui conditionnent les aspirations et les pratiques des individus.

Au Mali, et plus généralement en Afrique sub-saharienne, la plupart des sociétés sont natalistes et ont développé un ensemble de pratiques qui concourent à une exploitation optimale des capacités procréatrices individuelles. Ainsi le mariage précoce des filles et généralisé pour les deux sexes, le remariage rapide et quasi-systématique des veuves et divorcées, la polygamie qui permet la mise en union de toutes les femmes, sont autant de composantes du régime de nuptialité qui assurent le déroulement de la quasi-totalité de la vie féconde des femmes en union et donc en situation d'exposition au risque de concevoir. Par ailleurs, les pratiques visant délibérément à limiter la fécondité y étaient sinon inexistantes, du moins rares ou limitées à certaines catégories de naissances indésirables, par exemple, dans certaines sociétés, le recours à l'avortement en cas de grossesse pré-conjugale ou extra-conjugale. Cependant un contrôle traditionnel de la fécondité existe (la fécondité serait sinon au moins deux fois plus élevée que celle que l'on observe) mais il passe par des pratiques visant à préserver la santé de l'enfant. La plupart des populations reconnaissent qu'un espacement des naissances est nécessaire pour assurer les meilleures chances de survie à l'enfant et ont parfois énoncé de véritables normes sur la durée (souvent de l'ordre de 3 ans) qui doit s'écouler entre deux naissances (intervalle inter-génésique). L'allaitement est le principal déterminant de cet espacement. Pratiqué sur la longue durée, de façon intensive et à la demande, il a pour effet de retarder la reprise de l'ovulation (aménorrhée post-partum) et ainsi de reporter une nouvelle conception. Certaines sociétés préconisent en outre une abstinence sexuelle de longue durée après l'accouchement (abstinence post-partum), celle-ci

s'appliquant parfois jusqu'à la fin de l'allaitement. L'abstinence renforce alors l'effet de l'allaitement.

Nous porterons d'abord l'attention à l'évolution des composantes du régime de fécondité ancien pour traiter, dans la partie suivante, de la diffusion de la contraception moderne.

## L'entrée dans la vie féconde

Les femmes maliennes débutent jeunes leur vie d'épouse et de mère. Près d'une femme sur quatre se marie avant l'âge de 15 ans, plus de la moitié avant 17 ans et une minorité seulement est encore célibataire à l'âge de 20 ans (tableau 2). Une femme sur deux a eu son premier enfant avant 18,5 ans, et à l'âge de 20 ans deux femmes sur trois sont déjà mères (tableau 3).

**Tableau 2**  
**Évolution de l'âge au premier mariage**  
**selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**

Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Proportion (%) de femmes mariées avant l'âge de :</b>			
15 ans	26,7	19,2	24,5
18 ans	78,7	69,9	65,4
20 ans	92,4	82,1	80,9
<b>Âge médian au premier mariage</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	15,8	15,9	16,1
Milieu urbain	16,3	17,9	18,5
dont Bamako	16,0	18,3	(19,2)
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	15,9	15,9	16,3
Primaire	16,2	17,2	16,7
Secondaire et plus	(21,7)	(22,5)	(23,3)
<i>Ensemble du Mali</i>	15,9	16,3	16,7
Les âges médians entre parenthèses ont été calculés sur les femmes âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête. L'indicateur n'a pu être déterminé pour les femmes de 20-24 ans, moins de 50 % d'entre elles ayant vécu l'événement avant l'enquête.			

Un recul de l'âge au premier mariage est cependant amorcé. L'âge médian au premier mariage, enregistré auprès des femmes âgées de 20-24 ans au moment des enquêtes, a augmenté régulièrement, passant de 15,9 ans en 1987 à 16,7 ans en 2001. Cette évolution a principalement touché le milieu urbain, et tout particulièrement Bamako : le recul de l'âge médian au mariage entre 1987 et 2001 dépasse 2 ans sur l'ensemble du milieu urbain et 3 ans

à Bamako. En revanche en milieu rural, le changement est marginal (0,3 an). Alors que le calendrier d'entrée en union était en 1987 quasiment indépendant du milieu de résidence, les différences sont notables en 2001, l'âge médian au premier mariage des femmes rurales étant inférieur de près de 2,5 ans à celui des citadines et de plus de 3 ans à celui des Bamakoises.

