



Démographie au Mali

Situation et implications

Par Mr Mountaga TOURE, Directeur Exécutif de l'AMPPF

(Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille)

Contents

Introduction	2
1. Le Mali : contexte économique et sociale	2
2. Evolution démographique au Mali	4
2.1 Dynamique de la population.....	4
2.2 Structure de la population	5
3. Une vue des implications de la forte croissance démographique sur la situation économique et sociale du Mali	6
3.1 Croissance démographique et économie	7
3.2 Croissance démographique et offre de services de santé	7
3.3 Croissance démographique et éducation	8
3.4 Croissance démographique et déséquilibre spatial	9
4. La planification familiale comme réponse à la forte croissance démographique.....	10
4.1 Aperçu de la Politique Nationale de Population.....	10
4.2 Etat de la planification familiale au Mali	11
4.3 Recommandations pour une promotion efficace de la planification familiale	13
4.4 La stratégie de lutte contre le VIH SIDA	14
5. Conclusion et recommandations.....	17
ANNEXES	18
Principaux indicateurs de développement au Mali.....	18
BIBLIOGRAPHIE	19

Introduction

La présente étude s'inscrit principalement dans le cadre de la prochaine Session du Conseil d'Administration de PPD qui se tiendra en Afrique du Sud (Pretoria)

Il s'agira essentiellement de se pencher sur l'évolution de la population malienne au cours de ces dernières années.

Et voir surtout quelles sont les différentes politiques et programmes mises en place pour arriver à une certaine stabilisation de cette population

1. Le Mali : contexte économique et sociale

Le Mali, pays d'Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1 241 238 km², s'étend du Sahara à la lisière des forêts de la Guinée et de la Côte d'Ivoire. Il partage également des frontières avec l'Algérie, le Burkina Faso, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal.

Figure 1 : carte du MALI



Map No. 4231 UNITED NATIONS
October 2004

Department of Peacekeeping Operations
Cartographic Section

Le pays compte 8 régions administratives (et un District abritant la capitale, Bamako), 49 cercles et 703 communes.

La densité, très variable, passe de 90 habitants au km² dans le delta central du Niger à moins de 5 habitants au km² dans la région saharienne du Nord. La population est concentrée dans la partie Sud du pays et le long du fleuve Niger. Les régions de Ségou, Sikasso et Koulikoro absorbent à elles seules 51% de la population. Les trois régions du nord: Gao, Kidal et Tombouctou représentent les deux tiers de la superficie du pays pour seulement 10 % de sa population. Au sud, le pays est divisé entre les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou, Sikasso et le district de Bamako.

Le Mali fait partie des pays en voie de développement et des pays pauvres très endettés (PPTÉ) et occupe le 160^{ème} rang sur 169 au classement IDH 2010. Le tableau suivant fournit un aperçu de l'évolution de certaines variables démo-économiques et sociales du pays.

Tableau 1 : Evolution de quelques variables, Mali

Année	1976	1987	1998	2009 ¹
Population (en milliers)	6 394	7 696	9 811	14 517
PIB par habitant²	206,33	237	217,66	304,24
Taux de croissance du PIB³	13,62	-0,52	6,03	4,50
Dépenses santé (en % du PIB)			6,20	5,58

Sources : (i) World Bank Indicators, (ii) données provisoires RGPH 2009, Bilan de mise en œuvre du CSCR 2007 – 2011

Au Mali, même si le PIB par habitant croît, cette croissance se fait à un rythme quelque peu décroissant. Il faut noter que les performances économiques au Mali dépendent de plusieurs facteurs endogènes et exogènes parmi lesquels les investissements publics et privés, l'environnement international (commerce extérieur et aide publique au développement) et les transferts de migrants. Cette décroissance du PIB par habitant pourrait être due en grande partie au poids démographique (croissance démographique de 3,6% l'an entre 1998 et 2009), déterminant dans la répartition de la richesse nationale.

Les stratégies de réduction de la pauvreté mises en œuvre depuis 2002 n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Le taux de pauvreté est passé de 68,3% en 2001 à 59,2% en 2005 alors qu'il en était attendu 47,5%. En 2009, 43,6% de la population malienne vit en dessous du seuil de pauvreté.

Sur le plan de l'évolution récentes des conditions sociales⁴ : (i) le taux brut de scolarisation (TBS) dans le 1er cycle de l'enseignement fondamental est passé de

¹ Résultats provisoires du RGPH 2009

² US dollar constants (année de base = 2000)

³ à prix constants (année de base = 2000)

⁴ Les données de ce paragraphe sont tirées du document Bilan 2010 du CSCR 2007 – 2011

79,5% en 2009-2010 à 80,4% en 2010-2011 avec cependant des disparités régionales souvent marquées ; (ii) le taux d’alphabétisation des adultes (15 ans et plus) se situe à 29,4% (ELIM 2009) ; (iii) 58% seulement de la population vit à moins de 5 km d’un centre de santé, 464 décès maternels sont constatés pour 100 000 naissances vivantes avec un taux de mortalité infantile est de 96 pour mille (56% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié) ; (iv) le taux de prévalence du VIH/SIDA a baissé de 1,7% à 1,3% entre 2001 et 2006, (v) entre 2007 et 2010, la proportion de population ayant un accès à une eau potable est passée de 68,1 à 82% (en milieu rural, ce taux est de 69% en 2010).

Dans la mise en œuvre d’actions pour l’atteinte des OMD à l’horizon 2015, le Mali accuse du retard. Les progrès les plus grands se situent dans les domaines de la scolarisation, de l’accès à l’eau potable et de l’accès aux traitements du VIH/SIDA.