Comme on pouvait s'y attendre les femmes ayant connu une scolarisation prolongée (secondaire et plus) se marient beaucoup plus tardivement que les autres et elles sont particulièrement concernées par le recul de l'entrée en union. En 1987 déjà, l'âge médian à leur premier mariage était proche de 22 ans, en 2001, il dépasse 23 ans. En revanche les femmes ayant atteint un niveau de scolarisation primaire se distinguent peu de celles qui n'ont pas été à l'école et leur âge au mariage n'a pas significativement évolué (la médiane étant de l'ordre de 16 ans en 1987 et de 16,5 ans en 2001).

Les différences dans l'âge au mariage correspondent à celles que l'on a enregistrées pour la fécondité. Comme dans bien d'autres populations, le recul de l'entrée en union est certainement un élément déterminant du début de la baisse de la fécondité au sein des minorités urbaines et scolarisées.

Tableau 3  
**Évolution de l'âge à la première naissance  
 selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**

Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Proportion (%) de femmes ayant eu leur premier enfant avant l'âge de :</b>			
15 ans	11,6	6,4	9,6
18 ans	46,0	46,0	45,0
20 ans	66,9	69,8	67,3
<b>Âge médian à la première naissance :</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	18,0	17,9	17,9
Milieu urbain	19,5	19,3	19,9
dont Bamako	19,7	19,7	22,1
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	18,2	17,9	18,0
Primaire	18,7	18,9	18,5
Secondaire et plus	24,0	21,5	(22,9)
<i>Ensemble du Mali</i>	18,4	18,3	18,4
Les âges médians entre parenthèses ont été calculés sur les femmes âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête. L'indicateur n'a pu être déterminé pour les femmes de 20-24 ans, moins de 50 % d'entre elles ayant vécu l'événement avant l'enquête.			

Cependant, si les femmes débutent leur vie matrimoniale plus tard cela ne signifie pas qu'elles reportent également le début de leur vie sexuelle (tableau 4). Les trois enquêtes rendent compte d'une grande stabilité de l'âge médian aux premiers rapports sexuels, au

niveau national comme au niveau des sous-populations distinguées. En 2001 comme en 1987, la moitié des femmes maliennes ont débuté leur vie sexuelle avant l'âge de 16 ans et seule une minorité (de l'ordre de 10 %) n'est pas concernée avant l'âge de 20 ans. L'initiation sexuelle avant l'âge de 15 ans est apparemment en augmentation (22 % en 1987, 30 % en 2001). Les femmes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire débutent leur vie sexuelle 2 ans plus tard que celles qui n'ont pas dépassé la scolarisation primaire ou n'ont pas été scolarisées (18 ans contre 16 ans). La différence entre les milieux urbain et rural est faible (de l'ordre de 0,5 ans). Bamako se distingue par un recul de l'entrée en sexualité des femmes, l'âge médian étant près d'1,5 ans plus élevé que celui du milieu rural en 2001 (contre 0,4 ans en 1987).

Tableau 4

**Évolution de l'âge aux premiers rapports sexuels  
selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**

Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.

Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
Proportion (%) de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de :			
15 ans	21,8	24,8	30,1
18 ans	74,9	80,0	75,3
20 ans	86,2	91,4	87,5
Âge médian aux premiers rapports sexuels			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	16,0	15,7	15,7
Milieu urbain dont Bamako	16,5 16,4	16,5 16,6	16,6 17,2
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	16,0	15,7	15,8
Primaire	16,2	16,3	15,8
Secondaire et plus	18,0	18,1	18,1
<i>Ensemble du Mali</i>	16,1	15,9	15,9