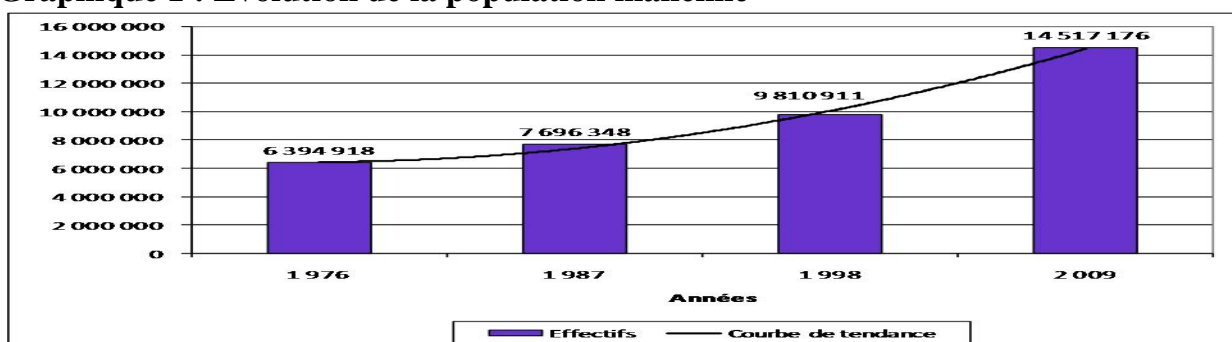
2. Evolution démographique au Mali

2.1 Dynamique de la population

Le Mali a connu depuis l’indépendance, quatre recensements généraux de la population (1976, 1987, 1998 et 2009). En ce qui concerne le dernier recensement, seules les données provisoires sont disponibles.

Entre 1987 et 1998, le taux de croissance annuel de la population se situait à 2,2%, et entre 1998 et 2009, il est passé à 3,6%. Au rythme de croissance actuel, la population malienne atteindra environ 30 millions d’habitants dans 20 ans (5 fois la population de 1976) soit une densité de 24 habitants⁵ au km² avec ses implications (pression sur les ressources naturelles, urbanisation / migrations, croissance rapide des dépenses publiques surtout sociales...). Le graphique suivant donne l’évolution de la population malienne depuis 1976.

Graphique 1 : Evolution de la population malienne



Source : INSTAT, Résultats provisoires RGPH 2009

⁵ Cette densité est à relativisée au regard de la superficie du pays (1 241 238 km²) et du fait que près des 2/3 du pays se situent en zone saharienne avec souvent une densité de moins d’un habitant au km².

Au regard de l'évolution en nombre de sa population, le Mali se classe dans le groupe des pays du modèle dit encore traditionnel, où depuis 20 ans, la mortalité recule mais la natalité reste à des niveaux très élevés.

Plusieurs facteurs concourent à cette démographie galopante au Mali. En effet, l'on constate que :

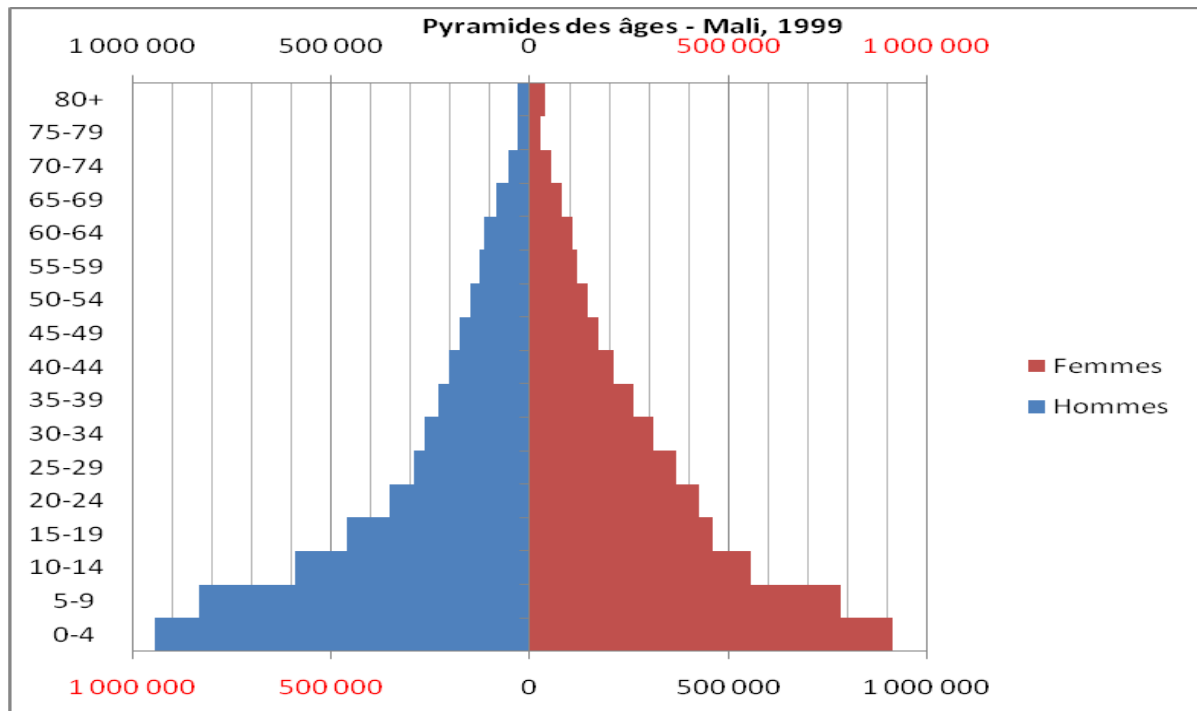
- le taux brut de mortalité a presque été divisé par 2 entre 1950 et 2005 (de plus de 30 pour mille à près de 15 pour mille) alors que le taux de natalité est demeuré quasi constant sur la même période à plus de 50 pour mille ;
- la mortalité, surtout celles maternelle et infantile, a fortement baissé. Le taux de mortalité maternelle est passé de 582 à 464 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2001 et 2006 et le taux de mortalité infantile est passé de 123 à 96 pour mille naissances vivantes entre 1990 et 2006. Ces évolutions continues à la baisse ont été favorisées par le renforcement de la couverture sanitaire, l'amélioration du système de santé et le renforcement de l'offre de santé.
- la fécondité reste précoce, intensive et tardive (6,6 enfants par femmes) et la prévalence contraceptive très faible (6,9% en 2006). L'Indice Synthétique de Fécondité n'a pratiquement pas varié depuis 1987.
- le Mali semble devenir une terre de transit et d'accueil pour des milliers de personnes fuyant la précarité et les conflits dans les pays de la sous région. Le solde migratoire commence à s'inverser au profit de l'immigration ; il devient donc positif.

2.2 Structure de la population

La population malienne vit en majorité en zone rurale (68,3% en 2006 contre 73,2% en 1998) et est très peu instruite (29,4% de personnes de 15 ans et plus sont alphabétisées en 2009 contre 15,5% en 1998). Les femmes sont plus nombreuses (50,4% selon le RGPH 2009) que les hommes. Les projections démographiques de la Direction Nationale de la Population fournissent une vue d'ensemble de la structure par âge de la population en 1999 et 2035.

La structure de la population malienne est caractéristique de celle des pays à fort taux de croissance démographique et en expansion. Une analyse de la pyramide des âges permet de se rendre compte combien la fécondité est élevée (6,6 enfants par femme en moyenne) et la population jeune (60% ont moins de 25 ans).

Figure 2 : pyramide des âges_Mali 1998



Source : A partir des données de la Direction Nationale de la Population

Concentrée dans le quart sud du pays, cette population est fortement rurale (près de 70%). Toutefois, l'urbanisation se fait de plus en plus rapidement et l'on voit en particulier la capitale (Bamako) grandir et d'étendre de jour en jour.

Les effets du phénomène de la migration (interne et externe) reste peu connus au Mali mais un constat fait état d'une baisse de la proportion de population rurale diminué fortement du fait de l'exode rural et le phénomène d'urbanisation prend aujourd'hui de l'ampleur du fait de cette migration interne mais aussi des migrations de retour, cause des situations d'instabilité politique et économique que traversent de nombreux territoires d'accueil en Afrique.

3. Une vue des implications de la forte croissance démographique sur la situation économique et sociale du Mali

Le Mali est l'un des rares pays où la transition démographique n'est toujours pas amorcée alors que l'économie repose essentiellement sur le secteur primaire et la demande sociale augmente à un rythme beaucoup plus élevé que la croissance économique. En effet, la forte croissance démographique se traduit par une augmentation de la demande sociale dans de domaines tels que la santé, l'éducation, la gestion de l'espace et de l'habitat urbains, l'approvisionnement en eau potable, en énergie, etc mais aussi une contrainte sur les performances économiques.

3.1 Croissance démographique et économie

La croissance économique souvent faible, fluctuante et largement tributaire de facteurs exogènes, est en grand déphasage avec l'accroissement des effectifs de la population et le rythme d'accroissement des besoins des plus jeunes. Il en résulte une absorption des plus-values et un ralentissement de l'investissement (source de croissance) dans la construction d'infrastructures de qualité. C'est ainsi qu'au cours de la période 2007-2011 les dépenses en capital ont été de seulement 37% du total des dépenses effectuées par l'Etat alors que le CSCRП prévoyait 45,5%.

Une démographie galopante peut empêcher l'atteinte de résultats des politiques économiques dans un pays comme le Mali, dépendant fortement d'un secteur primaire encore traditionnel et d'un secteur tertiaire relativement peu pourvoyeur de main-d'œuvre. Cette situation pourrait entraîner également un accroissement de la part des ressources publiques allouées aux dépenses sociales sans pour autant parvenir à accroître le niveau de capital humain malgré l'accroissement (toutefois moins proportionnelle) des dépenses d'investissements et de fonctionnement : *s'il faut plus d'écoles, plus d'hôpitaux, il faut aussi plus d'enseignants et de personnel de santé*. En outre, si la population croît très vite, le supplément de production (croissance économique) est à répartir entre un nombre sans cesse croissant de personnes (et de dépendants), réduisant ainsi la croissance du revenu par habitant.