L'âge médian à la première naissance a, lui aussi, peu évolué (tableau 3). Il est resté stable au niveau national et au sein de la plupart des sous-populations distinguées. Seules les Bamakoises connaissent un recul récent de l'entrée en maternité (22,1 ans en 2001 contre 19,7 ans en 1987 et 1995). Cette situation ne s'observe pas, en revanche, chez les femmes les plus scolarisées dont l'âge à la première naissance semble au contraire avoir baissé. Les différences entre groupes sociaux concernant l'âge à la première maternité suivent le même schéma que celles portant sur l'entrée en sexualité et l'entrée en union : les citadines, et tout particulièrement les femmes vivant dans la capitale, deviennent mères plus tardivement que les femmes du milieu rural, l'instruction joue dans le même sens mais différencie surtout la minorité des femmes très instruites, la scolarisation primaire n'introduit qu'une différence minime par rapport à l'absence d'instruction.

Le recul de l'âge au premier mariage sans évolution comparable de l'âge aux premiers rapports sexuels rend compte d'une dissociation croissante entre les débuts de la vie sexuelle et de la vie conjugale des femmes. Quand les femmes entrent en union à un âge très jeune, la plupart d'entre elles débutent leur vie sexuelle au moment de leur mariage, l'âge à l'initiation sexuelle et l'âge au mariage sont proches. C'est ce qu'on observe en 1987 pour toutes les femmes (sauf les très instruites) et que l'on retrouve encore, sous une forme amoindrie, en 2001, pour les femmes du milieu rural et les femmes sans instruction. En revanche, dans les groupes où l'âge au mariage a sensiblement reculé, les femmes connaissent désormais une période de vie sexuelle préconjugale non négligeable, de l'ordre de 2 ans en milieu urbain et de plus de 5 ans pour les femmes de formation secondaire et supérieure en 2001.

### **Allaitement et espacement des naissances**

L'allaitement au sein est au Mali, comme dans la plupart des populations africaines, pratiquée sur la longue durée par la grande majorité des mères. Cette pratique traditionnelle a été reprise et valorisée par tous les programmes de santé qui en soulignent les bénéfices pour l'enfant comme pour la mère. Le lait maternel couvre en effet tous les besoins nutritionnels de l'enfant dans les premiers mois de vie, il transmet à l'enfant des anti-corps qui lui permettront de lutter contre les maladies et permet par ailleurs d'échapper aux risques de contamination plus difficiles à contrôler dans l'utilisation du biberon (qualité de l'eau, du lait, stérilisation). Les programmes de santé recommandent l'allaitement exclusif au sein des enfants jusqu'à l'âge de 6 mois puis la poursuite de l'allaitement avec des compléments alimentaires pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. L'allaitement protège aussi les mères d'une nouvelle grossesse trop rapprochée : les hormones sécrétées par la lactation ont un effet inhibiteur qui retarde la reprise de l'ovulation. La durée de l'aménorrhée dépend de la durée mais aussi des modalités (fréquence, intensité) de l'allaitement. L'effet de l'allaitement sur la fécondabilité n'est pas uniforme pour toutes les femmes et on l'évalue en terme de moyenne ou de médiane à l'échelle agrégée.

L'allaitement reste de règle au Mali et sa durée aurait même eu tendance à augmenter au cours des quinze dernières années (tableau 5) avec une valeur médiane passant de 18,3 mois en 1987 à 22,6 mois (pour les enfants survivants vivant avec leur mère). Cet allongement de la durée d'allaitement s'observe dans toutes les catégories de population. Il est particulièrement marqué pour les femmes avec un niveau d'instruction élevé qui, en 1987, allaient beaucoup moins longtemps leur enfant (13 mois contre 18 ou 19 mois pour les femmes moins instruites). En 2001, les durées d'allaitement sont très homogènes entre les différentes catégories de population, avec des durées médianes situées entre 20 et 24 mois.