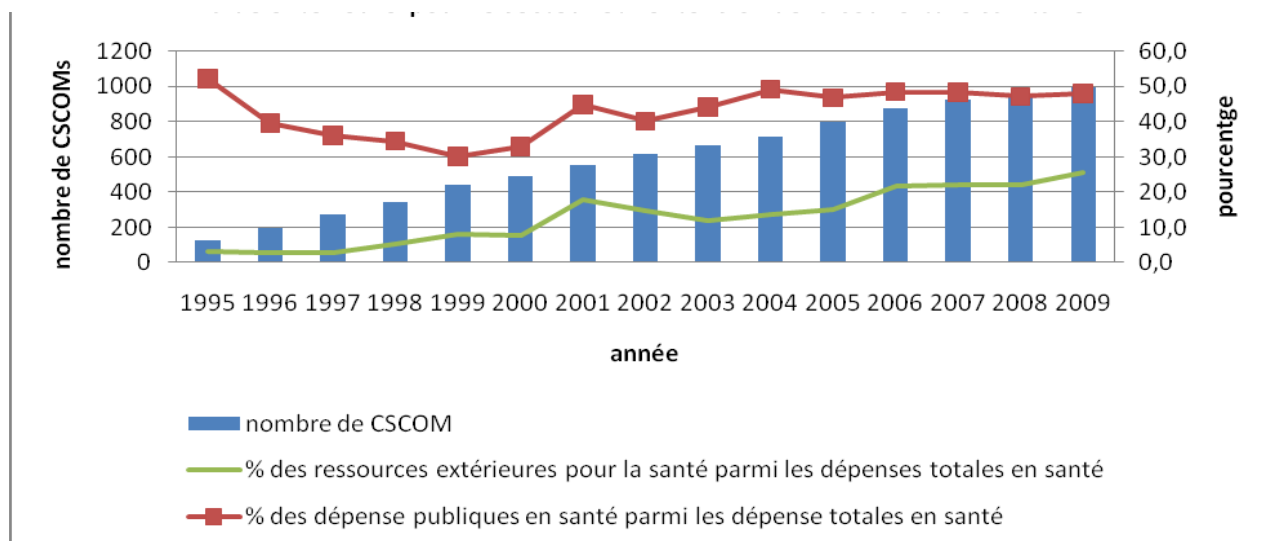
3.2 Croissance démographique et offre de services de santé

Les problèmes liés à la croissance démographique sont très perceptibles dans le domaine de la santé notamment à travers l'accroissement des besoins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La forte croissance démographique fait de la satisfaction des besoins (toujours croissants) en services de santé, un vrai défi à relever par les structures en charge de ce domaine.

Les besoins en infrastructures nouvelles, en équipement hospitaliers et en personnel soignant s'accroissent d'année en année à un rythme croissant. Le gap de financement du secteur de la santé croît également malgré une aide extérieure plus grande.

A la fin, c'est l'atteinte des OMD et des objectifs du PRODESS qui est affectée du fait des conséquences de la forte croissance démographique sur l'offre de services et de services de qualité. Le graphique suivant donne un aperçu de l'évolution d'indicateurs du système de santé.

Graphique 2 : infrastructures (CSCOM), aides extérieures et dépenses publiques de santé de 1995 à 2009



Source : tiré d'une note contributive de l'UNFPA Mali à la formulation du CSCR 2012 – 2017, juillet 2011

3.3 Croissance démographique et éducation

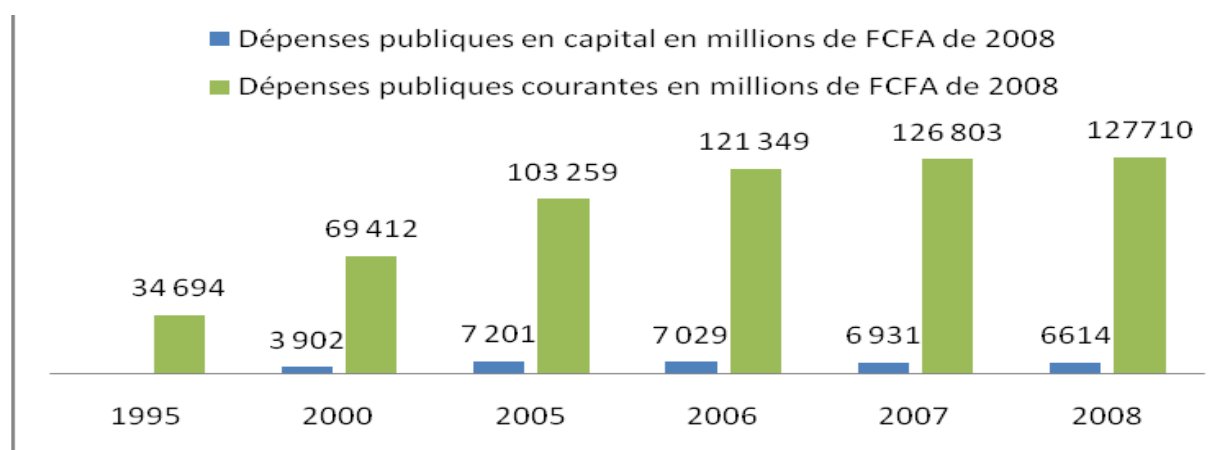
Les dépenses publiques pour le secteur de l'éducation ont quadruplé entre 1995 et 2008. Malgré les efforts croissants du Gouvernement en faveur de l'éducation et en partie à cause de la forte croissance démographique, les indicateurs du secteur de l'éducation restent en deçà des objectifs fixés et contraignent donc la réalisation de l'OMD 3. Par exemple, le tableau suivant fournit une évolution des dépenses publiques en faveur de l'éducation au Mali depuis 1995.

Tableau 2 : Evolution des dépenses publiques courantes d'éducation et en relation avec la pression démographique sur le secteur, 2000

Dépenses courantes	1995	2000	2005	2006	2007	2008
en millions de FCFA courants	22 603	49 240	89 203	110 189	118 088	127 710
en FCFA de 2008 par enfant de 7-15 ans	14 729	25 541	32 727	37 330	37 860	37 010

Le graphique 3 montre à quel point les contraintes liées à la croissance démographique sont énormes, se manifestant notamment par un grand écart entre les dépenses publiques courantes de fonctionnement dans le domaine de l'éducation et les dépenses en capital, c'est-à-dire l'investissement dans la construction de nouvelles infrastructures et dans les équipements. L'Etat, qui doit faire face à la croissance rapide des effectifs chaque année, se trouve finalement contraint de consacrer la majeure partie des ressources allouées au secteur à la gestion des effets liés à l'augmentation de la demande dans les différents cycles de l'enseignement.