L'allaitement exclusif (ou complété seulement par de l'eau) est plus court, de l'ordre de 8 à 9 mois dans la moitié des cas. Les résultats des enquêtes ne permettent pas de dégager de tendance claire, il est vraisemblable que les fluctuations observées traduisent davantage des différences dans les modes de déclaration ou de collecte que des variations réelles. La pratique de cet allaitement intensif distingue plus fortement les catégories sociales que la durée totale de l'allaitement : elle est de bien plus courte durée chez les minorités urbaines (6 mois à Bamako contre plus de 9 mois en milieu rural, en 2001) ou avec une scolarisation secondaire (4 mois contre 9 mois pour les femmes sans instruction ou avec une scolarisation primaire, en 2001).

Tableau 5  
**Évolution des durées médianes (en mois) d'allaitement**  
 Indicateurs calculés sur les enfants derniers-nés, nés au cours des 3 années  
 précédant l'enquête et vivant avec leur mère.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Durée médiane d'allaitement, tous types (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	17,9	22,2	23,3
Milieu urbain	18,9	20,6	20,8
dont Bamako	19,6	20,3	20,1
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	18,2	21,9	22,8
Primaire	19,3	21,3	22,0
Secondaire et plus	13,0	18,7	20,8
<i>Ensemble du Mali</i>	18,3	21,6	22,6
<b>Durée médiane (en mois) d'alimentation prédominante au sein (allaitement exclusif ou allaitement et eau)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	8,2	7,2	9,2
Milieu urbain	8,6	5,4	7,2
dont Bamako	8,0	4,2	6,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	8,2	6,9	8,9
Primaire	8,8	6,7	8,9
Secondaire et plus	0,4	3,5	3,9
<i>Ensemble du Mali</i>	8,3	6,8	8,7

Ces écarts entre groupes sociaux se retrouvent au niveau de la durée d'aménorrhée post-partum (mesurée dans les enquêtes par le non-retour des règles), inférieure à 8 mois dans la moitié des cas à Bamako et à 4,4 mois chez les femmes très instruites alors que cette durée médiane est de l'ordre de 12 mois en milieu rural et chez les femmes peu ou pas scolarisées (tableau 6).

En comparaison de l'aménorrhée, l'abstinence sexuelle post-partum contribue très peu au « temps mort » durant lequel les femmes ne sont pas exposées à une nouvelle conception (tableau 6). D'après l'enquête de 1987, la moitié des femmes avaient repris une activité sexuelle avant que leur enfant n'ait 3 mois et cette durée médiane a encore diminué depuis, principalement en milieu rural et chez les femmes non instruites, pour s'établir en 2001 autour de 2,4 mois dans toutes les catégories de population. La période de non exposition au risque de concevoir (qui se prolonge jusqu'au moment où la femme a repris une activité

sexuelle et est sortie d'aménorrhée) est d'une durée médiane de l'ordre de 13 mois en 2001, proche de la durée d'aménorrhée (de l'ordre de 12 mois en 2001).

Tableau 6

**Évolution des durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non-exposition post-partum au risque de conception.**

Indicateurs calculés à partir de la situation, au moment de l'enquête, des femmes ayant eu une naissance au cours des 3 années précédant l'enquête  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	13,6	14,4	12,4
Milieu urbain	10,0	11,0	9,4
dont Bamako	9,4	10,1	8,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	13,3	14,1	12,0
Primaire	12,3	13,0	11,9
Secondaire et plus	2,5	10,5	4,4
<i>Ensemble du Mali</i>	13,1	13,6	11,7
<b>Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	3,3	2,7	2,4
Milieu urbain	2,4	3,3	2,3
dont Bamako	2,3	3,9	2,4
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	3,1	2,7	2,4
Primaire	2,9	3,3	2,5
Secondaire et plus	2,5	3,4	2,3
<i>Ensemble du Mali</i>	3,0	2,8	2,4
<b>Durée médiane de non-exposition au risque de concevoir (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	14,1	15,1	13,5
Milieu urbain	11,6	12,2	10,7
dont Bamako	11,2	12,2	9,2
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	13,6	14,8	13,1
Primaire	14,2	13,9	12,7
Secondaire et plus	2,5	11,1	9,0
<i>Ensemble du Mali</i>	13,6	14,4	12,8

Si l'on tient compte de ce temps de non-exposition post-partum, de la durée de gestation de la grossesse suivante, et du temps lié aux aléas de la conception (qui est notamment fonction de l'âge de l'homme et de la femme) et de l'aboutissement de la grossesse (mortalité intra-utérine, mortinatalité), on identifie les mécanismes qui assurent un espacement important entre les naissances dans le régime de fécondité ancien, sans qu'une intervention délibérée des individus pour limiter la fécondité soit nécessaire.

Au Mali, l'intervalle médian entre les naissances est de l'ordre de 32 mois (tableau 7) et, comme on pouvait s'y attendre en l'absence de modification significative des facteurs en jeu, cet intervalle a peu évolué au niveau national. Il a cependant tendance à s'allonger en milieu urbain et, surtout, chez les femmes les plus instruites ce qui, en l'absence d'évolution comparable de la durée d'aménorrhée, laisse à penser qu'une pratique contraceptive est en jeu.

Tableau 7

**Évolution des durées médianes (en mois) des intervalles inter-génésiques.**

Intervalle entre les naissances des 5 années précédant l'enquête et les naissances précédentes  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	32,2	30,0	32,0
Milieu urbain	30,5	31,2	33,7
dont Bamako	31,3	31,8	34,5
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	32,0	30,1	32,2
Primaire	30,6	30,9	32,1
Secondaire et plus	27,0	32,1	38,2
<i>Ensemble du Mali</i>	31,7	30,3	32,3

L'évolution des conditions traditionnelles de l'espacement des naissances, en premier lieu l'allaitement, est un facteur dont il faut tenir compte dans les perspectives de la fécondité au Mali. Même si l'allaitement de longue durée reste de mise, il est probable que la durée de l'allaitement exclusif (actuellement supérieure à 8,7 mois dans la moitié des cas) est amenée à diminuer conformément aux recommandations sanitaires internationales qui préconisent l'introduction d'une supplémentation alimentaire dès que l'enfant a 6 mois. Une telle évolution conduirait à un raccourcissement de la durée d'aménorrhée post-partum et donc à une diminution de l'intervalle entre les naissances, en l'absence de recours alternatif à une contraception d'espacement. L'affaiblissement des modalités traditionnelles d'allaitement pourrait ainsi être un frein à la baisse de la fécondité, sinon un facteur d'augmentation, s'il ne s'accompagne pas d'un essor concomitant de la pratique contraceptive.

## LA CONTRACEPTION MODERNE : CONNAISSANCE, PRATIQUE ET ATTENTES

La transition de la fécondité s'est réalisée en Europe à partir du XIX<sup>e</sup> siècle alors que les méthodes de contraception modernes étaient inexistantes. L'essentiel de la baisse de la fécondité s'est appuyé sur des méthodes de « self-control » (abstinence et retrait principalement) mises en œuvre par des couples déterminés à limiter la taille de leur famille. En revanche quand la baisse de la fécondité s'est diffusée dans les pays en développement à partir des années soixante, elle s'est partout opérée en recourant aux méthodes, bien plus fiables, de la contraception moderne (stérilet, pilule, stérilisation...).

L'information sur ces méthodes a commencé à se diffuser au Mali, d'abord timidement dans les années quatre-vingt, puis de manière plus affirmée après l'adoption par le Mali en 1991 d'une politique officielle en matière de population.