Graphique 3 : Composition des dépenses publiques d'éducation



Source : Données RESEN 2010

3.4 Croissance démographique et déséquilibre spatial

La répartition spatiale au Mali est caractérisée par une grande disparité entre le Nord et le Sud du pays avec une densité moyenne allant de 1,3 habitant au km² dans la région de Tombouctou à 37 dans la région de Sikasso. On note également une forte concentration des populations autour des sources de subsistance (lit du fleuve Niger, zone humide) ainsi que dans les villes à fonctionnalités économiques. Ainsi, plus de 91% de la population occupent moins de 25% du territoire. Le rythme de ce déséquilibre est en constante augmentation depuis le premier RGPH de 1976 qui donnait pour les régions du Nord 14 % de la population totale contre moins de 9 % en 2009.

Ce déséquilibre spatial n'est pas sans impact sur l'environnement et les ressources naturelles. A titre d'exemple, les conséquences économiques des dommages environnementaux et de l'utilisation inefficace des ressources naturelles et des énergies sont évaluées en 2008 à 20% du PIB, soit plus de 680 milliards FCFA. La pression démographique sur les ressources pourrait s'alourdir les prochaines années et constituer une menace pour la survie d'espaces végétales et animales et au-delà pour le bien-être des populations maliennes et pauvres en particulier dans le contexte actuel de changement climatique.

Autre conséquence de l'accroissement démographique galopante, les villes deviennent de plus en plus grandes sans que cette évolution ne soit le fait d'une plus grande industrialisation. Le taux d'urbanisation augmente rapidement, essentiellement à cause de la forte migration des campagnes vers les villes. Cette évolution pose le défi de l'aménagement territorial, des infrastructures, de la criminalité, de la santé publique et de l'assainissement / hygiène. La population urbaine est ainsi passée de 22% en 1987 à 26,8% en 1998 et se situe en 2006 à 31,7% de la population totale.

4. La planification familiale comme réponse à la forte croissance démographique

La maîtrise de la croissance démographique passe sans nul doute par la promotion et l'utilisation des services de planification famille et d'espacement des naissances au regard de la forte fécondité au Mali. La mise en œuvre d'une stratégie efficace de planification familiale s'impose quand l'on se rend compte que depuis 1987, le taux de fécondité n'a pas varié de façon significative, demeurant autour de 6,6 enfants par femme. Au Mali, depuis 1991, une Politique Nationale de Population (PNP) existe et sa mise en œuvre à travers des Programmes Prioritaires d'Actions et d'Investissements n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés en matière de population et développement.

4.1 Aperçu de la Politique Nationale de Population

L'intérêt des autorités nationales pour la prise en compte des questions de population se matérialisa dès 1983 avec la création d'une « Unité Population » pour coordonner les travaux d'un groupe multisectoriel chargé d'élaborer une politique de population. Une Déclaration de Politique Nationale de Population a été adoptée en 1991 et a fait l'objet d'une révision en 2003.

L'architecture de l'appareil gouvernemental a fait passer la gestion de la Politique de Population au sein de plusieurs départements (Ministère de la Santé, Primature, Plan et Aménagement du Territoire, Economie). La Direction Nationale de la Population (DNP) érigée en 2004 pour la gestion de la PNP est rattachée aujourd'hui au Ministère de l'Economie et des Finances.

La relecture du document de politique de population en 2003, a permis entre autres de quantifier⁶ (quelque peu !) les objectifs fixés et de prendre en compte les recommandations de la Conférence Internationale sur Population et Développement (CIPD, Le Caire – 1994). L'objectif global assigné à cette Politique est l'« amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations » à travers 10 objectifs généraux et 25 objectifs intermédiaires.

Dans le domaine de santé de la reproduction par exemple, cette politique doit contribuer à :

⁶ Des objectifs chiffrés ont été retenus dans 3 objectifs sur 10. Il s'agit des objectifs en lien avec l'éducation, la santé et la fécondité

- réduire les mortalités maternelle et infanto-juvénile et améliorer l'état de santé des populations, en particulier en matière de Santé de la Reproduction (objectif n°2) par, entre autres :
 - la réduction de 50% du taux de prévalence des IST (de 1,7% en 2001 à 0,5% d'ici 2025) ;
 - la réduction du taux de mortalité maternelle de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2001 à 291 d'ici à 2025 ;
 - la réduction du taux de mortalité infantile de 113‰ en 2001 à 50‰ en 2025, et le taux de mortalité juvénile de 128‰ en 2001 à 65‰ d'ici à 2025 ;
 - l'augmentation du taux de fréquentation des services de santé de la reproduction.

- contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité (objectif n°3) par :
 - l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne de 8,2% en 2001 à 30 % en 2025 ;
 - la promotion de l'âge au premier mariage de la jeune fille à 18 ans.

La faiblesse des moyens d'une part et le faible engagement des acteurs d'autre part (déficit d'appréhension du rôle fédérateur du document de politique et du rôle coordonnateur de la DNP) ont eu un impact contraignant sur la réalisation des actions prioritaires identifiées dans les documents de Programmes Prioritaires d'Actions et d'Investissements en matière de Population (PPAIP) au niveau national et régional, et sur l'intégration efficace des questions de population dans les politiques et stratégies de développement au Mali⁷.