Cette diffusion progressive de l'information apparaît bien au travers des trois enquêtes EDS (tableau 8). En 1987, moins de 30 % des femmes maliennes déclaraient connaître une méthode de contraception moderne. Ce n'est qu'en milieu urbain (connaissance déclarée par 56 % des femmes en union), principalement à Bamako (74 %), et parmi les femmes scolarisées (60 % des femmes ayant atteint le niveau primaire, 100 % pour le niveau secondaire), qu'une majorité de femmes déclaraient avoir entendu parler d'une méthode de contraception. En revanche, c'était le cas d'à peine une femme sur cinq en milieu rural et d'une sur quatre parmi les femmes non scolarisées. Entre 1987 et 2001, la proportion de femmes informées a plus que triplé dans ces deux groupes tout en continuant d'augmenter parmi les citadines et les femmes scolarisées. Aujourd'hui plus de trois quarts des femmes se déclarent informées et la connaissance de la contraception moderne est beaucoup mieux partagée qu'il y a 15 ans par les femmes des différentes catégories sociales, elle est quasi-généralisée (supérieure à 90 %) chez les citadines et les femmes scolarisées et supérieure à 70 % en milieu rural et chez les femmes sans instruction.

La pratique de la contraception moderne par les femmes en union reste cependant modeste, même si elle a augmenté : au moment de l'enquête de 2001, 7 % seulement des femmes mariées utilisaient une méthode de contraception moderne (1 % en 1987) et 20 % déclaraient en avoir utilisé une au cours de leur vie (3 % en 1987). La pratique concerne principalement les femmes vivant en ville (15 %), en particulier à Bamako (20 %), et les femmes scolarisées (26 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et 11 % de celles ayant eu une scolarisation primaire), alors qu'elle reste marginale (de l'ordre de 5 %) pour les femmes du milieu rural et les femmes sans instruction, largement majoritaires dans le pays. Les différences entre catégories sociales se sont ainsi accrues.

Différents indicateurs suggèrent cependant que la pratique contraceptive est amenée à se développer : parmi les femmes en union ne pratiquant pas la contraception, près de 4 sur 10 déclarent leur intention de l'utiliser dans le futur et l'on peut penser que ces intentions ont d'autant plus de chances d'être réalisées que l'information se répand au sein de la population et que le coût social d'une démarche en rupture avec les normes en vigueur s'amoindrira quand la contraception aura acquis une visibilité et, par-là même, une certaine légitimité au sein de la population.

Tableau 8

**Évolution de la connaissance et de la pratique de la contraception moderne.**

Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
Femmes en union qui connaissent au moins une méthode de contraception moderne (%)			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	19,1	56,5	71,8
Milieu urbain	56,7	87,0	89,6
dont Bamako	74,3	96,9	95,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	23,0	60,6	72,8
Primaire	60,5	82,6	91,8
Secondaire et plus	100	98,6	99,7
<i>Ensemble du Mali</i>	28,6	64,6	76,2
Femmes en union qui utilisent une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête (%)			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	0,1	1,9	4,3
Milieu urbain	4,9	11,6	15,3
dont Bamako	6,1	16,4	20,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	0,4	2,3	5,2
Primaire	5,5	11,2	11,7
Secondaire et plus	20,3	30,1	26,1
<i>Ensemble du Mali</i>	1,3	4,5	7,0
Femmes âgées de 15-19 ans utilisant une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête, selon la situation matrimoniale (%)			
Mariées	1,4	2,4	4,0
Non mariées, ayant une activité sexuelle	11,9	15,7	16,8
Femmes en union ayant déjà utilisé la contraception moderne (%)			
<i>Ensemble du Mali</i>	3,2	12,4	20,1
Femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, parmi les femmes mariées qui ne l'utilisent pas au moment de l'enquête (%)			
<i>Ensemble du Mali</i>	12,9	38,2	37,3

Enfin la pratique de la contraception moderne concerne d'ores et déjà une part non négligeable (17 %) des jeunes femmes non mariées ayant une activité sexuelle (tableau 8). Elle est ainsi, conjointement au recul de l'âge au premier mariage, l'un des facteurs de la baisse de la fécondité aux jeunes âges, mais aussi le signe d'un début d'appropriation de la contraception par les jeunes générations dont on peut penser qu'elles feront usage également au cours de leur vie conjugale.

## CONCLUSION

Le maintien à un niveau élevé de la fécondité malienne traduit avant tout l'adhésion des populations au modèle de la famille nombreuse. Les déclarations des femmes sur le nombre idéal d'enfants en sont une illustration : même si une tendance à la baisse se dessine, la valeur médiane en 2001 reste supérieure à 6 enfants, proche de 7 en milieu rural et toujours supérieure à 4 dans les minorités très instruites ou résidant à Bamako (tableau 9).