4.2 Etat de la planification familiale au Mali

Suite aux nombreuses interventions en sensibilisations et plaidoyer, une loi (n° 02-044) relative à la santé de la reproduction et un Plan d'Action pour assurer la Contraception Sécurisée ont été adoptés en 2002 respectivement par l'Assemblée Nationale et le Gouvernement du Mali. Cet engagement national devait concourir à la promotion forte de la planification familiale au Mali d'une part et d'autre part à un financement national des produits de contraception. Toutefois, c'est à partir de 2009 que le gouvernement s'est engagé depuis 2009 à prendre en charge 10 à 15% du coût annuel des contraceptifs.

⁷ A titre illustratif, l'on peut noter la faible utilisation de la PNP comme document de référence et la non cohérence entre objectifs des politiques sectorielles et objectifs de la PNP surtout en ce qui concerne les cibles

Plusieurs autres programmes de santé de la reproduction ont été mis en œuvre avec l'accompagnement de partenaires techniques et financiers pour répondre aux besoins en soins d'urgence (SOU et SONU), en prise en charge des IST / VIH / SIDA. Au regard de la place quelque peu marginale de la planification familiale dans le financement de ces programmes et plans, le Mali s'est engagé depuis 2005 en faveur du « repositionnement de la planification familiale » avec une campagne nationale d'un mois chaque année.

Aujourd'hui, avec le concours notamment de l'UNFPA, un Plan Stratégique de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction (SPSR) a été élaboré et est mis en œuvre avec quatre composantes : soins obstétricaux et néonataux, planification familiale, IST/VIH-SIDA et produits sanguins.

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

Tableau n°3 : Prévalence contraceptive au Mali

Enquête EDS	EDS 1987	EDS 1995 - 96	EDS 2001	EDS 2006
Prévalence de la contraception (sans allaitement, sans MAMA) en % de femmes	4,7	6,7	6,9	7,7
- méthodes modernes	1,3	4,5	5,7	7
- méthodes traditionnelles	3,3	2,2	1,1	1

Source : inspiré de Guengant J. P. et Diallo H. (2009)

Le niveau de recours à la prévalence contraceptive reste l'un des plus bas de la sous-région (quand par exemple le Benin, le Burkina Faso et le Togo sont à 17%). Le non recours à la pratique contraceptive est renforcé par la persistance de certains us et coutumes. Pour les femmes de 25 – 49 ans, l'âge médian à la première naissance est resté constant (18,9 ans) et l'un des plus bas en Afrique. La proportion d'adolescentes (15 – 19 ans) déjà mères est passée de 40% en 2001 à 36% en 2006 (EDS IV) ; déjà, à cette période de leur vie, les adolescentes de cet âge contribuent pour 14% à la fécondité totale.

Le tableau n°6 montre à quel point la demande et l'utilisation des services de planification familiale est faible au Mali, en particulier chez les femmes les moins éduquées et les plus pauvres. Comme indiqué plus haut, les us et coutumes mais le

faible niveau d'éducation et la faible possibilité de prise de décision peuvent expliquer cette situation. Cependant, quelque soit le niveau d'éducation et le statut de pauvreté des femmes, le nombre moyen d'enfants attendu et désiré par femme se situe entre 5 et 7 enfants.

Tableau n°4 : Utilisation, besoins et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse, EDS 2006

	Utilisation de la contraception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% de demande satisfaite
			espacement	arrêt	total	
Par niveau de scolarisation						
femmes non scolarisées	5,6	30,5	23,8	12,3	36,1	16
femmes de niveau primaire	14,1	31,6	33,2	12,5	45,8	31
femmes de niveau secondaire ou plus	29,0	38,1	52,4	14,7	67,1	43
Par quintile de richesse						
femmes les plus pauvres	3,7	31,7	23,6	11,8	35,4	11
femmes très pauvres	5,0	30,6	22,6	12,9	35,5	14
Pauvres	4,6	30,8	22,3	13,1	35,3	13
Foyennes	8,0	29,3	26,1	11,3	37,4	22
femmes aisées	19,1	33,6	39,3	13,4	52,7	36
ENSEMBLE	8,2	31,2	26,9	12,5	39,5	21

Source : inspiré de Guengant J. P. et Diallo H. (2009)

4.3 Recommandations pour une promotion efficace de la planification familiale

Ces quelques recommandations ne sont ni exhaustives ni exclusives.

- donner plus de chances aux filles d'atteindre un niveau de scolarisation égal au moins au fondamental pour leur permettre un plus grand accès à l'information sur la fécondité ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur la santé génésique des femmes ;
- mettre en œuvre un véritable plan d'actions en matière de PF impliquant tous les acteurs au niveau central et local ;
- prendre en compte de façon efficace les questions de population dans tout processus de planification afin d'arriver à un développement harmonieux et respectueux des différences sociales, culturelles et du genre.

4.4 La stratégie de lutte contre le VIH SIDA

Au Mali, le contexte de la lutte contre le SIDA est marqué autant par des atouts que par des défis:

- Le Mali est signataire des principaux engagements internationaux et sous régionaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA : ODM, UNGASS, ABUJA ;
- La marche vers la démocratie et le cadre général de gouvernance partagée sont des atouts majeurs ;
- Le cadre de lutte contre la pauvreté et du développement durable sont définis ;
- La situation géographique du pays présente d'importants défis et contraintes à l'aménagement et à l'offre adéquate des services aux populations ;
- L'économie est vulnérable ;
- Le niveau d'accès à l'éducation et à la communication est en deçà du seuil requis ;
- Les défis du développement humain sont nombreux ;
- La déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA qui recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments (ARV) à toutes les PVVIH ;
- Le Cadre Stratégique National de lutte contre le SIDA (CSN) et le Plan sectoriel SIDA du Ministère de la Santé (2005-2009) qui mettent un accent particulier sur la décentralisation de la prévention, des soins et du traitement
- Les Politiques, Normes et Protocoles.