Tableau 9  
**Nombre idéal d'enfants. Valeur médiane.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	7,3	7,1	6,8
Milieu urbain	5,7	5,6	5,2
dont Bamako	5,1	5,1	4,8
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	7,2	6,9	6,6
Primaire	5,9	5,7	5,8
Secondaire et plus	4,0	4,5	4,4
<i>Ensemble du Mali</i>	6,9	6,6	6,2

La médiane est calculée à partir des déclarations sous forme numérique.  
 Les réponses non-numériques (« ne sait pas », « cela dépend de Dieu »,...) représentent 25 % des réponses en 1987 et 2001, 11 % en 1995-96.

Ce serait cependant se méprendre que de penser que rien ne bouge. Dans les milieux où les femmes trouvent des modes de valorisation personnelle hors de la maternité et du mariage, principalement à Bamako et dans les catégories les plus instruites, la fécondité a commencé à baisser. Le changement se produit principalement au début de la vie adulte : les femmes se marient plus tard et, sans pour autant reporter les débuts de leur vie sexuelle, commencent à utiliser la contraception moderne pour contrôler leur fécondité. La contraception moderne commence également à se diffuser dans le cadre du mariage au sein des populations urbaines et scolarisées, sans toutefois se traduire par une diminution de la fécondité après l'âge de 25 ans. Il est probable qu'elle serve principalement l'objectif d'espacement des naissances et compense en quelque sorte l'efficacité amoindrie des mécanismes traditionnels (allaitement et, dans une moindre mesure, abstinence sexuelle post-partum).

L'évolution de la fécondité au Mali est, bien sûr, étroitement liée à celle des populations rurales et peu ou pas scolarisées, qui en constituent l'écrasante majorité. On n'observe, dans ces populations, aucune évolution significative de la fécondité et des comportements qui y sont liés : les femmes s'y marient toujours à un âge jeune, la contraception y reste très marginale et l'allaitement prolongé reste le principal facteur de régulation du niveau de fécondité. Des changements s'observent cependant dans la connaissance des méthodes contraceptives modernes et dans les attentes exprimées par les

femmes. Le nombre idéal d'enfants, certes toujours élevé, tend à diminuer et une proportion croissante de femmes déclare son intention d'utiliser la contraception dans le futur. Il appartient aux services publics d'offrir à ces femmes des structures d'accueil et de soins de qualité pour qu'elles puissent disposer, quand elles en auront décidé, de l'écoute et des moyens adéquats pour répondre à leurs attentes.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- BALLO Mamadou Basséry *et al.*, 2002. – *Enquête démographique et de santé au Mali 2001.* – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- BARRERE Bernard Michka SEROUSSI, 1996. – Allaitement et état nutritionnel, in : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 143-159. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- COULIBALY Ishaga et Boureima SINGARE, 2002. – Fécondité, in : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 43-55. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- COULIBALY Salif *et al.*, 1996. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96.* – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- COULIBALY Salif et Ousmane SIDIBE, 1996. – Planification familiale, in : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.61-85. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- DIARRA Modibo *et al.*, 2002. – Nutrition et état nutritionnel, in : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 137-164. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- SEROUSSI Michka, 1996. – Nuptialité et exposition au risque de grossesse, in : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 87-101. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Baba *et al.*, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987.* – CERPOD ; Bamako, Institute for Resource Development, Columbia, 187 p.
- TRAORE Seydou Moussa, 1996. – Préférences en matière de fécondité, in : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.103-117. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Seydou Moussa et Souleymane BA, 1996. – Fécondité, in : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.41-59. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Planification familiale, in : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 57-81. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.

## LA FECONDITE AU MALI : PERMANENCE OU CHANGEMENTS ?

TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Nuptialité et exposition au risque de grossesse, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 83-94. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.

TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Préférences en matière de fécondité, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 95-106. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.