La prévalence du VIH/SIDA

Le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 1,3 % dont 1,5 % des femmes et 1,0 % des hommes. Ce taux a baissé de 0,4% entre 2001 et 2006 (de 1,7% à 1,3%). La prévalence varie de 0,5 % à Tombouctou à 1,9 % à Bamako. Les personnes plus instruites et celles vivant dans les ménages les plus riches ont une prévalence élevée.

- ❖ La prévalence chez les veuves et les divorcés est plus élevée que chez les mariés ou les célibataires.
- ❖ Le risque est presque aussi grand chez les femmes qui ont eu un partenaire à haut risque que chez les hommes qui ont eu trois ou plus partenaires à haut risque.
- ❖ La grande majorité des femmes et des hommes séropositifs ne savent pas leur statut sérologique.

Bien que faible, la recherche et la surveillance indiquent des risques qui demandent des actions fortes

La surveillance sentinelle

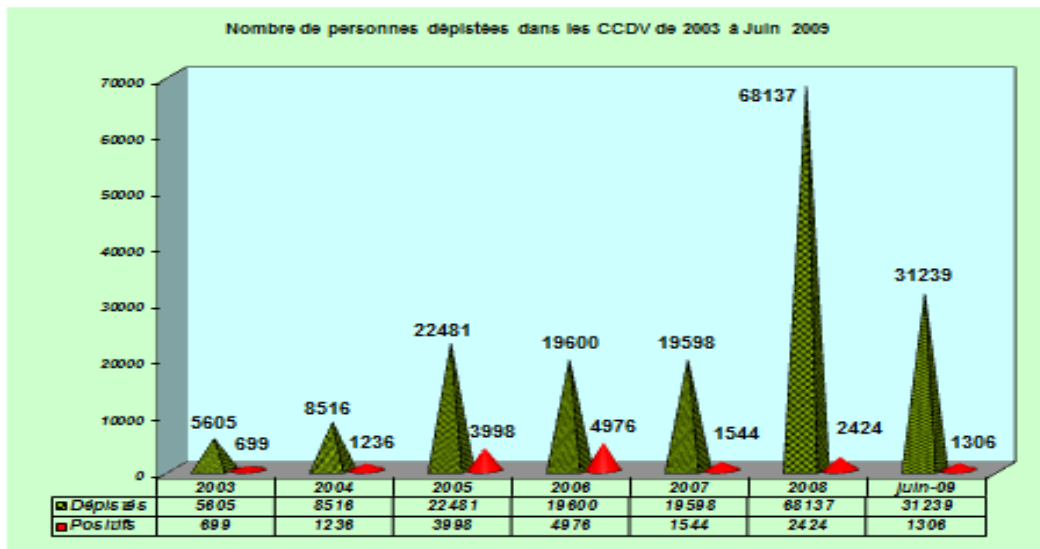
L'enquête intégrée sur la prévalence du VIH, des IST et les comportements chez les groupes les plus exposés (ISBS) effectuée en 2006 donne les résultats suivants :

- Professionnels du Sexe : 35,3% ;
- Vendeuses ambulantes : 5,9% ;
- Routiers : 2,5% ;
- Coxeurs : 2,2% ;
- Aides familiales : 2,2%.

La sécurité transfusionnelle

- Élaboration d'une politique nationale de transfusion sanguine
- 8 antennes de transfusion ont été créées dans les régions en plus du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) à Bamako ;
- 140 743 poches de sang ont été collectées et testées au niveau des 8 antennes et le District de Bamako depuis 2006 dont 28 762 de janvier à juin 2009
- En plus du VIH, les tests de l'hépatite B (HBS), de l'hépatite C (HC) et de la syphilis (BW) sont effectués sur les poches de sang
- La sécurité en milieu de soins
- Un document de politique nationale de sécurité des injections a été élaboré;
- Formation du personnel au niveau central et opérationnel;
- Mise en place de kits de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES)
- Supervision des activités de mise en œuvre de la politique de prévention en milieu de soins

Graphique 4 : nombre de personnes dépistées dans les sites CCDV



Les déterminants principaux de l'épidémie au Mali sont les comportements sexuels à risque, l'important flux de migration interne et externe qui accroît la vulnérabilité, l'étendue de la pauvreté qui rend les populations davantage vulnérables aux ravages de l'épidémie, les relations genres inégaux exacerbent les risques, les vulnérabilités et les impacts du VIH/SIDA, la discrimination, la marginalisation et la stigmatisation des PVVIH et des familles et communautés affectées par le VIH/SIDA perdurent et enfin, l'impact des pratiques socioculturelles à risque affecte les efforts de création des conditions assurant une culture de soins inclusive.

L'impact de l'épidémie concerne tous les secteurs de l'économie par la réduction de la main d'œuvre et du temps de travail, l'augmentation des coûts directs et indirects

La riposte nationale contre le fléau est marquée à la fois par des forces et des faiblesses. Parmi les forces, on peut citer une forte volonté et un grand engagement politique, un esprit d'initiative de la société civile.

Les partenaires techniques et financiers contribuent à créer les conditions stratégiques adéquates de lutte.

La déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA fut adoptée le 7 avril 2004. Le Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) a été réorganisé. Il comporte une représentation égalitaire entre le secteur public, le secteur privé et le secteur de la société civile qui compte en son sein les représentants des associations de Personnes Vivant avec le VIH. La structure, tout comme son organe d'exécution, le Secrétariat Exécutif, ont été placés sous la responsabilité directe du Chef de l'Etat. Les représentants des partenaires au développement sont aussi associés au HCNLS.

La lutte contre le VIH/SIDA se fonde sur la vision et la mission suivantes :

La vision - Le Mali renverse les tendances de la propagation du VIH/SIDA dans la population, lève les barrières à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte, réduit les risques et vulnérabilités des individus, des familles, des communautés et atténue les impacts de l'épidémie sur le développement économique, social et culturel durable.

La mission - A travers un cadre multisectoriel de réponse, coordonné par le HCNLS, ancré dans les organes de gouvernance locale, enraciné dans les communautés et activement soutenu par un partenariat fructueux de tous les acteurs concernés, le Mali assure l'intensification et l'extension massives des programmes et interventions favorisant :

- la prévention du VIH/SIDA ;
- les soins, le traitement et le soutien des personnes, des familles et des communautés infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA ;
- l'atténuation des impacts sociaux, économiques et culturels du VIH/SIDA⁸.

5. Conclusion et recommandations

La forte croissance démographique (3,6%) peut être considérée comme une contrainte à la croissance et au développement économique si l'on regarde la structure de la population malienne. La très large proportion de jeunes de moins de 25 ans peut constituer une menace pour la stabilité sociale du pays à cause des contraintes qu'elle rencontre : chômage, déscolarisation, bien-être.

Le Gouvernement du Mali semble avoir pris conscience de l'urgence d'agir, concrétisée lors des travaux de lancement du processus de formulation du prochain CSCRIP : la prise en compte de la variable démographique et des questions de population en général. Mais il reste à réussir le défi de l'intégration de ces questions dans ce CSCRIP au regard de la faiblesse des capacités techniques des structures nationales en charge de la formulation et de la mise en œuvre.

⁸ La vision et la mission prennent en compte les décisions prises au niveau international, notamment UNGASS, la Déclaration de Lomé sur le VIH/SIDA en Afrique, le Consensus du Plan d'Action Africain, les principes directeurs adoptés lors des Conférences Internationales sur le HIV/SIDA (ICASA), Les Trois Principes Directeurs (Three Ones)

ANNEXES

Principaux indicateurs de développement au Mali

Indicateurs	Année	Valeur
PIB courant aux prix du marché (en milliards de F CFA)	2009	8 996,4
Taux de croissance du PIB réel (en %)	2010	5,8
PIB nominal par tête (en milliers de F CFA) par an	2010	295,6
Population (en millions d'habitants)	2010	14,2
Taux de croissance de la population (en %)	2009	3,6
Espérance de vie à la naissance (en années)	2009	49
Incidence de la pauvreté monétaire (en %)	2010	43,6
Prévalence du VIH/SIDA chez les adultes (en %)	2010	1,3%
Ménages ayant accès à l'eau potable (en %)	2010	75,5
en milieu urbain (en %)	2010	79,3
en milieu rural (en %)	2010	73,90
Proportion de malnutrition chez les moins de 5 ans (en %)	2010	18,9
Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	2010	95,8
Taux de mortalité juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	2009	105
Taux de mortalité infanto - juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	2008	191
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	2009	464
Taux brut de scolarisation (TBS) dans le primaire (en %)	2010	83,4
Filles (en %)	2010	74,9
Garçons (en %)	2010	92,2
Indice de parité (Filles/Garçons) à l'école primaire (en %)	2010	79,7
Taux d'alphabétisation des adultes (en %)	2010	78,4
Femmes (en %)	2010	72,1
Hommes (en %)	2010	84,8
<i>Source : Document draft du CSCR 2012 – 2017</i>		

BIBLIOGRAPHIE

Guengant J. P. et Diallo H. (2009) : Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, une contribution à l'analyse de la situation au Mali ; étude coordonnée par Initiatives Conseil International, 51 p.

Conférence de Ouagadougou (2011) : « Population, Développement et Planification Familiale », janvier, Burkina Faso ; site : <http://www.conferenceouagapf.org/>

Banque Mondiale – Mali (2009) : Le Mali face au défi démographique, Rapport N° 44459 – ML, 102 p.

Conférence Internationale sur Population et Développement (1994) : Rapport final, Le Caire, Egypte, 200 p.

MALI : Enquête Démographique et de Santé EDS 1996, 2001 et 2006

MALI / Ministère de l'Economie et des Finances / Direction Nationale de la Population (2011) : Troisième Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de population 2010 – 2014, Bamako, Octobre ; 62 p.

MALI / Ministère de l'Economie et des Finances / Direction Nationale de la Population : projections démographiques

MALI / Ministère de l'Economie et des Finances / Institut National de la Statistique : Résultats Provisoires du Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2009

MALI / Primature / Ministère Délégué chargé du Plan / CENACOPP (1991) : Politique Nationale de population, Révision 1 – avril 2003, brochure, 52 p.

UNFPA (2011): Population Situation Analysis: A conceptual and methodological guide, Technical Division, NY, 162 p.

UNFPA Mali (2011): Notes contributives à la formulation du CSCR 2012 – 2017

USAID (2007): Making Family Planning Part of the PRSP Process: A guide for integrating family planning programs into Poverty Reduction Strategy Papers, juillet, 64 p.